

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Н.Г.ГАРАНЯН

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДХОДА

Когнитивная психотерапия (КТ) представляет собой в настоящее время широко распространенный метод лечения различных психопатологических расстройств. Основные идеи когнитивного подхода были сформулированы в начале 60-х годов в США «диссидентами» от психоанализа Альбертом Эллисом и Ароном Беком. Дальнейшее развитие эти идеи получили в рамках бихевиоризма, значительно изменив последний, что в итоге привело к конвергенции двух подходов. Признав важность внутренних (когнитивных) процессов, наряду с внешне реализуемым поведением, бихевиоральные психотерапевты сделали их одной из основных мишеней воздействия, что позволило дать старому подходу новое название «когнитивно-бихевиорального».

В настоящее время когнитивный подход значительно расширил свою географию и масштаб: исследовательские центры и центры активного обучения когнитивной терапии созданы не только в Америке, но и в Европе (Швеции, Великобритании, Германии), издано множество специальных монографий и сборников, проводятся международные конференции и симпозиумы.

В целом, КТ – это директивный, структурированный и ориентированный на мишени подход, в основе которого лежит когнитивная модель различных расстройств или дисфункционального поведения. На основе этой модели КТ интегрирует множество различных техник, как оригинальных, так и заимствованных из других психотерапевтических систем – гештальттерапии, психодрамы, бихевиоральной и клиент-центрированной терапии. Однако конечная цель всех процедур, используемых в КТ, заключается в «модификации дисфункциональных убеждений и ошибочных способов переработки информации» (Beck, 1993, p.194). Отличительная особенность КТ заключается в тщательной экспериментальной проверке всех

теоретических построений, лежащих в основе терапевтических принципов, и кропотливых оценках ее эффективности.

К созданию новой психотерапевтической системы и отходу от психоанализа А.Бека привело разочарование в традиционных видах психологической помощи депрессивным больным: «В разные периоды работы я применял к больным депрессией большинство подходов, описанных в современной литературе. Казалось, что отдельные методы иногда помогают, иногда дают обратный эффект. Я открыто выражал тепло и симпатию, вызывал открытое проявление гнева, поощрял пациентов интенсивно выражать чувства вины и печали, интерпретировал их «потребность в страдании», пытался повысить их самопринятие. Однако беседа о том, насколько беспомощен и жалок пациент, и побуждение его к открытому проявлению гнева зачастую лишь усугубляли депрессивное состояние, а повысившееся в результате терапии принятие уничижительного образа «Я» и пессимизм просто усиливали печаль, пассивность и самообвинения» (Beck, 1976, p.263). Эти неудачи послужили для А.Бека импульсом к многолетним творческим поискам в изучении и лечении эмоциональных расстройств, созданию оригинальной когнитивной модели этой патологии и специальных высоко эффективных техник психотерапии.

Таким образом, изначально КТ представляла собой краткосрочный подход к лечению депрессий, в котором были скомбинированы когнитивные и бихевиоральные техники (Beck, 1967). Именно этим, по мнению Перриса (C.Perris, 1988), объясняются бытующие сейчас заблуждения относительно данного подхода как исключительно краткосрочного варианта психотерапии, предназначенного только для лечения эмоциональных расстройств. В настоящее время область применения КТ значительно расширилась: когнитивные психотерапевты эффективно работают с целым спектром психопатологических расстройств и психологических проблем – депрессиями различной нозологии (Beck, Rush, 1979), тревожными расстройствами (фобиями, паническими расстройствами, генерализованной тревогой) (Beck, Emery, 1985), расстройствами питания (McPherson, 1988), ипохондрией (Warwick, 1991), личностными расстройствами (Beck, Freeman, 1990), шизофренией (Perris, 1988), ПТСД (Beck, 1993), семейными дисфункциями (Epstein, Baucom, 1988), психологическими проблемами спортсменов и т.д. КТ применяется в различных условиях (амбулаторных и клинических) и формах (индивидуальной, групповой, супружеской, семейной). КТ используется как в краткосрочном варианте (например, 15-20 сеансов при лечении тревожных расстройств), так и в долгосрочном (1-2 года в случае личностных расстройств).

Для российских специалистов КТ остается практически неизвестной, несмотря на то, что в нашей стране выходит сейчас достаточно много литературы по психотерапии и постепенно освещаются самые различные

подходы. Особенно высокая эффективность данного подхода в терапии эмоциональных расстройств, заболеваемость которыми, по данным эпидемиологов, значительно возросла (что косвенно подтверждается расширением соответствующих кластеров в современных классификациях ICD-10, DSM-IVr), делает, на наш взгляд, целесообразными популяризацию КТ и устранение досадного пробела.

Данный обзор ориентирован на специалистов, интересующихся прежде всего практическими аспектами КТ. В нем освещены основные положения когнитивной модели психических расстройств (знание которых необходимо в практической работе), а также основные принципы и техники КТ.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОГНИТИВНОЙ МОДЕЛИ РАССТРОЙСТВ

Основоположники КТ признавали сложную био-психо-социальную детерминацию психических расстройств (*Perris, 1988*). Однако в системе психологических факторов когнитивная модель психических расстройств отводит центральную роль процессам переработки информации: то, как люди думают, определяет – что они чувствуют и как действуют. С этой точки зрения, патологические эмоциональные состояния и дисфункциональное поведение есть результат «неадаптивных» когнитивных процессов.

По мнению методологов КТ (*Perris, 1988*), к философским основаниям КТ следует отнести следующие учения: а) учение поздних стоиков (Эпиктета, Сенеки, Цицерона) о роли субъективного мнения и суждений разума в возникновении душевного дискомфорта и тоски – «Все зависит от субъективного мнения... Мы страдаем благодаря нашим мнениям...» (из письма Сенеки Луцилию, цит. по *S.Perris*); б) дедуктивную технику ведения диалога, развитую Сократом; в) учение об ограниченности человеческого разума и свойственных ему искажениях Фрэнсиса Бэкона; г) рационалистическое учение Спинозы об эмоциях как производных мышления и возможности изменить чувство, видоизменив сопряженное с ним убеждение.

В психологических основаниях КТ следует выделить теории переработки информации человеком, подчеркнув особое место когнитивных теорий эмоций, которые показали роль когнитивных переменных в возникновении эмоций разного знака и модальностей (*Schachter, 1964; Lazarus, 1968*).

