

Московский Городской Психолого-Педагогический Университет

Публичные лекции
«Проблемы современной психологии»



Актуальные тенденции современной когнитивной психотерапии

18 ноября 2009 г.

18.15-21.00

Лектор: **Холмогорова Алла Борисовна,**

доктор психологических наук, зав. кафедрой «Клиническая психология и психотерапия» факультета Психологического консультирования МГППУ

www.mgppu.ru/lektoriy



Современные тенденции в когнитивной психотерапии

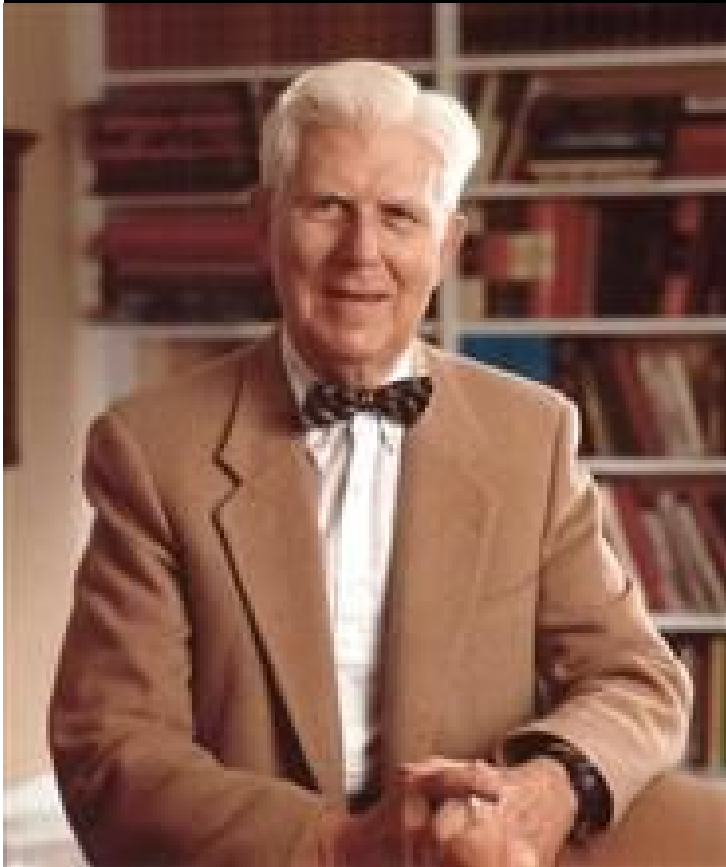
Алла Борисовна Холмогорова

Зав.кафедрой клинической психологии и психотерапии
факультета Психологического консультирования МГППУ,
зав. одноименной лабораторией Московского МНИИ
психиатрии Росздрава, член-основатель Академии
когнитивной психотерапии (АСТ)

Когнитивная психотерапия – один из ведущих современных методов в лечении широкого спектра психических расстройств

- **Научная обоснованность** – большое количество эмпирических исследований, обосновывающих теоретические модели, лежащие в основе когнитивной психотерапии и эффективность ее применения
- **Высокая эффективность** – доказана многочисленными исследованиями, проведенными в соответствии с правилами доказательной медицины
- **Экономичность** – широко используется краткосрочный формат психотерапии в лечении целого ряда расстройств
- **Технологичность** – разработаны схемы лечения для многих расстройств, в которых подробно описаны основные мишени и конкретные техники





Арон Бек – создатель когнитивной психотерапии

А.Бек являет собой яркий пример научного долгожительства. В возрасте 50 лет он имел 40 публикаций, а с 50 до 80 лет увеличил их число до 370, включая многочисленные книги. В первые годы своего девятого десятилетия опубликовал 60 статей и 2 книги. В 2011 году А.Беку должно исполниться 90, но он до сих пор консультирует, много пишет и печатается.



Научная биография А.Бека - краткая история развития когнитивной психотерапии (КТ)

- 1950 г.г. - завершение обучения психоанализу и разочарование в нем как теории расстройств и методе лечения
- 1960 г.г. - разработка собственной модели депрессии и знаменитого опросника депрессивности Бека
- 1970 г.г. – число работ по КТ растет по экспоненте, разработка опросника суицидального риска
- 1980 г.г. - завершение разработки модели КТ тревожных расстройств, опросника тревоги Бека, разработка проблем наркотической и алкогольной зависимости
- 1990 г.г. - КТ становится методом первого выбора при лечении депрессивных и тревожных расстройств В Северной Америке и Великобритании, разработка модели лечения личностных расстройств, биполярного расстройства и шизофрении
- 2000 г.г. - интенсификация разработок в области КТ шизофрении, в разных странах уже проведены многочисленные исследования, подтверждающие эффективность КТ при лечении различных расстройств, КТ все шире распространяется в разных странах Европы и Америки
- Пионерское исследование и лечение случая параноидной шизофрении (1952), проверка психоаналитической модели депрессии (1959)
- Depression: Clinical, Experimental , and Theoretical Aspects (Beck, 1967)
- C Cognitive Therapie of Depression (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) ; Prediction of suicide (Beck, 1974)
- Anxiety disorders and Phobias (Beck, Emery, Greenberg, 1985)
- Cognitive therapy of Pesonality disorders (Beck, Freeman, 1990) ; Cognitive therapy for schizophrenic patients (Beck, Rector, 1998)
- Delusions: a cognitive perspective (Beck, Rector, 2002) ; Bipolar disorder: A Cognitive Therapy Approach (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington, Gyilai, 2002)



Бек Институт когнитивной психотерапии и исследований

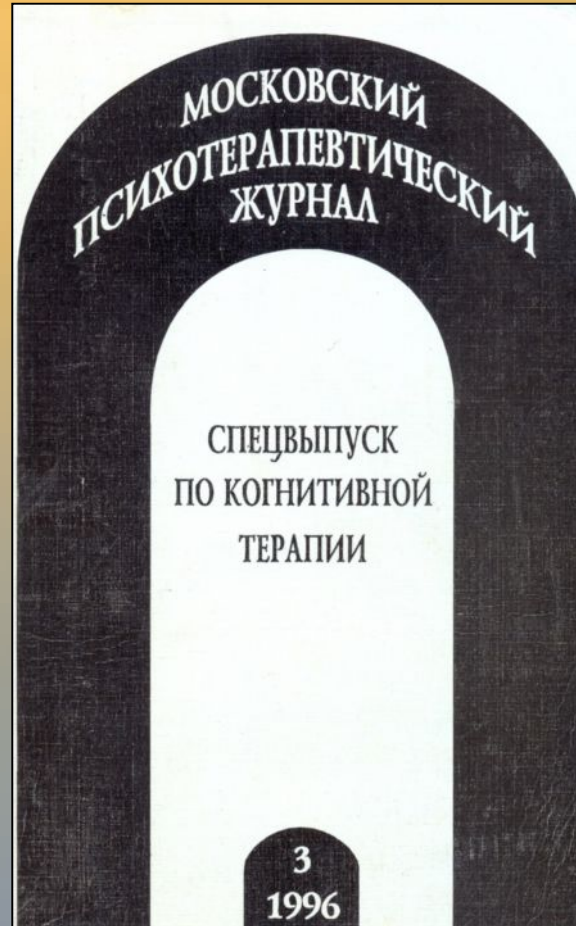
Проф. Арон Бек и его дочь проф. Джудит Бек (на фотографии) в 1994 году создали Бек Институт когнитивной психотерапии и исследований в окрестностях Филадельфии. Основная миссия этого института – разработка и проведение тренинговых программ по когнитивной психотерапии (КТ) или, как ее часто называют, когнитивно-бихевиоральной психотерапии (КБТ), предназначенных для обучения различных специалистов, работающих в сфере соматического и психического здоровья. Еще одна миссия института – способствовать созданию программ по когнитивной психотерапии в университетах, центрах, лечебных учреждениях и других организациях.



Краткая характеристика когнитивной психотерапии как метода лечения

Когнитивная психотерапия – метод психотерапии, эффективность которого для большого числа психических расстройств доказана многочисленными исследованиями. Работа терапевта и клиента строится как сотрудничество по определению и решению проблем. Терапевт помогает клиенту преодолеть возникшие трудности путем перестройки мышления, поведения и эмоционального реагирования.





Первая презентация когнитивной психотерапии в России

Специальный выпуск Московского психотерапевтического журнала по когнитивной психотерапии, подготовленный А.Б.Холмогоровой и Н.Г.Гаранян с предисловием А.Т.Бека



Предисловие А.Бека к спецвыпуску МПЖ по когнитивной психотерапии

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ, 1996, 3

ПРЕДИСЛОВИЕ К ВЫПУСКУ МОСКОВСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЖУРНАЛА, ПОСВЯЩЕННОМУ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

АРОН БЕК

С момента создания когнитивной психотерапии прошло уже 30 лет. Все это время происходит постоянное усовершенствование процедур и углубление теоретических оснований нашего подхода, расширяется сфера его применения. Когнитивные психотерапевты разработали и протестировали различные формы терапии практически всех психических расстройств. Доказана эффективность когнитивного подхода применительно к депрессии, тревожным расстройствам, паническим расстройствам, обсессивно-компульсивным, состояниям посттравматического стресса, различным пищевым расстройствам. Продemonстрирована полезность когнитивной терапии при лечении личностных расстройств, включая пограничное личностное расстройство, а также при лечении героиновой и кокаиновой наркомании.

Эффект когнитивной психотерапии отмечается применительно к разным пациентам: она эффективна для людей как с высокими, так и с низкими показателями интеллекта; в работе с детьми и стариками; с людьми высоко- и низкообразованными, с богатыми и с социально и экономически обделенными. Доказано, что когнитивная терапия — ценный компонент групповой, супружеской и семейной терапии.

Влияние когнитивной терапии можно проследить по всему миру. Многие терапевты, прошедшие обучение в США, Великобритании, других странах Европы, распространили когнитивную психотерапию в большинстве как развитых, так и развивающихся стран.

По историческим причинам когнитивная терапия относительно нова для Восточной Европы. Хотя среди русскоязычных авторов можно найти некоторых предшественников когнитивной терапии, русские психотерапевты только недавно стали интересоваться этой формой лечения. Моя семья происходит из России, поэтому мое сердце особенно согревает известие о том, что интерес к когнитивной терапии настолько значителен, что целый номер журнала будет посвящен данному предмету. Я уверен в том, что по мере того, как русские психотерапевты будут узнавать все больше об этой относительно новой форме лечения, они сочтут весьма полезным интегрировать ее в свои терапевтические подходы.

Арон Бек — профессор, доктор медицины, руководитель Исследовательского Института когнитивной терапии (The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research)
GSB Building, City Line and Belmont Avenues, Suite 700, Bala Cynwyd,
PA 19004-1610

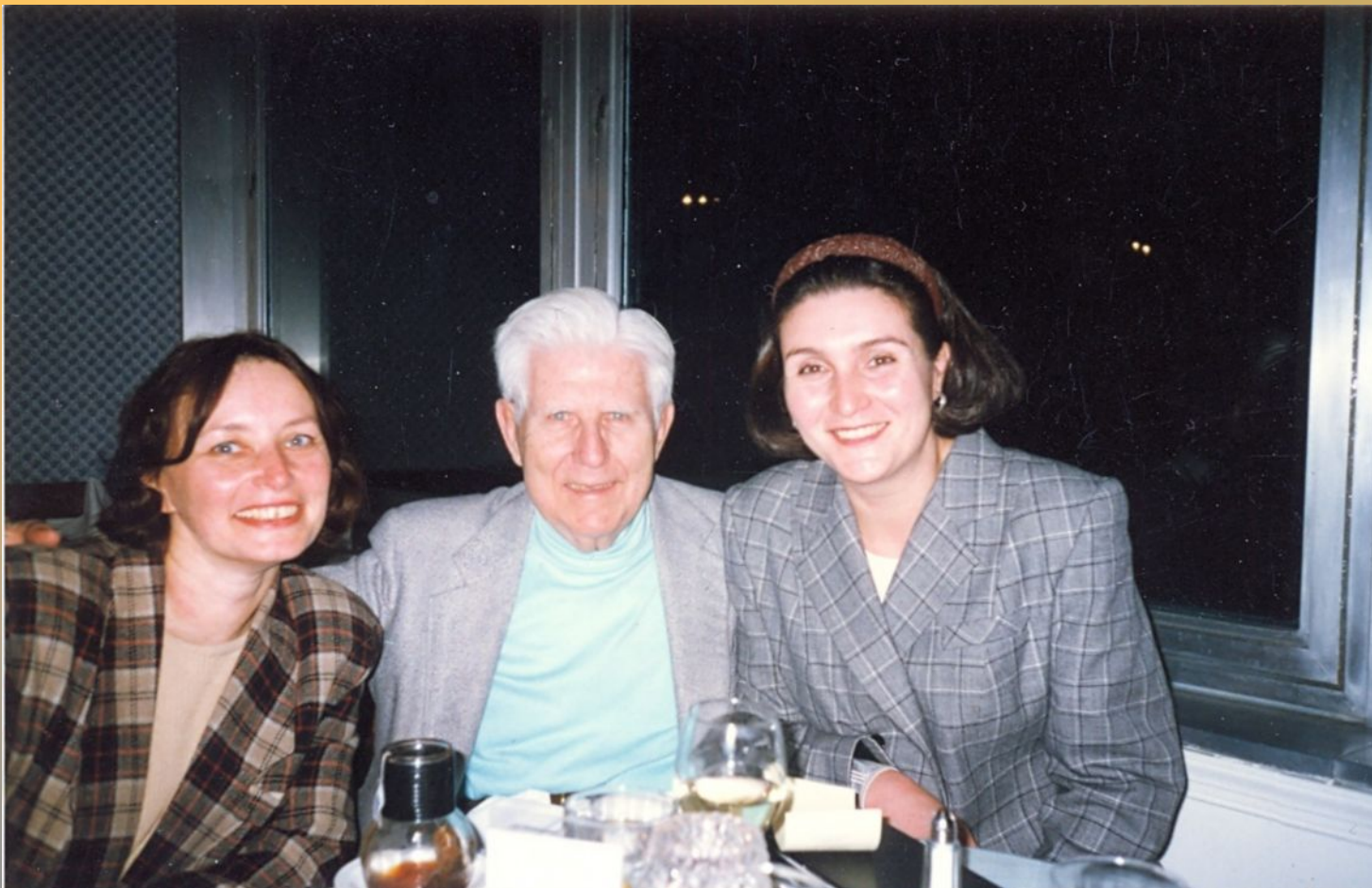




Учебная группа в Бек Институте вместе с А.Беком - 1998 год

Dr. Aaron Beck and his daughter, Dr. Judith Beck, founded the non-profit Beck Institute for Cognitive Therapy and Research in suburban Philadelphia in 1994, to establish national and international training programs in Cognitive Therapy, frequently referred to as Cognitive Behavior Therapy (CBT), for health and mental health professionals and educators at all levels of experience and expertise.





