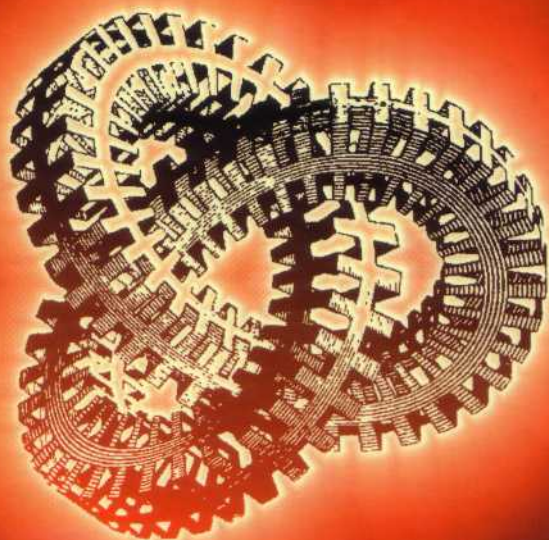


**О.А. Сагалакова
Д.В. Труевцев**



**КОГНИТИВНО-
БИХЕВИОРАЛЬНАЯ
ТЕРАПИЯ СОЦИОФОБИИ
И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ**



Сагалакова Ольга Анатольевна,
кандидат психологических наук, доцент
кафедры клинической психологии
Алтайского государственного
университета.

E-mail: olgasagalakova@mail.ru.



Труевцев Дмитрий Владимирович,
кандидат психологических наук, доцент,
заведующий кафедрой клинической
психологии Алтайского государственного
университета.

E-mail: truevtsev@list.ru.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев

**КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ
ТЕРАПИЯ СОЦИОФОБИИ
И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ**



ИЗДАТЕЛЬСТВО ТОМСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

2009

УДК 159.9:615.8
ББК 88.481
С13

Рецензенты:

И.Я. Стоянова, д-р психол. наук

Т.В. Дубинина, канд. психол. наук

Научный редактор –

Г.В. Залевский, д-р психол. наук

*Монография издается при поддержке гранта
Президента Российской Федерации (МК-3597.2007.6)*

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.

С13 Когнитивно-бихевиоральная терапия социофобии и тревожно-депрессивных расстройств. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 206 с.

ISBN 978-5-7511-1925-6

Монография посвящена исследованию взаимосвязанных феноменов социофобии как страха оценки в оценивающем мире и тревожно-депрессивных расстройств в контексте когнитивно-бихевиоральной терапии. Данные расстройства рассматриваются в социокультурном контексте как формы культурной патологии, наиболее характерные для западного общества и становящиеся все более распространенными в мире.

Для практикующих психологов, медицинских психологов, преподавателей психологии, а также всех интересующихся данной темой.

УДК 159.9:615.8
ББК 88.481

ISBN 978-5-7511-1925-6

© О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, 2009

ПРЕДИСЛОВИЕ

Авторы рассматривают сложные и актуальные феномены социофобии и тревожно-депрессивных расстройств в контексте их взаимосвязи и коморбидности, предлагая когнитивно-бихевиоральное направление как наиболее адекватное в их терапии.

Социальные страхи и тревожно-депрессивные расстройства анализируются в культурологическом ключе как формы культурной патологии, распространенные в западном обществе. Страх оценки (страх в социальных ситуациях оценивания) провоцируется сложным переплетением взаимоисключающих требований в обществе.

Психические расстройства осмыслены как особые формы атрибутивных, когнитивных стилей с характерными для них эмоционально-когнитивными ригидными паттернами реагирования. Авторы делают акцент на осмыслении депрессии и социофобии как сложных форм мотивационного конфликта, выраженного в разнонаправленных стремлениях индивида. Человек боится, опасается, испытывает тревогу, пессимистически настроен, при этом испытывает потребность в понимании и любви, ему хочется быть признанным и успешным. Однако получать удовольствие неоткуда, ничего не хочется, он изолируется от мира, а в каком-то смысле и от себя.

Конечно, это тяжелое психологическое состояние не может повлечь за собой ничего позитивного. Зависимости, суицидальное поведение, хронические депрессии, дезадаптация – это самый ограниченный список негативных последствий. Несмотря на разработанность проблемы депрессивных расстройств, еще мало исследований, направленных на изучение мотивационного и социокультурного контекста их формирования, в отечественной традиции недостаточно проработаны и когнитивно-бихевиоральные модели психических расстройств.

Что касается социофобии, ставшей, наравне с депрессиями, одним из самых распространенных заболеваний, то эта тема представляет особый интерес в современном глобализирующемся мире, в

котором человеку все труднее определить свое место в жизни, построить непротиворечивую идентичность в контексте усложняющихся и противоречивых требований общества.

Растущая популярность когнитивно-бихевиоральной психотерапии среди профессионалов, одного из немногих направлений, основанных на научных принципах, показывает, что необходимы практически ориентированные работы, демонстрирующие нюансы условий применения разнообразных техник когнитивно-бихевиорального направления. Это позволит применять терапию более осмысленно и действенно, усовершенствовать ряд техник, а также разработать авторские.

В своей работе авторы показывают эмпирическую точность, экспериментальную выверенность основных методологических посылок и фундаментальных техник когнитивно-бихевиорального направления психотерапии. Когнитивно-бихевиоральное направление соотносено с культурно-исторической концепцией Л.С. Выготского, психосемантическим подходом В.Ф. Петренко, Е.Ю. Артемьева и др., теорией психической ригидности и фиксированных форм поведения.

Г.В. Залевский,

доктор психологических наук,

член-корреспондент РАО,

заслуженный деятель науки РФ,

заведующий кафедрой генетической и клинической психологии факультета психологии Томского государственного университета

ВВЕДЕНИЕ

Ученый в своей работе создает средства двух видов: одни дают ему возможность предугадывать событие – теоретические, другие помогают заметить это событие, когда оно происходит, – инструментальные. Они всегда взаимосвязаны и, как правило, имеют в своей основе одни и те же отправные точки. Без подобных исследовательских средств, как теоретических, так и инструментальных, ученый будет блуждать в потемках: он не будет знать, где искать и как искать.

Дж. Келли

Наше исследование посвящено сложной проблеме тревожно-депрессивных расстройств и социофобии в контексте когнитивно-бихевиоральной терапии. В центре внимания находятся когнитивно-бихевиоральная концептуализация клинических единиц как формы культурной патологии. Данные расстройства будут проанализированы через посредство когнитивных, атрибутивных стилей и искажений, а также поведенческих паттернов, возможностей их трансформации.

Распространение данных расстройств обусловлено тем, что они являются частью культурной патологии и представляют собой особые ее формы. Культурно-специфичные нарушения психики характерны не только для определенной эпохи, но и для отдельной культуры, что закреплено соответствующими языковыми конструктами, характеризующими их.

Так, необходимость быть экспрессивным, выразительным, социально экспансивным, общительным и умеющим бесстрашно двигаться вперед, достигая высот социальной иерархии, стала устойчивой ценностью и целью в индивидуалистичной культуре. Культура обложки, внешнего эффекта требует от человека экспрессивной блистательности перед коллегами, членами семьи, друзьями, даже простыми встречными. Все это приводит к ощущению невозможности достижения высоких стандартов и требований социума, в результате чего накапливается неудовлетворенность, становится страшно появляться в обществе, выступать перед публикой, ощущение собствен-

ной неполноценности начинает преследовать наравне с чувством потери смысла, невозможностью испытывать радость.

Тревожность и сомнения по поводу своей внешности, неуверенность в своем красноречии, в правильности своей точки зрения, своей компетентности по сравнению с «гламурно-экранными» стандартами вызывают хроническую неудовлетворенность, вплоть до тяжелых форм депрессии, страха общения и оценивания.

В целом социальный страх как страх оценивания может возникнуть только в оценивающем мире, в культуре тотального оценивания, постоянной необходимости сравнивать себя с высокими нереалистичными стандартами либо стандартами, чуждыми в контексте индивидуальных ценностей человека.

Человек в индивидуалистичном мире может удовлетворить свои потребности только в социальных ситуациях, которые с необходимостью подразумевают оценивание. Если он избегает участия в таких ситуациях, что является симптомом социофобии, то с неизбежностью окажется в состоянии депрессии вследствие неудовлетворенности актуальных, значимых потребностей. Ведь для социальных страхов, как показали наши прежние исследования, характерен мотивационный конфликт, при котором высокая мотивация достижения (участие в социальных ситуациях, желание получить признание и восхищение) сочетается с высокой мотивацией избегания неудачи (подкрепляемой страхом «потерпеть фиаско у всех на глазах»).

Обычно такие состояния предваряются рядом когнитивных искажений, постепенно складывающихся в особые когнитивные стили (тревожно-депрессивные, тревожно-фобические) и ригидные поведенческие паттерны. Это особые «схемы опасности», или «ранние неадаптивные схемы» (по Дж. Янгу), применяемые автоматически для оценивания ситуации и прогнозирования ее исхода. Например, для таких расстройств характерны перфекционизм («Если я не совершенен, то я ужасен»), дихотомическое мышление («черно-белое», неконтиуальное мышление), селективное абстрагирование (обобщение и принятие к сведению только негативной информации и игнорирование противоречащих ей фактов) и т.д.

Когнитивно-эмоциональная сторона реагирования в социальных ситуациях (когнитивный аспект психотерапии) обусловлена взаимосвязью мыслей и эмоций, их неразрывным единством, меняющейся соподчиненностью в онтогенезе развития психики. Подразумевается, что неадаптивному реагированию предшествует запуск автома-

тических когнитивных искажений, сопровождаемых и / или подкрепляемых негативными эмоциями.

Поведенческая (бихевиоральная) сторона при рассматриваемых расстройствах подразумевает наличие ригидных неадаптивных паттернов реагирования на ситуации, объекты, окружающих и т.д., обусловленных когнитивно-эмоциональными переменными.

Одной из важных задач наравне с определением когнитивно-эмоциональной терапии (КБТ) как экспериментального научного вида психотерапии является попытка интеграции разных теоретико-методологических идей (культурно-исторической концепции и психо-семантического подхода, теории фиксированных форм поведения).

Глава 1

ЭКСПЕРИМЕНТ КАК ОСНОВА КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

1.1. Экспериментальная когнитивно-бихевиоральная терапия

Страхи, фобии и депрессии – самые распространенные заболевания нашего века. Многие авторы обращают внимание на эти расстройства, однако и в настоящий момент проблема их нарастающей распространенности актуальна. Социальный характер страхов говорит о том, что они провоцируются культурными факторами.

Потребности человека могут быть удовлетворены только в социальных ситуациях. Если по каким-либо причинам человек не может участвовать в них (из-за опасения быть осмеянным или уверенности в собственной ничтожности), то он ощущает себя несчастным, его посещают мысли о самоубийстве, а эмоциональный диапазон колеблется от переживаний печали и страха до полной апатии, сопровождающейся буквально физической обездвиженностью.

Современное человечество мучается опасениями, страхами, апатией. Ощущение безысходности, невозможности достичь цели или даже поставить ее перед собой переполняет человека. Его состояние печали отнимает все силы, исчезают желания, нарушается сон, а уверенность в том, что ничего хорошего уже не произойдет, толкает на самые деструктивные поступки. Однако интересный факт – не во всех культурах высока распространенность фобий и депрессий. В некоторых узких культурах нет даже понятия «депрессия», а стало быть, нет и феномена, который можно было бы так квалифицировать. Социальные страхи также характерны преимущественно для западного индивидуалистического общества, что позволяет делать вывод о наличии феномена культурной патологии.

Концептуализация социальных страхов и тревожно-депрессивных состояний в рамках данной работы предполагает рассмотрение этих расстройств в русле когнитивно-бихевиоральной методологии, особого взгляда на пациента. С этими группами расстройств (страхи,

фобии и тревожно-депрессивный синдром) связана психотерапевтическая история данного направления.

Именно страхи впервые становятся предметом экспериментальных исследований бихевиористов, именно в когнитивной психотерапии разработаны лучшие психотерапевтические модели лечения депрессий.

Чтобы лучше понять, как формировался концептуальный взгляд на эти расстройства и пациентов с данными расстройствами (социофобии и депрессии), необходимо осветить экспериментальную основу когнитивного и бихевиорального направлений. Это позволит терапевту действовать грамотно, с учетом нюансов данных расстройств в русле открытых закономерностей.

Терапевтические принципы КБТ сочетают в себе экспериментальные достижения двух направлений – бихевиорального и когнитивного. Сейчас редко применяются в терапии только когнитивные или только бихевиоральные техники, обычно максимальная эффективность достигается именно сочетанием данных направлений.

Каковы же общеметодологические принципы и основные экспериментальные открытия, легшие в основу становления и развития данного вида психотерапии?

Основным теоретико-методологическим принципом, который многократно подтвержден экспериментально, является принцип потенциальной возможности формирования и / или расформирования поведения, поведенческой реакции, реагирования. Однако бихевиористы, справедливо заметив тенденцию к обусловливанию и разобусловливанию, не смогли на радикально-бихевиористском уровне методологии адекватно и глубоко осмыслить полученные ими с помощью блестящих экспериментов результаты.

Формирование поведения возможно посредством формирования условной реакции (поведение мыслится бихевиористами достаточно широко, в целом это внешне эксплицируемая реакция, например в виде беспомощности, страхов, ритуальных или суеверных проявлений поведения и т.д.) (Дж. Уотсон, Р. Рейнер, М.К. Джонс, М. Селигман и др.). Условная реакция может быть сформирована путем одновременного предъявления в ситуации двух стимулов – условного и безусловного, которые впоследствии становятся «связанными», «ассоциированными», таким образом ранее не свойственное поведение человека можно спровоцировать бихевиоральным экспериментом (Дж. Уотсон, Р. Рейнер, М.К. Джонс).

Методологическим и, следовательно, логичным экспериментальным следствием данной идеи является возможность разобусловливания реакций путем «разбивки» спаянных стимулов и включения нового стимула, который становится «новой» ассоциацией. Так, возможно разобусловливание (разучение) страхов, ритуальных, навязчивых форм поведения, агрессивного поведения и т.д.

В контексте исторически обусловленного возникновения бихевиоризма можно отметить фактор начинавшейся в то время профанации психологии. Бихевиористы должны были провозгласить радикальный манифест, чтобы нейтрализовать начинавшуюся дискредитацию психологии как науки, реанимировать эксперимент как метод исследования психологических закономерностей. Этот радикальный взгляд – ответ, мощный по своей силе, миру, где под психологией уже начинали мыслить все, к чему можно было подставить «пси». Этот прагматический, экспериментальный подход стал источником современной эффективной научно обоснованной психотерапии, применяемой лучшими специалистами по всему миру.

Исторически возникнув раньше и раньше же, чем когнитивная терапия, открыв терапевтический путь применения экспериментально выявленных закономерностей, бихевиоризм естественным образом подготовил почву для развития своих идей, что выразилось уже в необихевиоризме, а также когнитивизме, не сразу гармонично и бесконфликтно интегрированных в общий методологический и терапевтический контекст.

Эффекты, выявленные в ходе бихевиористских экспериментов, показывают нечто большее, нежели «стимул-реактивная схема», они сообщают о большем, уже начиная с экспериментов Дж. Уотсона и И.П. Павлова. Однако не хватало именно методологических конструкций, чтобы увидеть в этих экспериментах это «большее».

Когда когнитивные психологи выстраивали свою экспериментальную площадку, они не могли не заметить больших успехов, которых достигли бихевиористы. Акцент на когнитивной составляющей, опосредующей все виды реагирования на ситуацию или объект, стал решающим в истории психологии и эффективной психотерапии. Именно когнитивной методологии не хватало для более глубокого и точного осмысления механизмов реагирования, выбора стратегии поведения.

Бихевиоральному направлению принадлежит заслуга в реанимации эксперимента в психологии, применении его на практике и выявлении огромного терапевтического потенциала, масштаб которого

поистине безграничен и до конца не осмыслен. Точность и научность этого направления позволили ему стать неоспоримо более эффективным в практической работе, нежели любые другие.

Результаты исследований в области когнитивной психологии дали возможность по-новому взглянуть на уже имевшиеся экспериментальные достижения в бихевиоризме, увидеть когнитивные механизмы реагирования, активности в целом. Когнитивное направление вдохнуло новую жизнь в бихевиоральное направление, расширило его горизонты, обогатило осмысление, показало когнитивные закономерности и возможные интерпретации, повысило эффективность психотерапии.

Г.В. Залевский подчеркивает, что «процесс сближения («срастания») поведенческих и когнитивных подходов в бихевиоральной терапии проходил... на фоне... когнитивизации ортодоксальной бихевиоральной эмпирической психологии через необихевиоризм и, особенно – благодаря... когнитивной революции» [33, с. 14]. Г.В. Залевский пишет, что «значительный вклад в «когнитивный поворот» бихевиоральной терапии внес Бандура... предложив так называемый «метод модельного научения»» [Там же].

Главным методологическим принципом когнитивного направления становится феномен «когниций» (мыслей, образов, антиципации, прогнозирования), опосредующих реагирование в широком смысле (эмоциональное, поведенческое), находясь в неразрывном единстве с ним.

Необихевиористы самостоятельно пришли к опосредующим реагирование промежуточным переменным («когнитивная карта» Э. Толмена), однако глубокие экспериментальные исследования в этом ключе принадлежат также и когнитивистам.

Одним из наиболее ранних значительных представителей когнитивного направления является Дж. Келли, автор теории личностных конструктов и метода репертуарных решеток, оказавшихся в высшей степени значимыми, имеющими огромное научное и терапевтическое значение.

Дж. Келли заложил основы наиболее полноценного когнитивного взгляда на терапию и психологию в целом. Его модель методологически полномасштабна, отражает все аспекты когнитивного опосредования восприятия мира и, что немаловажно, большой потенциал развития и модификаций в русле этого подхода в соответствии с целями психотерапии или исследовательской целью.

1.2. Бихевиоральные и когнитивные эксперименты: закономерности, используемые в психотерапии

Бихевиоральные эксперименты открыли новый взгляд на проблему страхов и фобий, расстройств настроения. По мнению представителей этого направления, которым принадлежит открытие бесценных закономерностей в психологии поведения и реагирования индивида, в основе этих нарушений психики лежат феномены обусловливания, научения.

В рамках бихевиорального направления внимание сосредоточивается не на поиске причин и «застарелых» конфликтов, коренящихся в прошлом пациента (что характерно для психоанализа), а на обусловливании и трансформации поведения в актуальном настоящем, на детерминации реакций стимульной средой. Основная идея этого направления в отношении страхов и депрессивных переживаний состоит в том, что они формируются путем систематического научения, обусловливания.

Бихевиоральное направление формируется одновременно и как экспериментальное, и как психотерапевтическое, тем самым раз и навсегда преодолевая ложный «схизис» между наукой и практикой. Это направление базируется на методологических основаниях исследовательских работ, результаты которых отличаются своей выверенностью и эффективностью в практическом применении.

Бихевиористская теория в отношении формирования эмоциональных расстройств (что выражено в поведенческих эквивалентах) полагается на то, что «люди с фобиями формируют свой страх перед определенными объектами, ситуациями или событиями путем классического обусловливания. Однажды испытав страх, люди избегают пугающих объектов или ситуаций, теряя возможность обрести контроль над своим страхом» [11, с. 145].

В 1913 г. сложилась программа бихевиоризма, сформулированная американским психологом Дж. Уотсоном, внесшим большой вклад в изучение механизмов возникновения страхов. Бихевиоральное направление предлагает условно-рефлекторную, или оперантную, схему возникновения страхов и многообразие техник модификации поведения.

Модификация поведения – это определенная система мероприятий по изменению привычного поведенческого репертуара и способов поведения в целях психологической коррекции или повышения

личной эффективности человека с использованием положительного подкрепления.

Отказ от анализа скрытых причин тех или иных нарушений в поведении человека и требование фиксации объективных, явно выраженных и наблюдаемых особенностей поведения привели к тому, что именно нарушения поведения стали считаться фактом, требующим коррекции. Переживания по поводу неспособности вести себя или чувствовать себя определенным образом стало возможным устраним в процессе обучения. Цель терапии психотерапевты поведенческой ориентации видят в том, чтобы научить клиентов реагировать на жизненные ситуации так, как бы они этого хотели, и отучить от образцов поведения, доставляющих им неприятные эмоции.

Бихевиоральное направление представлено рядом блестящих экспериментов, фокусирующих внимание на поведении, наблюдаемых и внешне проявляемых характеристиках активности. Основываясь на классическом эксперименте, представители этого подхода утверждали, что сложность и многообразие психических проявлений способны уместиться в рамках объяснительной модели классической формулы «стимул – реакция» или модифицированной необихевиористами «стимул – промежуточная переменная – реакция». Естественным следствием таких идей является возможность контролировать, предсказывать и, что самое главное, трансформировать поведение человека. Классическое обусловливание как процедура выработки условного рефлекса или реакции на что-либо (стимул) является одним из основных методов трансформации и выработки определенного поведения у индивида [148, 154, 159].

Необходимость видеть в поведении человека определенное реактивное состояние заставила бихевиористов доказывать посредством теоретических и исследовательских моделей идею конструирования реальности, а также научения определенным типам реагирования на основе разных видов подкрепления. Логика оказалась простой: ведь если возникает «научение» определенному типу поведения в определенных ситуациях, то возможно и «разучение» [11, 12, 154].

В качестве основного пути приобретения реакции страха на объекты или ситуации, которые в действительности не представляют угрозы и опасности, представители бихевиоризма предложили классическое обусловливание, при котором два одновременно «встречающихся» события становятся прочно связанными друг с другом в представлениях человека, поэтому он начинает одинаково реагиро-

вать на каждое из них. Эта ассоциация впоследствии переосмыслена в когнитивизме, ведь, по сути, данная «склейка» является смысловой, является установкой, представлением индивида, зачастую не вполне осознаваемым. Эти идеи рождались из важного тезиса о механизме порождения страха — «если одно событие вызывает реакцию страха, то ее может вызывать и другое событие» [11, с. 146].

Экспериментальные исследования показали, что посредством формирования условного рефлекса у людей и животных можно выработать устойчивую реакцию страха. Основатель бихевиоризма Дж. Уотсон и его аспирантка Р. Райнер известны известным экспериментом, демонстрирующим обучение ребенка (маленького Альберта) фиксированной боязни белой крысы. Генерализация страха в данном случае иллюстрируется тем фактом, что ребенок «научился» бояться не только белых крыс, но и всего белого и пушистого, даже волос экспериментатора и бороды Санта-Клауса [145, 159].



Дж. Уотсон и Р. Рейнер проводят эксперимент «Маленький Альберт»

Суть эксперимента состояла в том, что «несколько недель Альберту разрешали играть с белой крысой, что доставляло ему радость. Однажды, когда Альберт потянулся к крысе, экспериментатор ударил молотком по стальной пластине, издав очень громкий звук, испугавший и расстроивший ребенка. Постепенно при появлении крысы ребенок начинал испытывать те негативные эмоции, которые первоначально вызывали громкие звуки» [159, с. 185]. Опуская этическую сторону подобного эксперимента, экспериментаторы предположили, что если реакция страха выработана по модели классиче-

ского обусловливания, то ее можно «разобусловить». Как отмечают исследователи Д. Шульц и С. Шульц, «несмотря на то, что Альберта успешно приучили бояться белых крыс, кроликов и Санта-Клауса, Дж. Уотсону не удавалось отучить его от этих страхов, потому что Альберта уже нельзя было использовать в качестве подопытного материала...» [159, с. 296].

Выступление с докладом об этом эксперименте Дж. Уотсона вызвало интерес у М.К. Джонс, и она решила предпринять исследование, «которое стало еще одним классическим примером в психологии» [159]. В данном случае у испытуемого уже был страх перед кроликами, который не был выработан в лаборатории, а сформировался индивидуально. М.К. Джонс построила эксперимент так. «Когда Питер принимал пищу, в помещение вносили кролика, но держали его на расстоянии, достаточном для того, чтобы не вызвать реакцию страха. После нескольких попыток кролика начали подносить все ближе и ближе — причем всякий раз это делалось тогда, когда ребенок ел» [159, с. 296–297]. Постепенно ребенок привык к кролику и перестал его бояться. Подобная процедура была применена и для преодоления других страхов. Это исследование считается психотерапевтическим началом в рамках бихевиорального подхода (принципы «научения для корректировки неадекватного поведения» [159, с. 297]). Авторы отмечают, что М.К. Джонс провела эти эксперименты «почти за пятьдесят лет до того, как эта методика приобрела широкую популярность» [159, с. 297].

Результаты многократного воспроизведения экспериментов по аналогии с вышеуказанными показали, что некоторые из них ставят под сомнение утверждения о возможности выработки страха к любому объекту посредством манипуляции с установлением ассоциативной связи объекта с другим объектом (звуком в эксперименте Дж. Уотсона). Так, например, ученым далеко не всегда удавалось выработать реакцию страха к «неживым» объектам (игрушке, например). Да и клинические случаи страдающих фобиями далеко не всегда обнаруживают в анамнезе примеры выработки условного рефлекса или моделирования.

В теории оперантного научения Б.Ф. Скиннера психология человека определяется через набор форм поведения, которые могут быть редуцированы до отдельных реакций — всех, которые приобретены посредством научения; поведение формируется исключительно внешними подкреплениями. Б.Ф. Скиннер ориентировался на мак-

симально автоматизированный эксперимент со строгим контролем условий. По мнению представителя радикального бихевиоризма, точный функциональный анализ устанавливает точные и «обусловленные взаимоотношения между открытым поведением человека (реакцией) и условиями окружающей среды (стимулами)» [154, с. 338].

Систематическое подкрепление, жетонная система подкрепления часто выступают самостоятельным методом работы психотерапевта, например в случаях, когда речь идет об устранении явно выраженного поведенческого дефицита и о формировании новых навыков социального поведения. Суть состоит в том, что вместе с клиентом обсуждаются и намечаются отдельные шаги по формированию нового поведения и продумываются способы подкрепления этих шагов.

Тип подкрепления могут выбирать терапевт, клиент, близкие люди (медиаторы, или посредники), он может иметь форму вербального подкрепления (похвала терапевта или телефонный разговор), символических объектов – фишек, которые в определенной пропорции можно обменять на реальные вещи, либо выразиться в форме привлекательного для клиента объекта, т.е. выбор типа и режима подкрепления основывается на предварительной работе (поведенческом анализе) и индивидуален для конкретного случая. Вслед за выполнением доступных заданий каждый раз следует оговоренное подкрепление. Это ведет к тому, что целевое поведение укрепляется и усваивается клиентом – вплоть до автоматизма.

При этом на всех этапах формирования нового поведения необходимо проверять реакцию повседневного окружения клиента на изменения в его поведении. Если эта реакция негативна или может провоцировать негативные переживания клиента, следует пересмотреть весь план терапевтических мероприятий и скорректировать модель целевого поведения. Еще одним вариантом решения может быть перенос тренировки в другую ситуацию, проведение дополнительной работы с посредниками в систематическом и целенаправленном подкреплении.

Например, строгий отец обращается с жалобой на то, что его дочь (младший школьный возраст) сильно заикается, особенно когда выступает перед всем классом. В то же время дочь прекрасно и связно разговаривает, когда играет с куклами в своей комнате. При разговоре с терапевтом девочка почти не заикается и начинает заикаться, когда она должна выполнять какое-либо задание (прочитать стихотворение) или в присутствии отца. Из разговора с отцом становит-

ся ясно, что он довольно строг в общении с дочерью, иногда даже груб. Отец получает задание не менее трех раз в день хвалить дочь сразу после того, как она сделает что-либо хорошее, и воздержаться на время от критики. Ему выдают бланк, на котором он отмечает все случаи похвалы, позже рассказывая о них психотерапевту. Психотерапевт для этого каждый вечер будет звонить отцу. Если сам отец с заданием не справится, ему разрешают привлечь жену – мать девочки. С девочкой отдельно выясняют, что ей сейчас больше всего хочется получить, и договариваются, что ей купят куклу, если она наберет 100 «психологических монеток». Монетки будут выдавать каждый раз, когда она выполнит несложное задание (например, прочитает стихотворение за определенное время). Девочка легко включается в игру, практически не заикается в кабинете, охотно идет на новые встречи [93, 94, 95].

Психотерапевт тщательно проверяет реакцию среды, особенно школьного учителя, на изменения в речи ребенка. Он просит девочку рассказать, что было в школе (выдает монетки, когда ее речь ровна и непрерывна), и следит за эмоциональным фоном. Если бы реакция учителя или школьников оказалась негативной, то нужно было бы попытаться изменить среду [93].

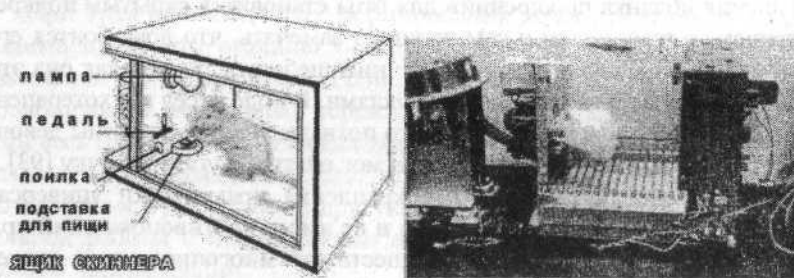
Далее терапевт ежедневно связывается по телефону с отцом, внимательно его выслушивает и вербально подкрепляет каждый его рассказ об очередном поощрении, которое тот осуществил. Сам факт заполнения «бланка поощрений» для отца становится скрытым подкреплением, к тому же он и сам начинает замечать, что дочь боится его все меньше и меньше и начинает с ним щебетать так же, как она это раньше делала только со своими куклами. В ходе бесед психотерапевта с отцом проверяется, были ли его похвалы реально приятны девочке, поскольку стиль этих разговоров мог опять напугать девочку [93].

Метод систематического подкрепления практически универсален, очень экономичен по времени и не имеет противопоказаний при правильном его применении. Существуют многочисленные свидетельства о его исключительной эффективности в целях расширения поведенческого репертуара и формирования нового поведения. Эффективность метода подкрепления при различного рода комплексных и эмоциональных нарушениях показана слабо, однако можно с большой долей уверенности сказать, что и в этом случае включение подкрепления в комплекс терапевтических мероприятий дает только положительные результаты.

Как отмечает Г.В. Залевский, бихевиоральное направление становится психотерапевтическим не сразу: «...только начиная с 70-х гг. XX столетия понятия «бихевиоральная терапия» и «модификация поведения» стали рассматриваться как взаимозаменяемые». Автор отмечает, что методы оперантного научения «заняли со временем свое прочное место... прежде всего в терапии расстройств поведения у детей, в том числе и с деликвентным поведением, и при реабилитации психически больных» [33, с. 12].

Б.Ф. Скиннер утверждал, что любое поведение человека детерминировано и предсказуемо, его можно контролировать. Он признавал два типа поведения: респондентное (ответ на знакомый стимул) и оперантное (определяемое и контролируемое результатом, следующим за ним), с которыми можно работать экспериментально и терапевтически [154].

Изобретенный им знаменитый «ящик Скиннера» состоял из приспособлений подкрепления и стимулирования подопытной крысы, которая, чтобы получить подкрепление, должна была жать на педаль. Однажды, когда ученый вышел из лаборатории, ящик сломался и пища перестала подаваться усердно давящей на педаль крысе. Случайно сделав открытие о том, что крыса продолжает жать на нее даже тогда, когда пища перестает подаваться, автор пришел к выводу о формировании предсказуемого поведения в ожидании (при реальном отсутствии) стимула.



Ящик Скиннера

Доказывая механистичность поведения, автор, оставаясь в душе гуманистом, изобретал различные механизмы, способные облегчить и улучшить жизнь социума («воздушная колыбель», «обучающие машины», «Уолден Два» (общество бихевиористов)). Б.Ф. Скиннер всегда мечтал стать писателем, однако этой его мечте не удалось

сбыться, несмотря на то, что он периодически посылал свои рассказы в разные редакции. «Уолден Два» – это роман автора, представляющий собой бихевиоральную программу, выраженную в литературном жанре утопии. Программа посвящена специфике контроля и коррекции поведения с детского возраста. В романе описана сельская община, около тысячи человек, где каждый элемент поведения контролируется положительным подкреплением.



Б.Ф. Скиннер в лаборатории

Программа Б.Ф. Скиннера существовала только виртуально, «зато контроль или модификация поведения людей или малых групп являлись широко распространенными практически» [159, с. 334]. Как отмечал Б.Ф. Скиннер, «модификация поведения посредством положительного подкрепления является одной из самых популярных методик в психиатрических клиниках, на фабриках, в школах, исправительных заведениях, где оно используется для того, чтобы изменить ненормальное или нежелательное поведение, сделать его более приемлемым и желательным» [159, с. 334].

Так бихевиоральные техники становились все более популярными в клинике коррекции психопатологического и асоциального поведения и формирования адекватных навыков взаимодействия с социальной средой.

Б.Ф. Скиннер, положивший начало целому направлению в экспериментальной психологии – «экспериментальному анализу поведения», писал о своем профессиональном пути, что первую кривую

торможения он получил случайно. В эксперименте крыса нажимала рычаг, чтобы получить пищу, но в какой-то момент аппарат, выдающий кусочек еды, сломался.

Кумулятивные записи в книге Б.Ф. Скиннера и его студента и коллеги Ч. Фестера «Режимы подкрепления» показывают, как различные режимы подкрепления влияют на поведение. Считалось, что режим действует, если окружающая среда давала подкрепление отдельным, но не всем реакциям организма. Некоторые поведенческие акты подкреплялись каждый раз, когда они возникали, а другие (например, азарт) лишь изредка. Кроме того, частичное подкрепление рождало поведение, очень устойчивое в отношении затухания (тот же азарт).

Обнаружение Б.Ф. Скиннером того факта, что отсутствие подкрепления или нерегулярное подкрепление может вызывать даже более устойчивую, даже настойчивую поведенческую реакцию, может объяснять механизм возникновения навязчивостей, страхов, зависимости от азартных игр. Автору принадлежит остроумный эксперимент, в котором голуби получали подкрепление через равные промежутки времени независимо от поведения птиц. В ожидании пищевого подкрепления птицы демонстрировали устойчивые ритуальные «танцы», не характерные для них в обычной жизни. В эксперименте под названием «Суеверный голубь» показано, как формируется суеверное поведение, как произвольно устанавливаются причинно-следственные связи между явлениями (движения голубя и пищевое подкрепление) и как это выражается в поведении. Этот эксперимент показывает, почему так стойки суеверия, приметы и верования и то, как легко увидеть подтверждение своим ожиданиям. Даже если явления между собой не связаны (черный кот перешел дорогу, и случилась неприятность), мы готовы связать их воедино в причинно-следственном ключе, подобно «суеверному голубю». Однако сам Б.Ф. Скиннер не осмыслил блестяще открытый им экспериментальный эффект с неоднозначностью стимул-реактивного поведения через когнитивные переменные, но уже А. Бандура, явившись предшественником когнитивизма, а, по нашему мнению, практически его основателем, смог полноценно описать полученные с помощью разнообразных бихевиористских экспериментов закономерности в контексте когнитивных и даже мотивационных переменных.

Постепенно становятся очевидны некоторые ограничения этого подхода, связанные с недостатком экспериментального метода (искусственность условий, изоляция фактора от других переменных и

пр.). Так, критика бихевиоризма заключается в искусственности условий формирования того или иного поведения (что является следствием обращения в исследованиях к классической форме эксперимента), которые представители бихевиорального направления, как правило, переносят на реальный жизненный опыт людей.

Однако бихевиоризм дал новый уникальный старт развитию психологии на волне начинавшегося разочарования в психологии и ее профанации. Бихевиоризм в своих истоках является исключительно научным подходом, его базовый метод – экспериментирование, проверка и перепроверка результатов, оценка правдоподобности и сферы действия выявленных закономерностей. Постепенно возникает ряд психотерапевтических техник, направленных на трансформацию поведения, в том числе фобического, депрессивного, приводящего человека к дезадаптации в разных сферах жизни. Данные техники интервенции оказались продуктивными в отношении страхов, фобий, навязчивых состояний. Выработка навыков коммуникации и различных типов реагирования на стимулы помогает страдающим фобиями и эмоциональными расстройствами разрешать свои психологические проблемы и эффективно адаптироваться.

1.2.1. Техника систематической десенсибилизации, или Как разобусловить страх

Г.В. Залевский отмечает, что «...на сегодняшний день уже разработаны когнитивно-поведенческие методы для большинства психических расстройств. В некоторых аспектах доминируют бихевиоральные, а в некоторых – когнитивные компоненты. ...Результаты многих исследований показали... например, в конфронтационной терапии, когнитивные процессы должны рассматриваться как центральные механизмы изменения» [33, с. 16].

Автор пишет: «Резко непримиримую позицию относительно критики якобы имеющих место ограничений бихевиоральной терапии, особенно со стороны тех, «кто имел отношение к ней», занимает Вольпе (1998. С. 258–259). И в последующие годы бихевиоральная терапия продолжает последовательно развиваться, благодаря интеграции когнитивных и бихевиоральных подходов, уже как бихевиорально-когнитивная» [33, с. 15].

Систематическая десенсибилизация представляется нам примером «идеальной» техники с экспериментально подтвержденной эф-

фективностью, основанной на принципах научения. Дж. Вольпе предложил использовать поведенческую психотерапевтическую технику для лечения страхов, названную систематической десенсибилизацией. Основная идея техники заключается в том, что научившийся бояться некоторого объекта или ситуации человек должен разучиться вести себя так. Если использовать когнитивные знания при анализе данной техники, то стоит учесть, что в результате должно измениться представление об объекте страха. Автор подтвердил прежние результаты экспериментов о том, что страх у животных может быть снижен простой процедурой обусловливания. Он предположил, что состояние глубокой физической релаксации и страх – несовместимые состояния. Видя в качестве механизма возникновения фобии научение, при котором объект (или ситуация) ассоциируются с эмоцией страха, автор сделал вывод, что для излечения фобии следует испытывать реакцию, тормозящую страх или тревогу (релаксация) в условиях пугающей ситуации [159].



Дж. Вольпе

Реципрокное торможение, которое мы наблюдаем в процессе подобной терапии, состоит в уменьшении силы одной реакции под воздействием одновременно вызванной альтернативной реакции. Принцип реципрокного торможения лежит в основе систематической десенсибилизации и контрбусловливания. Реципрокное торможение в этих методах заключается в том, что реакция страха тормозится одновременно возникающей эмоциональной реакцией, несовместимой со

страхом. Если это торможение происходит систематически, то ослабляется условная связь между ситуацией и реакцией страха.

Метод систематической десенсибилизации причисляют к наиболее часто используемым методам поведенческой психотерапии. Больше трети публикаций на темы поведенческой психотерапии так или иначе связаны с этим методом (Wengle, 1974) начиная с 1952 г., когда появились первые публикации Дж. Вольпе. Систематическая десенсибилизация чаще всего используется в терапии нарушений поведения, так или иначе связанных с классическими фобиями (боязнь пауков, змей, мышей, замкнутого пространства и т.д.) или социальными страхами.

Суть метода сводится к тому, что в процессе терапии создаются условия, при которых клиент конфронтирует с ситуациями или стимулами, вызывающими у него реакции страха, так что страх не возникнет. При многократном повторении такого рода конфронтации добиваются либо угашения реакции (в результате реципрокного торможения), либо ее замещения иной реакцией, со страхом несовместимой (ярость, злость, сексуальное возбуждение, релаксация). Во втором случае основой десенсибилизации становится принцип контрбусловливания, открытый Дж. Вольпе.

В работе с детьми в качестве подавляющей страх реакции часто используют чувства радости, интереса, удовольствия от пищи. В терапии взрослых в последнее время все чаще используется чувство уверенности в себе. Дж. Вольпе пишет: «Классически обусловленный страх может быть результатом как отдельного события в жизни человека, так и цепочки событий. Широко известный пример классически обусловленного страха – это военный невроз, однако среди гражданского населения такой страх встречается чаще». Он приводит пример формирования обусловленного страха: «...в машину 34-летнего мужчины, пока он ждал зеленого сигнала светофора, врезался другой автомобиль. В момент аварии у пациента возник страх смерти. После этого инцидента он боялся находиться даже в неподвижном автомобиле. Этим страхом больной был одержим 4 года. Очевидно, что страх возник в результате классического автономного обусловливания (интерьер машины превратился в условный раздражитель), поскольку пациент абсолютно не ожидал опасности, сидя в машине». В случаях экспериментально вызванного невротического страха у животных лечение заключается в торможении слабых реакций тревожности при помощи кормления (Wolpe, 1958); этот метод

также бывает эффективным для борьбы с детскими неврозами (Jones, 1924). Автор пишет о применяемом им методе терапии: «При работе со взрослыми чаще всего используют глубокое мышечное расслабление, обычно в контексте систематической десенситизации. Кроме того, эффективным оказалось вызывание у пациентов гнева, сексуальных и других реакций (Wolpe, 1982). В дополнение к вышеперечисленным используются и методы, основанные на других принципах, например метод «наводнения»...» [160, с. 260].

Невротические страхи второго типа берут начало в неверных убеждениях. Многие *не-невротические* страхи, как отмечает автор, «основание которых лежит в реальной жизни, связаны с убеждениями; они являются продуктом информации, а не классического обусловливания». Мы опасаемся молнии или неосторожных водителей не потому, что они когда-то нас сильно напугали, а потому, что знаем: они опасны. Автор отмечает: «Страхи, вызванные *ошибочными* убеждениями, ничуть не менее неприятны. Люди могут бояться червей, летающих насекомых, врачей или больниц из-за того, что их родители постоянно выказывали страх перед этими объектами. Некоторые неверные убеждения могут основываться на ошибочных выводах. Например, человек, испытывающий необычные, несвойственные ему ощущения, может сделать пугающий вывод, что у него происходит распад личности» [160, с. 260–261].

Страхи когнитивного происхождения, по мнению Дж. Вольпе, требуют либо вербальной коррекции, либо коррекции посредством демонстрации. Например, боязнь приступов головокружения, вызванная убеждением, что головокружение является предвестником сумасшествия, может быть преодолена путем демонстрации того факта, что головокружение является результатом гипервентиляции. В целом ошибочные убеждения легче поддаются коррекции, чем классически обусловленные страхи. Техника систематической десенситизации начинается с того, что первоначально, совместно с экспериментатором, клиента обучают прогрессивной мышечной релаксации (по Джекобсону), в результате чего он должен научиться за несколько сессий (количество может различаться в зависимости от личности клиента) автоматически расслаблять мышцы своего тела, а иногда даже отдельные группы мышц (например, лица и шеи). Научение автоматически расслабляться – это важная и большая работа, чем автоматизированное этот навык, тем эффективнее будет терапия.

Обучение методу релаксации проводится в три этапа. На первом (базовом) этапе происходит обучение целенаправленно расслаблять все мышцы тела. Второй этап – обучение дифференцированной релаксации. Человек в положении сидя расслабляет мускулатуру, не участвующую в поддержании вертикального положения тела. Аналогичным образом тренируется расслабление мышц при письме, чтении, других занятиях. На третьем этапе обучаемому ставится задача: повседневно наблюдая за собой, замечать, какие мышцы напрягаются у него при волнении, страхе, тревоге, смущении, и рекомендуется целенаправленно уменьшать, а затем снимать локальные напряжения мышц. При этом (за счет механизмов обратной связи) наблюдается значительное снижение выраженности субъективных эмоционально-стрессовых реакций. В конце обучения человек приобретает возможность полностью освобождаться от стрессового напряжения за 20–30 секунд. На первом этапе рекомендуется выделять на занятия релаксацией по 15 минут 3 раза в день. Базовый курс обучения длится до 2–3 месяцев.

С клиентом оговаривают простой знак, с помощью которого он будет сообщать терапевту, что состояние релаксации достигнуто (например, поднять указательный палец правой руки). После этого клиент располагается в удобной для него позе, расслабляется и поднимает указательный палец. В этот момент терапевт читает описание ситуации (наименее страшной). Клиент добивается релаксации, представляя себя в этой ситуации. Когда это удастся, при помощи оговоренного знака клиент показывает, что можно читать следующую, более страшную ситуацию. Если расслабиться клиенту не удастся, то возвращаются «на ступеньку» назад. Сеансы продолжаются до тех пор, пока клиенту не удастся оставаться спокойным при неоднократном прохождении всей цепочки ситуаций. Составленный с клиентом список иерархии ситуаций, связанных с пугающим объектом, позволяет постепенно («все ближе и ближе» в субъективной шкале клиента) приблизиться к объекту, меняя эмоцию страха на другую реакцию или нейтрализуя ее.

Бихевиористы приводят описание классического эксперимента: женщина обратилась за помощью к психотерапевту после того, как она на полном ходу в панике выпрыгнула из автомобиля, увидев, как по ее ноге ползет паук. Она и раньше очень боялась пауков, но после этого случая решила, что с ней что-то не в порядке. После предварительной поведенческой диагностики с клиентом составляют и де-

гально обсуждают план терапии, основанный на методике систематической десенсибилизации. В качестве цели определяется следующее: она должна быть в состоянии дать пауку проползти по ее руке и предплечью, сама снять его и выпустить «на волю». В ходе анализа выстраивают следующую иерархию стимулов [93, 94, 148, 184–186]:

- 1а. Видеть, как маленький паучок ползает в другом конце комнаты.
- 1б. Видеть, как большой лохматый паук ползает в другом конце комнаты.
- 2а и 2б. Видеть, как маленький (а) или большой лохматый паук (б) ползет в моем направлении.
3. (Дальше пропущены ситуации, дифференцированные по размеру и виду пауков.) Накрыть паука стаканом.
4. Накрыть паука стаканом и подсунуть под стакан плотный лист бумаги.
5. Поднять пойманного в стакан паука и поносить по комнате.
6. Подсунуть в стакан палец и потрогать паука.
7. Дать пауку возможность поползть по кисти руки.
8. Дать пауку поползть по кисти руки и потрогать его пальцем.
9. Накрыть паука ладонью на своей руке.
10. Поймать паука в кулак и выпустить на улицу.

Этот план последовательно осуществляется, причем ассистент терапевта может сам демонстрировать, как это может быть сделано (сочетание с техникой моделирования). При появлении признаков панических реакций конфронтация моментально прекращается и степень опасности ситуации снижается.

Страх управления автомобилем устраняют, добиваясь от клиента спокойствия сначала при взгляде на автомобиль или при планировании автомобильной поездки, затем просят его просто посидеть в припаркованном автомобиле, попробовать проехать по загородному шоссе на низкой скорости и т.д. Моментально возвращаются на предыдущий этап, если успокоиться клиенту не удастся.

В качестве основного метода систематическую десенсибилизацию используют при страхах и фобиях, чрезмерных чувствах стыда или вины, сексуальных функциональных нарушениях, навязчивостях, депрессии и заикании. Часто десенсибилизация комбинируется с другими методами поведенческой психотерапии, например в тренинге социальных навыков, при терапии застенчивости или неконтролируемой агрессивности.



Систематическая десенсибилизация (рисунок взят из: [128, с. 404])

После окончания терапии клиент способен самостоятельно планировать и осуществлять десенсибилизацию к возникающим или остаточным страхам. Для этого он самостоятельно составляет иерархизированный перечень событий или ситуаций, в которых будет тренироваться в расслаблении. Далее он стремится к расслаблению либо представляя себе эти ситуации, либо реально в них участвуя. Если десенсибилизация проводится в отсутствие психотерапевта, то ее часто называют самодесенсибилизацией [184–186].

Эта техника, как и другие, построена на основе многочисленных экспериментальных проверок ее эффективности, которая достигает максимума в работе с простыми и социальными страхами. Оригинальность этой техники позволяет применять ее даже в сложных случаях в сочетании с другими когнитивными или бихевиоральными приемами. Разобусловливание выученных реакций составляет один из важнейших этапов эффективной психотерапии.

1.2.2. Необихевиоризм: когнитивная карта и «самоэффективность»

Надежность бихевиорально-когнитивной терапии, по мнению Г.В. Залевского, объясняется рядом принципов, важнейшими из которых являются, в частности, следующие: «Ориентируется на психологию как науку» и использование «проверенных приемов и методов». Характеризуя данные принципы, Г.В. Залевский пишет: «Никакая психотерапия не имеет права экспериментировать с человеком. В этой области есть много приемов, которые считаются хорошими, но влияние которых никогда не проверялось. Более того, не только медикаменты, но и форма общения, форма взаимодействия с человеком могут иметь больше вредных, побочных действий, чем позитивных эффектов. Поведенческая терапия претендует на то, чтобы использовать такие методы, которые имеют однозначно позитивное влияние. Если терапия индивидуально ориентирована, то и отдельные методы должны гарантировать свою эффективность» [33, с. 20].

Основоположник необихевиоризма и предшественник когнитивной психологии Э.Ч. Толмен ввел для объяснения поведения набор ненаблюдаемых факторов (промежуточные переменные) — это внутренние ментальные процессы, которые детерминировали поведение наряду со стимулами, опосредуя их действие [154]. По мнению Э.Ч. Толмена, действующий организм имеет некую цель, т.е. некое психическое (ментальное) образование [154]. Поскольку поведение целенаправленно, схема «стимул — реакция» не объясняет его возникновение. Воссоздание «когнитивной карты» раскрывает ориентиры человека, средства адаптации, в том числе эмоционально насыщенные жизненные ситуации, которые человек избегает либо к которым стремится.

Таким образом, соглашаясь с тем, что фобии могут быть вызваны классическим обусловливанием или моделированием, сторонники необихевиоризма заявили, что предшественниками ранее не было установлено, что расстройства обычно возникают именно по этим причинам. Возможно, страхи и фобии возникают как результат формирования устойчивых и неадекватных когнитивных карт (Э.Ч. Толмен).

Г.В. Залевский, характеризуя сближение когнитивного и бихевиорального подходов, отмечает, что «...исторический факт состоит в том, что когнитивные подходы с самого начала их усилий вокруг

операционализации, экспериментального исследования и систематических доказательств эффективности, как и с их рациональным, прагматическим подходом, разделяли базисную ориентированность бихевиоральной терапии...» [33, с. 15]. Автор пишет, что, несмотря на этот факт, «...развитие не обошлось без высказываний сожаления по поводу «paradigm lost» — потери парадигмы и даже сопротивления «когнитивистам»» [33, с. 15].

По нашему мнению, большинство критических замечаний в отношении бихевиорального направления необоснованны, так как уже в необихевиоризме большинство методологических проблем были разрешены. Уже А. Бандура писал: «Теория, отрицающая, что мысль способна управлять действием, не в состоянии объяснить сложного человеческого поведения. Несмотря на то, что в рамках теории оперантного научения когнитивная деятельность начисто отрицается — все же невозможно просто взять и отбросить рассмотрение ее роли в каузальной последовательности. Поэтому сторонники теории оперантного научения переводят когнитивные операции в термины поведения и приписывают их результаты прямому воздействию внешних событий. Давайте рассмотрим некоторые примеры подобного процесса экстернализации. В тех случаях, когда поступаемая информация воздействует на поведение посредством влияния на мышление, это отображается как процесс управления стимулами. Стимулы при этом представляются как то, что непосредственно влияет на поведение, — связующие звенья, а именно формирующиеся суждения, в расчет не берутся. Если в присутствии стимулов, которые ранее ассоциировались с болезненным опытом, люди ведут себя оборонительно, то предполагается враждебность этих стимулов, а не тот факт, что индивид по прошлому опыту научился предвидеть неприятные последствия этих стимулов. На самом деле в результате приобретенного опыта изменяются знания индивидуума об окружающей его среде. Так, например, если какое-то слово предвещает физически болезненное раздражение, то оно приобретает предупреждающее значение для человека, а вовсе не безвредные свойства физического раздражителя» [10, с. 24].

