**Когнитивная психотерапия**

Когнитивная психотерапия (англ. Cognitive therapy) — одно из направлений современного [когнитивно-бихевиорального направления](http://www.psychologos.ru/articles/view/kognitivno-bihevioralnoe_napravlenie) в психотерапии. Когнитивная терапия – модель краткосрочной, директивной, структурированной, симптомо-ориентированной стратегии активизации самоисследования и изменений когнитивной структуры Я с подтверждением изменений на поведенческом уровне. Начало – 1950-60 гг., создатели - [Аарон Бек](http://www.psychologos.ru/articles/view/aaron_bek), Альберт Эллис, Джордж Келли. Когнитивно-бихевиоральное направление изучает, как воспринимает ситуацию и мыслит человек, помогает выработать человеку более реалистичный взгляд на происходящее и отсюда более адекватное поведение, а когнитивная терапия помогает справиться клиенту с его проблемами.

Рождение когнитивной психотерапии было подготовлено развитием психологической мысли по разным направлениям.

В экспериментальных работах в области когнитивной психологии, в частности исследованиях Пиаже, были сформулированы ясные научные принципы, которые можно было применить на практике. Даже изучение поведения животных показывало, что надо принимать во внимание их когнитивные возможности для понимания того, как у них происходит научение.

Кроме того, возникло понимание того, что поведенческие терапевты, сами того не подозревая, используют когнитивные возможности своих пациентов. Десенситизация, например, использует готовность и способность пациента к воображению. Также и ренинг социальных умений не является на самом деле [обусловливанием](http://www.psychologos.ru/articles/view/obuslovlivanie%22%20%5Co%20%22%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D1%8F%3A%20%D0%9E%D0%B1%D1%83%D1%81%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5), а чем-то более сложным: пациенты обучаются не специфическим реакциям на стимулы, а набору стратегий, необходимых для совладения с ситуациями страха. Стало понятным, что использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий включает когнитивные процессы.

Не случайно и то, что когнитивная терапия зародилась и стала интенсивно развиваться именно в США. Если в Европе был популярен психоанализ в его пессимизмом в отношении возможностей человека, то в США преобладал поведенческий подход и достаточно оптиматичная идеология «self-made-man»: человека, который может себя сделать сам. Нет сомнения, что кроме «философии оптимизма» впечатляющие достижения теории информации и кибернетики, а несколько позже интеграция когнитивизмом достижений психобиологии «подпитывали» гуманистический пафос формирующейся модели человека. В противовес «психоаналитическому человеку» с его беспомощностью перед лицом мощных сил иррационального и бессознательного провозглашалась модель «человека познающего», способного прогнозировать будущее, контролировать настоящее и не обращаться в раба своего прошлого.

Кроме того, широкой популярности этого направления способствовала вера в позитивные изменения, достичь которые человек способен, перестраивая способы своего мышления, тем самым изменяя субъективную картину мира. Таким образом укреплялось представление о «человеке разумном» - *исследующем*способы своего познания мира, *перестраивающем*их, *создающем*новые представления о мире, в котором он - *активный деятель,*а не пассивная пешка.

Аарон Бек - один из пионеров и общепризнанных лидеров когнитивной терапии. Степень доктора медицинских наук он получил в 1946 г. в Йельском университете, позже стал профессором психиатрии Пенсильванского университета. А. Бек - автор многочисленных публикаций (книг и научных статей), в которых подробно излагаются как основы теории, так и практические рекомендации по оказанию психотерапевтической помощи при суицидальных попытках, широком круге тревожно-фобических расстройств и депрессий. Его фундаментальные руководства (Cognitive Therapy and the emotional disorders, Cognitive therapy of depression) впервые увидели свет в 1967 и 1979 гг. соответственно и с тех пор считаются классическими трудами и неоднократно переиздавались. Один из последних трудов А. Бека (1990) представлял когнитивный поход к терапии личностных расстройств.

