

## КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ФОБИЙ

Ж.КОТРО, Е.МОЛЛАР\*

### ВВЕДЕНИЕ

Когнитивный подход к фобиям (*Beck, Emery, 1985*) акцентирует опосредующую роль паттернов мышления и ментальных образов, которые позволяют человеку адаптироваться к внешним и внутренним стимулам. Когнитивные процессы как таковые не рассматриваются в качестве причин тревоги или избегающего поведения, но представляют одну из детерминант – систему переработки информации, дисфункция которой может быть результатом взаимодействия врожденной биологической уязвимости и жизненной истории неудачного когнитивного научения. Терапевтическая редукция страха и избегания мыслится как результат изменения неадаптивных (как осознанных, так и бессознательных) мыслительных паттернов.

### *Условнорефлекторные и когнитивные модели фобий*

Условнорефлекторная модель была предложена в конце 50-х годов для объяснения фобического поведения и выработки соответствующей терапии (*Wolpe, 1975*). Бихевиоральные принципы позволяют успешно справляться с фобиями с помощью процедур пролонгированного погружения в стрессогенную среду *in vivo* или в воображении. Эта терапия известна под разными наименованиями; она используется в разных терапевтических программах (*Marks, 1981*). Рациональное обоснование процедуры погружения *in vivo* подразумевает привыкание к психофизиологическим реакциям, связанным со страхом, и постепенное угасание избегающего поведения. В такой пролонгированной и повторяющейся конфронтации с фобическим стимулом тревога пациента угасает, исчезают ее негативные последствия, в результате чего пациент «разучивается» проявлять фобическое избегание. Бергер и Макгауф (*Berger & McGaugh, 1974*) критиковали бихевиоральную терапию за

---

\* Авторы статьи – сотрудники лаборатории медицинской психологии психиатрической клиники Лионского Университета, Франция.

Перевод выполнен по: *J.Cottraux, E.Mollard. Cognitive therapy of Phobias. In: Cognitive Psychotherapy (Theory and Practice) Ed. by C.Perris, I.M.Blacburn, H.Perris, 1988, Springer-Verlag, Berlin – New York – Heidelberg, p.179-198.*

акцентирование периферических реакций и за использование понятий павловской теории и теории оперантного научения в качестве объяснительных принципов. Бергер и Макгауф переформулировали теории научения, сделав акцент на центральных когнитивных процессах переработки информации. Однако условнорефлекторная модель и когнитивные теории не являются взаимоисключающими: воздействие фобических стимулов в воображении или *in vivo* может активизировать латентные когнитивные схемы, хранимые в долговременной памяти и возникшие на основе прошлого опыта. Их активация может усиливать эмоциональное возбуждение и запускать избегающее поведение.

### ***Биологические и когнитивные модели депрессий***

В последнее время популярность биологических теорий тревоги и фобий возрастает. Шеан и Шеан (*Sheehan & Sheehan, 1982*) постулировали, что агорафобия и социальная фобия могут быть частью «эндогенного синдрома тревоги», основным признаком которого служат «спонтанные» панические атаки, обусловленные биологическими расстройствами центральной норадренергической системы. Возникающие в экспериментальных условиях как ответ на вливание лактазы панические реакции рассматриваются как биологические маркеры эндогенной тревоги. Процессы обусловливания, социальные и когнитивные факторы вторичны по отношению к таким паническим атакам. С этой точки зрения, социальная фобия может занимать промежуточную позицию между изолированными спонтанными паническими атаками и синдромом агорафобии. Чисто одномерная модель панических атак, предложенная Шеан и Шеан (1982), была подвергнута критике (*Margraf et al., 1986*). Критики не отрицали значение биологических факторов, но указывали на недостаток эмпирических данных в пользу этой модели и предлагали двумерную психофизиологическую модель, в которой учитывалось взаимодействие между биологическими, средовыми и когнитивными переменными. Более того, после тщательного анализа 13 опубликованных исследований эти ученые пришли к выводу о том, что реакция на введение лактазы не специфична для панических состояний. Ван дер Молен (*Van der Molen, 1986*) показал на здоровых испытуемых, подвергавшихся действию лактазы, что тревога возникает только тогда, когда испытуемые получают инструкцию-предупреждение о том, что они будут испытывать тревогу. Здоровые испытуемые не проявляют никаких тревожных реакций после инструкции, предупреждающей о возможном приятном волнении. Таким образом, на настоящий момент исследования показывают, что когнитивные переменные играют роль в возникновении тревоги в экспериментальных условиях.

### ***Классификация фобий***

DSM-III (1980) подразделяет фобии на агорафобию с паническими расстройствами и без них, социальную фобию и простые фобии. Работе Шеан по «эндогенным» паническим расстройствам и созданию DSM-III

предшествовала переформулировка понятия агорафобии Голдштейном и Шамбле (*Goldstein, Chambles, 1978*). Они подразделили агорафобию на два подтипа – простую и сложную. Страх попасть в ловушку, страх страха, отсутствие уверенности рассматривались как основные симптомы сложной агорафобии. Предполагалось, что этим расстройствам соответствует тип личности, «лишенной уверенности в себе, постоянно испытывающей страх и воспринимающей себя как неспособную функционировать независимо». Переработанная версия DSM-III (*DSM-III r, 1987*), созданная под сильным воздействием биологической психиатрии, отвела центральное место синдрому панических расстройств. Категория агорафобии заменена паническим расстройством (с интенсивным фобическим избеганием, с ограниченным паническим избеганием и без фобического избегания). Тем не менее, простая фобия и социальная фобия не были включены в разрастающуюся категорию «панических расстройств». Паническое расстройство отчетливо дифференцируется от социальной фобии: «Ситуации, в которых человек попадает в фокус внимания окружающих, не могут быть пусковыми для панических расстройств». Социальная фобия – это «постоянный страх одной или более ситуаций, в которых индивид попадает в фокус внимания других, это страх испытать стыд или унижение перед другими в результате собственного неловкого поведения». Простая фобия – это резидуальная категория, которая соответствует реакциям тревоги и избегания в ситуациях, «иных, нежели пребывание в публичных местах, местах, удаленных от дома, или социальных ситуациях, где возможны стыд и унижение» (например, фобии животных, страх крови и ран). Несмотря на измерительные ограничения классификационной модели, представленной в DSM-III (1980; p.225-228), мы используем здесь эту классификацию для исследования возможных применений когнитивной терапии к данным расстройствам.