Долгожданная встреча с А.Беком, 1998

После издания спецвыпуска по когнитивной психотерапии А.Бек выделил



**Депрессия –
основное по эпидемиологической значимости
психическое расстройство нашего времени.**

**Не спрашивай, по ком звонит колокол –
он звонит по тебе!**



Современное «лицо» депрессии

Депрессия - четвертое по распространенности расстройство, при тех же темпах роста к 2020 году выйдет на второе место, лишь немного уступая сердечно-сосудистым заболеваниям. На каждого жителя планеты в среднем “будет приходиться” по четыре эпизода депрессии по 20 недель продолжительности каждый (Judd, 1997).

Не все одинаково подвержены риску - депрессия «молодеет» - все больше молодых людей попадают в группу риска по депрессии - 25% студентов демонстрируют симптомы депрессии (Холмогорова, Гаранян, Евдокимова, Москова, 2009).

Тенденция к стиранию гендерных различий – все чаще депрессией страдают лица мужского пола.

Депрессия часто приобретает хроническое течение – каждый новый эпизод депрессии увеличивает риск последующего на 16%, но чем дольше ремиссия, тем ниже риск повторного эпизода (Solomon et al., 2000).



Депрессия - основной фактор суицидального риска

Растет число суицидов, связанных с депрессивным состоянием – 25% студентов имеют симптомы депрессии; 15% студентов высказывают суицидальные мысли и намерения (Холмогорова , Гаранян, Евдокимова, Москова, 2009).

Россия занимает первое место по числу суицидов среди подростков и юношества.



Основные гипотезы-положения когнитивной модели депрессий

- 1. Депрессия характеризуется негативным мышлением – негативными мыслями о себе, о мире и о будущем.**
- 2. Депрессия характеризуется снижением позитивного мышления**
- 3. Негативные когниции оказывают влияние на эмоции, поведение, и соматическое состояние.**
- 4. Негативное мышление характерно для всех без исключения типов депрессии.**
- 5. Выраженность негативных когниций прямо пропорциональна тяжести депрессии и риску ее хронификации.**
- 6. Депрессия характеризуется когнитивными искажениями при переработке и селекции информации, касающейся текущего жизненного контекста.**
- 7. Депрессия характеризуется активацией негативной когнитивной схемы.**



Диатез-стрессовая гипотеза А.Бека – понятие «когнитивной уязвимости» или «когнитивного диатеза»

«Индивид, интроецировавший констелляцию негативных установок....всегда имеет predisposition к развитию клинической депрессии в подростковом или зрелом возрасте. Возникнет ли у него когда-либо депрессивное состояние, зависит от наличия в тот или иной момент его жизни вполне определенных обстоятельств, способных активировать упомянутую депрессивную констелляцию.»

(Beck, 1967/1972, p. 278).



Основные допущения когнитивной гипотезы, сформулированные в процессе ее разработки

- 1. Негативная когнитивная схема (система негативных представлений о себе, о мире, о будущем) находится в латентном состоянии**
- 2. Основным «активатором» негативной когнитивной схемы является стресс**
- 3. «Проснувшаяся» или активированная когнитивная схема запускает негативные когниции и соответствующие им негативные искажения**
- 4. Для «запуска» когнитивной схемы необходим специфический, соответствующий ее центральному содержанию стрессор. При этом важно не событие само по себе, а его трактовка индивидом.**
- 5. Характер стрессора связан с негативным детским опытом, под влиянием которого сложилась когнитивная схема.**
- 6. Существуют два основных вида уязвимости, соответствующие двум типам личности: социотропному и автономному. Однако об уязвимости к депрессии можно говорить только в случае дезадаптивного характера социотропных и автономных схем.**
- 7. Социотропной и автономной уязвимости соответствуют разные виды стрессоров.**
- 8. Помимо когнитивной уязвимости и специфических стрессоров существуют другие факторы, способные провоцировать депрессивные состояния: другие виды стресса, дефицит поведенческих навыков и навыков решения проблем, нарушения нейрохимической регуляции.**



Эмпирическая проверка гипотезы когнитивной уязвимости

Два типа исследований: 1. cross sectional and 2. prospective.

В качестве меры когнитивной уязвимости выступало значение показателей шкалы дисфункциональных установок - DAS.

В ряде исследований (как популяционных, так и клинических) была подтверждена связь между выраженностью дисфункциональных убеждений, уровнем стресса и симптомами депрессии, причем дисфункциональные убеждения и уровень стресса в регрессионном анализе выступали предикторами депрессии. Важный результат – связь между выраженностью дисфункциональных установок и оценкой тяжести стресса (Simons, Angel, Monroe, Thase, 1993). Однако эти исследования были признаны недостаточными для доказательства гипотезы когнитивной уязвимости.



Эмпирическая проверка гипотезы когнитивной уязвимости

Основной вопрос: как доказать существование когнитивной уязвимости, если во время депрессии схема активирована, а до первого эпизода депрессии и во время ремиссии схема «спит»?

Ответ 1: провести проспективное исследование с двумя срезами, разделенными временным интервалом достаточным для спонтанного возникновения различных стрессов.

Behavioral High-Risk Designs:

Лонгитюдное сравнительное исследование группы риска среди студентов, начавших обучение в колледже, у которой были выявлены высокие показатели по шкале дисфункциональных установок и контрольной группы (Temple-Visconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project; Alloy, Anderson, 1999) подтвердило гипотезу когнитивной уязвимости.



Эмпирическая проверка гипотезы когнитивной уязвимости

Ответ 2: «разбудить» «спящую» схему путем искусственного индуцирования стресса и негативных переживаний.

Priming Designs:

Исследование больных в состоянии ремиссии в условиях эксперимента по индуцированию негативных эмоций (Ingram, Siegle, 2002). Исследовались люди, имевшие в прошлом депрессивные эпизоды и контрольная группа, никогда не страдавших депрессией. После индуцирования негативного настроения у имевших историю заболевания депрессией наблюдалось усиление дисфункциональных установок.



Эмпирическая проверка гипотезы когнитивной уязвимости

Ответ 2: «разбудить» «спящую» схему путем искусственного индуцирования стресса и негативных переживаний.

Priming Designs:

Была исследована группа людей, перенесших депрессию в прошлом и находящихся в состоянии ремиссии, часть из них лечилась медикаментозно, а часть прошла курс когнитивной психотерапии (Finally, Segal, Gemar, Williams, 1999). Все они участвовали в экспериментах по индукции плохого настроения и проявляли разный уровень когнитивной реактивности, т.е. у них в разной степени произошла активизация негативных установок. Затем эти пациенты были обследованы спустя 30 месяцев на предмет повторных приступов в этот период. Оказалось, что степень когнитивной реактивности является значимым предиктором повторных приступов. Интересно, что пациенты, прошедшие курс когнитивной психотерапии демонстрировали меньшую когнитивную реактивность, чем те, кто проходит курс медикаментозного лечения.



Важное современное направление дальнейшей проверки теории депрессии А.Бека: исследование роли интерперсональных отношений в происхождении уязвимости к депрессии - интеграция с теорией привязанности Д.Боулби.

Изучение связи между опытом привязанности и наличием дисфункциональных установок (Randolph, Dykman, 1998; Ingram, Ritter, 2000, Fortier, 2001 и др.).



Популяционное исследование

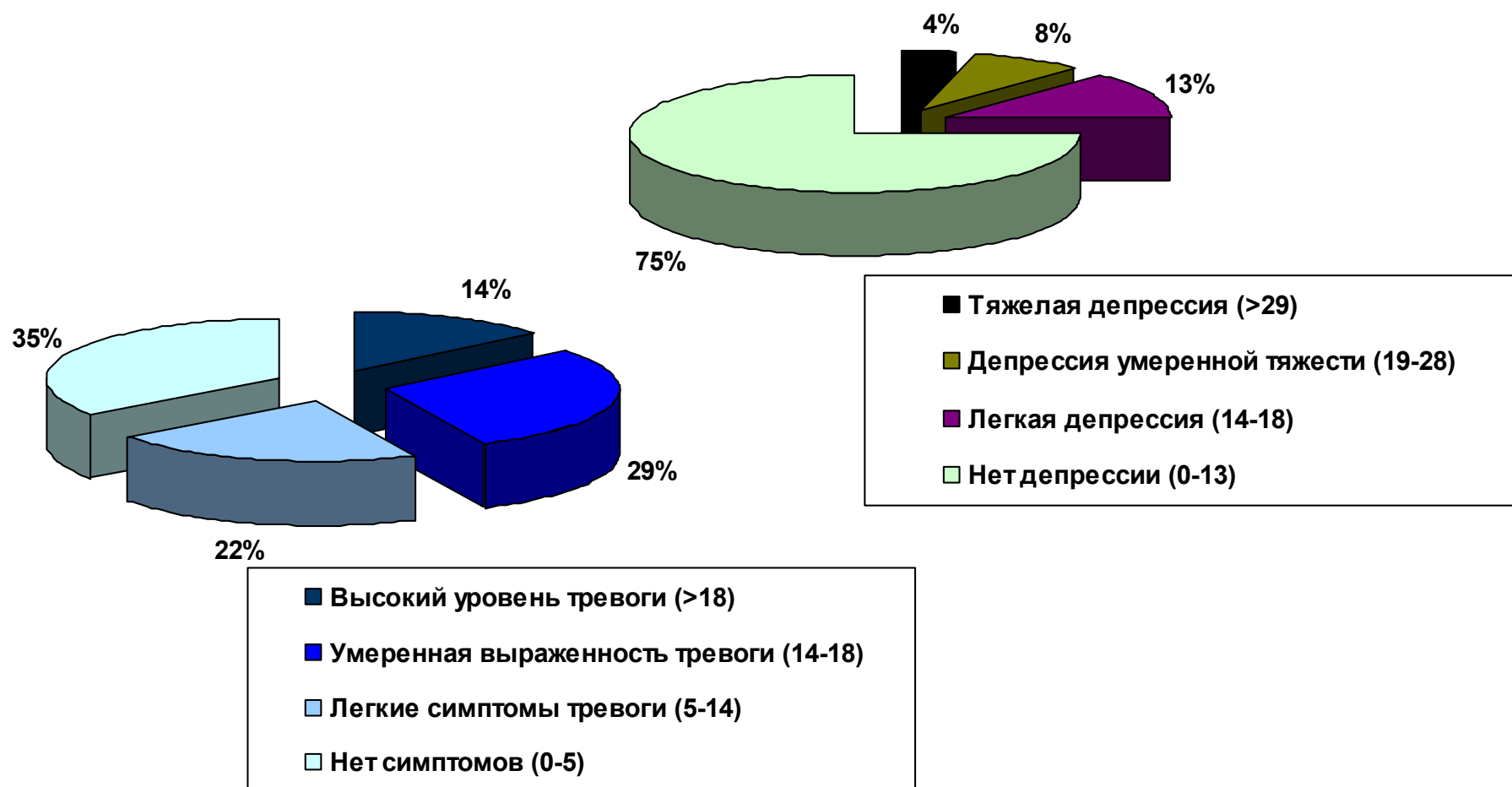
На базе двух московских вузов накануне сессии была обследована выборка из 145 студентов первого года обучения (от 17 до 23 лет) с помощью опросников тревоги и депрессии А.Бека (BDI и BAD) и опросника, направленного на измерение уровня повседневного стресса у студентов (Inventory of College Student's Recent Life Experiences, Kohn, Lafreniere, Gurevich).

Оба опросника А.Бека хорошо известны и широко применяются у нас в стране. Они прошли процедуры адаптации и валидизации. Третий опросник, направленный на измерение уровня стресса, показал высокую интеркорреляционную валидность в процессе обработки данных. Коэффициент корреляции по Спирмену с показателями опросника депрессии А.Бека 0,382, $p < 0,01$.