Однако не следует полагать, что когнитивный подход развивает культ «рационализма» и относит к адаптированным только тех людей, которые мыслят рационально, логично и разделяют общепринятые взгляды. Иррациональные мысли и фантазии с идеосинкретическим, т.е. сугубо личностным содержанием, не совпадающим со мнением окружающих, имеют место у большинства людей. Термин «неадаптивные» применим только к тем идеаторным процессам, «которые несовместимы со

способностью справляться с жизнью, нарушают внутреннюю гармонию и продуцируют неадекватную, чрезмерно интенсивную и болезненную эмоциональную реакцию» (Kovack, 1976, p.381). Более того, в современных вариантах КТ оспаривается центральная роль когнитивных процессов при вторичности эмоциональных и выдвигается тезис об их симультанности (Mahoney, 1993). Для практики принципиально важным остается следующее положение: порочный круг негативных эмоций, неадаптивных мыслительных процессов и дисфункционального поведения может быть разомкнут в когнитивном звене. Таким образом, изменение восприятия и мышления влечет за собой модификацию болезненных переживаний и поведенческих реакций.

Практика КТ требует от психотерапевта знаний о феноменологии когнитивных процессов при различных психических расстройствах. К наиболее разработанным следует отнести когнитивные модели депрессий и тревожных расстройств (фобий, панических расстройств и генерализованной тревоги). В ходе дальнейшего изложения мы будем, в основном, опираться именно на эти модели.

Итак, когнитивная модель любого расстройства предполагает наличие трех основных параметров:

- когнитивных элементов;
- когнитивных процессов;
- когнитивного содержания.

В процессе когнитивной терапии специалисты имеют дело с когнитивными элементами двух уровней: а) так называемыми «автоматическими» образами и мыслями, связанными с переработкой текущей информации и являющимися реакцией на происходящее в настоящий момент; б) базисными посылками, представляющими собой систему глубинных представлений индивида о себе и об окружающем мире, в которой фиксирован его прошлый опыт.

Рассмотрим когнитивные элементы первого поверхностного уровня – ситуативно отнесенные мысли и образы, получившие название «автоматических» (Beck, 1967).

Данное название отражает основную характеристику этих способов переработки информации – их рефлекторность, непроизвольность, быстротечность и бессознательность. При этом способе человек не выбирает информацию для размышлений, а сосредоточивается на ней невольно. Эти мысли резко отличаются от осознанных, при которых сохраняется известный контроль над предметом и логикой размышлений. Тем не менее, субъективно они переживаются как вполне правдоподобные, и их валидность внутренне не оспаривается. Эта особенность, по мнению Бека (Beck, 1979), делает эти мысли «похожими на слова, произносимые родителями очень доверчивым детям». У большинства людей ежедневно отмечаются комбинации контролируемых и автоматических процессов. В случае эмоциональных расстройств

доминируют автоматические процессы со специфическим содержанием (*Beck, 1984; Ingram, 1984; Seligman, 1981; Beck, Emery, 1985*). Так, больной реактивной депрессией после смерти жены может быть одолеваем мыслями типа «Я не могу жить без нее» или «Я больше никогда и ни в чем не найду радости». Студента с экзаменационной тревогой в ситуации подготовки к тесту одолевает мысль: «Если я провалюсь, мне придет конец»; пациента с социальной фобией в ситуациях межличностных контактов – мысли о возможном отвержении со стороны других людей. Автоматические мысли такого рода непосредственно ведут к эмоциональным и поведенческим реакциям. Степень неадаптивности этих реакций пропорциональна степени мыслительных искажений или преувеличений. Так, в уже приводившемся примере с экзаменационным стрессом, в результате наплывов автоматических мыслей студент может испытать мощный приступ тревоги, беспомощности и отчаяния, отказаться от прохождения экзамена и принять решение уйти из института.

Неадаптивность автоматических мыслей, искажения или преувеличения в оценках внешней ситуации, содержащиеся в них, объясняются дисфункциональностью лежащих в их основе *базисных посылок или схем*. Базисные послылки – «это система глубинных установок человека по отношению к самому себе, миру и людям, задающая основу для переработки текущей информации и стратегии решения проблем» (*Robins, Hayes, 1993, p.205*). Базисные послылки представляют собой жизненную философию человека, в которой фиксирован весь его жизненный опыт; особую роль здесь играют детские впечатления и воздействия семьи (*Liotti, 1988*). Лица с психическими расстройствами имеют определенные дисфункциональные схемы, которые заставляют их искаженно воспринимать и оценивать текущие ситуации и, соответственно, испытывать отрицательные эмоции и неадаптивно действовать. Например, одна из молоденьких пациенток доктора Ковак (*M.Kovack, 1976*) не дождалась вечернего звонка от своего приятеля. Ожидание вызвало тоскливое состояние, при котором больной удалось уловить автоматические мысли – «Он не позвонил сегодня вечером... Он вообще не хочет меня видеть». Это умозаключение было явно ошибочным, так как не основывалось на фактах. Оно также было неадаптивным, так как вело к усилению дисфории, суицидальным мыслям и сниженной активности в течение вечера. Такая интерпретация случившегося была естественным следствием базисной послылки пациентки – «если я не важна для каждого, мне не следует продолжать жить». «Быть важной для другого» означало для пациентки быть предметом постоянного внимания людей; предполагалось, что они должны ее постоянно навещать, заботиться о ней и с готовностью выполнять все обещания.

Задача по изменению этих элементов очень непростая, так как базисные послылки отличаются большой стабильностью. Диктуя человеку

определенные способы поведения, они вновь и вновь подкрепляются его результатами. Например, базисное убеждение типа «меня никто не любит» делает человека чрезмерно чувствительным к проявлениям любви или отвержения со стороны других, зачастую заставляет «вымогать» знаки признания. Это может вызывать раздражение у людей и желание отдалиться, что подтверждает исходную схему.

Связующими звеньями между базисными посылками и автоматическими мыслями являются *когнитивные процессы*. Их функция – обеспечивать соответствие вновь поступающей информации старым стабильным представлениям. Поэтому когнитивные процессы при различных расстройствах изобилуют искажениями. А.Бек составил типологию алогизмов при депрессиях (1979). Однако, как показали дальнейшие исследования, эти виды мыслительных ошибок отмечаются и при других расстройствах – тревожных (*Jarret, Rush, 1988; Cottraux, Mollard, 1988*), расстройствах питания (*McPherson, 1988*), личностных расстройствах (*Beck, Freeman, 1990*). Перечислим основные виды алогизмов, содержащихся в автоматических мыслях.