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

### *Когнитивная модель: процесс переработки информации*

Когнитивные модели фобий постулируют, что тревога связана с определенным сдвигом в процессах переработки информации, соотносимой с тревогой. Этот сдвиг обусловлен наличием схемы опасности, которая была приобретена в детстве и при определенных обстоятельствах легко актуализируется в настоящем. Основные допущения данной когнитивной модели являются производными когнитивной психологии (*Hollon, Kriss, 1984*). На рисунке 1 представлена когнитивная модель переработки информации.

**СТИМУЛ → СХЕМА ↔ КОГНИТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ↔  
КОГНИТИВНЫЕ СОБЫТИЯ ↔ ПОВЕДЕНИЕ**

*Рис. 1.*

*Когнитивная модель переработки информации. Мозг перерабатывает средовые события (стимулы) с помощью глубинных, иррациональных, бессознательных схем опасности. Когнитивные процессы, такие, как ассимиляция и аккомодация (связанные со схемами), переводят информацию на поверхностный уровень когнитивных событий (внутренних монологов, мыслей, осознанных ментальных образов). Когнитивные события взаимодействуют с поведенческими реакциями на средовые события. Например, когда больной агорафобией попадает в переполненное людьми место, активируется схема опасности, хранимая в долговременной памяти. Схема опасности продуцирует когнитивные события – негативные предвосхищения, внутренние монологи на тему собственной неспособности совладать с ситуацией, ментальные образы ипохондрического содержания. Эти когнитивные события запускают поведение избегания, которое, в свою очередь, укрепляет исходные негативные когнитивные установки.*

Согласно когнитивной психологии, мозг перерабатывает средовые события (стимулы) в соответствии со схемой, которая хранит представления человека о себе и о внешнем мире, сложившиеся на основе прошлой информации. Схемы организованы в прочные образования (когнитивные установки) и хранятся в долговременной памяти. Часто подкрепляющиеся схемы отличаются высокой стабильностью, их крайне трудно изменить. В случае фобий схемы – это бессознательные структуры, которые отбирают, фильтруют и интерпретируют информацию в пользу изначальной стойкой гипотезы об опасности. Содержание этих схем определяет аффективные и поведенческие реакции. Схемы опасности – это стабильные, глубоко укоренившиеся когнитивные образования. Доступ к ним открывается через исследование так называемых когнитивных событий – поверхностных когнитивных структур. Когнитивные события – это внутренние монологи, автоматические мысли или ментальные образы, которые можно отследить, если попросить человека сфокусировать свое внимание на потоке осознаваемого. Когнитивные события можно стимулировать в ходе терапевтических сеансов в момент интенсивных эмоциональных всплесков, которые возникают при вербальном воспроизведении фобических ситуаций. Они могут быть также стимулированы с помощью техник воображения, ролевого проигрывания (в случае социальной фобии), погружения *in vivo* (в случае агорафобии или простой фобии). Их можно также зарегистрировать в письменном виде с помощью домашнего задания на самоисследование на бланках, специально разработанных для регистрации пусковых внешних или внутренних событий, эмоций (страха, раздражения, печали) и автоматических мыслей (Beck, 1979).

Переходы от глубоких когнитивных структур (схем) к поверхностным (когнитивным событиям) возможен благодаря когнитивным процессам.

Когнитивные процессы – это правила, согласно которым трансформируется информация. В когнитивной психологии описаны некоторые из этих процессов – ассимиляция, аккомодация и эвристики: эти понятия могут быть использованы в исследовании идеаторных компонентов тревоги. Пиаже (*Piaget, 1964*) проследил онтогенез двух когнитивных процессов, ассимиляции и аккомодации, от врожденных неврологических паттернов действия до научных знаний. Ассимиляция избирает информацию, если она соответствует содержанию схемы, или трансформирует информацию, чтобы привести ее в соответствие с прошлым знанием. Аккомодация модифицирует схемы, приводя их в соответствие с реальностью. Диалектика ассимиляции и аккомодации объясняет возможность правдоподобного конструирования реальности и развития логического мышления. Искажения этого двустороннего процесса были обнаружены при истерии и навязчивостях (*Tissot et al., 1980*). Следует изучать с этой точки зрения депрессии и фобии. Прочность когнитивной схемы опасности может быть объяснена преобладанием процессов ассимиляции. Усиление аккомодации могло бы стать задачей поведенческой терапии, ориентированной на проверку реальностью через пролонгированное погружение *in vivo* в эмоциогенные ситуации. Тверски и Каеман (*Tversky, Kaheman, 1974*) связывают преобладание ассимиляции с особым характером так называемых «эвристик» – моментально возникающих в условиях неопределенности суждений о событиях. Эти процессы, врожденные, автоматические и бессознательные, могут укреплять иррациональную схему опасности, так как они лишены логических связей и доказательности. Поведение избегания и зависимость от других людей ретроактивно подтверждают иррациональное убеждение в существовании опасности, так как эти виды поведения приводят к редукации тревоги быстрее, чем длительное погружение в ситуации, вызывающие страх.

### ***Личностные схемы опасности***

Ряд исследователей (*Hibbert, 1984; Beck, Emery, 1985*) предположили, что для лиц, страдающих генерализованной тревогой или паническими расстройствами с агорафобией, характерны специфические идеаторные паттерны. Основные темы здесь – это страх физической болезни, такой, как инфаркт миокарда, или страх сумасшествия. Гвидано и Лиотти (*Guidano, Liotti, 1983*) свели переживания больных агорафобией к трем основным категориям: утрате контроля, серьезной угрозе физическому благополучию и неспособности совладать с внешней опасностью. Фантазии лиц, страдающих социофобией, обычно сосредоточены на страхе возможной негативной оценки со стороны других людей. Эти лица ошибочно интерпретируют события, физические ощущения, социальное

поведение других людей, в их воображении разворачиваются сцены отвержения и унижения. Такое воображение является следствием мыслительных алогизмов. При фобиях обнаружено четыре основных типа логических ошибок.