Именно поэтому критика когнитивных психологов безосновательна, внутренние проблемы радикального бихевиоризма были решены внутри этого направления представителями позднего бихевиоризма. Сейчас мы привыкли к термину «когнитивно-бихевиоральное направление», однако до того, как этот термин вошел в ши-

рокий оборот, сторонники этих двух направлений долго вели непримиримую борьбу, не желая признавать заслуги друг друга. Бихевиористы имели причины затаить обиду на когнитивных психологов, приписавших ряд экспериментальных достижений необихевиоризма себе. А. Бандура писал о необходимости осмысления промежуточных переменных, посредников между реакцией и стимулом: «Согласно точке зрения теории социального научения, люди не побуждаются к определенным действиям исключительно внутренними силами или внешними стимулами. Психологическое функционирование, скорее, следует объяснять в терминах непрерывной реципрокной интерактивности персональных и внешних детерминант. В рамках такого подхода важнейшую роль играют символические, косвенные и саморегуляционные процессы» [10, с. 25].

Социально-когнитивная теория А. Бандуры и У. Мишела имеет определенный «взгляд на человека». А. Бандура отмечает, что общие взгляды на человеческую природу влияют на то, какие аспекты психологического функционирования изучаются наиболее глубоко и тщательно, а какие остаются неисследованными. Подобным же образом теоретические концепции определяют исследовательские схемы, с помощью которых собираются факты, а те, в свою очередь, влияют на формирование теории. Иначе говоря, между взглядами на природу человека, программой исследования и теорией личности существуют взаимообратные, или реципрокные, связи [154, 50].

Дж. Вольпе отмечает свидетельства эффективности бихевиоральной терапии, которые в основном относятся к отдельным синдромам. Вот неполный список заболеваний и нарушений, при лечении которых был достигнут потрясающий успех: «агорафобия (McPherson et al., 1980; Mathews et al., 1981; Emmelkamp & Kuipers, 1979); простые фобии (Paul, 1966; Gillan & Rachman, 1974); сексуальные дисфункции (Wolpe, 1982; Mathews et al., 1976); невроты навязчивых состояний (Foa et al., 1983; Milby & Meredith, 1980; Rachman & Hodgson, 1980); супружеские проблемы (Jacobson, 1978; Stuart, 1969); заикание (Brady, 1971; Azrin et al., 1979); мигрень (Friar & Beatty, 1976; Mitchell & Mitchell, 1971; Mitchell & White, 1977); головные боли, вызванные эмоциональным напряжением (Budzynski et al., 1973; Kondo & Canter, 1977; Philips, 1978); первичные расстройства сна (Ascher & Turner, 1979; Steinmark & Borkovec, 1974). К этому списку можно добавить и поведение типа А (Friedman et al.,

1982; Suinn, 1982), хотя в его основе лежит склонность к проявлениям гнева, а не тревожности» [160, с. 262–263].

В качестве примера он подробно останавливается на трех из указанных исследований: «Из 56 пациентов, страдавших агорафобией, лечением которых занимались Макферсон и его коллеги (McPherson et al., 1980), 47 либо полностью избавились от симптомов, либо существенно улучшили свое состояние, и оно оставалось стабильным в течение 3–6,3 года после завершения лечения; параллельно произошло также ослабление других симптомов, таких как депрессия. Фoa и его сотрудники (Foa et al., 1983) обнаружили, что из 50 пациентов, у которых навязчивость проявлялась в постоянном мытье рук, у 58 % состояние существенно улучшилось после 3–4 недель, в течение которых с ними проводилась почти ежедневная терапия, и оставалось стабильным в промежутке от 3 месяцев до 3 лет. При исследовании результатов лечения мигрени Митчелл и Митчелл (Mitchell & Mitchell, 1971) обнаружили, что у 66,8 % больных, которых лечили посредством десенсилизации и тренинга уверенности в себе, приступы стали появляться реже, в то время как в контрольной группе, где лечение не проводилось, изменений состояния не произошло. Состояние больных первой группы оставалось стабильным и через 4 месяца» [160, с. 263].

Теория А. Бандуры характеризуется возобновлением интереса к когнитивным переменным в поведении. Автор подвергал критике эксперименты Б.Ф. Скиннера, который использовал «только отдельные виды подопытных животных, в основном крыс и голубей, а не людей, взаимодействующих друг с другом» [154, с. 339]. Он справедливо утверждал, что никаких новых результатов в психологии не может быть получено, «если будет игнорироваться изучение социального взаимодействия, столь характерного для современного мира» [154, с. 339]. А. Бандура отмечает, что приверженцы оперантного обусловливания «...недавно выдвинули предположение о том, что поведение регулируется интегрированной обратной связью в большей степени, нежели непосредственными результатами (Baum, 1973)». В соответствии с таким подходом «...организмы интегрируют информацию о том, насколько часто их реакции получают подкрепление в течение определенного промежутка времени, и регулируют свое поведение в соответствии с суммарными последствиями. Этот тип анализа близко подходит к тому, чтобы обнаружить связь последующих поступков с последствиями предыдущих через интег-

рирующее влияние мышления, чтобы связать эффект от последствий и интегрирующее влияние мышления» [10, с. 25].

В исследовании страхов и болезненной неуверенности в себе А. Бандура сделал достаточно много. Он провел кропотливые исследования феномена «эффективность личности», «самоэффективность» — это «чувство самоуважения, самооценки и компетентности личности при решении жизненных проблем» [154, с. 339], а также собственного достоинства при решении социальных проблем. Как отметил исследователь, люди с низкой эффективностью личности, сталкиваясь с жизненными препятствиями и сложными ситуациями, чувствуют свою беспомощность и отсутствие возможности повлиять на ситуацию. Самоэффективность, по определению А. Бандуры, отражает способность индивида выполнить определенное задание как показатель способности выполнять последующие задания. Увеличение самоэффективности ведет к увеличению достижений и наоборот. Таким образом, изменение самоэффективности имеет предсказательную ценность для долговременного изменения поведения при наличии достаточных побудительных мотивов и умений.

В рамках социально-когнитивного направления были поставлены эксперименты, подтверждающие возможность формирования (моделирования) страхов. Приобретение реакции страха может происходить посредством процедуры когнитивного моделирования, другими словами, путем наблюдения и подражания. Как отмечает А. Бандура, человек посредством наблюдения за тем, как другие люди чего-то боятся (каких-то предметов или событий), может сам приобрести подобный страх. Часто страхи родителей передаются их детям [11, 12].

Приобретенные специфические страхи могут перерасти в генерализованное тревожное расстройство, при котором широкий класс объектов, схожих по неочевидным признакам, одновременно вызывают реакцию страха и избегания. Автор показал, что стимулы, которые лишь ассоциируются с болезненным, могут вызывать патологическую реакцию независимо от того, является ли заболевание соматическим, психосоматическим или психическим: «Люди могут развить антиципирующие реакции на сигнальные стимулы на основе лишь определенного словесного сообщения, при отсутствии собственного опыта вероятных последствий того, что данный стимул предсказывает определенные внешние последствия (Grings, 1973). Даже когда научение происходит в результате непосредственного взаимодействия с окружающей средой, людям далеко не всегда уда-

ется извлечь правильные выводы из собственного опыта. Более того, тщательное рассмотрение событий может привести к совершенно разным антиципирующим реакциям — все зависит от того, на фоне какого рода размышлений разворачивается данный процесс. Впоследствии мы еще вернемся к этому обстоятельству. ...Процессы ожидаемого научения имеют ряд важных следствий для понимания поведения, содержащего элемент физиологического возбуждения — такого, например, как физиологические дисфункции или защитное поведение. В психосоматической сфере Деккеру, Пельцеру и Гроену (1957) удалось показать, что прежде физиологически нейтральные стимулы способны вызвать астматические приступы, если устанавливается ассоциативная связь между ними и аллергенами, действительно дающими физиологически дисфункциональную реакцию» [10, с. 89–90].

Тщательное изучение пациентов, страдающих астматическими приступами, показало, что «толчком к приступу способны послужить самые разнообразные события внешнего мира: это могут быть и политические речи, и детское хоровое пение, и исполнение национального гимна, а также лифты, аквариумные рыбки, птицы в клетках, парфюмерия, водопады, велосипедные гонки, полицейские фургоны, лошади» и т.д. Выявив определенный стимул, вызывающий астматический приступ, «Деккер, Пельцер и Гроен (1956) могли искусственно его стимулировать, просто предъявляя этот раздражитель пациенту или даже всего лишь его графическое изображение» [10, с. 89–90].

Исследования, касавшиеся выработки страхов посредством моделирования, также показали состоятельность данного предположения. А. Бандура и Т. Розенталь провели эксперимент, в котором людям показывали, как человека подвергали ударам электрического тока каждый раз, когда звучала сирена. Однако особенность эксперимента заключалась в том, что «жертвой» был помощник экспериментатора, он просто изображал боль по сигналу sireны. На самом деле электрический ток не подавался. После такого наблюдения зрители начали автоматически испытывать страх при звуке sireны [159].

А. Бандура отмечал, что люди с низкой личностной эффективностью, сталкиваясь с неуспешной попыткой преодолеть препятствие, отказываются от дальнейших попыток, будучи уверенными, что от них ничего не зависит. Автор заинтересовался очень важным для данного исследования вопросом: «каким образом можно модифицировать те виды поведения, которое общество рассматривает как нежелательные и ненормальные» [148, с. 340].

1.2.3. Техника моделирования поведения на основе наблюдения

А. Бандура провел исследования, подтвердившие его гипотезу, согласно которой научение возможно через наблюдение и моделирование поведения, затем сосредоточился на внешних проявлениях ненормальности – симптомах, считая, что симптоматическое лечение – лечение самого расстройства.

Психоаналитики критически относятся к симптоматической психотерапии, считая, что это не решает некую «глубинную» проблему. Однако, как показывает практика, все обстоит не так. Клиент, видя свой успех в решении какой-то, даже побочной, проблемы, уже способен перенести этот позитивный опыт и на другие аспекты своей жизни. Это позитивная обратная реакция для клиента («Если ты смог справиться с этим, то и это тебе под силу...»). Естественно, что такой опыт далеко не всегда сам по себе интегрируется и обобщается в жизнь человека, часто здесь необходима помощь терапевта.

Например, клиентка М. после развода с мужем оставшись с двумя детьми, в течение многих лет страдает от этого разрыва, ежедневно просматривая фильмы и фотографии с его участием и видя соответствующие сны, как будто все так, как и было, ничего не изменилось. В результате почти каждый день она просыпается в слезах, видя, что реальность не соответствует фантазиям, все глубже уходя в депрессию. Ее состояние полностью сосредоточено на нем, она хочет его вернуть, несмотря на осознание того, что это просто невозможно. При этом она испытывает вину, отчаяние. В момент консультирования в жизни у нее случается ситуация, когда ей приходится резко сменить работу (с прежней ее «сократили») и она говорит терапевту: «Да какой там муж бывший, вот мне сейчас надо работу найти...». И полностью погружается в переживания поиска работы. На протяжении этого периода она не видит навязчивых снов, у нее нет мотива просматривать ежедневно фотографии с его изображением. Клиентка обобщает этот позитивный опыт отсутствия симптома («Я не плакала каждый день, не думала о нем каждый день, перестала переживать из-за этого и поняла, что я не виновата в разводе»). После этого начинается значительный сдвиг в психотерапии, довольно быстро приводящий к позитивным результатам.

В данном случае клиентка сама для себя выступает успешной моделью того, как справиться с проблемой. Рефлексия позволяет ей

понять, что она может контролировать ситуацию, что она сама и есть та модель, на которую нужно ориентироваться.

Техники моделирования наиболее подробно изучены А. Бандурой. Знаменитый его эксперимент «Кукла Бобо», в котором демонстрируется проявление агрессии у детей (мальчиков и девочек) после наблюдения агрессивного поведения модели (мужчины и женщины) по отношению к кукле, как нельзя лучше демонстрирует научение по модели [148].

При модификации фобического или тревожного поведения А. Бандура использовал моделирование: «...испытуемые должны наблюдать за моделью в таких ситуациях, которые кажутся им пугающими или провоцируют у них чувство тревоги» [154, с. 340]. Так, дети, которые боялись собак (или змей – в другом эксперименте), наблюдали, постепенно приближаясь, как ребенок такого же возраста подходит к собаке и начинает с ней играть. Вследствие такого наблюдения страх, вызываемый собакой, будет значительно ослаблен.

Первое очевидное терапевтическое следствие теории обучения на моделях состоит в том, что формирование нового поведения в отсутствие модели этого поведения едва ли возможно. Суть метода моделирования состоит в том, что клиенту демонстрируют поведение-цель, а затем просят его повторить (скопировать в собственном поведении) увиденное. Модель одновременно задается в ее важнейших поведенческих и ситуационных характеристиках.

Метод моделирования используют либо тогда, когда у клиента обнаруживается существенный дефицит навыков социального поведения, либо в ситуации, когда необходимо укрепить или увеличить частоту использования уже имеющихся навыков. Главным условием успешности моделирования является желание клиента следовать модели. Модель должна быть привлекательной для клиента, и способствовать этому может ряд обстоятельств. Например, одновременно с моделью могут демонстрироваться и следующие за ней приятные вещи. Убедить клиента в важности модели может также его собственное участие в качестве партнера по ролевой игре. В этом случае он на себе может прочувствовать действие целевого поведения.

Обучение на модели (иначе – моделирование) осуществляется в поведенческой психотерапии в два этапа: 1) демонстрация модели; 2) исполнение модели.

1. Демонстрация модели. На первом этапе целевое поведение так или иначе демонстрируется клиенту в важнейших ее элементах. Комплексные сложные модели могут демонстрироваться несколько

раз с включением все новых и новых элементов поведения. Например, на первом этапе акцент может быть сделан на вербальном поведении модели, на втором будет акцентироваться контакт глаз и дистанция общения, на третьем к двум перечисленным моментам будет добавлена выразительная жестикуляция.

Различают «живые» и символические модели. О «живой» модели речь идет тогда, когда терапевт, тренер или специально подготовленный актер сам демонстрирует целевое поведение. Символическая модель демонстрируется в видеозаписи, комиксах, рисунках или описывается вербально (вербальную модель чаще называют инструкцией). У этих двух способов задания модели есть свои преимущества и недостатки. Демонстрация символической модели требует меньшего времени, такая модель стандартна и надежна. Однако «живые» модели провоцируют большую идентификацию клиента, модель можно гибко изменить в зависимости от его уровня компетентности и состояния. Далее, при использовании «живого» моделирования в парной ролевой игре с участием клиента тот сам может на себе прочувствовать, как моделируемое поведение влияет на социальных партнеров.

При любом варианте моделирования нужно соблюдать ряд правил, облегчающих клиенту второй этап моделирования – выполнение модели.

Желательно, чтобы человек, демонстрирующий модель, по полу, возрасту, национальности и темпераменту походил на клиента. При значительных поведенческих нарушениях модель должна быть упрощена до уровня, на котором возможно выполнение модели клиентом. Далее, в модели должны быть очевидны все существенные компоненты целевого поведения. Эти компоненты должны изображаться в таком виде, чтобы клиент смог их удержать некоторое время в памяти. Сложное поведение для этого иногда имеет смысл разбивать на отдельные сегменты с последующим их объединением.

Довольно часто даже одного наблюдения за моделью с последующим обсуждением увиденного бывает достаточно для существенных изменений в поведении клиента. Такой эффект часто имеет место тогда, когда реально имеющиеся навыки тормозились разного рода когнитивными и эмоциональными процессами. Но чаще для закрепления эффекта и обеспечения переноса модели в реальную жизнь необходимо выполнение второго этапа – исполнения модели.

2. Исполнение модели. Вслед за демонстрацией модели клиента просят повторить, скопировать увиденное. Инструкция, в которой с клиента снимается личная ответственность за поведение (ведь ему нужно просто скопировать то, что делал другой человек), существенно ослабляет действие эмоциональных и когнитивных блоков и дает возможность прочувствовать в моторном поведении важнейшие компоненты модели. Часто исполнение модели в таком контексте дает клиенту совершенно новый опыт социального взаимодействия. Повторное (а иногда и многократное) исполнение модели снимает в будущем возражения из серии «я этого никогда не смогу сделать».

Здесь нужно отметить еще один важный момент. Если обучение проходит в группе, то сам терапевтический сеанс с одним из членов группы служит моделью для всех других. При многократном повторении каждый новый дубль выполняется значительно лучше и такого рода работа сама становится для группы моделью успешной терапии. Прогресс, которого достигает клиент, служит наглядным доказательством возможности изменений. И это налагает определенную ответственность. Негативный результат первого моделирования в группе может привести и к прямо противоположному результату.

Работа с симптомом в рамках разнообразных техник моделирования является эффективной терапевтической стратегией. Часто сам клиент в своем настоящем, прошлом или даже будущем может вспомнить или сконструировать позитивный опыт, выступающий эталоном, ориентируясь на который, он успешно преодолет разнообразные проблемы.

1.2.4. Феномен выученной беспомощности в контексте опыта неконтролируемости

Ученые показали, что ощущение подконтрольности ситуации является фундаментом психической стабильности и здоровья. Опыт переживания неподвластных поведению человека обстоятельств может провоцировать различные психические нарушения. Такими обстоятельствами могут выступить разнообразные ситуации, начиная от участия в катастрофических, военных, террористических или других действиях и заканчивая потерей или болезнью близкого человека. Отсутствие возможности выбора, контроля над своей жизнью часто приводит к печальным последствиям вплоть до сокраще-

ния продолжительности жизни или даже суицидального поведения. Ощущение, что «от меня ничего не зависит», «я ничего не могу с этим поделать», оказывается губительным. Опыт одновременно переполнен неконтролируемостью легко переносится на схожие ситуации, а иногда и на всю жизнь в целом, меняя мировоззрение человека.

Известная концепция «выученной беспомощности», «выученной депрессии» М. Селигмана показывает, что люди ценят сильное чувство внутреннего контроля и пытаются избежать ситуаций, которые они не могут контролировать. При этом диапазон возможных реакций достаточно широк: от сильной злости до отказа от действий, апатии и безнадежности. Основным способом реагирования является попытка восстановления контроля. Если же установка на «беспомощность» и безвыходность сформирована, то возможен только такой тип поведения: избегание и нарастающий негативный эмоциональный фон [87, 93–95, 114, 118]. Для обозначения этого состояния можно использовать выражения «опустить руки» и «повесить голову». Это ощущение связано с осмыслением ситуации как безнадежной, в которой от меня ничего не зависит, поэтому все усилия бесполезны. Но это уже близко к когнитивной составляющей. Хотя эксперименты М. Селигмана по форме бихевиоральны, по сути они, по словам самого автора, окончательно поставили крест на радикально-бихевиористских тезисах. Таким образом, между стимулированием и реагированием он обнаружил промежуточную когнитивную переменную в виде уверенности в неподконтрольности ситуации, «выученной беспомощности».

М. Селигману повезло, поскольку в самом начале карьеры, в 1964 г., будучи молодым выпускником университета, он сумел сделать наблюдение, положившее основу одной из самых известных психологических теорий, дающих объяснение неуверенности в себе и беспомощности. Все выводы, которые привели в конце концов к возникновению стройной теории, детально обоснованы и проверены в многочисленных экспериментах.

Благодаря счастливому стечению обстоятельств, он оказался в одной из известных психологических лабораторий Пенсильванского университета. Руководитель лаборатории – Р. Соломон – в то время проводил серию экспериментов над собаками по схеме классического условного рефлекса И.П. Павлова. Идея эксперимента состояла в том, чтобы сформировать у собак условный рефлекс страха на звук высокого тона.

Для этого их, вслед за громким звуком, подвергали несильным, но чувствительным ударам электрического тока. Предполагалось, что спустя некоторое время собаки будут реагировать на звук так же, как они раньше реагировали на электрошок, – будут выскакивать из ящика и убежать. Но собаки этого не делали! Они не совершали элементарных действий, на которые способна буквально любая собака! Вместо того чтобы выпрыгнуть из ящика, собаки ложились на пол и скулили, не совершая никаких попыток избежать неприятностей!

И в этот момент М. Селигман предположил, что причина может состоять в том, что в ходе самого эксперимента собаки не имели физической возможности избежать электрошока – и привыкли к его неизбежности. Собаки научились беспомощности [95, 118, 180].

М. Селигман решил использовать павловскую схему для того, чтобы экспериментально изучить природу беспомощности, понять причины ее возникновения и таким образом найти пути ее преодоления. Вместе с другим молодым аспирантом – Стивеном Майером – он разработал схему эксперимента, названного им триадным, предполагавшим участие трех групп животных. М. Селигман определяет беспомощность как состояние, возникающее в ситуации, когда нам кажется, что внешние события от нас не зависят и мы ничего не можем сделать, чтобы их предотвратить или изменить. Если это состояние и связанные с ним особенности мотивации и атрибуции переносятся на другие ситуации, значит, налицо «выученная беспомощность». Очень непродолжительной истории неконтролируемости окружающего мира достаточно для того, чтобы выученная беспомощность начала жить как бы своей собственной жизнью, стала сама управлять нашим поведением [181, 182].

Опыт неконтролируемых последствий у животных и людей переживается болезненно, а также закономерно приводит к пессимизму и депрессии, к снижению стремления предотвратить трудные ситуации или активно овладеть ими. Ответственны за возникновение этого не столько неприятные или болезненные переживания сами по себе, сколько опыт их неконтролируемости. Этим и объясняется тот факт, что относительно позитивных последствий М. Селигман получил аналогичные результаты. Интенсивное поощрение вне зависимости от действий испытуемых, точно так же как и наказание, приводит к потере инициативы и способности к конкурентной борьбе [180, 181, 182].

Иными словами, как позитивный, так и негативный стимул может провоцировать состояние «выученной беспомощности», если

невозможно установить связь между «моим» (субъективным) действием и соответствующими стимулами.

Автор провел серию экспериментов на собаках, подтвердивших его предположение. В эксперименте собаки, у которых была возможность контролировать подачу тока, быстро научались избегать неприятных стимулов и впоследствии воспроизводили это умение. Собаки, которые в первой серии опытов не имели возможности контролировать болезненные стимулы (ток подавался и отключался вне зависимости от их действий), в последующих сериях не использовали возможности предотвращения этих стимулов, хотя такая возможность была им предоставлена, т.е. они научались вести себя беспомощными. Даже в изменившихся условиях собака «не верила» в то, что усилия могут привести к позитивному результату [148, 180].

Были проведены эксперименты и на людях с изучением того, как определенные типы последствий влияют на формирование выученной беспомощности. Например, двум группам людей предлагалось решать простые логические задачи, где в серии картинок нужно было обнаружить «лишний» элемент, следуя какому-либо принципу. В одной группе испытуемые получали оценки «верно» или «неверно» в случайном порядке (т.е. асинхронно), в другой они (синхронно) получали за правильный ответ оценку «верно», за неправильный – «неверно» [93–95].

В результате в группе с правильными, «синхронными» последствиями количество правильных ответов быстро возрастало, при асинхронности же не наблюдалось значительного улучшения результатов и многие испытуемые довольно быстро отказывались от продолжения эксперимента. Если на их участии настаивали, то они совершали даже большее количество ошибок, чем в начале, поскольку для простых закономерностей пытались найти очень сложные объяснения, искали сложные решения там, где они были очевидны.

Американский психолог Д. Хирото в 1971 г. также попытался проверить, работает ли механизм, обнаруженный М. Селигманом, на людях (Hiroto, 1974). Он разработал такую схему эксперимента: предложил трем группам испытуемых обнаружить комбинацию кнопок, нажатие которых будет отключать громкий раздражающий звук [93–95].

В первой группе такая возможность была – искомая комбинация существовала, во второй группе кнопки были просто отключены, и какие бы комбинации испытуемые не нажимали, неприятный звук не прекращался. Третья группа не участвовала в первой части экспери-

мента. Затем испытуемых направляли в другую комнату, где стоял специально оборудованный ящик. Испытуемые должны были положить в него руку, и когда рука прикасалась к дну ящика, раздавался противный звук. Если испытуемые касались противоположной стенки – звук прекращался.

В результате экспериментов Д. Хирото было установлено, что люди, имевшие возможность отключать неприятный звук, выключали его и во второй серии экспериментов. Они не соглашались с ним мириться и быстро обнаруживали способ прекратить неприятные ощущения. Так же поступали люди из группы, не участвовавшие в первой серии. Те же, кто в первой серии испытал беспомощность, переносили эту приобретенную беспомощность в новую ситуацию. Они даже не пытались выключить звук – просто сидели и ждали, когда все кончится [93, 94].

Такое пассивное принятие негативных или даже болезненных стимулов вызвано уверенностью, что от субъективных действий ничего не зависит. Человек вычеркивает себя из списка авторов данной ситуации, воспринимая себя как жертву или марионетку обстоятельств. Даже однократный опыт неконтролируемости ситуации может в будущем провоцировать такую генерализованную форму дезадаптивного поведения, как «выученная беспомощность».

Эксперимент по влиянию субъективного ощущения контроля на здоровье, состояние человека проведен в начале 1970-х гг. Э. Ланджер и Д. Роден в престижном американском доме престарелых. Ими были созданы два типа экспериментальных условий, в одном из которых пожилые люди имели возможность контролировать расписание и особенности своей жизни (режим просмотра телевизора, какие цветы и куда поставить в комнате и др.), а во втором не имели такой возможности, за них все решал персонал [28].

Через три недели полученные результаты были проанализированы в отношении эмоционального состояния пожилых людей. Они показали, что группа, имевшая возможность нести ответственность, контролировать свою жизнь, оказалась значимо более бодрой, активной и счастливой как по сравнению со своим предыдущим состоянием, так и по сравнению с группой, которая не имела возможности контроля. Более того, исследование показало, что жизнь пожилых людей оказывается продолжительнее, если они контролируют события своей жизни (соответственно, у них сохраняется интерес и воля к продолжению жизни) [28].

Беспомощность вызывают не неприятные события, а опыт неконтролируемости этих событий. Живое существо становится беспомощным, если оно привыкает к тому, что от его активных действий ничего не зависит, а неприятности происходят сами по себе и на их возникновение влиять никак нельзя. Самые первые эксперименты М. Селигмана получили широкую известность, были опубликованы солидными психологическими журналами. Два важных факта состояли в том, что у людей также существует уже установленный на животных механизм возникновения беспомощности и что беспомощность легко переносится на другие ситуации.

Существуют особые внешние обстоятельства как причинные факторы, приводящие к научению беспомощности (посредством фрустрации в субъективном контроле над событием и психологической понятности ситуации): 1) полное отсутствие последствий активных действий (депривация); 2) однообразие последствий; 3) асинхронность, или отсутствие видимой связи между действиями и их последствиями.

В качестве примера отсутствия последствий В.Г. Ромек приводит следующий характерный случай. Взрослый сын обратившейся за помощью женщины не желает ничего самостоятельно предпринимать в своей жизни: «Семья довольно обеспеченная, у каждого из супругов свой бизнес, сыну они тоже ни в чем не отказывают. Чтобы помочь ему встать на ноги, отец зарегистрировал для того собственную фирму с поставленным бизнесом — нужно только работать. Но сын и этого не хочет, он либо сидит весь день дома, либо, что еще хуже, берет машину и отправляется проводить своих дружков. Делом заниматься не хочет, поэтому психолог предлагает изменить кое-что в отношении к двадцатилетнему сыну, а именно последствия, которые имеют его действия. Отобрать машину и отдать тому, кто ведет дела в фирме. Вернуть машину, если он займется делами фирмы. Выплачивать ему в фирме зарплату в точном соответствии с рабочими часами, которые он там проведет. Если управление фирмой не даст нужных результатов, продать ее или забрать себе в управление. Но в этот момент перестать платить зарплату. Спустя 2 месяца сын начал вести дела фирмы сам и купил себе на заработанные в удачной сделке деньги собственную машину, чтобы не зависеть от родителей» [93, с. 70].

Примером однообразия последствий может служить следующий случай. Ребенок К. ходит школу с большой охотой, проявляя к ней

интерес. Через некоторое время интерес стремительно улетучивается, он не хочет делать уроки, отказывается ходить в школу. Ребенка словно подменили. Дело в том, что новый учитель часто ставит четверки и требует выполнять работу над ошибками. Сначала К. это делает охотно, поскольку видит ошибки и знает, как их можно исправить. Но новый учитель даже после прекрасно выполненной повторной работы ставит четверку. С его точки зрения, это справедливо. Ведь ошибка-то была допущена. Для К. исчез всякий смысл исправлять ошибки. Как бы хорошо ни была сделана работа над ошибками, все равно оценка не улучшается. Мотивация к учебе стремительно исчезает, но родителям, к счастью, «удается убедить учителя поощрять ребенка, но интерес к школе восстанавливается очень и очень медленно» [93, с. 70].

Третья причина беспомощности может заключаться в том, что между действиями и последствиями проходит много времени (асинхронность), поэтому невозможно связать реакции окружения с теми или иными собственными действиями. Например, наказания по пятницам, критика по понедельникам, выдаваемая случайно и довольно редко зарплата — все это последствия, которые асинхронны во времени с их причинами. В этом случае зарплата перестает ассоциироваться с результатами труда, критика родителей — с ошибками, допущенными в домашнем задании [93, 95].

В рамках данной теории социофобия представляет собой реакцию в виде состояния дискомфорта или даже патологической тревоги в отношении к тем ситуациям, в которых контроль над процессом и последствиями либо невозможен, либо частичен. На этапе анализа данных обозначенный феномен будет детально описан и эмпирически подтвержден.

Важную роль, таким образом, в процессе формирования социофобии или депрессии может играть участие индивида в неконтролируемом стрессовом событии: «перцепции неконтролируемости часто ведут к подчиненному и неуверенному поведению, характерному для социально тревожных или фобических лиц» [52, с. 298]. Людям с социальными фобиями свойственна гипотония ощущения контроля над событиями, они считают, что контроль над событиями «осуществляется прежде всего «могущественными другими»» [52, с. 298].

Кроме того, концепция социальных страхов как выученного поведения показывает, что социофобии «берут начало в простых случаях прямого или заместительного классического обусловливания,

например при переживании или лицемерии воспринятого социального фиаско или унижения при виде кого-либо, ставшего мишенью для гнева и критики» [52, с. 296].

Одни исследования показывают, что 58 % людей с социофобией вспоминают переживания прямого травматического обусловливания, легшего в основу их социофобий; другие — демонстрируют, что эти данные справедливы для 56 % страдающих специфической фобией (страх отдельных специфических социальных ситуаций и их избегание или переживание дистресса при участии в них) и для 44 % — с генерализованной социофобией (страх большинства социальных ситуаций и их избегание). Лица с генерализованной социофобией чаще всего росли с родителями, которые были социально изолированы и обесценивали общительность, формируя почву для заместительного научения социальным страхам [52, 56, 126]. Часто дети, у которых впоследствии развиваются социальные страхи, получают неоднозначный опыт реакций взрослых на свои поступки, таким образом, у них не формируется понятность реакций окружающих на те или иные свои действия, в результате растет неуверенность и чувство неизвестности исхода ситуации (последствия противоречивы или непонятны). Социальное общение начинает восприниматься как полное угрозы и непонятных опасностей.

Механизм расстройства, связанного с эмоциональным стрессом, травмой, а также страхи, депрессии часто являются переживанием опыта неконтролируемости эмоционально пугающего, или травматического, или значимого события. Например, посттравматическое стрессовое расстройство и его субклинические разновидности также представляют собой яркий пример острого переживания опыта неконтролируемости ситуации.

Системные семейные проблемы, созависимости являются нарушением опыта контролируемости событий в контексте систематического самоподкрепления имеющейся системы. В психотерапии можно сформировать и пережить субъективный контроль посредством объективации диффузного и не подчиненного воле субъекта переживания. Это может быть сделано прямым или косвенным способом. Прямые способы предполагают воссоздание в деталях реальной ситуации в терапевтических условиях и, таким образом, получение «власти», произвольности над переживаниями и ситуацией. Косвенные способы связаны с использованием «проективности», метафоричности в процессе объективации, что может быть использовано,

например, в работе с детьми, чья рефлексия и в целом понимание ситуации могут быть не полными.

Фобии, в том числе социальные, представляют собой неконтролируемый страх, неподвластный человеку. В случае социофобии человек не может контролировать свои опасения, например быть осмеянным и потерпеть фиаско у всех на глазах, поэтому единственное, что ему остается, — стараться избегать такие ситуации, в которых это субъективно возможно. Избегая ситуации оценивания, страдающий социальной фобией таким образом восстанавливает контроль, для него это единственный способ не потерять чувство авторства, а следовательно, источник предсказуемости, подконтрольности. Естественно, что это дезадаптивная стратегия, требующая терапевтического вмешательства.

Ситуация выступления перед аудиторией становится «непрозрачной», объективной, неестественной для страдающего социофобией. Как пишет А.Ш. Тхостов, мы замечаем какой-то орган или психический процесс только тогда, когда он нарушен, перестает быть субъективным и «прозрачным» для нас. Так, например, о памяти мы говорим, когда она дает сбой, о сердце — когда оно болит, и т.д. Эта неподконтрольность лишает человека чувства авторства над тем, что как бы «нарушено», в результате чего данный феномен начинает обрастать мифологией интерпретации. Что касается социальных страхов, появляются иррациональные мысли о мнимых трагических последствиях участия в ситуациях оценивания, выражения чувств и мнения, что только укрепляет и подкрепляет патологическое избегающее поведение.

Фобия представляет собой иррациональный, сверхсильный страх конкретных предметов, явлений или ситуаций, он неуправляем даже в том случае, если человек осознает преувеличенность своих опасений. Восстановление субъективного контроля, авторства над ситуацией является важнейшей терапевтической стратегией в таких случаях.

Таким образом, опыт неконтролируемости, пережитый индивидом, может формировать «выученную беспомощность», «выученную депрессию» и лежит в основе многих психических нарушений. Расформирование, разобусловливание субъективного переживания беспомощности — важнейшая задача терапевта. Однако, как это показал уже М. Селигман, задача терапевта заключается не только в изменении поведения, но и сформированной установки, образа будущей ситуации, особого стиля предвидения негативного исхода. Иными словами, важными оказываются промежуточные когнитивные переменные.

1.2.5. Дж. Келли как предшественник когнитивной психологии. Теория личных конструктов

Согласно когнитивному подходу, причина возникновения любого устойчивого эмоционального отношения (в частности, страха) к объектам (ситуациям и др.) действительности кроется в так называемой «перцептивной и мотивационной селективности», в специфическом конструировании мира на основе опыта и сформированных на его основе «когнитивных схем», «ментальных карт», «когнитивных гипотез». Изначально, однако, когнитивисты были сосредоточены в первую очередь на познавательных процессах. Лишь к 70–80-м гг. XX в. их интерес сместился к исследованию детерминант поведенческой активности индивида и особенностям конструирования реальности с помощью перцептивной и мотивационной селективности. Авторы данного подхода утверждали, что процессы познания формируют этот опыт, а в дальнейшем предопределяют систему кодирования реальности.

Как пишут Ю.М. Забродин и В.И. Похилько в предисловии к работе Ф. Франселлы и Д. Баннистера «Новый метод исследования личности», «книга Дж. Келли «Психология личных конструктов» вышла в свет в США в 1955 году. Это было сложное для американской психологии время, период разочарований в антименталистских направлениях «объективной» психологии, прежде всего бихевиоризма и необихевиоризма, что проявилось, с одной стороны, в возрождении интереса к феноменологическим и иррационалистическим «толкованиям» личности и сознания и, с другой стороны, в появлении тенденции отказа от «теоретических спекуляций» и обращении многих психологов к чисто прикладным задачам. Пройдет несколько лет, и умы многих психологов захватит новое направление когнитивной психологии. В целом уже ощущается начало крутого поворота к рационализму и когнитивизму. Все это, безусловно, повлияло на Дж. Келли и так или иначе отразилось в его концепции» [143, с. 13–14].

Дж. Келли называют предшественником когнитивной психологии, однако его концепция мало повлияла на ее возникновение: «Скорее общий дух времени отразился и на теории конструктов, и на появлении первой когнитивной модели человека, как «канала переработки информации с ограниченной пропускной способностью» [143, с. 14]. Дж. Келли поставил задачу не изучения процессов переработки информации, а объяснения, как человек строит целостный интегриро-

ванный образ мира, помогающий ему предсказывать и контролировать события, свое поведение и поведение других людей. Эта задача только в последнее время осмыслена в рамках когнитивной психологии. Дж. Келли интересовали не частности, а «проблема целостного анализа активно познающей и действующей личности» [143, с. 14].

Дж. Келли действительно создал метатеорию, которая обладает бесконечным исследовательским и творческим потенциалом развития, она до сих пор обнаруживает в себе все новые и новые возможности. Автор предложил уравнивать испытуемых и психологов, он пишет, что «человек – это ученый, исследователь, который не просто реагирует на стимулы, не просто усваивает поступающую извне информацию, а выдвигает обоснованные гипотезы, проверяет их на практике, строит свою маленькую «теорию мира» и человеческих отношений» [143, с. 14]. В этой формуле намечается переход от объектного подхода к субъектному, подчеркивается принцип активности человека и роль практической деятельности в возникновении и формировании человеческих представлений.

Техника репертуарных решеток (РР), разработанная Дж. Келли в рамках теории личных конструктов, первоначально была направлена на исследование индивидуального сознания. Репертуарная решетка представляет собой матрицу, заполняемую самим испытуемым или экспериментатором при обследовании или в беседе. Столбцам матрицы соответствует определенная группа объектов (называемых элементами) [143].

В качестве объектов могут выступать люди, предметы, понятия, отношения, звуки, цвета – все, что интересует исследователя, терапевта, диагноста. Строки матрицы представляют собой конструкты – биполярные признаки, параметры, шкалы. Конструкты задаются исследователем или выявляются у испытуемого с помощью разных методов, предложенных автором и его последователями.

В процессе заполнения репертуарной решетки испытуемый должен оценить каждый объект по каждому конструкту или каким-то другим образом поставить элементы в соответствие конструктам. Определение «репертуарная» означает, что элементы выбираются в соответствии с правилами, чтобы они принадлежали определенной области и были связаны контекстом аналогично репертуару ролей в пьесе [143]. Изменяя репертуар элементов, можно «настраивать» методики на выявление конструктов разного уровня общности и из разных систем. Второй смысл определения в том, что в технике РР

элементы задаются зачастую в виде обобщенных инструкций («мужчина, ровесник, к которому вы относитесь положительно», «человек, оказавший сильное влияние на ваши взгляды»), репертуара ролей, на место которых каждый конкретный человек мысленно подставляет своих знакомых людей или конкретные предметы, если в качестве элементов заданы названия предметов [143].

Анализ репертуарной решетки позволяет оценить силу и направленность связей между конструктами заполнившего ее человека, выявить наиболее важные и значимые параметры (глубинные конструкты), лежащие в основе конкретных оценок и отношений, построить целостную подсистему конструктов, позволяющую описывать и предсказывать оценки и отношения человека (индивидуальную семантическую карту).

Некоторые типы репертуарных решеток позволяют выявлять иерархические отношения между конструктами. Анализ серии репертуарных решеток, заполняемых одним и тем же человеком в разные моменты времени, дает возможность следить за динамикой конструктов и оценок, строить траектории изменения состояния человека в системе его собственных субъективных шкал.

Техника репертуарных решеток в силу больших конструктивных возможностей «рискует превратиться в своеобразную “технологию по производству” различных вариантов репертуарных решеток, всевозможных “индексов и показателей”» [143, с. 10]. «...Этот процесс увлекателен, поскольку репертуарные методики являются гибким и универсальным методом субъективного шкалирования» [143, с. 10]. Патология определяется как неадекватная негибкость, отсутствие постоянной проверки уже неработающих конструктов, их неизменность в контексте ситуаций. Терапевт, если следовать мысли автора, — это в первую очередь ученый, который, зная принципы эксперимента, применяет их на практике. Ключевой идеей автора является необходимость постоянного прогнозирования результатов определенных действий своих или других, их значение в контексте образа ситуации. Прогнозирование как оценка вероятности того или иного результата Дж. Келли называет «антиципацией событий», предвидением на основе формирующегося при жизни набора «склеен» конструктов, специфичных для опыта отдельного индивида, но имеющих схожие признаки у представителей одной ментальности. Дж. Келли явился предшественником и психосемантического подхода в психологии, заложив метрические и смысловые основания данного направления.

В теории личных конструктов понятие «конструкт» играет важнейшую роль, такую, как, например, понятие установки в подходе Д. Узнадзе или понятие внутренних условий деятельности в концепции С.Л. Рубинштейна. Человек воспринимает мир «...не непосредственно, снимая слепки или отпечатки с действительности, а... пытаясь реконструировать, смоделировать эту действительность» [143, с. 18]. Конструкты в его теории — «это не порождения «чистого сознания», но практически освоенные человеком, проверенные в реальной деятельности способы дифференциации объектов» [143, с. 18].

Размеченный мир в опыте человека означает описание объектов мира через свойства — конструкты, сформированные в деятельности. В каком-то смысле это устойчивые алгоритмы восприятия и реагирования на ситуации, на объекты. Это служит целям адаптации, однако слишком ригидные паттерны, неадекватные конструкты или склейки конструктов могут приводить к обратному — к дезадаптации. В этом случае человек применяет ригидную схему из своего опыта, не пытаясь перестраивать систему конструктов.

Дж. Келли обозначал конструкт как референтную ось, основной параметр оценки, невербализованный и не нашедший отражения в символе: «...иногда вообще ничем не означенный, кроме как стихийными процессами, им управляемыми. На поведенческом уровне его можно рассматривать как открытый человеком способ поведения; система же *конструктов* обеспечивает каждого человека его собственной сеткой поведенческих тропинок, не только ограничивающих его действия, но и открывающих перед ним свободу, которая в противном случае оказалась бы для него психологически несуществующей» [143, с. 31–32].

Кроме того, Дж. Келли был неординарной личностью: «Многие считают его своим учителем, человеком, глубоко повлиявшим на их собственную жизнь, но не считают себя последователями и приверженцами его теории конструктов. Келли принимал такое отношение к своей концепции. В этом проявилась гуманистическая направленность Келли как человека и как ученого» [143, с. 21].

Каждый конструкт не может иметь универсальный диапазон применимости. Понятие «диапазон применимости» конструкта означает ту сферу, в рамках которой определенный конструкт действует. Если правило применимости не работает при составлении решетки, ее заполнение превращается в абсурд: «Например, человек делит своих знакомых на *привлекательных* и *непривлекательных*.

Однако мы не дали ему возможности сообщить нам, что для него *привлекательный – непривлекательный* – это конструкт, диапазон пригодности которого *включает только женщин*, и единственное, что ему остается, – это часть знакомых женщин отнести к *привлекательным*, а остальных женщин и всех мужчин – к *непривлекательным*. Мы вынудили его к этому, так как не оставили ему возможности выбора. В результате при соотнесении конструкта *привлекательный* с другими конструктами решетки мы неизбежно получим искаженное представление о системе его конструктов» [143, с. 37].

Дж. Келли одновременно и предшественник когнитивной психологии, и тот, кто во многом опередил идеи не только когнитивного подхода, но и теоретико-методологические попытки интеграции, например психосемантический подход, явившись его основателем.

Психосемантика предполагает построение образа (когнитивной переменной) ситуации или объекта, которому приписывается пристрастное оценивание. Так, при создании семантического дифференциала Ч. Осгуд «не принимал во внимание правило о диапазоне пригодности, что позволило ему сделать любопытные выводы именно о конструктах, имеющих неограниченный диапазон пригодности. Его знаменитая триада *хороший – плохой, активный – пассивный, слабый – сильный*, по существу, не что иное, как основные, суперординатные конструкты в терминологии Келли» [143, с. 37]. Работы Ч. Осгуда о семантическом дифференциале породили множество вопросов. Что происходит со значением в процессе его определения (например, вопрос Брауна «Камень – сладкий или кислый?»), а также споры относительно проблем типа взаимодействия между шкалой и понятием [143, с. 37].

Согласно мысли автора, цель применения решеток в практической работе состоит в расширении возможностей исследования индивидуальных систем значений, в соответствии с которыми живет человек.

Для любого человека познать мир другого означает «реконструировать» его опыт. Человек не сумеет просто передать свой опыт. Теория конструктов представляет глубокий метод для понимания теоретических проблем проникновения во внутренний мир человека, его неповторимый опыт переживаний.

Теория личных конструктов нашла свое психотерапевтическое применение, в частности, в клинической психологии. Проведены исследования конструктов испытуемых с различными психическими расстройствами, нарушениями мышления.

Процесс усвоения новых конструктов, например, в ходе терапии, даже если они определены достаточно четко, весьма сложен. Представления всегда вплетены в целую сеть конструктов, при этом мысли и чувства, не нашедшие еще своего места в этой сети, зачастую остаются неуловимыми.

В работах Д. Баннистера изучались психологические процессы, лежащие в основе нарушений мышления. Предположения о влиянии инвалидизации (неподтверждения ожиданий) на систему конструктов были проверены экспериментально. Из теории Дж. Келли следует, что структура и суть систем конструктов выступают особой функцией событий подтверждения (истинности) и неподтверждения (ложности) ожиданий, возникающих на основе того или иного конструкта (валидации).

Любой конструкт, занимающий определенное положение в системе, по существу, представляет собой предсказание: «...если для меня конструкты «родственник» и «заслуживает доверия» связаны между собой, то я вправе надеяться, что мой кузен вернет одолженные у меня деньги» [143, с. 160]. Д. Баннистер предположил, что человек с нарушениями мышления, часто сталкиваясь с отрицательным опытом (событиями, опровергавшими его ожидания, – кузены слишком часто не отдавали долг), обнаруживает ослабление таких связей между конструктами. Он не способен выдвигать гипотезы на основе системы конструктов и избегает ошибочных ожиданий «за счет дестабилизации окружающего мира, который становится для него в известной степени бессмысленным» [143, с. 160].

Д. Баннистер и Ф. Франселла описывают, в чем состояла суть эксперимента: «Для проверки этой гипотезы испытуемым предлагалась лабораторная игра. Группе психически здоровых испытуемых предъявлялись фотографии лиц и предлагалось высказать о них свое мнение. Это мнение либо подтверждалось, либо опровергалось, либо не получало никакой оценки. В результате было установлено, что под влиянием инвалидизации испытуемый сначала изменяет структуру связей между конструктами (т.е. изменяет собственную психологическую теорию), а затем ослабляет связи между ними (т.е. вообще перестает строить теории). Вместе с тем валидизация (подтверждение ожиданий) приводит к постепенному усилению связей между конструктами. В результате система конструктов становится упрощенной, «монолитной»» [143, с. 160].

Итак, описывая объекты мира (будь то люди, ситуации, вещи, события), человек выбирает способ реагирования, поведения, в связи с чем ему необходима описательная система координат, в которой эти объекты могли бы быть размещены. Эта система координат – система конструкторов, достаточно алгоритмизированная и устойчивая.

При невротических, психотических расстройствах репертуарные решетки открывают путь к исследованию мыслительных искажений, пониманию путей психотерапии даже в самых сложных случаях.

1.2.6. Когнитивные схемы, фундаментальная ошибка атрибуции и пристрастность реагирования

Дальнейшая логика развития когнитивного экспериментального подхода шла в направлении определения и подробного анализа промежуточных когнитивных переменных, обуславливающих реагирование индивида на определенные объекты, ситуации.

Одним из важнейших предположений когнитивистов стала гипотеза о селективном восприятии информации, о некоем «когнитивном фильтре», который пропускает только определенную информацию о мире.

Когнитивное направление в психологии формулирует гипотезы о наличии мотивационной селективности перцептивных и когнитивных процессов и реализует интересные эксперименты, наглядно показывающие наличие опосредующих факторов в структуре восприятия и реагирования.

В когнитивной психологии, переосмысленной в контексте экспериментов, поставленных необихевиористами, происходит заимствование эвристических понятий – промежуточных переменных (ментальных процессов). Предметами исследования становятся процессы ментальной репрезентации, понимания и порождения речи. В рамках неокогнитивизма впервые изучается влияние мотивационных процессов на восприятие (Дж. Брунер, Дж. Миллер, У. Найссер). В психологии операционально на экспериментальном языке формулируется проблема пристрастности перцептивных и когнитивных функций.

Предшественники современного когнитивно-бихевиорального подхода в определении причин поведения склонны видеть не только мотивацию, но и такие «когнитивные» феномены, как установки или «неправильные мысли», «иррациональные убеждения», «стереотипы», «аттитюды», «системы конструкторов» и пр.

В контексте проблемы изучения переработки информации и моделирования мышления человека Дж. Миллер и Дж. Брунер создают исследовательский центр по изучению процессов мышления при Гарвардском университете (Центр когнитивных исследований). «Когнитивная психология», по их мнению, – это психология, которая должна заниматься не только поведением (когнитивизм изначально противопоставлялся бихевиоризму), но и ментальными процессами, поэтому, в частности, предметом исследования когнитивной психологии стали процессы ментальной репрезентации, понимания и порождения речи, в основе которых лежит мотивация. Пристрастный характер когнитивных процессов, связанный с актуальным мотивационным напряжением индивида, обуславливает специфику описания объекта восприятия и реагирования на него.

Так, У. Найссер призывал исследовать познание человека в реальных условиях его жизнедеятельности [85]. Рассматривая человека как активную систему и определяя процесс познания как непрерывную проверку когнитивных гипотез, он вводит понятие когнитивной схемы как обобщенной и амодальной когнитивной структуры. Когнитивный цикл этой схемы включает процессы антиципации поступающей извне информации. Из общего потока вычленяется определенная информация, организуемая с помощью направляющего плана и двигательной поисковой активности, способствующей получению новой информации.

На современное состояние исследования мотивации в когнитивной психологии оказывает большое влияние концепция каузальной атрибуции (Г. Келли, Р. Нисбетт, Л. Росс, Ф. Хайдер). Введенная Л. Россом «фундаментальная ошибка атрибуции» представляет собой тенденцию наблюдателей недооценивать роль ситуации и переоценивать диспозиционные влияния на поведение других. Роль ситуации в исследованиях детерминации поведения оказалась весомой, верным было и признание вслед за К. Левиным необходимости исследования индивидуального образа ситуации [80].

Исследования в рамках когнитивного направления показали, что поведение человека основывается не на стимуле, а на образе стимула. Когнитивный подход стал фундаментальным направлением в изучении селективного восприятия и реагирования на объекты мира [59].

Одними из первых экспериментов, иллюстрирующих роль категориальных установок в детерминации социального поведения личности, стали классические для социальной психологии эксперименты

С. Эша с внушением категориальных установок. В результате этих экспериментов оказалось, что конформизм обнаруживает себя еще на бессознательном перцептивном уровне, когда испытуемый воспринимает стимул как бы через призму навязанной ему категоризации, искажая реальную стимуляцию в пользу подгонки к заданной установке [80].