Альберт Эллис - автор и создатель рационально-эмотивной терапии - РЭТ, разрабатывает свой подход с 1947 г., в том же году он получил докторскую степень по клинической психологии в Колумбийском университете (Нью-Йорк). Там же в 1959 г. А. Эллис основал Институт рационально-эмотивной терапии, исполнительным директором которого он является и по сей день. А. Эллис - автор более чем 500 статей и 60 книг, которые раскрывают возможности применение рационально-эмотивной терапии не только в индивидуальном формате, но также в сексуальной, супружеской и семейной психотерапии (см., например: The Practice of Rational-Emotive Therapy, 1973; Humanistic Psychotherapy: The Rational-Emotive approach, 1973; What is Rational-Emotive Therapy (RET), 1985 и др.).

А. Бек и А. Эллис начинали свою профессиональную практику с применения психоанализа и психоаналитических форм терапии; оба, испытав разочарование в этом направлении, направили свои усилия на создание терапевтической системы, способной оказать помощь клиентам в более короткие сроки и более сфокусированной на задаче улучшения их личной и социальной адаптации за счет осознавания и коррекции неадаптивных мыслительных схем. В отличие от А. Бека, А. Эллис в большей мере склонен был рассматривать иррациональные убеждения не сами по себе, но в тесной связи с бессознательными иррациональными установками личности, которые он называл убеждениями.

Сторонники когнитивно-бихевиорального направления исходили из того, что человек строит свое поведение на основании своих представлений о происходящем. То, как человек видит себя, людей и жизнь, зависит от его способа мышления, а его мышление - от того, как человека научили мыслить. Когда человек использует негативное, не конструктивное, а то и просто ошибочное, неадекватное мышление, он имеет ошибочные или неэффективные представления и отсюда - ошибочное или неэффективное поведение и вытекающие из этого проблемы. В когнитивно-бихевиоральном направлении человека не лечат, а учат лучшему мышлению, которое дает лучшую жизнь.

А. Бек писал об этом: «Человеческие мысли определяют его эмоции, эмоции обуславливают соответствующее поведение, а поведение в свою очередь формирует наше место в окружающем мире». Другими словами, мысли формируют мир вокруг нас. Однако та реальность, которую мы себе представляем, весьма субъективна и зачастую не имеет ничего общего с действительностью. Бек неоднократно повторял: «Дело не в том, что мир плох, а в том, как часто мы видим его таким».

*Печаль*провоцируется готовностью воспринимать, концептуализировать, интерпретировать происходящее преимущественно в терминах *потери, лишения*чего-либо или *поражения.*При депрессии «нормальная» печаль будет трансформирована во всеобъемлющее чувство тотальной потери или полного фиаско; обычное стремление к предпочтению душевного спокойствия превратится в тотальное избегание любых эмоций, вплоть до состояния «эмоциональной тупости» и пустоты. На уровне поведения в этом случае возникают дезадаптивные реакции отказа от движения к цели, полный отказ от всякой активности. *Тревога*или *гнев*являются ответом на восприятие ситуации как *угрожающей,*а в качестве совладающей стратегии при тревожно-фобических расстройствах чаще всего становится избегание или агрессия на «агрессора» при активации эмоции *злости.*

Одна из главных идей когнитивной терапии заключается в том, что наши чувства и поведение определяются нашими мыслями, причем практически напрямую. Например, человек, находящийся дома один вечером, услышал шум в соседней комнате. Если он подумает, что это грабители, то, возможно, испугается и позвонит в полицию. Если подумает, что кто-то забыл закрыть окно, то, возможно, рассердится на человека, оставившего окно открытым, и пойдёт закрывать окно. То есть мысль, оценивающая событие, определяет эмоции и поступки. С другой стороны, наши мысли – это всегда та или иная интерпретация того, что мы видим. Любая интерпретация предполагает некоторую свободу, и если клиент сделал, предположим, негативную и проблемную интерпретацию происшедшего, то терапевт может предложить ему, напротив, интерпретацию позитивную и более конструктивную.