1. Произвольное умозаключение, которое предполагает извлечение выводов о катастрофическом ходе событий без каких-либо доказательств смертельности физических симптомов тревоги или потенциальной опасности фобического стимула.

2. Сверхобобщения – уникальный опыт острой тревоги переносится на все возможные ситуации.

3. Максимизация опасности и минимизация безопасности.

4. Персонализация (то есть отнесение к себе) каждого события, напоминающего индивиду о его собственной уязвимости и зависимости и о равнодушии или агрессивности окружающих.

По данным Хибберта (*Hibbert, 1984*), у 50% наблюдаемых им больных агорафобией с паническими расстройствами приступы начинались с соматических симптомов, отличных от таковых при тревоге. Эти симптомы интерпретировались как смертельная угроза. Негативные предвосхищения и самосбывающиеся предсказания относительно неудачи и совладания с фобической ситуацией являются следствиями данной интерпретации.

Основные критические замечания в адрес когнитивной модели исходят от исследователей, которые полагают, что аффективные процессы первичны по отношению к когнитивным. Зайонк (*Zajonc, 1980*) в чисто теоретической публикации высказал мнение о том, что эмоционально окрашенные суждения «прекогнитивны» по природе, невербальны, автоматичны и непроизвольны. В ходе эволюции аффекты могли предшествовать «холодным» и рациональным когнитивным процессам и в дальнейшем оставаться независимыми от них. Аффекты и когнитивные процессы принадлежат к хотя и взаимосвязанным, но отдельным системам. Зайонк предположил, что изменения, вызываемые когнитивно-бихевиоральной терапией, в меньшей степени объясняются когнитивной модификацией, и в большей степени связаны с угасанием одних эмоциональных реакций и развитием других, положительных, по отношению к изначально устрещающим объектам. Какова бы ни была истина в теоретических и экспериментальных изысканиях на тему первичности аффектов, с клинической точки зрения следует отметить, что хотя терапевтические сдвиги и опосредованы когнитивными вмешательствами, они не наступают вовсе, если не модифицируются эмоции или аффекты. Более того, Бек и Эмери (1985) утверждали, что эмоции первично связаны с личностным смыслом событий, и, помимо когнитивных вмешательств, использовали специфические техники, предназначенные для модификации эмоции при депрессивных и тревожных расстройствах. Для подтверждения гипотезы о первичности

схемы опасности при фобических расстройствах требуются дальнейшие фундаментальные исследования.

### **Сигналы безопасности: онтогенез схемы опасности?**

К классической условнорефлекторной концепции страхов Грей (*Gray*, 1971) добавил понятие «сигналов безопасности». Одна из постоянных тем больных агорафобией – это страх попасть в ловушку в ситуациях, где нет доступа к так называемым «сигналам безопасности», то есть выходу, больнице, врачу, значимому другому, медикаментам. Они боятся умереть вдали от дома в месте, переполненном безразличными или враждебными людьми. Они пытаются контролировать окружение с целью получить доступ к безопасному месту, которое и представляет собой такой сигнал безопасности. Этот страх в меньшей степени отражает избегание опасности и в большей – поиск немедленного доступа к ситуациям, символизирующим для пациента безопасность. Кандел (*Kandel*, 1983) предположил, что простая тревожная антиципация, свойственная фобическим пациентам, запускается особым сигналом, а именно фобической ситуацией. Этот сигнал предупреждает: «Будь начеку. Опасность!» И, напротив, отсутствие такого сигнала означает безопасность. Когда индивид страдает генерализованной тревогой или фобическим расстройством, у него не существует сигнала, предсказывающего опасность или безопасность. В случае агорафобии с паническими расстройствами пациент, у которого нет внутреннего сигнала безопасности, пытается получить доступ к внешним ее источникам, соответствующим образом манипулируя и контролируя свое социальное окружение и физическую среду. Рахман (*Rachman*, 1984) предположил, что смерть значимого другого – очень частое событие, предшествующее манифестации агорафобии. Оно может сильно снизить чувство безопасности и контролируемости событий. В некоторых экспериментальных работах изучался онтогенез сигналов безопасности. Сепарационная тревога в детстве рассматривается как переживание-предвестник агорафобии с паническими расстройствами в зрелом возрасте. Клейн (*Klein*, 1981) предположил существование аналогии между паническими расстройствами и реакциями «протеста-отчаяния», наблюдавшимися Боулби (*Bowlby*, 1975) в процессах сепарации матери и дитя у человека и высших приматов. Однако Тайер с соавторами (*Thyer et al.*, 1985) сравнивали 44-х пациентов с агорафобией с 83-мя больными, страдающими простыми фобиями, и не обнаружили различий между двумя группами по частоте ранней сепарации (по данным самоотчетов). Тиммерманс с соавторами (*Timmermans et al.*, 1986) продемонстрировал, что годовалые приматы, выращенные суррогатной матерью, избегали близости безвредного неизвестного объекта, содержащего еду, в то время как их ровесники, выращенные настоящими матерями, могли приблизиться к этому объекту без страха. Этот эксперимент свидетельствует о том, что для безбоязненного взаимодействия с

неизвестными объектами необходима основа безопасности, создаваемая матерью. Он также позволяет предположить, что сигналы безопасности, как и схема опасности, могут быть интернализированы и сохраняемы с ранних стадий развития. Торпе и Бернс (*Thorpe, Burns, 1983*) в своем эпидемиологическом исследовании английской выборки из 963 фобических пациентов обнаружили, что 43% этих больных имели сверхтревожных матерей. Можно гипотетически предположить, что такие мамы были неспособны создать основу для чувства безопасности у своих детей. Тем не менее, необходимы дальнейшие исследования онтогенетических аспектов страха и внутренних репрезентаций безопасности.