1. Произвольное умозаключение – это извлечение выводов в отсутствие подтверждающих данных или в явном противоречии с фактами. Например, мысли об опасном заболевании у ипохондрика, только что прошедшего очередное обследование, не выявившее никакой патологии. Или мысли молоденькой девушки, не дождавшейся обычного звонка от приятеля: «Он не позвонил сегодня вечером... Значит, вообще не хочет меня видеть».

2. Селективное абстрагирование – акцентирование одних элементов ситуации, которые наиболее созвучны взгляду пациента на мир, при игнорировании других ее аспектов. Так, в своих воспоминаниях о прошлом и размышлениях о настоящем депрессивные больные упорно отбирают информацию с негативной эмоциональной окраской и игнорируют положительную (*Lloyd, Lishman, 1975; Kovack, 1976*). Больные агорафобией систематически выделяют информацию о несчастных случаях, происшедших в общественных местах, а больные, страдающие социофобией, селективируют факты, свидетельствующие о якобы «пренебрежительном отношении окружающих» (*Beck, Emery, 1985*). Например, пациентка интерпретирует не сказанное ее начальником «Здравствуйте» как зловещий признак его нерасположенности к ней, игнорируя при этом весь предшествующий опыт положительных взаимоотношений, факт его занятости и озабоченности конфликтом с вышестоящим начальством. Как отмечает Ковак (*Kovack, 1976*), результатом этого «излюбленного» депрессивными больными способа переработки информации является сверхобобщение – например, опыт единичной неудачи в отношениях трансформируется в ощущение своей тотальной неспособности вызвать симпатию.

3. Поляризованное (или «черно-белое») мышление – рассуждения в полюсах, без градуальности. Как показал контент-анализ речи депрессивных больных, их высказывания изобилуют клише типа «всегда – никогда», «прекрасный – ужасный», «все – ничего» (Kovack, 1976). Больные расстройствами питания в суждениях о внешности придерживаются жестких дихотомических оценок типа «стройный – безобразно толстый» (McPherson, 1988). Больные тревожными расстройствами ипохондрического содержания придерживаются недифференцированных представлений о здоровье типа «100% здоров – смертельно болен».

4. Персонификация – склонность относить к себе лично нейтральные события, естественно, при отсутствии или недостатке подтверждающих фактов. Так, абсолютно безобидные, нейтральные высказывания других людей депрессивные пациенты с уязвимой самооценкой или пациенты с социальной фобией могут отнести на свой счет, усмотрев в них критику и пренебрежение.

5. Максимизация – минимизация – преуменьшение или преувеличение важности событий. Например, депрессивные больные обесценивают (сводят к минимуму) собственный положительный опыт и резко преувеличивают опыт неудач. Эта особенность ярко проявляется также в депрессивном атрибутивном стиле: в суждениях о причинах собственного успеха больные преувеличивают роль внешних факторов (везения, помощи других людей и т.д.), при этом резко недооценивая собственный вклад. Причины неуспеха приписываются преимущественно собственным качествам (например, недостатку способностей) (M.Seligman, 1978). Больные агорафобией с паническими атаками резко переоценивают опасность внешней ситуации (например, пребывания в общественном транспорте) и недооценивают как опыт благополучного преодоления этих ситуаций, так и собственные возможности совладать с трудностями (Cottraux, Mollard, 1988).

Когнитивные элементы (автоматические мысли, дисфункциональные базисные послышки и схемы) и когнитивные операции объединены когнитивным содержанием со специфической для каждого расстройства тематикой. Вопреки утверждению многих больных о том, что их тяжелые эмоциональные состояния беспричинны (как при синдроме генерализованной тревоги или некоторых вариантах депрессии), специальные процедуры в каждом случае позволяют выявить определенное предметное содержание переживаний.

Первые попытки изучения содержания когнитивной сферы предпринял А.Бек, исследовавший сновидения, типичные мысли и фантазии депрессивных больных с целью верифицировать психоаналитическую теорию и обнаружить признаки вытесненной враждебности. Вместо этого он обнаружил две основные содержательные характеристики изучаемой продукции:

а) фиксированность на теме реальной или мнимой утраты (смерти близких, разрыве отношений, крушении надежд, неуспехе в достижении значимых целей) и

б) так называемое «негативное отклонение» или «негативную триаду» – негативный взгляд на себя, на будущее и на мир.

Другая содержательная характеристика базисных посылок депрессивных больных состоит в их жестком, императивном характере с более частым, чем в норме, употреблением таких речевых форм, как «следует» и «должен» (Ellis, 1993). Набор таких базисных посылок А.Бек назвал «тиранией долженствований», подчеркнув сходство этого понятия с понятием Супер-Эго. Он привел пример типичных «долженствований» депрессивных больных: «Я должен уметь быстро и самостоятельно найти решение любой проблемы», «Я должен быть всегда на пике продуктивности», «Я должен все знать, понимать и предвидеть», «Я никогда не должен страдать, я должен всегда быть счастливым и безмятежным».

Упрощенное содержание посылок, директивность, очевидный недостаток дифференцированности свидетельствуют, по мнению Ковак (M.Kovack, 1976), об инфантильной природе депрессогенных базисных посылок. В их развитии и упрочении участвуют следующие онтогенетические факторы:

1) Утрата одного из родителей в детстве. Есть данные о том, что депрессивные больные переживают утраты в детстве чаще, чем испытуемые контрольных групп (Kovack, 1976). Этот опыт может привести к тому, что любые утраты человек будет интерпретировать как необратимые и оставляющие непреходящие травмы.

2) Наличие родителя, чья система убеждений вращается вокруг темы собственной неполноценности или родителя, чья система конструктов состоит из ригидных, жестких правил. Таким образом, дитя может приобщиться к некоторым неадаптивным схемам на основе моделирования и социальной идентификации. Ковак иллюстрирует такую возможность следующим примером: «На сеансах семейной терапии нередко приходится видеть родителя, который порицает себя за существующую в его воображении неполноценность, а потом выражает свою любовь к ребенку, приговаривая: «Он совершенно такой же, как я» (M.Kovack, 1976, p.386).

3) Дефицит социального опыта и социальных навыков, негативный опыт общения со сверстниками или братьями/сестрами могут препятствовать эмпирической проверке и переоценке ранних детских убеждений.

