



М. А. Падун,
А. В. Котельникова

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА И КАРТИНА МИРА

ТЕОРИЯ, ЭМПИРИЯ, ПРАКТИКА



ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК



**Анастасия Владимировна Котельникова
Мария Анатольевна Падун
Психическая травма и картина
мира. Теория, эмпирия, практика
Серия «Перспективы психологии»**

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=9398000

*М. А. Падун, А. В. Котельникова. Психическая травма и картина мира. Теория, эмпирия, практика: Институт психологии РАН; Москва; 2012
ISBN 978-5-9270-0231-3*

Аннотация

В монографии рассматривается влияние психической травмы на картину мира человека. Под картиной мира понимается совокупность базисных убеждений о доброжелательности окружающего мира, его справедливости, а также представления о собственном Я. Авторы анализируют посттравматический стресс у лиц, переживших разные виды психических травм: участие в военных действиях, опасное для жизни заболевание, вынужденная миграция. Изложены направления когнитивной психотерапии, в которых основной акцент делается на посттравматических представлениях человека о мире и о себе. Книга адресована специалистам – врачам, психологам, социальным работникам, интересующимся проблемами посттравматического стресса.

Содержание

Предисловие	5
Введение	7
Глава 1	9
1.1. Посттравматический стресс как следствие нарушения процессов переработки информации	12
Изменения характеристик внимания после травмы	12
Модели травматической памяти	13
Мышление и интеллект при ПТСР	13
Особенности переработки эмоциональной информации при ПТСР	14
1.2. Нарративная модель посттравматических нарушений	17
Глава 2	21
2.1. Истоки понятия «базисные убеждения» в когнитивных и социально-когнитивных теориях	22
Когнитивная психология	22
Имплицитные теории личности	24
Когнитивно-экспериментальная теория личности	25
Установки и аттитюды	26
Культурно-историческая теория	27
2.2. Базисные убеждения в клинической психологии	30
2.3. Базисные убеждения и психическая травма	35
Конец ознакомительного фрагмента.	36

М. А. Падун, А. В. Котельникова
Психическая травма и картина
мира. Теория, эмпирия, практика

© ФГБУН Институт психологии РАН, 2012

Предисловие

Современный этап развития российской психологической науки характеризуется выраженной тенденцией к интеграции отечественных и зарубежных достижений. Интегративный подход наиболее отчетливо, на наш взгляд, проявляется в области клинико-психологических исследований, что объясняется прежде всего их острой актуальностью и социальной значимостью. Если в предыдущие десятилетия заимствовался в основном психологический инструментарий, то в настоящее время можно говорить уже о более глубоком аналитико-содержательном подходе к проведению теоретико-эмпирических исследований. В монографии М. А. Падун и А. В. Котельниковой указанные современные тенденции проявлены в полной мере.

Работа выполнена в контексте изучения посттравматического стресса, которое проводится в лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН с начала 1990-х годов. Известно, что и по сей день не существует единой, общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР, хотя в результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических моделей в рамках психологического, психосоциального, бихевиорального и комплексного подходов. Анализ показывает, что ни одна из этих моделей полностью не объясняет симптоматику ПТСР. Очевидно, что создание адекватной теории ПТСР возможно на основе многофакторной биопсихосоциальной модели расстройств аффективного спектра.

Каждое из вышеназванных направлений имеет свои теоретическое обоснование и аргументацию; авторы настоящего исследования используют когнитивные теории психической травмы как наиболее близко подходящие к анализу посттравматической феноменологии и обеспечивающие исследования посттравматического стресса теоретико-методологической базой. Можно согласиться с таким утверждением, учитывая, что наиболее эффективными психотерапевтическими техниками в лечении ПТСР на сегодняшний день являются методики, основанные на когнитивной парадигме.

Понимание авторами именно этого аспекта – взаимосвязи теоретической основы и психотерапевтических методов – выразилось в пятой главе монографии, в которой изложены основные методы помощи при ПТСР.

Эмпирической основой монографии послужило исследование сопряженности посттравматического стресса и базисных убеждений, выполненное на трех контингентах испытуемых: участниках боевых действий, больных раком молочной железы и беженцах. Результаты этих оригинальных исследований важны как в теоретическом, так и в практическом отношении; данные чрезвычайно интересны и хорошо проанализированы. Исследования планировались и выполнялись на основе всестороннего теоретического анализа зарубежной и отечественной литературы. Из многочисленных психологических исследований, так или иначе относящихся к изучаемой проблеме, авторам удалось выделить работы, которые можно отнести к разряду классических.

