

ТЕХНИКИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ*

А.БЕК

Проблема свободы (в психологическом, а не политическом смысле слова) – в значительной степени техническая проблема. Для того, чтобы стать здесь мастером, недостаточно одного желания, для достижения этой цели недостаточно даже упорного труда. Здесь весьма существенно верное знание как лучшее средство достичь мастерства.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД

Процесс оказания помощи пациенту в выявлении и коррекции его когнитивных искажений требует применения некоторых принципов эпистемологии: науки о знании и его природе, ограничениях и критериях знания. Прямо или косвенно терапевт доносит до пациента определенные принципы. Во-первых, восприятие реальности – это не сама реальность. Возникающий у пациента образ реальности подвержен естественным ограничениям со стороны его сенсорных функций – зрения, слуха, обоняния и т.д. Во-вторых, его интерпретации сенсорных ощущений зависят от таких когнитивных процессов, как интеграция и дифференциация стимулов. Эти интерпретации могут быть ошибочными, так как физиологические и психологические процессы могут менять восприятие и оценку реальности.

Как известно, такие искажения могут возникать, когда индивид находится под влиянием лекарств, в состоянии утомления или суженного сознания, или в состоянии сильного возбуждения. Мы также видим, что оценка реальности может быть искажена нереалистическими способами

* Перевод выполнен по: *A.Beck. Cognitive therapy and emotional disorders. – New-York: American Book, 1979, Ch.10, p.233-262.*

мышления. При тревожном неврозе, например, даже безобидный стимул воспринимается как представляющий опасность. Предпосылкой для применения психологических техник в данном случае является способность пациента улавливать различия между внешней реальностью (безобидным стимулом) и психическим феноменом (оценкой опасности). Пациенты с интенсивной симптоматикой или находящиеся в остром психотическом состоянии с бредом обычно не способны улавливать эти различия. Наряду с этим требуется, чтобы пациент сохранял способность проверить гипотезу, прежде чем принять ее как валидную. Надежность знания в высшей степени зависит от наличия информации, достаточной для выбора между альтернативными гипотезами. Так, домохозяйка слышит звук хлопнувшей двери. В голову ей приходит несколько предположений:

«Может быть, это Салли вернулась из школы?», «Может быть, это ветер захлопнул дверь?», «А вдруг – это вор?» Предпочтение той или иной гипотезы зависит от того, удастся ли ей принять в расчет все соответствующие обстоятельства. Логический процесс проверки гипотезы может быть искажен имеющейся у женщины психологической установкой. Если в ее мышлении доминирует понятие опасности, она внезапно может прийти к умозаключению – «Это вор!» Тем самым она совершает так называемое «произвольное умозаключение». Хотя этот вывод не обязательно ошибочен, он преимущественно основан на внутренних когнитивных процессах, а не на актуальной информации. Если вслед за этим женщина убежит и спрячется, она и вовсе утерит возможность опровергнуть (или подтвердить) гипотезу.

РАСПОЗНАВАНИЕ НЕАДАПТИВНЫХ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ

Эмоциональные реакции, мотивы и внешнее поведение управляются мышлением. Человек может неполностью осознавать те автоматические мысли, которые во многом определяют его действия, чувства и реакции на происходящее с ним. По мере некоторого тренинга он, однако, может увеличить степень осознанности этих мыслей и научиться фокусировать внимание на них. Можно научиться воспринимать мысль, фокусировать внимание на ней и оценивать ее по аналогии с тем, как рефлексировается ощущение (такое, как боль) или внешний стимул (например, словесное утверждение).

Термин «неадаптивные мысли» применим к идеаторным процессам, которые несовместимы со способностью справляться с жизнью, нарушают внутреннюю гармонию и продуцируют неадекватную, чрезмерно интенсивную и болезненную эмоциональную реакцию. В ходе когнитивной терапии пациент фокусирует внимание на мыслях или образах, порождающих дискомфорт, страдание или самообвинения. В применении термина «неадаптивный» для терапевта важно остерегаться перенесения на пациента собственной системы ценностей. Как правило,

термин можно с полным правом употреблять, если оба – пациент и терапевт – единодушны в том, что данные автоматические мысли препятствуют благополучию пациента или достижению им важных целей.

На ум моментально приходят возможные исключения. Считать ли нарушающую ход дела мысль неадаптивной, если она соответствует реальной опасности? Затруднительно поставить ярлык «неадаптивных» на точную оценку опасности (и связанную с ней тревогу) или на переживания по поводу реальных утрат. Тем не менее, при некоторых обстоятельствах даже такие ориентированные на реальность идеаторные процессы могут считаться неадаптивными, так как они препятствуют эффективному функционированию. Например, верхолазы, рабочие-мостовики, альпинисты могут не только испытывать серьезный дискомфорт, но и субъективно преувеличивать риск под воздействием потока мыслей или видений падения. Эти идеаторные процессы не только отвлекают их от выполняемых задач. Порождаемая ими тревога может вызывать покачивания, головокружения, дрожь, что, в свою очередь, нарушает равновесие. Хирурга могут одолевать мысли о том, что скальпель соскользнет и нанесет вред пациенту. Лица, чья специальность сопряжена с риском, должны обладать способностью отвлекаться от таких мыслей. С опытом у них возникает психологический буфер, который снижает частоту и интенсивность этих мыслей. Существование такого буфера отличает опытного специалиста от новичка.

В клинической практике терапевту редко приходится задумываться над различием между неадаптивным и реалистическим мышлением. Искажения или неоправданные самообвинения обычно настолько очевидны, что их с полным правом можно назвать неадаптивными. Например, мужчина, находящийся в многолетней депрессии после смерти жены, вышел за пределы психологически оправданных последствий утраты и впал в крайность. Его стали одолевать мысли типа: «Я виноват в ее смерти», «Я не могу жить без нее», «Я больше никогда и ни в чем не найду радости». Аналогично, студента в состоянии предэкзаменационного стресса одолевает мысль – «Если я провалюсь, мне придет конец», «Я не смогу смотреть в глаза друзьям», «Я обречен на гибель».