4) Физический дефект (типа детского ожирения) способствует формированию «образа Я» как отличного от других, а связанные с дефектом естественная застенчивость и избегание контактов могут

препятствовать проверке и изменению межличностно-ориентированных детских схем.

Согласно когнитивной модели, остальные (эмоциональные, мотивационные и поведенческие) компоненты депрессивного синдрома – тоскливый аффект, пассивность, снижение мотивации, самообвинения и самодеструктивное (вплоть до суицидального) поведение – являются продуктом когнитивных процессов с вышеописанным содержанием.

Содержание когнитивных процессов у больных тревожными расстройствами связано с темой предвосхищаемой опасности, собственной крайней уязвимости и неспособности справиться с угрозой. Данная тема конкретизируется при каждом варианте расстройства. Так, генерализованную тревогу «запускают» схемы со следующим когнитивным содержанием (*Beck, Emery, 1985*):

1) постоянным предвосхищением отрицательных событий в будущем («антиципирование» несчастий);

2) представлением о необходимости соответствовать высоким стандартам качества и количества выполняемой работы и убежденностью в собственной некомпетентности в ежедневных делах, которая сохраняется даже перед лицом очевидной компетентности (специальные техники часто выявляют у таких больных автоматические мысли типа «Я не справлюсь с этим»);

3) опасением потерять тех, кто помогает в выполнении этой массы «необходимых» дел;

4) представлением о собственной неспособности ладить с окружающими и страхе быть осмеянным или отвергнутым в результате некомпетентности.

Основное когнитивное содержание агорафобии с паническими расстройствами связано с темой возможной физиологической или психологической катастрофы (смерти или сумасшествия). Предполагаемый сценарий этой катастрофы таков – внезапный приступ острого недомогания (сердечная болезнь, обморок и т.д.) происходит в ситуации, где нет доступа к так называемым «сигналам безопасности» – выходу, госпиталю, доктору, другу, медикаментам, и пациент остается без помощи во враждебном или равнодушном человеческом окружении. По данным Бека и Эмери (*Beck & Emery, 1985*), вероятность панической атаки возрастает при повышенной сензитивности к внутренним ощущениям и склонности к катастрофическим интерпретациям этих ощущений, которые вызывают и усиливают друг друга по механизму «порочного круга».

В ряде исследований предприняты попытки выявить онтогенез схемы «опасности», заставляющей тревожных больных соответствующим образом контролировать социальное окружение и физическую среду. Котро и Моллар (*J.Cottraux, E.Mollard, 1989*) описывают следующие онтогенетические факторы.

1) Смерть значимого другого – событие, предшествующее манифестации агорафобии с паническими атаками, и значительно редуцирующее чувство безопасности и контролируемости событий.

2) Опыт ранней сепарации и, соответственно, переживания сепарационной тревоги в детстве.

3) Опыт «небезопасной» привязанности в раннем детстве. По данным Торпе и Бернса (*Thorpe, Burns, 1989*), у 43% больных агорафобией с паническими расстройствами были тревожные или отвергающие матери, неспособные создать чувство безопасности.

Отметим, что выводы о когнитивной детерминации тревожных расстройств подвергались критике (*Zajonc, 1980*). С целью доказательства проводились многочисленные эксперименты, общая схема которых предполагала сравнение реакций на специальные биологические пробы (введение лактазы, вдыхание CO₂ или гипервентиляцию легких) в двух группах испытуемых, получающих различные инструкции – с уведомлением о возможных неприятных (обмороке и т.д.) или приятных ощущениях. В группе, предупрежденной о возможных неприятностях, возникшие телесные ощущения интерпретировались как крайне неприятные предвестники обморока или удушья, а в самоотчетах об эмоциональном состоянии фигурировал страх (*Van der Molen et al., 1986; Hout, Griezner, 1982*), что подтверждает, по мнению экспериментаторов, участие когнитивных факторов в возникновении тревоги.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ТЕХНИКИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В первой части статьи были описаны два уровня когнитивной модели различных расстройств – автоматические мысли и базисные послышки; когнитивные процессы обеспечивают связь между ними. Схема терапевтического процесса, соответственно, также предполагает два этапа. Первый, симптоматически ориентированный этап, предполагает работу с автоматическими мыслями (и связанными с ними эмоциональными и поведенческими реакциями), второй нацелен на проработку глубинных источников расстройств. Такая структура терапевтического процесса делает КТ удобной основой для интеграции симптоматически-ориентированных и глубинных психотерапевтических подходов (*Beck, 1993; Norcross, 1992*) и позволяет, по мнению некоторых авторов (*Duhrssen, 1985*), назвать ее «мостом от бихевиоризма к психоанализу».

Первый этап начинается с *представления модели терапии* пациенту. Эта задача предполагает знакомство пациента с основами эпистемологии – сведениями об ограниченности, а, зачастую, и искаженности знания, поставляемого психическими процессами человека (памятью, восприятием, мышлением), о тесной связи между мыслью, с одной стороны, и чувством и действием – с другой. В случае эмоциональных расстройств терапевт информирует пациента о «порочных кругах»

тревоги (неадаптивные когнитивные процессы – тревога – физиологические сдвиги – мысль и т.д.) или депрессии (неадаптивные представления о себе, мире и будущем – тоскливый аффект – пассивность – снижение самоуважения и т.д.). Цель этого знакомства заключается в подведении пациента к мысли о том, что его представления о реальности (а именно с ними сопряжены эмоциональный дискомфорт и дисфункциональное поведение) есть не сама реальность, а лишь гипотетическое представление о ней, нуждающееся в проверке, а, в ряде случаев, и в изменении.

Рабочий альянс терапевта и пациента в КТ имеет свою специфику, которую А.Бек определял как «эмпирическое сотрудничество» (1976). Предполагается, что пациент и терапевт работают вместе над представлением идей пациента в форме гипотез, проверкой их валидности и поиском альтернативы в тех случаях, когда они эмпирически не подтверждаются. От пациента ожидается, что он обучится мастерству фокусировки автоматических мыслей, соотносимых с разным эмоциональным опытом, распознаванию дисфункциональных базисных посылок и конфронтации с ними. Эта задача требует от пациента определенных рефлексивных способностей, критичности (сохранной способности улавливать различия между внешней реальностью и психическим феноменом). Пациенты в остром психотическом состоянии, как правило, не соответствуют этому требованию. КТ предполагает искренность, теплоту и аутентичность поведения терапевта, а также высокую степень его активности и директивности. КТ предполагает способность терапевта концептуализировать случай в когнитивных терминах (что делает возможными когнитивные интервенции), а также владение техниками сократического диалога.