Неконструктивные мысли Бек называл когнитивными ошибками. К ним относятся, например, искаженные умозаключения, которые явно не отражают действительность, а также преувеличение или преуменьшение значимости тех или иных событий, персонализация (когда человек приписывает себе значимость событий, к которым, по большому счету, не имеет отношения) и сверхобобщение (на основании одной мелкой неудачи человек делает глобальный вывод на всю жизнь).

Приведем более конкретные примеры подобных когнитивных ошибок.

а) *произвольные умозаключения*- извлечение выводов в отсутствие подтверждающих факторов или даже при наличии факторов, про тиворечащих заключениям (перефразируя П.Вацлавика: «Если ты не любишь чеснок, значит, ты не можешь любить и меня!»);

б) *сверхобобщение*- выведение общих принципов поведения на основе одного или нескольких инцидентов и широкое применение их как к соответствующим, так и к несоответствующим ситуациям, например, квалификация единичной и частной неудачи как «пол ного провала» при психогенной импотенции;

в) *избирательные произвольные обобщения,*или *селективное абстрагирование,*- понимание происходящего на основе вырывания де талей из контекста при игнорировании другой, более значимой информации; селективная избирательность к негативным аспектам опыта при игнорировании позитивных. Например, пациенты с тревожно-фобическими расстройствами в потоке сообщений средств массовой информации «слышат» главным образом сообщения о катастрофах, глобальных природных катаклизмах или убийствах;

г) *преувеличение*или *преуменьшение*- искаженная оценка события, понимание *его*как более или менее важного, чем оно есть на самом деле. Так, депрессивным пациентам свойственно преуменьшать собственные удачи и достижения, занижать самооценку, преувеличивая «ущербы» и «потери». Иногда эту особенность называют «асимметричной атрибуцией удачи (неуспеха), что подразумевает склонность ответственность за все неудачи приписывать себе, а удачи «списывать» за счет случайного везения или счастливого случая;

д) *персонализация -*видение событий как результатов собственных усилий при отсутствии последних на самом деле; склонность соотносить с собой события, в действительности не связанные с субъектом (близко эгоцентрическому мышлению); усматривание в словах, высказываниях или поступках других людей критики, оскорбления в свой адрес; с определенными оговорками сюда можно отнести феномен «магического мышления» - гиперболизированную уверенность в своей сопричастности любым или особо «грандиозным» событиям или свершениям, вера в собственное ясновидение и прочее;

е) *максимализм, дихотомическое мышление,*или *«черно-белое» мышление,*- причисление события к одному из двух полюсов, например, абсолютно хороших или абсолютно плохих событий. Как сказала одна из наблюдаемых нами пациенток: «Из того, что я сегодня себя люблю, не следует, что завтра я не буду себя ненавидеть» феномен тесно связан с механизмом защитного расщепления свидетельствует о нестабильной самоидентичности, недостаточной ее интегрированности («диффузная самоидентичность»).

Все эти примеры иррационального мышления — поле деятельности для когнитивного психотерапевта. С помощью различных методик он прививает клиенту навык воспринимать информацию в ином, позитивном свете.

Итого, общая схема, используемая в когнитивной терапии:

Внешние события (стимулы) → когнитивная система → интерпретация (мысли) → чувства или поведение.

Важно, что А. Бек различал разные виды или уровни мышления. Во-первых, он выделил произвольные мысли: наиболее поверхностные, легко осознаваемые и контролируемые. Во-вторых, автоматические мысли. Как правило, это стереотипы, навязанные нам в процессе взросления и воспитания. Автоматические мысли отличает своего рода рефлекторность, свернутость, сжатость, неподвластность сознательному контролю, быстротечность. Субъективно они переживаются как бесспорная данность, истина, не подлежащая проверке или оспариванию, по замечанию А. Бека, подобно словам родителей, услышанным маленькими и доверчивыми детьми. И, в-третьих, базовые схемы и когнитивные убеждения, то есть глубинный уровень мышления, возникающий в области бессознательного, который труднее всего поддается изменению. Всю поступающую информацию человек воспринимает на одном из этих уровней (или на всех сразу), анализирует, делает выводы и выстраивает на их основе свое поведение.