Эллис (*Ellis*, 1962) рассматривает этот вид неадаптивных мыслей как «внутренние утверждения» или «утверждения «про себя» и в беседах с пациентами описывает их как «то, что вы говорите самому себе». Молтсби (*Maultsby*, 1968) использует термин «разговор с собой» для обозначения этих мыслей. Эти объяснения обладают практической ценностью, так как они показывают пациенту, что неадаптивные мысли произвольны, их можно изменять или сознательно переключаться с этих мыслей на другие. Признавая практическую полезность данной терминологии, я все же предпочитаю термин «автоматические мысли», поскольку он более точно отражает субъективную форму переживания этих познавательных процессов. В восприятии человека эти мысли возникают рефлекторно – без предшествующей рефлексии или рассуждения. Они производят

впечатление правдоподобных или валидных. Их можно сравнить с утверждениями, которые родители высказывают доверчивому ребенку. Зачастую больного можно обучить обрывать эти мысли. Однако в тяжелых случаях, особенно при психозах, для приостановки неадаптивных мыслей требуется физиологическое вмешательство – назначено лекарств или электросудорожной терапии. Интенсивность и выраженность неадаптивных мыслей возрастают пропорционально тяжести наблюдаемых у больного расстройств. В случаях глубоких нарушений эти мысли обычно очевидны (они просто бросаются в глаза) и фактически могут занимать центральное место в идеаторной сфере. Этот феномен можно наблюдать в случаях острой и глубокой депрессии, тревоги или параноидного состояния. В состоянии депрессии у больного может отсутствовать произвольный контроль над размышлениями типа следующих: «Мне плохо... Со мной случится самое плохое...» В тревожном состоянии больного занимают аналогичные мысли на тему об опасности (угрозе), в параноидном – о плохом с ним обращении (оскорблениях).

С другой стороны, пациенты с обсессивными расстройствами (не глубокого и не острого характера) могут прекрасно осознавать повторяющиеся в уме утверждения определенного типа. Непрерывные размышления такого рода служат диагностическим критерием данного расстройства. Более того, сходное явление – поглощенность какими-либо размышлениями – может отмечаться и у лиц, не страдающих неврозами. Так, мать, беспокоящаяся о больном ребенке, студент, тревожащийся о приближающемся экзамене – оба переживают неумолимые, повторяющиеся, крайне неприятные мысли о своих жизненных ситуациях. Всякий, у кого есть подобные заботы, может засвидетельствовать, насколько произвольны мысли о них.

Человек с неглубокими нарушениями эмоциональности или поведения может не осознавать автоматические мысли, даже если они доступны осознанию. В таких случаях автоматические мысли не привлекают его внимания, хотя и могут оказывать влияние на чувства и поступки. Сконцентрировавшись на этих мыслях, больной, однако, может с легкостью осознать их. Это явление мы можем наблюдать у лиц, выходящих из острой фазы психических расстройств или там, где нарушения неглубоки.

Пациенты, для которых характерно избегание неприятных ситуаций (например, страдающие фобией), не осознают собственные идеаторные процессы до тех пор, пока сохраняют безопасную дистанцию от угрожающих обстоятельств. Но по мере приближения или при воображении такой ситуации эти мысли активируются и могут быть с легкостью выявлены.

Когда пациент утверждает, что он не осознавал собственные автоматические мысли до тех пор, пока его не обучили этому, мы сталкиваемся с философской проблемой – как может человек не

осознавать что-либо, находящееся в поле его осознания? Тем не менее, многие из нас переживали подобное. Например, подвергались действию определенных стимулов, но не осознавали их до тех пор, пока нам не указывали. В такой ситуации мы могли отметить: «Я понимаю, что это находилось здесь все время, но раньше я этого просто не замечал». В таких случаях кажется, что восприятие имело место, но мы не обращали внимания на эти образы. Тем не менее, восприятие могло оказывать влияние на чувства и мысли. Человек с трудностями засыпания может не осознавать, что невозможность отдыха обусловлена нейтральными звуками – громким тиканьем часов или шумом уличного движения. Точно так же автоматические мысли возникают в пределах осознаваемого, но до специального обучения человек может не замечать их. Направляя на них внимание, человек начинает лучше их осознавать, представлять себе их содержание.

«ЗАПОЛНЕНИЕ ПРОБЕЛА»

Когда автоматические мысли находятся в центре осознаваемого, проблемы в их идентификации не существует. В случаях неврозозначительной или средней тяжести для того, чтобы обучить пациента улавливать автоматические мысли, требуется программа инструкций и практических занятий. Иногда больной способен уловить эти мысли, просто воображая травмирующую ситуацию. Основная процедура, помогающая больному выявить собственные автоматические мысли, заключается в обучении его умению установить последовательность внешних событий и своих реакций на них. Пациент может рассказывать о множестве обстоятельств, в которых он приходил в беспричинное расстройство. Обычно между стимулом и эмоциональной реакцией существует промежуток. Эмоциональная реакция (например, печаль) становится понятной, если больной может припомнить мысли, имевшие место во время этого промежутка.

Эллис описывает следующие техники для объяснения этой процедуры пациенту. Он вводит понятие последовательности «А, В, С». «А» – это активирующий стимул (activating stimulus), «С» – чрезмерная, неадекватная условная реакция (conditioned response). «В» – это пробел в сознании пациента, заполнив который, он может создать мостик между «А» и «С». Заполнение пробела становится терапевтическим заданием.

Один больной уловил последовательность между «А» (встречей со старым другом) и «С» (переживанием печали). Другой больной рассказал о такой последовательности: «А» – он услышал сообщение о том, что некто погиб в автомобильной катастрофе, и «С» – ощутил тревогу. В данных примерах пациенты были способны медленно вновь прокрутить в уме события и затем успешно воспроизвести мысли, имевшие место в промежутке. Так, встреча со старым другом стимулировала «В» – последовательность мыслей: «Если я поприветствую Боба, он может не вспомнить меня и отбрить. Ведь так давно между нами нет ничего общего.

Теперь не прежние времена». Эти мысли породили переживания печали. Больной, который ощутил тревогу после сообщения об автокатастрофе, смог заполнить пробел, когда припомнил, что вообразил себя жертвой происшествия.