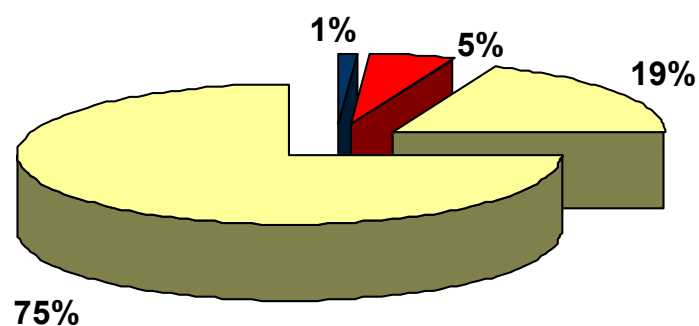
С помощью трех указанных опросников была выявлена группа риска - около 25% студентов первого года обучения, которые продемонстрировали выраженные симптомы депрессии и тревоги, а также высокие показатели уровня стресса.



Распределение студентов по выраженности симптомов депрессии (опросник депрессии Бека) и тревоги (опросник тревоги Бека)



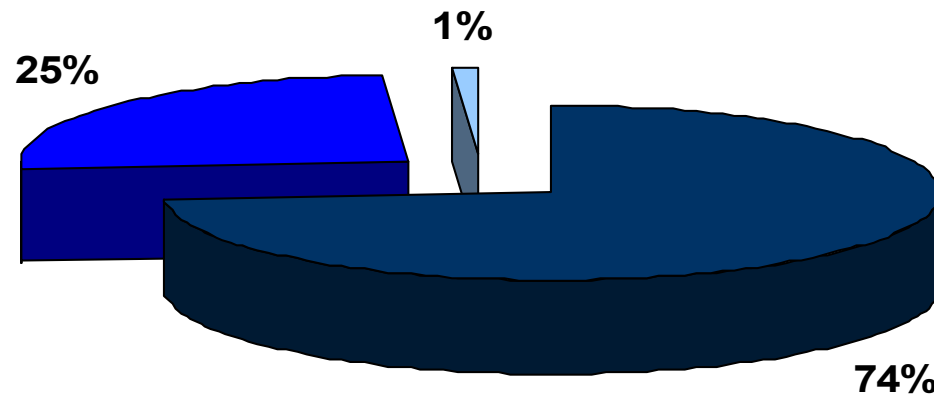
Распределение студентов по уровню суицидальной направленности (показатели пункта «Суицидальные мысли и желания» шкалы депрессии Бека)



- Я бы покончил с собой при подходящей возможности
- Я хотел бы покончить с собой
- У меня есть мысли о самоубийстве, но я их не приведу в исполнение
- У меня нет мыслей о самоубийстве



Показатели уровня стресса (Inventory of College Student's Recent Life Experiences, Kohn, Lafreniere, Gurevich)



- 46-95 score
- 96-145 score
- more than 146



Многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра (А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян, 1998)

Факторы Уровни	Психосоциальные факторы расстройств аффективного спектра	Методы анализа и диагностики
Макросоциальный	Социальный стресс и патогенные культуральные ценности (культ силы, успеха и совершенства)	Популяционные и социологические исследования
Семейный	Семейные стрессы и дисфункции (высокий уровень критики, низкий уровень тепла и поддержки, жестокое обращение, семейный перфекционизм и враждебность)	Стиль эмоциональных коммуникаций в семье (Холмогорова)
Личностный	Дисфункциональные ценности и убеждения (перфекционизм и враждебность), копинг-стратегии, когнитивные искажения	<ul style="list-style-type: none"> • Проективный тест враждебности (Гаранян, Холмогорова) • Опросник перфекционизма (Гаранян, Холмогорова)
Интерперсональный	Низкий уровень социальной поддержки, узкая социальная сеть, дефицит коммуникативных навыков	<ul style="list-style-type: none"> • Опросник воспринимаемой социальной поддержки F-SOZU-22 (Sommer, Fydrich) • Московский интегративный опросник социальной сети (Холмогорова, Петрова, Гаранян)

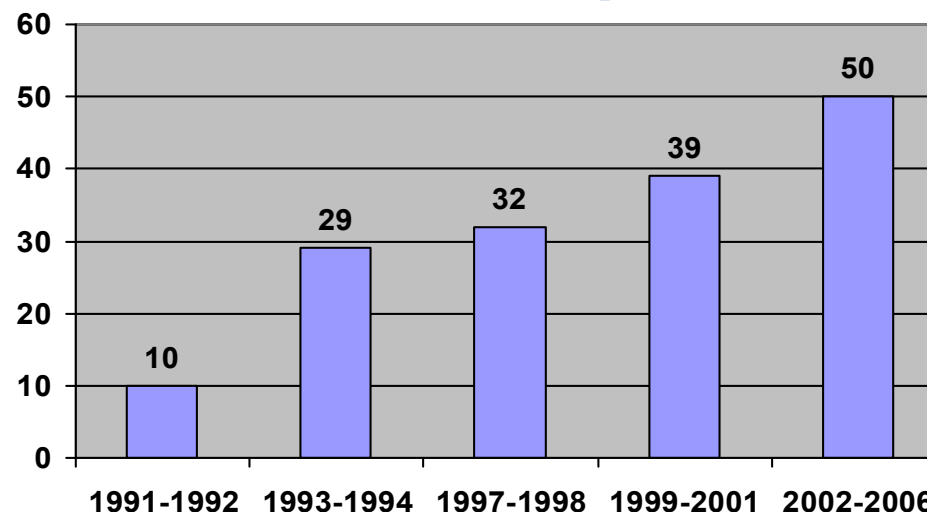


Макросоциальные факторы расстройств аффективного спектра в студенческой популяции

Современные тенденции в образовании	Выраженная ориентация на успех и достижения несет угрозу психическому благополучию детей и юношества
Introjective (or self-critical) depression is characterized by self-criticism and feelings of unworthiness, inferiority, failure, and guilt. Intense personal standards result in constant and harsh self-scrutiny and evaluation. These individuals have a chronic fear of disapproval, criticism, and of losing the acceptance and love of significant others. They constantly strive for excessive achievement and perfection, are often highly competitive and work hard, make many demands on themselves and sometimes achieve a great deal, but with little lasting satisfaction (S.Blatt, 1992)	

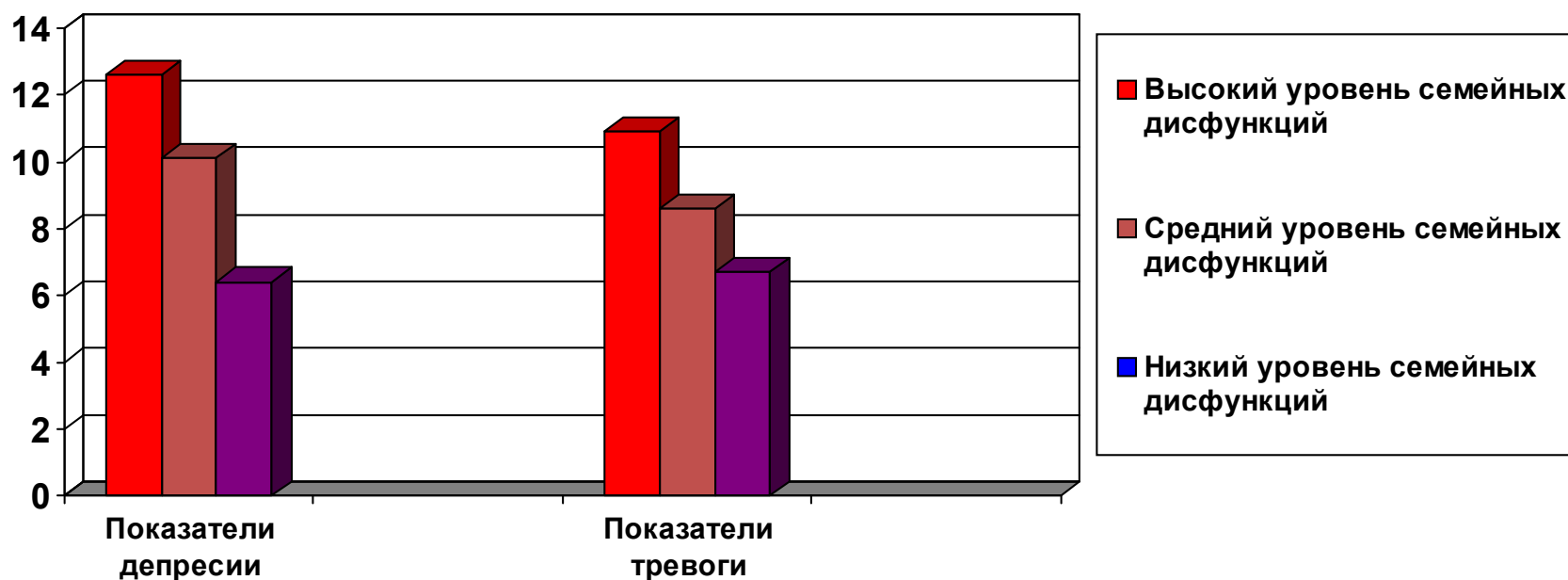
В последние 15 лет в России отмечается интенсивный рост разного рода образовательных учреждений с повышенной учебной нагрузкой и перфекционистскими стандартами (образовательные центры, гимназии, гимназические классы).

Рост числа гимназий в городе Москве



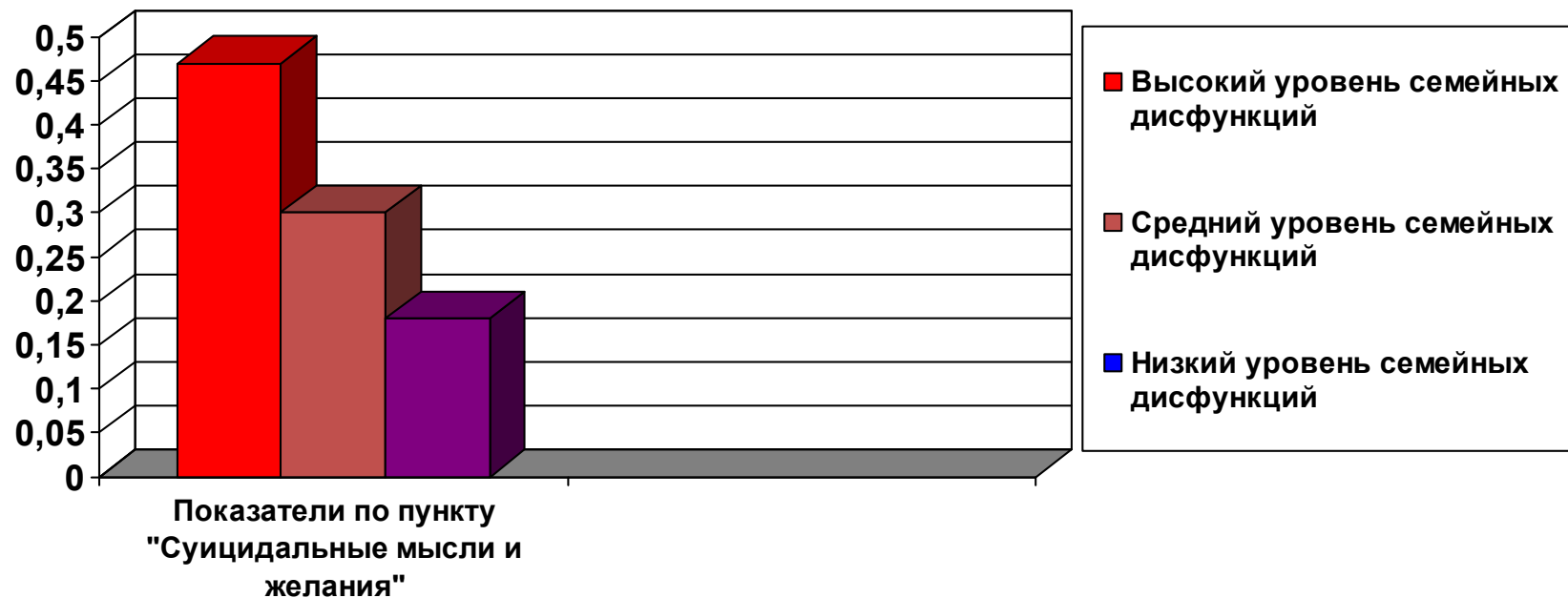
Семейные факторы расстройств аффективного спектра в студенческой популяции

Уровень депрессии и тревоги (опросники депрессии, тревоги Бека) у испытуемых с различным уровнем выраженности семейных дисфункций (опросник «Семейные эмоциональные коммуникации»)