### ***Эффективность «Я», позитивные ожидания и терапевтические изменения***

Другое объяснение когнитивной основы фобической тревоги может быть найдено в теории эффективности «Я» Бандуры. Бандура (*Bandura, 1977*) постулировал гипотетический конструкт, «эффективность «Я», объясняющий, как предпринимаются усилия по совладанию с непереносимыми переживаниями, в частности, с фобическими ситуациями. Понятие «эффективность «Я» представляет собой «интегративную теоретическую рамку для объяснения и предсказания психологических сдвигов, достигаемых разными видами терапии». Возросшая уверенность в себе выражается в снижении тревоги, повышает надежду на успех, усиливает способность длительно подвергаться устрашающим стимулам. Однако Борковек (*Borkovec, 1978*) отметил, что хотя когнитивно-бихевиоральная терапия и повышает уверенность в себе и поддерживает усилия пациента по совладанию с устрашающими ситуациями, наиболее важным агентом изменений была модификация избегающего поведения. Эффективность «Я» могла быть скорее «потенциально важным отражением поведенческого сдвига», чем медиатором изменений. На сегодня методологические проблемы, связанные с теорией эффективности «Я», все еще не разрешены (*Eastman, Marzillier, 1984*).

### ***Интернальность и экстернальность: ложные суждения о причинности и когнитивные процессы при фобиях***

Ложные представления об опасности, обусловленные когнитивным сдвигом, могут быть описаны в терминах искаженных умозаключений о причинах и следствиях. Роттер (*Rotter, 1966*) в сравнительном исследовании здоровых и больных лиц показал важность правильности или ошибочности причинно-следственных суждений. Он выделил специальный психологический параметр – локус контроля за подкреплением. Этот локус контроля за подкреплением может восприниматься как находящийся внутри или вне субъекта – интернальный и экстернальный. Лица с интернальным локусом воспринимают события как подконтрольные им, в то время как

«экстернальные» люди воспринимают события как неподвластные их контролю и разворачивающиеся под влиянием случая, судьбы или всемогущих фигур. Параметр «интернальность-экстернальность» может быть измерен с помощью специальной шкалы. Эммелькамп (*Emmelkamp*, 1982) в экспериментальной работе показал, что больные паническими расстройствами приписывали симптомы тревоги внешним неконтролируемым факторам; например, причины панических приступов связывались с толпой в публичном месте, с внезапной сердечной болезнью или с острым психотическим эпизодом. Терапевтические сдвиги в локусе контроля были продемонстрированы Адлером и Прайсом (*Adler, Price*, 1985); больные агорафобией с изначально экстернальным локусом в процессе бихевиоральной терапии стали более «интернальными».

### **Оценка когнитивных процессов**

Три теоретических аспекта когнитивной модели фобий до сих пор остро нуждаются в эмпирическом подкреплении. Во-первых, должен быть экспериментально установлен факт продуцирования неадаптивных негативных мыслей в устрашающих ситуациях. Во-вторых, должна быть показана опосредующая роль таких когнитивных продуктов в возникновении реакций страха. В-третьих, должно быть продемонстрировано значение когнитивных сдвигов для клинического исхода (*Last*, 1984). Применялись классические психометрические измерения с помощью валидизированных шкал, тестирующих иррациональные убеждения. Более того, были предложены разные методы, позволяющие измерить когнитивные процессы в естественных условиях и установить их роль в фобическом реагировании. Применялись процедуры составления «списка мыслей», моментально следующие за погружением *in vivo*, техники

«размышления вслух», используемые во время поведенческих проб, магнитофонные записи «размышления вслух» во время погружения *in vivo*. При замерах результатов техник, нацеленных на управление негативными когнитивными процессами больных, возникли методологические проблемы. Этот тип измерений очень труден: у одних испытуемых отмечаются значительные сдвиги во время этих процедур, другие испытуемые сопротивляются публичному обнаружению своих болезненных мыслей или боятся критики, что удерживает их от обнаружения размышлений. Таким образом, надежность измерений когнитивных процессов у больных фобиями остается явно спорной.

Ласт (*Last*, 1984) на основе собственных данных и обзора соответствующих экспериментальных работ пришел к полному убеждению в том, что у больных фобиями действительно имеют место мысли катастрофического содержания, когда они сталкиваются с устрашающими ситуациями в воображении или реальности. Негативное мышление коррелировало с оценками тревоги у больных. Точно так же психофизиологические реакции страха усиливались неадаптивными

мыслями. Стефанек и Эйслер (*Stefanec, Eisler, 1983*), рассматривая роль когнитивных переменных в тренинге уверенности, пришли к выводу о том, что, хотя некоторые исследователи и рассматривают когнитивные процессы в качестве важного фактора уверенности, терапии, основанные на когнитивных модификациях, менее эффективны, чем ролевые проигрывания, основанные на модели социальных навыков. Не так давно Монти (*Monti, 1986*) обнаружил слабую корреляцию между тестом иррациональных убеждений (*Irrational Belief Test*) и тестом социальных взаимодействий (*Stimulated Social Interaction Test*), проведенных на подвыборке психически больных. В своей оригинальной разработке Шварц и Гарамони (*Schwartz, Garamoni, 1984*) предположили, что негативные и позитивные внутренние диалоги могут быть взаимосвязаны и должны изучаться одновременно. Они описали три типа внутреннего диалога: а) позитивный внутренний диалог, где 68% когнитивной продукции имеет положительный смысл и 32% – негативный («золотая» часть); б) конфликтный внутренний диалог – 50% продукции с негативным содержанием и 50% с позитивным – коррелирует с мягким вариантом тревожных и депрессивных расстройств; в) негативный диалог, где 68% продукции отрицательно по смыслу, типичен для глубоких тревожных и депрессивных состояний.

Далее мы рассмотрим проблему эффективности когнитивных модификаций, последовательно изложив предлагаемые когнитивными терапевтами методы.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

### *Рационально-эмотивная терапия Эллиса*

Общие принципы. Эллис (*Ellis, 1962; Ellis & Grieger, 1977*) предлагает А-В-С модель для когнитивных вмешательств в систему иррациональных убеждений с целью решения самых различных психологических проблем. Эта модель использовалась для лечения агорафобии в контролируемом исследовании (*Emmelkamp et al., 1986*). Обычно такое лечение предполагает 15 индивидуальных часовых сеансов или шесть сеансов по 2,5 часа в группе. Модель А-В-С представляется в дидактической и убеждающей манере: «А» относится к активирующему событию или переживанию, «В» (*belief*) – к иррациональным представлениям личности об активирующем событии, «С» – к иррациональным последствиям (*consequences*).