Когнитивная психотерапия в варианте Бека — это структурированное обучение, эксперимент, тренировки в ментальном и поведенческом планах, призванные помочь пациенту овладеть следующими операциями:

Обнаруживать свои негативные автоматические мысли

Находить связь между знаниями, аффектами и поведением

Находить факты «за» и «против» этих автоматических мыслей

Подыскивать более реалистичные интерпретации для них

Научить выявлять и изменять дезорганизующие убеждения, ведущие к искажению навыков и опыта.

Ступени когнитивной коррекции:

1) обнаружение, опознание автоматических мыслей,

2) определение основной когнитивной темы,

3) опознание генерализованных базовых убеждений,

4) целенаправленное изменение проблемных базовых посылок на более конструктивные и

5) закрепление конструктивных поведенческих навыков, полученных в ходе терапевтических сеансов.

Аарон Бек и его соавторы разработали целый комплекс методик, направленных на коррекцию автоматических дисфункциональных мыслей депрессивных пациентов. Например, при работе с пациентами, склонными к самобичеванию или принятию на себя чрезмерной ответственности, используется техника реатрибуции. Суть техники в том, чтобы путём объективного анализа ситуации высветить все факторы, которые могли повлиять на исход событий. Исследовав фантазии, сновидения и спонтанные высказывания *депрессивных пациентов,*А. Бек и А.Эллис обнаружили в качестве содержания базовых схем три основные темы:

1) фиксированность на реальной или мнимой утрате - смерти близких, крушении любви, потери самоуважения;

2) негативное отношение к себе, к окружающему миру, негативная пессимистическая оценка будущего;

3) тирания долженствования, т. е. предъявление к себе жестких императивов, бескомпромиссных требований типа «я всегда должен быть самым первым» или «я не должен позволять себе никаких поблажек», «я никогда и ни у кого не должен ничего просить» и т.д.

Важнейшее значение в когнитивной терапии отводится домашним заданиям. Безусловным достоинством когнитивной психотерапии является её экономичность. В среднем курс терапии включает 15 сессий: 1-3 недели — по 2 сессии в неделю, 4-12 недели — одна сессия в неделю.

Когнитивная терапия также характеризуется высокой эффективностью. Её успешное применение приводит к меньшему количеству рецидивов депрессии, чем применение медикаментозной терапии.

Начиная терапию, клиент и терапевт должны прийти к соглашению о том, над какой проблемой им предстоит работать. Важно, что задачей является именно решение проблем, а не изменение личностных характеристик или недостатков пациента.

Некоторые принципы работы терапевта и клиенты были взяты А. Беком из гуманистической психотерапии, а именно: терапевт должен быть эмпатийным, естественным, конгруэнтным, директивности быть не должно, приветствуется принятие клиента и сократический диалог.

Любопытно, что со временем эти гуманистические требования были практически сняты: оказалось, что прямолинейно-директивный подход во многих случаях оказывался эффективнее платоновско-диалогического.

Однако в отличие от гуманистической психологии, где в основном шла работа с чувствами, в когнитивном подходе терапевт работает только со способом мышления клиента. Разбираясь с проблемами клиента, терапевт имеет следующие цели: прояснить или определить проблемы, помочь в идентификации мыслей, образов и ощущений, исследовать смысл событий для пациента, а также оценить последствия сохранения неадаптивных мыслей и видов поведения.

На место спутанным мыслям и чувствам у клиента должна быть ясная картина. По ходу работы терапевт учит клиента думать: чаще обращаться к фактам, оценивать вероятность, собирать информацию и подвергать все это проверке.

Опытная проверка – один из важнейших пунктов, к чему должен быть приучен клиент.