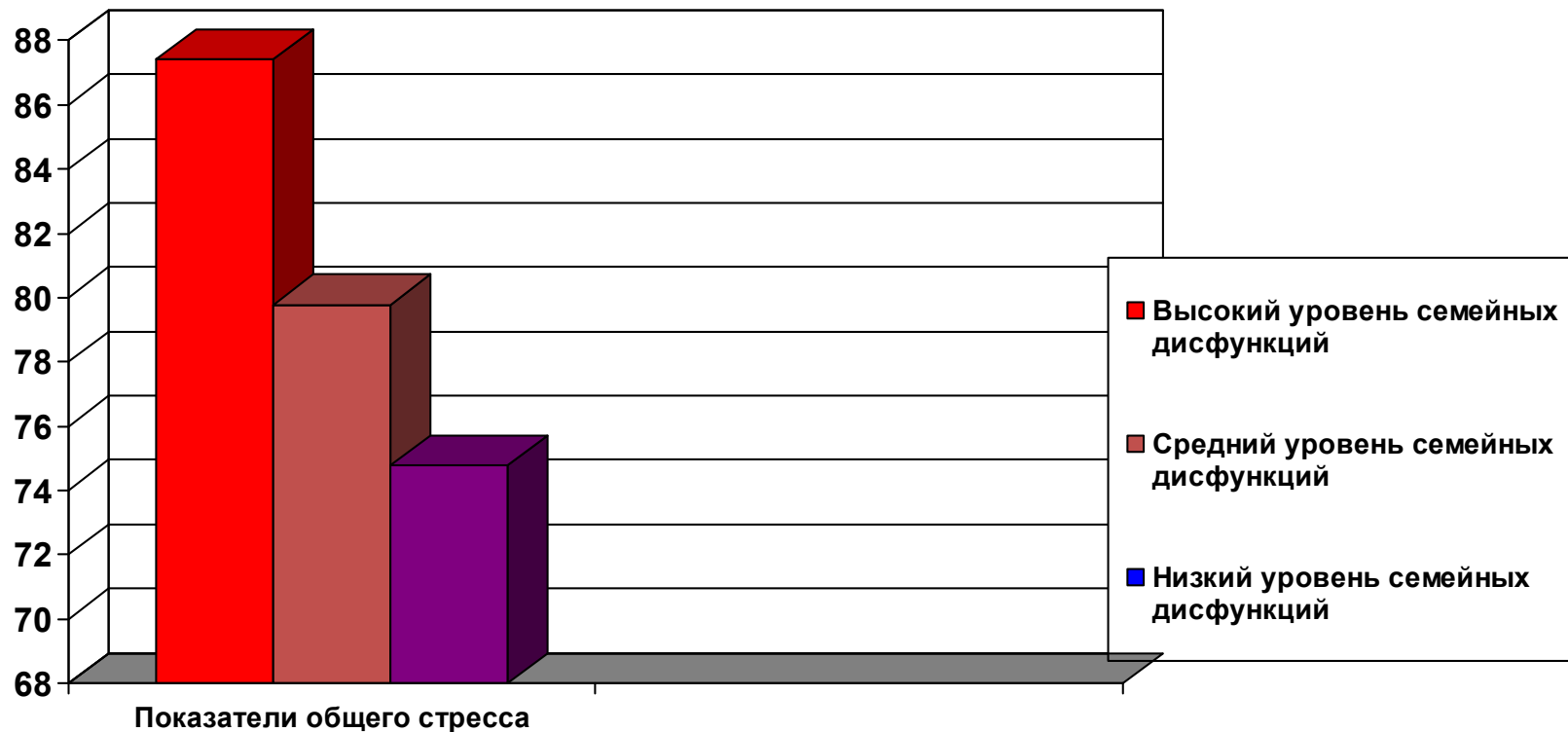
Семейные факторы расстройств аффективного спектра в студенческой популяции

Показатели по пункту «Суицидальные мысли и желания» опросника депрессии Бека у испытуемых с различным уровнем выраженности семейных дисфункций (опросник «Семейные эмоциональные коммуникации»)



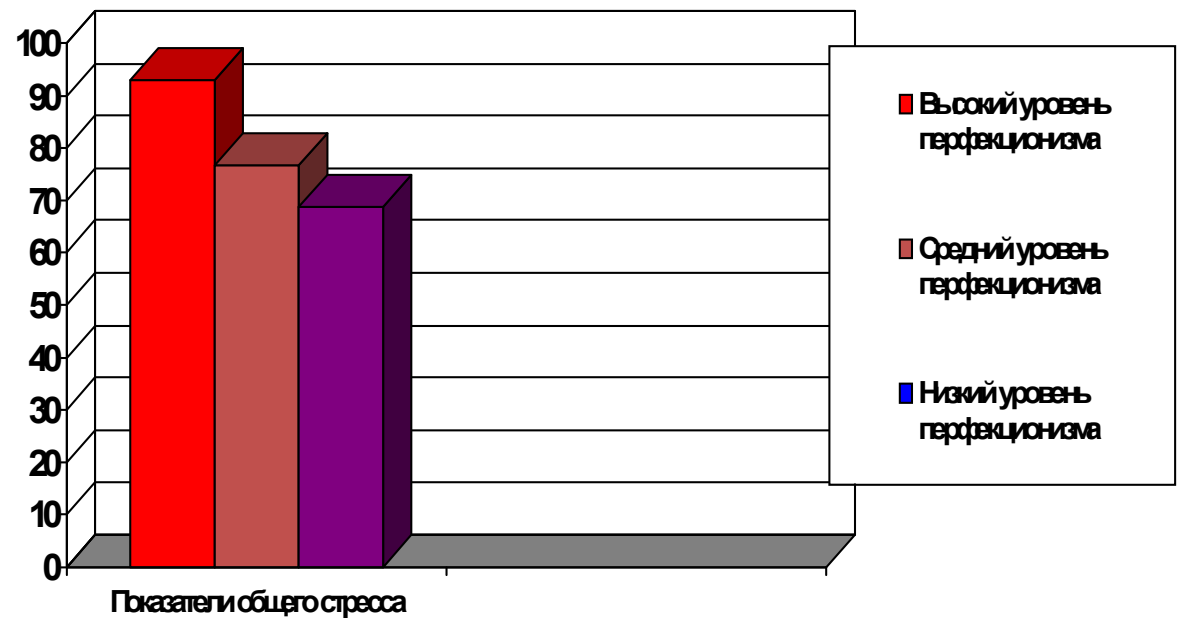
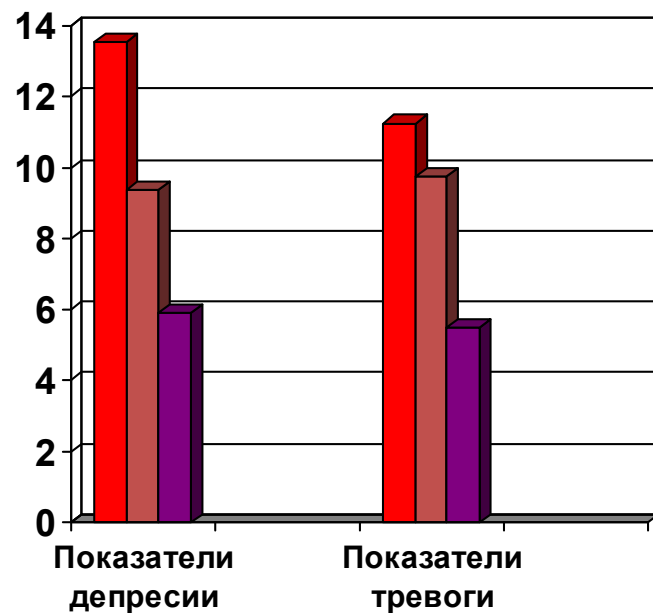
Семейные факторы расстройств аффективного спектра в студенческой популяции

Показатель повседневного стресса (опросник недавних жизненных событий у студентов) у
испытуемых с различным уровнем семейных дисфункций (опросник «Семейные
эмоциональные коммуникации»)



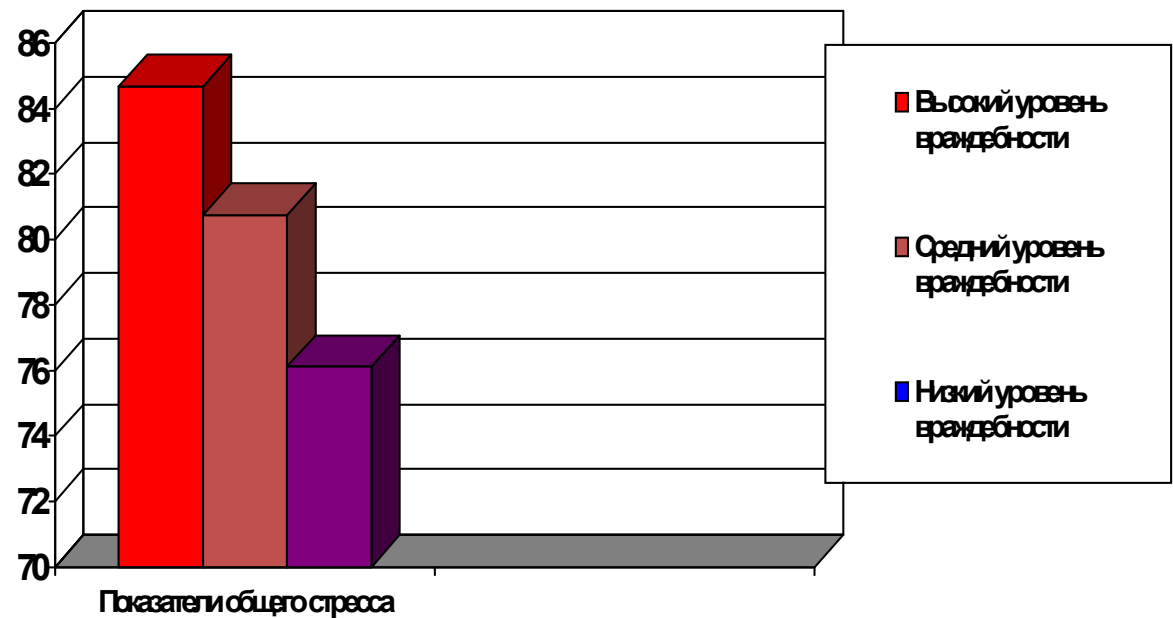
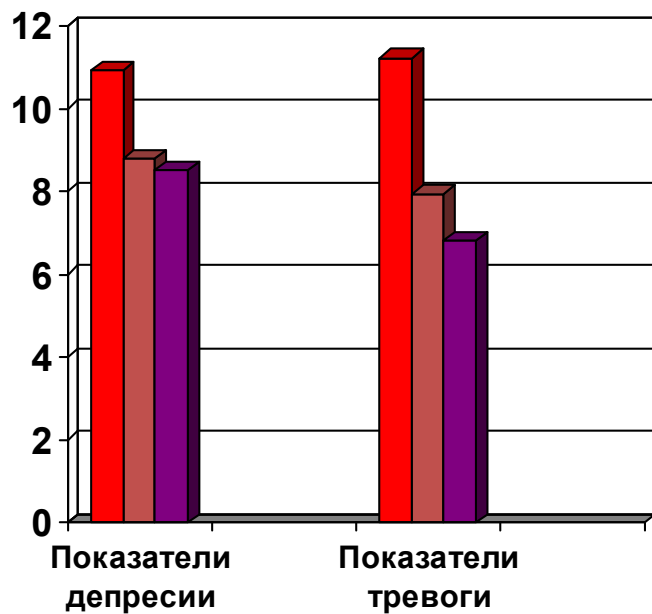
Личностные факторы расстройств аффективного спектра в студенческой популяции

Показатели эмоциональной дезадаптации
в группах студентов с разным уровнем перфекционизма
(Опросник перфекционизма Н.Г.Гаранян и А.Б.Холмогоровой)



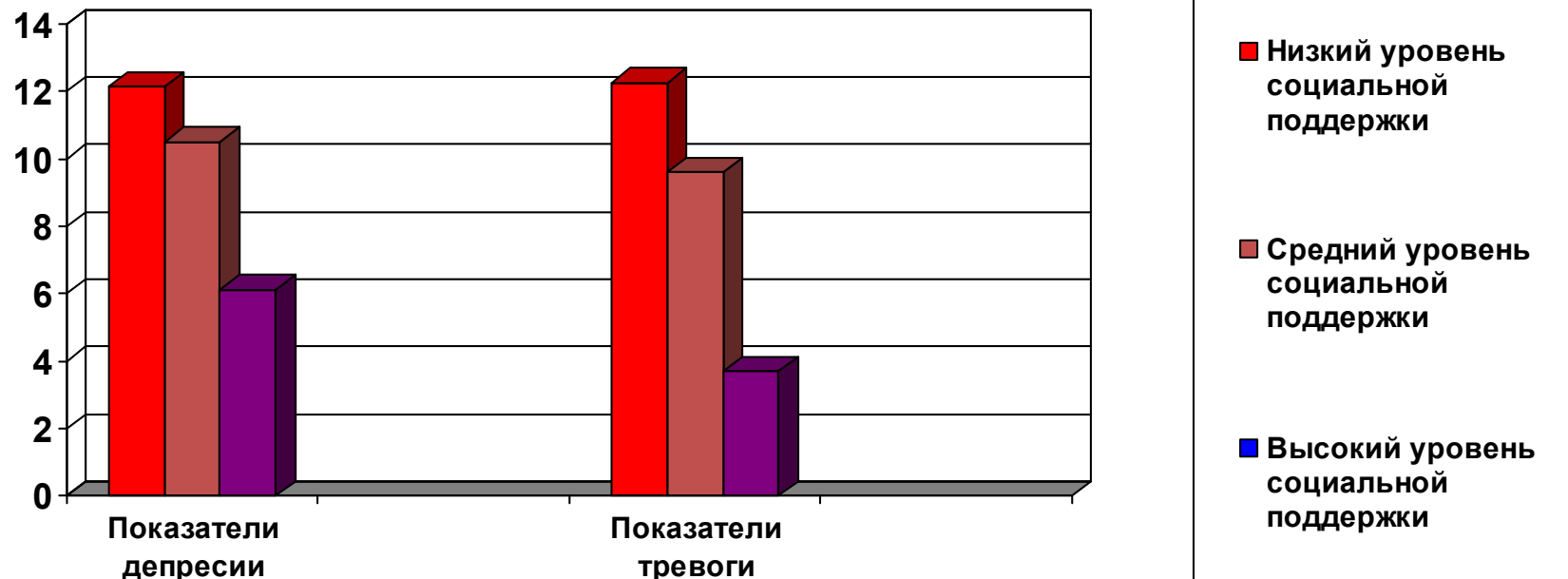
Личностные факторы расстройств аффективного спектра в студенческой популяции