В когнитивной экспериментальной психологии интерес также представляют исследования закономерностей формирования впечатления С. Аша, Г. Келли и др., имплицитные теории личности и теория когнитивного диссонанса Л. Фестингера [148, 172, 173, 170].

1.2.7. Когнитивная и рационально-эмотивная терапия: основные идеи, принципы, техники

Конкретные технические приемы, в рамках которых целесообразно оперировать понятиями, отражающими поиск промежуточных переменных «когнитивный стиль», «когнитивная карта», «мотивация», «антиципация событий», осмысляя реальность клиента в контексте этих конструктов и соблюдая принцип прозрачности терапии, представлены в когнитивном и рационально-эмотивном направлениях.

Когнитивная терапия построена на основе проведенных экспериментальных исследований, методологические тезисы психотерапии основаны на многолетнем эмпирическом опыте бихевиоральных и когнитивных ученых.

Рост неудовлетворенности как эмпирическими, так и теоретическими основаниями строго бихевиорального подхода (например, Breger & McGaugh, 1965; Brewer, 1974; McKeachie, 1974) постепенно приводит к необихевиоризму, а затем и когнитивизму. Упомянутые авторы ставили под вопрос адекватность теоретических объяснений возникновения психических патологий и поведенческих изменений. Тревожным сигналом была и ограниченность улучшений, происходивших в результате использования исключительно бихевиоральных методов (Meichenbaum, 1977) [160].

Исследования в области теории социального научения (Rotter, 1966; Bandura, 1974; Mischel, 1975; Kanfer and Phillips, 1970) подчеркивали, по мнению Д. Мейхенбаума, исключительную значимость опосредованных процессов саморегуляции. Мыслям и чувствам пациента постепенно стала приписываться основная роль в процессе осуществления поведенческих изменений. Результаты экспериментов показали, что индивид не только реагирует на окружающее, но и

конструирует его, участвует в «создании мира». Это было особо подчеркнуто Р. Лазарусом (1966) в трансактной модели стресса, в которой определена роль первичных и вторичных процессов оценки, влияющих на приспособление человека.

Кроме того, как показал В. Рэйми (1975), психотерапевты, занимавшиеся смысловой терапией, от Э. Дюбуа до Дж. Келли, заложили основы КБТ. Работы А. Эллиса, А. Лазаруса, А. Бека и их коллег составили теоретическую базу для развития КБТ. Более поздние теоретические и клинические разработки в области КБТ поставили под сомнение адекватность их директивного, оспаривающего и рационалистического подхода, однако А. Эллис остается одним из основателей этого направления, став при этом представителем некоего маргинального направления, названного им рационально-эмотивной психотерапией. Все эти авторы внесли большой вклад в развитие КБТ.

КБТ явилась частью «когнитивной эволюции», она сформировалась, по мысли Дембера (1974), посреди «когнитивной революции». Д. Мейхенбаум отмечает, что работы таких представителей когнитивной психологии, как «Круглянский (Kruglansky, 1980, 1990), Мандлер (Mandler, 1975), Нисбетт и Росс (Nisbett & Ross, 1980), Саймон (Simon, 1957), Тверский и Канеман (Tversky & Kahneman, 1974), предоставили теоретические основания для дальнейшего развития КБТ. До некоторой степени повлияли на развитие КБТ, в особенности детской, работы советского психолога Льва Выготского (Vygotsky, 1978) и его ученика А. Лурия (Luria, 1976)» [160, с. 382].

Л. Выготский имеет в виду те положения культурно-исторического подхода, согласно которым ребенок социализируется посредством интериоризации межличностной коммуникации и превращения ее во внутреннюю речь. Предложенные ими модели социализации и интериоризации стали теоретической базой для развития детской когнитивно-бихевиоральной модификации.

Этот очень важный аспект взаимосвязи московской психологической школы и КБТ прослеживается с очевидностью и позволяет понять, в общем-то, очевидную вещь: в нашей стране именно этот вид психотерапии наиболее гармоничен и принят академическим сообществом за научные основы, на которые он опирается.

Когнитивно-бихевиоральная терапия состоит из многочисленных техник, среди которых когнитивное реструктурирование, тренинг управления тревожностью, тренинг социальных навыков, тренинг устойчивости к стрессу, тренинг самоинструирования и т.д.

Каждый когнитивно-бихевиоральный психотерапевт имеет свой особый вкус к тем или иным техникам. Вот лишь неполный список людей, внесших в КБТ, как отмечает Д. Мейхенбаум, свой значительный вклад: «Арнофф, Бауком, Бек, Гласс, Голдфрид, Гольдштейн, Гуидано, Деффенбахер, Джекобсон, Драйден, Д'Зурилла, Кендалл, Крейгхед, Линехан, Лиотти, Марлатт, Махони, Мейхенбаум, Новако, Падески, Персонс, Раш, Робин, Сафран, Сегал, Суинн, Терк, Уилсон, Фoa, Фостер, Фриман, Холлон, Хоутон, Чамблесс, Шоу, Эллис, Эмери, Эпштейн. Сейчас, конечно, у меня нет возможности коснуться всех сходств и различий в подходах этих уважаемых ученых, поэтому я рассмотрю лишь основные теоретические принципы КБТ, или когнитивно-бихевиоральной модификации, и сделаю это со своей собственной точки зрения» [160, с. 383].

В самом общем плане, несмотря на то, что каждый представитель КБТ имеет свой уникальный стиль, когнитивная терапия представляет собой краткий, фокусированный вид психотерапевтической интервенции, созданный после того, как была обнаружена взаимосвязь между привычными мыслительными (когнитивными) ошибками и психологическими нарушениями. Теория этого вида психотерапии связана по структуре с когнитивной психологией, теорией обработки информации, социальной психологией, эволюционной биологией. Фундаментально когнитивный психотерапевт исходит из тезиса о том, что чувства и поступки человека зависят от того, как он структурирует информацию о происходящем с ним (например, если человек считает, что определенная ситуация представляет для него угрозу, он чувствует тревогу и стремится избежать опасности).

Когниции (мысли) как смысловые (и перцептивные) единицы в потоке человеческого сознания связаны с лежащими в их основе убеждениями, установками и представлениями. Человек может строго судить себя вследствие убеждения в собственной неполноценности; он может оказаться неспособным выработать план или стратегию решения проблемы, так как уверен в своей беспомощности; или же человек может делать умозаключения, исходя из уверенности в том, что его в любом случае постигнет неудача [11, 12, 59, 160, 168, 169].

Рационально-эмоциональную поведенческую терапию (РЭПТ) А. Эллис начал разрабатывать в 1955 г., когда занимался клинической психологией в Нью-Йорке, проработав к тому времени на данном поприще более десяти лет. Первоначальный вариант ее назывался рациональной терапией, но в 1961 г. он переименовал ее в

РЭТ, считая что этот термин лучше отражает сущность данного направления. В 1993 г. Эллис стал использовать новое название своей терапии: РЭПТ – рационально-эмоционально-поведенческая терапия. Термин «поведенческая» был введен им для того, чтобы показать то большое значение, которое придает это направление работе с поведением [160–164].

Термин «рациональный» на всех этапах работы использовался А. Эллисом как синоним когнитивной познавательной способности в самом широком смысле. А. Эллис никогда не отождествлял рациональность с понятием интеллектуальный, логический. С 1989 г. А. Эллис стал выделять в своем направлении общую РЭПТ и предпочитающуюся РЭПТ. Общая РЭПТ – это когнитивно-поведенческая терапия, нацеленная на обучение клиентов рациональному поведению в проблемных областях. Предпочитающаяся РЭПТ ставит задачи научить клиентов приемам самопомощи, используя методы РЭПТ [161, 162].

При создании РЭПТ А. Эллис опирался на труды многих психологов. Он обучался психоанализу у аналитика из школы К. Хорни, и ее понятие о «тирании долженствования» легло в основу тезиса о главенстве абсолютистских, догматичных оценочных мыслей в возникновении и сохранении психологического дискомфорта.

За сорок лет своего существования РЭПТ практиковалась в самых разных терапевтических вариациях (индивидуальной, групповой, супружеской и семейной) самыми разными специалистами в области психического здоровья (психологами, психиатрами, социальными работниками и др.) на самом разном контингенте клиентов (взрослых, детей, престарелых), страдающих от широкого спектра психологических расстройств. Помимо консультирования и психотерапии, рационально-эмоциональные поведенческие принципы используются в образовательной, промышленной и коммерческой сферах.

РЭПТ базируется на ряде положений, в которых подчеркивается сложность и изменчивость человеческой природы. Придерживаясь такого взгляда на природу людей, РЭПТ использует следующие теоретические понятия.

Согласно РЭПТ, люди наиболее счастливы тогда, когда они ставят перед собой важные жизненные цели и задачи и активно стараются их осуществить. Утверждается, что при постановке и достижении этих целей и задач человек должен иметь в виду, что он живет в обществе: отстаивая свои собственные интересы, необходимо учи-

тывать и интересы окружающих людей. Эта позиция противопоставляется философии эгоизма, когда желания других не уважаются и не берутся в расчет. Опираясь на положение о том, что люди склонны руководствоваться целями, рациональное в теории РЭПТ означает «то, что помогает людям в достижении их основных целей и задач, тогда как иррациональное – это то, что препятствует их осуществлению». Таким образом, рациональность не является абсолютным понятием, она относительна по самой своей сути.

Эта теория рациональна и научна, но использует рациональность и науку для того, чтобы помочь людям жить и быть более счастливыми. Она предполагает, что ничего сверхчеловеческого не существует и что набожная вера в сверхчеловеческие силы обычно приводит к зависимости и росту эмоциональной нестабильности. Она утверждает, что нет людей «низшего сорта» или достойных проклятия, каким бы неприемлемым и антисоциальным ни было их поведение. Особое значение здесь придается воле и выбору во всех человеческих делах, принимая при этом вероятность того, что некоторые поступки людей частично определяются биологическими, социальными и другими силами [162, 163].

Согласно РЭПТ, заметный вклад в развитие психологических расстройств вносит то, что человек мыслит иррационально и дисфункционально. Гипотеза, в соответствии с которой иррациональное и дисфункциональное мышление в значительной степени предопределяется биологическими факторами, основывается на той легкости, с которой люди начинают превратно воспринимать действительность, и на преобладании подобного мышления даже среди людей, которые воспитывались «рационально». Даже если бы человек воспитывался самым рациональным образом, практически все зачастую иррационально изменяли бы свои индивидуальные и социальные предпочтения на абсолютистские требования к себе, другим людям и окружающему миру.

Ниже приводятся доказательства в пользу гипотезы РЭПТ о биологической основе человеческой иррациональности:

1. Фактически все люди, даже очень умные и образованные, подвержены основным иррациональным идеям и самоуничтожению.

2. Фактически все иррациональные идеи, приводящие к психологическим нарушениям, которые мы видим в нашем обществе, можно обнаружить почти во всех социальных и культурных группах, изучавшихся историей и антропологией.

3. Множество саморазрушительных видов поведения, которые мы демонстрируем, например привычка откладывать важные дела на потом, недостаток самодисциплины, идут вразрез с тем, чему нас учат родители, сверстники и средства массовой информации.

4. Люди – даже очень умные и образованные – часто принимают новые иррациональные идеи после того, как избавились от старых.

5. Люди, которые усердно борются с иррациональным поведением, часто становятся жертвой этого самого иррационального поведения. Атеисты и агностики проявляют фанатизм и поклонение абсолютистской философии, а глубоко религиозные люди поступают аморально.

6. Понимание иррациональных мыслей, чувств и поступков только отчасти помогает изменить их. Например, люди могут осознать, что алкоголь в большом количестве очень вреден, однако это знание не обязательно поможет им воздержаться от запоев.

7. Люди часто возвращаются к саморазрушительным привычкам и поведенческим паттернам, даже если они сделали многое для того, чтобы их преодолеть.

8. Людям зачастую кажется более легким научиться самоуничтожительному, чем самовозвышающему поведению. Так, им легче переждать, чем следовать разумной диете.

9. Психотерапевты, которые предположительно должны быть хорошими ролевыми моделями рациональности, часто в своей личной и профессиональной жизни ведут себя иррационально.

10. Люди часто вводят себя в заблуждение тем, что определенные негативные события с ними произойти не могут [162].

РЭПТ считает, что людям свойственна еще одна – конструктивная – биологическая тенденция, а именно тенденция пользоваться волей к выбору и работать над изменением своего дисфункционального мышления и образа действий. Так, люди обладают способностью понимать, что их психологические проблемы идут от иррациональных идей, которые они привносят в ситуацию, способностью осознавать, что они могут изменить свое мышление, и, самое главное, способностью активно и долго работать над изменением этого мышления и поведения, применяя когнитивные, эмоциональные и поведенческие методы. Утверждая, что людям свойственна сильная биологическая тенденция мыслить дисфункционально, РЭПТ в то же время считает, что они ни в коем случае не являются рабами этой

тенденции и могут выходить из-под ее влияния. Так что в конечном итоге образ личности в РЭПТ весьма оптимистичен.

Согласно РЭПТ, люди с легкостью придумывают абсолютные требования к себе, другим людям и миру. Но, присмотревшись к этим требованиям более пристально, можно заметить, что они распадаются на две основные категории психологических проблем: проблему Эго и проблему дискомфорта.

При расстройствах, связанных с дискомфортом, или низкой толерантности к фрустрации, человек снова выдвигает требования к себе, другим людям и миру, причем эти требования выглядят как догматичные утверждения о том, что комфорт и комфортная жизнь должны существовать. Если эти требования не удовлетворяются в прошлом, настоящем и будущем, впадает в расстройство, начиная преувеличивать негативные стороны ситуации и внушая себе, что «я этого не вынесу». Терпимость к дискомфорту ради достижения цели и будущего счастья является здоровой и рациональной альтернативой требованиям немедленного исполнения желаний.

Таким образом, самопринятие и высокая толерантность к фрустрации – вот два главных элемента рационально-эмоционального образа психологически здорового человека.



Взаимодействие в РЭПТ (рисунок взят из: [128, с. 456])

На первом этапе разработки РЭПТ для концептуализации психологических проблем клиента А. Эллис использовал простую операционную структуру ABC. В этой схеме буква «А» обозначала Активирующее событие, «В» представляла собой Взгляд человека на данное событие, а «С» – эмоциональную или поведенческую реакцию человека, или непосредственное Следствие тех взглядов, которые содержались в «В». Главное достоинство формулы ABC заключалось в ее простоте, но она являлась и недостатком, поскольку смазывались важные различия между типами когнитивной активности. Ниже представлена одна из версий пересмотренной А. Эллисом формулы ABC.

Активирующие события, или активаторы («А»), когнитивных, эмоциональных и поведенческих следствий («С»). Теория личности и личностных расстройств РЭПТ начинается с того, что люди пытаются достичь своих целей в некоторой среде и взаимодействуют с рядом активирующих событий, или активаторов («А»), которые могут способствовать достижению этих целей или блокировать его. «А», с которыми сталкиваются люди, – это обычно события настоящего времени или текущего момента или их собственные чувства, мысли, поведение в связи с данными событиями; однако они могут заключаться в воспоминаниях или мыслях о прошлом опыте [99, 162, 163].

Людям свойственно выискивать и реагировать на подобные «А» в силу биологической и генетической предрасположенности, конституциональной истории, предшествующего межличностного и социального опыта и обусловленных врожденной предрасположенностью и приобретенных привычек.

«А» фактически никогда не находятся в чистом или монолитном состоянии, они почти всегда или взаимодействуют с «В» и «С», или частично включают их в себя. Люди привносят в «А» себя (свои мысли, цели, желания и физиологические предрасположенности).

Согласно теории РЭПТ, у людей есть неисчислимое множество взглядов («В») – когниций, мыслей или идей – по поводу активирующих событий («А»), и эти «В» непременно оказывают сильное влияние на когнитивные, эмоциональные и поведенческие следствия («С»). Хотя может показаться, что «А» напрямую «вызывают» «С» или играют в них важную роль, это представление редко является верным, потому что «В» служат главным посредником между «А» и «С» и потому более непосредственным образом «вызывают» или «определяют» «С». По мнению А. Эллиса, люди «привносят в «А»

многое из своих взглядов, предубежденно воспринимают «А» в свете искаженных Верований, а также в свете их эмоциональных Следствий («С»)). Следовательно, они никогда «не испытывают «А» без «В» и «С», но они также редко испытывают «В» и «С» в отсутствие «А»» [163, с. 194].

«В» принимает множество различных форм, потому что существует множество видов когниций. В РЭПТ, однако, нас интересуют главным образом рациональные взгляды, которые, как мы предполагаем, ведут к продуктивному поведению, и иррациональные взгляды, ведущие, согласно нашей теории, к саморазрушительному и ассоциальному поведению. Основные виды «В»: безоценочное наблюдение, безоценочное заключение, позитивные оценки-предпочтения, позитивные оценки-долженствования, негативные оценки-предпочтения, негативные оценки-долженствования [163].

«С», как полагает А. Эллис, всегда результат взаимодействия «А» и «В». «С» находится под значительным влиянием «А», хотя и не вызывается им напрямую, потому что люди, естественно, в той или иной мере реагируют на стимулы окружающей их среды. Более того, когда «А» очень сильно, его воздействие на «С» весьма существенно.

Когда «С» представляет собой эмоциональное расстройство, «В» обычно является главной или самой непосредственной причиной «С». Однако иногда эмоциональные нарушения могут происходить от сильных «А», например от «стихийных бедствий, таких как наводнение. Эмоциональные расстройства могут быть и следствием соматических факторов, которые не зависят от «С» и все же фактически могут их обуславливать» [163, с. 195].

Когда «С» вызваны или в значительной степени определены сильными и необычными «А» или физиологическими факторами, они также сопровождаются проявлением соответствующих «В». «С» обычно включают в себя чувства и поведение, но может включать мысли. «С», которые обуславливают «А» и «В», почти никогда не бывают чистыми или монолитными, они частично включают «А» и «В», неизбежно взаимодействуют с ними. Так, если «А» – какое-то неприятное событие и «В» – рациональная или иррациональная идея, то «С», скорее всего, будет в первом случае представлять собой здоровое чувство фрустрации или разочарования, во втором – нездоровое чувство сильной тревоги, неадекватности, депрессии [162, 163].

«А», «В» и «С» тесно связаны, и ни один из этих элементов не может существовать без других. А. Эллис рекомендует терапевтам

придерживаться с большинством клиентов активно-директивного стиля и его усиленной версии с некоторыми особо проблематичными и сопротивляющимися клиентами. Но некоторые терапевты рекомендуют более пассивный, мягкий подход к клиентам и в общих, и в особых случаях. Терапевтам можно порекомендовать избегать излишне дружелюбного, эмоционально заряженного стиля взаимодействия с «истеричными» клиентами; излишне интеллектуального стиля с «обсессивно-компульсивными» клиентами; излишне директивного стиля с клиентами, чье чувство автономности легко пошатнуть; излишне активного стиля с клиентами, которые слишком быстро «бегут» в пассивность [162, 163, 164].

Глава 2

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ
И КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ****2.1. Когнитивная психотерапия и отечественная
психологическая традиция: поиски точек соприкосновения**

История психологии показывает, как тесно связаны западная когнитивная психология и смежная с ней теория поля, гештальт-психология К. Левина с отечественными подходами, в первую очередь – с культурно-исторической концепцией Л.С. Выготского. Анализ мышления и речи, а также сложного конструкта – мотивации в отечественной традиции психологии позволяет соотнести имеющийся методологический задел с положениями когнитивной психотерапии и психологии с целью взаимообогащения и более глубокого понимания механизмов психотерапии. К. Левин был знаком с Л.С. Выготским и был учеником основателя патопсихологии в нашей стране Б.В. Зейгарник. Даже у одного из самых ярких представителей когнитивной психотерапии – А. Бека – русские корни.

А. Холмогорова анализирует «взаимопереводимость» таких терапевтических подходов, как психоанализ, когнитивная психология и т.д. Что касается психоаналитического направления и соответствующей терминологии, то здесь, скорее всего, трудно найти соприкосновение и взаимопереводимость, так как сама по себе концепция далека от соответствия научным принципам. Однако эта идея кажется весьма соблазнительной.

Наиболее гармоничное сочетание идей происходит между отечественной культурно-исторической концепцией, теорией развития мышления и речи Л.С. Выготского, теорией поля К. Левина, экспериментами Б.В. Зейгарник и когнитивно-терапевтическими постулатами. Построение концептуального моста между этими теориями значительно обогащает оба направления, открывая новые методологические и практические пути к осмыслению.

В статье, написанной на основе доклада Международной конференции памяти Б.В. Зейгарник по клинической психологии (2001 г.), о мотивах попытки объединить в единое концептуальное целое отечественную психологию А. Холмогорова пишет: «С одной стороны, я считаю себя выходцем из Московской психологической школы, чем горжусь. А с другой – мне посчастливилось учиться в Институте когнитивной психотерапии А. Бека, и я считаю себя когнитивным психотерапевтом. На мой взгляд, существует достаточно тесная внутренняя связь между этими столь различными и фактически никогда не пересекавшимися направлениями. И мне хотелось бы попытаться эксплицировать эту связь» [150, с. 166].

Эта связь не может не бросаться в глаза тем, кто имеет соответствующую отечественную методологическую базу профессионального мышления, применяя на практике когнитивный подход в психотерапии. Автор также указывает на низкий статус психологии в нашей стране еще со сталинских времен, когда в московской школе слово «психологизация» было самым ругательным. Действительно, в медицине и поныне продолжается принижение роли психологии и психологов, в первую очередь в связи с их претензией на занятия психотерапией. Между тем, доказывая неоспоримую близость данных направлений в психологии – отечественного (о мышлении) и зарубежного (когнитивного), автор приводит следующие аргументы. Прежде всего, именно исследования познавательной деятельности («когнитивные процессы») занимают центральное место в работах представителей московской школы (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, П.Я. Гальперин). Нарушения познавательной деятельности, а также и мотивации – основной предмет и в исследованиях Б.В. Зейгарник.

Продолжая сопоставительную линию, А. Холмогорова сравнивает отечественный подход и с бихевиоризмом, и с когнитивизмом: «Источник психического развития в культурно-исторической традиции Л.С. Выготского полагается вовне, так же как и в бихевиоризме. Но, в отличие от бихевиоризма, это не внешняя среда, представленная различными стимулами, а культура – хранилище способов мышления и поведения человека, которые транслируются ребенку через конкретного взрослого в процессе совместной с ним деятельности» [150, с. 168].

А. Холмогорова сравнивает эти направления и с психоанализом: «В качестве движущей силы развития, как в когнитивной психотерапии, так и в московской психологической школе, рассматривается

собственная активность субъекта, что диаметрально противоположно бихевиоризму и психоанализу. В бихевиоризме субъект – пассивный объект научения на основе подкрепления, в психоанализе – всадник, которого несет в неведомом ему направлении «лошадь» влечения» [150, с. 168].

Таблица сравнения всех этих направлений приводится автором как аналитическая иллюстрация родства и непохожести по соответствующим параметрам [150, с. 169].

Таблица 1

Модели нормального психического развития в разных психотерапевтических традициях [150, с. 169]

Параметры модели	Классический психоанализ	Бихевиоризм	Когнитивная психотерапия	Московская психологическая школа
Источник и движущая сила развития	Энергия либидо (внутри) Биологические инстинкты	Внешняя среда (вовне) Внешние воздействия	Способность к формированию когнитивных схем (внутри) Когнитивная переработка опыта (активность субъекта)	Культура (вовне) Собственная деятельность субъекта (активность субъекта), обучение
Механизмы развития	Катексис Удовлетворение потребностей Сублимация	Образование условных связей (разные виды научения)	Образование когнитивных схем, вторичные процессы мышления (самодвижение схем, рефлексия)	Интериоризация и смысловая регуляция деятельности (самодвижение деятельности, рефлексия)
Условия нормального развития	Баланс между чрезмерным потаканием и ограничением в процессе удовлетворения	Подкрепление адаптивных и отторгаживающие неадаптивных реакций	Условия, способствующие формированию позитивных и гибких когнитивных схем	Совместная деятельность и диалогический эмоциональный контакт с другим человеком
Связь аффекта и интеллекта в процессе развития	Ведущая роль аффекта	Поглощается категорией поведения	Взаимосвязь аффекта и интеллекта при ведущей роли интеллекта	Единство аффекта и интеллекта при возрастании роли интеллекта в процессе развития

Аналогично, по мнению автора, и в когнитивной психотерапии, и в московской психологической школе рассматриваются важнейшие механизмы развития – образование внутренних схем действия (Л.С. Выготский, П.Я. Гальперин) и способность к осознанию схем как оснований собственного мышления, к их изменению (отечественная традиция рефлексии). Сопоставляя данные подходы, автор отмечает, что «...подчеркивание ведущей роли сознания и рефлексии как механизмов развития резко отличает когнитивную психотерапию от бихевиоризма и психоанализа и сближает ее с московской психологической школой» [150, с. 170].

Когнитивная психотерапия базируется на тезисе о том, что субъективное видение не равно объективной реальности (принцип «конструирование реальности») и потому нуждается в постоянной проверке и корректировке, цель которых – «восстановление способности человека адекватно моделировать реальность» [150, с. 170]. Согласно когнитивному подходу, именно эта способность нарушается при психопатологии. Как писал Дж. Келли, человек – это исследователь, который строит гипотезы о мире и постоянно проверяет их в соответствующих ситуациях [53].

В терапии человек ведет сократический диалог с терапевтом, результатом чего является способность к осознанию ригидных когнитивных схем, осуществляется проверка их реалистичности и происходит трансформация убеждений, т.е. «включаются вторичные процессы мышления» [150, с. 170].

Следующую аналогию автор видит в понятиях «внутренняя речь» Л.С. Выготского и «автоматические мысли» у А. Бека. Когнитивная психотерапия А. Бека возникает, с одной стороны, на основе уже известных экспериментальных исследований, в частности Дж. Келли, они обобщают опыт анализа когнитивистами бихевиоральных экспериментов, а с другой стороны, на основе обобщения собственного профессионального опыта. А. Бек приходит к выводу о существенном, если не определяющем влиянии на эмоциональное состояние человека когнитивных схем [150, 151, 152].

Эти схемы протекают в форме свернутой внутренней речи или образов, возникающих произвольно и не попадающих в фокус сознания. Это также роднит данный подход с теорией установки Д. Узнадзе. Надо признать, что в отечественной психологии методология прописана более четко, чем в когнитивной психотерапии. До сих пор отсутствуют упорядоченные и исчерпывающие методологи-

ческие труды по этой проблеме, вот почему возникает необходимость поиска естественного родства данного подхода с методологически выверенными теориями.

Однако именно А. Беку удалось разработать систему приемов, способствующих выявлению этой скрытой внутренней речи. А. Бек разработал целую систему приемов, направленных на выявление и регистрацию автоматических мыслей.

В труде «Мышление и речь» Л.С. Выготский особое внимание уделяет проблеме внутренней речи, являющейся предикативной, свернутой схемой будущего речевого высказывания [21].

А. Холмогорова говорит следующее: «...Л.С. Выготский пристально исследует допонятийное мышление, которое... иррационально и имеет принципиально иную структуру, — здесь доминируют не логические, а случайные связи, образованные на основе отдельных признаков понятий, а не их совокупности в целом. Вспомним «комплексы» и «коллекции» как способы обобщения у детей, описанные Л.С. Выготским. Не сродни ли они негативному селектированию, персонализации, поляризации, сверхобобщению, которые характеризуют нарушения мышления у больных эмоциональными расстройствами? Так, скажем, нарушение по типу сверхобобщения предполагает, что если нечто справедливо в одном случае, то оно сохраняет свою силу относительно всех прочих случаев, хоть сколько-нибудь похожих на исходный, причем признаки сходства могут быть достаточно случайными. Положение Л.С. Выготского о том, что психическая патология (он исследовал больных шизофренией) может сопровождаться регрессией к более примитивным формам мышления, подвергнутое критике в отечественной психологии, явно находит подтверждение в новейших исследованиях в когнитивной психотерапии и не в последнюю очередь — в теории объектных отношений» [150, с. 171–172].

Напрашивается вывод, что автоматическая мысль имеет источником внутреннюю когнитивную схему, механизмы возникновения которой не вполне ясны и на настоящий момент. Можно предположить, что это прежде всего превращенные в систему убеждений и во внутреннюю речь «голоса» значимых фигур, «оформленные в диффузные идеосинкретические образы сильные эмоциональные переживания (например, образ себя как беспомощного и нелюбимого, связанный с длительным, тяжелым опытом сиротства в детстве)» [150, с. 172].

Аффективная заряженность этого образа делает его недоступным для логического мышления, ведь высказываемые значимыми фигурами тезисы не подлежат критической перепроверке, а принимаются на веру (дологическое мышление) [150, с. 172]. В раннем онтогенезе первичное дологическое мышление аффективно, следовательно, то, что формирует ассоциативный пласт личности на тот момент не может быть логически, рационально, критически опосредовано, оно просто воспринимается как аффективная непреложная, не проверяемая аксиома, не требующая никакой проверки и дополнительных доказательств. Это роднит формирующуюся в раннем онтогенезе внутреннюю речь (свернутую схему, иллюстрирующую интериоризацию психических функций) с автоматическими некритичными мыслями, аффективными глубинными убеждениями, которые так сложно поддаются логическому разубеждению именно потому, что их природа внелогична, аффективна. Такие убеждения формируются не обязательно на стадиях дологического мышления в онтогенезе, но также в ситуациях, чрезвычайно аффективно заряженных, в которых рациональный анализ «заглушен» аффектом (острое горе, эмоциональный шок, сильный стресс или какая-то эмоционально значимая ситуация и т.д.). Так, при расставании с любимым человеком может возникнуть автоматическая мысль «Меня нельзя полюбить», «Я больше никогда не смогу найти партнера», «Я так плоха, что от меня все отворачиваются» и т.д. Такие же мысли могут возникнуть и в детстве в соответствующей ситуации развития.

Наиболее веский аргумент в пользу близости когнитивной психотерапии и московской психологической школы дает взгляд на проблему связи аффекта и интеллекта. На современных сайтах по когнитивной психотерапии ведутся оживленные дискуссии относительно проблемы первичности когниций или эмоций. А. Холмогорова отмечает, что эти споры предвосхищены тезисом Л.С. Выготского о единстве аффекта и интеллекта при возрастающей роли интеллекта в процессе развития. Согласно мысли Л.С. Выготского, в онтогенезе и филогенезе отношения между когнитивными и эмоциональными процессами постоянно изменяются, не застывая в раз и навсегда заданной форме [150–152].

Итак, в отечественной психологии разработаны и описаны основные механизмы развития мышления, на которые опирается в работе когнитивный психотерапевт. Когнитивная психотерапия оказывается обучением произвольному смыслообразованию.

С нашей точки зрения, поскольку антиципирование событий, как писал Дж. Келли, связано с системой конструкторов индивида, а в основе когнитивной психотерапии фундаментальными характеристиками, могущими быть эмпирически эксплицированными и изученными, являются аффект и интеллект, как и в отечественной традиции, постольку логично говорить об эмоционально-когнитивном реагировании на определенные ситуации как едином комплексе, в котором подчеркивается целостность эмоции, когниции, поведения и прочих аспектов реагирования. Тем более что спор о первичности и вторичности эмоций и интеллекта, до сих пор не решенный на уровне когнитивной психотерапии, давно решен в отечественной культурно-исторической концепции (в ходе фило- и онтогенеза, а также, как следствие, и при патологии, при измененных состояниях), происходит постоянная смена первичности – вторичности аффекта и интеллекта. Это соотношение не есть и не может быть единым статичным и неизменным слепком – схемой, которой следует руководствоваться. Итак, мы говорим о целостном комплексе аффекта и интеллекта, который является живым и изменяющимся в ходе развития или патологии. Именно этот тезис оказывается важнейшим в психотерапии, где необходима гибкая и методологически осмысленная модель взгляда на расстройство и способ его терапии.

Опираясь на культурно-историческую концепцию Л.С. Выготского и семиотический подход (Р. Барт), А.Ш. Тхостов говорит о том, что в процессе социализации мир «расцветивается» «эмоциональными ярлыками», организующими смысл и направление реакций индивида. Сами по себе объекты не являются универсально несущими тот или иной эмоциональный смысл, этот смысл рождается для человека только в контексте жизненных условий [134–137]. С точки зрения семиотического подхода, в процессе опроизволивания (повышения степени контроля и осознанности над своими эмоциональными реакциями) психических функций происходит инвертирование означающего и означаемого. А.Ш. Тхостов пишет: «...в ходе освоения (овладения) эмоций предмет как новое выступает в качестве означающего для переживания... *Эти отношения (между предметом и эмоциональным переживанием) допускают смену ролей (означающего и означаемого) и будут сохранять подвижность в зависимости от освоенности, овладения и произвольности взаимодействия эмоций и их предметов.* ...Мир становится эмоционально расцветен и «размечен», а эмоции – управляемыми» [137, с. 85].

Действительно, на ранних стадиях онтогенеза эмоция может быть первична, в то время как постепенно она становится вторичной (эмоция начинает означать предмет), при патологии допускается обратный процесс «разворачивания» интеллектуализированных психических функций. Речь идет о континууме осмысленности эмоционального переживания. Эмоция предметна и осмысленна, аффект внелогичен и может быть беспредметен. А.Ш. Тхостов напоминает о делении на голотимный и кататимный аффект – еще одна классификация по основанию предметности – беспредметности эмоции. Кататимный аффект (сверхпредметность) более свойствен навязчивым состояниям, страхам, депрессиям, а голотимный беспредметный аффект (безобъектные страх и тревога) – более тяжелым психотическим расстройствам [136, 137].

2.2. Психосемантический подход: единство когнитивной психологии, психотерапии и отечественной психологической традиции

Психосемантический подход является наиболее гармоничным решением проблемы соотношения отечественной психологической традиции и когнитивной психологии и психотерапии. Основываясь одновременно и на тех и на других принципах, служа в своих истоках целям психотерапии (Дж. Келли), этот подход в настоящий момент имеет практически безграничный спектр исследовательской применимости. Дж. Келли, один из наиболее ярких предшественников когнитивизма, наверное, одним из первых показал, что исследовательская традиция и психотерапия – единое целое. Как мы уже говорили, Дж. Келли формулирует теорию личных конструкторов и разрабатывает метод репертуарных решеток, который с незначительными модификациями в отношении исследовательских целей и математической обработки до сих пор используется многими специалистами.

Исследования в рамках когнитивного направления показали, что поведение человека основывается не на стимуле, а на образе стимула. Когнитивный подход стал фундаментальным направлением в изучении селективного восприятия и реагирования на объекты мира.

Одними из первых экспериментов, иллюстрирующих роль категориальных установок в детерминации социального поведения личности, стали классические для социальной психологии эксперименты

С. Эша с внушением категориальных установок. В результате этих экспериментов оказалось, что конформизм обнаруживает себя еще на бессознательном перцептивном уровне, когда испытуемый воспринимает стимул как бы через призму навязанной ему категоризации, искажая реальную стимуляцию в пользу подгонки к заданной установке.

Проблема селективности восприятия и реагирования приводит к постановке не менее важной задачи исследования «вероятностного программирования», предвидения будущих результатов. Эксперименты показали, что люди приходят к решениям и выводам, основываясь на предположениях о том, как их действия будут влиять на обстоятельства. Через процессы саморегулирования и познания воздействие окружения значительно опосредуется, так как существует постоянное взаимодействие между факторами поведенческими, когнитивными и окружения. Причины функционирования человека нужно понимать в терминах непрерывного взаимодействия поведения, познавательной сферы и окружения (А. Бандура).

Исследования в рамках социально-когнитивного направления, представленного работами Дж. Роттера, А. Бандуры, У. Мишела и др., демонстрируют необоснованность объяснения смысла поведения посредством влечений, побуждений, потребностей. А. Бандура отдает приоритет сознательному мышлению над бессознательными детерминантами поведения. Подход к анализу поведения обозначается им как взаимный детерминизм, где факторы predisposedности и факторы ситуации являются взаимосвязанными причинами поведенческой активности человека. По мысли А. Бандуры, «внутренние» детерминанты (вера, ожидание) и «внешние» (поощрение, наказание) оказывают совокупное действие на поведение [10].

Отвергая как представление о том, что люди побуждаются исключительно внутренними силами, так и представление о том, что люди постоянно находятся под ударами стимулов окружающей среды, сторонники социально-когнитивной теории полагают, что поведение можно объяснить в категориях взаимодействия между человеком и его окружением – процесса, который А. Бандура называет реципрокным детерминизмом. Люди находятся под влиянием окружающей среды, но в то же время они сами выбирают способ действия на основе своих мотивов. В этом подходе сквозит известная в исследовании детерминант активности субъекта мысль об опосредующих факторах, в данном случае это роль сознательной регуляции поведения и взаимодействия среды и индивида. Мысль, впоследствии

визи развитая К. Левиным, о единстве влияющих стимулов (внутренних и внешних), уже получила свое развитие в идеях социально-когнитивного направления.

Психосемантическое моделирование, направленное на реконструкцию мотивации, предполагает построение моделей пристрастных семантических оценок предметов мира, анализ и предсказание поведенческой активности индивида. Однако надо понимать, что исследуемая потребностно-мотивационная сфера достаточно сложная система. Важной задачей является определение в конкретном исследовании эмпирических индикаторов как регистрируемых исследовательских «эквивалентов» мотивации, связанных с пристрастностью оценивания и восприятия объектов мира.

Анализируя проблему представленности мира человеку, мы не можем еще раз не вспомнить теорию личных конструктов Дж. Келли. В этой концепции человек является активным творцом своего жизненного пространства. Дж. Келли противопоставил свою теорию представлениям о человеке как об «игрушке» неподвластных ему внешних сил, «жертве» случайных обстоятельств. Человека, по его мнению, стоит рассматривать как «ученого», «исследователя», выдвигающего свои гипотезы об окружающей действительности и на основе этого конструирующего свой мир («модель», «теория»).

Как считают Ю.М. Забродин и В.И. Похилько, Дж. Келли вовсе не ставил перед собой задачу изучения процессов переработки поступающей извне информации. Он пытался объяснить, как человек строит целостный образ мира, помогающий ему предсказывать и контролировать события, свое поведение и поведение других людей [91, 158]. Он не использовал понятия «образ мира» и «мотивация», однако, объясняя феномен рождения собственной теории о мире, ввел понятие личностного конструкта (системы конструктов). Парадоксально, что при отрицании мотивации Дж. Келли построил одну из самых интересных теорий мотивации. По сути, возможность антиципировать события, сам этот феномен есть мотивационная основа поведения.

С точки зрения Дж. Келли, термин «мотивация» «подразумевает, что люди по своей природе статичны и действуют только тогда, когда их вдохновляет какая-то особая сила» [154, с. 443]. Дж. Келли определяет ведущие моменты во взглядах, существующих в психологии мотивации: «Теории мотивации можно разделить на два типа – теории толчка и теории тяги. В теории толчка можно найти такие

термины, как влечение, мотив или даже стимул. В теории тяги используются такие конструкты, как цель, ценность или потребность. Используя хорошо известную метафору – есть теории сенных вилок с одной стороны, и теории моркови – с другой. Но наша теория не относится ни к одной из них. Так как мы предпочитаем заглянуть в природу самого живого существа, нашу теорию, вероятно, лучше всего назвать «слиной теорией» [154, с. 444]. Такую интересную оценку Дж. Келли дает теориям мотивации и противопоставляет им свою концепцию.

В.И. Похилько и Е.О. Федотова, обобщая многочисленные метафорические и иносказательные определения личностного конструкта Дж. Келли, считают, что это особое субъективное средство, сконструированное самим человеком, проверенное (валидизированное) на собственном опыте, с помощью которого человек выделяет, оценивает и прогнозирует события, организует свое поведение, «понимает» других людей, реконструирует систему взаимоотношений и строит «образ Я» [91, с. 151]. В самом общем виде конструкт – это биполярный признак, альтернатива, противоположные отношения или способы поведения.

Человек, по мнению автора, судит о своем мире с помощью «понятийных систем, или моделей, которые он создает и затем пытается приспособить к объективной действительности... без таких систем мир будет представлять собой нечто настолько недифференцированное и гомогенное, что человек не сможет осмыслить его» [154, с. 438]. Личностный конструкт – это идея или мысль, которую человек использует, чтобы осознать, или объяснить, или предсказать свой опыт (умный – глупый, интересный – неинтересный, прагматичный – непрагматичный). Дж. Келли пишет о существовании определенного угла зрения, сформированного системой категорий, о недоступности непосредственной реальности: «Человек смотрит на мир через прозрачные трафареты или шаблоны, которые он сам создает...» [53, с. 18].

По мысли Дж. Келли, в результате проверки неподтвержденные гипотезы о мире исчезают, а подтвержденные порождают устойчивые конструкты или систему конструктов как описательных биполярных категорий индивидуального опыта. Так, на основе опыта создаются смысловые связи конструктов – устойчивые системы категоризации объектов мира, так называемые установки или смысловые склейки (например, может образоваться устойчивая связь «ин-

теллигентный» – значит «неагрессивный», «умный» – значит «необщительный» и т.д.).

Таким образом, Дж. Келли, отрицая необходимость категории «мотивация» в психологии, утверждал, что причинами поведения являются процессы трансформации в системе конструктов, а также сама жизнь как она есть. По его мысли, не требуется никаких специальных теорий для объяснения мотивации человека, «люди мотивированы просто очевидностью того факта, что они живы, и желанием прогнозировать события, которые они переживают» [154, с. 473].

Следуя за автором теории личных конструктов, можно утверждать, что объектов «самих по себе» не существует, они возникают в процессе активного упорядочивания опыта человека. Мир для человека есть результат работы такого упорядочивания. Человек стремится антиципировать (предсказывать) события и впоследствии развивать эту систему антиципации (построение образа мира), чтобы предвосхищать жизненно-актуальные события, предметы, ситуации. Именно этим направляются его психологические процессы. Требуется постоянно прикладывать усилия, чтобы поддерживать и сохранять эту систему по одной простой причине, эта система «...служит картой, необходимой для рискованных личных предприятий» [53, с. 80]. Следует еще учесть, что эта «карта», система антиципаций есть единственно возможная форма представленности окружающей действительности человеку. Поведение (в рамках теории личностных конструктов) определяется тем, как люди *прогнозируют будущие события (феномен антиципации)*. Поведение людей управляется конструктами, ориентированными на будущее и реализующимися в настоящем (в отличие от З. Фрейда, который в качестве основных детерминант активности выделял инстинкты и комплексы, сформированные в прошлом). В последующей деятельности Дж. Келли создает «Репертуарный тест ролевого конструкта». Значимые ролевые позиции, индивидуально-персоналогически представленные в опыте человека, описываются с помощью его же биполярных конструктов, на основе чего воссоздается решетка интерпретации значимых людей. Решетка позволяет оценить конструктивную матрицу индивида. Техника репертуарно-матричного тестирования представляет собой реконструкцию индивидуальной системы смысловых единиц, что позволяет ответить на вопросы о причине специфичной селективности объектов, предсказывать поведение индивида, исходя из его собст-

венных прогнозов относительно будущего. Безусловно, что такие прогнозы могут быть как позитивными, так и негативными.

В концепции Дж. Келли, человек сам является автором своей системы антиципаций. Именно это положение теории личностных конструктов дает возможность преодолеть доминанту традиционно для психологии принципа отражения в рассмотрении таких важных проблем, как возникновение и генезис сознания, проблемы представленности человеку окружающего мира и т.д.

Объясняя, каким образом может формироваться адаптация, а также дезадаптация, А.Г. Шмелев характеризует понятие «семантических сцеплений». По его мнению, имплицитные теории личности (ИТЛ) отражают логику того, что лежит за пределами эмпирического знания, доступного отдельному индивиду [156]. Здесь сказывается элемент коллективных убеждений, верований, архаических представлений о мире (например, активный – значит оптимист, умный – значит неагрессивный и др.). Автор пишет: «Возможно, за феноменом сцепления черт в ИТЛ лежат... бессознательные умозаключения и высказывания о человеке в мире, которые эксплицитно удастся обнаружить только в виде статистических корреляций – в приписывании (атрибутировании) одному человеку целого букета (кластера) черт на основании единичных наблюдений за его поступками» [156, с. 45].

В рамках имплицитных теорий цели, которые ставит перед собой человек, отражают глубоко укоренившиеся представления о себе самом и о других людях. Хотя многие из этих представлений очевидны, некоторые подразумевают абстрактные, имплицитные представления о собственном «я» и других людях.

В межличностных и социальных ситуациях люди, считающие те или иные атрибуты фиксированными качествами, склонны ставить перед собой задачу классифицировать окружающих людей. Это проявляется в их склонности делать выводы о поведении человека, основываясь на предположениях о его личностных особенностях, придерживаться стереотипных представлений о людях.

Существование феномена смысловой «склеенности» определенных характеристик объекта (ситуации и др.) в индивидуальном сознании (иными словами, мотивационная пристрастность, специфическая категоризация объектов) эмпирически доказано и проиллюстрировано посредством психосемантического подхода и соответствующего метода исследования.

Тенденция развития психологии, ее предмета привела к пониманию того, что субъект (индивид или группа) порождает собственный мир и живет по своим особым правилам.

В рамках теории личностных конструктов Дж. Келли дается исчерпывающее обоснование феномена «склеивания» ряда когнитивно-эмоциональных семантик, например: «Мягкость характера и непривлекательность могут не дифференцироваться в системе истолкования, присущей говорящему, равно как привлекательность и жесткость. Возможно, они вообще никогда не разграничивались, а может быть, недавний опыт связал их, благодаря истолкованию, так что теперь они функционируют как единый личностный конструкт» [53, с. 154]. Естественно, что процесс адаптации может быть нарушен в связи с искажениями в сфере смысловой кодировки объектов мира в зависимости от ситуации, потребности и эмоционально-мотивационной составляющей.

Уход от разделения на «внутреннее» и «внешнее», от следования принципу отражения, необходимость изучения механизмов конструирования смысловых пространств жизни человека – все это привело к актуализации поиска новых категорий, в которых возможно выражение данной проблематики.

Психологов начинают интересовать процессы порождения субъектом представлений об объективном мире, о его закономерностях. Данные экспериментальных исследований показывают, что именно благодаря наличию сознания и мотивационной направленности субъект членит мир на актуальные/неактуальные, реально существующие для жизни объекты. Таким образом, индивид и окружающий его мир объектов представляет собой генетически одно целое, обозначаемое в психологии такими понятиями, как «жизненный мир» [69], понятие «психологического поля» [65–68].

Представляется, что один из наиболее значительных вкладов в развитие идей о структурах субъективного опыта, об образе мира и вместе с тем в разработку содержательных моделей этих структур был внесен Е.Ю. Артемьевой [4–9].

Принимая в целом основные положения об образе мира А.Н. Леонтьева, Е.Ю. Артемьева указала на приоритетность проблемы построения модели субъективного мира человека. По ее мнению, построение системной модели субъективного мира (образа мира) подготовлено основными концепциями и теориями отечественной психологии: теорией деятельности, установки, системной организации

психических процессов и функций, развития и организации высших психических функций, отношений, индивидуальных различий – и развитием системного анализа в психологии.

Е.Ю. Артемьева акцентирует внимание на необходимости если не отказа, то существенного пересмотра традиционного для отечественной психологии принципа отражения, а также и признания первичности деятельности для концептуализирования субъективного мира (образа мира). Она подчеркивает недостаточность используемых в психологии моделей функциональной структуры психической деятельности, которые, по ее мнению, позволяют «двигаться от описания процесса к описанию представления и продукта, но не наоборот» [6, с. 10]. Иными словами, в рамках описания особенностей «представленности» человеку окружающего мира недостаточно изучения протекания процессов внимания, памяти и отдельных актов перцепции. Необходимо построение содержательных моделей психической деятельности, индивидуального конституирования образа окружающего мира, субъективного мира (в терминологии Е.Ю. Артемьевой).

Решение этой задачи она связывает с развитием концепции образа мира А.Н. Леонтьева, с конструктивной разработкой на ее основе экспериментатики и терминологии, которые позволили бы адекватно описать объекты психологической реальности, мотивационная оценка которых является базовой составляющей образа мира.

Субъективный мир определяется как «сложно организованное отражение, «накопление» в течение жизни, включающее многие уровни глубины и полноты осознаваемого и неосознаваемого» [6, с. 10]. Образ мира трактуется как интегратор следов взаимодействия человека с объективной действительностью. При чем интеграция и структуризация следов деятельности напрямую связана с пристрастным конструированием модели (образа) мира. Факт пристрастности работы с объектами мира связывается с организацией субъективного опыта по актуальным мотивационным направлениям субъекта.

Одной из форм существования следа деятельности, с точки зрения Е.Ю. Артемьевой, является субъективное отношение к объектам, явлениям, ситуациям. Именно это отношение может стать предметом экспериментальной фиксации в виде оценочного суждения или другой атрибутивной характеристики этих объектов, явлений, ситуаций. Исследование структур таких отношений является прерогативой психосемантики, а сами структуры традиционно называются семантиками.

Образ мира, по мысли Е.Ю. Артемьевой, не есть субъективная модель объектов мира и связей между ними, а сам субъективный мир. Другими словами, образ мира является для человека его психологической, единственной в своей интегральности реальностью. Однако эта реальность должна рассматриваться и как структура, организующая следы деятельности субъекта. Основной задачей описания субъективного опыта признается поиск параметризации его структур и увязки самого понятия с понятиями текущей деятельности: целомотивационный комплекс, состав деятельности, эмоций, личностный статус и др. [5–9]

Субъективный опыт (образ мира), по Е.Ю. Артемьевой, не может не иметь поуровневой организации. Она говорит о трех уровнях: 1) «перцептивный мир» (термин предложен Ю.К. Стрелковым); 2) уровень «картины мира»; 3) самый глубокий слой, соотносимый с ядерными структурами образа мира [6, 9].

Перцептивный мир задается как множество упорядоченных друг относительно друга объектов, среди которых и тело субъекта. Объекты эти образуют пространство, движутся относительно субъекта или самих себя. Перцептивный мир включает четыре координаты пространства – времени. И полоса пространственно-временных изменений может меняться, определяясь контекстом ситуации, особенностями органов чувств. На временные растяжения и сжатия оказывают влияние эмоции, а семантические координаты (как наиболее характерный инструмент ориентации субъекта в окружающем мире) позволяют перцептивному миру выходить за пределы чувственно воспринимаемого. Перцептивный мир как поверхностный слой субъективного опыта включает в себя отдельные образы восприятия, регулируется системой значений и смыслов следующего слоя (слоя «картины мира»). Специфика данного слоя в том, что «его строительный материал», его фактура – модальные [6, с. 19].

Следующий слой – семантический. В этом слое следы взаимодействия зафиксированы в виде многомерных отношений, выраженных в атрибутивных шкалах: «хороший – плохой», «сильный – слабый» и т.д. Эти отношения инструментально описываются методами экспериментальной психосемантики, так как сами они представляют собой семантики как системы так или иначе понимаемых «значений». Именно поэтому данный слой в теории Е.Ю. Артемьевой получает название семантического. Об этом слое говорится как о переходном между поверхностными и ядерными структурами: «...он не

является только поверхностной структурой, потому что уже несет в себе кроме представления о мире некоторую целостную его свертку» [6, с. 20]. Семантический слой субъективного опыта назван самым глубоким измерением мира (в том смысле, что его еще возможно измерять), сопоставляет с «пятым квазиизмерением», в терминологии А.Н. Леонтьева. Семантический слой является одной из основных образующих амодального образа мира, однако это еще не амодальная структура, это системы отношений, оторгнутые от модальностей, но еще членимые по ним. При описании членения субъективного опыта по слоям этот слой был назван ею картиной мира.