Каждый сеанс в КТ разворачивается по плану: выяснение чувств и мыслей пациента после прошлого занятия, обзор домашних заданий, совместная выработка темы настоящего сеанса, предписание домашних заданий, краткое резюме проделанной сегодня работы. Однако когнитивный терапевт не всегда следует данному образцу и, принимая во внимание происходящее на сеансе, готов отойти от плана и работать по принципу «здесь-и-теперь».

Основная задача, реализующаяся в ходе *первого этапа КТ* – это обучение пациента навыкам осознания автоматических мыслей, их систематической регистрации и конфронтации с ними. Рассмотрим основные принципы и приемы, используемые при решении этой задачи.

1. Принцип «заполнения пробела». Основная процедура, помогающая пациенту выявить автоматические мысли, заключается в установлении последовательности внешних событий и субъективных реакций на них. Клиенту дается примерно следующая инструкция: «Обычно между конкретной внешней ситуацией и эмоциональной реакцией на нее (например, «беспричинным» расстройством) существует

промежуток – так называемый «пробел», во время которого обязательно имеют место некоторые мысли, называемые «автоматическими». Они произвольны, бессвязны, мелькают в голове с очень высокой скоростью. Однако они потенциально осознаваемы, и для понимания ваших реакций очень важно научиться их улавливать».

Например, пациент уловил связь между встречей с прежним другом и переживанием печали, при этом он сумел медленно воспроизвести в уме событие и затем успешно воспроизвести мысли, имевшие место в промежутке – «Если я его поприветствую, он может не вспомнить и отбрыгнуть меня. Ведь между нами давно нет ничего общего, он достиг так многого. Теперь не прежние времена!» Другой пациент рассказал о том, что ощутил острую, на первый взгляд, необъяснимую тревогу после сообщения о гибели друга в автомобильной катастрофе. Он смог заполнить «пробел», когда припомнил, что вообразил себя жертвой происшествия.

В тех случаях, когда пациент не может самостоятельно отрефлексировать автоматические мысли в проблемных ситуациях, используются следующие основные процедуры «заполнения пробела».

а) *Когнитивная репетиция* (погружение *in vitro* – вариант техники воображения), которая предполагает пошаговое воспроизведение эмоциогенной ситуации в воображении с одновременным самонаблюдением за мелькающими в голове мыслями. При этом проговариваются вслух как события, так и сопутствующие им автоматические мысли. Основная задача когнитивной репетиции – стимулировать клиента к «размышлениям вслух». Полученная продукция регистрируется в специальном дневнике.

б) *Погружение *in vivo* и дневниковая регистрация*. После информирования о свойствах автоматических мыслей и знакомства с принципом «заполнения пробела» клиенту дается домашнее задание на самонаблюдение в эмоциогенных ситуациях. Например, пациента с агорафобией просят наблюдать за мыслями, приходящими ему в голову в толпе, транспорте и т.д. Возможно также совместное с психотерапевтом выполнение этого задания, при этом пациента просят проговаривать все впечатления вслух. Клиенту, постоянно откладывающему выполнение важных дел, дается инструкция на самонаблюдение при очередных попытках приступить к какому-либо делу. Больному булимией дается задание на регистрацию мыслей, предшествующих и сопутствующих приступу обжорства. Результаты самонаблюдения заносят в специальный дневник, ведущийся в форме трех колонок – «внешняя ситуация», «чувство», «автоматические мысли». Для пациентов с паническими расстройствами эффективно ввести еще одну колонку «физические ощущения». В результате такого систематического самоисследования клиент начинает отчетливо осознавать взаимосвязи между проблемными ситуациями, определенными мыслями и чувствами или физическими

ощущениями, возникающими на фоне этих мыслей. Дневниковые материалы становятся предметом обсуждения на терапевтических сеансах.

в) *Ролевое проигрывание*. С целью выявления неадаптивных автоматических мыслей, возникающих в межличностных ситуациях, наряду с вышеописанными можно использовать психодраматический прием «обмена ролями». Психотерапевт играет роли различных людей из окружения клиента с характерными для них репликами, задача клиента – наблюдать за возникающими во время взаимодействия мыслями, желательно, проговаривая их вслух.

Результатом вышеописанной работы становится возросшая способность клиента маркировать проблемные ситуации, различать и давать наименование различным физическим ощущениям, чувствам и мыслям. Результатом этой работы является также «коллекция» различных автоматических мыслей, сопряженных с тяжелыми душевными состояниями или дисфункциональным поведением. На этом этапе работы следует подвести клиента к пониманию возможной ошибочности этих мыслей и, следовательно, к необходимости рассматривать их как гипотезы, нуждающиеся в проверке, а не как факты объективной реальности. Здесь вступает в действие следующий принцип КГ.

2. Принцип «проверки гипотез». В литературе по практике КГ описано два основных способа проверять валидность мыслительной продукции – эмпирический и логический.

а) *Эмпирическая проверка гипотез*. Эта процедура требует организации специальных экспериментов по оценке валидности автоматических мыслей. С этой целью используются не когнитивные, а, как правило, различные бихевиоральные

техники, основное назначение которых здесь, в отличие от бихевиоральной терапии, заключается не только в модификации неадаптивного поведения, но и в коррекции неадаптивных когнитивных продуктов. Приведем примеры.

Репликация симптома в лабораторных условиях используется в терапии панических расстройств. С помощью различных приемов (гипервентиляции легких по Кларку (Clark, 1985), приема кофеина или быстрого подъема по лестницам) воспроизводятся некоторые физиологические компоненты панического приступа – потоотделение, учащенное сердцебиение и т.д. Вслед за этим выясняются субъективные интерпретации этих физических ощущений и возникшие эмоциональные реакции. Если пациенты правильно интерпретируют возникшие ощущения, например, как результат подъема по лестнице, то задача психотерапевта – обратить их внимание на связь между интерпретацией и эмоциональным состоянием («Ты приписываешь сейчас свое сердцебиение пробегу по лестнице, а не сердечному приступу, и ты абсолютно спокоен»). Пациенту также предлагается поискать альтернативное объяснение сердцебиению в обыденной жизни вместо

убеждения – «Сердцебиение – однозначный признак сердечного приступа», опираясь на лабораторный опыт.