Показатели эмоциональной дезадаптации
в группах студентов с разным уровнем враждебности
(Проективный тест враждебности Н.Г.Гаранян и А.Б.Холмогорова)



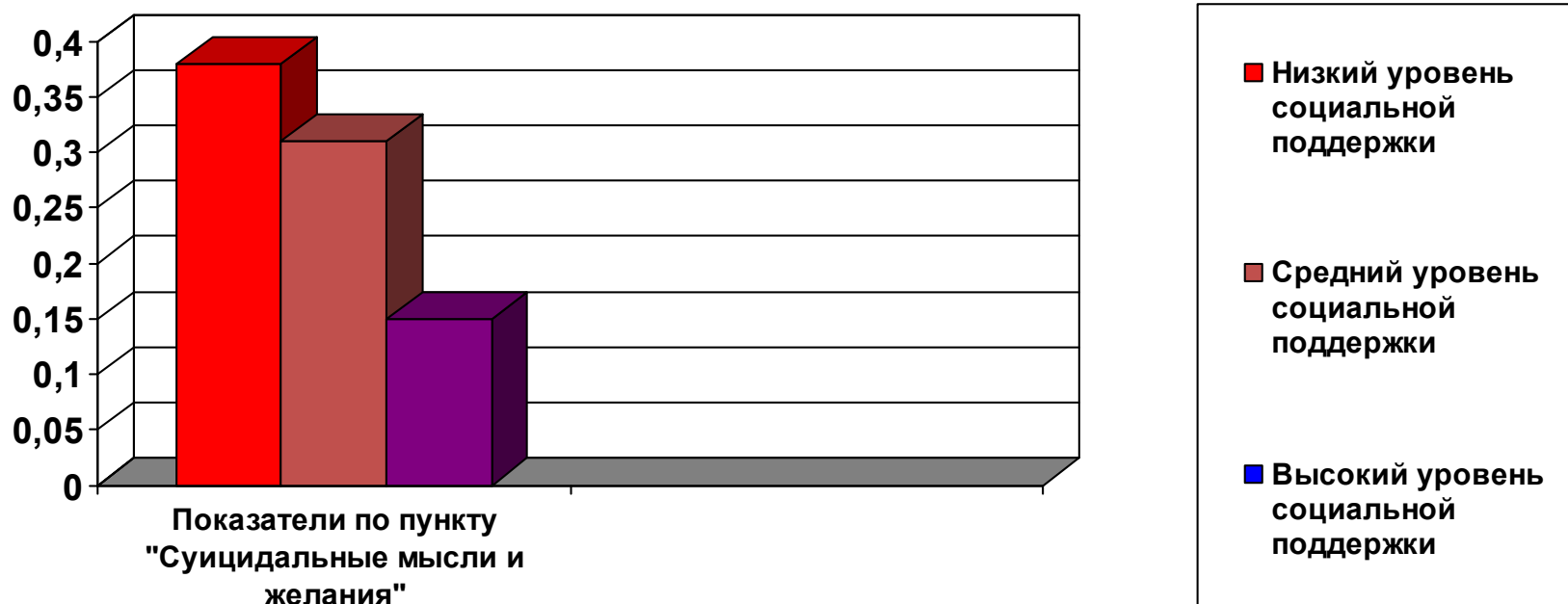
Интерперсональные факторы расстройств аффективного спектра в студенческой популяции

Уровень депрессии и тревоги (опросники депрессии, тревоги Бека) у испытуемых с различным уровнем социальной поддержки (опросник социальной поддержки F-SOZU-22 Sommer, Fydrich)



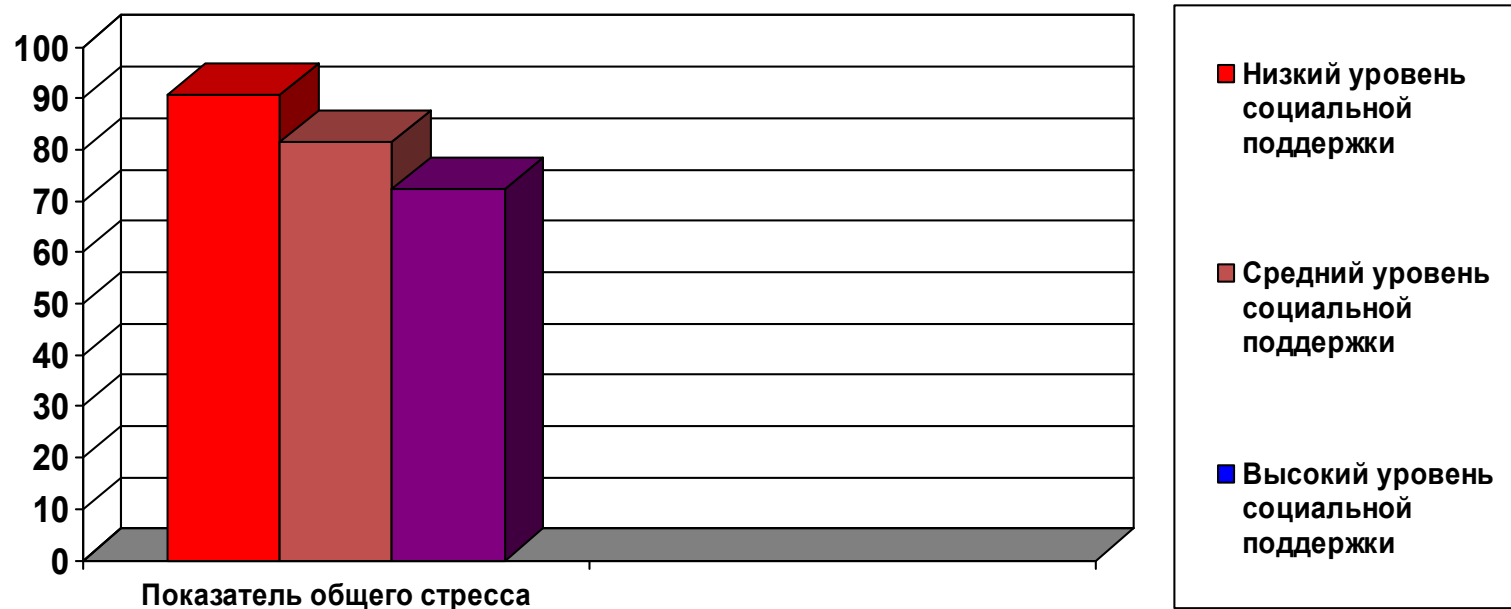
Интерперсональные факторы расстройств аффективного спектра в студенческой популяции

Показатели по пункту «Суицидальные мысли и желания» опросника депрессии Бека у испытуемых с различным уровнем социальной поддержки (опросник социальной поддержки F-SOZU-22 Sommer, Fydrich)

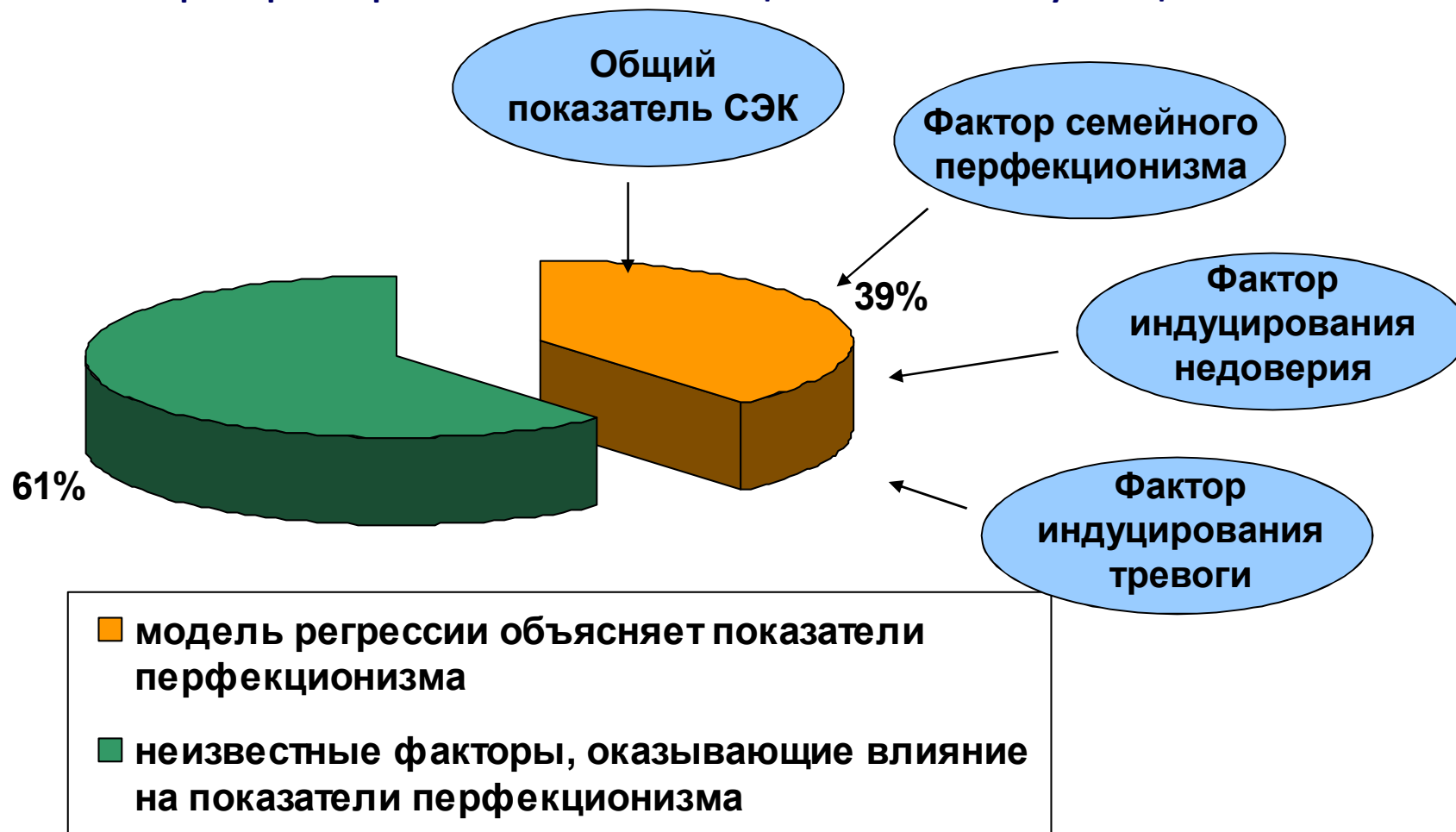


Интерперсональные факторы расстройств аффективного спектра в студенческой популяции

Показатели повседневного стресса (опросник недавних жизненных событий у студентов) у испытуемых с различным уровнем социальной поддержки (опросник социальной поддержки F-SOZU-22 Sommer, Fydrich)



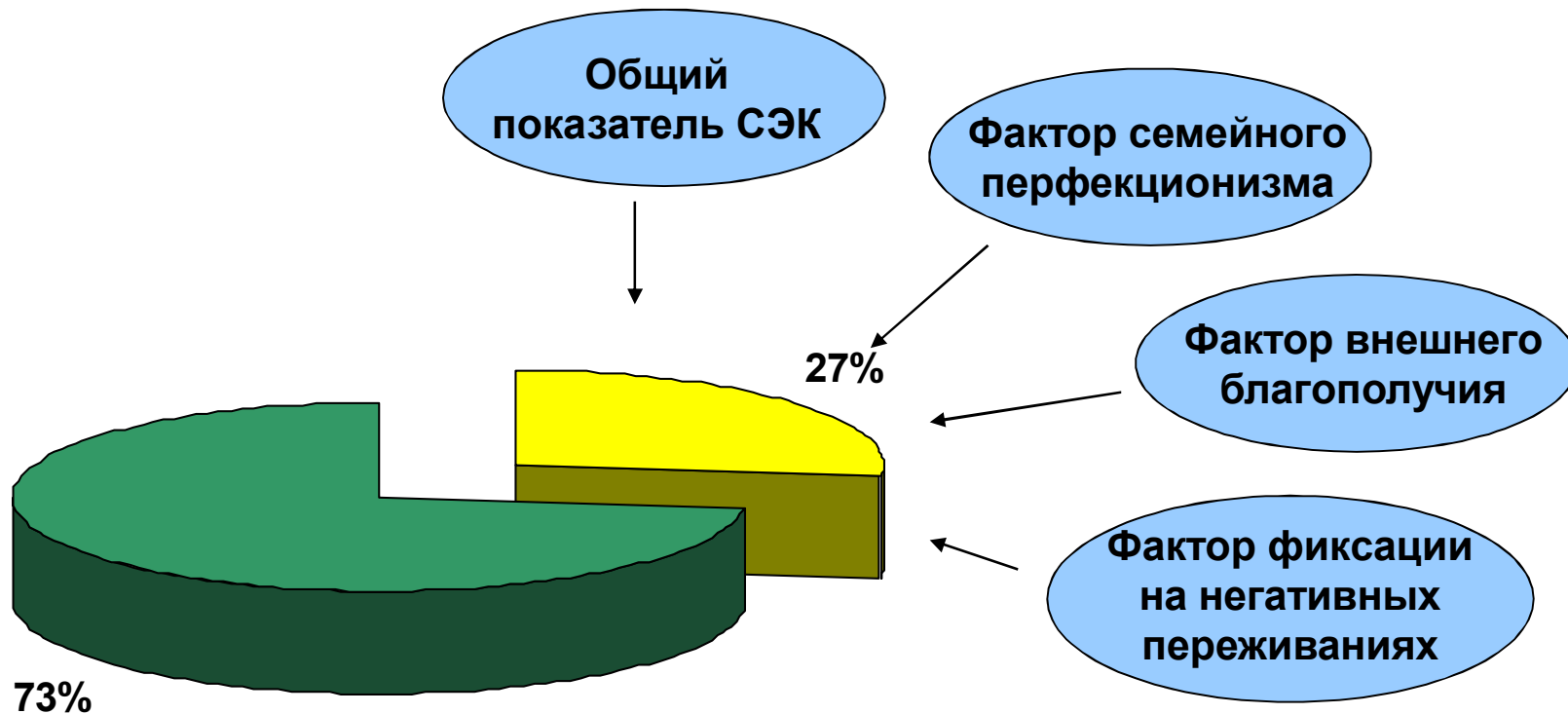
Модель регрессии для зависимой переменной «перфекционизм» (опросник перфекционизма Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогоровой) и независимых переменных факторов опросника Семейные эмоциональные коммуникации