Проверка гипотез во многом происходит вне сеанса, во время домашней работы. Например, женщина, предполагавшая, что ее подружка не позвонила ей потому, что была сердита, звонила ей, чтобы проверить, верно или нет ее предположение. Точно так же мужчина, думавший, что все смотрели на него в ресторане, позднее обедал там, с тем чтобы убедиться, что другие более заняты своей едой и разговорами с приятелями, чем им. Наконец, первокурсница, находясь в состоянии сильной тревожности и депрессии, попыталась, используя предложенный терапевтом метод парадоксальной интенции, действовать наперекор своему базовому убеждению «Если*я могу*сделать что-то, *я должна*сделать это» и предпочла не стремиться к престижным целям, на которые была ориентирована изначально. Это вернуло ей чувство самоконтроля и уменьшило дисфорию.

Если клиент говорит: «Когда я иду по улице, на меня все оборачиваются», терапевт может предложить: «Попробуйте пройтись по улице и посчитать, сколько человек обернулось на вас». Если клиент выполнит это упражнение, его мнение на этот счет изменится.

Впрочем, если убеждение клиента было каким-либо образом ему выгодно, подобное «возражение» со стороны терапевта едва ли всерьез сработает: клиент просто не будет выполнять упражнение, предложенное терапевтом, и останется вместе со своим прежним убеждением.

Так или иначе, клиенту предлагаются разные способы проверять опытом свои автоматические суждения. Иногда для этого предлагается найти аргументы «за» и «против», когда-то терапевт обращается к своему опыту, к художественной и академической литературе, статистике. В некоторых случаях терапевт позволяет себе «уличать» клиента, указывая на логические ошибки и противоречия в его суждениях.

Кроме опытной проверки, терапевт использует и другие способы заменить автоматические мысли взвешенными суждениями. Чаще других здесь используются:

1. Методика переоценки: проверка вероятности действия альтернативных причин того или иного события. Пациенты с синдромом депрессии или тревожности часто винят себя в происходящем и даже возникновении своих синдромов («Я неправильно думаю, и потому я болен»). У пациента есть возможность сделать свои реакции оолее соответствующими реальности после обзора множества факторов, влияющих на ситуацию, или применяя логический анализ фактов. Женщина с синдромом тревожности печально объясняла, что чувствовала тошноту, головокружение, возбуждение и слабость, когда «была растревоженной». После проверки альтернативных объяснений она посетила врача и узнала, что заражена кишечным вирусом.

2. *Децентрация, или д*еперсонологизация мышления) применяется при работе с пациентами, чувствующими себя в центре внимания окружающих и страдающими от этого, например при социофобии. Такие пациенты всегда уверены в собственной уязвимости к мнению окружающих о них и всегда настроены на ожидание негативных оценок; они быстро начинают чувствовать себя смешными, отвергнутыми или подозреваемыми. Молодой человек привычно думает, что люди сочтут его глупым, если он не будет выглядеть совершенно уверенным в себе, на этом основании он отказывается от поступления в колледж. Когда подошло время подачи документов в учебное заведение, он провел эксперимент с целью выявить действительную степень неуверенности. В день подачи документов он спросил нескольких таких же, как и он, абитуриентов об их самочувствии накануне предстоящих экзаменов и прогнозе собственных успехов. Он сообщил, что 100% абитуриентов дружелюбно отнеслись к нему, и многие, так же как и он, испытывали неуверенность в себе. Он также почувствовал удовлетворение оттого, что смог быть полезным для других абитуриентов.

3. Сознательное самонаблюдение. Депрессивные, тревожные и прочие пациенты часто думают, что их недомогание контролируется высшими уровнями сознания, постоянно наблюдая за собой, они понимают, что симптомы ни от чего не зависят, а приступы имеют начало и конец. Коррекция степени тревожности помогает пациенту увидеть, что даже во время приступа его страх имеет начало, пик и конец. Это знание позволяет сохранить выдержку, разрушает деструктивное представление о том, что должно случиться самое худшее, и укрепляет пациента в мысли, что он может пережить страх, что страх непродолжителен и что просто следует переждать волну страха.