Техники «редукции тревоги» используются не только с целью облегчить поведение в проблемных ситуациях, но и с целью коррекции утверждений типа «Я очень слаб, уязвим и беспомощен; когда моя тревога нарастает, я не в силах справиться с ней». Во время терапевтических сеансов пациента обучают навыкам релаксации, техникам контролируемого дыхания по Кларку (для панических расстройств), планируемому отвлечению, затем эти навыки выносятся за рамки сеанса и используются во время эпизодов интенсивной тревоги. Опыт преодоления сильной тревоги используется для проверки предсказаний пациента относительно собственной беспомощности и неспособности совладать с нарастающим переживанием. Эта процедура способствует смещению локуса контроля в эмоциогенных ситуациях к большей интернальности.

Техники «активирующей терапии» (совместное с пациентом составление расписания занятий, расписание «ранжированных» по сложности заданий, терапия «мастерством и удовольствием») помогают не только преодолеть пассивность, но и оспорить валидность мнения клиента о собственной непродуктивности, тем самым сделав его самооценку и эмоциональное состояние более позитивными.

Техники «размораживания аффекта» используются в терапии депрессивных состояний и самообвинений. Стимулирование внешнего выражения гнева, визуализация приятных сцен, припоминание приятных событий прошлого (при упорном селектировании только негативного материала рекомендуют привлекать родственников), стимуляция жалости и сочувствия к себе, вызывание терапевтом смеха и иронии не только смягчают тоскливый аффект (или меняют его на более стеническую эмоцию гнева), но и оживляют альтернативный жизненный опыт больного. Это позволяет оспорить сопряженные с депрессивным аффектом негативные мысли типа «Я больше не способен радоваться», «Я сам виноват во всем плохом, происходящем со мной», «Жизнь наполнена лишь утратами и страданием».

б) *Логическая проверка гипотез* также нацелена на вскрытие иррациональных способов мышления. Основной прием, использующийся в ходе такой проверки, – это сократический дедуктивный диалог терапевта с клиентом. В ходе такого диалога терапевт помогает клиенту представить свои убеждения в форме гипотез и проверить их с помощью многократных наводящих вопросов до момента самостоятельного отыскания выводов. Например, для оспаривания катастрофических ожиданий у

пациентов с тревожными расстройствами предлагается найти ответ на следующие вопросы (*Beck, Emery, 1985*):

- Какие факты подтверждают или опровергают такие мысли?
- Каковы доводы «за» и «против» данного суждения?

- Какая часть этой ситуации – неоспоримый факт, а какая домыслы?
- Каковы другие возможные способы посмотреть на эту ситуацию?
- Как бы вы посмотрели на эту ситуацию, если бы вы не были в тревоге (панике)?
- Как бы посмотрели на эту ситуацию другие люди?
- Что бы вы сказали, если бы это случилось с вашим другом?

Еще одна задача логической проверки – обучить клиента выявлению, маркировке и исправлению «логических ошибок в суждениях (сверхобобщений, персонализации, поляризованного мышления и др.). Эти навыки, наряду с навыками осознания автоматических мыслей, эмпирической проверки убеждений, служат ценным средством переструктурирования дисфункционального мышления. Приведем примеры техник, используемых в ходе коррекции алогизмов:

- «шкалирование» – процедура, в ходе которой смягчение крайностей «поляризации» в суждениях больного достигается с помощью введения градуальности;

- реатрибуция – пересмотр ответственности за действия и их результаты, вследствие чего клиент приходит к более сбалансированному представлению о вкладе различных внешних и внутренних факторов в случившееся;

- намеренное преувеличение – доведение идеи до крайности (даже до абсурда) стимулирует переоценку дисфункционального умозаключения;

- оценка объяснений, даваемых поведению других людей;

- оценка положительных и отрицательных последствий сохранения или изменения убеждений.

Наконец, еще один вариант логической проверки гипотез, часто используемый при склонности к «катастрофизации», заключается в подсчете вероятности наихудшего варианта событий и вероятности того, что это не произойдет.

В целом, процедуры «заполнения пробела», эмпирической и логической проверки гипотез, домашние задания и работа на сеансах позволяют терапевту и клиенту собрать необходимый материал для очередного терапевтического шага – развития «альтернативной логики».

3. Принцип конфронтации с «автоматическими мыслями». Предшествующая работа сделала отчетливой ту неадаптивную «логику» восприятия и мышления клиента, которой он обязан мучительными душевными состояниями и дисфункциональным поведением. Теперь важно поощрять клиента оспаривать аргументы этой «логики» и вырабатывать альтернативные, более конструктивные способы мыслить. С этой целью часто используются техники «колонок» (*Beck, 1976*) и приемы внутреннего совладающего монолога (*Meichenbaum, 1977; Joyce-Moniz, 1988*).

Процедура заполнения «колонок» может выполняться пациентом как совместно с терапевтом, так и самостоятельно. Эта процедура предполагает заполнение специально разграфленного на несколько

колонок листа. В первой колонке регистрируется проблемная ситуация, во второй – отмечается возникшее в ситуации чувство (тревога, тоска, раздражение и т.д.), в третьей колонке записываются автоматические мысли, возникшие в ситуации, в четвертой – все соображения «за», т.е. подтверждающие автоматические мысли (например, если автоматические мысли возникли в ситуации общения и связаны с возможным отвержением и неприятием со стороны других людей, то в этой графе записываются все аргументы в пользу именно такого

отношения, например: « Я часто теряюсь в присутствии других людей», «Проявления слабости вызывают у других людей смех и неприятие» и т.д. Когда отчетливо вербализуются все дисфункциональные мысли и их основания, клиент и терапевт переходят к заполнению последней, пятой колонки, куда заносят все соображения «против», то есть опровергающие как автоматические мысли, так и соображения «за». Эти аргументы «альтернативной логики» следует записывать в емкой, лаконичной форме. Задача клиента – воспроизводить эти аргументы в проблемных ситуациях. С этой целью клиента обучают навыкам внутреннего монолога.

Результатом первой этапа работы является возросшее самопонимание клиента – осознание тех автоматических мыслей, которые «запускают» тяжелые эмоциональные состояния и неэффективное поведение, а также способность совладать с ними. К концу данного этапа психопатологическая симптоматика, как правило, редуцируется, что служит основой для перехода к следующему, *второму этапу* – *проработки базисных посылок (или схем)*.