Психотерапевтические тактики. В случае фобий система иррациональных представлений об опасности (В) в момент столкновения больного с толпой людей в

удаленном от дома месте (А) приводит к иррациональным последствиям в виде приступа тревоги и избегающего поведения (С). Пациенты должны анализировать собственные эмоциональные проблемы в терминах А-В-С в словесной форме или в форме домашнего задания (в специальных дневниках). Они также изучают популярное издание теории Эллиса. Особое значение придается конфронтации с иррациональными

убеждениями, которую осуществляет сам терапевт, и сократическому диалогу. Выбор конкретной техники – сократического диалога или прямой конфронтации с представлениями пациента – зависит от дара терапевта и его концепции человеческих отношений. Эллис (*Ellis, 1979*) подчеркивал значение рационального обсуждения двух видов тревоги – тревоги дискомфорта и тревоги, связанной с Эго. Тревога дискомфорта – это эмоциональное напряжение, порождаемое иррациональным катастрофическим мышлением на тему благополучия, выживания, необходимости избегать всяких тревожных переживаний. Тревога, связанная с Эго, – это эмоциональное переживание, определяемое мыслью пациента о том, что ценность его как личности снижена в силу наличия фобических расстройств. Пациент убежден в том, что обязан следовать конформистскому императиву – быть во всем совершенным и всеми одобряемым. Пациенты предъявляют к себе требование приближаться к устрашающим ситуациям, если им это не удастся, они считают себя никчемными людьми. Говоря иными словами, Эллис различает фобические когнитивные содержания, связанные с тревогой (тревога дискомфорта), и вторичные депрессивные содержания, являющиеся результатом неспособности совладать с устрашающим стимулом (Эго-тревога).

### ***Когнитивная терапия Бека***

Общие принципы. Когнитивная терапия фобий – это директивная и дидактическая форма психотерапии, цель которой заключается в модификации ошибочных базисных посылок относительно опасности (*Beck, Emery, 1985*). Терапия краткосрочна и состоит из 15-20 одночасовых сеансов, проводимых дважды в неделю. В ходе первого сеанса терапевт излагает общие принципы и допущения когнитивной терапии, подчеркивая взаимодействия между мыслями, эмоциями и поведением. В ходе первых 5-10 сеансов сократический диалог и самонаблюдение в реальных жизненных ситуациях (с обязательной ежедневной регистрацией в дневнике) стимулируют внутренние монологи, высказывания о себе, дисфункциональные идеи об опасности и избегающее поведение. Постепенно отслеживаются связи между тревогой, избеганием, некоторыми повторяющимися произвольными и автоматическими мыслями. После 10 сеансов с помощью процедур, поощряющих рассуждения, и сократического диалога, как правило, становится возможным выявить логические ошибки. Шаг за шагом выявляется и вербализуется более глубокая базисная схема пациента. Затем постепенно и тактично эта схема подвергается сомнению. Терапевт опровергает негативные ожидания пациента с помощью проверки их реальностью, для чего используется постепенное, длительное и успешное погружение *in vivo*.

Терапевтические тактики. Для конфронтации с катастрофическими предвосхищениями пациента задаются три основных вопроса:

- а) Каковы данные «за» и «против» такого чувства?

б) Каковы другие возможные взгляды на ситуацию?

в) Если произойдет самое плохое – что это будет? Каковы пути совладания с этим?

Эти вопросы пациент задает себе и сам, вне сеансов, используя специальные дневниковые формы и обсуждая записанное с терапевтом. Постоянно отслеживаются

связи между когнитивными процессами, эмоциями, психическими образами и поведением. Терапевт придерживается девиза «разделяй и властвуй» и поначалу фокусируется на параметрах, наиболее доступных изменениям. Затем терапевт перемещает фокус усилий на наиболее резистентные компоненты фобической тревоги. Бек и Эмери (*Beck, Emery, 1985*) предложили множество техник, адресованных эмоциональным, когнитивным, образным и поведенческим компонентам фобий. Помимо оригинальных техник, разработанных группой Бека, заимствуются техники бихевиоральной терапии, мультимодальной бихевиоральной терапии (*Lazarus, 1976*), гештальттерапии, рационально-эмотивной и парадоксальной терапии.

Следует заметить, что домашние задания на погружение *in vivo* постоянно предлагаются пациентам как наилучший способ проверки иррациональных убеждений. Результаты домашних заданий регистрируются в особых формах, проверяются терапевтом, обсуждаются и исправляются в случае затруднений. Для модификации эмоционального компонента синдрома используется также релаксация. Цель релаксационных процедур в данном случае заключается в повышении самоосознавания и демонстрации пациентам их способности справляться с симптомами. В случае агорафобий терапевт снимает ипохондрические страхи (сердечного или психотического приступа), переопределяя причины состояния как обусловленного тревогой (техники реатрибутирования). В случае социальной фобии с помощью сократического диалога, ролевой игры, процедуры обмена ролями и обратной связи от терапевта, а также домашних заданий выявляются и оспариваются негативные социальные самооценки пациента.

Терапевтические отношения. В целом, терапевт обучает пациента осознанию чувства тревоги, принятию этого чувства, навыкам конфронтации с базисными убеждениями и стратегиям совладания. Когнитивная терапия фобий представляет собой эклектическую программу, которую можно гибко приспособлять к каждой терапевтической ситуации. Эта программа должна использоваться с учетом специфических проблем пациента. Позитивный альянс с пациентом служит необходимым условием терапевтической эффективности. Эта терапия не является чисто интеллектуальной игрой, в которой рациональный терапевт уличает нерационально мыслящего пациента в неправоте. Это сократический или «талмудический» диалог, цель которого в обнаружении иррациональных способов мышления. Терапевт должен не «проповедывать» истины, а

предлагать альтернативный взгляд на чувство беспомощности и на телесные ощущения, возникающие у больных.