Самым глубоким слоем субъективного опыта, соотносимым с ядерными структурами образа мира, является слой амодальных структур. По мысли Ю.К. Стрелкова, это и есть субъективный мир [9]. Констатируя, что этот слой образуется только при «обработке» семантического слоя, Е.Ю. Артемьева подчеркивает отсутствие собственного «языка» этих структур. Однако она отмечает, что разделителями первой очереди для этого слоя являются значимые для адаптации координаты: противопоставление «опасный – неопасный», «вредный – невредный». Этот слой, по мнению автора, предлагается называть в узком смысле образом мира.

Связь между семантическим слоем и образом мира можно представить себе так: «...самая глубокая структура – образ мира – внемодальна и относительно статична, так как перестраивается только в результате осуществления действия» [6, с. 21]. Семантический слой – картина мира – есть структурированная совокупность отношений к актуально воспринимаемым объектам. Этот слой более подвижен, управляется из глубины образом мира, а строительный материал для этого поставляет перцептивный мир. Образ мира управляет картиной мира, отражаясь частью своих (в своем языке представленных) отношений, а картина мира «передает» ему синтезированные по разномодальным свойствам отношения к объектам текущей предметной деятельности.

Все три слоя составляют единую структуру образа мира, интегрирующего следы деятельности. Образ мира, по словам Е.Ю. Артемьевой, позволяет субъекту работать с преобразованной реальностью: «...он позволяет вырваться из гомогенности мира, расставляя акценты значимости и формируя мир предметов» [6, с. 15]. Образ мира – это инструмент отбора и построения субъективного опыта, который, в свою очередь, является основой существования мира человека (его мира). Необходимо соотнести этот тезис со словами

Л.С. Выготского об избирательности психики. С его точки зрения, психика есть орган отбора, это словно решето, процеживающее мир и изменяющее его, чтобы можно было действовать [24, 25].

Автор трактует образ мира как субъективное интегральное представление о нем. Мир «несет в себе следы всей предыстории психической жизни субъекта» [6, с. 17]. Она отмечает необходимость интегрирующей разрозненные следы опыта структуры: «Понятно... что должна существовать структура, организующая эти следы, позволяющая им быть реальными регуляторами и строительным материалом образа мира, – структура субъективного опыта» [6, с. 17].

Таким образом, целью психосемантических исследований является реконструкция субъективного образа жизненных ситуаций и способов их восприятия, а также действия в них. Направление активности индивида в зависимости от кодировки ситуации и потребностно-мотивационного комплекса на примере тревожных расстройств должно показать специфику смысловых искажений, дефектов смысловой сферы, структуры ментального опыта при социофобии в отношении ряда социальных ситуаций.

Возможность построения содержательных моделей субъективного мира человека Е.Ю. Артемьева связывала со следующими тенденциями в развитии математического моделирования в психологии. Прежде всего, она указывала на смещение акцента «...с выяснения того, какова мера воздействия стимула, на описание того, как человек с ним действовал» [7, с. 7]. На этом этапе развития моделирования модель позволяла ответить на вопрос, не только как стимул оценивается, измеряется человеком, но и как он с ним работает (механизм работы со стимулом).

Другой тенденцией в развитии математических моделей в психологии стало обращение к разработке частных моделей работы человека со стимулом в конкретных обстоятельствах, в условиях реальных ситуаций жизнедеятельности. Языком содержания этих моделей должен стать язык личных конструктов, используемых человеком для описания своей деятельности и соответствующих отношений с ближайшим окружением (по Дж. Келли).

Как отмечает Е.Ю. Артемьева, «...подход... со стороны психологии субъективной семантики, использующей в качестве одной из основных категорий категорию субъективного опыта и смыслов как следов прожитых деятельностей, должен обеспечить описание феноменов, искажение содержания смысловых структур» [6, с. 273].

Она операционально определила категории «субъективной семантики», что открыло для нее и ее последователей эвристичный путь для эмпирических исследований как психической «нормы», так и «патологии». В связи с конструированием реальности в контексте потребности, ситуации, мотива в психосемантических исследованиях подчеркивается роль референтной ситуации [6]. Парадоксально, но способность семантического оценивания сохранна даже при тяжелых психических расстройствах и локальных поражениях головного мозга. По словам Е.Ю. Артемьевой, «и здоровые люди, и больные шизофренией, встречая объект, семантически «измеряют» его в относительно независимых измерениях «оценки», «силы» и «активности»» [6, с. 283].

Е.Ю. Артемьева писала, что актуальные свойства внешнего объекта определяются, прежде всего, ситуацией, в которую он включен: яблоко сладкое для сорвавшего его ребенка, желто-красное для художника-колориста, спелое для садовода, слабо кислое для винодела [6]. Эта «референтная ситуация», по ее мнению, и есть видение мира не как универсума, одинакового для всех, но каждый раз меняющегося в зависимости от потребности, индивидуального образа ситуации и др. Один и тот же объект можно описать разными группами свойств (индивидуальный когнитивный стиль, стиль восприятия в контексте потребностей).

Смысл объекта колеблется в контексте потребностей индивида, культурно-специфических условий и индивидуального опыта. Эта идея лежит в основе психосемантического метода, призванного реконструировать семантическое пространство. Однако на уровне ядерного слоя есть универсалии в построении перцептивного образа, устойчивые к различиям.

Особое место в понимании функционирования образа мира занимает гипотеза первовидения. Сама возможность существования образа мира как набора познавательных гипотез, наличествующих до деятельностного акта, по мнению ряда психологов (Е.Ю. Артемьева, А.Г. Асмолов, А.Ш. Тхостов и др.), должна опираться на признание существования неких ядерных базальных конструктов, категорий, позволяющих начать работу с объектом. А.Ш. Тхостов, решая проблему происхождения категорий, указывает на особый парадокс восприятия, заключающийся в том, что, чтобы воспринять объект, необходимо подобрать соответствующую категорию, но чтобы ее подобрать, необходимо знать, к чему подбирать [133].

Гипотеза «первовидения» состоит в предположении о том, что «визуально представленные объекты сначала оцениваются целостно с точки зрения их эмоционально-оценочных свойств («опасный» или «неопасный», «злой» или «добрый», «вредный» или «полезный» и др.) и только после этого подготовленные семантической информацией системы приступают к поаспектному перцептивному анализу» [6, с. 84]. На этапе «первовидения», до того как начинается детализация и уточнение воспринимаемой информации, формируется ее первичная, потребностно-эмоциональная оценка в категориях, характеризующих выживание. Вполне понятно, почему эмоционально-оценочные конструкты являются ведущими и определяющими дальнейшую детализацию образа объекта.

Основным механизмом образа мира в упорядочении поступающей информации является процесс категоризации. Этот процесс отнесения воспринимаемого объекта к определенному классу проходит не только в рамках «высших» форм категоризации (будь то вербальная или рациональная категоризация). В соответствии с выдвинутой гипотезой «первовидения» А.Ш. Тхостов обращает внимание на категоризацию объектов уже на уровне «низших» форм восприятия. По словам А.Ш. Тхостова, «многими психологами категоризация предусматривается лишь для развитых форм восприятия и служит неким дополнением, оформляющим нормальные (натуральные) чувственные данные» [133, с. 42].

А.Н. Леонтьев обсуждал только высшую форму категоризации, сведенную к фиксации в языке: «...однако, означивать предмет, давая ему имя, можно не только оставаясь в границах речи. Воспринимать или переживать его в определенном качестве значит также категоризировать» [133, с. 45]. Авторы вводят разные термины, они говорят о «семантико-перцептивных универсалиях» (Е.Ю. Артемьева), «предметных значениях», «оперативных единицах восприятия» (В.П. Зинченко), «конструктах» (Дж. Келли), «решетках» (Дж. Келли, Ф. Франселла, Дж. Баннистер).

А.Ш. Тхостов указывает на данные экспериментов [133, с. 40], противоречащие рефлекторно-объективистскому взгляду на природу восприятия, согласно которому для возникновения отдельного ощущения или даже отдельного образа достаточно воздействия стимула на сенсорный аппарат. В противовес этому автор приводит доказательства в защиту «неотражательного» характера конструирования реальности субъектом. Восприятие ничем не отличается от позна-

ния, нет никаких оснований полагать, что законы категоризации резко отличаются от законов понятийной деятельности. Основываясь на обосновании активности субъекта на уровне восприятия, где осуществляется процесс конструирования мира, А.Ш. Тхостов выдвигает мысль о фантомности человеческого существования: «...тело по отношению к организму, образ мира по отношению к миру, эмпирическое Эго по отношению к чистому Эго суть более или менее адекватно адаптированные фантомы реальности, позволяющие с минимизированным припуском жить в реальном мире» [133, с. 78].

Автор рассматривает образ мира как форму феноменологического существования субъекта принципиально фантомом, «иллюзорно совпадающим с реальностью» [133, с. 78]. «Фантомность мира» понимается не как его нереальность, а как единственно возможный вариант приспособления к миру, зависящий не только от его объективно существующих качеств, но и «...от возможностей и конструкции совокупностей опосредующих восприятие зондов», иными словами, от индивидуальных особенностей аперцепции. Искажения, вносимые в эти конструкции, могут менять качества воспринимаемого мира, остающегося на самом деле неизменным» [133, с. 80].

Образ мира, следуя мысли А.Ш. Тхостова, является никогда не исчезающим контекстом, в котором строятся познавательные гипотезы субъекта, идет структурирование, категоризирование объектов и, наконец, построение реальности человека (хоть и фантомной, но единственно возможной). Он указывает на необходимость постоянного воспроизводства образа мира: «...объективный мир существует для моего сознания именно постольку, поскольку не может быть раз и навсегда учтен и требует постоянного приспособления, осуществляющегося «здесь и сейчас» [133].

По его словам, «плотность внешнего мира определяется степенью его «предсказуемости», придающей его элементам оттенок «моего», т.е. понятного, знакомого, или, напротив, «чуждого», т.е. неясного, «непрозрачного». Становясь «своим», внешний мир начинает терять свою плотность, растворяясь в субъекте, продвигающем свою границу вовне. Близкий мне мир внешних вещей постепенно начинает исчезать, я перестаю замечать, слышать и ощущать конструкцию моего жилища...» [133, с. 65].

Однако как исследовать эмоционально-оценочные универсалии? Нужно создать условия манипуляции с объектами того или иного аспекта реальности, деятельности, где было бы возможным создание

системы связей, сходства этих объектов. «Пережитые эмоции, подобно пережитым манипуляциям с объектом, создают системы шкал и оценок, определяющих отношение к объекту и создающих особую форму субъективности, своеобразную эмоциональную «чувственную ткань», придающие объекту чувственное существование не в форме цвета или протяжения, а в виде эмоционального переживания» [133, с. 51]. Поступающая информация обладает гигантским числом степеней свободы и не может служить единственным источником ориентации без адекватного отбора и структурирования. Субъект не просто улавливает стимульное воздействие, а выбирает его, вернее, активно его ищет. Причем стимул, который ищется, уже заранее имеет определенную интерпретацию, значение и эмоционально-личностный смысл». Этим объясняется необходимость установочной готовности к восприятию информации [133, с. 40].

В рамках исследования образа мира важно понятие категоризации как основного механизма восприятия, упорядочивания, структурирования поступающей информации, в результате которого и возникает особое целостное видение мира, модель мира, представление о мире, наконец, образ мира. Однако целостное восприятие мира отнюдь не предполагает слитной, аморфно представленной информации. Человек воспринимает мир, членя его на группы объектов по определенным принципам [119–123].

А.Г. Шмелев, В.С. Болдырева подчеркивали возможность выхода через семантически организованную структуру следов опыта индивида на мотивационную сферу, движущие силы поведения. Поскольку существует индивидуальная и ситуативная селективность в отношении объектов, подходящих или нет для удовлетворения значимых потребностей, постольку сам по себе процесс выбора этих объектов является мотивационным, отражает семантическую направленность. «Организация индивидуальных систем значений, по их мнению, отражает строение и содержание мотивационной сферы личности». Происходит «избирательное усиление» определенных «семантических признаков в системе значений личностных прилагательных (...координат субъективного семантического пространства)...» [157, с. 108].

В.Ф. Петренко отмечает приоритетные характеристики психосемантического подхода как метода экспликации и объяснения способов поведения, базирующихся на мотивации и индивидуальном опыте: «Психосемантический подход открывает возможность исследования личности через анализ «пристрастности» индивидуального

сознания человека, проявляющейся, в частности, во влиянии мотивационной направленности на характер и организацию категориальных структур восприятия и осознания субъектом предметной и социальной действительности, то есть в широком смысле во влиянии мотивационной системы субъекта на его образ мира» [89, с. 13]. Однако автор не использует систематически понятие «образ мира». Построение семантического пространства он рассматривает как выявление категориальных структур сознания.

В работах В.Ф. Петренко исследование мотивационной сферы личности осуществляется через атрибутирование возможных причин поведения. В качестве объектов атрибуции выступают киноперсонажи либо обобщенные ролевые модели – некоторые социальные типажи. Также в психосемантических исследованиях В.Ф. Петренко прослежено влияние эмоций на трансформацию структуры семантического пространства, показано различие денотативного и коннотативного значений.

Субъективная система значений, представленная семантически, отражает мотивационный источник структурирования индивидуального опыта. В смысловой категоризации мира объектов имплицитно содержится мотивационный компонент, определяющий направление активности индивида в той или иной ситуации.

По мнению В.Ф. Петренко, целью психосемантического исследования является реконструкция индивидуальной системы значений, через призму которых происходит восприятие индивидом мира, себя, других. Экспериментальным методом реконструкции и одновременно модельным представлением системы являются субъективные семантические пространства, поскольку последние позволяют производить синхронистический срез индивидуального сознания [88–90].

Математическим смыслом построения семантического пространства для В.Ф. Петренко является переход от базиса большей размерности (признаков, заданных шкалами, дескрипторами) к базису меньшей размерности (категориям-факторам). Значение может быть представлено как вектор в пространстве категорий-осей.

Такое пространство представляет собой реконструкцию образа мира человека, включающего его особый когнитивно-эмоциональный стиль восприятия и реагирования на жизненные ситуации и объекты мира.

Подойдя в рамках проблемы научного способа диагностики и исследования образа мира субъекта в его целостном сочетании уста-

новок и смыслов-мотивов, эмоционально-когнитивных компонентов деятельности, мы решаем проблему «наведения моста» между отечественной традицией культурно-исторического подхода, теории деятельности и когнитивно-бихевиоральной терапией. Это единение возможно благодаря методу и методологии психосемантики, сочетающих в себе преимущества этих подходов, черпающих свои ресурсы в них.

Таким образом, психосемантика сводит на нет ряд противоречий и недомолвок между этими школами, в гармоничном целом соединяя и диагностические, и исследовательские, и терапевтические задачи [116].

2.3. Транстеоретические модели психотерапии

Кроме указанной и наиболее эвристичной психосемантической стратегии объединения разнородных идей, существующих на настоящий момент в психологии и научной психотерапии относительно интересующих нас феноменов, методологической интеграцией занимаются авторы мультимодальных, транстеоретических моделей психотерапии. Эти модели призваны обобщать имеющиеся в психотерапии передовые достижения в единое целое.

Учитывая не вполне удовлетворяющую практиков эффективность применения отдельных бихевиоральных или когнитивных техник, ученые стали приходить к мысли о разработке транстеоретических моделей, способных гармонично представить наиболее полноценное сочетание необходимых для терапевтического эффекта компонентов.

Среди множества проблем, возникших перед бихевиоральной психотерапией, основной, решение которой требовалось для дальнейшего продвижения, к началу 80-х гг. XX в. оказалась проблема осмысления процесса изменения поведения. Необходимо было ответить на такие вопросы: «Что собой представляет этот процесс? Является ли он простым и однонаправленным пошаговым переходом от связанного с риском поведения к здоровому образу жизни или представляет собой континуум событий?» [92, с. 113–114].

Чтобы ответить на эти вопросы и разработать эффективные практические приемы поведенческой терапии, была необходима всесторонняя модель изменения поведения. Она разработана психоло-

гами университета Род Айленда – Дж. Прочаска (*также верен вариант перевода – Прохазка*) и К. ДиКлементе; значительный вклад внесли также У. Велисер и Дж. Росси. Параметры процесса изменения поведения были изучены с точки зрения различных теорий – отсюда и наименование модели: *транстеоретическая* [92].

Основой для создания транстеоретической модели изменения поведения послужило объединение многочисленных существующих бихевиоральных техник. Эта модель значительно сложнее более ранних относительно простых концепций поведенческих изменений: «В отличие от обычно используемого определения таковых как движения от привычного вредного для здоровья образа жизни к стабильному, способствующему сохранению здоровья поведению, данная модель включает также временные градации, как стадии изменения; независимые переменные, называемые процессами изменения поведения; комплекс методов воздействия» [92, с. 114]. Таким образом, эта модель – всеохватывающая многофакторная концепция процесса изменения поведения.

Авторами отмечается последовательность в стадиях изменения поведения независимо от типа применяемой психотерапии. Конечно, эта модель условна в известном смысле, но она построена на основе опыта консультирования пациентов с зависимостями, а выявленные закономерности проявлялись устойчиво.

Изучение данных о тех, кто бросил курить по собственной инициативе, и об участниках противотабачных программ показало, что все они проходили через одни и те же этапы. Изначально авторами выделены четыре стадии: *предобдумывание, обдумывание, действие, поддержание*. Позднее добавлена еще одна – *подготовка*, занимающая место между обдумыванием и действием. Таким образом, окончательно сложилась модель, состоящая из пяти стадий. Приведем характеристику каждой из них [92].

Предобдумывание. На этой стадии человек еще не имеет серьезного намерения изменить свое вредное для здоровья поведение, – по крайней мере, в ближайшие полгода. «Этот срок был выбран в качестве критерия, поскольку он представляется максимальным для планирования каких-то изменений поведения в будущем. Важно отметить, что человек, находящийся в стадии предобдумывания, обычно стремится избежать контактов, которые могли бы помочь в изменении образа жизни. Он не проявляет интереса к предлагаемым методам самопомощи и не склонен к обсуждению своих вредных привычек. Ис-

пользуя термины теории принятия решений, можно сказать, что индивид склонен преувеличивать положительные стороны своего образа жизни и недооценивать степень риска», – отмечают авторы [92, с. 114].

Обдумывание. На этой стадии человек всерьез рассматривает возможность изменения вредного для здоровья поведения в ближайшие полгода. В этот момент происходит оценивание «за» и «против» образа жизни как примерно равные (и имеющие высокую ценность). Поэтому, хотя обдумывание изменения поведения и имеет место, результаты могут оказаться амбивалентными. На этой стадии «отмечаются некоторые процессы изменения – в особенности эмпирические, определяемые когнитивными и эмоциональными составляющими» [92, с. 114].

Подготовка. Стадия подготовки начинается, когда человек намерен изменить свое поведение в течение ближайшего месяца. Обычно на протяжении года перед этим какие-то попытки уже предпринимались, и теперь делаются, может быть, небольшие, но важные шаги в новой попытке изменения поведения. В терминах баланса решений на стадии подготовки «за» перевешивают «против», хотя и те и другие все еще высоки. Эмпирические процессы изменения используются интенсивно, но может быть отмечен и некоторый рост бихевиоральных процессов. [92, с. 115].

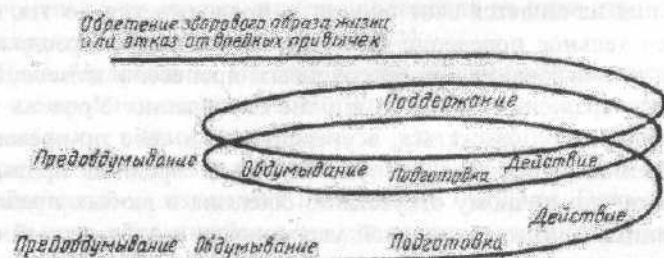
Действие. К стадии действия относится полугодовой период, следующий за решительным изменением образа жизни и характеризующийся стабильным сохранением нового стиля поведения. Проблемой, «стоящей перед индивидом, является избегание рецидива». Здесь «наиболее активно протекают бихевиоральные процессы изменения, а степень соблазна быстро убывает» [92, с. 115].

Поддержание. После полугода с момента явного поведенческого изменения начинается этот период и продолжается до тех пор, пока нежелательное поведение не будет окончательно преодолено. При этом использование бихевиоральных процессов изменения с целью предотвращения рецидива вполне оправданно. Уровень «соблазна продолжает понижаться, а уверенность в себе по-прежнему растет». Момент прекращения существования вредной привычки определяется «по полному отсутствию соблазна в любых проблемных ситуациях и по максимальной уверенности в собственной способности предотвратить рецидив в любых условиях» [92, с. 115].

Развитие этих изменений в патологическом поведении проходит словно бы по спирали. Поведенческое изменение – это не линейный

процесс. В своих попытках изменить нежелательный стиль поведения (аддиктивное поведение) человек склонен к рецидивам. Например, «кривая распределения случаев рецидива среди курильщиков показывает, что около 65 % бросивших курить нарушали свой отказ от курения в течение трех месяцев с момента прекращения курения; еще 10 % оказывались жертвами рецидива в промежуток между тремя и шестью месяцами после отказа от курения. Обычно совершается три-четыре попытки бросить курить, прежде чем человек действительно становится бывшим курильщиком». Однонаправленный линейный переход от одного поведенческого стиля к другому чрезвычайно редок в преодолении вредных привычек. Это соотносимо не только с аддиктивным поведением, хотя отказ от него часто означает обретение улучшающего или сохраняющего здоровье стиля жизни. Хорошими примерами этого являются «регулярные физические упражнения или ежегодная маммография для женщин старше пятидесяти. Индивид совершит регрессию от более поздней стадии к более ранней. В соответствии с изложенным выше, термин «рецидив» будет применяться нами только для перехода со стадий «действие» или «поддержание» на более ранние этапы» [92, с. 115].

Авторы транстеоретической модели рассматривают чередование стадий изменения как спираль. На рисунке видно, что при каждой попытке изменить образ жизни человек проходит через одни и те же стадии. Однако «чем больше попыток совершается, тем ближе человек подходит к достижению своей цели – стабильному состоянию достигнутого поведенческого изменения с полным прекращением нежелательного поведения или обретением желательного улучшающего здоровье образа жизни» [92, с. 116].



Спиральная модель изменений нежелательного поведения [92, с. 116]

Транстеоретическая модель объединяет широко известные процессы среди сотен когнитивных, «аффективных и бихевиоральных процессов изменения. Изначально рассматривавшиеся процессы проливают свет на то, как индивид переходит от одной стадии к другой. Транстеоретическая модель «включает десять процессов изменения», по-разному участвующих на разных стадиях: «1) рост осознания; 2) явное облегчение; 3) социальное освобождение; 4) переоценка собственной личности; 5) переоценка окружения; 6) перевоспитание; 7) контроль за стимулами; 8) управление подкреплением; 9) самоосвобождение; 10) помогающие взаимоотношения» [92, с. 116].

Роль процессов на стадии предобдумывания немала, но возрастает на стадиях обдумывания, подготовки и действия, вновь снижаясь на стадии поддержания. Отдельные процессы достигают своего максимума на разных стадиях. Первые пять – это эмпирические процессы, последние – бихевиористские процессы. Пик использования отдельных процессов приходится на различные стадии переходов. Например, те, кто находится на стадии предобдумывания, характеризовались существенно более низким уровнем процессов, чем находящиеся на других стадиях. Для них характерно отсутствие переоценки собственной личности или окружения.

На стадии обдумывания характерно отчетливое облегчение, способствующее снятию негативного аффекта из-за изменения поведения. На этой стадии они начинают оценивать альтернативы нежелательному поведению, предлагаемые обществом (социальное освобождение). При этом они мало концентрируются на негативных аспектах поведения. Использование процессов изменения сильно возрастает на стадии обдумывания, поскольку в силу вступает фактор роста осознания: наблюдения, противопоставления, интерпретации, так же как и различные образовательные методики. Путь через стадию обдумывания к периоду подготовки сопровождается увеличением задействования когнитивных, аффективных и оценочных процессов изменения. Обнаруживает себя тенденция к переоценке влияния своего неблагоприятного поведения на непосредственное социальное окружение – семью и друзей (переоценка окружения).

Переоценка себя происходит, когда индивид переходит от обдумывания к подготовке. Приложение силы воли (процесс самоосвобождения) наиболее характерно для перехода от подготовки к действию. На этом этапе индивид «все более ощущает собственную независимость и способность изменить свою жизнь в чем-то важном».

Те, кто успешно осуществляет стадию действия и движется в направлении поддержания, обычно сообщают о преобладании управления. Лонгитюдное исследование выборки из бросивших курить показало, что «процессы изменения носили криволинейный характер: эмпирические процессы проявлялись на относительно низком уровне на стадии предобдумывания и обнаруживали резкий рост при переходе к обдумыванию и подготовке». Достигнув апогея в переходный период, они спадали на стадиях действия и поддержания, «постепенно возвращаясь к тем значениям, которые были характерны для стадии предобдумывания». Такая же динамика бихевиористских процессов «наблюдалась с некоторым сдвигом: низкий уровень на стадии предобдумывания и максимум на стадии действия». Соответственно, помимо стадий как таковых, «транстеоретическая модель выделяет специфические процессы, способствующие переходу от стадии к стадии» [92, с. 117].

Применяя транстеоретическую модель изменения, мы учитываем связанные с указанными проблемами виды поведения. Если говорить о курении и его прекращении, в центр внимания должны попасть такие факторы, как распространенность курения и/или длительность воздержания от него. Выделяются критерии, рассматриваемые как непосредственные исходы, показывающие направление изменений в поведении. Критерии вмешательства, или исхода, состоят из поведенческих и когнитивных переменных.

Критерий баланса решений. Принятие решения представляется важной составляющей в изменении поведения. Определенной стадии соответствует баланс решений между «за» и «против» выбранного стиля поведения. Эта модель включает точное измерение баланса решений как неотъемлемый компонент. В работах, посвященных принятию решения в процессе отказа от курения, показано, что «данные хорошо отражаются состоящим из двух шкал – «за» и «против» – критерием баланса решений». Шкала «за» отражает все или почти все возможные функциональные преимущества курения: удовольствие, снятие напряжения, создание собственного желательного образа, привычку. Шкала «против» отражает основные резоны для отказа от курения: здоровье, пример для окружающих, эстетические ценности. Шкалы дают возможность оценить, насколько важен каждый из этих факторов для индивида. Критерий «баланса решений» оказался полезным для определения стадии, достигнутой данным лицом в отказе от курения». При этом «такой подход дал возмож-

ность вполне точно предсказывать поведенческие изменения после полугодового наблюдения». Исследования показывают, что двухшкальный критерий «за» и «против» может с успехом применяться и в других сферах, связанных с разрешением проблем здоровья, в частности снижения веса [92, с. 118].

Критерий соблазна. Прохождение стадий изменения связано с возникновением различных состояний, в том числе соблазна. В случае преодоления вредной привычки или аддиктивного поведения, в частности курения, вопрос существования и преодоления соблазна вернуться к нежелательному поведению является одним из ключевых. Уменьшение числа ситуаций, когда искушение возникает, и ослабление его интенсивности при прохождении различных стадий является показателем шанса достичь успеха, и наоборот. Шкала соблазна курения, предложенная для оценки уровня искушения закурить в различных ситуациях, обнаруживает хорошую внутреннюю логичность. Основными для данной шкалы являются три категории (группы) соблазнов, отражающие преобладающие функциональные удобства от курения: 1) положительный социальный эффект (курение вместе с друзьями на вечеринке, празднование удачи); 2) снятие негативного аффективного эффекта (переживания острого эмоционального кризиса, переживания острой депрессии); 3) удовлетворение привычки, аддиктивного аффекта (острого желания закурить, сожаления о потере всего, что связано с курением). Среди лиц, самостоятельно бросивших курить, шкала соблазна курения давала возможность предсказать как успешность прохождения стадий транстеоретической модели, так и будущее поведение в отношении курения. Хотя приложимость исходной шкалы соблазна представляется ограниченной сферой аддиктивного поведения, ее модифицированный вариант (без третьей составляющей) может найти применение в других областях, как, например, профилактика рака кожи, возникающего как следствие обгорания на солнце, или в пропаганде безопасного секса [92, с. 119].

Существует взаимосвязь между стадиями и критериями исходов. Баланс решений означает, что переменные «за» и «против» в наибольшей мере изменяются при переходе от стадии предобдумывания к стадии обдумывания и от стадии обдумывания к стадии действия. Доводы «за» курение явно перевешивают доводы «против» до тех пор, пока индивид не достигнет стадии обдумывания. На этой стадии соображения «против» выходят на первое место, при этом

как те, так и другие остаются важными для злоупотребляющего курением. Значимость постепенно снижается, эта тенденция прослеживается и при рассмотрении других видов нежелательного поведения.

Самозффективность и соблазн. Переменные, представленные самозффективностью и влиянием соблазна, изменяются по мере прохождения стадий линейно. Как было показано в работе, при отказе от курения самозффективность и уверенность в себе при связанных с курением ситуациях различного рода линейно увеличиваются по мере прохождения стадий изменения. Соблазн закурить в этих же ситуациях имеет стойкую тенденцию к снижению. Уровни самозффективности и соблазна почти одинаковы на стадии действия. Победа первого над вторым приходит только на стадии поддержания [92, с. 120].

Возможности использования транстеоретической модели трудно переоценить, особенно в здравоохранении. Эта модель объединяет основные компоненты поведенческих изменений и дает объяснение тем комплексным механизмам, понимание которых было затруднительно. Хотя изначально модель разрабатывалась для борьбы с курением, спектр ее применения выходит за рамки коррекции аддиктивного поведения. Рассмотрим некоторые наиболее очевидные *сферы применения транстеоретической модели.*

Соответствие методов воздействия избранной популяции. Хорошо известно, какие трудности представляет выбор группы воздействия. При проведении поведенческой терапии специалисты обычно ориентируются на группы риска или на всю популяционную выборку.

При этом, однако, часто не принимается во внимание такой важный фактор, как готовность пациентов к поведенческим изменениям. Использование транстеоретической модели может существенно улучшить выбор группы воздействия и отбор наиболее эффективных методов терапии именно в силу того, что она такую готовность учитывает. Используемые средства должны различаться в зависимости от того, имеет ли терапевт дело с индивидом, не готовым к изменению своего поведения (стадия предобдумывания) или уже готовым (стадия подготовки).

Индивидуальное воздействие. Транстеоретическая модель открывает широкие перспективы для индивидуализации методов воздействия в соответствии с потребностями пациента. Многообещающий путь такой индивидуализации – недавно предложенная экспертная систем. Не вдаваясь в подробности, следует отметить, что экспертная система представляет собой компьютерную программу при-

нятия решений, использующую информацию об индивиде для получения адресных, соответствующих данной личности рекомендаций. Программа была разработана для индивидуализированного контроля за прохождением стадий изменения, регистрации данных согласно приведенным выше критериям. Сравнение ее результативности с другими методами оказалось в пользу данной программы [92, с. 120].

Использование процессов изменения. На каждой стадии важность использования специфических процессов изменения должна быть особенно подчеркнута, чтобы дать возможность пациенту переходить от стадии к стадии. Используя положения транстеоретической модели, можно выделить имеющие наибольшую важность для данного вида поведения в данный момент процессы, что сделает вмешательство максимально результативным.

Экономия ресурсов. Возможность выделять «правильный контингент» в «правильный момент» и в «правильном месте», другими словами, оценивать степень готовности к изменениям при помощи транстеоретической модели приводит к существенной экономии ресурсов. Действительно, большинство существовавших ранее подходов предусматривало стандартную терапию для всех обратившихся, вне зависимости от степени их готовности к изменениям поведения. Это приводило к напрасным затратам усилий и ресурсов. Таким образом, применение транстеоретической модели эффективно и в этом отношении.

Проблема готовности участвовать. Готовность пациента участвовать, согласие на предлагаемые меры – важная составная часть поведенческой психотерапии. Результаты воздействия в высшей степени зависят от того, насколько пациент готов участвовать в процессе и насколько аккуратно он выполняет рекомендации. Существенное несоответствие между потребностями индивида и действиями психотерапевта может быть основной причиной уменьшения такой готовности и, соответственно, эффективности лечения. Транстеоретическая модель дает возможность уменьшить этот разрыв, что в значительной мере разрешает проблему [92, с. 121].

Оценка исходов. В рамках данной модели пересматриваются общепринятые взгляды на процесс изменения, что приводит к переоценке общепринятых критериев эффективности. Использование соответствующей стадии терапии позволяет сосредоточить внимание на более реальных и достижимых целях. Сочетание таких показателей, как баланс решений, соблазн и поведение, может меняться под воздействием самых разнообразных факторов на протяжении процесса [92].

Возможность оценивать достигнутые успехи за короткий период благотворно сказывается и на пациенте, и на психотерапевте: во-первых, пациент оказывается ближе к своей окончательной цели; во-вторых, данный подход снимает значительную часть фрустрации, связанной с недостаточными успехами. В результате и пациент, и психотерапевт оказываются более удовлетворены и получают поощрение, видя реальные показатели достигнутого прогресса [92].

Как уже говорилось выше и как это явствует из приводившихся примеров, к настоящему времени наибольшее практическое приращение транстеоретическая модель нашла в области борьбы с курением. Кроме того, те же принципы могут найти применение и в поведенческой терапии в других областях, касающихся как аддиктивного, так и неаддиктивного поведения: наркомании, избыточного веса, недостаточной физической активности, воздействия радона и ультрафиолета, применения презервативов, снижения потребления насыщенных жиров, подростковой преступности [92].

Итак, спектр сфер применения транстеоретической модели обширен – это и профилактика возникновения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, и борьба с алкоголизмом в различных социальных и возрастных группах. Авторы видят и перспективы в исследовании, например, кросскультурных и возрастных различий в поведенческой динамике [92].

Мультимодельная психотерапия А. Лазаруса представляет собой технический эклектизм при методологическом единстве. Методологически она придерживается когнитивно-бихевиоральных принципов, но исповедует эклектизм методов в зависимости от локализации проблемы в определенной модальности клиента.

BASIC ID А. Лазаруса – это, в широком смысле, модальная модель психических и поведенческих проявлений клиента. Под модальностью им понимаются те или иные проявления человека (например, В – поведение, А – аффекты, S – чувства, ощущения, I – представления, С – когниции, I – межперсональные отношения, D – биологическая основа и т.д.).

Автор разработал диагностическую стратегию выявления доминирующих модальностей и определения места локализации проблемы в одной из них. Выявив «модальность проблемы», терапевт может в соответствии с этим более грамотно и осмысленно подбирать технические приемы терапии, что делает ее более оперативной и прицельной.

2.4. «Когнитивный стиль» и мотивация: селективность восприятия и реагирования

Проблема обобщения когнитивной, бихевиоральной позиции в отечественной психологии решена в психосемантическом подходе, с одной стороны, а с другой – в транстеоретических моделях психотерапии.

Непосредственные методологические точки соприкосновения очевидны. Проблема когнитивных стилей – это одна из транстеоретических тем исследования. Для нас она представляется наиболее важной. Мы говорили о построении образа в психосемантике, о мультимодальной терапии А. Лазаруса, в которой психика предстает как набор специфических модальных проявлений, о методе репертуарных решеток Дж. Келли и т.д. Когнитивный стиль – это одно из интегративных понятий, представляющих собой специфическую особенность человека, его способ познания и реагирования. Здесь также важен аспект селективности, есть определенные особенности когнитивного стиля, которые используются в психотерапии.

Мы уже неоднократно касались проблематики того, как человек осмысляет мир, антиципирует события, как он взаимодействует с той информацией, которую воспринимает как реальность. Индивидуальный стиль взаимодействия с этой информацией и построения на данной основе программ будущего поведения в контексте доминирующих мотивов – это в широком смысле когнитивный стиль индивида. Он определяет не только контекст поведения и его направленность, но и инструментальные средства реализации мотивационно-потребностного напряжения. Естественно, что, будучи тематикой когнитивной психологии, эта проблема основывается на аксиоме принципа конструирования реальности.

М.А. Холодной удалось обобщить имеющийся опыт исследования когнитивных стилей, которые со времен возникновения когнитивной психологии претерпели множество операциональных трансформаций. В каждом из имеющихся на данный момент определений есть общий аспект, связанный с индивидуально-специфическими особенностями реконструкции мира (познания).

Когнитивные стили рассматривались на одном из первых операциональных этапов как характерные для данной личности устойчивые познавательные предпочтения, проявляющиеся в преимущественном использовании определенных способов переработки информации – тех способов, которые в наибольшей мере соответствовали

психологическим возможностям и склонностям данного человека. На этом этапе то или иное стилевое свойство определяется через процедуру его измерения (когнитивный стиль – это то, что измеряется с помощью конкретной стилевой методики) [153]. В результате стилевые исследования оказались «инструментально привязанными», что привело к серьезным противоречиям на эмпирическом уровне [153, с. 21].

Приведем одну из наиболее полно обобщающих имеющиеся определения дефиниций: «Когнитивные стили – это индивидуально-своеобразные способы переработки информации о своем окружении в виде индивидуальных различий в восприятии, анализе, структурировании, категоризации, оценивании происходящего» [153, с. 38]. Данные индивидуальные различия образуют типичные формы *когнитивного реагирования*, относительно которых группы людей являются похожими и отличаются друг от друга. Это определение также согласуется с теорией личных конструктов Дж. Келли, в которой человек характеризует и познает мир через систему индивидуальных конструктов, обобщающих его опыт и помогающих ему антиципировать (предсказывать) события, реагировать определенным образом в типичных ситуациях.

М.А. Холодная отмечает, что «...понятие когнитивного стиля используется... чтобы обозначить, с одной стороны, индивидуальные различия в процессах переработки информации и, с другой, типы людей в зависимости от особенностей организации их когнитивной сферы» [153, с. 38]. Понятие «когнитивный стиль» как нельзя лучше отражает соединение психологии личности, московской психологической школы мышления и когнитивной психологии и психотерапии [114, 153].

Автор характеризует статус феноменологии когнитивных стилей, указывая, что он определяется с учетом ряда принципиальных моментов:

1) индивидуальные различия интеллектуальной деятельности («когнитивные стили отграничивались от индивидуальных различий в степени успешности интеллектуальной деятельности, выявляемых на основе психометрических тестов интеллекта (в виде IQ-различий)»;

2) когнитивные стили, будучи характеристикой познавательной сферы, «рассматривались как проявление личностной организации в целом, поскольку индивидуализированные способы переработки информации оказывались тесно связанными с потребностями, мотивами, аффектами и т.д.»;

3) когнитивные стили оценивались «в качестве формы интеллектуальной активности более высокого порядка, поскольку их основная функция заключалась уже не столько в получении и обработке информации о внешних воздействиях, сколько в координации и регулировании базовых познавательных процессов»;

4) когнитивные стили определялись как «посредники между субъектом и действительностью, оказывающие прямое влияние на особенности протекания индивидуальных адаптационных процессов» [153, с. 38–39].

У различных определений «когнитивного стиля», по мысли М.А. Холодной, имеется общее основание. Итак, когнитивный стиль это:

1) структурная характеристика познавательной сферы, свидетельствующая об особенностях ее организации и не имеющая прямого отношения к особенностям ее содержания;

2) индивидуально-своеобразные способы получения того или иного когнитивного продукта, т.е. инструментальная характеристика интеллектуальной деятельности, которая может быть противопоставлена ее продуктивной характеристике;

3) биполярное измерение, в рамках которого каждый когнитивный стиль описывается за счет обращения к двум крайним формам интеллектуального поведения (в виде полнезависимости / полнезависимости, импульсивности / рефлексивности и т.д.);

4) избегание оценочных суждений, так как представители того или другого полюса каждого когнитивного стиля имеют определенные преимущества в тех ситуациях, где их индивидуальные познавательные качества способствуют эффективной индивидуальной адаптации;

5) устойчивая характеристика субъекта, стабильно проявляющаяся на разных уровнях интеллектуального функционирования и в разных ситуациях;

6) предпочтение определенного способа интеллектуального поведения (т.е. субъект в принципе может выбрать любой способ переработки информации, однако он произвольно или произвольно предпочитает какой-либо определенный способ восприятия и анализа происходящего, в наибольшей мере соответствующий его психологическим возможностям) [153, с. 40].

В теории когнитивных стилей акцент ставится на проблеме индивидуальности реконструкции человеком реальности с помощью своеобразных способов организации познавательного контакта с миром. Важно понимать, что этот аспект индивидуального когни-

тивного стиля или индивидуального выбора определенного когнитивного стиля в определенной ситуации как способа оценки, реконструкции, осмысления и действия в ситуациях, связан с мотивацией. Мотивация определяет селективность способа оценки и реагирования в ситуациях, связанных с адаптацией или приводящих к дезадаптации [16, 18, 45, 47, 130, 146].

Этот важный конструкт – мотивация – неоднозначно представлен в когнитивной психологии и психотерапии. Одни авторы склонны считать, что аффективная сфера, являясь индикатором мотивации, вполне точно описывает происходящее с индивидом (Дж. Келли), а следовательно, психология не нуждается при описании реагирования в этом термине, другие проводят эксперименты, показывающие пристрастность познавательного процесса (Дж. Брунер).

Мы рассмотрели точки соприкосновения когнитивной психотерапии и культурно-исторической концепции, московской психологической школы в целом, обнаружив существенные пути для методологической интеграции. В отечественной традиции конструкт мотивация крайне важен, большинство феноменов клинической психологии осмыслены именно через патологию мотивационной сферы личности. В родственной когнитивизму гештальт-психологии К. Левина понятие мотивации является фундаментальным, в экспериментальной когнитивной психологии при изучении познавательных процессов мотивационная составляющая рассматривается как определяющая способ, стиль или специфику видения реальности [45–47, 71, 72, 68, 146].

Мотивационная составляющая оказывается той «промежуточной» переменной, центральной в механизме восприятия и реагирования, которая определяет селективный характер оценки ситуаций действительности, мира в целом и самого себя. Эта идея имеет под собой большие терапевтические возможности и опять-таки согласуется с обеими характеризуемыми в работе традициями в психологии.

В целом идея учета промежуточных переменных для объяснения поведения человека является фундаментальным положением необихевиористов и когнитивистов при исследовании реагирования и познания субъектом мира.

Необихевиористам свойственно проведение классических экспериментов с допущением наличия некоторых ненаблюдаемых детерминант в рамках опосредующих реагирование «ментальных процессов». Справедливо признавая их наличие, представители этого на-

правления, однако, не обнаруживают пути их эмпирического изучения. Когнитивное направление в психологии формулирует гипотезы о наличии мотивационной селективности перцептивных и когнитивных процессов и реализует интересные эксперименты, наглядно показывающие наличие опосредующих факторов в структуре восприятия и реагирования.

В когнитивной психологии, переосмысленной в контексте экспериментов, поставленных необихевиористами, происходит заимствование эвристических понятий – промежуточных переменных (ментальных процессов). Предметами исследования становятся процессы ментальной репрезентации, понимания и порождения речи, только в рамках неокогнитивизма впервые изучается влияние мотивационных процессов на восприятие (Дж. Брунер, Дж. Миллер, У. Найссер). В психологии операционально на экспериментальном языке формулируется проблема пристрастности перцептивных и когнитивных функций [87].

Познавательный, или когнитивный, стиль – это результат актуализации определенной когнитивной карты индивида в типичной ситуации. Этот стиль с очевидностью может как служить целям адаптации человека, так и дезадаптировать его.

Современный когнитивно-бихевиоральный подход в определении причин поведения, реагирования в целом склонен использовать не только понятие мотивации, но и такие «когнитивные» феномены как установки или «автоматические мысли», «иррациональные убеждения», «стереотипы», «аттитюды», «системы конструктов» «когнитивный стиль» и пр. В исследовательском и практическом ключе понятие мотивации является фундаментальным в отечественной традиции, таковым оно становится и в экспериментальной традиции когнитивной психологии. По нашему мнению, для разворачивания соответствующего поведения, направленного на удовлетворение потребностей (адаптацию), необходимо возникновение мотивации (как активирующего мотивы селективного процесса и образа действия в структуре активности индивида), а также актуализации установок как алгоритмизированных стратегий удовлетворения потребностей (готовность действовать и переживать определенным образом в определенной ситуации).

Мотив отвечает на вопрос «что», а установки – «как» достигается потребностное состояние. В этом процессе неизбежно формирование «образа будущего состояния» – акцентор результата действия.

(П.К. Анохин) или антиципация событий (Дж. Келли). Атрибутивная способность, связанная с процессом селективного и пристрастного отношения к объектам действительности, в широком смысле является основой экспликации *эмпирических индикаторов мотивации*.

Мотивация – это система эмпирических (регистрируемых опытным путем) индикаторов эмоционально-когнитивного реагирования и поведения (в том числе психофизиологические и оценочные индикаторы), которые интерпретируются как смысл (причина, детерминанты) активности индивида в рамках психосемантического моделирования.

Это понятие указывает на движение в сторону мотива как психического образа предмета, активизирующего на процесс удовлетворения потребностей. Мотивация – это интегрирующая составляющая, в которую входят потребность, мотив, усвоенные в опыте способы удовлетворения потребностей, соответствующая активность индивида в этом направлении.

Мотивация рядом авторов трактуется как объяснительный конструкт (который позволяет понять приоритеты средств, селективность в структуре семантического пространства), определяющий возможность движения в этом направлении (Х. Хекхаузен, Т.О. Гордеева и др.).

Ряд авторов определяют мотивацию как конструкт для интерпретации данных исследования поведенческой активности индивида: «Термин «мотивация» является теоретическим конструктом, используемым для описания и объяснения причин поведения людей, его направленности и механизмов осуществления. Как и интеллект, мотивацию нельзя наблюдать непосредственно, но она может быть выявлена косвенно на основе некоторых когнитивных, поведенческих и эмоциональных показателей» [28, с. 8].

Наличие измеряемых эквивалентов смыслового контекста поведения позволяет дать определение мотивации в рамках конкретного исследования. Однако остается проблема – насколько полноценна система индикаторов, используемая для реконструкции причин поведения человека. В данном случае подтверждением грамотности операциональных определений будет предсказательность и эффективность прогнозирования активности индивида.

Существует общая модель мотивации, в частном исследовательском случае мы изучаем какую-то часть (фрагмент) этой модели посредством использования определенного типа индикаторов. По мыс-

ли А.Ш. Тхостова, «мотивация, в отличие от стимула, который уже дан в рефлекторном акте, требует поиска отсутствующих... ситуаций или предметов». Далее автор отмечает: «...мотивация понимается как «негативное состояние» – физиологическая нужда, выводимая из свойства живого организма способность... реагировать на раздражители» [133, с. 136]. Мотивация осмысливается рядом авторов как особое состояние организма, связанное с поиском способов удовлетворения потребностей. По мнению А.Ш. Тхостова, функция мотивации – «в снижении порога реактивности», а «...мотив – «энергизатор» или «стабилизатор»» [133, с. 136]. Автор отмечает, что «для разнообразия форм реакций используются понятия научения или условного рефлекса», при этом понятие «мотивация» избыточно. Такую объяснительную модель трудно применить к перцептивному акту, «так как из энергетического понимания потребности никак не выводима ни ее регуляция на основе отражения, ни обратный процесс влияния на опыт...» [133, с. 136].

Данная проблема породила ряд попыток выделить в мотивации еще один (кроме энергетического) компонент («особые производные содержательные элементы»): валентности у К. Левина, needs и presses у Г. Мюррея, drives и incentives у бихевиористов, однако они не дают исчерпывающего понимания мотивации [133, с. 136]. Эти попытки связаны с теоретическим осмыслением конструкта мотивации и свидетельствуют о поиске конструктов-определителей (элементов, отчетливо проявляющих мотивацию).

Удачным решением данной проблемы, как отмечает А.Ш. Тхостов, является теория мотивации А.Н. Леонтьева и ее развитие в трудах В.К. Вилюнаса, особенно идея о предметности потребности. Именно в теории деятельности используется категория «мотив» (как опредмеченная потребность, переводящая состояние недифференцированной нужды в ориентировочную деятельность) [133, с. 136]. Ссылаясь на А.Н. Леонтьева, он пишет, что «... предмет становится мотивом, вступая в семиотические отношения с потребностью, означая ее... Понимание мотива как семиотического предмета позволяет решить одновременно две проблемы: предметности потребности и функции смыслообразования... Семиотическая природа мотива позволяет непротиворечиво объяснить возможное влияние потребности на познание, порождающее его пристрастность, так как он (мотив) является образованием того же порядка, что и другие образы, представления или значения» [133, с. 137].

Проблема мотивации связана с разграничением смысла и значения объектов для индивида. Проблема смысла и значения (денотативного и коннотативного значения) – это проблема разграничения «общепринятого», словарного определения свойств предмета (значения) и «личностного», или «субъективного», смысла.

Содержательно и эмпирически смысл фантомен и бестелесен. Он сближается с эмоциональным отношением к объекту (А.Н. Леонтьев, В.К. Вилюнас), однако смысловой образ объекта содержит не только эмоционально-пристрастный компонент, но и когнитивную переработку воспринимаемого объекта, включенного в опыт индивида. Е.Ю. Артемьева, основатель субъективной семантики в нашей стране, определяла смысл как «след деятельности».

Можно сказать, что смысл – это эмоционально-когнитивный образ предмета в контексте будущего, выступающий следом деятельности (результатом опыта взаимодействия с ним). Смысл объекта для индивида играет определенную роль в процессе построения вероятностных моделей оценки будущих результатов деятельности (антиципации событий), а следовательно, служит материалом при формировании «образа мира». По Е.Ю. Артемьевой, образ мира – интегратор следов взаимодействия человека с миром [6]. В контексте этих понятий «когнитивный стиль» приобретает более определенное значение как познавательная особенность оценки (реконструирования) реальности, как селективная стратегия формирования «образа мира». «Когнитивный стиль» и «образ мира» взаимопределяют друг друга.

Проблема смысла и значения может быть раскрыта через анализ процесса трансформации мысли, возникающей из мотива и реализуемой сначала во внутренней речи (смысл), а затем во внешней (значение). Смысл может быть раскрыт только через значение.

Как пишет А.Ш. Тхостов: «Субстанционально смысл – это фантом... лишенный своей плоти – значения, он исчезает, как исчезает форма, не заполненная никаким содержанием... Через личностный смысл структурированные опредмечиванием (превращением в мотив) аморфные потребности манифестируют себя пристрастностью человеческого сознания» [133, с. 139–140].

Более справедливо будет трактовать потребность, а не мотивацию как теоретический конструкт, служащий для объяснения и интерпретации смысла поведения (активности в широком смысле) индивида.

Мотивация характеризуется как совокупная система процессов, «отвечающих за побуждение деятельности, требует отдельного понятия, которое структурировало бы эту систему, выделяло бы составляющие ее образования и процессы. В качестве такого понятия... часто используется понятие «потребности»» [19, с. 39]. Это понятие с трудом поддается формальному определению, однако «потребность – это не только констатируемая нужда, но и определенный закрепившийся (в фило- и онтогенезе) способ ее удовлетворения» [19, с. 41].