Отметим, что разработка терапевтических стратегий по модификации глубинных когнитивных структур – это относительно недавнее достижение КТ конца 80-х – начала 90-х годов. В литературе 60-х-70-х годов задача по видоизменению глубинных источников расстройств практически не ставилась и соответствующие процедуры не освещались. Разработка этих процедур связана с усилением интереса когнитивных терапевтов к личностным расстройствам (*Beck, Freeman, 1990*).

Проработка базисных посылок реализуется с помощью ряда принципов.

1. Принцип выявления базисных посылок (или схем).

Осуществление этого принципа требует, прежде всего, ознакомить пациента с понятием «схемы» как совокупности правил, идей и убеждений (о себе, других людях, о мире в целом), которыми он осознанно или неосознанно руководствуется в жизни. С целью их выявления используются несколько техник, основные из которых – «маркировка тем» и техника ведения диалога, названная «пущенная вниз стрела».

«Маркировка тем» требует анализа всех материалов, накопившихся в ходе терапии – дневников, воспоминаний, сообщений на сеансах – с

целью найти ответ на вопрос: «Каковы общие темы в этих данных?» Полезно сначала отмаркировать темы, к которым пациент постоянно возвращался на сеансах, а затем дать ему инструкцию выявить другие темы по дневниковым материалам. Особенно ценную информацию представляет здесь материал, полученный с помощью техники колонок.

Когда темы отмаркированы, то можно составить список причинно-следственных утверждений в форме «Если..., то...». Например, анализ речевой продукции больных агорафобией с паническими расстройствами часто обнаруживает следующее базисное утверждение: «Если я проявлю слабость (в виде головокружения, обморока и т.д.), то люди отвергнут меня», за которым стоит базисная ценность «силы» и недоверие к способности людей сострадать и сочувствовать.

Особый способ задавания вопросов, нацеленный на извлечение базисных посылок (техника «пущенной вниз стрелы») проиллюстрирован следующим диалогом с одной из пациенток, которая была сильно огорчена разговором с подругой во время обеденного перерыва на работе (Beck, Freeman, 1990, p.82). В скобках даны названия мыслительных алогизмов, содержащихся в суждениях пациентки:

Терапевт (Т): Какие мысли мелькали у тебя в голове во время обеда?

Пациентка (П): Линда игнорирует меня (*селективная фокусировка, персонификация*).

Т: Что это означает?

П: Я не могу ладить с людьми (*Интернальная атрибуция, свержобобщение*).

Т: Что это для тебя значит?

П: У меня никогда не будет друзей (*абсолютистское предсказание*).

Т: Что это означает – «не будет друзей»?

П: Что я одинока (*глубинная схема*).

Т: А что для тебя означает «быть одинокой»?

П: То, что я всегда буду несчастливой (начинает плакать).

Комментируя диалог, авторы замечают, что проблема данной пациентки была также связана с ее центральным убеждением: «Если люди не реагируют на меня, значит, я им не нравлюсь». Принципиальным моментом в приводимом диалоге является появление сильной эмоциональной реакции (слез), что, по мнению Бека и Фримана, является не только показателем точного попадания в ключевую базисную посылку, но и ее доступности видоизменениям.

Будучи выявленными и сформулированными, дисфункциональные базисные послылки могут подвергаться оценке с помощью экспериментирования или логического анализа и дальнейшей модификации. Здесь вступает в действие следующий принцип.

2. Принцип конфронтации со старыми схемами. Этот принцип может быть реализован в нескольких вариантах.

а) В форме *полного переструктурирования схемы*, предполагающего тотальное устранение старых схем и правил и построение на их месте новых. Примерами полного переструктурирования схемы могут служить трансформации зависимой депрессивной личности в автономную и самодостаточную или превращение пациента с параноидными личностными расстройствами в полностью доверяющего людям человека. С целью устранения старых дисфункциональных схем и построения новых используют следующие техники:

– техники выявления логических искажений в базисных посылках (см. первый этап);

– специальные дневниковые техники разных видов. Например, пациента с базисной посылкой «Я беспомощен» просят постоянно вести дневник с несколькими разделами: «Работа», «Общение», «Родительские обязанности», «Собственные интересы». Ежедневно в каждую графу заносят примеры, пусть самые незначительные, иллюстрирующие способность человека функционировать самостоятельно. Пациент может возвращаться к этим записям во время стрессогенных событий и неудач, когда активируется старая дисфункциональная схема.

В так называемом «дневнике предсказаний» пациенты записывают, что может случиться в определенных ситуациях, если негативные схемы справедливы. Позднее они могут зарегистрировать реальное происшествие и сравнить его с предсказанием. Этот вид дневниковой работы особенно показан при катастрофическом мышлении.

Наконец, третий тип дневника предполагает активный анализ событий каждого дня с позиций старых и новых базисных посылок. Например, пациентка со страхом вызвать чье-либо недовольство анализирует свой инцидент на работе, когда ей пришлось критиковать подчиненного за плохое качество труда. Она записывает в своем дневнике: «Он, кажется, разозлился на меня, когда я критиковала его работу. По моей старой схеме, я бы переживала это событие как ужасное и расценивала его как признак того, что меня невозможно любить. Теперь я вижу, что всего лишь проявила ответственность за качество работы. Я не вижу ничего ужасного в том, что это его

взбесило. Вовсе не обязательно, чтобы всем и всегда было комфортно со мной» (*Beck, Freeman, 1990, p.86*). Дневники такого рода помогают построить новые адаптивные схемы, закрепить их с помощью соответствующего опыта и противодействовать неадаптивным базисным послылкам при переработке новых жизненных событий.

Наконец, еще один способ полной модификации схем предполагает тщательный анализ их последствий – «краткосрочных выигрышей и долговременных проигрышей», имеющих место в результате

неадаптивных установок. Этот анализ можно осуществлять также с помощью процедуры заполнения колонок.

б) Наряду с полной, возможна *частичная модификация* старых схем. Этой работе соответствует метафора «обновления старого дома». Клиническим примером может служить трансформация «схемы доверия» у пациента с параноидными личностными расстройствами: от полного недоверия ко всем людям и тотальной подозрительности – к доверию некоторым людям в некоторых ситуациях. Основным приемом, используемым для такой трансформации, – это формулирование прогнозов и сличение их с результатами. Здесь используются также приемы ролевой игры, позволяющие пациенту посмотреть на происходящие межличностные события с позиций других людей.