Последовательность «А, В, С» можно проиллюстрировать на примере распространенной боязни собак. Человек может осознавать, что, хотя у него и нет оснований их бояться, сталкиваясь с ними, он все же испытывает тревогу. Один такой больной был озадачен тем фактом, что пугался всякий раз, когда оказывался рядом с псом, даже если у того и не было возможности наброситься. Даже если собака была на поводке или находилась за забором, или была слишком мала, чтобы обидеть его, он все равно нервничал. Я посоветовал ему, чтобы он сфокусировал внимание на тех мыслях, которые возникнут у него, когда он увидит какого-нибудь пса.

Во время следующей встречи пациент сообщил, что видел множество собак. Он отметил явление, которое не замечал раньше. В основном, всякий раз, как он видел пса, у него возникала мысль: «Он собирается укусить меня». Фокусируя внимание на мыслях, опосредующих реакцию избегания, он обрел способность понять, почему он испытывал тревогу. Оказалось, что всякую собаку он автоматически рассматривал как опасную. По его словам, он испытывал страх быть укушенным, даже когда видел миниатюрного пуделя. Он заявил: «Я понимал, насколько нелепо думать, что маленький пудель может причинить мне боль». Однажды, увидев здорового пса на привязи, он подумал о наиболее ужасных возможностях: «Он прыгнет, прокусит мне глаз», «Он прыгнет, прокусит мою шею и убьет меня». В течение трех недель больной смог преодолеть свой давний страх с помощью повторного осознания собственных мыслей при встрече с псами.

Техника «заполнения пробела» может оказать существенную помощь пациентам, страдающим от излишней застенчивости, тревоги, раздражительности или тоски, а также изнемогающим от страхов со специфическим содержанием. Студент колледжа избегал публичных собраний из-за необъяснимых переживаний стыда, тревоги и печали, которые он испытывал в этих ситуациях. После того, как его обучили осознавать и регистрировать собственные когнитивные процессы, он отрефлектировал следующие мысли в межличностных ситуациях: «Никто не захочет говорить со мной... Все считают, что у меня жалкий вид... Я просто неудачник». После этих мыслей он испытывал чувство собственной униженности, тревоги, тоски и интенсивное желание уйти.

Другой пациент испытывал не поддающееся контролю раздражение, когда имел дело с незнакомыми – делая покупки, обращаясь к ним за какой-либо информацией или просто беседа. После двух сеансов тренинга он сообщил, что осознал следующие, моментально возникающие в этих ситуациях мысли: «Он оттолкнет меня», «Он думает, что я слабак», «Она пытается взять вверх надо мной». Сразу после этих мыслей он

испытывал злость по отношению к лицу, их вызвавшему. До настоящего времени он не осознавал собственную склонность рассматривать других людей как врагов. Другой пациент хронически испытывал возбуждение в присутствии других людей, не осознавая его причины. Сфокусировавшись на собственных мыслях, он понял, что постоянно критикует других людей.

Во многих случаях неадаптивные идеаторные процессы происходят в образной или вербальной форме (Beck, 1970). Так, одна из пациенток, боявшаяся оставаться на улице без сопровождения, была одолеваема образами того, как у нее случится сердечный приступ, она станет беспомощной и умрет прямо на улице. Другая дама, страдающая приступами тревоги при переездах через мосты, осознала, что возникновению тревоги предшествует образ того, как ее автомобиль сокрушает парапет, и она падает с моста.

Другой пациент, студент, обнаружил, что его боязнь выйти ночью из спальни была спровоцирована зрительными фантазиями на тему нападения гангстеров.

ДИСТАНЦИРОВАНИЕ И ДЕЦЕНТРАЦИЯ

Некоторые больные, которых обучили выявлять автоматические мысли, спонтанно осознают их неадаптивную сущность, искажающую реальность. По мере успешного выявления этих мыслей способность пациентов относиться к ним объективно возрастает. Процесс объективного рассмотрения автоматических мыслей называется дистанцированием. Понятие «дистанцирование» используется для обозначения способности пациентов (например, тест чернильных пятен Роршаха) удерживать различие между конфигурацией чернильных пятен и фантазиями или ассоциациями, стимулируемыми конфигурацией. Больные, у которых пятна вызывают сильные эмоциональные реакции, зачастую отождествляют сами чернильные пятна с теми объектами или картинками, которые они вызывают в воображении. Больных, способных отвлечься от таких ассоциаций и воспринять стимул просто как чернильное пятно, характеризуют как способных «удерживать дистанцию от пятна».

По аналогии с этим явлением, человек, рассматривающий автоматические мысли как психологический феномен, а не как тождественные реальности, наделен способностью к дистанцированию. Возьмем, например, больного, которого по непонятным причинам одолевает мысль: «Этот человек – мой враг». Если он автоматически приравнивает мысль к реальности, его способность к дистанцированию слаба. Если же он способен принять ее не как факт, а как гипотезу или умозаключение, то дистанцирование развито хорошо.

Такие понятия, как «дистанцирование», «проверка реальностью», «проверка достоверности наблюдений», «валидизация умозаключений» связаны с эпистемологией. Дистанцирование предполагает способность к

различению утверждений «Я верю» (т.е. мнения, которое должно стать предметом валидации) и «Я знаю» (неопровержимого факта). Способность к такому различению приобретает особую важность при попытках модифицировать те виды реакций пациента, которые связаны с искажениями.

При различных психических расстройствах – тревоге, депрессии, параноидных состояниях – основные мыслительные искажения являются результатом склонности больного персонифицировать (наделять личностным смыслом) события, которые не имеют к нему причинного отношения. Депрессивный больной обвиняет себя в том, что устроенный им семейный пикник не удался из-за дождя. Тревожная пациентка видит горящее здание и думает, что и ее дом может загореться. Параноидный больной видит хмурый взгляд прохожего и приходит к выводу, что тот намерен причинить ему ущерб. Техника, предназначенная для переубеждения в том, что они являются центром всех событий, называется децентрацией. Успешное применение этого метода проиллюстрирует следующий случай.