Определяя потребность как теоретический конструкт, В.К. Вилюнас отмечает, что он служит «...для систематизации и интерпретации мотивационных механизмов и порождаемых ими побуждений» [19, с. 57]. Далее автор дает развернутое определение понятию «потребность»: «Понятием потребности обозначается как определенная система конкретных механизмов мотивации, так и некоторое предполагаемое свойство жизни, которое определяло эволюционное формирование этих механизмов и которое служит основой для обособления именно данной их системы» [Там же].

Напомним мысль Б.В. Зейгарник: «В потребностях человека... выражается его связь с окружающим миром... Оценивая человека, мы прежде всего характеризуем круг его интересов, содержание его потребностей. Мы судим о человеке по мотивам его поступков, по тому, к каким явлениям жизни он равнодушен, по тому, чему он радуется, на что направлены его мысли и желания» [50, с. 30].

Б.В. Зейгарник, а также ее ученики, акцентировали свой интерес на неразрывной связи не только мышления и потребностей, но и мотивов, стремлений, установок, чувств человека. Формируя особый интегративный взгляд на проблему пристрастности восприятия и осмысления мира человеком, автор ссылается на Л.С. Выготского: «Мысль не последняя инстанция... сама мысль рождается не из другой мысли, а из *мотивирующей сферы* нашего сознания, которая охватывает наши влечения и потребности, наши интересы и побуждения, наши аффекты и эмоции» [42, с. 137]. Известный эксперимент Б.В. Зейгарник о мотивационном напряжении, сопровождаемом негативным эмоциональным состоянием и желанием завершить прерванное действие, иллюстрирует неразрывный комплекс потребности, эмоции и мотива, а также перцептивно-когнитивную пристрастность обработки информации. Этот адаптационный механизм эволюционно программирует человека на удовлетворение мотивационно значимой потребности [41, 42].

Состояние желаемого психического образа предмета не достигнуто при условии экспериментально сформированной и опредмеченной «квазипотребности», при этом создано мотивационное напряжение, однако потребность остается неудовлетворенной. В результате сохраняется состояние эмоционально-мотивационной неудовлетворенности. Это заставляет держать желаемый образ удовлетворенной потребности в памяти, отсылая перцептивную и когнитивную активность к этой информации. Функция психических процессов – селективность – будет формировать такое восприятие и осмысление мира (а следовательно, активность индивида), в которых удовлетворение этой потребности было бы возможно.

Таким образом, глубинное убеждение в когнитивной терапии с точки зрения такого интегративного подхода представляет собой особое мотивационное напряжение, возможно, это основа мотивационного конфликта. В целом это мотивационная составляющая образа мира. Мотивация мыслится нами как система эмпирических (регистрируемых опытным путем) индикаторов эмоционально-когнитивного реагирования и поведения, объясняемых как смысл активности индивида в рамках психосемантического исследования.

Когнитивный стиль мотивационно пристрастен и отличается от индивида к индивиду, он характеризует как стилевые, так и инструментальные аспекты деятельности, определяет способ переработки информации в широком смысле, специфику видения отдельных ситуаций и мира в целом.

Глава 3

КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И СОЦИОФОБИИ В КЛИНИКЕ

3.1. Социальные страхи и социофобии

Страхи, фобии и эмоциональные расстройства всегда находились в центре рассмотрения когнитивных, да и бихевиоральных терапевтов, в то же время страхи впервые начали формировать и разобусловливать бихевиористы, у них впервые появилась стройная концептуализация страхов, фобий, а когнитивистам принадлежит впечатляющая модель депрессий, понимание депрессивных схем и мыслей, приводящих к тяжелым состояниям. Однако сочетание этих направлений показывает многоаспектность проблемы, необходимость рассмотрения всех уровней модели расстройства: эмоционально-когнитивной и поведенческой.

Чтобы перейти к концептуальному осмыслению расстройств социофобии и тревожно-депрессивного спектра, необходимо обрисовать известные факты о них, а также представить когнитивную и когнитивно-бихевиоральную модели расстройств.

В качестве отдельной формы фобий социофобия (СФ) была идентифицирована в 60-х гг. XX в. Этот термин, как отмечает А. Литвинов, «появился в психиатрическом лексиконе еще в начале 60-х годов, но заниматься СФ всерьез начали только в последнее десятилетие» (здесь имеются в виду 90-е гг. XX в.) [116, 117]. Что такое СФ с точки зрения современной психиатрии? В клиническом обзоре Всемирной ассоциации психиатров (ВАП, 1996) страдающие СФ описываются как лица, испытывающие неадекватный страх негативной оценки со стороны окружающих в целом ряде ситуаций социального взаимодействия. В ситуации, вызывающей страх, «у них часто возникает тревога и отмечаются ее соматические проявления. Некоторые люди, страдающие социофобией, не предъявляют соматических жалоб, однако испытывают сильную неловкость, страх и опасения.

Страх перед обществом рождается не на голом месте [126]. Некоторые исследователи считают, что заболеванию предшествует определенная травматическая ситуация: публичное оскорбление, осмеяние. Другие же, напротив, утверждают, что поиск причины страха бессмысленен и только усугубляет переживания, необходимо сосредоточиться на формировании социальных навыков взаимодействия с другими людьми и десенсибилизации. Как правило, «видимая» причина оказывается скорее поводом.

В психиатрической литературе начиная с середины XIX в. можно найти ссылки на те феномены, которые сейчас обозначаются как социофобия (Н. Duboux, 1874; G.O. Casper, 1846; P. Janet, 1903; P. Hartenberg, 1904; E. Kraepelin, 1915; В.М. Бехтерев, 1899, 1900, 1905; Ф.Е. Рыбаков, 1917; В.Ф. Чиж, 1911; В.И. Яковенко, 1887). Эти феномены определяются как страх перед публичным выступлением, провоцирующий тревогу по поводу «морального положения в кругу людей» (P. Janet., 1913, Д.В. Ястребов, 2000) [165–167]. Однако как в отечественной, так и в зарубежной клинической психологии и психиатрии данное заболевание долгое время рассматривалось либо как симптом других, более тяжелых, психических расстройств, либо как отдельное синдромальное проявление. В нашей стране лишь с конца 80-х гг. XX в. СФ начинает выступать в качестве отдельной нозологической единицы [107–110].

В МКБ-10 социофобия относится к рубрике F4 «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», в которой выделяется подрубрика F40 – «фобические и тревожные расстройства». Страдающему СФ «кажется», что окружающие настроены к нему либо враждебно, либо высокомерно [13, 14, 56, 114, 115]. Исследование страхов, в том числе имеющих отношение к социальным ситуациям и коммуникации, осуществляется в нескольких относительно независимых направлениях (разные виды психотерапевтических направлений, медицинский подход, социально-конструктивистский и пр.) [56].

В классификации психических расстройств DSM-IV обозначены два подтипа СФ: специфическая и генерализованная. Симптомами специфической СФ является деструктивный страх перед одной или несколькими социальными ситуациями, в которых возможно действовать на всеобщее обозрение. В результате приходится постоянно быть в напряжении, участие в таких ситуациях становится затруднительным. Страдающие СФ «терпят их, испытывая сильнейший дист-

ресс... интенсивный страх перед публичными выступлениями – самая распространенная СФ» [52, с. 295].

При генерализованной СФ человека преследует состояние сильнейшего страха в большинстве социальных ситуаций («включая как ситуации публичных выступлений, так и ситуации, требующие социального взаимодействия» [52, с. 295]). В качестве гетерогенного СФ диагноза выступает «избегающее личностное расстройство» [52, с. 295]. Для лиц, страдающих данным расстройством, «характерен паттерн крайней социальной заторможенности и интроверсии, ведущий к пожизненным паттернам ограниченности социальных отношений и нежелания вступать в социальные интеракции» [52, с. 572].

В отличие от шизоидных личностей, не испытывающих мучений от одиночества (в обычном понимании), а, наоборот, стремящихся к нему, такие индивиды страдают без общения с другими и хотят любви, поддержки и понимания, не решаясь, однако, на попытки удовлетворения этих потребностей посредством активного участия в социальной жизни.

Как установили исследователи ВАП, СФ является «первичной патологией у 70,9 % людей с коморбидной депрессией, у 76,7 % – с коморбидной наркоманией и у 85 % – с коморбидным алкоголизмом» [126]. В большинстве случаев симптомы СФ предшествуют симптомам коморбидных состояний. Это еще один довод в пользу необходимости как можно более раннего выявления и лечения СФ с целью предупреждения развития наиболее часто встречающихся при этом видов патологии: «Среди них преобладают простые фобии – 59 %, агорафобия (боязнь открытых пространств) – 44,9 %, алкоголизм – 17 %, злоупотребление лекарствами – 17 %. Замечено также, что существует тесная связь между СФ и последующим развитием расстройства питания, например ожирения» [126]. Деструктивные попытки самокомпенсации, например попытки снижения тревожности посредством избегания или употребления психоактивных веществ, лишь усугубляют течение болезни.

Страдающие СФ и коморбидными состояниями, разумеется, находятся в более сложном положении, чем те, у кого неосложненная форма расстройства. Например, попытки самоубийства в течение жизни у больных с коморбидной социальной фобией в 5,73 раза выше, чем у больных с такой патологией в целом.

Наиболее частая проблема, связанная с коморбидными состояниями, заключается в том, что «хотя начало развития социофобии

предшествует возникновению любого из них, больные чаще получают лечение именно по поводу вторичного заболевания: тревожного расстройства (34,6 % случаев), депрессии (42,3 %) или панического расстройства (19,2 %)» [126]. Все это снижает качество оказываемой помощи, и пациенты с коморбидной социофобией в большей степени инвалидизируются, чем пациенты с неосложненным заболеванием [13, 14, 126].

Поиск взаимосвязей между характером социофобии и коморбидными психическими расстройствами подтвердил единство СФ и личностных расстройств тревожного спектра [52, 174, 176, 178, 183]. По мнению ряда исследователей, СФ и избегающее (или уклоняющееся) расстройство личности представляют собой единый континуум. Именно в этих случаях формирование СФ можно трактовать в рамках личностного развития. Кроме того, существуют данные о социофобических состояниях и при других вариантах психопатологии. Исследователи подчеркивают, что в случаях перекрывания истерическим (J. Reich) или нарциссическим (B. Gabbart) личностными расстройствами отмечается высокая коморбидность СФ с другими тревожно-фобическими нарушениями (паническое расстройство, агорафобия) [52, 174, 176, 178, 183].

Рекомендуется дифференцировать генерализованную социофобию и избегающее личностное расстройство: «...для индивидов с избегающим личностным расстройством характерен паттерн крайней социальной заторможенности и интроверсии, ведущий к пожизненным паттернам ограниченности социальных отношений и нежелания вступать в социальные интеракции» [52, с. 572].

Личности, гиперсензитивные к критике, испытывают чувства вины, боязни, в то же время им хочется любви, они страдают от одиночества и тоски. В ходе многочисленных исследований было выявлено значительное сходство между этими диагнозами. В результате сделан вывод: избегающее личностное расстройство является более тяжелой формой генерализованной социофобии [52, с. 574]. Это согласуется с данными о существовании социофобии без избегающего личностного расстройства и наличии очень немногих случаев избегающего личностного расстройства без генерализованной социофобии. Оба расстройства поддаются лечению одними и теми же психотерапевтическими препаратами и сенситивны к одинаковым видам психотерапии, наиболее успешным из которых является когнитивно-бихевиоральный.

Как отмечают зарубежные аналитики, «эти факты привели Уидигера (1992) к предположению, что эти два расстройства “могут быть промежуточным состоянием между тревожными и личностными расстройствами... подразумевающими одну и ту же психопатологию”» [52, с. 574]. Аналогичное мнение отражено в DSM-IV, где отмечается, что эти расстройства настолько близки, что «могут являть собой альтернативные представления об одних и тех же сходных состояниях» [52, с. 574].

Критерии постановки диагноза «социальная фобия» (F40.1 по МКБ-10) определены еще в 80-х гг. XX в., например: выраженный или устойчивый страх перед одной или несколькими социальными ситуациями, в которых индивид сталкивается с незнакомыми людьми или подвергается оценке со стороны окружающих; страх может иметь вид панической атаки, при этом человек осознает, что его страх преувеличен. Кроме того, характерно избегающее поведение ситуаций оценивания успешности, что значительно нарушает нормальный образ жизни человека, мешает его профессиональному успеху (и/или учебе), а также социальным взаимодействиям с другими людьми, при этом социофобия вызывает сильные страдания. Выраженная тенденция избегания пугающих ситуаций может приводить к полной социальной изоляции и остановке в действии.

В настоящее время диагноз СФ можно поставить не только в случае, когда социальные ситуации избегаются, но и когда их выдерживают со значительным дистрессом. Есть данные, свидетельствующие о росте распространенности СФ у молодых людей [52, 114, 115].

В силу недостаточной изученности данного заболевания отсутствует, например, указание на нейробиологические, генетические факторы. В МКБ-10 дана психологическая картина исследуемого расстройства. Медицинская литература, в том числе зарубежная, содержит многочисленные указания на возможное генетическое происхождение данного расстройства [56–58]. По статистическим данным, СФ – часто встречающееся расстройство: от 10 до 16 % в течение жизни страдают им, что приводит к интенсивному дистрессу и отрицательным социально-экономическим последствиям.

Председатель проблемной группы по социальной фобии при ВАП, Ж.А. Коста да Сильва, отмечает, что проблемы, возникающие у страдающих социофобией в адаптации к социальным ситуациям, оказывают сильнейшее влияние на их личную и профессиональную жизнь, что приводит к ряду вторичных коморбидных состояний, са-

мыми серьезными являются алкоголизм и злоупотребление медикаментами [126].

Важным условием классификации тревожных расстройств является как можно более тонкая дифференциация тревоги как первичной эмоции с ее аффективными, физическими и когнитивными компонентами, тревожности как свойства личности и дифференциальная диагностика различных форм патологической тревоги, а также разграничение патологической тревоги и других видов психических расстройств. При этом необходимо иметь в виду проблему коморбидности СФ с другими психическими расстройствами, вызванными изначально попыткой скомпенсировать гнетущий страх, избежать неприятных эмоций и последствий участия в социальной жизни.

Ведущим симптомом тревожно-фобических расстройств, в частности СФ, является патологическая тревога, которая может возникнуть и при других психических расстройствах (например, депрессии), а также соматических заболеваниях (например, эндокринных расстройствах). Часто тревожные состояния проявляются при острых аффективных расстройствах, протекающих в тяжелой форме (депрессии и биполярные расстройства), психотических заболеваниях (например, шизофрения) и прогрессивных стадиях зависимостей от психоактивных веществ (например, при абстинентном синдроме) [56]. Для СФ может быть характерно состояние паники (панических атак) в ситуациях, вызывающих фобию.

Состояние, ограниченное во времени, когда внезапно появляются сильная и всепоглощающая тревога, опасение или испуг, сопровождаемые чувством приближения несчастья, страхом сойти с ума и пр., называют панической тревогой. При этом у человека, переживающего ее, возникают одышка, учащенное сердцебиение, боли в груди или физический дискомфорт, чувство удушья, страх сойти с ума или потерять над собой контроль и др. [56, 57, 60].

Для навязчивых расстройств также характерны периодические состояния панической атаки, возникающие исключительно при столкновении с возможностью загрязнения при наличии навязчивого страха перед соприкосновением. При посттравматическом стрессовом расстройстве панические атаки возникают только как реакция на раздражитель, ассоциирующийся с тяжелой стрессовой ситуацией. Паническая атака может возникнуть в рамках тревожного расстройства, вызванного разлукой, как реакция на отсутствие кого-либо из близких людей или нахождение вне дома, депрессией.

Естественно, что каждому человеку не чужд социальный страх в ситуациях общения или оценки способностей, внешности. Принято разграничивать понятия социального страха или тревожности как естественной реакции на ситуации оценивания, отказа и социофобии как психического расстройства, имеющего крайнюю степень выраженности страха в социальных ситуациях. Социальная тревожность имеет гораздо меньшие дезадаптивные последствия для человека, но тем не менее может значительно препятствовать раскрытию своего потенциала и так называемому эффективному функционированию в обществе.

Близким к понятию социальных страхов является понятие «застенчивость». Ф. Зимбардо определял застенчивого человека как осторожного и не расположенного к встрече. Он пишет о застенчивости как о «чувстве неудобства в присутствии других» [43, 44]. Избегание ситуаций, вызывающих тревогу, является одним из наиболее ярких клинических признаков социальных страхов. Фобия – иррациональный сверхсильный страх, не позволяющий человеку субъективно управлять ситуацией, контролировать ее, т.е. справиться с фобией самостоятельно практически невозможно.

Продолжительный страх перед социальными ситуациями или ситуациями, в которых оценивается эффективность, успешность субъекта (в области способностей, внешности и пр.), – это основной психодиагностический симптом СФ. Социальные ситуации оценивания могут быть различными – от интимных межличностных, локальных формальных контактов до групповых и субординационных социальных ситуаций.

Тревога – это общее предощущение возможной опасности. Страх и тревога важны для адаптации, однако в своих крайних или иррациональных проявлениях приводят к дезадаптивному поведению. На физиологическом уровне тревога отличается хроническим перевозбуждением, отражается в готовности иметь дело с угрозой, если таковая возникнет, но при этом нет настоящей потребности в бегстве, которая есть при страхе.

Базовым критерием различия страха и тревоги является следующее: при страхе источник опасности очевиден. Когда речь идет о тревоге, мы часто не в силах установить, в чем состоит опасность (недифференцирован источник и опасность). Тревога переживается как неприятное внутреннее состояние, при котором мы предчувствуем некое ужасающее событие, не вполне прогнозируемое, исходя из реальных обстоятельств.

Реакция тревожности наиболее типична в социальных ситуациях оценивания, поэтому страдающие фобией чаще всего избегают их или переносят с большим эмоциональным напряжением, сопровождаемым психофизиологическим стрессом. Если испытываемая тревога и волнение не приводят к избеганию ситуаций, связанных с этим переживанием, то данное состояние квалифицируется как социальная тревожность [56]. Подчеркнем, что социофобию и социальную тревожность не просто отличить друг от друга. Важным диагностическим критерием выступает нарастающее желание избегать ряд социальных ситуаций и соответствующее поведение.

Понимание СФ как одной из фобий указывает на соответствующий эмоциональный фон в отношении определенного «объекта», а также характерное избегающее поведение. Возникает проблема дифференциации нормальной и патологической тревоги. Р. Либ и Г.-У. Витхен попытались провести эту диагностическую границу [56]. В той или иной степени тревога, и даже достаточно сильная, — явление нормальное и адаптивное в ситуациях, адекватных ей, к тому же могущее являться устойчивой характеристикой личности.

Анализируя факторы, лежащие в основе тревожных расстройств, исследователи отмечают принципиальную невозможность постановки точных причин возникшей фобии [56]. В целом истоки социального страха изучены гораздо меньше, чем само развитие тревожного расстройства в клинически значимое и нуждающееся в лечении состояние (патогенез).

Подходы к объяснению тревожных расстройств представляют собой, как правило, патогенетические модели. Они являются многофакторными и исходят не только из комплексного взаимодействия различных интернальных и экстернальных факторов, но и подчеркивают следующие два принципиальных положения: а) не только патогенетические переменные воздействуют на индивида, но и индивид воздействует на эти переменные; б) патогенетические переменные следует рассматривать не как константы, а как изменяющиеся в динамическом процессе переменные [86, 229].

Современные исследования в области клинической психологии показали, что такие комплексные, с методической точки зрения, сложно эмпирически проверяемые модели взаимодействия, «с помощью которых пытаются объяснить возникновение и поддержание расстройства, называются динамическими диатез-стресс-моделями» [56]. Данные модели являются не вполне научно обоснованными. В

связи с этим встает актуальная проблема отсутствия адекватных измерительных исследовательских клинико-психологических методик и технологий, позволяющих научно достоверно и точно определять специфику данного заболевания, источник формирования и процедуру психотерапевтической интервенции [56].

Модели базируются на положении о том, что тревожные расстройства наступают вследствие актуальных и хронических перегрузок (стресс) разной природы (социальной, психологической, биологической) на основе предрасположенности человека (диатез). Под диатезом (также диспозиция, подверженность, уязвимость) чаще всего понимаются биологические, генетические, семейно-генетические, когнитивные (например, ранее усвоенные стили мышления, нарушения переработки информации) и средовые факторы.

Расстройство пытаются объяснить динамическим взаимодействием диспозиционных, пусковых и поддерживающих факторов. Предполагается, что при развитии и поддержании расстройства решающую роль играют факторы оперантного и классического обусловливания, а также научение по моделям [56, 180, 184]. Представители когнитивно-бихевиорального направления утверждают наличие иррациональных мыслей и переживаний, «неправильных» установок и суждений в отношении социальных ситуаций и выученного поведения, обусловленных реакций. Как отмечают авторы, мужчины, страдающие социофобией, не только не способны познакомиться с понравившейся девушкой, но и вообще их сторонятся, избегают сотрудниц в офисе или сокурсниц в институте. Приведем иллюстрацию для выражения подобных переживаний. Страдающий данным заболеванием считает себя неким социальным уродом, которого выбросили из жизни, и думает: «Какое же я ничтожество! Вероятно, я заслуживаю враждебного отношения к себе».

Ответственные события: экзамен, публичное выступление, общественное мероприятие — приносит страдающему СФ эмоциональные мучения. Задолго до самого события (только при возникновении мысленного образа участия в нем) наблюдаются вегетативные и психофизиологические признаки тревоги или даже паники: нарушается сон, появляются суетливость и рассеянность, тремор рук, сухость во рту и пр.

По мнению одних специалистов, такие расстройства характерны для людей мыслительного типа с тревожно-мнительными чертами характера и выраженным комплексом неполноценности [13, 14, 74,

126], однако другие исследователи утверждают, что индивидуально-типологический профиль лишь в незначительной степени может считаться причиной или базой для возникновения социального страха, истинные причины которого выявить невозможно.

Лишь некоторые компоненты обеих моделей прошли экспериментальную проверку. Они хорошо могут объяснить социальную неуверенность, но в меньшей степени – почему развивается полная картина социофобии. Поэтому предлагается интегрированная диатез-стресс-модель, разработанная рабочей группой Р.Г. Хаймберга (1996). Компоненты когнитивно-поведенческой модели [56]:

1. Генетические и средовые факторы (генетические влияния; тревожность родителей; родительские установки относительно воспитания детей; негативный опыт контакта с референтной группой и/или представителями противоположного пола).

2. Убеждения относительно социальных ситуаций (социальные ситуации потенциально опасны; чтобы избежать опасности в социальных ситуациях, поведение должно быть совершенным; у меня отсутствуют способности, необходимые для того, чтобы вести себя должным образом).

3. Прогнозы относительно социальных ситуаций (социальные ситуации неминуемо ведут к неприятностям, отказам, унижению, потере статуса).

4. Симптомы тревоги (тревожное ожидание социальных ситуаций; концентрация внимания и фокусировка на социально угрожающих раздражителях; негативные мысли о самом себе, о своем поведении и оценке себя другими; повышенное физиологическое возбуждение; сильное беспокойство относительно очевидности тревожных симптомов).

5. Последствия тревоги (реальные или воображаемые нарушения поведения; восприятие собственного поведения и его оценка по критериям перфекционизма; оценка собственного поведения как неадекватного; фокусировка на воображаемых отрицательных последствиях неадекватного поведения) [56].

В качестве основной предпосылки социофобии некоторые авторы признают генетическую предрасположенность [56, 126]. Следующим важным фактором для возникновения этого расстройства является сенсбилизация посредством влияний окружающей среды (процессы научения). Так, например, поведение тревожных родителей может способствовать развитию социальной тревоги у детей,

если родители будут сообщать детям о своих страхах и отстранять их от участия в определенных социальных ситуациях.

По мнению современных исследователей, термин «социофобия» все-таки не совсем удачен. Дословно он переводится как «страх перед обществом», но в данном случае это не совсем так. Большой СФ боится не просто толпы или конкретных людей, он боится определенных социально значимых для него ситуаций. Такой человек страшится, что его неправильно поймут, осудят, начнут критиковать или обсуждать за спиной его личные качества [11, 56, 59, 174].

Это обуславливает, по меньшей мере, еще две серьезные проблемы, связанные с психосоциальной адаптацией. Во-первых, человек, страдающий СФ, имеет гораздо меньше шансов получить хорошее образование и работу, что, в свою очередь, ведет к усилению у него чувства вины, внутренней тревоги и страхов. Во-вторых, такой человек начинает использовать всевозможные «избегающие стратегии», среди которых одной из главных является, как видно в приведенном выше примере, прием алкоголя и других психоактивных веществ. Давая лишь кратковременную иллюзию свободы от болезни, это, разумеется, никак не способствует налаживанию общественных связей, которые у таких больных и без того оставляют желать лучшего.

Ранний возраст начала заболевания СФ является еще одним характерным его признаком. Почти 40 % случаев с СФ начинается до 10-летнего возраста, при этом 95 % – до 20 лет. Наиболее тяжело проявления СФ переживают школьники, поскольку школа – это первое реальное столкновение с моделью «общества чужих», адаптироваться к требованиям которого ресурсов хватает далеко не у каждого ребенка [73, 74, 109, 114].

Очевидно, что трудностей в процессе обучения у ребенка с СФ будет гораздо больше, чем у обычного школьника. 40 % страдающих СФ детей отказываются ходить в школу из-за чрезмерного чувства тревоги. При этом не менее 30 % страдают СФ. Естественно, что последствия во взрослой жизни еще более значительны, поскольку не сформированы механизмы социальных взаимодействий [126].

В современной клинической психологии социофобия рассматривается как расстройство, во многом сконструированное (порожденное) современной социально-психологической ситуацией в обществе, имеющее особенности возникновения и проявления, а также специфические коморбидные расстройства (например, алкоголизм, депрессия, некоторые виды расстройств личности и пр.), возникающие

на основе заболевания как попытка (психологическая защита) справиться с гнетущим страхом, паническими атаками и невозможностью эффективно функционировать в обществе.

Социальные фобии, с точки зрения бихевиорального подхода, можно представить как выученное поведение, когнитивный аспект понимания социофобии состоит в том, что за страхом скрываются автоматические мысли, вызывающие эту эмоцию и, как следствие, провоцирующие поведение избегания.

Социальные фобии, как и специфические, с точки зрения ряда авторов, формируются по механизмам прямого или заместительного классического обусловливания (в ситуации унижения или краха у всех на глазах).

Данные исследований показали, что «58 % людей с социальной фобией вспомнили переживания прямого травматического обуславливания, легшего в основу их социальной фобии (Ost & Hugdahl, 1981)»; однако результаты других исследований показали, что «эти данные справедливы в отношении 56 % лиц со специфической фобией и 44 % – с генерализованной социальной фобией (Townsend et al., 1995)». Авторы сообщили, что «другие 13 % их клиентов вспомнили о разного рода переживаниях заместительного обусловливания, лежавших в основе их социальной фобии». Лица с генерализованной социальной фобией, по данным альтернативных исследований, «чаще всего росли с родителями, которые были социально изолированы и обесценивали общительность, тем самым создавая широкие возможности для заместительного научения социальным страхам (Bruch, 1989; Rosenbaum et al., 1994)» [52, с. 296].

Ставшие столь распространенными в последнее время в индивидуалистических западных странах и странах с особым менталитетом социальные страхи и фобии предполагают боязнь представителей собственного вида в противоположность фобиям животных или насекомых. Эволюционная трактовка возникновения страхов одной из тем исследования определяет ксенофобию – боязнь незнакомых людей, которая берет свое начало в примитивных установках разделять всех людей на членов своей группы и на не принадлежащих к ней. Члены группы придерживаются одних убеждений и правил, воспринимаясь как «свой», остальные воспринимаются как потенциальные враги – «чужие». Социальные страхи и фобии по определению подразумевают боязнь представителей собственного вида, в отличие от страха животных, хищников [79].

Д. Эман предположил, что социальные страхи и фобии «развились по контрасту в качестве побочного продукта иерархий господства, которые являются обычными социальными структурами у животных наподобие приматов» [52, с. 297].

Побежденный член группы, в которой в ходе агрессивных стычек устанавливаются отношения господства – подчинения, демонстрирует страх и подчиненность, в редких случаях пытаясь полностью избежать таких ситуаций. Поэтому лица с СФ предпочитают терпеть социальную ситуацию чаще, чем пытаются ее полностью избежать. Не случайно СФ чаще всего дебютирует в подростковом и детском возрасте, который также отмечен наиболее яркими конфликтами по поводу господства.

Согласно концепции, подчеркивающей роль генетических и связанных с темпераментом факторов в формировании и поддержании социальных страхов, полномасштабная СФ развивается не у всех людей, испытывающих или наблюдающих социальное унижение. Близнецовое исследование Кендлер определило долю генетических факторов в формировании социальных страхов (около 30 %): «подобные результаты совпадают с данными двух семейных исследований, в которых было показано, что для ближайших прямых родственников лиц, страдающих СФ, вероятность приобретения такого диагноза (но не диагноза специфической фобии) была в 2–3 раза выше, чем для родственников нормальных индивидов из контрольной группы» [52, с. 298]. Лица, для темперамента которых характерна поведенческая заторможенность и легко развивающийся дистресс, входят в группу риска по развитию боязливости в детстве и социальной фобии в подростковом возрасте [52].

Теоретики когнитивного подхода склонны считать индивида субъектом, порождающим собственные когниции (нормальные или патологические). Однако представление об ответственности за них индивида применимо далеко не ко всем культурам. Ориентация на западный образец социокультурного дискурса ограничивает кросс-культурные исследования психопатологии.

Важной переменной темперамента видится поведенческая заторможенность: «Младенцы с легко развивающимся дистрессом под действием незнакомых стимулов входят в группу риска по развитию боязливости в детстве, а в подростковом возрасте – социальной фобии (Kagan, 1997)» [52, с. 298]. В другом исследовании было показано, что «дети 8–12 лет с глубокой поведенческой заторможенно-

стью, которая определялась как настороженность по отношению к незнакомцам, гораздо чаще вели менее позитивную и менее активную социальную жизнь в детстве, а взрослыми чаще испытывали эмоциональный дистресс (Gest, 1997)».

Существует множество когнитивно-поведенческих объяснительных моделей возникновения и развития социофобии и социальной тревожности. С позиции целей и вариантов лечения можно сказать, что существенную роль играют две широко применяемые в зарубежной психотерапевтической практике модели: модель самопредставления (J. Schlenker & A. Leary, 1982) и модель когнитивной уязвимости (Дж. Бек, А. Эмери, 1985) [11, с. 168].

Согласно первой модели, причиной СФ является то, что индивид желает (имеет целью) произвести на других особое впечатление, но он совершенно неуверен в своих способностях достичь этого. Концепция Дж. Бека и А. Эмери базируется на модели «когнитивных схем», под которыми понимаются фундаментальные когнитивные структуры, управляющие переработкой информации, полученной в процессе восприятия объектов и ситуаций. Похожие схемы объединяются в модулы переработки. Согласно этой теории, лица с тревожными расстройствами действуют в модуле уязвимости: они предполагают, что подвергаются неконтролируемой внешней и внутренней опасности. Это приводит к состоянию перманентного сомнения в своих возможностях. Внимание индивида центрируется на собственных слабостях и переживании прежних неудач.

Социально-тревожные индивиды все время производят ревизию обстоятельств жизни на предмет потенциальной угрозы и ищут возможности преодоления таких ситуаций. Неадекватные смысловые склейки, сформированные в сознании индивида, когнитивные искажения в виде нелогичных и негативных мыслей о социальных ситуациях не позволяют правильно оценить угрозу и собственную успешность.

Особый признак СФ и социальной тревожности заключается в том, что страх перед определенными событиями, например перед тем, что он может покраснеть во время беседы или не знать, что сказать, может вызывать страх в смысле самосбывающегося предсказания о том, что страх удерживает тревожных людей от общения и подкрепляет неадаптивные схемы уязвимости [81–83].

При анализе условий возникновения ученые пытаются идентифицировать те переменные, которые поведенчески и/или когнитивно

обуславливают и поддерживают расстройство. Анализ условий возникновения представляет собой важное связующее звено между знаниями о расстройстве, с одной стороны, и планированием и проведением интервенции – с другой.

Эволюционная психология в рамках концепции развития фобий (Д. Люмсен и М. Уилсон) во многом согласуется с выдвинутой М. Селигманом концепцией выученной беспомощности. Авторы пишут: «Готовность человека к научению наиболее отчетливо проявляется в случае фобий, т.е. страхов, характеризующихся набором черт. Прежде всего их отличает экстремальность реакции... Они обычно вспыхивают со всей силой даже после единичного негативного подкрепления и утасуют с большим трудом... Примечателен тот факт, что явления, вызывающие эти реакции (замкнутые пространства, высота, гроза, текущая вода, змеи и пауки), содержат одни из самых страшных опасностей, присутствующих в древней среде обитания человека...» [145, с. 403].

Некоторые авторы считают, что в основе формирования социального страха лежат «перцепции неконтролируемости». Возможно, эти же различия в переживаниях, делающие индивидов уязвимыми в плане развития специфических фобий, влияют и на их уязвимость перед развитием фобии социальной (Barlow, 1988; Mineka & Zinbarg, 1995) [52]. Участие в ситуации, в которой человек не в состоянии контролировать стрессовое событие, может провоцировать возникновение страха. Перцепции неконтролируемости приводят к подчиненному или неуверенному поведению, характерному для социально тревожных или фобических лиц. Такая ситуация особенно вероятна, когда «перцепции неконтролируемости вытекают из реального социального фиаско. В животном мире это ведет, как известно, как к более выраженному подчиненному поведению, так и к усиленному страху (Mineka & Zinbarg, 1995)» [52]. С этим согласуются и данные о том, что людям с социальной фобией свойственно «ослабленное ощущение личного контроля над событиями своей жизни; они особенно склонны считать, что контроль над событиями осуществляется прежде всего «могущественными другими» (Cloitre et al., 1992)» [52].

Куда более страшные опасности технологически развитых обществ оказывают меньшее воздействие. Разумно сделать заключение, что «фобии являются крайними случаями иррациональных реакций страха, толкающими людей на экстренные меры для обеспе-

чения выживания... Лучше отползти от утеса с головокружением от страха, чем пройти по его краю» [145, с. 403].

Фундаментальную роль в возникновении и поддержании социальной фобии играют когнитивные факторы. А. Бек предположил, что люди с социальными фобиями склонны ждать от других людей отвержения или негативной оценки, что ведет к ощущению своей уязвимости в обществе, несущем в себе потенциальную угрозу. Эти схемы опасности, свойственные индивидам с социальной фобией, делают последних особо настороженными в отношении сигналов, говорящих о негативном или критическом настрое окружающих. Такие люди «тратят массу времени на рассмотрение и оценку возможных негативных оценок, исходящих от других людей (Clark, 1997)» [52, с. 298].

В схемы людей с социальной фобией включены также ожидания от себя «нелепого и неприемлемого поведения, которое будет иметь катастрофические последствия в плане отвержения, утраты статуса и потери достоинства» [52, с. 299]. Подобные экспектации вынуждают людей с социальными фобиями быть поглощенными своими телесными реакциями, возникающими в социальных ситуациях, и преувеличивать легкость, с которой окружающие способны распознать их тревогу. Поглощенность собой в социальных ситуациях препятствует их способности к грамотному взаимодействию. Это приводит к порочному кругу, из-за чего их несколько неуклюжее поведение может действительно побудить окружающих реагировать на них в менее дружественной манере, тем самым подтверждая их ожидания. Эта последняя когнитивная модель социальной фобии, хотя и остается еще совершенно новой, получила впечатляющую эмпирическую поддержку во многих исследованиях [52].

Терапевт помогает клиентам с СФ идентифицировать их негативные автоматические мысли («Я не знаю ничего интересного, о чем можно было бы рассказать» или «Никому нет до меня дела»), которые часто имеют иррациональный характер и в целом подразумевают отдельные ожидания, касающиеся событий, которые произойдут с этими людьми в разнообразных социальных ситуациях. Первоначально А. Бек разработал эти техники с целью лечения депрессии, в наши дни их уже успешно применяют в лечении социальной фобии (Clark, 1997; Heimberg & Juster, 1995). В научной литературе до сих пор продолжаются споры о том, повышается ли эффективность терапии после прибавления когнитивно-терапевтического

компонента к уже устоявшимся методам поведенческого лечения этих расстройств (например, Clark, 1997; Feske & Chabless, 1995; Taylor, 1996) [52, 60].

3.2. Страх оценки как особый тип эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации в контексте теории психической ригидности Г.В. Залевского

СФ или социальная тревожность как страх оценивания в оцениваемом мире предполагают наличие устойчивого алгоритма эмоционально-когнитивного реагирования и соответствующее избегающее поведение, сформированное в результате жизненного опыта, закрепленное в «категориальных установках», индикаторами которых могут выступать вербальные конструкты, характеризующие образ фобического объекта или ситуации.

Необходимо отметить, что страх является причиной избегающего поведения; страх по отношению к какому-либо объекту (например, публике) или к каким-либо ситуациям (например, экзаменам или совершению покупок) ведет к мотивации избегания этих объектов или возникающих ситуаций. Однако избегающее поведение оказывает обратное подкрепляющее воздействие на соответствующее чувство страха; так как конфронтация с опасной ситуацией избегается, то вряд ли есть шанс устранить продуцирующие страх ожидания и значимость. Этот порочный круг (патологическая система) можно разорвать с помощью терапии, направленной на приобретение реалистичного опыта взаимоотношений с объектом, вызывающим страх, и на устранение негативных ожиданий и значимости.

Здесь возникает фундаментальная проблема критериев «реалистичного опыта», а также научно обоснованных доказательств локализации «негативного ядра» в опыте индивида. Необходимо, чтобы соответствующая психотерапевтическая интервенция осуществлялась не «на ощупь», а опираясь на научные факты.

В данном случае нужно ответить на следующие вопросы: «Почему этот страх возникает в отношении данной ситуации, являясь устойчивым и непреодолимым, блокирующим продуктивную деятельность и функционирование индивида? Почему образуется данный порочный круг?». Для ответа на них необходимо воссоздать семантическое пространство этих ситуаций, увидеть, какие потреб-

ности и мотивы скрыты за избегающим поведением; как сконструирована реальность социальных ситуаций, которые вызывают реакции страха.

Как и эмоциональные расстройства, расстройства мотивации и действий (обычно эти расстройства функционируют сложным комплексом) являются центральными для большинства клинических синдромов, вступая в сложное системное единство, отражая дифференциально-диагностические особенности патологии. Обобщая известные клинические случаи, можно сделать вывод, что при фобиях типичен следующий эмоциональный и мотивационный процесс.

1. Испытывается чувство страха перед определенным объектом (определенными ситуациями или событиями). Поэтому данный объект имеет эмоциональную негативную значимость. Это непосредственно приводит к мотивации избегания объекта или ситуации (это вторичная мотивация по отношению к первичной – стремление к реализации мотивационно-потребностной задачи – участия в ситуации).

2. Если объект точно локализован в пространстве (площади, некоторые виды животных, социальные ситуации и т.п.), то зачастую возникают (реалистичные) ожидания, что вызывающий тревогу объект можно избежать целиком и полностью, только если остаться дома или идти заранее определенной дорогой.

Таким образом, мотивация избегания вступает в конфликт с позитивной мотивацией других различных видов, которая может быть реализована только, например, вне дома. В результате появляются мотивационные конфликты (точнее, конфликты желаний совершить действие) между приближением и избеганием.

Подобные конфликты типичны также и для фобий, которые направлены на определенные категории событий (например, экзамены при экзаменационной фобии; встречи с другими людьми при социофобии или социальной тревожности). Зачастую таких событий в равной степени боятся и стремятся к ним из-за их желаемых результатов.

3. При сильно выраженной фобии избегание таких конфликтов преобладает. Как следствие, появляется приносящее вред самому индивиду поведение избегания, которое ставит под угрозу выполнение повседневных и профессиональных обязанностей, нарушает социальные отношения. Одновременным следствием является недостаток «реалистичного» опыта взаимодействия с соответствующими объектами, вызывающими страх. Это ведет к сохранению тревоги,

увеличению ригидности негативных эмоций и лежащих в ее основе негативных убеждений.

Однако, как уже отмечалось выше, зарубежные авторы рекомендуют дифференцировать генерализованную социофобию и избегающее личностное расстройство: «для индивидов с избегающим личностным расстройством характерен паттерн крайней социальной заторможенности и интроверсии, ведущий к пожизненным паттернам ограниченности социальных отношений и нежелания вступать в социальные интеракции» [52, с. 572].

Кроме того, такие личности гиперсенситивны к критике, испытывают чувства вины, боязни, в то же время им хочется любви, они страдают от одиночества и тоски. В ходе многочисленных исследований было выявлено значительное сходство между этими диагнозами. В результате сделан вывод: избегающее личностное расстройство является более тяжелой формой генерализованной социофобии [52, с. 574].

Это согласуется с данными о существовании социофобии без избегающего личностного расстройства и наличии очень немногих случаев избегающего личностного расстройства без генерализованной социофобии. Оба расстройства поддаются лечению одними и теми же психофармакологическими препаратами и сенситивны к одинаковым видам психотерапии, наиболее успешным из которых является когнитивно-бихевиоральный.

Как отмечают зарубежные аналитики этой проблемы: «Эти факты привели Уидигера (1992) к предположению, что эти два расстройства “могут быть промежуточным состоянием между тревожными и личностными расстройствами... подразумевающими одну и ту же психопатологию”» [52, с. 574]. Аналогичное мнение отражено в DSM-IV, где отмечается, что эти расстройства настолько близки, что «могут являть собой альтернативные представления об одних и тех же сходных состояниях» [52, с. 574].

Однако с нашей точки зрения, методологически и терапевтически наиболее адекватным будет представление о социальном страхе не как о личностной особенности или исключительно поведенческом типе избегающего реагирования, а как о сложном мотивационном конфликте, сопровождаемом особым, сформированным в опыте, эмоционально-когнитивным образом ситуаций оценивания. Ригидность и неизменность этого образа провоцирует невозможность удовлетворения значимых потребностей в ситуациях взаимодействия.

Ригидная фиксированная убежденность (установка) в неизбежном отрицательном исходе блокирует активность, изначально направленную на удовлетворение сцепленной с социальным контекстом потребности, следовательно, эмоция страха и неудовольствия впоследствии возникает вне посредства реального опыта столкновения с этой ситуацией [38, 39].

По мнению Г.В. Залевского, автора теории психической ригидности, личностная тревожность (измеряемая с помощью опросника Спилбергера – Ханина), невротоподобные эмоциональные расстройства и ригидность значительно связаны между собой (что подтверждают многократные корреляционные исследования). Это свидетельствует о том, что характер эмоционально-когнитивных оценок социальных ситуаций лицами с высокой социальной тревожностью и СФ обладает высокой степенью психической ригидности [34–39].

Наши исследования показали, что при социофобии наблюдается мотивационный конфликт, заключающийся в одновременной актуализации мотивов избегания и успеха. Под «мотивационно-потребностным стремлением индивида» мы понимаем первичное желание и стремление индивида участвовать в социальной ситуации с целью удовлетворения значимых потребностей (которые, как правило, не осознаются) [112–117]. Устойчивые схемы реагирования выражаются в единстве эмоционально-когнитивно-поведенческого уровней психической деятельности (алгоритмы эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации) [114].

Под «алгоритмом эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации» понимается последовательно проявляющийся (алгоритмизированный) комплекс, выражающий единство способа оценки ситуации (выраженный в мыслительном образе ситуации) и эмоционального отношения к ней (специфическая форма страха). Этот алгоритм реализуется в соответствующей «фиксированной форме поведения» [114, 115, 32–41].

Интерпретируя «феноменологию и природу психической ригидности», Г.В. Залевский отмечает, что «многочисленность дефиниций, выделение большого числа (свыше 50) «ригидностей» ставят под сомнение существование внутреннего единства понятия психической ригидности» [38, с. 48]. В нашем исследовании мы будем пользоваться определением понятия психической ригидности, предложенным Г.В. Залевским: «Под психической ригидностью я понимаю относительную неспособность личности в случае требований к

объективной ситуации изменить элемент или всю программу поведения» [38, с. 39].

В авторских исследованиях страха оценки в качестве психодиагностически значимого основания социофобии выделяется существование конфликта между мотивационно-потребностной задачей и эмоционально-когнитивным ригидным алгоритмом реагирования на социальные ситуации. Эмпирически подтвержденное в экспериментальной части работы данное дифференциально-диагностическое свойство социофобии содержательно является взаимосвязанным с индивидуально-типологическими особенностями (преобладающим типом и степенью психической ригидности, уровнем личностной тревожности, уровнем социальной тревожности, личностными особенностями). Эмпирическим индикатором данного конфликта стал разрыв между оценкой социальных ситуаций по рейтингам: «желание участвовать в ситуации» и «избегание ситуации вследствие страха».

Для человека сферой удовлетворения потребностей, в широком смысле, является именно социальная сфера (сфера коммуникаций на различных уровнях, предполагающих оценку эффективности, успешности субъекта в отношении способностей, внешности и др.). Чтобы реализовать значимое мотивационно-потребностное стремление, необходимо вступить в социальные отношения, столкнуться с рядом социальных ситуаций. Естественно, что человек, для которого такие социальные коммуникации наполнены страхом и непреодолимой психологической преградой, будет испытывать дискомфорт, постоянную неудовлетворенность, кроме того, не сможет адекватно адаптироваться в обществе.

Однако при СФ эмоционально-когнитивные алгоритмы реагирования на социальные ситуации становятся ригидными. Эмоции – это «пленники» негативных когнитивных установок, их следствие. Эмоционально-когнитивное реагирование возникает постепенно не как ситуативная реакция на негативные условия, а как автоматически запускаемая установка, вызванная соответствующим образом ситуации, прогнозированием последствий участия в ней (инвертируется «означающее и означаемое» (А.Ш. Тхостов), выученный способ реагирования определяет ситуацию, а не наоборот).

Страдающие социофобией обладают высокой психической ригидностью, отражающей эмоциональную реакцию человека на новое, «на ситуации, требующие каких-либо изменений...» [38, с. 443]. Вместе с тем при повышении социальной тревожности повышается

вероятность актуальной ригидности, а также склонность «к широкому спектру фиксированных форм поведения» как «неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания...» [38, с. 442]. Более того, можно сделать вывод, что сами социальные ситуации, связанные с оценением успешности, воспринимаются лицами с высокой социальной тревожностью и социофобией как стрессовые, вызывают тревогу и страх, что увеличивает интенсивность и специфицирует качественную сторону психической ригидности.

Определенные устойчивые эмоционально-когнитивные алгоритмы реагирования на социальные ситуации можно охарактеризовать в терминах теории установки. Понятие «установка» отражает те самые фрагменты, кристаллизующиеся в процессе опыта или посредством механизма мгновенного запечатления (импринтинг, имеющий место в определенные сенситивные периоды). Естественно, что данное цементирование определенной поведенческой схемы не всегда является оптимальным для адаптации индивида. Д.Н. Узнадзе, рассматривавший закрепление опыта через понятие «установка», изучал данный феномен в процессе экспериментальных исследований. В «установке» цементируется предшествующий повторяющийся опыт, фокусирующийся в понятиях. Автор этой концепции доказал, что любое действие в стабильных условиях суть установка (готовность в определенной ситуации действовать определенным образом). Восприятие основано на установочных схемах, закрепленных в процессе приобретения опыта, онтогенетического развития и используемых для ориентировки в мире [138, 139]. Как утверждает Г.В. Залевский, наряду с позитивными функциями «фиксированных форм поведения», существуют и отрицательные, такие как закрепление в опыте неадекватных и жестких схем поведения и реагирования на ситуации, приводящие к их избеганию [37–39].

Исследуя установку, Д.Н. Узнадзе провел опыты, на основе которых описал иллюзии объема, силы давления, слуха, освещения, количества. Установка – основа этих иллюзий, общее состояние, наблюдаемое вне зависимости от связи с какой-либо модальностью [138]. Автор пишет: «Итак, мы находим, что в результате предварительных опытов в испытуемом создается... специфическое состояние, которое не поддается характеристике как какое-нибудь из явлений сознания. Особенностью... является то обстоятельство, что оно предвещает появление определенных фактов сознания или предше-

ствует им... Это... установка субъекта как целого... на воздействие ситуации, в которой ему приходится ставить и разрешать задачи» [138, с. 164].

А.Г. Шмелев отмечает современную тенденцию, в рамках которой вместо термина «черта» в психологии более адекватным становится употребление термина «установка» или «отношение». Индивидуальные различия черт в этом смысле обнаруживаются в тех непривычных ситуациях, в которых индивиды проявляют «различия в способах приспособительного поведения, т.е. различия в установках» [156, с. 57]. Понимание причин поведения есть понимание того, какая именно установка и «какого иерархического уровня будет актуализирована в данной ситуации» [156, с. 62].

Очевидно, что человек «видит» мир опосредованно, установка – промежуточный этап, посредник между видением мира, действием в нем и самим миром. В связи с вышеобозначенным становится ясно, что в рамках клинического подхода (с учетом его условия эффективности) теория установки и метод семантического анализа продуктивны. Стиль деятельности, однажды сформированный в опыте и ставший установкой, может определять тревожно-фобические реакции по отношению к определенным ситуациям на протяжении значительного периода жизни.

Такая трактовка причин и предсказания поведения соответствует постнеклассическому уровню научного психологического знания. Сборочная когнитивная модель включает ряд алгоритмизированных в процессе опыта реакций, способов адаптации, картин мира. Понимание отсутствия объективного мира вне субъекта показало невозможность его исследования научными методами. Объективность состоит в том, как на данный момент реальность репрезентирована в тех или иных ментальных когнитивных образах.

В.Г. Норакидзе, ссылаясь на Д.Н. Узнадзе, подчеркивает необходимость создания методического инструмента исследования установки, поскольку действительно важно определить метод диагностики черт характера, наиболее общих в индивиде, выражающих модус отношения его к среде и форму поведения, показывающих личность в измерении индивидуальных особенностей [84, 86, 138, 139].

Средовые факторы не непосредственно действуют на поведение, они действуют на субъект, изменяют его соответственно всей ситуации, вызывают в нем установку определенного поведения. Субъект обращается к тому поведению, установка на которое выработалась у

него в результате воздействия ситуации. Автор считает, что формула поведения трехчленна: среда – установка – поведение. В советской и зарубежной психологии и физиологии для заполнения вакуума между стимулом и поведением были выставлены понятия «обратной афферентации» (Бернштейн), «акцептора действия» (Анохин), «системы обратных связей», «схемы» (Бартлетт), «плана» (Миллер, Галантер, Прибрам) и др. [139].

Опираясь на грузинскую школу «установки», а также положения когнитивно-бихевиорального направления, Г.В. Залевский разрабатывает теорию ригидности в норме и патологии, вводит фундаментальное для данного исследования понятие «фиксированные формы поведения».

Последнее операционализируется автором как «широкий спектр форм поведения человека или группы людей, которые биопсихосоциально, в плане культурных норм, принятых в данном обществе для лиц определенного возраста, пола и статуса, стали уже неадекватными, но повторяются и в ситуациях, объективно требующих их изменения; при этом уровень и степень осознания и принятия необходимости этого изменения могут быть разными» [34, с. 20].