4. Декатастрофикация. При тревожных расстройствах. Терапевт: «Давайте посмотрим, что было бы, если бы…», «Как долго вы будете испытывать подобные негативные ощущения?», «Что будет потом? Вы умрете? Мир разрушится? Это испортит вашу карьеру? Ваши близкие откажутся от вас?» и т. п. Пациент понимает, что всё имеет временные рамки и автоматическая мысль «этот ужас никогда не кончится» исчезает.

5. Целенаправленное повторение. Проигрывание желаемого поведения, многократное опробование различных позитивных инструкций на практике, что ведет к усилению самоэффективности.

Методы работы могут меняться в зависимости от вида проблем пациента. Например, у тревожных пациентов преобладают не столько «автоматические мысли», сколько «навязчивые образы», то есть дезадаптирует скорее не мышление, а воображение (фантазия). В этом случае когнитивная терапия использует следующие способы прекращения неадекватных фантазий:

Методика прекращения: громкая команда «прекратить!» — негативный образ воображения разрушается.

 Методика повторения: многократно ментально прокручиваем фантазийный образ — он обогащается реалистическими представлениями и более вероятными содержаниями.

 Метафоры, притчи, стихи.

 Модифицирующее воображение: пациент активно и постепенно меняет образ от негативного к более нейтральному и даже позитивному, тем самым, понимая возможности своего самосознания и сознательного контроля.

 Позитивное воображение: отрицательный образ заменяется на положительный и оказывает релаксирующее действие.

Один из часто здесь используемых и очень эффективных приемов – это конструктивное воображение. Пациенту предлагается ранжировать «ступеньками» ожидаемое событие. Благодаря разыгрыванию в воображении и шкалированию прогноз лишается своей глобальности, оценки становятся более градуальными, а негативные эмоции - более доступными самоконтролю и управляемыми. По сути, здесь работает механизм десензитизации: понижение чувствительности к беспокоящим переживаниям за счет спокойного и методичного их осмысления.

В отношении депрессивных пациентов когнитивные терапевты работают, исходя из своего основного принципа: чувства и состояния человека определяются его мыслями. Депрессия возникает тогда, когда человек начинает думать, что он ничтожество или что его никто не любит. Если сделать его мысли более реалистичными и обоснованными, то самочувствие человека улучшается, депрессия проходит. А. Бек, наблюдая больных с невротической депрессией, обратил внимание на то, что в их переживаниях постоянно звучали темы поражения, безнадежности и неадекватности. По его наблюдениеям, депрессия развивается у людей, воспринимающих мир в трех негативных категориях:

1. негативный взгляд на настоящее: что бы ни происходило, депрессивный человек сосредоточивается на негативных сторонах, хотя жизнь и предоставляет некоторый опыт, который приносит удовольствие большинству людей;

2. безнадежность в отношении будущего: депрессивный пациент, рисуя будущее, видит в нем только мрачные события;

3. сниженное чувство собственного достоинства: депрессивный пациент видит себя несостоятельным, недостойным и беспомощным.

Для коррекции этих проблем А. Бек составил поведенческую терапевтическую программу, где используются самоконтроль, ролевая игра, моделирование, домашние задания и другие формы работы.

Дж.Янг и А. Бек (1984) указывают на два типа проблем в терапии: трудности во взаимоотношениях терапевт-пациент и неправильное применение методик. Сторонники КТ настаивают, что только недостаточно разбирающийся в когнитивной терапии может рассматривать ее как ориентированный на методики подход и, следовательно, не учитывать всей важности взаимоотношений пациента и терапевта. Хотя КТ - это директивный и довольно хорошо структурированный процесс, терапевт должен оставаться гибким, готовым отойти от стандартов, когда это потребуется, приспосабливая методические процедуры к индивидуальности пациента.