Студент-выпускник испытывал перед экзаменами сильную тревогу. Его тревога усиливалась тем, что он интерпретировал физиологические симптомы (учащенное дыхание, тахикардию и т.д.) как признаки начинающегося сердечного приступа. Он сдал письменный экзамен на хорошую отметку, но не справился с устным. Хотя он и понимал, что сдать устный экзамен ему помешала тревога, он проинтерпретировал неудачу как доказательство немилости к нему судьбы. В то время, когда ему нужно было сдавать устный экзамен во 2-й раз, было много снега. По пути на экзамен студент поскользнулся и упал. Он все же был способен вынести адекватное умозаключение:

«Нападало много снега, и поэтому я упал». Он припомнил слова терапевта о присущей ему склонности персонифицировать внешние события. Он оглянулся и увидел, что другие люди тоже поскользываются, что автомобили заносит снегом и даже собаки скользят по снегу и падают. Как только он осознал, что снег не был достоверности злым умыслом, специально направленным исключительно против него, он перестал ощущать тревогу.

УСТАНОВЛЕНИЕ ДОСТОВЕРНОСТИ УМОЗАКЛЮЧЕНИЙ

Обычно вопрос о валидности собственных мыслей никому не приходит в голову. Люди склонны рассматривать собственные идеи как микрокосм внешнего мира. Мысли наделяются той же мерой правдивости, что и восприятия внешнего мира. Даже после того, как пациент обретает способность четко различать внутренние психические процессы и порождающий их внешний мир, его все же необходимо обучить процедурам, требующимся для получения точного знания. Люди последовательно выдвигают гипотезы и извлекают выводы. У них есть склонность отождествлять собственные умозаключения с реальностью и

принимать гипотезу за факт. При обычных обстоятельствах они могут функционировать адекватно, так как их идеаторные процессы совпадают с внешним миром и не являются существенным препятствием для адаптации.

В случае неврозов искаженные понятия могут приводить к инвалидизирующим последствиям – к тому, что в определенных областях мышление человека становится ошибочным. Вместо необходимых для жизни четких, гармонирующих с реальностью, дифференцированных суждений пациенты используют глобальные и недифференцированные представления. Пациенты зачастую обходят здравую логику и используют произвольные умозаключения, сверхобобщения и преувеличения.

Для определения неточности и необоснованности умозаключений больного психотерапевт может применять специальные техники. Поскольку пациент привык искажать реальность, терапевтические процедуры состоят преимущественно из исследования его умозаключений и проверки их реальностью. Терапевт работает с пациентом над изучением того, как складываются его умозаключения. Эта работа поначалу состоит из проверки наблюдений и постепенно фокусируется на моменте извлечения выводов.

ИЗМЕНЕНИЕ ПРАВИЛ

Мы видели, что для регулирования собственной жизни и модификации поведения других людей люди используют определенные правила (или формулы, уравнения, посылки). Более того, они категоризируют, интерпретируют и оценивают явления согласно имеющемуся у них набору правил. Когда эти правила сформулированы в абсолютных выражениях – они нереалистичны; когда они используются неадекватно ситуации или слишком широко, они порождают неточности. Конечным результатом является какое-либо расстройство: тревога, депрессия, фобия, параноидное состояние, навязчивости. Правила, результатом которых являются такого рода проблемы, по определению неадаптивны.

Эллис (*Ellis*, 1962) рассматривал такие правила как «иррациональные идеи» (*irrational ideas*). Его термин, хотя и обладает достоинствами, все же неточен. Такие глубинные представления – идеи о мире, о себе, о других, как правило, бывают не иррациональными, а слишком широкими, абсолютными, доводящими мысль до крайности или слишком персонифицированными; они используются слишком произвольно, что мешает больному справляться с критическими жизненными ситуациями. Такие правила необходимо реконструировать и сделать более точными, гибкими и эластичными. Ошибочные, дисфункциональные и деструктивные правила необходимо устранить из поведенческого репертуара. В таких случаях терапевт и пациент сотрудничают в выработке более реалистичных и адаптивных правил.

Для обозначения того, что мы именуем «правилами», другие авторы используют такие термины, как «установки», «понятия», «конструкты». В последующих обсуждениях эти термины будут использованы поочередно. Независимо от употребляемой терминологии, многие терапевты отмечали, что помощь пациенту в модификации его неадаптивных представлений или в выработке более реалистичных установок приводит к исчезновению всеподавляющей тревоги, депрессии или фобии. В то же время, терапевты иногда упускают очевидную истину: если неверные убеждения клиента или его ошибочные мифы не связаны с его трудностями, нет необходимости изменять их. «Мандат» терапевта не требует воспитывать из пациента совершенного человека эпохи Возрождения.

Содержание правил, кодирующих опыт и управляющих поведением, по-видимому, сводимо к двум основным параметрам: угроза – безопасность и боль – удовольствие. Проблемы больного обусловлены его оценкой риска или безопасности и его представлениями о боли и удовольствии. Правила, связанные с безопасностью и угрозой, включают оценку физической и психологической вредностей. Беспокойство о возможном физическом ущербе распространяется на широкий круг «опасных ситуаций»: возможное нападение со стороны других людей или животных, убийство, ранение или смерть в результате падения с высоты или в результате чрезвычайных происшествий (типа автодорожных катастроф): удушье или депривация потребностей в воздухе и пище, поражение различными болезнями или ядами. Очевидно, что эти пагубные события происходят в реальном мире. В целях выживания, для того чтобы проинтерпретировать ситуации как опасные и оценить степень риска, люди используют свод своих «психических правил» (mental rules). Человек, встречающий трудности с чрезмерной опаской или, наоборот, ведущий себя при этом рискованно, либо не имеет верных правил, либо не применяет корректно имеющиеся правила.

Под психологическими вредностями понимается спектр болезненных переживаний унижения и печали, возникающих у человека после того, как он подвергся критике, оскорблениям или отвержению. Отметим, что эти чувства могут возникать и после того, как человек только подумал, что его оскорбили, раскритиковали или отвергли, хотя на самом деле этого не было. Более того, в отличие от физических травм, которые обычно имеют надежный индикатор степени повреждений (например, кровотечение, специфическая локализация боли), оскорбление или обвинение не оставляют каких-либо внешних сигнализирующих знаков. Человек просто плохо себя чувствует, но на основании этой реакции мы не можем установить, является ли плохое самочувствие результатом истинной или надуманной травмы.