Поведение человека, находящегося во власти страхов, представляет собой ряд «фиксированных форм поведения». Г.В. Залевский, ссылаясь на П.С. Граве, отмечает, что в некоторых случаях смысл ригидности как «экономического эффекта», снижающего общую энтропию поведения, исчезает. В процессе наблюдения за патологическими формами поведения формируется «...тенденция к использованию в нетривиальных ситуациях автоматизированных алгоритмов поведения при невозможности разработать принципиально новое решение, т.е. стандартизация поведения при игнорировании содержательно-смысловой сущности ситуации, уменьшении точности, надежности и адекватности реальности действия при иллюзии экономичности» [34, с. 20].

Еще раз подчеркнем, что феномен психической ригидности, а также сформированный набор установочных реакций на ситуации жизни, «принцип инерции», «доминанты» А.А. Ухтомского, «установки» Д.Н. Узнадзе могут иметь приспособительное позитивное содержание, способствовать успешной адаптации, но в своих крайних проявлениях создают основу для патологического отношения к социальным ситуациям. Г.В. Залевский говорит в данном случае о том, что любая алгоритмированная деятельность в корне вещей

имеет общеприспособительное значение, основанное на принципе экономии. Однако, как справедливо отмечает автор, верно «...и другое (В.М. Бехтерев, А.А. Ухтомский)... установка на экономию, на «покой» со стереотипизацией, стандартизацией поведения в изменяющихся непротиворечивых условиях делает его не только неэкономичным, но в конечном итоге и деструктивным» [34, с. 23].

Опираясь на филогенетические предпосылки психической ригидности, Г.В. Залевский выявляет такую закономерность: «...наблюдения за животными на всех филогенетических уровнях показывают, что почти все формы их поведения имеют приспособительное значение», «в то же время... действия животных небезошибочны...» [34, с. 24]. Однажды сформированный тип активности в изменяющейся среде оказывается дезадаптивным. Для разных ситуаций необходимо гибкое реагирование, формирование нового приспособительного поведения. На примере формирования разного вида фобий очевидно, что однажды зафиксированный тип реакции страха на ситуацию оказывается достаточно ригидным для того, чтобы не зависеть от изменений окружающей среды.

Г.В. Залевский выделяет ряд объяснительных схем природы фиксированных форм поведения (от линейных до системных), одной из которых является бихевиорально-когнитивная схема фиксированных форм поведения. Автор отмечает: «По мнению сторонников этого подхода, фиксированные формы поведения (философия должностования и иррациональные мысли, неадекватные когнитивные схемы и ошибочные суждения, неадекватные установки, плохие и вредные привычки, страхи и депрессии, выученная беспомощность и т.п.) есть результат «неправильного научения/воспитания», в том числе и социального, хотя конкретные механизмы такого научения могут быть самыми разными (Вольпе, Лазарус, Бандура, Эллис, Бек, Селигман и др.)» [35, с. 34–35].

Данная объяснительная схема, по мнению Г.В. Залевского, является одним из видов патогенетических схем. Он отмечает, что в рамках патогенетических схем существует и психодинамическая модель фиксированных форм поведения, «чаще всего в рамках этих схем фиксированные формы поведения выступают при неврозах как защитные механизмы... ригидный стиль жизни с ложной схемой» [35, с. 34].

Большинство психических расстройств (неврозы, психопатии, эндогенные и экзогенные психические расстройства), согласно автору теории психической ригидности, обнаруживают высокую степень

ригидности в тех или иных установках и проявлениях. Так, при невротическом расстройстве наблюдается «дисбаланс гибкости и ригидности в сторону гипертрофирования устойчивости, в основе чего прежде всего лежат стресс и страх...» [34, с. 32]. И далее: «Ригидность... входит в структуру личности всех без исключения типов психопатий как компонент «трудности социальной адаптации»» [34, с. 33]. Автор экспериментально доказал, что роль нарастающего в психике компонента ригидности при любой психической патологии приводит к дезадаптации и является существенным критерием психического здоровья – нездоровья человека [34]. Для исследования феномена СФ данный подход дает методологически четкое объяснение возникновения социальной дезадаптации, появления устойчивого страха и избегания ряда жизненных ситуаций. Найденное автором методологическое решение в объяснении возникновения и протекания психических расстройств, связанных с фобиями, является одним из фундаментальных положений, на которых базируется наш взгляд на данные расстройства и выстраивается исследовательская парадигма [34, 38].

В случае исследования СФ как мотивационного расстройства предполагается формирование устойчивого алгоритма восприятия и реагирования в отношении ряда социальных ситуаций (фиксированная форма поведения), детерминируемого значимыми для индивида потребностями, преобладающей мотивацией избегания и соответствующим негативным эмоциональным сопровождением.

Эмоционально-мотивационный конфликт, базирующийся на неспособности реализовать значимое потребностное стремление индивида, иллюстрирующий сердцевину социальной тревожности, состоит в противоречивом соприкосновении важных потребностей и невозможности их достижений в силу субъективно непреодолимых преград, воспринимаемых эмоционально крайне негативными и неконтролируемыми эмоциями, такими как страх, тревога, безысходность, и соответствующим мощным шлейфом сомато-вегетативных проявлений, характеризующих эти эмоции (ком в горле, трудно дышать, потеют ладони, холодеют руки, онемение конечностей, дрожание рук, головокружение, сильное сердцебиение, сухость во рту и др.).

В исследованиях по субъективной семантике Ч. Осгуда, Е.Ю. Артемьевой, В.Ф. Петренко, А.Г. Шмелева, Дж. Келли, Л. Голдберга в разных аспектах анализируется процесс семантической категоризации, начинающийся на перцептивном уровне и завершающийся

ся формированием устойчивых когнитивных структур, являющийся основой ориентации индивида в мире, а также и дезадаптации в случае сформированных смысловых дефектов.

В современных когнитивных исследованиях инициация и развертывание поведения связываются с актуализацией определенных категорий (установок) – именно таким образом трактуется инициация поведения. Согласно ряду исследований в семантическом дифференциале (СД) Ч. Осгуда структура факторного пространства выражает процессы взаимодействия с миром, выделение устойчивых компонентов, связанных с непосредственным опытом ощущений. Категоризация различных классов ощущений выражается в различных факторах семантического дифференциала.

Психологическим эмпирическим индикатором СФ является характерное эмоциональное насыщение социальных ситуаций, дифференцированный страх по отношению к ним, мотивация избегания и соответствующее поведение, а также дезадаптивные когнитивные установки (убежденность в негативном исходе ситуации) – базис, на котором формируется общий образ ситуаций. Определенную специфику вышеперечисленных феноменов обуславливают, с одной стороны, индивидуальный опыт и ситуативные детерминанты, с другой – диспозиционные характеристики.

В целом необходимость реконструкции жизненного мира страдающих СФ для понимания смысла, стоящего за фобической реакцией и типичным поведением индивида, формирует задачу на вычленение определенных маркеров, проявляющих специфику страха, смысл и порождающие его установки, а также сопутствующее эмоционально-мотивационное состояние. В психосемантическом исследовании такая задача решается посредством воссоздания семантического пространства социальных ситуаций с одновременным срезом в отношении наиболее характерных страхов и эмоциональных реакций [5, 6, 48, 49, 88, 89, 156].

Потребностно-мотивационные стремления индивида могут входить в противоречие с эмоционально-когнитивными алгоритмами реагирования на ситуации. В таком случае значимость ситуации и желание (осознанное или нет) участвовать в ней сочетается с субъективной убежденностью в негативном исходе, собственной ничтожности и неспособности быть успешным (оценка ситуации), а также чувством непреодолимого (или с трудом преодолимого) страха, тревоги.

«в 1990 г. она занимала четвертое место (Keller & Boland, 1998). Как явствует из этих сообщений, депрессия широко распространена, нарушает нормальное функционирование людей и сопровождается значительными материальными затратами» [58, с. 392].

Безусловно, существует множество мнений о предпосылках депрессии, но при этом данные практически любых исследований, посвященных возникновению эпизодов депрессии, позволяют утверждать, что многие из них вызваны жизненными событиями или существующими проблемами; причем роль событий считается наиболее важной. Исследования показали, что около 66–90 % эпизодов депрессии последовали после тяжелых жизненных событий, произошедших за полгода или менее до этого эпизода, большинство из них связаны с утратой.

Одним из важнейших достижений в области терапии депрессии стало появление когнитивной психотерапии. Работа, проделанная за последние 30 лет А. Беком и его коллегами (Эмери, Раш, Шо, Бек), привела к созданию особого направления в психотерапии. Отчасти благодаря разработанному авторами подходу к проверке гипотез и ведению клинических протоколов когнитивная психотерапия привлекла внимание специалистов. Из всех когнитивно-поведенческих терапевтических подходов к депрессии широкое признание получила именно стратегия Бека: исследована ее эффективность и сферы клинического применения.

Наряду со столь широким признанием все чаще стал возникать вопрос, что в действительности следует понимать под термином «когнитивная психотерапия». Реально существующие когнитивные терапевтические стратегии, которые входят в «когнитивные» вмешательства, заметно отличаются друг от друга и от рекомендаций А. Бека. Термин «когнитивная психотерапия» не обязательно обозначает единообразие процедур. Дополнительную путаницу вносит параллельное употребление терминов «когнитивная психотерапия» и «когнитивно-поведенческая психотерапия».

Психотерапия, которая была описана А. Беком, подразумевает использование как когнитивных, так и поведенческих техник, а значит, более точным является термин «когнитивно-поведенческая терапия»; вместе с тем в литературе оба термина употребляются применительно к процедурам, которые предложил А. Бек (1979), причем в последних публикациях используется термин «когнитивная психотерапия».

Изучение эффективности разных подходов к терапии депрессии показало, что когнитивная психотерапия не менее действенна, чем трициклические антидепрессанты (ТЦА) при проведении вмешательства у амбулаторных пациентов с униполярной депрессией на этапе завершения. В одной группе исследований были получены следующие средние показатели терапевтических изменений, касающихся уровня депрессии у амбулаторных пациентов непосредственно после вмешательства: 66 % для прошедших только когнитивную психотерапию, 63 % для получавших только ТЦА и 72 % для пациентов с комбинированным подходом. Несмотря на значительную вариабельность положительной динамики от исследования к исследованию, улучшение состояния пациентов на завершающем этапе редко не дотягивает до 50 %, причем различия между тремя терапевтическими подходами к вмешательству обычно незначимы [54, 124].

В ряде исследований было обнаружено, что когнитивная психотерапия превосходит по эффективности фармакотерапию при депрессии на этапе завершения, хотя эти выводы не всегда подтверждаются [58, с. 394]. Существуют разногласия и по поводу необходимости когнитивных компонентов вмешательства при терапии депрессии, причем некоторые клиницисты пытаются доказать, что когнитивная психотерапия играет главенствующую роль в достижении положительных терапевтических изменений.

Результаты метаанализа клинических исследований за период 1977–1996 гг. показывают, что когнитивная психотерапия превосходит по эффективности антидепрессанты и целый ряд видов психотерапий, равной ей можно считать только поведенческую психотерапию. Исследователи делают следующий вывод: «Несмотря на возможную общность терапевтического процесса с поведенческой психотерапией, когнитивная психотерапия доказала свою эффективность у пациентов с легкой и умеренной депрессией, а ее действенность оказалась выше, чем у антидепрессантов» [58, с. 394]. КБТ является эффективным, быстродействующим подходом, позволяющим получить стойкие результаты у пациентов с тяжелой депрессией или дистимическим расстройством и являет собой хорошую альтернативу стандартной лекарственной терапии. Сама по себе фармакотерапия сопряжена с более значительным отсевом пациентов и клинически менее значимыми результатами, чем изолированная КБТ или комбинированное вмешательство» [58, с. 394].

Хотя абсолютное большинство пациентов восстанавливаются после эпизода депрессии, они сохраняют уязвимость к депрессии в будущем. Возникновение рецидивов – важнейшая проблема для многих индивидов, страдающих депрессией: как минимум у 50 % лиц, переживших один депрессивный эпизод, в течение ближайших 10 лет разовьется второй эпизод. Те же, кто пережил два эпизода, с вероятностью 90 % переживут и третий; при наличии в анамнезе трех и более эпизодов риск развития очередного эпизода депрессии в течение ближайших 15 недель составляет 40 %.

Другие исследователи пришли к выводу, что у 85 % пациентов с униполярной депрессией рано или поздно возникнут рецидивы. При проведении когнитивной психотерапии по поводу депрессии наиболее впечатляет тот факт, что пациенты, прошедшие когнитивную психотерапию, одну или в сочетании с фармакотерапией, гораздо меньше склонны к появлению рецидивов по сравнению с теми, кто получал только фармакотерапию (при условии, что оба вмешательства прекращены на этапе ремиссии). Несмотря на разные характеристики выборок, как отмечает Д. Барлоу, и использованных в исследованиях методологических подходов, когнитивная психотерапия обладает явно выраженными профилактическими свойствами. После годичного наблюдения частота рецидивов у пациентов, которым проводилась когнитивная психотерапия, была гораздо ниже по сравнению с пациентами, получавшими антидепрессанты: «12 % против 66 % (Simons, Murphy, Levine, & Wetzel, 1986); 20 % против 80 % (Bowers, 1990) и 9 % против 28 % (Shea et al., 1992)» [58, с. 395]. По результатам метаанализа сделан следующий вывод: «В среднем только у 29,5 % пациентов, которым проводилась когнитивная психотерапия, возникли рецидивы против 60 % у тех, кто получал антидепрессанты (Gloaguen et al., 1998, p. 68)». Профилактическое действие когнитивной психотерапии на самом деле еще сильнее, поскольку «нет доказательств того, что фармакотерапия хоть как-то защищает от повторного возникновения симптоматики после завершения вмешательства [58, с. 395].

С этим связана и другая проблема, весьма актуальная для большинства психотропных препаратов, – наличие остаточной симптоматики после завершения вмешательства: «...после вмешательства при депрессии с использованием фармакологических препаратов у большинства пациентов сохраняется выраженная остаточная симптоматика» (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti, & Belluardo, 1998, p. 820).

Несмотря на связанное с приемом антидепрессантов улучшение, у пациентов сохраняются некоторые симптомы депрессии; как доказали многочисленные исследования, неполное выздоровление с сохранением симптомов расстройства повышает риск рецидивов.

Среди субъектов, которые успешно лечились флуоксетином 20 мг в течение 8 недель, более чем у 80 % сохранялась остаточная симптоматика (1–2 симптома тяжелого депрессивного расстройства по DSM-IV-R), свыше 30 % имели 3 и более симптома, а 10,2 % соответствовали формальным критериям слабо выраженной или доклинической депрессии, т.е. минимальная депрессивная симптоматика предвещает и повышает риск развития развернутого эпизода тяжелой депрессии [58].

Когнитивная психотерапия (КПТ) эффективно способствовала снижению остаточной симптоматики и профилактике рецидивов после завершения лекарственной терапии: «Краткосрочная КПТ после успешной фармакотерапии антидепрессантами позволяла предупредить рецидивы после прекращения лекарственной терапии. У пациентов, которым проводилась КБТ, частота рецидивов была существенно ниже (25 %) на протяжении двух лет проспективного наблюдения по сравнению с теми, кто просто находился под клиническим наблюдением (80 %)» [58, с. 396].

Защитное действие когнитивной психотерапии проявлялось даже при четырехлетнем проспективном наблюдении, хотя спустя шесть лет оно уже не наблюдалось. В другом исследовании было обнаружено, что только 5 % пациентов, которых «реабилитировали с помощью КБТ, обратились за дополнительным вмешательством, по сравнению с 39 % из группы, получавшей антидепрессанты...» [58, с. 396].

Какую частоту и продолжительность сессий когнитивной психотерапии следует считать оптимальной для получения максимального эффекта как на этапе завершения, так и в отдаленные сроки при проспективном наблюдении? А. Бек считает, что общие рекомендации сводятся к 15–25 (по 50 минут) сессиям с недельным интервалом, причем клиенты с выраженной депрессией обычно нуждаются во встречах дважды в неделю на протяжении первых 4–5 недель вмешательства. Чтобы избежать эффекта резкой отмены, рекомендуется постепенное уменьшение интенсивности: последние несколько сессий проводятся с интервалом в две недели. После завершения основного вмешательства отдельным клиентам требуется несколько поддерживающих сессий (обычно 4–5) [58, с. 398].

Некоторые авторы отмечают, что для стойкой ремиссии требуется более продолжительное вмешательство (Elián et al., 1996; Thase, 1992). В последнее время у психиатров наметилась тенденция профилактики высокой частоты рецидивов, связанных с приемом антидепрессантов, это так называемая «продолженная фармакотерапия» — длительное (часто пожизненное) поддерживающее вмешательство (Evans et al., 1992; Fava, Rafanelli, Grandi, Conti, & Belluardo, 1998; Thase, 1999) [58, с. 398]. Как правило, речь идет о тех же самых дозах, которые использовались на этапе интенсивного вмешательства. В свете превосходства когнитивной психотерапии над фармакотерапией в плане профилактики рецидивов нет необходимости в поддерживающей когнитивной психотерапии, во всяком случае, по имеющимся на сегодняшний день сведениям.

Методики вмешательства при тяжелой депрессии, подобные предложенному Американской психиатрической ассоциацией, часто рекомендуют антидепрессанты в качестве первоочередного и единственного способа вмешательства. Вместе с тем исследователи, сопоставившие эффективность когнитивной и медикаментозной терапии при тяжелой депрессии (посредством «метаанализа» результатов рандомизированных сравнительных исследований), обнаружили следующее. Когнитивная поведенческая психотерапия оказалась не менее эффективной, чем антидепрессанты, у амбулаторных пациентов с тяжелой депрессией в четырех крупных исследованиях [58, с. 399].

Согласно когнитивной модели, убеждения, поведение и биохимические процессы в равной мере важны при депрессивных расстройствах. Эти составляющие отражают разный уровень анализа, ни одна из них не является приоритетной. Каждый подход к вмешательству имеет собственную точку приложения. По данным научных исследований, «в возникновении депрессивной симптоматики важную роль играет способ переработки информации (Ingram & Holle, 1992)» [58, с. 399]. Согласно этой теории, в основе депрессии лежит преобладание негативных убеждений, что отражается в «когнитивной триаде депрессии»: страдающие депрессией пациенты, как правило, низкого мнения о себе, своем окружении и своем будущем. Они считают себя никчемными, неадекватными, нелюбимыми и ущербными. Пациенты с депрессией считают внешние факторы решающими, а окружающую действительность полной непреодолимых преград, которые неизбежно ведут к неудачам и утратам. Более того, они не питают надежд на будущее; они полагают, что их соб-

ственных усилий будет недостаточно, чтобы изменить неудовлетворительное течение своей жизни. Представления о безнадежности своего будущего часто служат причиной появления суицидальных мыслей и попыток самоубийства [58, с. 400].

Страдающие депрессией пациенты систематически искажают восприятие событий, находя в них подтверждение своим автоматическим мыслям о никчемности, негативных взглядах на окружающую действительность и свое будущее. Эти искажения отражают уход от процессов мышления, присущих обычным людям. Например, страдающая депрессией женщина, муж которой однажды поздно вернулся домой, может сделать вывод о том, что муж ей изменяет, хотя реальных доказательств в пользу такого предположения нет. Эта «случайность умозаключений» заключается в том, что пациентка пришла к выводу, который в действительности не подкреплён фактами. Другие возможные искажения «включают мышление по типу «все или ничего», чрезмерную генерализацию, избирательную абстракцию и преувеличение (Beck et al., 1979)» [58, с. 400].

Одним из ключевых факторов формирования негативных состояний для многих пациентов с депрессией является наличие ранних схем (Дж. Янг). А. Бек подчеркивал важность схем при депрессии и дал следующее определение схемы. «Схема — это (когнитивная) структура для отбора, кодирования и оценки стимулов, которые воздействуют на организм». Основываясь на них, «индивид способен ориентироваться во времени и пространстве, а также осмысленно классифицировать и интерпретировать свои переживания» [58, с. 400].

В области психопатологии термин «схема» применяется к структурам с высокоперсонифицированным уникальным содержанием, которые активизируются при таких расстройствах, как депрессия, тревога, навязчивые состояния, становясь основными. При клинической депрессии, например, доминируют негативные схемы, что приводит к склонности к негативизму при интерпретации переживаний, воспоминаний, а также отдаленных и ближайших прогнозах, при этом позитивные схемы становятся менее доступными. Страдающему депрессией проще увидеть и вспомнить негативное в событии, чем позитивное [58].

В последнее время исследователи пришли к выводу, что «фокусирование на основных схемах является залогом эффективной краткосрочной психотерапии» (Freeman & Davison, 1997, p. 8) [58, с. 400].

3.4. Когнитивная терапия тревожно-депрессивных расстройств и модель депрессии А. Бека

Когнитивная терапия тревожно-депрессивных расстройств и модель депрессии А. Бека заслуживают отдельного рассмотрения. А. Беку принадлежит настоящий прорыв в психотерапии этой группы расстройств.

А. Бек, один из основателей когнитивной терапии, является крупным специалистом, особенно в лечении депрессий и личностных расстройств. Степень доктора медицинских наук он получил в 1946 г. в Йельском университете и сейчас является профессором психиатрии, а также профессором педагогической аспирантуры в Университете штата Пенсильвания. А. Бек – автор многочисленных книг о применении когнитивной терапии в целях предотвращения суицидов и при эмоциональных нарушениях: депрессии, тревожности, фобиях. Этот яркий представитель КБТ получил награды Американской психиатрической ассоциации, Американской психопатологической ассоциации и Американской ассоциации суицидологи [160, 168, 169].

По его мнению, когнитивная терапия, отличительными особенностями которой являются активность, структурированность и краткость, эффективно используется при лечении депрессии, тревожности, фобий, психосоматических нарушений, расстройств питания и хронических болей, а также расстройств личности. Сочетание вербальных методов и техник бихевиоральной модификации применяется в рамках когнитивной модели психопатологии.

Техники КБТ построены таким образом, чтобы помочь пациенту обнаружить и скорректировать искажающие реальность представления и дисфункциональные убеждения, лежащие в основе когниций. Мышление и поведение пациентов при решении психологических и ситуативных проблем постепенно становится более реалистичным и адаптивным, в результате чего наступает улучшение в их состоянии.

Психопатологическая модель когнитивной терапии базируется на ряде тезисов, основным из которых является то, что интенсивные дисфункциональные реакции – это нормальные адаптивные реакции, проявляющиеся в преувеличенном виде. Четыре основные эмоции актуализируются в контексте разных типов концептуализации событий: «Печаль провоцируется ощущениями потери, поражения или лишения чего-то. Часто потеря принимает форму разочарования в

результате несбывшихся ожиданий. Реакция на потерю выражается в том, что человек перестает испытывать эмоции относительно источника разочарования и прекращает движение к цели». Тревога и гнев возникают, когда «человек чувствует угрозу для себя». Охваченный этими эмоциями, он стремится отдалиться от того, что его пугает. Чувствуя гнев, он «обращает внимание скорее на объект, от которого исходит угроза, чем на собственную уязвимость». Злой, гневающийся человек может атаковать то, что ему угрожает [160, с. 305–306].

Психопатологические синдромы представляют собой нормальные эмоциональные реакции, однако они являются в чрезмерном виде в плане интенсивности и продолжительности. При депрессии чувства поражения и депривации, печали и разочарования в возможности достижения поставленных целей становятся всепоглощающими, тотальными, при мании, напротив, чрезвычайно усиливается стремление к цели. У людей, страдающих повышенной тревожностью, возрастает чувство собственной уязвимости, из которого вытекает стремление защищаться и избегать того, что пугает. При паранойе человек бывает одержим ощущением, что с ним несправедливо и жестоко обращаются и, как следствие, у него возникает желание контратаковать обидчиков, разоблачить, заставить платить по счетам, раскрыть план злодеев и преследователей.

В анализе когнитивных механизмов не затрагивается вопрос причинно-следственной связи; когнитивные структуры и процессы не содержат в себе ни непосредственных, ни основных причин патологии. По мнению А. Бека, источник психопатологических синдромов лучше всего искать во взаимодействии врожденных, биологических и филогенетических факторов. С точки зрения КБЮТ принципов считается, что посредниками при возникновении всех эмоциональных реакций служат первичные когнитивные процессы. Первое формируемое человеком представление о ситуации является общим и приблизительным. «Нормальному» индивиду свойствен более высокий уровень когнитивной обработки информации, позволяющий проверить и исправить исходно сформировавшуюся установку события. Однако при наличии патологии корректирующая функция когнитивной обработки информации нарушается, в связи с чем для человека перестают существовать нормальный «пол» под печалью и «потолок» над радостью, гневом и тревожностью. Если вторичные процессы разлажены, первичные реакции превращаются в психопатологические синдромы.

По мнению А. Бека, в основе когнитивной модели лежат восемь конкретных принципов. Первый означает, что поведение и чувства человека определяются тем, как он структурирует информацию [160]. Например, когда человек считает ситуацию опасной, он чувствует тревогу и принимает меры для того, чтобы защитить себя или же сбежать. Когнитивная структура запускает определенные эмоции, мобилизующие, заставляющие проявлять активность либо демобилизующие. Это эмоции тревоги, гнева, печали или любви – их поведенческими коррелятами являются бегство или нападение, отстранение или приближение.

Второй принцип гласит, что «интерпретация – это активный непрерывный процесс, включающий в себя оценку ситуации, возможного поведения в ней, потенциальной выгоды, риска и пригодности разных стратегий поведения» [160, с. 307]. Если человек решает, что в определенной ситуации затрагиваются его жизненные интересы, он склонен принимать эгоцентрические, общие решения, соответствующие степени серьезности ситуации.

Третий принцип когнитивной модели означает, что любой индивид обладает «идиосинкретической сенситивностью и уязвимостью, которые приводят к психологическому дискомфорту» [160, с. 307]. События, представляющие собой источник стресса для одного человека, безразличны для другого, при этом разные факторы играют роль стрессогенных для разных типов людей.

Четвертый принцип: «различия в индивидуальной сенситивности связаны с различиями в личностной организации». «Автономная и социотропная личности реагируют на стрессогенные факторы», относящиеся к разным категориям по смыслу и характеру. В связи с этим вероятность актуализации психологических нарушений зависит от степени уязвимости человека, связанной с его личностной структурой [160, с. 307].

Пятый принцип гласит о том, что «стресс оказывает неблагоприятное воздействие на нормальную деятельность когнитивной организации» [160, с. 307]. Когда человек решает, что его жизненные интересы под угрозой, запускается примитивная и в высшей степени эгоцентрическая когнитивная система. Так, люди склонны впадать в крайности и принимать односторонние максималистские решения глобального характера. Кроме того, резко падает способность игнорировать недружелюбные, агрессивные идиосинкретические мысли, поскольку исчезает и волевой контроль над мыслительными процес-

сами. Потеря волевого контроля исключительно негативно отражается на способности к суждению, запоминанию и концентрации.

Шестой принцип когнитивной модели гласит, что психологические синдромы, такие как депрессия и тревожность, состоят из гиперактивных схем с идиосинкретическим содержанием, характеризующим конкретный синдром. Каждым синдромом управляет особая когнитивная констелляция, в результате чего возникают характерные для него эмоции и тенденции поведения.

Седьмой принцип означает, что «стрессы, возникающие при общении, приводят к образованию у общающихся замкнутого круга дезадаптивных когниций» [160, с. 308]. Такие механизмы, как «обрамление», «поляризация» и «эгоцентрическая когнитивная направленность», вызывают повышенную активацию механизмов, связанных с психологическими синдромами [160, 168].

И восьмой принцип – это «соматическая реакция», которая «не меняется в зависимости от того, является ли угроза физической или символической» [160, с. 308]. При «мобилизации организма на борьбу, побег или оцепенение задействуются одни и те же когнитивномоторные механизмы, независимо от того, выражается ли брошенный вызов или угроза в «физическом нападении» или в «общественном порицании»» [160, с. 308].

Данные принципы, изложенные А. Беком, отражают в общем виде основные теоретико-методологические посылки, определяющие взгляд психотерапевта на психическое расстройство и способ психотерапевтической интервенции.

А. Беку принадлежат исключительные по своей практической значимости исследования и психотерапевтические находки в отношении лечения депрессий, тревожно-депрессивных расстройств. Им разработана известная во всем мире когнитивная модель депрессии, представляющая собой триаду: «При депрессии активизируются три основных когнитивных образца (паттерна). В результате работы этой когнитивной триады пациент видит себя, все происходящее с собой и свое будущее в негативном свете» [160, с. 308].

Первый компонент триады характеризует негативное мнение человека о себе, отрицательное отношение к себе. Он считает себя «дефективным, неполноценным, обездоленным и приписывает все неприятности собственным умственным, физическим и моральным дефектам» [160, с. 308]. Постепенно он начинает испытывать неприязнь к самому себе, в голову приходят мысли, что он ни на что не

годен и никому не нужен. По его мнению, ему не хватает качеств, чтобы быть счастливым. Для большинства больных депрессией первый компонент наиболее характерен.

Второй компонент триады связан с характерной тенденцией пациента видеть происходящее с ним в негативном свете: «Он считает, что жизнь предъявляет к нему непомерно высокие требования, что на пути к его целям стоят непреодолимые препятствия и что в мире слишком мало удовольствий и радости. Всему происходящему пациент дает негативную интерпретацию, а взаимодействие с другими людьми рассматривает как источник неприятностей. Часто кажется, что депрессивный больной сначала делает негативные выводы, а уже потом «подгоняет» под них факты» [160, с. 309].

Третий компонент когнитивной триады заключается в негативном представлении о будущем, мрачной перспективе, а точнее, ее отсутствии. Этот симптом характерен практически для всех пациентов с депрессией. Трудности и страдания, по мнению депрессивного больного, будут сопровождать его бесконечно. Образ жизни формируется как состоящий из непрерывных бед, лишений и разочарований. Думая о предстоящем деле, он уверен в неминуемом провале, крахе, неудаче [160, с. 309].

Мотивационные и поведенческие симптомы депрессии, по мнению когнитивных психотерапевтов, не что иное, как следствие негативных когнитивных образцов. Повышенная зависимость появляется в результате того, что пациент считает себя несостоятельным и никому не нужным. Он переоценивает сложность обычных дел и думает, что у него ничего не получится, а значит, не стоит и пытаться что-то предпринимать самостоятельно. Он ищет помощи у тех, кого считает более знающими. Нерешительность при депрессии связана в первую очередь с тем, что депрессивный больной убежден в своей неспособности принять правильное решение [160].

Парализация воли является результатом пессимизма и отсутствия надежды на лучшее. Человек отказывается от попыток достижения цели и становится менее активным, поскольку постоянно ожидает неудачи. Он избегает непривычных ситуаций, поскольку убежден, что не сможет с ними справиться и добиться желаемого. Так возрастает стремление уйти от проблем, кажущихся неразрешимыми, оно достигает апогея в желании покончить с собой. В какой-то момент человек начинает думать, что он «обременяет окружающих своим существованием», приходят мысли, что «всем было бы лучше, если бы он умер» [160, с. 309].

Характерные физические симптомы депрессии, безусловно, связаны с когнитивными образцами: «Апатия, пониженная энергичность, быстрая утомляемость и инертность могут быть результатом негативных ожиданий» [160, с. 310]. В том случае, если психотерапевт поощряет пациента к действию, последний может стать активнее, при этом его утомляемость снизится.

В когнитивной модели депрессии понятие схемы используется с тем, чтобы объяснить, почему «некоторые люди склонны впадать в депрессию». На этот вопрос А. Бек отвечает так: «Определенный стиль мышления, создающий предрасположенность к депрессии, вырабатывается в начале жизни. На его формирование оказывают воздействие личный опыт, идентификация со значимыми другими и восприятие отношения окружающих. Одна концепция может в дальнейшем оказать влияние на формирование других. Если с течением времени концепция остается неизменной, она превращается в постоянную когнитивную структуру, или схему» [160, с. 310].

Когнитивная схема, находящаяся в латентном состоянии, запускается в конкретных обстоятельствах, являющихся поводом, но не причиной. Эти обстоятельства могут быть сходны с теми, при которых негативная схема сформировалась. Например, «если человек в детстве потерял одного из родителей, весьма вероятно, что, потерпев неудачу в близких отношениях во взрослом возрасте, он активизирует схему невосполнимой утраты, сложившуюся при потере матери или отца» [160, с. 310].

Существует стандартный пример набора событий, которые могут предшествовать возникновению депрессии: «получение на экзамене оценки ниже ожидаемой; понижение в должности; заболевание; столкновение с большими трудностями и разочарованиями при достижении целей». Возникновение депрессии не обязательно непосредственно связано с какой-то конкретной ситуацией, «иногда депрессия становится реакцией на совокупность неспецифических травмирующих событий» [160, с. 310].

Эти типичные варианты событий неприятны всем, но «большинство людей, пережив травму в одной из сфер жизни, не теряют интереса к остальным». Но если в силу предрасположенности у человека повышена чувствительность к таким ситуациям, «возникновение одной из них может сделать его взгляд на жизнь в целом негативным и способствовать развитию всеобъемлющей депрессии» [160, с. 310–311].

Постепенно человек утрачивает способность критично оценивать свои негативные мысли, поскольку «активизированные схемы влияют на работу когнитивных структур, принимающих участие в процессах суждения и оценки реалистичности мышления» [160, с. 311].

Задействованные «гипервалентные схемы» приводят к запуску локомотива систематических ошибок, которые искажают восприятие (они могут выражаться в произвольной интерпретации, выборочном абстрагировании и других ошибках мышления).

Модель обратной связи помогает объяснить явления, имеющие место при депрессии. Неприятные события провоцируют когниции, связанные с поражением, лишениями, негативными ожиданиями и чувством вины. Они актуализируют апатию, печаль, одиночество, снижают активность. Отрицательные эмоции и инертность интерпретируются больным как знак потерь и неудач, что, в свою очередь, усиливает негативные чувства. Эта модель как нельзя лучше показывает, что человек попадает в замкнутый круг самоподкрепления своих иррациональных убеждений, вырваться из которого конструктивно весьма затруднительно.

В этой модели также, по нашему мнению, видно, как действующий механизм постепенно разрушает человека, укрепляя его когнитивные искажения, здесь действует двойной – когнитивно-бихевиоральный – компонент формирования устойчивого иррационального когнитивного стиля, столь губительного, что он может привести к самоубийству человека.

Основополагающие механизмы тревожности можно рассматривать, по мысли А. Бека, как производные определенных стратегий эволюции. Ряд этих стратегий «имели адаптивный характер на ранних ступенях развития нашего вида, но к сегодняшним условиям они не подходят». Их можно проанализировать, «разложив на когнитивные, эмоциональные, физиологические и бихевиоральные компоненты» [160, с. 311].

Когнитивная оценка субъективного переживания опасности активизирует «(а) эмоциональный компонент (страх); (б) моторный компонент (борьба, побег, оцепенение или обморок); и (в) физиологический компонент (автономная нервная система), усиливающий действие моторного». Симптомы тревожности можно трактовать как субъективные события, «происходящие в задействованных системах: нервозность (эмоциональная), мышечное напряжение (моторная), желание сбежать (мотивационная), торможение речи и движе-

ний (поведенческая), многочисленные страхи, ослабление памяти и выборочная концентрация внимания (когнитивная)» [160, с. 311].

Субъективно переживаемое чувство тревоги провоцирует организм принять защитные меры как ответ на потенциальную опасность. Непосредственная реакция, например оцепенение, имеет место мгновенно; функция тревоги здесь в побуждении человека к выбору подходящей стратегии поведения после оценки степени опасности.

Адаптационный механизм тревоги состоит в стимулировании человека к мобилизации активной работы по уменьшению опасности. Состоянию тревоги приписывается защитная функция, поскольку тревога увеличивается по мере приближения источника опасности и, наоборот, уменьшается по мере его удаления. А. Бек пишет, что «мотивация уменьшения опасности посредством удаления от ее источника усиливается, когда уменьшается чувство тревоги» [160, с. 312].

Человек, «страдающий повышенной тревожностью, тревожен даже при отсутствии объективной угрозы, он преувеличивает и искажает потенциальную опасность проблемных ситуаций» [160, с. 312]. Вегетативная и соматическая нервная система имеют дело скорее с выбранным организмом видом действия (бегом, оцепенением, гибанием туловища и т.д.), чем с его целью (нападением или избеганием). Тип вегетативной иннервации зависит от конкретного задействованного поведенческого (моторного) образца, а не от эмоции (тревоги, гнева, любви) и не от конечной цели деятельности. Задача вегетативной активности – способствовать активности моторной посредством регуляции притока крови, обменных процессов и температуры тела.

Когнитивные аспекты выражены и в работе вегетативной нервной системы. Например, «повышенная бдительность» (в качестве подготовки к борьбе, побегу или защите) выразится в застывшей, согнутой позе («оцепенение»), учащении сердцебиения и повышении кровяного давления; «беспомощность» может проявиться в падении, сопровождающемся уменьшением частоты пульса и давления. При активном подходе к ситуации основную роль играет симпатическая нервная система, тогда как при пассивном, спровоцированном непредвиденной опасностью основную работу осуществляет парасимпатическая» [160, с. 312].

Вид реакции, что немаловажно, однотипен, вне зависимости от того, какой характер носит опасность – физический или психосоциальный. Так, например, «реакция, вызванная критикой начальника, может быть такой же, как реакция на физическое нападение» [160,

с. 312]. На эти ситуации запускается один и тот же вегетативно-моторный образец – «принятие жесткой защитной позы, сопровождающееся повышенным потоотделением, изменением частоты пульса и кровяного давления» [Там же].

Пусковая готовность к самозащите и саморегуляции эксплицируется в подавлении мышечной активности, вокальной составляющей речи. Нарушения, связанные с повышенной тревожностью (например, депрессию), следует понимать как проявления дисфункции нормальных защитных механизмов. Тревожный больной видит опасность даже при отсутствии объективной угрозы и не обращает внимания на все, что противоречит его оценке ситуации. Заметив опасность, он уже не может понять, насколько она реальна.

Исходная концепция заболевания – это «ткань, в которую вплетены нити индивидуальных привычных реакций, “слабых мест” пациента и воздействий, активизирующих симптомы заболевания» [160, с. 328]. При формулировании картины расстройства принимаются во внимание условия, оказавшие воздействие на психику пациента в детстве, влияние, которое они оказали, и способы приспособления к ним и т.д. В идеале формулировка включает в себя также объяснение того, как опыт прошлого вписан в контекст способности справляться со своими настоящими проблемами и стрессами.

Когнитивная модель тревожных расстройств. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, т.е. он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей.

Восприятие опасности тревожным пациентом основано на ложных предположениях или оно чрезмерно, в то время как нормальная реакция основана на более точной оценке риска и размеров опасности. В норме человек может контролировать свое «неправильное восприятие», используя факты, очевидность. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности. Таким образом, в случаях тревоги когнитивное содержание вращается вокруг темы опасности и индивид склонен преувеличивать вероятность вреда и уменьшать свою способность к совладанию [3].

Предубежденное мышление маниакального пациента противоположно депрессивному. Такие индивиды избирательно воспринимают преимущества всякого жизненного опыта, блокируя негативный опыт или интерпретируя его как позитивный и нереалистично

ожидавая благоприятных результатов от различных предприятий. Преувеличение способностей, достоинств и достижений приводит к чувству эйфории. Постоянная стимуляция, идущая от завышенной самооценки и чрезмерно оптимистических ожиданий, обеспечивает огромные источники энергии и вовлекает маниакального индивида в постоянную деятельность, направленную на достижение цели [3].

Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любой необъяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их витальные системы – кардиоваскулярная, респираторная, центральная нервная – потерпят крах. Из-за своего страха они постоянно прислушиваются к внутренним ощущениям и поэтому замечают и преувеличивают ощущения, которые проходят незамеченными у других людей. Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический когнитивный дефицит – они неспособны реалистично воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют [Там же].

Пациенты, у которых был один или несколько приступов паники в конкретной ситуации, начинают избегать этих ситуаций. Предчувствие такого приступа запускает множество вегетативных симптомов, которые впоследствии неправильно интерпретируются как признаки неминуемого несчастья (сердечного приступа, потери сознания, удушья), что может привести к полному разворачиванию панического приступа. У пациентов с паническим расстройством часто развивается агорафобия, в результате чего они не покидают своего дома или жестко ограничивают свою деятельность, так что не могут отойти далеко от дома и нуждаются в сопровождении [Там же].

Когнитивная модель фобии гласит, что у пациентов имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги.

Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций. Так, пациент с фобией тоннелей испытывает страх перед крушением в тоннеле и собственной смертью от удушья; другого пациента будет ужасать возможность наступления острого, смертельно опасного заболевания, если ему вовремя не окажут помощь [Там же].

При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях, на экзамене или публичном выступлении. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную опасность (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что могут вызывать как раз то, чего боится пациент [3].

Когнитивная модель параноидных состояний. Параноидный индивид приписывает другим людям предубедительное отношение к себе. Другие люди преднамеренно оскорбляют, вмешиваются, критикуют. В отличие от депрессивных пациентов, которые считают, что предполагаемые оскорбления или отвержение справедливы, параноидные пациенты считают, что другие третируют их несправедливо [Там же].

В отличие от депрессивных, «параноидные пациенты не отличаются низкой самооценкой». Они озабочены несправедливостью предполагаемых нападков и вторжений, а не действительными потерями [Там же, с. 86].

Когнитивная модель obsessions и compulsions. Пациенты с obsessions подвергают сомнению ситуации, которые большинством людей считаются безопасными. Сомнение обычно касается ситуаций, которые являются потенциально опасными. Obsessive пациенты непрерывно сомневаются, совершили ли они некое действие, необходимое для безопасности (например, выключили ли электроприборы, закрыли ли на дверь перед уходом или на ночь). Они могут бояться заражения микробами, при этом разубеждение не устраняет страх. Главная черта такой личности – чувство ответственности и убеждение в своей ответственности за совершение действия, могущее повредить им или их близким.

Compulsive пациенты пытаются уменьшить свои сомнения, выполняя каждодневные ритуалы, функция которых в нейтрализации и предупреждении несчастья. Например, навязчивое мытье рук может основываться на «убеждении пациента, что он не устранил всю грязь со своего тела» [Там же].

Когнитивная модель истерии. При истерии пациент убежден, что у него имеется соматическое расстройство. Так как воображаемое расстройство не смертельно, он склонен принимать его без особой тревоги. Пациенты, страдающие фобией, являются «сенсорными фантастами», они воображают себе некую болезнь, потом испытывают «сенсорное ощущение как доказательство, подтверждающее наличие этой болезни». Пациент «ощущает сенсорные или моторные

аномалии, которые соответствуют его ошибочному представлению об органической патологии» [3, с. 86].

Когнитивная модель нервной анорексии. Нервная анорексия и булимия представляют констелляции дезадаптивных убеждений, которые вращаются вокруг одного центрального предположения: «Вес и форма моего тела определяют мою ценность и мою социальную приемлемость». Вокруг этого предположения вращаются такие убеждения, как: «Я буду безобразна, если буду больше весить», «Единственная вещь в моей жизни, которую я могу контролировать, – это мой вес» и «Если я не буду голодать, я начну полнеть – а это катастрофа!» [3].

Пациенты с анорексией обнаруживают типичное искажение в переработке информации. Они неправильно интерпретируют симптомы наполнения желудка после приема пищи как признаки того, что они полнеют. Кроме того, они неправильно воспринимают свой образ в зеркале или на фотографии как более объемный, чем есть на самом деле.

Вообще, теория когнитивной терапии была впервые подвергнута экспериментальной проверке при лечении униполярной депрессии у амбулаторных пациентов в Университете штата Пенсильвания А. Бекком. Систематическое исследование результатов показало, что «существенное улучшение состояния наступало у 80 % пациентов в течение 12 недель и результаты лечения с помощью когнитивной терапии превосходили результаты лечения имипрамином» [160, с. 320]. Результат подтвердился при обследовании этих пациентов и через год.

А. Бек пишет по этому поводу: «Дополнительные исследования с привлечением контрольных групп, проведенные в Питтсбургском университете, Университете Британской Колумбии, Университете Манитобы и Эдинбургском университете, продемонстрировали, что результаты применения когнитивно-бихевиоральной или бихевиорально-когнитивной терапии, по крайней мере, не хуже (а часто даже лучше) результатов использования антидепрессантов. Исследования, предпринятые в Университете штата Миннесота и в Вашингтонском университете, показали, что когнитивная терапия и лечение при помощи антидепрессантов дают одинаковые результаты, а в ходе исследования, проведенного в Эдинбургском университете, выяснилось, что сочетание когнитивной терапии и применения лекарственных препаратов превосходит по своим результатам обе эти формы лечения, применяемые по отдельности. Дополнительные клини-

ческие эксперименты (Университет Джонса Хопкинса и Оксфордский университет) свидетельствуют о превосходстве когнитивной терапии перед традиционными методами воздействия» [160, с. 320].

Обследование пациентов через 1–2 года после того, как они «прекратили посещать психотерапевта, показало, что когнитивная терапия способствует уменьшению частоты рецидивов заболевания (эти данные были получены в Университете штата Пенсильвания, Эдинбургском, Вашингтонском и Оксфордском университетах)» [Там же].

Программы применения когнитивной терапии дифференцируются в отношении разных клинических нарушений. Систематические исследования с использованием контрольных групп показали, что «когнитивная терапия эффективна при лечении повышенной тревожности, нервной анорексии, мигреней, тревожности, возникающей во время публичных выступлений, экзаменационной тревожности, приступов гнева и хронических болей». Эффективным оказалось и «применение когнитивной терапии в качестве дополнения к традиционным методам при лечении пристрастия к героину», а «маниакальным пациентам когнитивная терапия очень помогает научиться выполнять предписания врача относительно приема литиума» [Там же, с. 321].

Сочетание когнитивной и фармакотерапии может успешно применяться при лечении галлюцинаций у страдающих психозами, а также для того, чтобы помочь им регулировать их своеобразное мышление и поведение. Другие исследования показывают, что когнитивная терапия может применяться при лечении наркотической зависимости и расстройств пищевого поведения.

Психотическая депрессия и меланхолия, однако, относительно плохо поддаются лечению при помощи когнитивной терапии, если она является единственным методом воздействия. Если использовать сочетание методов психологического и фармакологического воздействия, эффект от лечения оказывается выше и, главное, стабильнее.

Вышеизложенные принципы когнитивной психотерапии можно расширить до общих вопросов о том, как психотерапия действует и при помощи каких механизмов осуществляются изменения.

Первой составляющей психотерапевтического процесса, способствующей осуществлению стойких изменений, является полноценная структура, через которую можно объяснить, как действует систематическая десенсибилизация: за последовательным приближени-

ем к тому, что пациента более всего страшит, сопровождаемым мышечной релаксацией, следует нейтрализация неадекватного, или обусловленного, страха (реципрокное торможение). Действие когнитивной терапии объясняется так: обнаружение автоматических мыслей с последующей проверкой их логичности или соответствия имеющейся в наличии информации модифицирует дисфункциональные убеждения – отсюда вытекают эмоциональные изменения [160, с. 321].

Второй механизм, при помощи которого осуществляются изменения, – это вовлеченность пациента в проблемную ситуацию (в реальности, в воображении или в памяти). Лечение окажется эффективным, только если пациент будет переживать ее так, будто она представляет для него реальную угрозу. Показателем вовлеченности служат эмоции, переживаемые пациентом.

И последний механизм, при помощи которого действует когнитивная терапия, – это проверка воспоминаний, образов и восприятий на реалистичность. Такая проверка позволяет отличить настоящую опасность от псевдоопасности.

А. Бек пишет: «Я хочу подчеркнуть, что мы, психотерапевты, можем знать только две вещи: как мы ведем себя по отношению к пациенту (“вход”) и как пациент ведет себя (“выход”). То, что происходит в “черном ящике”, может не иметь ничего общего с тем, что пациент говорит, и с тем, что происходит в нем по-нашему мнению. ...Моя базовая теория изменений заключается в том, что определенные когнитивные констелляции, которые ответственны за возникновение симптомов и дисфункционального поведения, могут быть модифицированы, только если к ним открыт доступ» [Там же, с. 323].

Представим пациента, которого переполняют негативные мысли о себе, прошлом, будущем, а его эмоции – это страх, тревога, вина и т.д. В такой момент его дисфункциональные убеждения доступны не только для изучения, но и для модификации. Необходимо дать пациенту задание – «внимательно рассмотреть имеющуюся в его распоряжении информацию, чтобы понять, не упускает ли он из виду что-то важное; тщательно разобраться в том, при помощи каких логических процессов он делает выводы; и наконец, рассмотреть сами выводы» [Там же, с. 320–321]. Психотерапевт может подвергнуть их эмпирической проверке, поставив эксперимент непосредственно у себя в кабинете.

А. Бек приводит такой пример: «...женщина, страдающая депрессией, была убеждена в том, что она не может больше выполнять

свои служебные обязанности, что она не может даже написать какие-то важные письма, которые нужно было отправить на следующий день. Я попросил ее продиктовать письмо мне, и мы выяснили, что у нее это очень хорошо получилось и она нашла нужные слова, чтобы сказать именно то, что хотела. Этот эксперимент, проведенный в момент ее крайнего отчаяния, позволил проникнуть в негативную констелляцию и перейти от убеждения «я не могу» к «я могу». Этот частный случай развенчания ошибочного убеждения позволил ей затем убедиться в том, что она могла все что угодно» [160, с. 324].

Пациент с повышенной общей тревожностью, в отличие от больного депрессией, может чувствовать себя вполне спокойно, входя в кабинет психотерапевта. Если при этом у него возникает ситуативная тревожность, она не обязательно бывает связана с его основной проблемой: «Когда тревожность у пациента появляется в связи с предполагаемыми реакциями психотерапевта на его поведение, мы можем постараться проникнуть в негативную констелляцию сразу же» [Там же]. Если же этого не происходит, «тревожность можно спровоцировать, попросив пациента сконцентрироваться на каком-то событии, представляющем для него проблему». Также можно использовать ролевую игру, инсценировав ситуацию, которая кажется пациенту опасной. Например, если ему предстоит интервью, психотерапевт может сыграть роль интервьюера [Там же].

Важно актуализировать тревожность как таковую, а не определенную когнитивную констелляцию или вызвать страх, ведущий к тревожности. Говоря языком когнитивной терапии, мы стараемся вызвать «горячие мысли». В итоге пациент сможет встретиться с ситуацией, которая страшит его и которую он избегает. Серия повторов и применение навыков, которым он научился в процессе психотерапии, позволит разобраться пациенту в своих дисфункциональных убеждениях.

При лечении фобий А. Бек создает ситуации, связанные со страхами пациента. Подход этот аналогичен активизации конкретных констелляций при повышенной общей тревожности. Он отмечает: «Иногда это делается в кабинете психотерапевта путем предоставления пациенту конкретных стимулов фобии (например, маленьких зверьков). В качестве стимульного материала может выступать и фотография того, что пугает пациента. Пациента с социальной фобией можно попросить позвонить по телефону из кабинета психотерапевта или проиграть с психотерапевтом телефонный разговор.