*Клинический случай.* Для иллюстрации практических возможностей когнитивно-бихевиоральной терапии мы кратко рассмотрим случай агорафобии с паническими расстройствами и фобической дисфагией у 23-летней женщины. Пациентка страдала дисфагией с младенчества; чтобы заставить ее открыть рот для еды, матери приходилось зажимать ей нос. В возрасте 10 лет пациентка поперхнулась в ресторане, и людям пришлось оказывать ей помощь и вынимать куски пищи из ее гортани. С тех пор пациентке требовалось протирать пищу мясорубкой; иначе есть она не могла. В 22 года с пациенткой случился первый приступ панического расстройства, за которым последовало развитие стойкого агорафобического синдрома. Схема опасности была общей для агорафобического синдрома и для трудностей глотания: пациентку постоянно преследовали мысли о возможном удушьи и смерти в отсутствие кого-либо, кто сможет помочь. Она не могла посещать университетские занятия, удаленные от дома магазины и водить машину, избегала оставаться дома одна. Тщательно промалывала еду и проверяла гортань с помощью зеркала.

Был проведен когнитивно-бихевиоральный функциональный анализ (*Cottraux, Mollard, 1986*); помимо эмоциональных и поведенческих компонентов фобического синдрома были рассмотрены когнитивные процессы – негативные предвосхищения, ментальные образы, внутренние монологи, история жизни и взаимодействия со значимыми другими. Первоначально пациентка была обучена релаксации по Schultz и респираторному контролю, ей также давалось задание на погружение в воображении с последующим когнитивным переструктурированием. Ей была дана инструкция вообразить себя в месте, в котором она должна длительно оставаться без возможности уйти, из еды у нее только сэндвич; она начинает задыхаться, но помочь некому. Далее следовала инструкция справляться с возникшими ощущениями с помощью релаксации и респираторного контроля до тех пор, пока не исчезнет тревога. После двух сеансов с погружением в воображении были даны домашние задания на погружение *in vivo*: делать покупки самостоятельно, вести машину и т.д. Пациентка успешно справилась с ними и даже отбросила за ненадобностью специальную бутылку с водой, которую она постоянно носила с собой на случай удушья.

Наиболее трудной проблемой оказалось глотание. С ней справлялись с помощью когнитивного переструктурирования. У пациентки была мысль о том, что у нее во рту густая слюна, и она постоянно проверяла – слюна ли это или остатки пищи. Эти ощущения создавали видимость близкого удушья. Девушка ощущала, что еда во рту такая же объемная по размеру, как и лежащая на тарелке. В ходе сеансов эта интерпретация телесных ощущений подробно обсуждалась, и были найдены альтернативные ощущения. Пациентка припомнила,

что сходные физические ощущения возникают у нее, когда она захлебывается от смеха. Таким образом, драматичные интерпретации были заменены более приятными. Затем осуществлялось исследование когнитивных искажений. Больная всегда выбирала наихудшее объяснение, так как полагала, что никогда в жизни не была счастлива. Обсуждалась склонность к сверхобобщениям, возникшая после единственного эпизода удушья. Затем пациентка и терапевт пришли к мысли о том, что небольшая доля риска в поведении может вызывать чувство интереса. Далее для преодоления неприятных ощущений использовались техники воображения. Терапевт просил пациентку представить себе, что еда – это крошечная лодочка, которая совершает путешествие по ее рту и телу (как в фантастических фильмах). Затем пациентке предлагали поесть в присутствии терапевта, одновременно вызывая с помощью воображения приятные ощущения и не проверяя рта. После 30 сеансов пациентка обрела способность оставаться дома в одиночестве, вернулась к университетским занятиям, перестала проворачивать пищу и обходилась без транквилизаторов.

### ***Самоинструктирующий тренинг Мейенбаума***

Общие принципы. Мейенбаум (Meihenbaum, 1977) изучал роль внутренней речи с негативным содержанием при фобиях и стрессовых реакциях. Он предложил модифицировать дисфункциональный внутренний диалог, замещая негативный внутренний разговор позитивными формулами. Этот метод когнитивного переструктурирования уходит корнями в нейрофизиологические работы Лурия (1961), который показал значение внутренней речи и ее связь со сложными формами поведения.

Психотерапевтические тактики. Когнитивная переструктурирующая терапия Мейенбаума представляется пациенту как последовательность из 4 ступеней.

1. Подготовка – разъяснение потенциальной управляемости тревожного состояния. На этой ступени разъясняются также взаимосвязи между внутренним диалогом и поведением.

2. Конфронтация *in vitro* с ситуациями, провоцирующими тревогу, – репетиция в воображении.

3. Совладание в воображении с фобическими ситуациями.

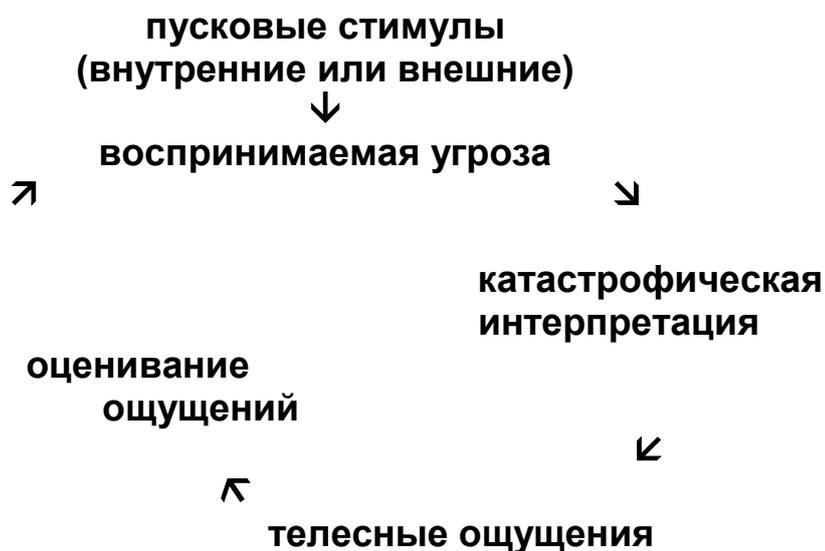
4. Подкрепление каждого достижения пациента в совладании с воображаемой ситуацией.

В ходе этих четырех этапов пациента обучают четко осознавать степень испытываемой им тревоги, отслеживать негативные суждения о себе и заменять их на продуктивные. Например, больному дается инструкция на отслеживание внутренней речи с негативным содержанием типа: «Я не могу выходить из дома, в толпе я умру или сойду с ума» – и замену ее позитивным внутренним диалогом: «Я уже испытывал такой страх раньше и не умер, у меня не было даже сердечного приступа.