В целях минимизации опасности люди обычно применяют правила, предназначенные для оценки вероятности и степени вредности, а также вероятности успешного преодоления опасности. Соотношение между потенциальной вредностью и возможностями ее преодоления можно

назвать риском. Если человек переоценивает риск, он испытывает неадекватную тревогу и может быть излишне осторожным. Если же он недооценивает риск, то в его жизни возможны несчастные случаи.

Сложность межличностных отношений и недостаток надежной информации о намерении другого лица причинить вред порождают неясность в правилах, используемых в ситуациях межличностного общения. Некоторые лица считают, что уязвимы во всех межличностных контактах и в результате постоянно чувствуют себя так, как будто находятся на краю пропасти. Напротив, лица, не обращающие внимания на исходящие от других сигналы, могут регулярно сталкиваться с межличностными затруднениями.

Поскольку большинство сообщаемых пациентами проблем возникают в контексте межличностных отношений, то в первую очередь рассмотрим некоторые из распространенных межличностных установок. Опасность, таящаяся в межличностных отношениях, в общем виде выражена в следующей фразе: «Ужасно, если у кого-либо сложится плохое мнение обо мне». Этот «кто-либо» может оказаться близким другом, одним из родителей, знакомым или незнакомцем. В клинической практике мы видим, что наши пациенты, как правило, боятся низкой оценки со стороны равных им по положению людей – одноклассников, сотрудников, коллег или друзей. Вместе с тем, многие пациенты сильнее боятся показаться смешными незнакомым людям. Они опасаются реакций продавцов, официантов, пассажиров в автобусе или прохожих. Возможно, что наибольшую угрозу представляют незнакомые лица, поскольку пациент не знает из непосредственного опыта, чего от них можно ожидать.

Человек может страшиться ситуаций, в которых, как ему кажется, он подвергается враждебной критике со стороны других людей (как явной, так и скрытой). Он проявляет сензитивность к ситуациям, в которых может обнаружиться некоторая его «слабость» или «вина». Он может бояться неодобрения за то, что ведет себя слишком агрессивно, плохо выражает свои мысли, вообще ведет себя иначе, чем другие, или даже за то, что проявляет боязнь неодобрения. В более тяжелых случаях больной может бояться потерять контроль: стать слишком эмоциональным, слабым или лишиться рассудка.

Больной может предвидеть все виды негативных реакций окружающих – от неузнающего взгляда до обвинений. Важно понимать, что аналогичные реакции других людей пациент считает очень плохими. Когда ему задают вопрос, почему так страшно подвергнуться критике со стороны незнакомого лица, то становится очевидным, что он считает это плохим по определению. Обычно пациентам не удается объяснить, почему это так уж плохо. Они придерживаются смутного представления о том, что критика являет собой постоянную и неотвратимую угрозу их социальному облику и образу «Я».

Терапевтический подход к такой боязни критики раскрыт на примере студента-медика, который испытывал подавленность в ситуациях, где требовалась уверенность в себе, например, при необходимости обратиться к незнакомому лицу с вопросом о том, как пройти куда-либо, отказаться выполнить просьбу, попросить кого-либо о любезности, говорить перед группой. Следующее интервью иллюстрирует подход, использованный для оказания помощи студенту:

Пациент (П): Завтра мне придется выступить на занятиях, и я цепенею от ужаса.

Терапевт (Т): Чего вы боитесь?

П: Произвести впечатление глупого.

Т: Предположим... Вы произвели глупое впечатление... Чем это плохо?

П: Я никогда этого не переживу.

Т: «Никогда» – это слишком долгий срок. Обратимся к настоящему. Предположим, что они смеются над вами. Смертельно ли это для вас?

П: Конечно, нет.

Т: Предположим, вы убедились в том, что вы самый плохой оратор из всех существующих... Рухнет ли от этого ваша карьера?

П: Нет... Но все же было бы славно, если бы я стал хорошим оратором.

Т: Да, это было бы хорошо. Но если это вам не удастся; откажутся ли от вас ваши родители или жена?

П: Нет. Они мне очень сочувствуют.

Т: Хорошо, что тогда вас ужасает?

П: Я буду плохо чувствовать себя.

Т: Как долго?

П: День или два.

Т: А потом что?

П: Потом все будет «О'К».

Т: И все же вы так боитесь за себя, как будто ваша судьба висит на волоске.

П: Да, это так. Я переживаю эту ситуацию так, как будто все мое будущее под угрозой.

Т: В какой-то момент жизни ваше мышление стало давать сбой, и у вас возникла склонность рассматривать всякую неудачу, как будто это конец света... То, что вам нужно, – это правильно определить ваши неудачи как неудачи в достижении цели, а не как катастрофу. Нужно начать оспаривать ваши ложные логические послышки.

Следующая встреча состоялась после выступления, которое, как студент и предвидел, было несколько дезорганизованным из-за его страхов. Теперь мы рассмотрели представление студента о его неудаче.

Т: Как вы чувствуете себя сейчас?

П: Сейчас лучше, но несколько дней я был в тоске.

Т: Что вы думаете по поводу вашего утверждения о том, что неуклюжее выступление – катастрофа?

П: Конечно, это не катастрофа.

Т: А что же это тогда?

П: Это неприятность, но я с ней справлюсь.

Пациент был подготовлен терапевтом к тому, чтобы изменить свое представление о неуспехе как о катастрофе. Неделю спустя перед выступлением он испытывал значительно менее интенсивную тревогу, а во время выступления чувствовал себя более комфортно. На следующем занятии он полностью согласился с тем, что придавал слишком большое значение возможным реакциям однокурсников. Состоялся следующий диалог:

П: Во время последнего выступления я чувствовал себя значительно лучше. Наверное, это дело опыта.

Т: Убедились ли вы в том, что то, как подумают о вас другие, не имеет жизненно важного значения?

П: Если я собираюсь стать врачом, я должен производить на пациентов хорошее впечатление.