в) Наконец, возможна *реинтерпретация* старой схемы. Например, пациентка с истероидным личностным расстройством может осознавать дисфункциональность потребности в любви и восхищении. Однако проявления симпатии другими людьми по-прежнему являются для нее важнейшим источником удовлетворения. Тогда она выбирает работу воспитателем детей дошкольного возраста, которые открыто проявляют свою привязанность к ней, подкрепляя ее усилия.

3. Задачам осознания и модификации неадаптивной «жизненной философии» соответствует и третий **принцип «оживления детских переживаний»**. Анализ детского материала необходим для понимания источников неадаптивных когнитивных паттернов. Воскрешение «патогенных» ситуаций способствует лучшему осознанию жизненных правил и стратегий, изменению порожденных травматическим опытом установок, а также частичному снятию ответственности и самообвинений. Основные приемы, используемые для работы с детским материалом, – техники ролевой игры и техники воображения.

Следует отметить, что наряду с вышеперечисленными когнитивными стратегиями, на данном этапе КТ также активно используются бихевиоральные процедуры: расписание разных видов занятий («мастерства и удовольствия»), активное отслеживание и регистрация изменений, репетиции разных видов поведения (тренинг уверенности), техники релаксации и отвлечения, «погружение *in vivo*». Эти техники вооружают пациента навыками, необходимыми для освоения более продуктивных поведенческих стратегий и установок.

В заключение обзора сформулируем основные тенденции, которые, как нам кажется, характерны для развития КТ. Первая, уже упоминавшаяся тенденция заключается в расширении сферы приложения и составлении «коллекции» когнитивных тем, специфичных для самых разных расстройств.

Вторая отчетливая тенденция заключается в смыкании с психодинамическим подходом. Она проявляется, в частности, не только в повышении интереса к глубинным психологическим источникам ситуативно разворачивающегося поведения, к истории жизни пациента, но

также и в активном использовании аналитических терминов «перенос» и «сопротивление» (Beck, Freeman, 1990). Проработка этих явлений в КТ осуществляется с помощью традиционных процедур регистрации автоматических мыслей, возникших в «здесь-и-теперь» терапевтической ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

- Beck A.T. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*, 1967, Harper and Row, New-York.
- Beck A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. 1976. American Book, New-York.
- Beck A.T., Push A.J., Shaw K.W., Emery G. *Cognitive therapy of depression*. 1979, p.142-164, Guilford, New-York.
- Beck A.T; Emery G. *Anxiety disorders and fobias. A cognitive perspective*. Basic. New-York.
- Beck A.T; Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. 1990, Guilford Press, New-York.
- Beck A.T. *Cognitive Therapy: Past, Present and Future*. In: *J-l of consulting and clinical Psychology*, 1993, vol.61, N 2, p.194-198.
- Clark A., Salkovskis P. *Respiratory control as a treatment for panic attacks*. *J-l of Behavioral therapy*, 1985, vol.16, N 1, p.23-30.
- Cottraux J., Mollard E. *Cognitive therapy of phobias*. In: *Cognitive therapy (theory and practice)* (ed. C.Perris et al.), 1988, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-London, p.179-197.
- Ellis A. *Reflections on Rational-Emotive Therapy*. 1993. *J-l of consulting and clinical psychology*, vol.61, N 2, p.199-201.
- Epstein N., Baucom D. *Cognitive-behavioral marital therapy*. 1988, Brunner and Mazel, New-York.
- Hot M.A; Griez. E. *CO₂ inhalation in the treatment of panic attacks* *J-l of behavioural therapy*, 1986, vol.24, p.145-150.
- Ingram R.E., Hollon S.D. *Cognitive-behavioral interventions, research, theory and procedures*. 1984, Academic, New-York.
- Jarret R.B., Rush A.J. *Cognitive therapy for panic disorders and generalised anxiety disorder*. In *Cognitive Psychotherapy: theory and practice* (ed. C.Perris), 1988, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-London, p.253-275.
- Joyce-Moniz L. *Self-talk, dramatic expression, and constructivism*. In: *Cognitive therapy: theory and practice* (ed. C.Perris), 1988, p.276-306.
- Kovack M. Beck A.T. *Maladaptive cognitive structures in depression*. *American journal of psychiatry*, 1976, vol.35, p.525-535.
- Lazarus R.S. *Emotion and adaptation: conceptual and empirical relations*. In: *Nebraska symposium on motivation* (ed. W.Arnold), 1968.
- Liotti G. *Attachment and cognition: A guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy*. In: *Cognitive psychotherapy: P theory and practice* (ed. C.Perris), 1988, p. 62-80.

- Loyd A., Lishman H. *Effects of depression on speed of recall of pleasant and unpleasant experiences*, *J-l of Psychological Medicine*, 1975, N 5, p.173-180.
- Mahoney M.J. *Introduction to special section: Theoretical developments in the cognitive psychotherapies*. *J-l of consulting and clinical psychology*, vol.61, N 2, p.187-193.
- McPherson F.M. *Cognitive therapy for bulimia*. In: *Cognitive therapy: theory and practice* (ed. C.Perris), 1988, p.306-324.
- Meichenbaum D. *Cognitive behavior modification*. 1977. Plenum. New-York.
- Norcross J.C. *The movement toward integrating the psychotherapy: An overview*. *American J-l of psychiatry*, 1989, vol.146, p.138-147.
- Perris C. *The foundations of cognitive psychotherapy and its standing in relation to other therapies*. In: *Cognitive psychotherapy: theory and practice* (ed. C.Perris), 1988, p.1-44.
- Robins C., Haynes A. *An appraisal of cognitive therapy*. *J-l of consulting and clinical psychology*, 1993, vol.61, N 2, p.205-214.
- Schachter S. *The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state*. In: *Advances in experimental social psychology* (ed. L.Bercowitz), 1964, vol.1, New-York.
- Seligman M. *Helplessness: on depression development and death*. 1975, Freeman, San Francisco.
- Seligman M., Abramson L. *Depressive attributional style*, *j-l of abnormal psychology*, 1979, vol.88, p.242-247.
- Warwick H.M. *A controlled trial of cognitive psychotherapy for hypochondriasis*. In: *Cognitive therapy in clinical practice* (ed. Scott J.M.), 1991, Routledge and Kegan Paul, London, p.78-102.
- van der Molen G.M., van den Hout M.A. *Cognitive determinants of lactate induced anxiety*, *J-l of behavioral research and therapy*, 1986, vol.24, N 6, 677-680.
- Zajonc R. *Feelings and thinking. Preferences need no inferences*. *American Psychologist*, 1980, vol.35, p.151-175.