Переживание тревоги не сведет меня с ума». Легко заметить, что эта терапия представляет собой реминисценцию популярного метода Куэ, который предполагает «мастерство сознательного самовнушения».

***Гипервентиляция, респираторный контроль и техника реатрибуции***

Общие принципы. Хроническая и острая формы гипервентиляции легких – одно из клинических проявлений агорафобии и панических расстройств. Существует корреляция между синдромами гипервентиляции, паническими расстройствами и агорафобией, как это показано в исследовании Гарсена (*Garssen, 1983*). Для объяснения этих корреляций Кларк с соавторами предложил когнитивную модель (*Clark, 1985*), которая объясняет также порочный круг, состоящий из когнитивных процессов, гипервентиляции и внутренних или внешних пусковых событий (см. рис. 2). Контроль за дыхательной функцией был предложен в качестве основного фактора лечения панических расстройств и агорафобии с паническими расстройствами.



**Рис.2**

*Когнитивная модель фобий  
(Clark, 1986)*

Психотерапевтические тактики. Терапевтические методы заимствованы из новаторской работы Лума (*Lum, 1976*), который подчеркивал важность респираторного контроля при тревожных и стрессовых реакциях. Терапия осуществляется с помощью двух основных стратегий.

1. Обучить пациентов навыкам переопределения телесных ощущений и их реатрибуции за счет гипервентиляции, вызванной стрессогенным событием. Вместо фокусировки на воображаемой психологической или физической катастрофе – удушье, пациенты начинают осознавать взаимосвязь между гипервентиляцией легких и паническим расстройством.

2. Обучить пациента навыкам избегания гипервентиляции в стрессогенных обстоятельствах с целью контроля за нарастающей паникой и интерорецепторными ощущениями (Clark, 1985). Терапия требует около десяти сеансов и включает следующие пять стадий.

1. Произвольно вызванная гипервентиляция позволяет пациенту осознать сходство между паническими приступами и этим типом дыхания.

2. Объяснение механизма панического приступа как следствия гипервентиляции.

3. Обучение замедлению дыхания до 8-10 респираторных циклов в минуту.

4. Проведение специальных проб, в которых произвольная гипервентиляция сменяется замедленным, контролируемым дыханием.

5. Новый способ дыхания апробируется в реальных жизненных обстоятельствах как техника совладания после того, как выявлены пусковые стимулы.

Создается впечатление, что как спонтанные, так и ситуационно спровоцированные панические реакции поддаются контролю с помощью респираторных техник. Эти техники могут применяться и при агорафобии, где один из основных симптомов – страх страха – также вызывает гипервентиляцию.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Когнитивная модель тревоги расширяет ограниченные возможности чисто бихевиоральных техник. Для получения более убедительных данных о роли когнитивных переменных в возникновении фобий должны быть изучены несколько вопросов. Наиболее важный из них – это определение статуса эмоций, аффектов, чувств по отношению к мыслительным процессам и поведению. Бихевиоральная терапия называется именно так, потому что она подчеркивает важность модификации поведения. Когнитивную терапию называют так, потому что она подчеркивает важность изменения мыслительных паттернов. Но, несмотря на серьезные теоретические построения, практика обоих подходов свидетельствует о том, что они имеют дело прежде всего с эмоциональным компонентом фобий. Бихевиоральная терапия, используя различные методы погружения *in vitro* и *in vivo*, создает особый эмоциональный опыт, который затем используется пациентом и терапевтом для модификации поведения и выработки совладающих когнитивных стратегий. Когнитивная терапия Бека, помимо когнитивных модификаций, придает особую важность работе с эмоциями и аффектами. Относительная неэффективность преимущественно рациональных форм когнитивной терапии, например, рационально-эмотивной терапии и самоинструктирующего тренинга, может объясняться преимущественной фокусировкой на содержании мыслительных процессов. Контролируемые исследования на сегодня не подтвердили эффективность изолированного применения рационально-эмотивной терапии и само инструктирующего

тренинга, несмотря на то, что регуляция мыслительных процессов с негативным содержанием и представляется важным компонентом каждого терапевтического вмешательства. Погружение *in vivo* остается наиболее значимым компонентом в терапии агорафобии с паническими расстройствами и без них. Эффективность изолированного применения (то есть вне погружения *in vivo*) техник респираторного контроля и реатрибуции нуждается в дальнейшей проверке. Предварительные данные свидетельствуют о высокой эффективности центрированной на эмоциях когнитивной терапии. При простых фобиях погружение *in vivo* остается вне конкуренции. Когнитивная терапия имеет некоторую эффективность при работе с экзаменационной тревожностью, но, в целом, при лечении пациентов с социальными дисфункциями не превосходит возможностей тренинга социальных навыков. Вариант когнитивной терапии Бека, недавно разработанный для проблем фобических пациентов, представляет собой эклектическую и многоаспектную форму «бихевиорально-эмотивно-когнитивного» воздействия, эффективность и механизмы которого еще предстоит изучать.

Перевод **Н.Г.Гаранян**

#### ЛИТЕРАТУРА

- Adler D., Price J. (1985) Relation of agoraphobic's health locus of control orientation to severity of agoraphobia. Psychol. Rep. 56: 619-625.*
- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual. 3rd, edition, APA, Washington DC, p.225-239.*
- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition, revised version (DSM-III r).*
- Bandura A. (1977) Social learning theory. Prentice Hall, New Jersey, p.84-85.*
- Beck A.T., Emery G. (1985) Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. Basic, New York, p.38-66.*
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979) Cognitive therapy of depression. Guilford, New York, p.142-164.*
- Borkovec T.D. (1978) Self-efficacy: cause or reflexion of behavioral change? Adh. Behav. Res. Ther. , 1: 163-170.*
- Bowlby J. (1975) Attachment and loss, vol.2, Separation, anxiety and anger. Pelican, London, p.334-355.*
- Breger L., McGaugh J.L. (1965) Critique and reformulation of learning theory approaches to psychotherapy and neurosis. Psychol. Bull.: 338-358.*
- Clark D. (1986) A cognitive approach to panic. Behav. Res. Ther. \$ (24): 461-470.*
- Clark D., Salkovskis P., Chakley A. (1985) Respiratory control as a treatment for panic attacks. J. Behav. ther Exp. Psychiatry, 16(1): 23-30.*
- Cottraux J., Mollard E. (1986) Les phobies: perspectives nouvelles. Presses Universitaires de France, Pans, p.60-65.*
- Coue E. (1956) La maitrise de soi-meme par L'autosuggestion consciente. Oliven, Paris, p.9-27.*