Т: Положительные качества врача зависят от того, насколько хорошо вы диагностируете и лечите своих пациентов, а не от того, насколько вы преуспевали как публичный оратор.

П: Отлично, я знаю, что нравлюсь своим пациентам, и теперь понимаю – почему.

Оставшаяся часть терапевтических усилий была посвящена коррекции неадаптивных установок студента, создававших у него ощущение дискомфорта в других ситуациях. Пациент усвоил новую установку, сформулированную следующим образом: «Теперь я понимаю, насколько смешно переживать из-за мнения абсолютно посторонних людей. Ведь я никогда их больше не увижу. Тогда не все ли равно, что они могут подумать обо мне?»

Когнитивные представления, связанные со страхами физического ущерба, могут быть поколеблены и модифицированы аналогичным образом. Нередко неадаптивные установки пациента активизируются только в момент приближения к устрашающей ситуации; однако эта установка может быть активизирована, когда пациент обсуждает эту ситуацию или представляет себя в ней. (Представление пугающей ситуации в воображении – одна из основных техник систематической десенситизации Вольпе.) Лежащее в основе патологического состояния правило имеет следующую формулу: «Если я вскарабкаюсь на лестницу (попаду в туннель, в заполненный людьми магазин, на верхушку высокого здания), то со мной случится сердечный приступ (или я задохнусь, упаду в обморок, упаду)».

Поскольку многие пациенты не поддаются страху в безопасном терапевтическом помещении, полезно прибегнуть к стратегии, активизирующей страх и затем помогающей больному справиться с установкой. В главе 7 мы рассматривали случай с больным, который испытывал страх перед полетом на самолете. Этот пациент был уверен, что шанс попасть в катастрофу минимален до тех пор, пока не приступал к планированию поездки. В нижеприводимом примере пациентка испытывала страх многолюдных мест.

Т: Чего вы боитесь, когда находитесь в толпе?

П: Я боюсь, что не смогу перевести дыхание.

Т: И дальше?

П: Что я умру...

Т: Так уж и умрете?

П: Да, я знаю, что это глупо звучит, но я боюсь, что дыхание остановится и я умру.

Т: А как вам кажется – есть вероятность задохнуться и умереть сейчас?

П: Если прямо сейчас – то один шанс из тысячи.

Затем пациентку обучили следующей технике. Ее попросили указать на листке блокнота динамику вероятности гибели по мере приближения к битком набитому людьми магазину. На следующее занятие пациентка принесла с собой следующую запись:

1. При выходе из дома – шанс погибнуть в магазине составляет 1 из 1000.
2. По дороге в город – шансы погибнуть в магазине оцениваются как 1 из 100.
3. Во время парковки машины на стоянке – 1 из 50.
4. По дороге в магазин – 1 из 10.
5. При входе в магазин – 2 к 1.
6. В центре толпы – 10 к 1.

Т: Так, значит, когда вы были в толпе людей, то полагали, что шанс погибнуть составляет 10 к 1.

П: Былолюдно и душно, я не могла перевести дыхание. Я чувствовала, что умираю. Я на самом деле страшно испугалась и выбралась оттуда.

Т: А теперь как вы думаете, – была ли на самом деле вероятность погибнуть, если бы вы остались в магазине?

П: Возможно, одна из миллиона.

Когда пациентка пошла в магазин в следующий раз, то ее оценка вероятности гибели была значительно ниже, чем во время предыдущего посещения. В ходе дальнейшего обсуждения пациентка смогла выработать представление о том, что многолюдный магазин не таит опасности для ее жизни. Входя в магазин, она напоминала себе о

выводе, основанном на разумных аргументах: «Магазин – безопасное место». В дальнейшем она испытывала в магазинах и других людных местах лишь незначительный дискомфорт.

Правила, связанные с болью и удовольствием, обычно похожи друг на друга: одно зачастую является противоположностью другого. Некоторые из этих правил носят настолько обобщенный характер, что противоречат действительности и приводят к отдаленным последствиям, мешающим индивиду реализовать важные для него цели. Примером этого может служить такая установка: «Как прекрасно быть знаменитым!» Обратное правило, которого придерживаются многие, гласит: «Я никогда не смогу быть счастливым, если не стану знаменитым». Люди с такими правилами постоянно пребывают в погоне; они рвутся к престижу, популярности, власти, подсчитывают удачи, вычисляются неудачи. Зависимость от этих правил зачастую препятствует реализации таких целей, как здоровый, спокойный образ жизни, установление хороших отношений с другими людьми.

Представляется важным тот факт, что некоторые люди склонны к депрессии из-за ценности таких правил. Для заболевших депрессией характерна следующая последовательность. Первоначально они делают вывод о том, что у них нет прогресса на пути к достижению какой-либо эфемерной цели, – например, славе. Отсюда следует целая серия умозаключений: «Если я не приобретаю известность, то я терплю неудачу... Я теряю единственную стоящую вещь... Нет смысла продолжать... Лучше убить себя». Когда пациент оценивает начальную посылку, то он осознает, что утратил все другие способы добиться удовлетворенности, кроме как стать известным. Он также осознает, насколько ограничил себя, определив собственное счастье только в понятиях славы. Аналогично, люди, представляющие себе счастье исключительно как чью-либо любовь к себе, подвергают себя риску перепадов радости или тоски в зависимости от того, считают ли они себя любимыми или отвергаемыми. Они также предрасположены к депрессии.

Некоторые из установок, предрасполагающих к переживанию тоски или депрессии, перечислены ниже.

1) Чтобы быть счастливым, я должен быть удачливым во всех начинаниях.

2) Чтобы чувствовать себя счастливым, меня должны принимать (или меня должны любить, мною должны восхищаться) все и всегда.

3) Если я не достиг вершины, то потерпел провал.

4) Как чудесно быть популярным, известным, богатым; ужасно быть неизвестным, посредственным.

5) Если я допускаю ошибку, значит, я глуп.

6) Моя ценность как личности зависит от того, что думают обо мне другие.

7) Я не могу жить без любви. Если моя супруга (возлюбленная,

родители, ребенок) не любит меня, я ни к чему не годен.