Уровень значимости модели регрессии 0,000



Модель регрессии для зависимой переменной «враждебность» (проективный тест враждебности Н.Г.Гараян, А.Б.Холмогоровой) и независимых переменных факторов опросника Семейные эмоциональные коммуникации

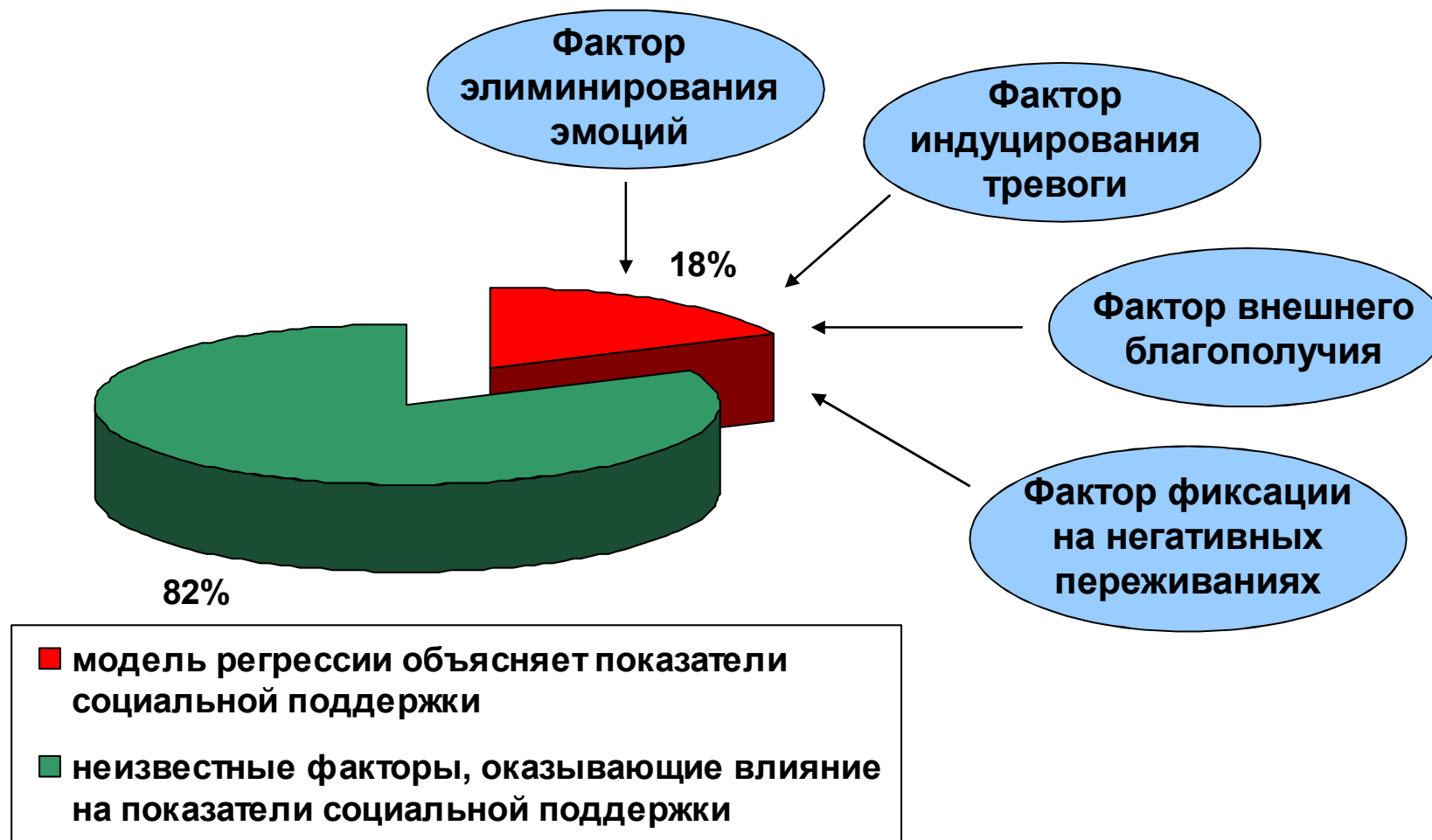


- модель регрессии объясняет показатели враждебности
- неизвестные факторы, оказывающие влияние на показатели враждебности

Уровень значимости модели регрессии 0,000



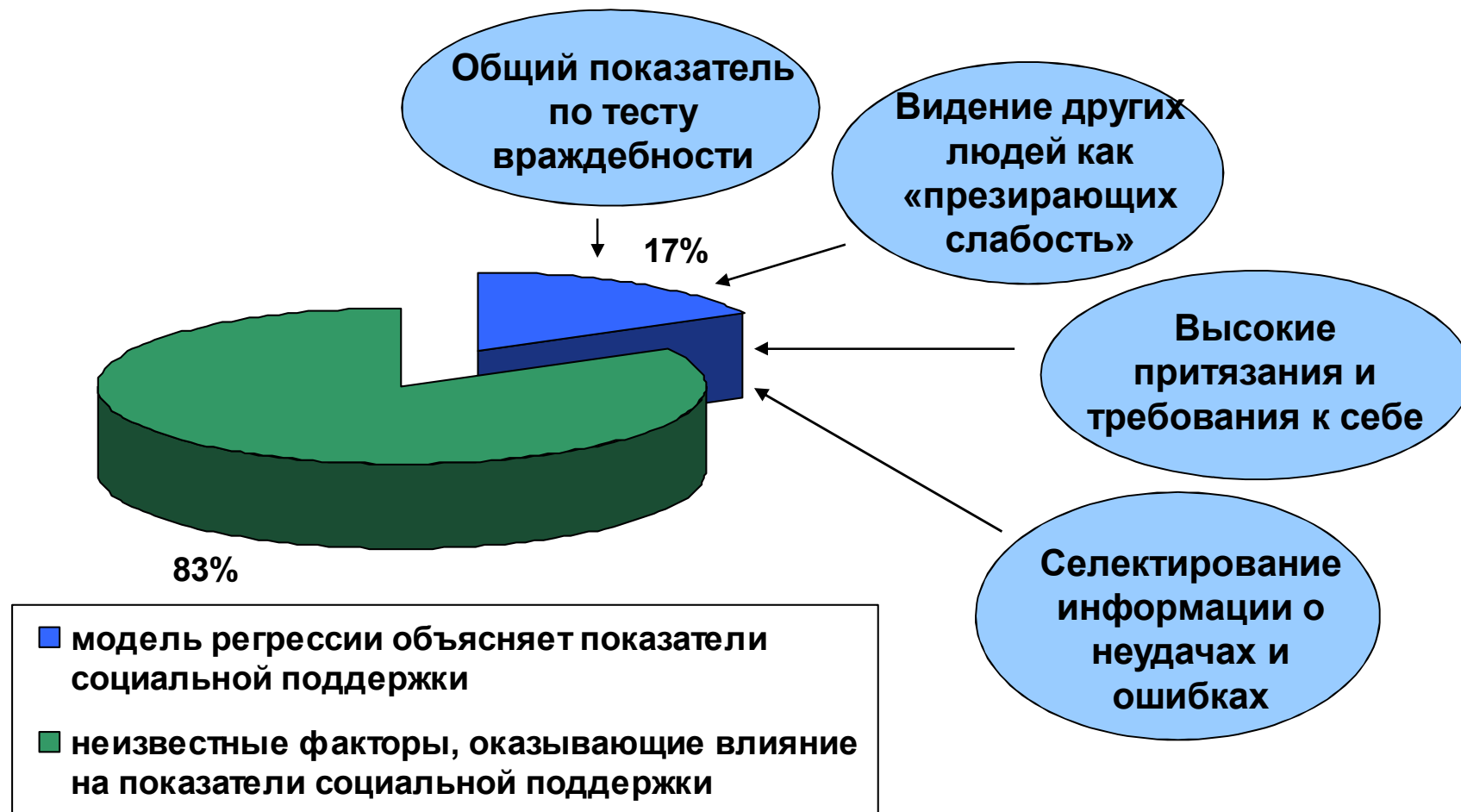
Модель регрессии для зависимой переменной «социальная поддержка» (опросник социальной поддержки F-SOZU-22 Sommer, Fydrich) и независимых переменных факторов опросника Семейные эмоциональные коммуникации



Уровень значимости модели регрессии 0,000



Модель регрессии для зависимой переменной «социальная поддержка» (опросник социальной поддержки F-SOZU-22 Sommer, Fydrich) и независимых переменных факторов опросника перфекционизма Н.Г.Гараян, А.Б.Холмогоровой и проективного теста враждебности Н.Г.Гараян, А.Б.Холмогоровой.



Уровень значимости модели регрессии 0,001



Вывод

**“... care--giving relationships are a central construct in understanding the development of a vulnerability to depression”.
(Blatt, 1992).**

Культуральная уязвимость к расстройствам аффективного спектра тесно связана с жизнью семьи и ценностями, которые поддерживаются и пропагандируются обществом.



Генерализованное тревожное расстройство

Эпидемиология: 5% населения переживают на протяжении жизни, 3% населения страдают одномоментно. Встречается несколько чаще, чем паническое расстройство, но реже, чем социальная фобия. Часто бывает коморбидно двум этим расстройствам, а также депрессивному расстройству, кроме того часто имеет место злоупотребление транквилизаторами и алкоголем. Однако обращаются за психологической и психиатрической помощью реже, часто обращаются к врачам общей практики с соматическими жалобами. В целом им удается лучше функционировать, чем пациентам с паническим расстройством и тяжелой депрессией. Есть тенденция относить это расстройство к категории личностных расстройств.



Симптомы генерализованного тревожного расстройства:

- 1. Эмоциональные:** тревога: страх потери контроля, страх смерти своей и близких, страх обнищания, страх неприятностей на работе, страх негативной оценки, страх тяжелой болезни, страх нападения, страх совершить ошибку, ужас, паника. Стыд, недовольство собой, чувство вины, беспомощность, раздражение. Уныние, тоска. Два основных эмоциональных состояния: оплакивание прошлых ошибок или же тревога по поводу будущего.
- 2. Соматические:** обилие выраженных вегетативных реакций, мышечный панцирь тревоги, невозможность расслабиться (97%), плохой сон с ночными просыпаниями и ночными кошмарами, головокружения с ощущением близости обморока, ком в горле (14%), сухость во рту, тошнота, чувство жара и покраснения или побледнения, профузный пот, сильное сердцебиение, затрудненность дыхания, неприятные ощущения в эпигастральной области, настойчивые позывы на мочеиспускание (35%), шаткость походки.
- 3. Когнитивные:** постоянные мысли негативного содержания в форме предчувствия надвигающейся беды, разнообразие содержания страхов, трудности концентрации внимания, возможные проблемы с запоминанием, неспособность контролировать свои мысли.
- 4. Поведенческие:** тотальное избегание, сверхстарательность, зависимость.
- 5. Интерперсональные:** дистанцирование от людей (сходство с уклоняющимся расстройством), уступчивость, зависимость, враждебность.



Метакогнитивная терапия генерализованного тревожного расстройства (ГТР)

Основоположник – Эдриан Уэллс, профессор клинической и экспериментальной психопатологии Университета Манчестера (ВБ), профессор клинической психологии Норвежского Университета Науки и Технологий, Трондхейм. Первые идеи подхода пришли к нему, когда он обучался когнитивной терапии у профессора Бека. Эти идеи были развиты в совместной работе с Дэвидом Кларком в Оксфорде. В настоящее время МКТ вылилась в самостоятельное направление, идеи которого во многом поддерживают известные специалисты в области когнитивной психотерапии Дэвид Кларк и Роберт Лихи.



Понятие метакогнитивных процессов

Метакогнитивные процессы относятся к внутренним когнитивным факторам, которые управляют мышлением. Они, в свою очередь, могут быть подразделены на метакогнитивное знание («чтобы справиться с неприятностями, я должен испытывать беспокойство») и стратегии (способы контроля мыслительного процесса и защитные убеждения).

Центральная идея – метакогнитивные процессы детерминируют непродуктивный мыслительный стиль при психических расстройствах, что приводит к персистирующим негативным эмоциям. Дисфункциональные когнитивные схемы (Бек, Эллис) – продукты метакогнитивных процессов.