Классический бихевиоральный подход заключается в предоставлении стимулов в иерархической последовательности (систематическая десенситизация). Общим для всех этих процедур является предоставление пациенту пугающих его стимулов» [160, с. 325].

Один из неплохих способов терапии фобий, в том числе социальных фобий, состоит в том, чтобы попросить пациента представить себе сцены, которые его пугают (ситуации, объекты). Это можно делать постепенно, как при систематической десенситизации, а можно предложить пациенту спонтанно вообразить какую-то ситуацию, увеличивая ее до размеров «катастрофы». В качестве альтернативы можно применить технику «наводнения». Она включает в себя предоставление пациенту сценария ужасного для него происшествия. Использование воображения при лечении фобий может быть очень эффективным. Но это не отменяет обязательной тренировки в преодолении страха в реальных ситуациях.

Панические расстройства часто, как отмечает А. Бек, «можно вылечить прямо в кабинете психотерапевта, предварительно объяснив пациенту природу паники». Иногда «при помощи разных техник (например, учащенного дыхания, физических упражнений, выполняемых в быстром темпе, внутривенного введения содиум лактата или вдыхания смеси углекислого газа и кислорода)» можно экспериментально вызвать настоящий приступ. Во время и после приступа паники человек может под контролем психотерапевта «работать» со своей «психологической констелляцией, в которой заключен страх безумия, потери контроля или «катастрофы», которая могла бы произойти с внутренними органами (инфаркт, инсульт)» [Там же, с. 326].

Терапия отношений в парах, по мнению А. Бека, заключается в том, чтобы дать каждому из партнеров возможность сформировать, раскрыть потенциал к изменению «внутреннего механизма», ведущего к проблемам, часто бывает необходимо разыграть конфликт в присутствии психотерапевта. Когда конфликт достигнет своего пика, психотерапевт начинает работать с «горячими мыслями» одного из партнеров, позволяя другому временно не участвовать в процессе, потом их роли поменяются. Так можно получить доступ к убеждениям, ответственным за возникновение гнева и неудовлетворенности.

Итак, для того чтобы переживание «наводнения» или эмоционального напряжения имели психотерапевтический эффект, они должны применяться в рамках определенной интеллектуальной структуры. Люди переживают состояние повышенного эмоционального напряжения

много раз в своей жизни, но это не приносит им никакой пользы. В процессе психотерапии «у пациента появляется возможность не только пережить появление *горячих мыслей*, но и посмотреть на них с объективной точки зрения» [160, с. 326]. Структура, независимо от того, выражается ли она в терминах теории научения, когнитивной терапии или психодинамики, является основным фактором, предоставляющим в распоряжение клиента необходимую объективную оценку.

Структура очень важна, поскольку она позволяет пациенту одновременно быть вовлеченным в проблемную ситуацию и отстраниться от нее. В мозгу человека существует своя собственная система интегрирующей и корректирующей обратной связи. Чаще всего мы не нуждаемся в психотерапии для того, чтобы модифицировать свои ошибочные или дисфункциональные убеждения. Однако при наличии хронических психологических проблем обычная корректирующая обратная связь оказывается неэффективной. Основными компонентами эффективной психотерапии являются вызывание в рамках психотерапевтической структуры «горячих мыслей» и эмоций и предоставление пациенту возможности проверить эти мысли на соответствие действительности. Это происходит независимо от того, применяет ли психотерапевт психоанализ, бихевиоральную, когнитивную или какой-то другой вид терапии.

Г.В. Залевский пишет: «Из анамнестических данных и... прямых наблюдений терапевт должен составить стимул-реакция-гипотезу, которая проблемное поведение приводит во взаимосвязь с одним или многими его вызывающими условиями. Эта гипотеза квазиэкспериментально верифицируется через пробные действия (тоже во время первого и, возможно, второго сеанса)» [33, с. 93].

В основе напряжения лежит иррациональное убеждение. Если человек боится выступать перед аудиторией, то его тревожность вызывается страхом неодобрения, он боится выглядеть глупо, того, что будет осмеян, его никто не будет слушать. Когда эти мысли о собственной отверженности и раскритикованности становятся достаточно сильными, чтобы вызывать интенсивные эмоциональные переживания, можно начинать проверку реалистичности понимания ситуации и переоценку преувеличенной когнитивной реакции.

В когнитивной и рационально-эмотивной терапии проверка на реалистичность является высокоорганизованным процессом. Человек должен именно на собственном опыте убедиться, что он неверно интерпретировал ситуацию.

В психопатологических случаях процессы обработки информации нарушаются. Это может быть связано с внутренними факторами – нарушением гомеостаза или, наоборот, с внешними – неблагоприятным воздействием окружающего мира. В итоге нарушение процессов обработки информации будет одинаковым, независимо от того, вызвано ли это нарушение биохимическими или психосоциальными факторами.

Роль неадаптивных схем в структуре психических расстройств анализирует Г.В. Залевский, характеризуя технику «когнитивное новоназывание»: «Исходным материалом для этой стратегии изменений являются идентифицированные и правильно оцененные автоматические мысли. В целом случае психических расстройств... интерпретации... ожидания, которые являются катастрофизированными, искаженными и иррациональными... когнитивными стереотипами, играют важную роль (Залевский Г.В., 1993). Изменить их можно... с учетом... проверки реального содержания когниций; дизатрибутирования и реатрибутирования; редуцирования ответственности, поиска альтернативных объяснений (Hautzinger, 1994. S. 187–191)» [33, с. 116].

Интересный факт, что, несмотря на разнообразие методов, работающих через разные каналы, положительный результат в конечном итоге достигается посредством воздействия на систему обработки информации. Некоторые исследования, в которых результаты когнитивной терапии сопоставлялись с результатами использования антидепрессантов, показали, что у пациентов, которым помогает когнитивная терапия, меняется взгляд на себя, будущее и т.д. Удивительно, что то же самое происходит с пациентами, которым помогает лекарственная терапия, т.е. у них тоже имеют место улучшения когнитивного характера.

А. Бек задался вопросом: «Почему две процедуры, которые так непохожи друг на друга – введение в организм определенных молекул и выслушивание того, что говорит психотерапевт, – дают одинаковые результаты?» [160, с. 329]. Он пришел к выводу, что при разных видах воздействия в работу включаются разные системы, которые взаимосвязаны друг с другом, составляют замкнутый круг, следовательно, невозможно «провести хирургическое вмешательство в одну систему, не затронув другой». Можно воздействовать на когнитивную систему посредством когнитивной терапии, но при этом воздействие распространится на аффективную, моторную и физио-

логическую системы. Так же можно «посредством релаксации оказать влияние на физиологическую систему, но это одновременно отразится на всех остальных» [160, с. 329].

В определенный момент стало очевидно, что только сочетание бихевиоральных и когнитивных техник дает наиболее стойкие положительные результаты психотерапии. Д. Мейхенбаум считает, что в соответствии с теорией КБТ когнитивные причины (так называемые «иррациональные» убеждения, когнитивные ошибки или особые мысли) не вызывают эмоциональных расстройств или неадаптивного поведения. Такой взгляд скорее считается упрощением, не соответствующим научным данным. Когнитивное – это только часть сложной системы взаимодействующих процессов.

КБТ, будучи феноменологически ориентированной отраслью психотерапии, как утверждает Д. Мейхенбаум, старается исследовать мировоззрение клиента при помощи недирективных рефлексивных методов. Психотерапевт «пытается посмотреть на мир глазами клиента, вместо того чтобы оспаривать или подвергать интерпретации его мысли». Основной способ достижения этой цели таков: психотерапевт «выбирает» из речи клиента ключевые фразы и «повторяет их с вопросительной интонацией, но не искажая смысла». Психотерапевт «также может использовать полученную от клиента информацию о его прошлом и поведении во время психотерапевтических сеансов для того, чтобы помочь клиенту разобраться в своих чувствах» [Там же, с. 387].

КБТ придает большое значение процессам сотрудничества и открытию. Показателем хорошей работы является ситуация, когда клиент раньше него успевает предложить вариант ответа на какой-либо вопрос. Д. Мейхенбаум обращает внимание на то, что психотерапевт помогает клиенту собрать информацию (например, об изменениях проблемы в зависимости от ситуации), а затем спрашивает, что можно было сделать по-другому. Он пишет: «Если клиент говорит: «Я не знаю», – психотерапевт вторит ему: «Я тоже не знаю. Давайте подумаем, как можно узнать». Говоря «мы», привлекая клиента к сотрудничеству, психотерапевт как бы предлагает клиенту разделить ответственность, давая ему силы самому работать над своей проблемой» [Там же].

При этом целью КБТ оказывается самопомощь и психотерапия. В соответствии с такой позицией психотерапевта клиент или пациент начинает экспериментировать со своими убеждениями, мнениями и

предположениями, сканируя их правильность, переходя к экспериментам с новыми видами реагирования. Некоторым пациентам нужен поведенческий тренинг (например, моделирование, репетиции, ролевые игры), прежде чем они смогут перейти к таким экспериментам.

Многие авторы отмечают, что наиважнейшей задачей КБТ является предотвращение рецидивов. Важность была исходно подчеркнута Марлаттом и Гордоном (Marlatt & Gordon, 1985) «при работе с алкоголиками и наркоманами, однако предотвращению рецидивов придается большое значение в КБТ в целом» [160, с. 387]. Психотерапевты вместе с клиентами или пациентами рассматривают ситуации повышенной степени риска, в которых может произойти рецидив, а также «разбирают мысли и чувства клиента, могущие привести к срыву». С ними также производится работа во время психотерапевтических сеансов.

Начиная с Дж. Келли терапевты данного направления считают, что клиенты, как ученые, учатся на ошибках и неудачах, строят гипотезы, проверяют их и строят новые. В этом процессе не может быть только подтверждение гипотез. Неудачи и разочарования начинают восприниматься пациентами или клиентами как необходимые и ценные уроки и испытания, а не как катастрофы и тотальные фиаско.

Как мы уже отмечали, когнитивно-бихевиоральные психотерапевты уделяют много внимания установлению и поддержанию отношений сотрудничества с клиентом, поскольку для них очень важно, чтобы во время сеансов существовала атмосфера теплоты, эмоционального «созвучия», принятия и доверительности. Часто психотерапия становится слишком дидактичной, напоминая элементарную логику. По мнению Д. Мейхенбаума, «при таком подходе у клиента нет возможности понять свой взгляд на вещи и поэкспериментировать с новым отношением к ним, попробовать создать другое представление о реальности и обдумать его возможные последствия» [Там же, с. 388]. Сотрудничество же в процессе психотерапии дает клиентам мужество предпринять подобные личностные и поведенческие эксперименты. Часто изменение отношения к самому себе становится результатом поведенческих изменений и их следствий.

Все это связано с большим эмоциональным напряжением, а эмоции играют в КБТ важнейшую роль. Существует множество способов экспликации эмоций клиента. Так, в общении с психотерапевтом клиенты часто используют эмоциональные образцы, сформировавшиеся в общении со значимыми людьми в прошлом. Психотерапевт

как участник-наблюдатель этих отношений обсуждает их с клиентом. Здесь единицей анализа становятся не автоматические мысли или способ мышления, а манера, в которой пациент взаимодействует с психотерапевтом. Постепенно клиент начинает понимать, что он не сошел с ума, что его убеждения не являются патологическими, как говорят некоторые теоретики. Осмысление происходящего клиентом должно оцениваться не с точки зрения его правильности, а с точки зрения его *пригодности* с учетом обстоятельств.

В КБТ не принято «напрямом атаковать убеждения клиента, поскольку это может привести к «застреванию» на них (Kruglansky, 1990)». Психотерапевт, который хочет помочь клиенту изменить убеждения, должен идти «окольными путями». Есть разные способы «сделать эмоционально окрашенные убеждения открытыми для перемен: можно сделать клиента своим соратником, уменьшить его защитные реакции, а можно показать ему его убеждения в преувеличенном виде, чтобы получить его реакцию». Процесс изменений обычно бывает насыщен «горячими» когнициями (Zajonc & Markus, 1984). «Холодные» когниции – «предоставление информации, оспаривание, логика – редко помогают изменить убеждения, которых клиент упорно придерживается, и сопровождающее их поведение (Meichenbaum & Turk, 1987)» [160, с. 388].

3.5. Когнитивный стиль при тревожно-депрессивном расстройстве и социальных страхах

Обобщая все вышеизложенное по когнитивной и когнитивно-поведенческой психотерапии, становится очевидно, что наиболее эффективными в плане эффективности являются мультимодальные, транстеоретические модели, сочетающие в себе достоинства научно обоснованных технических приемов.

Обобщающим краеугольным понятием, включающим в себя особенности иррациональных мыслей, а как следствие, и в целом специфики реагирования, является «когнитивный стиль» как особый мыслительный стиль, присущий человеку при восприятии и оценивании, конструировании реальности.

Для тревожно-депрессивных, тревожно-фобических состояний характерна определенная когнитивная стилистика оценивания и восприятия мира, себя и перспективы.

В когнитивной психотерапии депрессию и социальные страхи иногда связывают с такими особенностями мышления, как дихотомичность, максимализм, перфекционизм, выраженный в стремлении во что бы то ни стало «быть лучшим, совершенным, блестящим» («Если я не совершенен, то я ужасен», «Зачем жить, если я оказался несовершенным?» и т.д.). Мотивация избегания может стать здесь ведущей, может, как это бывает при социофобии, наблюдаться конфликт мотивации достижения успеха и избегания неудачи. Амотивированность, снижение актуальности базовых потребностей часто наблюдается при депрессии.

При анализе подобных когнитивных стилей выделяют особые схемы как организующие опыт человека системы установок, глубинных представлений о себе, мире. Естественно, что эти установки определяют готовность человека реагировать определенным образом в типичных ситуациях и воспринимать их соответственно.

Схемы могут выражаться автоматическими мыслями – выражителями, экспликаторами установочного восприятия и реагирования. Мысли запускают паттерны эмоциональных переживаний, что определяет круговорот дезадаптации. Мысли могут быть иррациональными, зачастую не вполне осознаваемыми или вообще неосознаваемыми индивидом. При этом человек уже готов видеть все так, как он «готов» видеть. Даже если информация будет противоречить когнитивной схеме, выраженной в автоматических мыслях, она будет искажаться или игнорироваться (этот элемент называется когнитивными искажениями или ошибками).

Когнитивное содержание зависит от типа психического расстройства, какие темы будут доминировать в переживаниях. Например, у параноидного больного может преобладать тематика мнимого вреда, наносимого окружающими, идеи преследования.

Для страдающего социальными страхами тематика (когнитивное содержание) может касаться переживаний осмеяния при выступлении перед аудиторией, опасения отвержения, собственной неловкости и пр.

Ранее мы уже описывали автоматические мысли и разновидности дисфункциональных убеждений, когнитивных схем. В рамках определения целостной картины упорядочим эти знания более детально в контексте интегрирующего терапевтического понятия «когнитивный стиль». Систему анализа когнитивного стиля можно представить по таким пунктам (наполненным соответствующими примерами): схемы, автоматические мысли, ошибки и когнитивные темы.

Схемы – это когнитивные образования, организующие опыт и поведение, это система убеждений, глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру, влияющие на актуальное восприятие и категоризацию. Схемы могут быть *адаптивными/неадаптивными, позитивными/негативными, идиосинкразическими/универсальными*. Например, при депрессии это неадаптивные, негативные, идиосинкразические схемы.

Автоматические мысли имеют свои основные характеристики: рефлекторность, свернутость и сжатость, неподвластность сознательному контролю, быстротечность, персевераторность и стереотипность. Автоматические мысли не являются следствием размышлений или рассуждений, субъективно они воспринимаются обоснованными, даже если они представляются окружающим нелепыми или противоречат очевидным фактам (вплоть до бредовых форм иррациональных убеждений). Примером могут служить следующие автоматические мысли: «Я всегда выгляжу ужасно, люди смотрят на меня и хихикают», «Я – урод, мне нельзя показываться на улице», «Если я не получу высокую оценку на экзамене, я умру, мир разрушится, после я не смогу ничего сделать, окончательно стану полным ничтожеством», «Я разрушила жизнь своих детей разводом», «Все, что я делаю, я делаю некачественно» и т.д.

Когнитивные содержания («темь»), соответствующие тому или иному виду психопатологии, могут быть разнообразны. В когнитивной психологии определенные расстройства мыслятся через доминирование определенного когнитивного стиля, выраженного в единстве указанных элементов, именно с ним терапевт и работает. Например, депрессия – это преувеличенное и хроническое переживание реальной или гипотетической утраты, порожденное набором мыслесхем и автоматических мыслей, когнитивных искажений. Как мы уже указывали выше, выделяется когнитивная триада депрессии (А. Бек): 1) негативные представления о себе: «Я неполноценен, я неудачник как минимум!»; 2) негативная оценка окружающего мира и внешних событий: «Мир беспощаден ко мне! Почему именно на меня всё это наваливается?»; 3) негативная оценка будущего. «А что тут говорить? У меня просто нет будущего!».

Кроме того, для депрессии характерны повышенная зависимость, паралич воли, суицидальные мысли, соматический симптомокомплекс. На базе депрессивных схем формируются соответствующие автоматические мысли и имеют место когнитивные ошибки практи-

чески всех видов. При этом выделяются когнитивные темы при депрессии: 1) фиксированность на реальной или мнимой утрате (смерть близких, крушение отношений, потеря самоуважения); 2) негативное отношение к себе и окружающим, пессимистическая оценка будущего; 3) тирания долженствования («Я во что бы то ни стало обязан это сделать»).

Что касается осмысления тревожно-фобических расстройств, в том числе социофобий, социальных страхов в рамках когнитивной психотерапии, то и здесь схема анализа остается прежней. Тревожное расстройство определяется так же, как преувеличенное и хроническое переживание реальной или гипотетической опасности или угрозы, а фобия, в свою очередь, представляет собой преувеличенное и хроническое переживание страха. Например, страх утраты контроля (перед своим организмом – в случае страха заболеть) или клаустрофобия – боязнь замкнутых пространств; при социофобии – страх негативной оценки, критики, неодобрения, отвержения.

Фобические темы могут звучать так:

- Предвосхищение отрицательных событий в будущем, так называемая «трагическая антиципация» (прогнозирование всевозможных несчастий). При социофобии это страх публичного осмеяния, страх полного и тотального отвержения раз и навсегда оттого, что покраснел или руки задрожали и т.д.

- Расхождение между высоким уровнем притязаний и убежденностью в собственной некомпетентности («Я должен получить наивысшую оценку на экзамене, правда, я неудачник, я ничего не знаю и не умею»).

- Опасение потерять поддержку, связанное с актуальной потребностью в аффиляции, зависимости от мнения людей.

- Устойчивое представление о неизбежном провале в попытке наладить межличностные отношения, ожидание оказаться униженным, осмеянным или отвергнутым.

И для депрессий, и для социальных страхов обычно характерен перфекционизм, феноменология которого заключается в предъявлении к себе и другим высоких стандартов, в мышлении это выражается в терминах «все или ничего» (или полный успех, или полное фиаско), при этом для эмоционально-когнитивной сферы характерны концентрация на неудачах с игнорированием успешности, ригидность в оценках и восприятии.

Перфекционизм тесно связан с депрессией, но не с психогенно-травматической (из-за утраты или потери), а с той, которая связана с фрустрацией социальных потребностей – в самоутверждении, достижении и автономии.

В целом депрессивные когнитивные стили можно представить тематически в связи с фрустрацией определенных потребностей. От этого зависят ее тематическая классификация и стратегии терапии.

Когнитивные стили при социофобиях тематически представлены также фрустрацией определенных потребностей, спецификой переживаемого страха оценки (как выражается, в каких типах ситуаций – ситуациях выражения мнения, признании в чувствах и эмоциях, публичных выступлениях, покупке товаров и пр.). В зависимости от этих элементов единой ситуации тематика социального опасения может дифференцироваться.

Модели когнитивной и когнитивно-бихевиоральной терапии предполагают концептуальное методологическое представление пациента и его расстройства. Кроме возможной трактовки реагирования пациента как когнитивного стиля, существует понимание его как когнитивного автоматизма, приводящего к дезадаптации.

Когнитивные события освещают собой лишь один аспект совокупности когнитивного. Существуют еще и *когнитивные процессы*. Социальная, когнитивная и возрастная психология, по мнению Д. Мейхенбаума, много сделали для описания когнитивных процессов, в частности ошибки подтверждения, эвристического мышления и метакогниций.

Ошибка подтверждения имеет место в тех случаях, когда человек строго придерживается определенных взглядов на самого себя и на окружающий его мир, редко обращая внимание на факты, опровергающие правоту этих взглядов. *Эвристическое мышление* – «это использование «привычного мышления» в случаях, когда необходимо принять решение в условиях неопределенности (например, описанное Тверским и Канеманом (Tversky & Kahneman, 1977) эвристическое мышление по принципу доступности и по принципу репрезентативности)» [160, с. 384–385]. Эмоциональное состояние (например, депрессия, тревожность и т.д.) влияет на эвристические примеры из прошлого и может по-своему их окрасить. Человек не просто реагирует на события, он опирается на разные готовые примеры из прошлого в зависимости от своего настроения в данный момент. Эмоции клиента влияют, следовательно, на то, какую ин-

формацию он выбирает как руководство к действию, какие выводы и какие объяснения своему поведению формулирует [160].

Психотерапевт помогает клиенту развить в себе способность «замечать», «схватывать», «прерывать» и «отслеживать» свои мысли, чувства и поведение. Выявляются метакогниции – процессы саморегуляции и их обдумывание. Психотерапевт должен убедиться в том, что при положительных изменениях в своем поведении клиент понимает, что это результат его усилий. КБТ подчеркивает ведущую роль когнитивных структур или схем. Большая значимость приписывалась ранее когнитивным событиям, но постепенно акцент сместился на схемы, «концепция которых, как заметил Бартлетт (Bartlett, 1932), была позаимствована из теории обработки информации». Схемы – это «когнитивная репрезентация прошлого опыта, оказывающая влияние на восприятие опыта сегодняшнего и помогающая систематизировать новую информацию (Goldfried, 1988; Neimeyer & Feixas, 1990). Сафран и Сегал (Safran & Segal, 1990) говорят, что схемы более всего похожи на негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека» [160, с. 385]. По мысли авторов, схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления.

В силу такой важности схем основной задачей КБТ выступает помощь клиентам в осознании механизма конструирования, восприятия и интерпретации реальности. В этом отношении КБТ работает в конструктивистском ключе. Психотерапевт помогает увидеть, как непреднамеренно отбирается из информационного потока (дисфункциональная селективность) то, что только подтверждает имеющиеся убеждения. КБТ поддерживает представление о поведении как о взаимодействии, взаимовлиянии.

КБТ опирается на конструктивистские позиции, поэтому нельзя утверждать, что существует «единственная реальность».

КБТ признает существование «плюрализма реальностей». Общая задача клиента и психотерапевта состоит в том, чтобы понять, как клиент создает эти реальности и какой ценой. Необходимо также ответить на вопрос: хочет ли он платить своими эмоциями и отношениями с другими людьми? Что он теряет, продолжая придерживаться своих взглядов на самого себя и на мир? На эти вопросы отвечают, «экспериментируя с эмоциями во время психотерапевтических сеансов, создавая то, что Александер и Френч назвали «корректирующим эмоциональным опытом» (Alexander & French, 1946)» [160, с. 386].

Совместно с клиентом или пациентом рассматриваются возможности изменения личностных построений и поведения. Кроме того, во время сеансов большое внимание уделяется рассмотрению препятствий, которые могут встать на пути изменений.

Цель когнитивной терапии подобных психических нарушений состоит в том, чтобы «помешать работе преобладающих дисфункциональных схем и способствовать выработке у пациента адаптивного поведения» [160, с. 313]. Структурные изменения достигаются при помощи анализа правил и императивов, управляющих реакциями больного. Когнитивная терапия стремится не только перестроить когнитивные образцы, связанные с конкретными синдромами, но и изменить организацию предположений, формул и правил, ответственных за искажение восприятия событий. Среди используемых когнитивными психотерапевтами техник можно назвать наиболее часто применяющиеся – это обнаружение автоматических мыслей, когнитивных ошибок и искажений, а также эмпирическая проверка реалистичности [160].

Автоматические мысли возникают вне зависимости от воли и сознания человека, большинство людей не осознают их, но они способствуют возникновению неприятных ощущений, эмоций, поведенческих дисфункций. Они не всегда вербализуемы (вспомним связь таких мыслей с внутренней речью). Они могут существовать и в виде неких перцептивно-смысловых монолитов, визуальных образов, даже картинок. Приобретая в ходе КБТ навык вычленения автоматических мыслей, люди лучше осознают их.

Во время сеансов когнитивной терапии пациент учится обнаруживать автоматические мысли посредством наблюдения за последовательностью внешних событий и своих реакций на них. Между стимулом и эмоциональной реакцией существует зазор. А. Эллис называет совокупность этих трех компонентов «АВС»: «А – это активизирующий стимул, а С – чрезмерная или неадекватная реакция. В – это «пробел» в уме пациента, который он сам заполняет. Человеку легче понять, почему имела место чрезмерная или неадекватная эмоциональная реакция, если он вспомнит, какими мыслями он заполнил «пробел»» [160, с. 314].

А. Бек приводит такой пример: «Пациент увидел переходящего через дорогу старого знакомого, и ему сразу же стало очень тревожно. Он не мог понять причину тревоги до тех пор, пока не воспроизвел свои мысли в тот момент: «Если я окликну Боба, он может не вспом-

нить, кто я такой. Он может даже совсем не обратить на меня внимания – ведь прошло столько времени и он, возможно, забыл меня. Пойду-ка я лучше мимо, не обращая на него внимания» [160, с. 314].

Автоматические мысли возникают «автоматически», т.е. в первую очередь очень быстро, и обычно находятся на границе сознания. Человек «на автомате» считает их истинными, так как не относится к ним аналитично, объективно, критически, он не видит в них ничего необычного. Автоматические мысли больного с депрессией или повышенной тревожностью носят императивный характер, постоянно преследуют его. У большинства пациентов автоматические мысли обладают содержанием, характерным при их синдроме. Их появление предшествует возникновению таких эмоций, как гнев, печаль или тревога, а их содержание соответствует этим эмоциям.

В контексте излагаемых теоретико-методологических постулатов когнитивной психотерапии возникает содержательное пространство для создания ряда методик определения типа синдрома не феноменологически или диспозиционно, а в соответствии с преобладанием определенных иррациональных автоматических убеждений. Такие исследования по разработке инструментов диагностики уже ведутся, кроме того, они, безусловно, необходимы и в психотерапии. Списки уже известных иррациональных убеждений позволяют терапевту лучше ориентироваться в переживаниях и опасениях больного и выбирать адекватную схему терапии, а больному – более рефлексивно и критично относиться к ним, понимая, что такое переживание не является уникальным и страшным, непреходящим горем, свалившимся на плечи именно ему.

Депрессивные и тревожные пациенты воспринимают ситуацию негативно даже тогда, когда ее можно увидеть в благоприятном свете. В том случае, если «пациента попросить придумать альтернативное объяснение происшедшему, он может осознать, что его исходная интерпретация была предубежденной или основывалась на ложных выводах» [160, с. 315]. Тогда он сможет понять, что «подогнал» факты под уже имеющиеся негативные умозаключения. В психопатологии известны типичные когнитивные ошибки, допускаемые в цепочках и выводах. Приведем некоторые из них.

Выборочное абстрагирование заключается в фокусировании на деталях, вырванных из контекста. Человек может игнорировать некоторые очевидные характеристики ситуации и понимать все происходящее на основании выбранных им деталей. Пациент, страдающий

депрессией, обращает внимание только на негативные аспекты происходящего, тревожный человек фокусирует свое внимание только на символах опасности, а больной паранойей выбирает из своего опыта лишь те случаи, когда с ним плохо обошлись [160].

Процесс, в ходе которого делаются выводы, не подкрепленные фактами или противоречащие им, называется произвольной интерпретацией. Чрезмерное обобщение характеризует склонность пациентов к использованию единственного случая для того, чтобы сделать выводы, применимые во всех ситуациях.

Поляризованная оценка событий, навыков, например когда пациент может преувеличивать трудность стоящей перед ним задачи и преуменьшать свою способность с ней справиться, называется преувеличением и преуменьшением. В любом случае это селективное использование информации на основе негативного отношения к себе.

Также для пациентов с тревожно-депрессивным и тревожно-фобическим синдромом характерны персонализация и дихотомичность мышления. Персонализация – это тенденция связывать внешние события с собой, даже когда для этого нет оснований, а дихотомическое мышление – склонность пациента видеть мир «черно-белым», замечать только полярные качества без всяких промежуточных оттенков. Больной депрессией считает себя либо знающим, либо нет, либо счастливым, либо неудачником [Там же].

Таким образом, при тревожно-фобических и тревожно-депрессивных расстройствах наблюдается особый, выработанный в ходе жизненного опыта стиль эмоционально-когнитивного восприятия, осмысления и в целом реагирования на ситуации жизни. Отличительные особенности этого стиля – категоричность, дихотомичность в мышлении и перфекционизм, убежденность в негативной перспективе будущего и собственной некомпетентности, наличие убежденности в собственной беспомощности. Выработка адаптивного поведения невозможна без терапии когнитивных переменных, опосредующих такой взгляд на себя и окружающих, ситуации жизни.

3.6. Ранние неадаптивные схемы по Дж. Янгу, характерные при тревожно-фобических, тревожно-депрессивных и личностных расстройствах

Когнитивные переменные иногда называют когнитивными схемами, начиная с понятия когнитивной карты Э. Толмена. Личность,

с точки зрения когнитивных терапевтов, формируется посредством схем или когнитивных структур, представляющих базальные убеждения. Эти схемы формируются в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими. Люди формируют концепции о себе, других, о том, как функционирует мир, подкрепляемые опытом научения и влияющие на формирование других убеждений, ценностей и позиций.

Схемы могут быть адаптивными или дисфункциональными. Они выступают устойчивыми когнитивными структурами, становящимися активными, когда включаются определенные стимулы, стрессоры или обстоятельства [3].

Например, у пациентов со сложнейшим в плане терапии пограничным личностным расстройством имеются соответствующие ранние негативные схемы, ядерные убеждения. Например: «Со мной происходит что-то неладное»; «Люди должны поддерживать меня и не должны критиковать, не соглашаться со мной или неправильно понимать меня». Благодаря таким убеждениям у этих людей легко возникают коморбидные эмоциональные расстройства в виде тревожно-депрессивного и тревожно-фобического синдрома [Там же].

Другое частое убеждение было названо А. Беком условным предположением. Эти предположения начинаются со слова «если». Вот те условные предположения, которые довольно часто обнаруживаются у пациентов, склонных к депрессии: «Если я не добьюсь успеха во всем, что я делаю, никто не будет уважать меня»; «Если человек не любит меня, значит, я не достоин любви».

Пока такие люди не испытают серию поражений, отвержений, они могут функционировать относительно хорошо, однако, после этого начинают считать, что никто не уважает их, что они недостойны любви. В большинстве случаев такие убеждения можно изменить в краткосрочной терапии, но если они составляют ядро убеждений, требуется более длительная терапия [Там же].

С помощью клинических наблюдений Дж. Янг идентифицировал ряд схем, которые он назвал ранними неадаптивными схемами: «Ранние неадаптивные схемы связаны с чрезвычайно стабильными и длительно существующими темами, которые появляются в детстве и разрабатываются на протяжении всей жизни индивида, являясь крайне дисфункциональными» (Young, 1999, p. 9) (цит. по: [58, с. 400]). Запуск этих схем (стилей) вызывают эмоциональные, тревожно-фобические и тревожно-депрессивные расстройства.

Человек воспринимает определенную ситуацию автоматически, запускается когнитивная неадаптивная схема, как правило сформированная в раннем онтогенезе, по мысли автора, когда информация воспринимается эмоционально, но не критично.

Естественно, что данная классификация ранних схем не имеет целью призыв к диагностике у пациента того или иного типа дезадаптации. В известной мере классификация – это всегда условность. Это концептуальная, основанная на опыте консультирования и терапии структура, помогающая ориентироваться терапевту в переживаниях пациента и направлять терапию по эффективному структурированному руслу.

Эти схемы касаются того, как мы автоматически (без критической оценки реальной ситуации) начинаем мыслить дезадаптивно, например не доверяя окружающим или опасаясь открыть свои чувства, не можем получить удовольствие даже от признания и очевидного успеха, списывая все на «волю случая». За всеми этими эмоционально-когнитивными, а следовательно, выраженными и в поведении реакциями стоят ранние неадаптивные схемы. Ранние – потому что возникают в детстве в ситуации некритического восприятия оценочных суждений в отношении себя или тех, с кем идентифицируется ребенок. Неадаптивные – потому что не позволяют человеку удовлетворять свои потребности и получать удовольствие от жизни, своих достижений, строить взаимоотношения и т.д. (т.е. приводят к дезадаптации и провоцируют эмоциональные и другие расстройства).

На основе своего опыта Дж. Янгу удалось выделить 18 ранних неадаптивных схем в пяти гипотетических областях. Существование «этих схем подтверждается соответствующими исследованиями (Lee, Taylor, & Dunn, 1999; Schmidt, 1994; Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995)» [58, с. 400].

Ранние неадаптивные схемы, по мысли Дж. Янга, имеют несколько отличительных особенностей, по которым можно определить их наличие: 1) воспринимаются как фактические знания о себе и окружающей действительности; 2) поддерживают сами себя, некорректируемы; 3) дисфункциональны; 4) часто активизируются внешними факторами (например, потеря работы или близкого человека, другие эмоционально острые и стрессовые ситуации); 5) в активном состоянии связаны с высоким уровнем аффекта (при снижении критичности к ним); 6) обычно возникают в результате взаимодействия присущего ребенку темперамента с дисфункциональными

переживаниями в процессе развития от общения с членами семьи или осуществляющими уход за ребенком лицами (Дж. Янг, 1999) [58, с. 405].

По нашему мнению, совсем не обязательно, что эти схемы формируются именно в детстве, иногда они рождаются в острых стрессовых ситуациях, когда критическая оценка информации затруднена, поглощается аффектом. Почвой для цементирования таких схем является эмоционально нестабильный, интенсивный, значимый по каким-то параметрам и/или неприятный опыт, в результате чего человек начинает воспринимать все схожее хоть в чем-то ситуации через призму этого опыта. Однако Дж. Янг видит «корень зла» во взаимоналожении темпераментных основ ребенка (его склонности к той или иной схеме) и негативных переживаний коммуникации с родителями или теми, кто их заменяет. Поэтому автор анализирует и специфику родительских отношений, семейную атмосферу, которые могут спровоцировать каждую из описанных им 18 неадаптивных схем [187].

Анализируя такое состояние пациента, как разрыв связей и неприятие, заключающееся в том, что ожидания, потребности в безопасности, стабильности, заботе, эмпатии и принятии не будут удовлетворяться, Дж. Янг отмечает, что члены такой родительской семьи характеризуются отстраненностью, холодностью, одиночеством, непредсказуемостью или склонностью к жестокому обращению. Автор выделяет схему «заброшенность/нестабильность», которая провоцирует базовое недоверие и незащищенность. Поведение близких воспринимается в этой схеме как ненадежное или нестабильное. Значимые другие, как кажется обладателю этой схемы, не смогут постоянно оказывать поддержку или защиту в связи со своей эмоциональной нестабильностью и непредсказуемостью (например, вспышки гнева), «ненадежностью или нерегулярным присутствием, потому что могут вскоре умереть или оставить пациента ради более достойного человека» [58, с. 400].

Второй схемой в рамках разрыва связей, по Дж. Янгу, является схема «недоверие/жестокое обращение», сопровождаемая возникновением таких когнитивных, как ожидание, что окружающие причинят ущерб, будут жестоко обращаться, унижать, лгать, манипулировать, злоупотреблять своим положением. При этом характерно осмысление ущерба как намеренно причиняемого или являющегося результатом несправедливости и небрежности. Может включать ощущение

того, что пациента «обходят», т.е. ему достается «худший кусок». Эта схема сходна с параноидной проекцией, при которой окружающим приписывается (атрибутируется) недружелюбное отношение, намерения издеваться и причинять вред специально [58].

Схема Дж. Янга «эмоциональная депривация» характеризуется тем, что возникает автоматическое ожидание того, что эмоциональной поддержки не будет. При этом автор выделяет три формы депривации: а) заботы – как отсутствие внимания, симпатии, теплоты или дружеского расположения; б) эмпатии – как отсутствие в других понимания, желания выслушать, поделиться личной информацией, чувствами; в) защиты – как отсутствие силы или руководства со стороны других людей [58].

Четвертую схему Дж. Янг называет «ущербность/стыд». В рамках доминирования этой схемы возникает уверенность в собственной ущербности, нежеланности, некомпетентности в важных вопросах. Характерно опасение утратить любовь значимых других при обнаружении своей некомпетентности, сопровождаемое повышенной чувствительностью к критике, отвержению и обвинению. На первый план могут выходить застенчивость и социальные страхи, склонность сравнивать себя с другими, тотальное чувство незащищенности или стыда за субъективно осмысляемые пороки, которые могут быть личного плана (например, эгоизм, вспышки гнева, неприемлемые сексуальные желания) или межличностными (например, физические недостатки, неловкость в обществе). Эта схема ущербности характерна для социофобии, сопровождаемой депрессивными эпизодами [58].

Следующая схема также связана и с социофобическими переживаниями, и с депрессией, Дж. Янг называет ее «социальная изоляция/отчуждение». Эта схема провоцирует чувство оторванности от остального мира, своего отличия от других людей и/или непричастности к группе или сообществу.

Нарушение автономии и функционирования заключается в том, что ожидания относительно себя и окружения мешают проявлению способности к сепарации, выживанию, независимому функционированию. Семьи, в которых запускается данная схема, характеризуются гиперопекой, подрывающей веру ребенка в свои силы, они не поощряют компетентное функционирование ребенка за пределами семьи. При этом возникает сема «зависимость/некомпетентность», выглядящая часто как нерешительность, в которой убежденность паци-

ента в своей неспособности компетентно выполнять повседневные обязанности без значительной посторонней помощи (например, заботиться о себе, разрешать повседневные проблемы, правильно судить о происходящем, справиться с новым заданием, принимать верные решения) [58].

Схема «повышенная восприимчивость к ущербу или болезни» сопровождается страхом, что в любой момент может разразиться катастрофа, которую пациент не в силах будет предотвратить. Страхи концентрируются на одной из следующих тем: а) медицинские катастрофы (например, сердечный приступ, СПИД); б) эмоциональные катастрофы (например, потеря рассудка); в) внешние катастрофы (например, падение лифта, нападение преступников, авиакатастрофа, землетрясение). Такая схема опасности характерна не столько для депрессий, они здесь, скорее, вторичны, сколько для разнообразных фобий, например агарофобии, а также обсессивно-компульсивного расстройства, ипохондрических симптомов [58, 187].

Схема «чрезмерная близость/отсутствие самодостаточности» характеризуется эмоциональной вовлеченностью и близостью с одним или несколькими значимыми другими (часто родителями), в ущерб полной индивидуализации или нормальному социальному развитию. Часто включает убежденность в том, что по крайней мере один из вовлеченных в отношения индивидов не сможет выжить или не будет счастлив без постоянной поддержки со стороны другого. Может включать ощущения сдерживания или слияния с другими людьми, а также неразвитую идентичность. Часто переживается как чувство пустоты и инертности, бесцельности жизни [58].

Следующая схема обозначена Дж. Янгом как «несостоятельность». Эта схема состоит из иррациональной убежденности в неизбежности неудач в настоящем и будущем, собственной неадекватности по сравнению со сверстниками в различных сферах (школа, карьера, спорт). Часто включает убежденность в собственной глупости, бездарности, отсутствии способностей, необразованности, низком статусе, неуспешности и др.

Нарушенные границы мыслятся Дж. Янгом как ущербность внутренних границ, безответственность, неспособность поставить перед собой долгосрочные цели, что в итоге приводит к неспособности уважать права и границы окружающих, сотрудничать с ними, сдерживать свои обещания и достигать собственные цели. По мнению автора, эта схема может формироваться в семейной атмосфере с

преобладанием вседозволенности, попустительства, недостаточного руководства или ощущения превосходства вместо здоровой конфронтации, дисциплины, установления границ ответственности, взаимного общения и постановки задач.

В рамках этого типа патологии Дж. Янг выделяет схему «избранность/превосходство», которая состоит в иррациональной убежденности в своем превосходстве над другими людьми; в обладании особыми правами и привилегиями; необязательности для себя правил взаимности, которыми обычно руководствуются люди при общении. В атмосфере семьи главенствует «уверенность в необходимости и возможности удовлетворять свои желания независимо от реальных обстоятельств и мнения окружающих или их затрат; чрезмерное внимание к внешним признакам превосходства (например, принадлежность к наиболее успешным, знаменитым и богатым – с целью обретения власти и контроля, а не для привлечения внимания или получения одобрения)» [58, с. 402]. При этом возможно стремление конкурировать или доминировать над другими: проявление власти или навязывание своей точки зрения, контроль за поведением окружающих, которые обязательно должны соответствовать желаниям пациента – без эмпатии или заботы об их потребностях или чувствах.

Схема «недостаточный самоконтроль/самодисциплина» предполагает устойчивые затруднения или нежелание контролировать себя и низкую фрустрационную толерантность при достижении личных целей, а также неспособность контролировать проявление эмоций, импульсов. В менее выраженных случаях пациент преувеличенно избегает дискомфорта: боли, конфликтов, конфронтации, ответственности или перенапряжения – ценой личных достижений, выполнения своих обязательств или личностной целостности [58].

Сверхориентированность вовне понимается автором, в противовес предыдущему типу нарушения, как пристальное внимание к желаниям, чувствам и реакциям окружающих в ущерб собственным потребностям, чтобы добиться любви и одобрения, поддержать в себе ощущение связи с окружающими или избежать возмездия. Отношения в воспитывающей семье такого типа могут быть основаны на условном принятии: дети должны подавлять важные аспекты «я», чтобы заслужить любовь, внимание и одобрение. Во многих подобных семьях эмоциональные потребности и желания родителей – или социальное принятие и статус – ставятся выше уникальных потребностей и чувств ребенка [58].

В рамках этого типа нарушения выделяется схема «подчинение». Это избыточная вынужденная передача контроля над своими действиями другим людям во избежание гнева, возмездия или заброшенности. Две основные формы подчинения: а) потребностей: подавление собственных предпочтений, решений и желаний; б) эмоций: подавление эмоциональных проявлений, особенно гнева. Пациент считает, что его желания, мнения и чувства не представляют интереса для окружающих. Это может приводить к накоплению гнева, проявляющегося в симптоматике нарушенной адаптации (например, при пассивно-агрессивном поведении характерны неконтролируемые вспышки ярости, психосоматические симптомы, уклонение от проявлений симпатии, «отыгрывание», злоупотребление психоактивными веществами) [58].

В рамках сверхориентированности вовне Дж. Янг также выделяет «жертвенность» как схему озабоченности тем, чтобы удовлетворять потребности других людей в повседневной жизни в ущерб собственным интересам. В основе нежелания причинить боль окружающим – избегание чувства вины за эгоизм или поддержание связи с нуждающимися, по субъективным представлениям пациента, людьми. Это связано с повышенной восприимчивостью к боли других людей и приводит к ощущению неполного удовлетворения собственных потребностей, а также обиде на тех, о ком пациент заботится [58].

Схема «потребность в одобрении/признании» описывает стремление получить одобрение, признание или внимание от других людей или желание любыми средствами обеспечить собственную безопасность. Самоуважение преимущественно зависит от реакции окружающих, а не от собственных естественных склонностей, при этом наблюдается чрезмерное внимание к своей внешности, стремление к социальному принятию, материальному благополучию и достижениям, одобрению, восхищению. Это может приводить к повышенной восприимчивости к отвержению [58].

Подавление собственных спонтанных чувств, импульсов и решений или стремление соответствовать жестким, интернализированным правилам функционирования и этичного поведения автор называет схемой «сверхбдительности и подавления эмоций». При этом человек действует в ущерб собственному удовольствию, отдыху, самовыражению, отношениям с близкими и здоровью. Для родительской семьи могут быть характерны суровость, требовательность

с оттенком обвинения: исполнение своих обязанностей, долг, перфекционизм, соблюдение правил, сокрытие эмоций, избегание ошибок превалируют над удовольствием, радостью и отдыхом. Это признаки скрытой склонности к пессимизму и беспокойству, которая становится очевидной, если индивиду не удастся проявить бдительность и осторожность [58].

Навязчивая ригидная концентрация внимания на негативных аспектах жизни (боль, смерть, утрата, разочарование, конфликт, вина, обида, неразрешенные проблемы, возможные ошибки, предательство и пр.) на фоне преуменьшения значения позитивных или вселяющих оптимизм аспектов Дж. Янг называет схемой «негативизм/пессимизм». Схема отличается завышенными ожиданиями в разнообразных ситуациях, связанных с работой, финансами и межличностным взаимодействием, сопровождается опасениями неудачи, страхом допустить ошибку, которая приведет к краху, утрате, унижению или попаданию в проблемную ситуацию. В связи с преувеличением вероятности возможных негативных исходов эти пациенты часто склонны к беспокойству, бдительности, жалобам и нерешительности [58].

Подавление спонтанных действий, чувств или стремления к общению во избежание неодобрения со стороны других людей, характерные чувства стыда или утраты контроля над собственными импульсами автор называет подавление эмоций. Наиболее распространенные сферы подавления включают: а) подавление гнева и агрессии; б) подавление позитивных импульсов (например, радости, симпатии, сексуального возбуждения, игривости); в) неумение дать знать другим людям о своих слабых сторонах или свободно выразить свои чувства, потребности и др.; г) избыточная рациональность в ущерб эмоциям [58].

Еще одна схема – «жесткие стандарты/чрезмерная критичность». В основе данной схемы лежит убеждение в том, что необходимо соответствовать высоким интернализированным стандартам поведения и функционирования, как правило, чтобы избежать критики. Со временем это приводит к чувству напряженности, невозможности остановиться; к повышенной требовательности к себе и другим, поэтому характеризуется невозможностью получения удовольствия, неумением расслабиться, сохранить здоровье, поддержать самооценку. Обладатели такой схемы не могут испытывать удовлетворенности своими достижениями или взаимоотношениями с другими людьми [58].

Эти суровые стандарты проявляются: а) в перфекционизме, необычайном внимании к деталям, недооценке высокого качества своего функционирования по сравнению с нормой; б) жестких правил и «долженствовании» во многих сферах жизни; в) озабоченности рациональным расходом времени и высокой эффективностью деятельности, чтобы достичь большего [58].

Последнюю схему Дж. Янг обозначил как «спунитивность». В основе этой схемы лежит убеждение, что за ошибки следует жестоко наказывать. Включает склонность к проявлениям гнева, нетерпимость, стремление винить людей (включая себя), которые не отвечают ожиданиям или стандартам пациента. Обычно предполагает невозможность прощать ошибки себе или другим, что связано с нежеланием принимать в расчет обстоятельства, людское несовершенство или власть эмоций [Там же, с. 405].

Согласно Дж. Янгу, дети научаются конструировать реальность посредством ранних переживаний своего взаимодействия с окружающей действительностью, особенно со значимыми другими. Ранние переживания формируют неадаптивные установки и убеждения. Например, у ребенка может развиться схема, вызывающая мысль о том, что все его действия недостаточно хороши.

Схемы обычно не осознаются и могут никак не проявляться вплоть до конкретного жизненного события (например, увольнения с работы), запускающего схему. С этого момента пациент классифицирует, отбирает и кодирует информацию таким образом, чтобы поддерживать схему несостоятельности. Ранние неадаптивные схемы подготавливают страдающих депрессией пациентов к характерному искажению событий, что позволяет им быть низкого мнения о себе, своем окружении и строить негативные прогнозы на будущее [Там же].

3.7. Структура когнитивной терапии

Наличие схем, которые мешают человеку эффективно удовлетворять свои потребности, не означает, что их надо пытаться «слопать». Психотерапия ни в коем случае не сводится к попытке разубедить человека в отсутствии у него логики, в иррациональности и неправильности его суждений. Человек, если ему это нужно, в результате сессий осмыслит ряд своих убеждений как неадаптивных,

только тогда он сможет самостоятельно сформулировать свой индивидуальный адаптивный ответ, являющийся альтернативным по отношению к «схеме».

Главная задача первого терапевтического интервью заключается в облегчении симптоматики. Уменьшение выраженности симптомов удовлетворяет потребность пациента в избавлении от страданий, а также «помогает установить раппорт, наладить сотрудничество, вселить надежду на успех». Снижение интенсивности симптоматики «достигается не только за счет установления раппорта, проявления симпатии и обещания исцеления; когнитивному психотерапевту следует обосновать свои заверения, очертив круг проблем и наметив некоторые стратегии их разрешения» [58, с. 410].

Задача точной формулировки проблем остается актуальной на протяжении всего начального этапа психотерапии. Психотерапевт работает с пациентом над выявлением конкретных проблем, на которых предстоит сфокусироваться в процессе психотерапии. Для этого когнитивный психотерапевт составляет максимально полное представление о психологических и жизненных трудностях пациента. Кроме того, психотерапевт выясняет глубину депрессии и конкретную клиническую симптоматику. Когнитивный психотерапевт особенно интересуется тем, как сам пациент видит свои проблемы.

После определения проблемы ранжируются их по очередности. Решения принимаются, исходя из возможности достижения реальных терапевтических изменений, а также общего вклада данной жизненной проблемы или убеждения в эмоциональный дискомфорт пациента. Чтобы помочь пациенту принять правильное решение, необходимо видеть взаимосвязи между отдельными мыслями, жизненными ситуациями и неприятными переживаниями [Там же].

Другая задача начальной сессии – продемонстрировать тесную взаимосвязь между убеждениями и эмоциями. Когда психотерапевт замечает у пациента смену настроения (например, он начинает плакать), он указывает на это и предлагает пациенту припомнить мысли, которые возникли у него непосредственно перед изменением настроения. Затем психотерапевт выделяет «негативную» мысль, указывая на ее взаимосвязь со сменой настроения. По ходу терапии постоянно практикуются домашние задания, которые вначале нацелены на осмысление и осознание тесной связи между убеждением и эмоцией.

На ранних этапах психотерапии часто возникает необходимость приобщить пациента к когнитивной психотерапии. Если до этого

пациент приобрел опыт психоаналитически ориентированной, или роджерсовской, терапии, он ожидает недирективного терапевтического подхода, более ориентированного на инсайт [58, с. 410]. В силах когнитивного психотерапевта ускорить переход к более активной, структурированной позиции, поддерживая интерес к решению задач, что на практике выражается в мягком прерывании пациента, когда он пытается рассуждать об источниках проблем и ждет комментариев от психотерапевта.

На первых сессиях необходимо убедить пациента в обязательности домашних заданий, показав, что они даже важнее самой психотерапевтической сессии. Кроме того, следует разъяснить, что пациенты, выполняющие домашнее задание, обычно быстрее добиваются результатов. В одном из последующих разделов данной главы более подробно рассматриваются природа и подходы к выполнению домашнего задания на самопомощь.

