А. Бек. Техники когнитивной психотерапии

Хрестоматия т.1

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

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

Термин “неадаптивные мысли” применим к идеаторным процессам, которые несовместимы со способностью справляться с жизнью, нарушают внутреннюю гармонию и продуцируют неадекватную, чрезмерно интенсивную и болезненную эмоциональную реакцию. В ходе когнитивной терапии пациент фокусирует внимание на мыслях или образах, порождающих дискомфорт, страдание или самообвинения. В применении термина “неадаптивный” для терапевта важно остерегаться перенесения на пациента собственной системы ценностей. Как правило, термин можно с полным правом употреблять, если оба — пациент и терапевт — единодушны в том, что данные автоматические мысли препятствуют благополучию пациента или достижению им важных целей. Идеаторные процессы могут считаться неадаптивными, если они препятствуют эффективному функционированию. Искажения или неоправданные самообвинения обычно настолько очевидны, что их с полным правом можно назвать неадаптивными.

Эллис (Ellis, 1962) рассматривает неадаптивные мыслей как “внутренние утверждения” или “утверждения “про себя” и в беседах с пациентами описывает их как “то, что вы говорите самому себе”. Молтсби (Maultsby, 1968) использует термин “разговор с собой” для обозначения этих мыслей. Эти объяснения обладают практической ценностью, так как они показывают пациенту, что неадаптивные мысли произвольны, их можно изменять или сознательно переключаться с этих мыслей на другие. Признавая практическую полезность данной терминологии, Бек предпочитает термин “автоматические мысли”, поскольку он более точно отражает субъективную форму переживания этих познавательных процессов. В восприятии человека эти мысли возникают рефлекторно — без предшествующей рефлексии или рассуждения. Они производят впечатление правдоподобных или валидных. Их можно сравнить с утверждениями, которые родители высказывают доверчивому ребенку. Зачастую больного можно обучить обрывать эти мысли. Однако в тяжелых случаях, особенно при психозах, для приостановки неадаптивных мыслей требуется физиологическое вмешательство — назначение лекарств или электросудорожной терапии. Интенсивность и выраженность неадаптивных мыслей возрастают пропорционально тяжести наблюдаемых у больного расстройств. В случаях глубоких нарушений эти мысли обычно очевидны (они просто бросаются в глаза) и фактически могут занимать центральное место в идеаторной сфере (в случаях острой и глубокой депрессии, тревоги или параноидного состояния). С другой стороны, пациенты с обсессивными расстройствами (не глубокого и не острого характера) могут прекрасно осознавать повторяющиеся в уме утверждения определенного типа. Непрерывные размышления такого рода служат диагностическим критерием данного расстройства. Поглощенность какими-либо размышлениями — может отмечаться и у лиц, не страдающих неврозами.

Заполнение пробела: когда автоматические мысли находятся в центре осознаваемого, проблемы в их идентификации не существует. В случаях неврозов незначительной или средней тяжести для того, чтобы обучить пациента улавливать автоматические мысли, требуется программа инструкций и практических занятий. Иногда больной способен уловить эти мысли, просто воображая травмирующую ситуацию. Основная процедура, помогающая больному выявить собственные автоматические мысли, заключается в обучении его умению установить последовательность внешних событий и своих реакций на них. Пациент может рассказывать о множестве обстоятельств, в которых он приходил в беспричинное расстройство. Эллис описывает следующие техники для объяснения этой процедуры пациенту. Он вводит понятие последовательности “А, В, С”. “А” — это активирующий стимул (activating stimulus), “С” — чрезмерная, неадекватная условная реакция (conditioned response). “В” — это пробел в сознании пациента, заполнив который, он может создать мостик между “А” и “С”. Заполнение пробела становится терапевтическим заданием.

Техника “заполнения пробела” может оказать существенную помощь пациентам, страдающим от излишней застенчивости, тревоги, раздражительности или тоски, а также изнемогающим от страхов со специфическим содержанием. Во многих случаях неадаптивные идеаторные процессы происходят в образной или вербальной форме

Дистанцирование и децентрация: некоторые больные, которых обучили выявлять автоматические мысли, спонтанно осознают их неадаптивную сущность, искажающую реальность. По мере успешного выявления этих мыслей способность пациентов относиться к ним объективно возрастает. Процесс объективного рассмотрения автоматических мыслей называется дистанцированием. Понятие “дистанцирование” используется для обозначения способности пациентов (например, тест чернильных пятен Роршаха) удерживать различие между конфигурацией чернильных пятен и фантазиями или ассоциациями, стимулируемыми конфигурацией.

Человек, рассматривающий автоматические мысли как психологический феномен, а не как тождественные реальности, наделен способностью к дистанцированию. Такие понятия, как “дистанцирование”, “проверка реальностью”, “проверка достоверности наблюдений”, “валидизация умозаключений” связаны с эпистемологией. Дистанцирование предполагает способность к различению утверждений “Я верю” (т.е. мнения, которое должно стать предметом валидизации) и “Я знаю” (неопровержимого факта). Способность к такому различению приобретает особую важность при попытках модифицировать те виды реакций пациента, которые связаны с искажениями.

Установление достоверности умозаключений: после того, как пациент обретает способность четко различать внутренние психические процессы и порождающий их внешний мир, его все же необходимо обучить процедурам, требующимся для получения точного знания. Люди последовательно выдвигают гипотезы и извлекают выводы. У них есть склонность отождествлять собственные умозаключения с реальностью и принимать гипотезу за факт. При обычных обстоятельствах они могут функционировать адекватно, так как их идеаторные процессы совпадают с внешним миром и не являются существенным препятствием для адаптации.

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

Изменение правил: Такие глубинные представления — идеи о мире, о себе, о других, как правило, бывают не иррациональными, а слишком широкими, абсолютными, доводящими мысль до крайности или слишком персонифицированными; они используются слишком произвольно, что мешает больному справляться с критическими жизненными ситуациями. Такие правила необходимо реконструировать и сделать более точными, гибкими и эластичными. Ошибочные, дисфункциональные и деструктивные правила необходимо устранить из поведенческого репертуара. В таких случаях терапевт и пациент сотрудничают в выработке более реалистичных и адаптивных правил.

Правила - установки, понятия, конструкты.

Некоторые из установок, предрасполагающих к переживанию тоски или депрессии:

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

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

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

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

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

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

7) Я не могу жить без любви. Если моя супруга (возлюбленная, родители, ребенок) не любит меня, я ни к чему не годен.

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

9) Если я не использую каждый шанс для собственного продвижения, то позже я об этом пожалею. Вышеприведенные установки приводят к тому, что человек чувствует себя несчастливым. Невозможно, чтобы человека любили без всякой критики, все и всегда. Степень любви и принятия сильно варьирует у каждого человека. Однако в свете данных установок каждый признак уменьшения любви расценивается как отвержение.

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