Метакогниции управляют вниманием, детерминируют стиль мышления и обуславливают копинг-реакции таким образом, что дисфункциональное знание преумножается. Убеждения создаются более стабильными метакогнициями.



Специфика тревоги при ГТР - метакогнитивная модель Э.Уэллса

Индивиды с ГТР большую часть своей жизни проводят в беспокойстве, которое может значительно осложнять их социальное или профессиональное функционирование. Содержание беспокойства при ГТР меняется, однако, оно не сводимо к содержанию тревоги при других расстройствах. Например, это беспокойство не сводимо к страху публичного выступления (как при социальной фобии), страху опасной соматической болезни (как при ипохондрии), страху надвигающегося панического приступа (как при ПР).

Поскольку беспокойство является ключевой когнитивной характеристикой расстройства, психотерапевты обычно хорошо отличают этот вид психической активности от других, похожих на него типов, например, депрессивных руминаций или обсессивного мышления.

Определение беспокойства (worry) – это цепочка (чередa) негативных мыслей, протекающих преимущественно в вербальной (а не образной) форме и нацеленных на решение проблемы (Borcoves, Robinson, Pruzinsky, De Pree, 1983).

Беспокойство содержит катастрофизацию; субъективно кажется, что его трудно контролировать. В настоящее время этот процесс рассматривается как разновидность копинга; при этом сам процесс совладания может становиться предметом беспокойства (Wells, 1995). Таким образом, ключевым понятием метакогнитивного подхода к лечению ГТР становится **ТРЕВОГА ПО ПОВОДУ ТРЕВОГИ.**



Различия между тревогой при ГТР, обсессивно-компульсивном тревожном расстройстве и депрессии

Беспокойство описывается как Эго-синтонная характеристика. Это означает, что пациенты обычно воспринимают это явление как часть собственной личности, которая не противоречит ее взгляду на себя. Это отличает данное явление от персистирующего негативного мышления в виде обсессивных вторгающихся мыслей, которые обычно Эго-дистонны: расцениваются индивидом как неуместные, омерзительные и гнусные. Примером могут служить мысли «хульного содержания» у религиозного человека.

При сравнении нормальных форм навязчивостей и беспокойство обнаруживаются несколько различий (Wells, Morrison, 1994). Обсессивные мысли обычно имеют более краткие сроки протекания и предполагают большую образность, в то время как беспокойство происходит в вербальной форме, более реалистично и произвольно. Другое различие состоит в том, что обсессии включают больше импульсов к действию, что не характерно для беспокойства.

Депрессивные руминации также являются Эго-синтонными процессами, т.к. пациенты часто рассматривают их как средство понимания собственных чувств и решения проблем. Хотя существует много схожего между тревожными и депрессивными мыслями, здесь также немало различий. Беспокойство в большей мере ориентировано на будущее; депрессивные руминации – сосредоточены на прошлом. Беспокойство и другие тревожные мысли включают темы опасности; руминации – темы утраты, неудачи и личностной неадекватности.



Задачи метакогнитивной психотерапии ГТР

Кажется логичным допустить, что беспокойство при ГТР имеет какую-то специфичную или уникальную природу, создающую столько проблем для пациентов. Однако это не так, как показывают данные исследований: содержание и сущность беспокойства при ГТР очень схожи с нормальным беспокойством (Borkovets, 2004). Единственное различие отражено в метакогнитивной модели – беспокойство при ГТР тесно связано с негативными мыслями и убеждениями относительно беспокойства (Wells, 2001; Borkovets, 2004).

Цель метакогнитивной терапии (МКТ) – уменьшить или приостановить процесс беспокойства как ответную мыслительную реакцию на первичные интрузивные (так авторы называют автоматические) мысли. Пациент и терапевт ставят целью достижение именно такого контроля, не имея в виду достижение контроля или подавления интрузивных мыслей, запускающих беспокойство. Более того, достижение контроля за беспокойством в МКТ рассматривается как средство оспаривания т.н. метакогнитивных убеждений



Примеры метакогнитивных убеждений при ГТР

Позитивные метакогнитивные убеждения	<ul style="list-style-type: none">• «Беспокойство помогает мне лучше справляться с трудностями»• «Если я буду беспокоиться, я лучше подготовлюсь к будущим испытаниям»• «Беспокойство помогает мне держать все под контролем»• «Если я буду беспокоиться, я смогу предвосхищать проблемные ситуации и избегать их».
Негативные метакогнитивные убеждения «НЕКОНТРОЛИРУЕМОСТЬ»	<ul style="list-style-type: none">• «Я не могу контролировать беспокойство»• «Беспокойство контролирует меня»• «Я теряю контроль за собственными мыслями»• «Мои тревожные мысли не поддаются контролю»
Негативные метакогнитивные убеждения «ОПАСНОСТЬ»	<ul style="list-style-type: none">• «Беспокойство может лишить меня рассудка»• «Беспокойство наносит вред моему организму»• «Беспокойство может довести меня до сумасшествия»• «Из-за беспокойства у меня может случиться нервный срыв»



Am J Psychiatry 166:8, August 2009

Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial

Falk Leichsenring et al

Results: Both CBT and short-term psychodynamic psychotherapy yielded significant, large, and stable improvements with regard to symptoms of anxiety and depression. No significant differences in outcome were found between treatments in regard to the primary outcome measure. These results were corroborated by two self-report measures of anxiety. **In measures of trait anxiety, worry, and depression, however, CBT was found to be superior.**



Когнитивная модель и когнитивная психотерапия шизофрении

В рамках когнитивного подхода к изучению и лечению шизофрении на современном этапе можно выделить две основные модели:

- модель нейрокогнитивного дефицита, основанная на модели переработки информации и претендующая на объяснение этиологии заболевания;**
- модель дисфункциональных установок, основанная на когнитивной модели Бека и не претендующая на выявление этиологических факторов шизофрении, а направленная на поиск психологических механизмов продуктивных симптомов с целью разработки психологических методов их редуцирования.**



Концепция базисного когнитивного нарушения Г. Губера



Модель дисфункциональных установок, основанная на идеях А.Бека

Модель центрального психологического дефицита не способна объяснить все богатство и разнообразие симптомов болезни. Успехи когнитивной психотерапии в области лечения аффективных расстройств привели к развитию новых моделей, направленных на выявление психологических механизмов базисных симптомов шизофрении, в первую очередь галлюцинаций, а также методов их психологического купирования.

По мнению исследователей, разрабатывающих эту модель, при всех успехах современной психофармакологии, отрицание психологических методов лечения многими психиатрами не оправдано. В частности, они ссылаются на исследование установок по отношению к медикаментам как со стороны пациентов, так и со стороны психиатров, в котором было выявлено, что большинство из них расценивают дистресс от побочных эффектов как соотносимый с тяжестью симптоматики: «Пессимизм по поводу психологического лечения психотических пациентов не может быть, таким образом, оправдан тем, что биологическое лечение уже выполнило эту задачу» (Bentall, 1996, стр.5).



Предшествующие феноменологические данные

«Большинство психиатров вслед за Ясперсом считают, что психотические симптомы принципиально не поддаются пониманию, поэтому личность и опыт больных мало принимаются во внимание. В экстремальной форме весь психотический опыт, включая галлюцинации, признается бессмысленным» (Bentall, 1996, стр.6).

В 1952 году, более 50 лет назад А.Бек опубликовал первый случай лечения пациента, страдающего шизофренией на основе работы с его мыслями и убеждениями. Но только в последние два десятилетия его идеи получили широкое распространение и возникла модель когнитивной психотерапии шизофрении, прошедшая уже к настоящему моменту солидную эмпирическую проверку на эффективность.



Предшествующие феноменологические данные

Анализ содержания бреда большого количества больных позволил исследователям, сделать вывод, что существуют наиболее общие темы этого бреда – темы наказания и грандиозности. Голоса обычно делают определенные замечания, часто негативного содержания в адрес больного.

Наблюдения показали, что слуховые галлюцинации чаще всего усиливаются в определенных ситуациях, когда больной в конфликте или подавлен, а также когда у него возникают определенные трудно улавливаемые автоматические мысли, соответствующие этому аффекту.

Было также замечено, что многие убеждения больных по своему содержанию перекликаются с убеждениями, которые у них были до болезни. Так, в одном из исследований было показано, что экстремальные социотропные установки в виде выраженной потребности в признании и уважении со стороны других являются надежным предиктором бреда преследования и его тяжести.



Основные положения модели дисфункциональных установок

- 1. Бред и галлюцинации не являются механическим следствием нейрокогнитивного дефицита. Имеет место связь продуктивных симптомов с негативными жизненными событиями или же особым жизненным контекстом.**
- 2. Особая роль в предшествующем негативном жизненном опыте принадлежит дисфункциональным интерперсональным отношениям.**
- 3. Пусковыми факторами-усилителями продуктивных симптомов служат определенные стрессоры - события, обстоятельства.**
- 4. Также как и в случае депрессивных и тревожных расстройств, при восприятии этих стрессоров у больных шизофренией имеют место выраженные когнитивные искажения: эгоцентрическое отклонение, экстернализация, интенционализация, произвольные умозаключения**
- 5. Компенсаторная стратегия совладания со страхом и растерянностью в виде избегающего поведения (так называемое “безопасное поведение», свойственное также пациентам с тревожными расстройствами) мешает эмпирической проверке своих дисфункциональных убеждений и способствует их укреплению и хронификации.**



Центральная гипотеза модели когнитивных установок и техники лечения слуховых галлюцинаций

Была выдвинута гипотеза, что голоса – это проекция во вне автоматических полусознательных мыслей.

Работа по модификации бредовых убеждений, которые лежат в основе таких автоматических мыслей, а также специальные техники, направленные на реатрибуцию этих голосов самому себе (концентрация на них, обсуждение с персоналом, повторение сказанного собственным голосом и т.д.), позволили в целом ряде случаев прекратить слуховые галлюцинации.

Эти пионерские разработки сделаны представителями американской и британской школ когнитивной терапии. Уже проведены многочисленные исследования, доказывающие эффективность когнитивной психотерапии для уменьшения позитивных и негативных симптомов, перестройке «психотического мышления», уменьшения депрессии и дисфории (Rector, Beck, 2001, 2002). Было показано, что редукция как негативных, так и позитивных симптомов при медикаментозном лечении в сочетании с когнитивной психотерапией почти в два раза успешнее, чем при стандартном медикаментозном лечении в сочетании с поддерживающей психотерапией.



Эмпирические доказательства модели когнитивных установок

Интересным обоснованием модели дисфункциональных установок служат исследования атрибутивного стиля больных шизофренией. В соответствующих экспериментах этот стиль получил название «самообслуживающего» (self-serving style). Как выяснилось при применении соответствующих опросников, негативное атрибутируется такими пациентами преимущественно внешнему миру, а позитивное – преимущественно себе.

Этот стиль прямо противоположен атрибутивному стилю больных депрессией, а от нормы он отличается экстремальной выраженностью. Например, при ответах на вопросы типа, «С чем обычно связаны Ваши опоздания?» больные значимо чаще здоровых выбирают варианты ответов типа «неполадки транспорта», «задержали при выходе», а не «забывчивость», «неорганизованность» (Bentall, Kaney, Dewey, 1991).

Другой особенностью когнитивного стиля является дефицит различения внешнего и внутреннего, который также был показан в остроумных экспериментах: в методике ассоциативного запоминания больные с галлюцинациями и бредом чаще путали слово-стимул и свой ответ на него, чем здоровые испытуемые.

Склонность атрибутировать негативное внешнему миру в совокупности с трудностями в дифференциации внешнего и внутреннего интерпретируются авторами, как подтверждение того, что негативные переживания у больных могут проецироваться во вне в виде соответствующих голосов.



Признание эффективности и экономичности когнитивной психотерапии как метода лечения различных психических расстройств привели к существенным изменениям в подготовке специалистов для работы в сфере психического здоровья в развитых странах.

В 2008 году в Великобритании из государственного бюджета была выделена сумма 306 миллионов фунтов стерлингов сроком на три года для подготовки и включения в практику 3.600 психотерапевтов-психологов, подготовленных в области КБТ в рамках национальной программы.