8) Если кто-то со мной не соглашается, значит, он не любит меня.

9) Если я не использую каждый шанс для собственного продвижения, то позже я об этом пожалею.

Вышеприведенные установки приводят к тому, что человек чувствует себя несчастливым. Невозможно, чтобы человека любили без всякой критики, все и всегда. Степень любви и принятия сильно варьирует у каждого человека. Однако в свете данных установок каждый признак уменьшения любви расценивается как отвержение.

Другая проблема, вытекающая из столь страстного ожидания принятия, восхищения или любви, состоит в том, что мы обладаем надежным критерием того, что другой человек на самом деле отвергает, бранит или критикует нас. Как уже говорилось, физическое нападение можно подтвердить, оценив степень повреждения. Но когда нам кажется, что некто отвергает нас, можем ли мы быть уверены, что мы верно интерпретировали его поведение? Наше субъективное переживание дискомфорта не делает нашу интерпретацию убедительной, так как это переживание может возникнуть независимо от того, насколько верна или ошибочна интерпретация. Недостаток подтверждающей информации делает помощь при психологической травме значительно более трудной, чем при физической.

Основная техника когнитивной терапии заключается в том, чтобы сделать установки больного явными и помочь ему понять, не несут ли они саморазрушения. Важно также, чтобы пациент на основе собственного опыта убедился в том, что благодаря собственным установкам он не так счастлив, как мог бы быть, если бы руководствовался более умеренными или реалистическими правилами. Роль терапевта заключается в том, чтобы предложить на рассмотрение пациента альтернативные правила, а не устраивать ему «промывку мозгов».

С правилами «страдания – удовольствия» связан другой набор установок, именуемый К.Хорни (1956) «тиранией долженствований». Если человек руководствуется правилом: «Чтобы быть счастливым, я должен быть любим всеми», – то он склонен следовать и другому правилу: «Я должен сделать все, чтобы меня любили». Этим «долженствованиям» и «запретам» человек рабски подчиняется; они имеют нечто общее с фрейдовским понятием Суперэго.

Некоторые из распространенных долженствований таковы:

1) Я должен быть самым щедрым, тактичным, благородным, мужественным и самоотверженным.

2) Я должен быть идеальным любовником, другом, родителем, учителем, студентом, супругом.

3) Я должен справляться с любым затруднением с полным самообладанием.

4) Я должен быть способен быстро найти решение любой проблемы.

5) *Я никогда не должен страдать; я должен всегда быть счастливым и безмятежным.*

6) *Я должен все знать, понимать и предвидеть.*

7) *Я должен всегда владеть собой, я должен всегда управлять своими чувствами.*

8) *Я должен считать виновным себя, я не должен никому и никогда причинять боль.*

9) *Я никогда не должен испытывать усталость или боль.*

10) *Я должен быть всегда на пике продуктивности.*

ОБЩАЯ СТРАТЕГИЯ

Существует так много психотерапевтических тактик, приемлемых для специалиста по когнитивной терапии, что до тех пор, пока он не выработает общей стратегии для данного случая, лечение может носить беспорядочный характер на основе проб и ошибок. Основные принципы КТ были описаны ранее в этой и предыдущих главах: выявление искажений реальности у пациента; самообвинений и самоосуждений, вызывающих дистресс или недееспособность; оказание ему помощи в пересмотре лежащих в основе расстройства и порождающих ошибочные самоинструкции базисных установок (правил). Некоторые из методов, используемых специалистом по КТ, сходны с теми, которые пациент использовал ранее в успешных самостоятельных попытках решения проблем. Терапевт систематически работает с пациентом над решением тех проблем, которые тот не в состоянии решить самостоятельно. Специфика подхода состоит в точном определении проблемы, получении недостающей информации, установлении связей между фактами, формулировке обобщений. Затем терапевт помогает клиенту использовать его собственный аппарат решения проблем, исходя из присущего ему способа интерпретации опыта и регуляции поведения.

Техники психотерапии во многом совпадают с процессом психотерапии, поэтому трудно провести границу между действиями терапевта и реакциями пациента. Более того, терапевт может прибегнуть к нескольким процедурам одновременно, а пациент может реагировать на них серией реакций. Например, обучая пациента осознавать собственные автоматические мысли, терапевт прямо или косвенно оценивает их валидность. Процесс осознания пациентом присущих ему способов переработки информации сопровождается возрастанием объективности (дистанцированием). Как только пациент осознает, что его самоинструкции неадаптивны и не соответствуют действительности, тенденция скорректировать их возникает у него автоматически. Более того, этот способ самоизучения непосредственно подводит пациента к осознанию собственных базисных посылок и уравнений – правил, обуславливающих ошибочное реагирование. Следующий случай иллюстрирует взаимодействие между процедурами терапевта и психологическими процессами пациента.

Привлекательная молодая женщина, мать троих детей, консультировалась в университетской психиатрической клинике по поводу приступов тревоги, длящихся 6-7 часов в день. Эти приступы имели место практически ежедневно в течение 4 лет. Пациентка часто советовалась со своим семейным доктором; тот выписывал ей разные препараты с седативным действием без видимого улучшения.

Во время нашей первой встречи были выяснены следующие обстоятельства. Первый приступ тревоги произошел через 2 недели после аборта. Пациентка наклонилась искупать в ванне своего годовалого сынишку и внезапно почувствовала слабость. Затем сразу последовал первый приступ тревоги, который длился несколько часов. Больная не могла найти никакого объяснения своим переживаниям. Когда я спросил ее о том, что она подумала в тот момент, когда ощутила дурноту, она припомнила, как в голову ей пришла мысль: «Я потеряю сознание и пораню ребенка». Вероятна рабочая гипотеза, что эта дурнота (которая, возможно, была следствием послеоперационной анемии) и породила страх потерять сознание и уронить ребенка. Эта мысль породила тревогу, которую пациентка интерпретировала как признак того, что она погибает.