- Eastman C., Marzyllyier J.S. (1984) *Theoretical and methodological difficulties in Bandure's self-efficacy theory. Cog. Ther. Res.* 8(3): 213-229.
- Ellis A. (1962) *Reason and emotion in psychotherapy. Lyte Stuart-Citadel, New York, p.35-59.*
- Ellis A. (1979) *A note on treatment of agoraphobics with cognitive modification with prolonged exposure in vivo. Behav. Res. Ther.* 17(2): 162-164.
- Ellis A., Grieger R. (1977) *Ret Handbook of rational emotive therapy. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, p.3-33.*
- Emmelkamp P. (1982) *Phobic and obsessive-compulsive disorders. Theory, research and practice. Plenum, new York, p.40-41.*
- Garssen B., Veenendal W., Bloeminck R. (1983) *Agoraphobia and the hyperventilation syndrome. Behav. Res. Ther.* 21(6): 643-649.
- Gelder M.G. (1986) *Panic attacks: new approaches to an old problem. Br. J. Psychiatry, 149: 346-352.*
- Goldstein A.J., Chambles D.J. (1978) *A re-analysis of agorahpobia. Behav. Ther.* 9: 47-59.
- Gorman J., Liebowitz M., Klein O.F. (1984) *Panic disorder and agoraphobia. Upjohn, Kalamazoo, p.17-19.*
- Gray J. (1971) *The psychology of fear and stress. McGraw, New York, p.196-218.*
- Griez E., van den Hout A. (1986) *CO<sub>2</sub> inhalation in the treatment of panic attacks, Behav. Res. Ther.* 24(2): 145-150.
- Guidano V.F., Liotti G. (1983) *Cognitive processes and emotional disorders. Guilford, New York, p.204-242.*
- Hibbert G. (1984) *Ideational components of anxiety: their origin and content. Br J. Psychiatry, 144: 618-624.*
- Hollon S.D., Kriss M.R. (1984) *Cognitive factors in clinical research and practice. Clin Psychol. Rev.* 4: 35-76.
- Kandel E. (1983) *From metapsychology to molecular biology: exploration into the nature of anxiety. Am J. Psychiatry, 140: 1277-1293.*
- Klein D.F. (1981) *Anxiety reconceptualized. In: Klein D.F., Rabkin J.G. (eds) Anxiety, new research and changing concepts. Raven, New York, p.235-263.*
- Last C.L. (1984) *Cognitive treatment of phobias. Prog. Behav. Modif.* 16: 65-82.
- Lazarus A.A. (1976) *Multi-modal behavior therapy, Springer, Berlin, p.9-19.*
- Ley R. (1985) *Agoraphobia, the panic attack, and the hyperventilation syndrome. Behav. Res. Ther.* 23(1): 79-81.
- Lum L. (1976) *The syndrome of habitual chronic hyperventilation. In: Hill O.W. (ed) Modern trends in psychosomatis medicine, 3rd edition, Butterworths, London.*
- Luria A. (1961) *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behaviors, Liveright, New York.*
- Margraf J., Ehlers A., Roth W.T. (1986) *Biological models of panic disorder and agoraphobia – a review. Behav. Res. Ther.* 24(5): 553-557.

- Merihenbaum D. (1977) *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. Plenum, New York, p.17-54.
- Monti P.R., Zwick W.R., Warzak W.J. (1986) *Social skills and irrational beliefs: a preliminary report*. *Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 17(1): 11-14.
- Piaget J. (1964) *Six etudes de psychologie*. Gonthier, Geneve, p.7-86.
- Rachman S. (1984) *Agoraphobia. A safety signal perspective*. *Behav. Res. Ther.* 22(1): 59-70.
- Rotter J.B. *Generalise dexpectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychol. Monogr.* 80: 1-28.
- Schwartz R.M., Garamoni (1984) *The internal dialogue and anxiety: asymmetries between positive and negative coping thoughts*. Paper presented at the annual convention of the Association for the Advancement of Behavior therapy. Philadelphia, Pennsylvania.
- Sheehan D., Sheehan K. (1982) *The classification of phobic disorders*. *J Psychiatry Med.* 12(4): 243-266.
- Stefanek M.E., Eisler R.M. (1983) *The current status of cognitive variables in assertiveness training*. *Prog. Behav. Modif.* 15: 277-319.
- Thorpe R.E., Burns L.E. (1983) *The agoraphobic syndrome*. Wiley, New York, p.21-22.
- Thyer B., Nesse R., Cameron D., Curtis G. (1985) *Agoraphobia: a test of separation anxiety hypothesis*. *Behav. Res. Ther.* 23(1): 75-78.
- Timmermans P. (1986) *The effects of absence of mother on the aquisition of phobic behavior cynomolgus monkey*. *Behav. Res. Ther.* 24(1): 67-72.
- Tissot R. (1980) *Choix des symptomes dans les nevroses: nevroses hystereques et nevroses phobico-obsessionnelles*. *Ann Med. Psychol. (Paris)* 138(9): 1037-1059.
- Tversky K (1974) *Judgement under uncertainty: heuristics and biases*. *Science* 185: 1124-1131.
- van der Molen G.M. (1983) *Cognitive determinants of lactate induced anxiety*. *Behav. Res. Ther.* 24(6): 677-680.
- Williams S. (1983) *Cognitive treatment in the natural environment for agoraphobia*. *Behav. Ther.* 14: 299-313.
- Wolpe J. (1975) *La pratiquen de la therapie comportementale*. Masson, Paris, p.15-26.
- Zajonc R. (1980) *Feeling and thinking. Preferences need no inferences*. *Am Psychol.* 35: 151-175.