Современные тенденции в исследованиях эффективности психотерапии



Основные принципы и стандарты эмпирически-обоснованной медицины

Принципы	-Достоверность -Объективность
Стандарты исследования	-Рандомизированное контролируемое исследование <ul style="list-style-type: none">*структурированный протокол*рандомизация -Метаанализ <ul style="list-style-type: none">*однородность включаемых исследований*статистическое объединение результатов



<p>1. Факторы, связанные с особенностями процесса.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -терапевтический альянс - актуализация проблемы - активизация ресурсов (К.Граве) - переживание позитивного корректирующего опыта (К.Граве) - длительность курса психотерапии - домашние задания
<p>2. Факторы, связанные с характеристиками пациента</p>	
<p>3. Факторы, связанные с характеристиками терапевта</p>	



**1. Факторы,
связанные с
особенностями
процесса.**

**2. Факторы,
связанные с
характеристиками
пациента**

- 1) нарушения социального и когнитивного функционирования;**
- 2) сложность (наличие коморбидных диагнозов) и хронический характер расстройства;**
- 3) уровень субъективного дистресса;**
- 4) уровень социальной поддержки (наличие системы социальной поддержки и ее позитивная оценка);**
- 5) Надежная привязанность**
- 6) reactance - выраженность оппозиционного поведения в ситуациях предписания и уровень сопротивления;**
- 7) совладающий стиль (способы совладания с проблемными ситуациями)**

**3. Факторы,
связанные с
характеристиками
терапевта**



1. Факторы, связанные с особенностями процесса.	
2. Факторы, связанные с характеристиками пациента	
3. Факторы, связанные с характеристиками терапевта	<p>-Опыт психотерапевта</p> <p>- независимо от профессиональной принадлежности (психолог или психиатр) значимо лучшего эффекта достигали те, кто не предписывал медикаментозного лечения и делал акцент на психологических факторах</p>



Количество пациентов (в %), показавших уменьшение уровня депрессии ниже 9 баллов по шкале Бека и ниже 6 баллов по шкале Гамильтона после курса когнитивной психотерапии

Исследование	Группа	Число пациентов	Опросник депрессии Бека	Шкала депрессии Гамильтона
Rush, Beck, Kovacs, Hollon, 1977	Общее число	19	79%	—
	Закончившие Курс	18	83%	—
Murphy, Simons, Wetzel, Lustman, 1984	Общее число	24	42%	46%
	Закончившие Курс	19	53%	58%
Elkin et al, 1989	Общее число	59	41%	32%
	Закончившие Курс	37	65%	51%
Hollon et al, 1992	Общее число	25	44%	32%
	Закончившие Курс	16	62%	51%



**Когнитивная психотерапия применяется
как самостоятельный метод лечения депрессий
и других расстройств и в сочетании с
медикаментозным лечением**



Пример исследований:

Количество респондеров (в %) при лечении депрессивных пациентов изолированными методами и комплексно

Исследование	Общее число пациентов	Психотерапия	Антидепрессанты	Комплексное лечение
Keller et al, 2000	519	52%	55%	85%



Пример исследований:

**Количество пожилых депрессивных пациентов (в %)
с повторными приступами в течении 3-х лет после лечения
изолированными методами и комплексно**

Исследование	Общее число пациентов	Психотерапия	Антидепрессанты	Комплексное лечение
Hollon, 1999	107	64%	42%	20%



Отечественная психология и когнитивная психотерапия



Основные принципы отечественной психологии, сближающие ее с когнитивной психотерапией:

- 1. Принцип активности субъекта.**
- 2. Принцип рефлексивно-смысловой саморегуляции мышления и поведения путем осознания и перестройки их оснований.**
- 3. Принцип диалога и совместной деятельности, как условия развития сознания и способности к рефлексии.**
- 4. Принцип единства аффекта и интеллекта, при возрастании роли интеллекта в процессе развития.**



Механизмы эффективности когнитивной психотерапии с позиций культурно-исторического подхода

Структура рефлексивного акта в отечественной психологии
(по Н.Г.Алексееву) и схема работы когнитивного психотерапевта.

Последовательность шагов в рефлексивном акте	Последовательность приемов работы когнитивного психотерапевта
1) Остановка	What was going through your mind just now? (Что промелькнуло сейчас в Вашей голове?)
2) Фиксация	Формулирование автоматических мыслей
3) Объективация	Оценка автоматических мыслей – работа с собственной мыслью как с объектом
4) Отчуждение	Формулировка альтернативного взгляда
5) Установление отношений	а) соотнесение с другими автоматическими мыслями и выявление убеждений б) установление отношений между убеждениями и релевантным детским опытом в) установление отношений между убеждениями и более широким жизненным контекстом (анализ последствий)
6) Изменение оснований мышления	Перестройка дисфункциональных убеждений



Когнитивно-рефлексивная модель психотерапии направлена на соединение идей культурно-исторического подхода и когнитивной психотерапии

По своим методологическим основаниям когнитивная психотерапия во многом отличается от когнитивной психологии, основанной на модели переработки информации. Она обращается к категории установки или убеждения, аналогом которых в отечественной психологии выступают смысловые образования. Фактически когнитивная психотерапия построена на идее *опосредствования* или регуляции мышления этими смысловыми образованиями, что совпадает с представлениями о личностной регуляции мышления в отечественной психологии.



Основная цель когнитивно-рефлексивной психотерапии – формирование и развитие рефлексивной способности.

В процессе когнитивной психотерапии происходит обучение рефлексии как действию, имеющему определенную структуру. Это обучение происходит в процессе совместной деятельности с психотерапевтом при ведущей роли собственной активности пациента (система домашних заданий, направленных на самостоятельную постоянную отработку всех составляющих рефлексивного акта). Основные шаги в работе когнитивного психотерапевта представляют собой рефлексивный акт, вынесенный в межличностное диалогическое пространство. В ходе работы с пациентом такие рефлексивные акты неизменно повторяются, что в конце концов приводит к интериоризации рефлексивного акта, первоначально осуществляемого двумя людьми. В этом процессе у человека развивается способность самому рефлексировать и изменять собственное мышление. Т.е. изменяются не только дисфункциональные убеждения или смыслы, но и сама организация мышления – в терминологии Б.В.Зейгарник оно становится более опосредствованным.





Холмогорова Алла Борисовна – доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования Московского городского психолого-педагогического университета (МГППУ), зав. одноименной лабораторией Московского НИИ психиатрии Росздрава, член президиума Российского общества психиатров, член совета Интернациональной федерации психотерапии (IFP), член-учредитель Академии когнитивной психотерапии (АСТ), автор более 100 научных трудов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

В четырех томах

Под редакцией
А. Б. Холмогоровой

А. Б. Холмогорова

Том 1

ОБЩАЯ ПАТО- ПСИХОЛОГИЯ



Издательский центр
«Академия»
www.academia-moscow.ru



КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ



КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

В четырех томах

Под редакцией
А. Б. Холмогоровой

А. Б. Холмогорова

Том 1

ОБЩАЯ ПАТО- ПСИХОЛОГИЯ

1



Когнитивно-бихевиоральная традиция

4.1. Исторический контекст развития

Бихевиоризм и психоанализ имеют уже столетнюю историю. Как мы видели, развитие психоанализа сопровождалось многочисленными ревизиями — существенными изменениями концептуальных схем изучения психической нормы и патологии. Не менее драматичным было развитие когнитивно-бихевиоральной традиции.

Бихевиоризм стал лидирующим направлением научной психологии и интенсивно развивался в США в первой половине нашего столетия в эпоху доминирования идей логического позитивизма. Однако предтечами, заложившими теоретические и экспериментальные основы бихевиоризма, являются известные русские ученые физиолог И. П. Павлов и невропатолог и психиатр В. М. Бехтерев. В Америке эра бихевиоризма была подготовлена

трудами Э. Торндайка. Основателем и создателем *классического бихевиоризма* считается американский психолог Дж. Уотсон (см. 2.4). Первым существенно развил и модифицировал теорию классического бихевиоризма **Берес Скиннер**, положив начало *необихевиоризму* — дальнейшему развитию и преобразованию идей классического бихевиоризма. По результатам многочисленных опросов американских профессионалов, Б. Скиннер признан одним из наиболее влиятельных психологов XX в. Дж. Уотсон и Б. Скиннер являются создателями и наиболее известными представителями *радикального бихевиоризма*, так как они полностью отказались от анализа психических процессов и сосре-



Берес Скиннер
(1904 — 1990)

доточили свое внимание на исследовании поведения. Оба исследователя предложили свои теории нормально-го и нарушенного поведения. Одной из наиболее известных моделей психической патологии, основанной на идеях радикального бихевиоризма Б. Скиннера, стала концепция выученной беспомощности **Мартина Селигмена**, которая будет рассмотрена в данной главе.

В отличие от основателей психоанализа все перечисленные выше американские исследователи были представителями академической науки — они занимались «чистыми исследованиями», основная цель которых состояла в открытии универсальных законов человеческого поведения, знание которых, по их мнению, должно было помочь в решении практических задач.

Лишь в 1950—60-х гг., т.е. спустя полвека после возникновения бихевиоризма, бихевиоральные теории начинают использоваться в практической работе психотерапевтов. Годом рождения бихевиоральной терапии можно считать 1958 г., когда выходит книга **Джорджа Вольпе** «Терапия реципрокным торможением». В 1966 г. выходит книга Дж. Вольпе и А. Лазаруса «Техники бихевиоральной терапии», обобщающая опыт применения бихевиоральных принципов модификации нарушенного поведения. Таким образом, Дж. Вольпе и А. Лазарус (Wolpe J. — 1958; Wolpe J., Lazarus A. — 1966) открывают новое направление в психотерапии, которое получило название *поведенческой*, или *бихевиоральной*, *психотерапии*. Основной мишенью критики нового направления стали моделирующие представления психоанализа о детерминантах развития и механизмах психической патологии. Существенный вклад в разработку бихевиоральных концепций нормы и патологии внес **Ганс Айзенк** — немецкий клинический психолог, эмигрировавший в годы фашизма в Англию.

Основателями так называемого *методологического бихевиоризма*, выступившими с критикой радикального бихевиоризма, являются необихевиористы Э. Толмен и К. Халл. Наиболее известные теории нормы и патологии в рамках методологического бихевиоризма были предложены **Альбертом Бандурой** и **Джулианом Роттером**.

Когнитивная революция конца 50-х — начала 60-х гг. XX в. привела к появлению *когнитивной психологии*, которую принято рассматривать в качестве продолжения линии развития



Мартин Селигмен
(1942 г. р.)





Альберт Бандура
(1925 — 1988)

методологического бихевиоризма, вместе с ним образующей *когнитивно-бихевиоральную традицию*. Когнитивная психология возникла в виде различных теорий переработки информации в оппозиции к бихевиоризму, однако опирается на ряд основополагающих теоретико-методологических принципов бихевиоризма. Различные психические нарушения в рамках информационного подхода стали связываться с нарушениями процесса переработки информации. Отцами когнитивной психологии принято считать У. Найсера и Дж. Миллера — бывших бихевиористов, ставших первыми когнитивными психологами. Одну из наиболее влиятельных когнитивных моделей психической патологии, понимаемой как *нарушение переработки информации и совладания со стрессом*, предложил известный американский исследователь психолог **Рихард Лазарус**, разработавший понятие *психологического стресса*. Идеи информационного подхода оказали влияние на практику психотерапии — появились подходы, ориентированные преимущественно на развитие навыков решения проблем и оптимальных способов организации процессов переработки информации. Среди наиболее известных представителей психотерапии, основанной на информационных моделях и ориентированной на решение проблем, следует упомянуть Д. Майхенбаума и Т.Д'Зуриллу.

Практически в то же время (1960-е гг.) зарождаются и начинают развиваться *интегративно ориентированные модели когнитивной психотерапии*. Согласно этим идеям человек создает когнитивные образы себя и мира, а в основе различных нарушений лежат дисфункциональные системы убеждений — особые когнитивные структуры или когнитивные схемы. Такой взгляд представляет собой значительный отход от основных теоретических принципов бихевиоризма. Он формировался под несомненным влиянием идей Ж. Пиаже и теории личностных конструктов Дж. Келли. Наибольший вклад в развитие учения о норме и патологии в рамках этого подхода внесли американские исследователи врач-психиатр **Арон Бек** и клинический психолог **Альберт Эллис**. Их последователями, развивающими данное направление с позиций методологии конструктивизма, являются — М. Махони, В. Гвидано, Дж. Лиотти. Представители интегративно ориентированной когнитивной психотерапии разрабатывают модели психической нормы и патологии, соединяющие идеи прихидинами-

ческой традиции о роли когнитивных структур и раннего опыта, а также идеи когнитивно-бихевиоральной традиции о роли поведения и процессов переработки информации.

Задача данной главы дать краткий обзор трансформации моделирующих представлений, теоретико-методологических принципов, исследовательских правил и процедур в анализируемой традиции. Подробное описание отдельных основополагающих моделей можно найти в целом ряде учебных пособий (Гудвин Д. — 2004; Жлан А. Н. — 1999; Шульц Д., Шульц С. — 1998; Холл К., Линдсей Г. — 1999; Первин Л., Джон О. — 2001; Величковский Б.М. — 1982; Солсо Р.Л. — 1996; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. — 2000; Хегенхан Б., Олсон М. — 2004). Однако целостной картины трансформации представлений о норме и патологии в рамках когнитивно-бихевиоральной традиции указанные пособия не дают, что делает необходимым ее специальное освещение.

В психодинамической традиции были выделены три блока подходов, имеющих ряд общих методологических оснований: 1) классический психоанализ; 2) неопрейдизм; 3) постклассический психоанализ.

Когнитивно-бихевиоральную традицию также удобно рассматривать, разделив ее на четыре блока: 1) *радикальный бихевиоризм* (Дж. Уотсон, Б. Скиннер, М. Селигмен, Дж. Вольпе); 2) *методологический бихевиоризм* (К. Халл, Э. Толмен, А. Бандура, Дж. Роттер); 3) *информационный подход* (У. Найсер, Дж. Миллер, Р. Лазарус, Д. Майхенбаум, Т.Д'Зурилла); 4) *интегративно-ориентированная когнитивная психотерапия* (А. Эллис, А. Бек, В. Гвидано, Дж. Лиотти, М. Махони). Первая пара блоков относится к бихевиоризму и различается пониманием роли внутренних психических процессов: их роль полностью отрицается в радикальном бихевиоризме и признается важной в методологическом. Вторая пара блоков относится к когнитивному подходу и различается отношением к структурным характеристикам психики и роли когнитивных процессов в психической жизни. В информационном подходе в центре изучения оказываются процессы переработки информации, но игнорируется роль когнитивных структур и их усложнение в процессе развития. В интегративно ориентированном подходе именно когнитивные структуры оказываются в центре внимания, но при этом происходит отход от панкогнитивизма (взгляда на когнитивные процессы как полностью



Арон Бек
(1921 г.р.)