После этого эпизода больная долго не была обременена какими-либо заботами; она не помнит, чтобы у нее были какие-либо реальные поводы для приступов тревоги. Тем не менее, у нее периодически возникала мысль о том, что с ней может случиться что-то плохое. Если она слышала о чьей-то болезни, она тут же думала: «Это может произойти со мной», – и начинала ощущать интенсивную тревогу. Пациентке была дана инструкция попытаться уловить мысли, которые возникнут перед очередными приступами тревоги. Во время второго сеанса она сообщила следующее.

1) Однажды вечером она услышала, что муж одной из ее приятельниц заболел тяжелой пневмонией. У нее тут же развернулся приступ тревоги, который длился несколько часов. В соответствии с инструкцией она попыталась воспроизвести мысли, предшествовавшие возникновению тревоги. Пациентка припомнила такую мысль: «Том (муж) мог также заболеть и скончаться».

2) Интенсивная тревога возникла у пациентки прямо перед поездкой к сестре. Пациентка сфокусировала внимание на собственных идеаторных процессах и осознала повторяющуюся мысль: «В поездке я могу заболеть». Во время предыдущей поездки к сестре она перенесла тяжелый гастроэнтерит, и сейчас внезапно уверилась, что может заболеть повторно.

3) В другом случае больная ощутила дискомфорт, и предметы показались ей чем-то нереальным. Затем у нее возникла мысль: «Я могу сойти с ума». Больная моментально ощутила тревогу, приступ которой длился почти час.

4) Пациентка узнала, что одна из ее подруг помещена в государственную психиатрическую клинику. Эта новость пробудила мысль: «Это могло бы случиться со мной. Я могла бы сойти с ума». В

ходе уточнения этой мысли, пациентка установила, что, став сумасшедшей, могла бы нанести вред детям или самой себе.

Теперь стало очевидно, что основные страхи пациентки связаны с предвосхищением утраты контроля вследствие дурноты или сумасшествия и с совершением каких-либо опасных действий. Я объяснил пациентке, что не существует фактов, свидетельствующих о ее психотическом состоянии. Ей также разъяснили происхождение ее тревоги и приступов. Согласно исходной формуле пациентки, симптомы тревоги рассматривались как указание на то, что она на грани психоза. В течение нескольких последующих недель приступы тревоги стали возникать реже, а через четыре недели исчезли совсем.

Основная роль терапевта в данном случае заключалась в тренинге припоминания мыслей, предшествующих всплеску тревоги, и оценке их валидности. Осознание того факта, что приступы были порождены скорее ее собственными когнитивными процессами, а не некой мистической силой, убедило пациентку в том, что ее представление о полной собственной уязвимости ошибочно. Она также поняла, что ее представление о неспособности контролировать собственные реакции также неверно. Обучившись отслеживать продуцирующие тревогу мысли, пациентка обрела способность быть беспристрастной и подвергать их проверке реальностью. Затем она обрела способность сводить к нулю последствия этих мыслей.

Процесс выздоровления у этой пациентки был обусловлен следующими терапевтическими стратегиями:

- 1) самонаблюдением за идеаторными явлениями, предшествующими тревоге;
- 2) установлением взаимосвязи между мыслями и приступами тревоги;
- 3) обучением рассматривать мысли не как факты, а, скорее, как гипотезы;
- 4) проверкой гипотез;
- 5) объединением убеждений, которые лежат в основе этих гипотез (порождают их);
- 6) демонстрацией того, что правила, составляющие систему убеждений больной, неверны.

Система убеждений пациентки состояла из уравнений, касающихся возможного психического или физического заболевания, утраты контроля и непровольного причинения вреда близким. Более того, она была одержима суеверным убеждением в том, что если с кем-то случилась беда, то она обязательно произойдет с ней или с кем-то из членов ее семьи. Наконец, у нее укрепилась глобальная пугающая мысль: «Со мной может что-то случиться». Продемонстрировав ошибочность уравнений больной и ее самоотношения, мы обрели возможность перестроить ее ложную систему убеждений.

ЛИТЕРАТУРА

- Beck A.T. (1967) *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New-York: Harper and Row.
- Beck A.T. (1970c) *Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology*. *J. of Nerv. Ment. Dis.*, 150: 3-17.
- Beck A.T. Kovacs M., Weissman A. (1975) *Hopelessness and suicidal behavior: An overview*, *JAMA*, 234: 1136-1139.
- Costello C.G. (1972) *Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness?* *Behav. Ther.*, 3: 240-247.
- Efran J.S. (1973) *Self-criticism and psychotherapeutic exchanges*. Mimeographed paper.
- Ellis A. (1958) *Reason, and Emotion in Psychotherapy*. New-York: Lyle Stuart.
- Freedman A.S. (1964) *Minimal effects of severe depression on cognitive functioning*, *J. Abnorm and Soc. Psychol.*, 69: 237-243.
- Jackson B (1972) *Treatment of depression by self-reinforcement*. *Behav. Ther.*, 3: 298-307.
- Kelly G. (1955) *The psychology of Personal Constructs*. New-York: Norton.
- Lazarus A. (1968) *Learning theory and the treatment of depression*. *Behav. Res. Ther.*, 6: 83-89.
- Lester D., Beck A.T. (1975) *Suicidal intent, medical lethality of the suicide attempt, and components of depression*. *J.Clin. Psychol*, 31: 11-12.
- Lewinsohn P.M. (1974b) *Clinical and theoretical aspect of depression*. In: *Innovative treatment Methods in Psychopathology*, ed. K.Calhoun, H.Adams & K.Mitchel. New-York: Wiley, p.63-120.
- Loeb A., Beck A.T., Diggory J. (1971) *Differential effects of success and failure on depressed and nondepressed patients*. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 152: 106-114.
- Maultsby M.C. (1968) *The pamphlet as a therapeutic aid*. *Rational living*, 3: 31-35.
- Minkoff K., Bergman E., Beck A.T., Beck R.. (1973) *Hopelessness, depression and attempted suicide*. *Amer. J. Psychiatr.*, 130: 455-459.
- Rush A.J., Khatami M., Beck A.T. (1975) *Cognitive and behavioral therapy in chronic depression*. *Behav. Ther.*, 6: 398-404.
- Wetzel R.D. (1976) *Hopelessness, depression, and suicide intent*. *Arch. Gen. Psychiatr.*, in press.