Распределение домашних заданий осуществляется по степени их сложности. Сначала планируется выполнение заданий, которые помогут пациенту мобилизоваться и начать бороться с инертностью, характерной для депрессии. Поскольку большинству пациентов лучше продвигаться вперед маленькими шагами, задания распределяются по степени сложности, чтобы пациент постепенно добивался все более серьезных успехов. Пациент или клиент «распределяет задания по шкале “мастерства и удовольствия”, в соответствии с тем, какой уровень мастерства он продемонстрировал при их выполнении и в какой степени это доставило ему удовольствие. Эта техника стимулирует пациентов к достижению успеха» [160, с. 317].

Если пациент боится выполнять задания, с ним во время психотерапевтического сеанса проводится предварительная работа в форме бихевиоральной репетиции. Во время репетиции пациент практикуется в использовании техник, получая возможность оценить негативные автоматические мысли, возникающие в ходе выполнения заданий. Бихевиоральные техники используются и при составлении программы экспериментов по проверке гипотез, сформулированных на основе негативных автоматических мыслей пациента [58, 160].

Ход типичной психотерапевтической сессии начинается с согласования повестки дня. Это необходимо в целях экономии времени в течение этого сравнительно краткосрочного терапевтического вмешательства, направленного на решение проблем. Обсуждение обычно начинается с непродолжительного разговора о переживаниях пациен-

та со времени, прошедшего после предыдущей сессии, включая разбор домашнего задания [58, с. 411]. Затем психотерапевт интересуется, над чем пациент хочет работать, предлагая темы для обсуждения.

Составление расписания – одна из важнейших когнитивных техник. Поскольку успешность когнитивной терапии во многом зависит от того, использует ли пациент ее техники за пределами кабинета психотерапевта, важно помочь ему правильно составить расписание действий. «Применение бихевиоральных техник особенно важно на ранних стадиях психотерапии для пациентов, находящихся в глубокой депрессии, поскольку те еще не способны к интроспекции, необходимой для работы с автоматическими мыслями и представлениями», – отмечает А. Бек [160, с. 316–317]. Сначала психотерапевт просит пациента составить ежедневное расписание обычных дел. Используя его в качестве основы, они вдвоем планируют выполнение домашней работы. Домашние задания варьируют в зависимости от того, на какой стадии находится психотерапия, и от потребностей пациента [11, 12, 160, 168].

После формулировки списка проблем и тем определяется очередность их рассмотрения и, «в случае необходимости, на каждую из этих тем выделяется время». При установлении приоритетов «следует учитывать ряд моментов, в частности этап психотерапии, выраженность депрессии, вероятность достичь успехов в решении данной проблемы и возможное влияние данной проблемы на другие сферы жизнедеятельности пациента». Когнитивный психотерапевт «должен откликаться на возникающее время от времени у пациента желание обсудить нечто важное в данный момент, даже если это обсуждение не будет явно способствовать достижению целей терапии». Подобная тактика – это «обязательная составляющая отношений терапевтического сотрудничества» [58, с. 411].

После этого предварительного этапа пациент с психотерапевтом приступают к обсуждению одной-двух проблем, намеченных на эту сессию. Психотерапевт начинает обсуждение проблемы с адресованной пациенту серии вопросов с целью выяснить природу его затруднений. Психотерапевт пытается установить, имеют ли в данном случае место ранние неадаптивные схемы, искаженная интерпретация событий или нереалистичные ожидания. Психотерапевт также старается установить, насколько реалистичны ожидания пациента, адекватно ли его поведение и все ли возможные решения проблемы были учтены. По реакциям пациента можно судить о причинах воз-

никновения у него затруднений в той или иной сфере жизнедеятельности. Теперь можно отобрать одну-две значимые мысли, схемы, образа или вида поведения, над которыми предстоит поработать.

Избрав проблему-мишень, психотерапевт принимает решение об использовании тех или иных когнитивных или поведенческих техник и делится своими соображениями с пациентом.

В заключение пациенту предлагается подвести самостоятельный субъективный итог, возможно в письменной форме, изложить основные выводы, к которым удалось прийти во время сессии. Психотерапевт интересуется впечатлением пациента от сессии с целью установить, были ли во время сессии неприятные моменты, которые могли бы вызвать отсроченные негативные реакции после интервью. Далее дается домашнее задание, позволяющее закрепить навыки, полученные на сессии, применяя их к конкретным проблемам, которые возникнут в течение следующей недели.

Структура сессий когнитивной психотерапии – в отличие от их содержания – не меняется в зависимости от этапа вмешательства. На первом этапе в центре внимания находится «ослабление симптоматики, вселение надежды, выявление проблем, установление приоритетов, приобщение пациента к когнитивной психотерапии, налаживание отношений сотрудничества, демонстрация взаимосвязи между убеждением и эмоцией, конкретизация ошибок мышления и обеспечение быстрого продвижения к решению проблемы-мишени». Психотерапия строится вокруг симптоматики пациента, «внимание при этом уделяется поведенческим и мотивационным затруднениям». Как только пациент достигает заметных терапевтических изменений в этих сферах, «акцент переносится на содержание и стереотипы его мышления» [58, с. 412].

В отличие от первого этапа, на втором, или сфокусированном на схемах, этапе в центре внимания находится профилактика рецидивов. Поскольку депрессия у пациента не столь выражена, можно перейти от конкретных мыслей по поводу тех или иных проблем к схемам, затрагивающим представления о себе и окружающей действительности, которые лежат в основе большинства трудностей пациента. Обнаружив схему, тут же можно выяснить правила и формулы суждения о мире, которые усвоил развивающийся индивид, после чего схема продолжает определять формирование из впечатлений убеждений, выбор целей, оценку и модификацию поведения, а также интерпретацию событий в последующей жизни. Цель когнитивной психотерапии – противодействовать влиянию схем и трансформировать

дисфункциональные стереотипы. Считается, что изменение самих схем делает пациента менее уязвимым к депрессии в будущем [58].

На этом втором этапе на пациента перекладывается большая часть ответственности за выявление проблем, нахождение решений и реализацию этих решений на практике в процессе выполнения домашнего задания. Психотерапевт выполняет роль консультанта, пока пациент научается самостоятельно, без постоянной поддержки, применять терапевтические техники. С течением времени пациент приобретает навыки эффективного разрешения проблем, результатом является снижение частоты сессий, затем психотерапия прекращается.

Специфические когнитивные техники позволяют составить представление о когнитивной организации пациента. Когнитивный психотерапевт применяет особые техники для выявления автоматических мыслей, проверки их обоснованности и выделения схем, с помощью которых удастся выяснить, в том числе самому пациенту, на чем основаны его представления об окружающей действительности. Применяя специфические когнитивные техники, психотерапевт обязательно должен работать в рамках когнитивной модели депрессии. Далее в порядке очередности описан каждый набор техник.

Выявление автоматических мыслей, как мы уже указывали в работе, – важный этап психотерапии. «Автоматическими» называются те мысли, «которые вклиниваются в промежутки между внешними событиями и эмоциональными реакциями индивида на эти события». Эти мысли не вполне осознаваемы, поскольку представляют собой часть «повторяющегося стереотипа мышления», возникают регулярно и на короткое время. Люди не задумываются над их обоснованностью, ведь автоматические мысли привычны и субъективно правдоподобны. В процессе когнитивной психотерапии «пациенту предстоит научиться распознавать эти автоматические мысли». Когнитивный психотерапевт с пациентом прилагают «совместные усилия по обнаружению конкретных мыслей», которые предшествуют эмоциям, таким как гнев, печаль и тревога. Психотерапевт «прибегает к расспросу, созданию мысленных образов и проигрыванию ролей с целью выявления автоматических мыслей» [58, с. 413].

Чтобы обнаружить автоматические мысли, можно задать пациенту вопрос, какие мысли пришли ему в голову как реакция на те или иные события. Это позволит показать подход к интроспективному исследованию, который может быть использован самостоятельно в отсутствие психотерапевта и после завершения вмешательства.

Если же пациент может указать те внешние события и ситуации, которые вызвали у него определенную эмоциональную реакцию, психотерапевт может предложить воспользоваться техникой создания мысленных образов, попросив пациента представить ситуацию во всех подробностях. Пациент может «самостоятельно выявить автоматические мысли, связанные с реальными ситуациями, если ему удалось создать достаточно четкий мысленный образ». Применяя эту технику, «психотерапевт просит пациента расслабиться, закрыть глаза и вообразить себя в неприятной ситуации». Пациент подробно описывает происходящее, мысленно переживая данное событие [58, с. 413].

Бывает, что проблематичное неприятное событие включает участие другого человека, психотерапевт в этом случае может прибегнуть к разыгрыванию ролей. Сам он играет роль другого участника взаимодействия, в то время как пациент выступает от своего имени. Автоматические мысли обычно легко обнаруживаются, когда пациент входит в роль.

Занимаясь выявлением автоматических мыслей, «психотерапевт внимательно следит за переменами в настроении пациента во время сессии и сразу же интересуется, какие мысли этому предшествовали». Перемена настроения включает любую эмоциональную реакцию, например гнев и слезы. Эта техника «полезна, когда пациент только учится выявлять автоматические мысли» [58, с. 413].

Далее, совместно с обучением вычленению и идентификации автоматических мыслей предлагается вести ежедневный отчет о них, в котором фиксируются эмоции и автоматические мысли, возникающие в неприятных ситуациях в промежутках между психотерапевтическими сессиями. На последующих сессиях пациентов обучают рациональной реакции на свои дисфункциональные автоматические мысли, которые также надлежит фиксировать в отдельной графе. Ежедневные отчеты за прошедшую неделю анализируют в начале следующей психотерапевтической сессии.

Для таких ежедневных отчетов пациентам задают следующие инструкции-вопросы: «Когда у вас возникает неприятное чувство (эмоция), укажите ситуацию, которая могла вызвать его (ее) появление. Далее укажите автоматическую мысль, связанную с этим чувством. Оцените степень своей убежденности в этой мысли: 0 % – абсолютно нет, 100 % – полностью. При оценке выраженности эмоции: 1 – минимальная выраженность, 100 – максимально возможная» [58, с. 414].

Таблица 2

Ежедневный отчет о дисфункциональных мыслях [11, 12, 29, 63]

Дата Ситуация	Эмоция(и)	Автоматиче- ские мысли	Рациональная реакция	Результат
Опишите реальное событие, вызвавшее неприятное чувство (эмоцию)	Конкретизируйте, печаль/тревога/гнев и т.д.	Запишите автоматические мысли, вызвавшие эмоции	Запишите рациональную реакцию на автоматические мысли	Заново оцените убежденность в правильности автоматических мыслей (0–100 %)
Ход мыслей, воспоминаний, вызвавших негативную эмоцию	Оцените выраженность эмоции (1–100)	Оцените убежденность в правильности этих мыслей (0–100 %)	Оцените убежденность в правильности рационального ответа (0–100 %)	Конкретизируйте и оцените соответствующие эмоции (1–100)

Выявление автоматических мыслей отличается от процесса интерпретации. Предложение мыслей со стороны психотерапевта может подорвать сотрудничество и мешает пациенту научиться представлять мысли самостоятельно. В крайнем случае, «когда неинтересные стратегии себя не оправдывают, когнитивный психотерапевт может предложить несколько возможных автоматических мыслей, заинтересовавшись у пациента, не подходит ли в данном случае одна из них» [58, с. 415].

Некоторые из автоматических мыслей могут остаться нераспознанными, несмотря на мастерство психотерапевта. Тогда необходимо уточнить смысл события, вызвавшего эмоциональную реакцию. Например, «пациентка начинала плакать, когда ссорилась с соседкой по комнате, своей лучшей подругой». Попытки выявить автоматические мысли оказались безуспешными. Только после того как «психотерапевт задал серию вопросов с целью выяснить значение события, обнаружилось, что пациентка связывала ссору или драку с прекращением отношений». Благодаря этому удалось узнать, отчего она плакала [Там же].

Бек приводит схему для работы с дисфункциональными когнитивными вопросами для клиента для вычленения всех параметров обстоятельства: ситуации, автоматических мыслей, эмоций, адаптивного ответа и результата [169].



Пример интерпретации (рисунок взят из: [128, с. 279])

При вычленении этих параметров важно оценивать степень уверенности в убеждении и интенсивность эмоционального переживания «до» и «после» адаптивного ответа, чтобы испытуемый имел экспериментальную возможность увидеть, как от простой формулировки альтернативной мысли меняется эмоциональное состояние.

Проверка реалистичности автоматических мыслей проводится когнитивным психотерапевтом, он работает вместе с пациентом, чтобы представить умозаключения в виде проверяемых гипотез (идея о том, что реалии, с помощью которых человек описывает мир и предсказывает последовательность событий, — суть гипотезы, которые человек строит и проверяет, принадлежит Дж. Келли).

Постепенно убеждения пациента становятся более реалистичными, поскольку увеличивается объективность его взгляда на мир и расширяется поле зрения (гибкость мышления). Например, «один пациент думал, что если он будет внимательно пересчитывать сдачу в присутствии кассира, тот обязательно как-нибудь проявит свое негативное отношение к этому» [160, с. 316]. Вместе с психотерапевтом они сформулировали следующую гипотезу: «Когда я буду считать сдачу, кассир по-особому на меня посмотрит». При проверке эта гипотеза оказалась верной лишь в 5 % случаев, в то время как в 95 % эти ожидания не оправдались. Другой пациент считал, что «все

будут обращать на него внимание и неодобрительно смотреть в его сторону, если он будет необычно выглядеть». Убежденность в том, что «они являются центром внимания, типична для большинства людей, страдающих депрессией и повышенной тревожностью» [160, с. 316]. Когда пациент, в соответствии с терапевтическим планом, вышел на улицу шаткой походкой, небритый и не очень аккуратно одетый, он выяснил, что очень мало кто из прохожих обратил на него внимание [29, 160].

Таблица 3

Вопросы клиенту для выявления основных параметров когнитивной терапии [12, 29]

Дата/время	Вопросы клиенту
Ситуация	1. Какое конкретно событие, либо поток мыслей и/или образов, либо воспоминаний пришли вам на ум? 2. Были ли у вас неприятные физические ощущения и если да, то какие именно?
Автоматические мысли	1. Какие мысли и/или представления возникли у вас? 2. Насколько вы были убеждены в их истинности в тот момент, когда они возникали?
Эмоции	1. Что вы в тот момент чувствовали (грусть, тревогу, злость и т.д.)? 2. Насколько ярко была выражена каждая из этих эмоций?
Адаптивный ответ	1. (желательно) Какое когнитивное искажение вы допустили? 2. Используйте вопросы, приведенные ниже, чтобы сформулировать ответ на автоматические мысли. 3. Насколько вы убеждены в каждом ответе?
Результат	1. Насколько теперь вы убеждены в истинности каждой автоматической мысли? 2. Какие эмоции вы сейчас испытываете? Насколько каждая из них интенсивна (в континууме 0–100%)? 3. Каковы будут ваши дальнейшие действия?

Дж. Бек также приводит пример вопросов для формулирования адаптивного ответа:

(1) Каковы доказательства истинности этой автоматической мысли? Каковы доказательства обратного?

(2) Существует ли альтернативное объяснение?

(3) Что самое худшее может произойти? Смогу ли я пережить это? Каков самый лучший исход? Каков самый реалистичный вариант развития событий?

(4) Каковы последствия моей убежденности в истинности этой автоматической мысли? Что произойдет, если я изменю свое мышление?

(5) Что я могу сделать?

(6) Если бы в подобной ситуации оказался мой друг и у него были подобные мысли, что я мог бы сказать ему?

После выявления краеугольной автоматической мысли ее рассматривают как подлежащую проверке гипотезу [11, 12, 29, 63]. Такой «научный» подход лежит в основе когнитивной психотерапии, в процессе которой пациент, как и объяснял Дж. Келли, научается думать в исследовательской манере, подобно ученому: «Собирая данные, оценивая факты и делая выводы, пациент приучается к мысли, что субъективные взгляды могут сильно отличаться от реального состояния дел» [58, с. 415]. Разрабатывая эксперименты с целью объективной оценки автоматических мыслей, пациенты осваивают способы модификации мышления, переходят к «рациональному мышлению». Далее эти навыки можно практически применять после завершения формальной психотерапии.

При экспериментальной проверке обоснованности автоматических мыслей пациенту предлагается припомнить и перечислить факты из собственного опыта, свидетельствующие за и против данной гипотезы. Иногда после их анализа пациенты немедленно отказываются от автоматической мысли, обнаруживая ее явную неверность.

Если гипотезу по причине отсутствия соответствующего опыта невозможно проверить, психотерапевт предлагает спланировать и провести соответствующий эксперимент. Начинается сбор фактического материала. В случае если факты противоречат прогнозу, это доказывает необоснованность автоматической мысли. Результаты эксперимента могут и подтвердить сделанный пациентом прогноз. Следовательно, психотерапевт не должен заранее усматривать в автоматической мысли пациента искажения мышления.

Некоторые автоматические мысли не могут быть проверены как гипотезы в результате эксперимента или анализа фактов. Здесь видятся два выхода из положения: либо воспользоваться собственным опытом и сформулировать его в виде вопроса, позволяющего выявить противоречия, либо психотерапевт может задать вопрос, направленный на обнаружение логических ошибок в убеждениях пациента. Так, «можно сказать пациенту-мужчине, утверждающему, что у него непременно должно быть не менее трех близких друзей:

“В прошлом году вы были один и чувствовали себя неплохо, почему вы считаете, что сейчас этого не переживете?”» [58, с. 415].

В процессе анализа автоматических мыслей иногда необходимо уточнять смысл, который вкладывает пациент в конструкт, употребляемый им. Особенно в отношении терминов: «плохой», «глупый» или «эгоистичный» и т.д.

Д. Барлоу приводит такой пример. Пациент выделяет следующую мысль: «У меня отсутствуют способности к математике». Пришлось работать на сужение значения слова, чтобы проверить обоснованность мысли. Они определили «отсутствие способностей» к математике как «неспособность получить оценку «удовлетворительно» после того, как на математику затрачено столько времени, сколько в среднем тратят одноклассники». Теперь появилась возможность проанализировать прошлый опыт и проверить обоснованность гипотезы. Это помогает пациентам увидеть, что негативные мысли часто имеют общий характер, а автоматические мысли играют роль своеобразного аллергена [Там же, с. 416].

Еще одной полезной техникой, с помощью которой пациенту удастся отвергнуть необоснованное самообвинение, является реатрибуция. При депрессии широко встречается когнитивный стереотип испытываемого чувства вины или ответственности за негативные события. Реатрибуция применима в тех случаях, когда пациент без учета реальных обстоятельств объясняет неблагоприятные последствия своей ущербностью, отсутствием способностей или недостаточными усилиями. Психотерапевт с пациентом анализируют соответствующие события и реалистично распределяют ответственность.

Цель реатрибуции — не столько полное избавление пациента от ответственности, сколько изучение факторов, которые могли повлиять на неблагоприятное развитие событий. Благодаря этому пациенты могут объективно взглянуть на ситуацию, избавиться от неоправданного чувства вины и заняться поиском реального способа решения проблемы или предотвращения возникновения ее в будущем.

Здесь бывает важно «продемонстрировать пациенту, что он гораздо строже относится к себе, чем к другим, с готовностью берет на себя вину за собственное неудовлетворительное поведение, прощая другим их ошибки». Когнитивные психотерапевты «разъясняют пациентам, что некоторыми своими проблемами они обязаны депрессии (например, неспособностью концентрироваться), и это вовсе не признаки физической деградации» [Там же].

Если пациенту удастся точно определить реальную жизненную проблему или отсутствие конкретного навыка, когнитивный психотерапевт может воспользоваться техникой выработки альтернатив для активного поиска альтернативных решений. В связи с тем, что при депрессии мышление несколько сужено, новый взгляд на проблему часто подсказывает пациенту приемлемый выход из положения, который до этого, возможно, был отвергнут.

Бихевиоральная техника экспозиции, применяемая при лечении агорафобии, используется и при работе с пациентами, страдающими клинической тревожностью, и может гармонично сочетаться с когнитивными техниками и принципами терапии. Большинство таких людей считают, что уровень их тревожности постоянно высок. Однако приступы тревожности волнообразны. Если человек поймет, что у тревожности есть начало, пик и спад, ему будет легче с ней справиться. Он осознает, что, например, в ситуации общения ему стоит просто дождаться, пока «волна» спадет [11, 12, 160].

Пациенты учатся переносить тревожное состояние в течение все более продолжительных отрезков времени, не прибегая к приему таблеток, не обращая за помощью, не делая телефонных звонков и не убегая. Постепенно они понимают, что могут переносить ситуации, вызывавшие тревожность, не испытывая постоянно растущего чувства дискомфорта [11, 12, 160, 168].

По мнению А. Бека, «функция когнитивного психотерапевта состоит в том, чтобы быть «наставником», помогающим пациенту понять, как он может эффективно справляться со своими проблемами» [160, с. 318]. Терапевт способствует тому, чтобы опыт, накапливаемый пациентом вне психотерапевтических сеансов, способствовал совершенствованию его собственных адаптивных навыков. Поддержание психотерапевтом «оптимального уровня теплоты отношения и определенного стиля поведения не исключает возникновения у пациента негативных реакций или сопротивления» [160, с. 318]. Более того, негативные реакции являются ценной составляющей психотерапии, работа с ними ведется посредством воздействия на лежащие в их основе предположения и дисфункциональные убеждения. Реакции переноса тоже важны, их можно использовать для демонстрации искажений, имеющих место в когнитивных реакциях пациента на психотерапевта.

Большинство высказываний психотерапевта имеют форму вопроса. В этом отражена эмпирическая ориентация когнитивной те-

рапии, а также ее задача – сделать закрытую систему убеждений пациента более гибкой и открытой. Задаваемые вопросы, кроме того, демонстрируют пациенту модель интроспекции, которой он может пользоваться в отсутствие психотерапевта, а также по окончании психотерапии. При помощи вопросов психотерапевт помогает пациенту увидеть и исправить когнитивные искажения и дисфункциональные предположения.

Итак, в чем должен состоять непосредственно план когнитивной психотерапии? Все-таки самым первым шагом в подготовке плана лечения является построение концепции заболевания (модель расстройства). Психотерапевт старается привести дисфункциональные реакции пациента к общему знаменателю. Таким образом, он надеется сразу же решить многие проблемы. А. Бек приводит такой пример: «...одна лечившаяся от повышенной тревожности женщина была подвержена огромному количеству страхов. Она боялась лифтов, тоннелей, гор, закрытых помещений, поездок в автомобилях с открытым верхом, самолетов, плавания, быстрой ходьбы, бега, сильного ветра и влажной жаркой погоды. Проанализировав эти проблемы вместе с пациенткой, психотерапевт пришел к выводу, что все они сводились к боязни задохнуться. Женщина боялась, что задохнется в лифте, в тоннеле, в закрытой машине и вообще в любом закрытом пространстве. Она представляла себе, что в самолете из-за поломки может понизиться уровень кислорода. В открытой машине ей было страшно оттого, что «ветер выхватит воздух» у нее изо рта. Лежа на пляже в жаркий и влажный день, она думала, что вот-вот умрет от нехватки кислорода. В ходе лечения пациентка научилась обращать внимание на то, что происходит с ее дыханием, и стала понимать, что сама мысль об этих ситуациях вызывала у нее ощущение нехватки воздуха» [160, с. 324].

Все эти когнитивные техники предполагают умение психотерапевта задавать вопросы, но ни в коем случае не поучать. Мышление пациентов меняется быстрее при использовании тщательно сформулированных вопросов. Если пациенты настроены на самостоятельную работу с собственными проблемами и сами делают выводы, они с готовностью присоединятся к эффективному процессу поиска решений [58].

Итак, в КБТ в целом человек рассматривается как ученый, формулирующий гипотезы и проверяющий их с помощью имеющихся у него когнитивно-поведенческих и эмоциональных паттернов. По-

следние могут составлять либо дисфункциональное, либо адаптивное единство. Таким образом, психотерапия мыслится как процесс проверки рациональности, реалистичности и обоснованности своих предположений и доказательств. На смену иррациональным мыслям, мешающим субъективному благополучию, сам клиент (пациент) формулирует адаптивные ответы, наблюдая за позитивным изменением своего эмоционального состояния. Параллельно этой проверке мыслей и формулировке новых гипотез важно получить новый поведенческий опыт, позволяющий испытать иные, отличные от негативных ожиданий, переживания. Так, при социофобии, наряду с техниками работы с автоматическими мыслями и глубинными схемами, желательно проводить поведенческие тренинги по формированию навыков, например, социальной коммуникации, реагирования на критику, выражения своего мнения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Айзенк Г. Психология: польза и вред. Смысл и бессмыслица. Факты и вымысел. – Минск: Харвест, 2003. – 912 с.
2. Айзенк Г. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15, № 4. – С. 3–19.
3. Александров А.А. Современная психотерапия: Курс лекций. – СПб.: Академический проект, 1997. – 335 с.
4. Артемьева Е.Ю., Вяткин Ю.Г. Психосемантические методы описания професии // Вопросы психологии. – 1986. – № 3. – С. 127–133.
5. Артемьева Е.Ю. От измерения к модели // Вестн. МГУ. – 1991. – Сер. 14, Психология. – № 1. – С. 61–73.
6. Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики. – М.: Наука; Смысл, 1999. – 350 с.
7. Артемьева Е.Ю. Психология и математика: Модели субъективного мира // Вестн. МГУ. – 1990. – Сер. 14, Психология. – № 3. – С. 4–15.
8. Артемьева Е.Ю., Лучко Л.Н., Стрелков Ю.К. Методика описания трудовых действий // Вопросы психологии. – 1984. – № 5. – С. 149–151.
9. Артемьева Е.Ю., Стрелков Ю.К., Серкин В.П. Описание структуры субъективного опыта: контекст и задачи // Мышление, общение, опыт. – Ярославль, 1983. – С. 99–108.
10. Бандура А. Теория социального научения. – СПб.: Евразия, 2000. – 320 с.
11. Бек А., Раиш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
12. Бек Дж. Когнитивная терапия: Полное руководство. – М.: Вильямс, 2006. – 400 с.
13. Биик Дж. Социальная фобия: путь преодоления. – Режим доступа: <http://www.psyline.ru/socfob.htm>
14. Биик Дж.У. Тренинг преодоления социофобии: Руководство по самопомощи. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2003. – 226 с.
15. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общ. ред. Ю.С. Шевченко. – СПб.: Речь, 2003. – 552 с.
16. Бреслав Г. Психология эмоций. – М.: Смысл: Изд. центр «Академия», 2004. – 544 с.
17. Вильсон Дж. Т. Поведенческая терапия: (Глава из книги «Современная психотерапия») // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. – № 3. – С. 10–30.
18. Виллонас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 288 с.
19. Виллонас В.К. Психология развития мотивации. – СПб.: Речь, 2006. – 458 с.
20. Волкова С.В., Холмогорова А.Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах (на примере тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств) // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 49–60.
21. Выготский Л.С. Мышление и речь. – М.: АСТ, 2004. – 672 с.
22. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М.: Изд-во МГУ, 1960. – 324 с.
23. Выготский Л.С. Лекции по психологии. – СПб.: Союз, 1997. – 144 с.
24. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 51–60.
25. Выготский Л.С. Психология развития как феномен культуры / Под ред. М.Г. Ярошевского. – М.: Ин-т практической психологии. – Воронеж: НПО МОДЭК, 1996. – 512 с.
26. Гаранин Н., Холмогорова А., Юдеева Т. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 18–48.
27. Ги Лефрансуа. Теории научения: Формирование поведения человека. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. – 278 с.
28. Гордеева Т.О. Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы // Современная психология мотивации / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. – 343 с.
29. Гринбергер Д., Падески К. Управление настроением: методы и упражнения. – СПб.: Питер, 2008. – 224 с.
30. Громов В.И., Васильев Г.А. Энциклопедия безопасности. – М.: Академия, 2003. – 320 с.
31. Дауд Т.Е. Когнитивная гипнотерапия. – СПб.: Питер, 2003. – 224 с.
32. Залевский Г.В. Когнитивная терапия при депрессиях // Сибирский психологический журнал. – 1997. – Вып. 7. – С. 73–78.
33. Залевский Г.В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования: Учеб. пособие. – Томск: Том. гос. ун-т, 2006. – 150 с.
34. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993. – 272 с.
35. Залевский Г.В. Теория субъекта и фиксированные формы поведения // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24, № 3. – С. 32–36.
36. Залевский Г.В. Томский опросник ригидности Г.В. Залевского (ТОРЗ) // Сибирский психологический журнал. – 2000. – Вып. 12. – С. 130–137.
37. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения и психологические проблемы семьи как малой групповой системы // Сибирский психологический журнал. – 1999. – Вып. 11. – С. 107–110.
38. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, норме и патологии). – Москва; Томск: Том. гос. ун-т, 2004. – 460 с.
39. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения на уровне индивидуальных и групповых систем // Сибирский психологический журнал. – 2000. – Вып. 12. – С. 36–42.
40. Залевский Г.В. Филогенетические основы фиксированных форм поведения // Сибирский психологический журнал. – 1999. – Вып. 11. – С. 55–58.
41. Зейгарник Б.В. Значение патопсихологических исследований для вопросов общей психологии // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 196–206.

42. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. – 287 с.
43. *Зимбардо Ф.* Застенчивость. – М.: АСТ: Астрель, 2005. – 284 с.
44. *Зимбардо Ф.* Застенчивый ребенок. – М.: АСТ: Астрель, 2005. – 294 с.
45. *Иванников В.А.* Потребности как жизненные задачи // Вестн. МГУ. – 1997. – Сер. Психология. – № 1. – С. 14–20.
46. *Иванников В.А.* Психологические механизмы волевой регуляции. – М.: Изд-во МГУ, 1999. – 142 с.
47. *Ильин Е.П.* Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
48. *Как понимать чувства и справляться с проблемами: Практические рекомендации по преодолению страхов, неуверенности, неполноценности, вины, ревности, депрессивных состояний / Д. Вольф, Р. Меркле.* – Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние РАН, 2000. – 128 с.
49. *Как преодолеть страх перед экзаменами: Психологические стратегии оптимальной подготовки и сдачи экзаменов / Д. Вольф, Р. Меркле.* – Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние РАН, 2000. – 78 с.
50. *Капрара Дж., Сервон Д.* Психология личности. – СПб.: Питер, 2003. – 640 с.
51. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
52. *Карсон Р., Батчер Дж., Миника С.* Анормальная психология. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.
53. *Келли Дж.* Психология личности: Теория личностных конструктов. – СПб.: Речь, 2000. – 249 с.
54. *Кемпинский А.* Меланхолия. – СПб.: Наука, 2002. – 405 с.
55. *Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера.* – М.: Медицина, 1967. – 832 с.
56. *Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна.* – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.
57. *Клиническая психология: Учеб. / Под ред. Б.Д. Карвасарского.* – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
58. *Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу.* – СПб.: Питер, 2008. – 912 с.
59. *Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена.* – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
60. *Комер Р.Дж.* Патопсихология поведения: Нарушения и патологии психики. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. – 640 с.
61. *Лазарус А.* Мультимодальная психотерапия // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2008. – № 2.
62. *Лазарус А.* Мысленным взором: Образы как средство психотерапии. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 144 с.
63. *Лайнен М.М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: Вильямс, 2008. – 592 с.
64. *Лакосина Н.Д., Трунова М.М.* Неврозы, невротическое развитие личности: Клиника и лечение. – М.: Медицина, 1994. – 192 с.
65. *Левин К.* Динамическая психология: Избранные труды. – М.: Смысл, 2001. – 572 с.
66. *Левин К.* Конструктивное представление ситуации // Психология социальных ситуаций / Сост. и общ. ред. Н.В. Гришиной. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
67. *Левин К.* Разрешение социальных конфликтов. – СПб.: Речь, 2000. – 408 с.
68. *Левин К.* Теория поля в социальных науках. – СПб.: Питер, 2001. – 368 с.

69. *Леонтьев А.Н.* Потребности, мотивы и эмоции // Психология эмоций: Тексты / Под ред. В.К. Вилонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 162–171.
70. *Леонтьев В.Г.* Психологические механизмы мотивации. – Новосибирск: Изд-во Новосиб. гос. пед. ин-та, 1992. – 216 с.
71. *Леонтьев Д.А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – М.: Смысл, 1999. – 487 с.
72. *Леонтьев Д.А.* Системно-смысловая природа и функции мотива // Вестн. МГУ. – 1993. – Сер. Психология. – № 2. – С. 73–82.
73. *Литвинов А.В.* Провокация страха: Социальная фобия // Качество жизни: Профилактика. – 2001. – № 2. – С. 40–43.
74. *Литвинов А.В.* Что такое социофобия. – Режим доступа: <http://www.arbat25.ru/lorcad/1.htm>
75. *Магомед-Эминов М.Ш., Васильев И.А.* Анализ когнитивного подхода в зарубежных теориях мотивации // Вопросы психологии. – 1986. – № 5. – С. 161–168.
76. *Майерс Д.* Социальная психология. – СПб.: Питер, 1997. – 684 с.
77. *МакМаллин Р.* Практикум по когнитивной терапии. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
78. *Марютина Т.М., Ермолаев О.Ю.* Введение в психофизиологию. – М.: Моск. психолого-социальный ин-т: Флинта, 1997. – 240 с.
79. *Мацумото Д.* Психология и культура. – СПб.: Питер, 2003. – 718 с.
80. *Мейли Р.* Структура личности // Экспериментальная психология / Под ред. П. Фресса, Ж. Пиаже. – М.: Прогресс, 1975. – С. 196–278.
81. *Морли Ст., Шефферд Дж., Спенс С.* Методы когнитивной психотерапии в тренинге социальных навыков. – СПб., 1996.
82. *Московский психотерапевтический журнал.* Спец. выпуск по когнитивной терапии. – 1996. – № 3.
83. *Московский психотерапевтический журнал.* Спец. выпуск по когнитивной психотерапии. – 2001. – № 4.
84. *Надирашвили Ш.* Понятие установки в общей и социальной психологии. – Тбилиси: Мецниереба, 1974. – 170 с.
85. *Найссер У.* Познание и реальность: Смысл и принципы когнитивной психологии. – Благовещенск, 1999. – 229 с.
86. *Норакидзе В.Г.* Характер личности и метод фиксированной установки / Понятие установки и отношения в медицинской психологии: Материалы симпозиума 23–25 декабря 1968 г. / Под общ. ред. И.Т. Бжалава. – Тбилиси: Мецниереба, 1970. – С. 164–173.
87. *Первин Л., Джонс О.* Психология личности. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 607 с.
88. *Петренко В.Ф.* Введение в экспериментальную психосемантику: исследование формы репрезентаций в обыденном сознании. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1983. – 389 с.
89. *Петренко В.Ф.* Основы психосемантики. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1997. – 400 с.
90. *Петренко В.Ф.* Психосемантический подход к изучению мотивации // Мотивация личности (феномены, закономерности и механизмы формирования): Сб. науч. тр. / Под ред. А.А. Бодалева. – М., 1982. – С. 94–107.
91. *Похилько В.И., Федотова Е.О.* Техника репертуарных решеток в экспериментальной психологии личности // Вопросы психологии. – 1984. – № 3. – С. 151–157.

92. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии: Для консультантов, психотерапевтов и психологов. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. – 383 с.
93. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 192 с.
94. Ромек В.Г. Поведенческая терапия страхов // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. – № 1. – Режим доступа: http://www.psychology.ru/romek/behavior/angst_artikl.htm.
95. Ромек В.Г. Психологическое консультирование в ситуации выученной беспомощности // Психологическое консультирование: Проблемы, методы, техники. – Ростов н/Д: ЮРГИ, 2000. – С. 278–187.
96. Ромек В.Г. Тренинг уверенности в межличностных отношениях. – СПб.: Речь, 2002. – 196 с.
97. Ромек В.Г. Школа оптимизма. – Режим доступа: http://vesti.lenta.ru/psy/2000/07/12/despair/_Printed.htm.
98. Ромек В.Г., Ромек Е.А. Тренинг наслаждения. – СПб.: Речь, 2003. – 245 с.
99. Ромек Е.А., Филатов Ф.Р. Что такое РЭПТ? Рациональность как образ жизни. – Режим доступа: <http://www.rebt.ru/wasist01.htm>
100. Росс Л., Нусбет Р. Человек и ситуация: Уроки социальной психологии. – М.: Аспект Пресс, 2000. – 429 с.
101. Сагайдак С.С. Мотивация деятельности. – Минск: Ред. журн. «Адукацыя і выхаванне», 2001. – 208 с.
102. Сагалакова О.А. Методика исследования тревожности в социальных ситуациях // Актуальные проблемы образования в современном обществе: приоритеты и проблемы: Материалы Междунар. науч.-практ. конф., Усть-Каменогорск, 1 марта 2004 г. – Усть-Каменогорск, 2004. – С. 185–188.
103. Сагалакова О.А. Образные языковые конструкции как смысловой индикатор специфики ментального опыта в психосемантическом моделировании // Образование и социальное развитие региона. – Барнаул, 2003. – № 1–2. – С. 71–84.
104. Сагалакова О.А. Построение метафорического пространства, отражающего адаптационные стили в разных сферах бытия // Студенческие исследования. – Вып. 8. – Барнаул, 2002. – С. 114–120.
105. Сагалакова О.А. Представленность образов в сознании больных шизофренией // Студенческие исследования. – Вып. 7. – Барнаул, 2002. – С. 117–122.
106. Сагалакова О.А. Проблемы и перспективы современной науки психологии: поиски адекватных методологических основ // Проблемы и перспективы интеграционного развития и образования: Материалы Междунар. науч.-практ. конф., 24–25 февраля 2003 г. – Усть-Каменогорск, 2003. – Ч. 1. – С. 143–148.
107. Сагалакова О.А. Социальная фобия и социальная тревожность: моделирование смыслового пространства устойчивых алгоритмов реагирования на жизненные ситуации // Материалы XXXI науч. конф. студентов, магистров, аспирантов и учащихся лицейных классов. – Барнаул, 2004. – С. 243–245.
108. Сагалакова О.А. Социальная фобия: психосемантический анализ устойчивых алгоритмов реагирования на социальные ситуации // Сибирский психологический журнал. – 2004. – № 19. – С. 62–69.
109. Сагалакова О.А. Страх как существенный элемент эмоционально-когнитивного образа социальных ситуаций // Вестн. алт. науки. – 2004. – Вып. 3(2). – С. 108–113.

110. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Исследование категоризации мира и мотивов поведения с помощью психосемантического моделирования // Перспективы развития межрегионального образовательного пространства на базе гуманитарных кафедр российских университетов: Всероссийский научно-методический симпозиум, 16–19 сентября 2003, Барнаул, 2003. – С. 469–474.
111. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. История безумия в постнеклассическую эпоху (на примере исследования социофобии) // Изв. Алт. гос. ун-та. – 2006. – № 2. – С. 90–100.
112. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Методика психосемантического моделирования мотивационного пространства ментальности «Крылатые фразы» // Актуальные проблемы социологии, психологии и социальной работы: Ежегодник. – Вып. 8. – Барнаул, 2003. – С. 208–226.
113. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Семантическое моделирование мотивационного пространства ментальности // Сибирский социологический вестник. – Барнаул. – 2003. – № 1. – С. 160–170.
114. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Социальные страхи и социофобии. – Томск: Изд-во Том. гос. ун-та, 2007. – 210 с.
115. Сагалакова О.А. УМК «Социальные страхи и социофобии». – Барнаул, 2007. – 35 с.
116. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. и др. Психосемантическое моделирование мотивационного пространства ментальности – новые возможности экспликации смысловой структуры поведения // Изв. Алт. гос. ун-та. – 2003. – № 2. – С. 95–99.
117. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Конструирование и деконструкция психотерапии как социокультурной практики: Соблазн повседневности. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 209 с.
118. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. – М.: София, 2006. – 368 с.
119. Серкин В.П. О возможностях метода семантических универсалий Е.Ю. Артемьевой // Вестн. МГУ. – 2000. – Сер. 14, Психология. – № 2. – С. 74–79.
120. Серкин В.П., Сиротский В.Е. Психосемантика: на пути к моделированию // Вестн. МГУ. – 1990. – Сер. 14, Психология. – № 3. – С. 28–33.
121. Смирнов С.Д. Понятие «образ мира» и его значение для психологии познавательных процессов // А.Н. Леонтьев и современная психология: (Сборник статей памяти А.Н. Леонтьева) / Под ред. А.В. Запорожца, В.П. Зинченко и др. – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 288 с.
122. Смирнов С.Д. Психология образа: проблема активности психического отражения. – М.: Изд-во МГУ, 1985. – 231 с.
123. Смит Н. Современные системы психологии / Под общ. ред. А.А. Алексеева. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. – 384 с.
124. Соломон Э. Демон полуденный. – М.: ООО Изд-во «Добрая книга», 2004. – 672 с.
125. Солсо Р.Л. Когнитивная психология. – СПб.: Питер, 1996. – 560 с.
126. Социальная фобия // Проблемная группа по социальной фобии Всемирной ассоциации психиатрии / Под ред. С.А. Монтьомери. – Режим доступа: http://mentalhealth.ru/lib/soc_phob/index.cgi?0
127. Сурнов К.Г., Тхостов А.Ш. Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации // Психологический журнал. – 2005. – № 6. – С. 35–43.

128. Todd D., Bogart A.K. Основы клинической и консультативной психологии. – СПб.: Сова; М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 768 с.
129. Труевцев Д.В. Психологические проблемы психотерапии // Образование и социальное развитие региона. – 1996. – № 3–4. – С. 151–156.
130. Труевцев Д.В. Психосемантическое моделирование мотивационного пространства ментальности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Барнаул, 2002. – 24 с.
131. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестн. МГУ. – 1993. – Сер. Психология. – № 1. – С. 3–16.
132. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестн. МГУ. – 1993. – Сер. Психология. – № 4. – С. 13–24.
133. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
134. Тхостов А.Ш. Топология субъекта (опыт феноменологического исследования) // Вестн. МГУ. – 1994. – Сер. Психология. – № 2. – С. 3–13.
135. Тхостов А.Ш. Топология субъекта (опыт феноменологического исследования) // Вестн. МГУ. – 1994. – Сер. Психология. – № 3. – С. 3–12.
136. Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. Эмоции и аффекты: общепсихологический и патопсихологический аспекты // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19, № 4. – С. 41–48.
137. Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. Эмоции и аффекты: общепсихологический и патопсихологический аспекты // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19, № 5. – С. 81–87.
138. Узнадзе Д. Психология установки. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
139. Узнадзе Д.Н. Теория установки. – Москва: Ин-т практической психологии; Воронеж: НПО МОДЭК, 1997. – 448 с.
140. Уолен С., Дигуссен Р., Уэслер Р. Практическое руководство по рационально-эмотивной терапии. – Режим доступа: <http://www.myword.ru>
141. Фам Мин Хак. Поведение и деятельность. – М.: Смысл, 2003. – 175 с.
142. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса: Пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1999. – 318 с.
143. Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности. – М.: Прогресс, 1987. – 236 с.
144. Фрейдджер Р., Фейдимен Д. Психология личностных конструктов и когнитивная психология: Дж. Келли и А. Бек. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. – 121 с.
145. Хегенхан Б., Олсон М. Теории научения. – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.
146. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения. – СПб.: Речь, 2001. – 240 с.
147. Хелл Д. Ландшафт депрессии: Интегральный подход. – М.: Алетейя, 1999. – 210 с.
148. Хок Роджер Р. 40 исследований, которые потрясли психологию. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. – 416 с.
149. Холл К.С., Линдсей Г. Теории личности. – М.: КСП+, 1997. – 720 с.
150. Холмогорова А. Отечественная психология мышления и когнитивная психотерапия // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 165–181.
151. Холмогорова А. Работа с убеждениями // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 87–109.
152. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. – М.: Когито, 2000.
153. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 384 с.

154. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 1998. – 608 с.
155. Шмелев А.Г. Введение в экспериментальную психосемантику: теоретико-методологические основания и психодиагностические возможности. – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 158 с.
156. Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. – СПб.: Речь, 2002. – 480 с.
157. Шмелев А.Г., Болдырева В.С. Психосемантика юмора и диагностика мотивов // Мотивация личности (феномены, закономерности и механизмы формирования): Сб. науч. тр. / Под ред. А.А. Бодалева. – М.: АПН СССР, 1982. – С. 108–119.
158. Шмелев А.Г., Похилько В.И., Козловская-Тельникова А.Ю. Практикум по экспериментальной психосемантике. – М.: Изд-во МГУ, 1988. – 207 с.
159. Шульц Д.П., Шульц С.Э. История современной психологии. – СПб.: Евразия, 2002. – 532 с.
160. Эволюция психотерапии: В 4 т. – Т. 2: «Осень патриархов»: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 416 с.
161. Эллис А. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают // Московский психотерапевтический журнал. – 1994. – № 1. – С. 7–47.
162. Эллис А. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия: руководство для психотерапевтов. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 157 с.
163. Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. – СПб.: Питер, 1999. – 256 с.
164. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии: 2-е изд. / Пер. с англ. Т. Саушкиной. – СПб.: Речь, 2002. – 352 с.
165. Ястребов Д.В. Социальная фобия и сенситивные идеи отношения (клиника и терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – Режим доступа: <http://psychiatry.ru/dissert/yastrebov.html>
166. Ястребов Д.В. Социальная фобия с сенситивными идеями отношения при эндогенных заболеваниях // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1998. – № 12. – С. 23–35.
167. Ястребов Д.В., Колоцкая Е.В. Терапия социальных фобий // Тревога и обсессии. – М.: Изд-во МГУ, 1998. – С. 234–246.
168. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L. Anxiety Disorders and Phobias. – N. Y., 1985.
169. Beck A.T., Freeman A.F. Cognitive Therapy of Personality Disorders. – N. Y.: Guilford Press, 1990.
170. Festinger L., Riecken H.W., Schachter S. When Prophecy Fails: A Social and Psychological Study of A Modern Group that Predicted the Destruction of the World. – N. Y.: Harper & Row, 1956. – 253 p.
171. Heimberg R.G., Barlow D.H. New developments in cognitive-behavioral therapy for social phobia // Journal of Clinical Psychiatry. – 1991. – 52: 21–30.
172. Kelly G.A. The psychology of Personal Constructs. – N. Y.: Norton, 1955. – Vol. 1. – XVIII, 556 p.
173. Kelly G.A. The theory of personality. – N. Y.: Norton, 1963. – 194 p.
174. Liebowitz M.R., Schneier F.R., Hollander E., et al. Treatment of social phobia with drugs other than benzodiazepines // Journal of Clinical Psychiatry. – 1992. – 52 (suppl Nov): 10–15.

175. Marks I.M. Behavioral psychotherapy towards the millennium // Cottreaux J., Legeron P., Mollard E. (eds). Annual Series of European Research in Behavior Therapy. – Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1992.
176. Marks I.M. Fears, Phobias and Rituals. – Oxford: University Press, 1987.
177. Marx J.A., Gyorky Z.K., Royalty G.M., Stern T.E. Use of self-help books in psychotherapy. Professional Psychology Research and Practice. – 1992. – 23: 300–305.
178. Marshall J.R. Social phobia // Postgraduate Medicine. – 1991. – 90(8): 187–194.
179. Mersch P.P. The behavioral and cognitive therapy for social phobia. – Groningen, 1994.
180. Seligman Martin E.P. Helplessness: On Depression, Development, and Death. – San Francisco: W.H. Freeman, 1975. – (Paperback reprint edition, W.H. Freeman, 1992).
181. Seligman Martin E.P. Learned Optimism. – New York: Knopf, 1990. – (reissue edition, Free Press, 1998).
182. Seligman Martin E.P. What You Can Change and What You Can't: The Complete Guide to Successful Self-Improvement. – New York: Knopf, 1993. – (Paperback reprint edition, Ballantine Books, 1995).
183. Spielberger C.D. Anxiety, cognition, and affect: A state-trait perspective // A.H. Tuma & J. Maser (Eds.). Anxiety and the anxiety disorders. – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1985.
184. Wolpe J. The practice of behavior therapy. – Oxford: Pergamon Press, 1969.
185. Wolpe J. The promotion of scientific psychotherapy: A long voyage // J.K. Zeig (Ed.). The evolution of psychotherapy. – New York: Brunner: Mazel, 1987.
186. Wolpe J. From psychoanalytic to behavioral methods in anxiety disorders: A continuing evolution // J.K. Zeig (Ed.). The evolution of psychotherapy: The third conference. – New York: Brunner: Mazel, 1997.
187. Young J.E., Beck A.T., Weinberger A. Depression // D.H. Barlow (Ed.). Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. – 2nd ed. – New York: Guilford, 1993.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение	5
Глава 1. Эксперимент как основа когнитивно-бихевиоральной терапии	8
1.1. Экспериментальная когнитивно-бихевиоральная терапия	8
1.2. Бихевиоральные и когнитивные эксперименты: закономерности, используемые в психотерапии	12
1.2.1. Техника систематической десенсибилизации, или Как разобусловить страх	21
1.2.2. Необихевиоризм: когнитивная карта и «самоэффективность»	28
1.2.3. Техника моделирования поведения на основе наблюдения	34
1.2.4. Феномен выученной беспомощности в контексте опыта неконтролируемости	37
1.2.5. Дж. Келли как предшественник когнитивной психологии. Теория личных конструктов	46
1.2.6. Когнитивные схемы, фундаментальная ошибка атрибуции и пристрастность реагирования	52
1.2.7. Когнитивная и рационально-эмотивная терапия: основные идеи, принципы, техники	54
Глава 2. Теоретико-методологическая интеграция отечественной психологии и когнитивно-бихевиоральных подходов	64
2.1. Когнитивная психотерапия и отечественная психологическая традиция: поиски точек соприкосновения	64
2.2. Психосемантический подход: единство когнитивной психологии, психотерапии и отечественной психологической традиции	71
2.3. Транстеоретические модели психотерапии	87
2.4. «Когнитивный стиль» и мотивация: селективность восприятия и реагирования	97
Глава 3. Когнитивно-бихевиоральная модель тревожно-депрессивных расстройств и социофобии в клинике	107
3.1. Социальные страхи и социофобии	107
3.2. Страх оценки как особый тип эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации в контексте теории психической ригидности Г.В. Залевского	123
3.3. Депрессия, тревожно-депрессивные расстройства в клинике	135
3.4. Когнитивная терапия тревожно-депрессивных расстройств и модель депрессии А. Бека	142

3.5. Когнитивный стиль при тревожно-депрессивном расстройстве и социальных страхах.....	162
3.6. Ранние неадаптивные схемы по Дж. Янг, характерные при тревожно-фобических, тревожно-депрессивных и личностных расстройствах	170
3.7. Структура когнитивной терапии	179
Библиографический список	194

Научное издание

САГАЛАКОВА Ольга Анатольевна
ТРУЕВЦЕВ Дмитрий Владимирович

**КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
СОЦИОФОБИИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ**

Редактор *Т.В. Зелева*
Подготовка оригинал-макета *Ю.А. Сидоренко*

Подписано в печать 09.07.2009 г. Формат 60×84¹/₁₆.
Печ. л. 13,0; усл. печ. л. 12,0; уч.-изд. л. 11,8.
Тираж 500. Заказ № 699

ОАО «Издательство ТГУ», 634029, г. Томск, ул. Никитина, 4
Тираж отпечатан в ООО «Издательство «Иван Федоров»»,
634009, г. Томск, Октябрьский взвоз, 1. Тел.: (3822) 51-32-95
E-mail: mail@if.tomsk.ru
<http://if.tomsk.ru>