Каждая пионерская исследовательская работа – а настоящая монография, безусловно, относится к таковым – должна начинаться с операционализации центрального понятия, в данном случае – понятия «базисные убеждения». Авторы успешно справились с этой непростой задачей. Анализ исследований, выполненных в социальной психологии по проблемам имплицитных теорий личности (ИТЛ), привел авторов к важному заключению о том, что философский уровень рассмотрения ИТЛ, содержащий представления о людях с позиций доверия, рациональности, альтруизма, независимости, изменчивости, сложности, может быть напрямую соотнесен с базисными убеждениями индивида. Очень важно, что в работе рассмотрены вопросы, связанные с различной трактовкой понятия «когнитивная

схема» в теориях когнитивной переработки информации, когнитивных теориях личности и теориях социального познания. Эти различия состоят главным образом в том, что в «теориях когнитивных процессов схемы рассматриваются как когнитивные структуры, предвосхищающие *восприятие и познание* субъектом реальности, а в социальных теориях и когнитивных теориях личности – как когнитивно-аффективные комплексы, формирующиеся из *переживания* индивидом событий его личной истории и соответственно направляющие его поведение» (с. 36). Показано, что понятия, сходные с конструктом когнитивной схемы (установки, аттитюды), отличаются контекстуально, а не содержательно.

Ценность теоретической части монографии обусловлена тщательной проработкой основных в отечественной психологии методологических подходов – системного и субъектно-деятельностного, что позволило продемонстрировать возможности их применения при анализе последствий воздействия травмы на психику человека и привело авторов к рассмотрению базисных убеждений в качестве основных переменных («внутренних условий») – факторов уязвимости человека в отношении травматических воздействий.

Также творчески авторы проанализировали различные подходы к понятию «базисные убеждения», которое используется при объяснении того, каким образом индивид конструирует свои представления об окружающем мире и о собственном Я. В результате они пришли к очень важному и хорошо аргументированному ссылаясь на соответствующие работы выводу: конструкт «базисные убеждения» может быть соотнесен с понятием «картина мира»; базисные убеждения можно определить как имплицитные, глобальные, устойчивые представления индивида о мире и о себе, оказывающие влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведение человека.

Изученный в работе когнитивный феномен негативных базисных убеждений дает выход в более широкий психологический контекст, – психологии личности и психологии развития, в первую очередь. Это исследование содержит результаты, имеющие значение не только для современной клинической психологии, – они органично входят и в общее поле современного психологического знания.

В заключение хочется выразить свое удовлетворение прочитанной работой. Она написана хорошим литературным языком, что также говорит о высокой квалификации авторов. Данная монография может служить примером того, как должен реализовываться подход к интеграции достижений отечественных и зарубежных направлений психологической мысли. Можно утверждать, что наконец-то на смену стихийному заимствованию (в основном, зарубежных психологических методик) приходит глубокое понимание того, что интегративный подход способен стать эффективным инструментом для дальнейшего развития отечественной психологической науки. Авторам остается пожелать дальнейших успехов в их творчестве и выразить уверенность в том, что читатели оценят их труд по достоинству.

Доктор психологических наук, профессор
Н. В. Тарабрина

Введение

Жизнь каждого человека полна событий: они могут быть радостными и печальными, неожиданными и запланированными, раздражающими и успокаивающими, интересными и скучными. Как правило, даже если возникающие обстоятельства несут в себе труднопреодолимые последствия и негативные чувства, большинство людей в силах совладать с ними. Некоторые события, однако, представляют серьезный вызов адаптивным возможностям и ресурсам совладания и воспринимаются психикой как угроза разрушения. В современной психологии под травматическими стрессорами (т. е. ситуациями, которые могут привести к психической травме) понимаются события угрожающего или катастрофического характера, в которых человек испытывает интенсивный страх, ужас и беспомощность (Diagnostic and Statistical Manual..., 1994). К ним относят природные и антропогенные катастрофы; террористические атаки и разбойные нападения; автомобильные и железнодорожные аварии, эмоциональное, физическое, сексуальное насилие и другие экстраординарные события.

В настоящее время специалисты в области психической травмы сходятся во мнении, что тип пережитой травмы менее важен по сравнению с тяжестью травмы и индивидуальной уязвимостью человека (Клиническое руководство..., 2008). Тот факт, что ПТСР возникает только у части людей, переживших одно и то же травматическое событие, заставляет ученых искать предикторы ПТСР и разрабатывать теории развития ПТСР. Наибольшая распространенность ПТСР наблюдается после травмы изнасилования (до 65 %) (там же). Участие в военных действиях приводит к возникновению ПТСР в среднем у 20 % военнослужащих (Egendorf et al., 1981; Тарабрина, 2009).

Данная монография посвящена анализу психической травмы в рамках когнитивной парадигмы. На наш взгляд, именно когнитивные теории психической травмы наиболее близко подошли к описанию сути посттравматических феноменов. Когнитивные теории ПТСР можно условно разделить на две группы. Собственно когнитивные исследования посттравматического стресса связывают его с *нарушением когнитивных процессов*, прежде всего внимания и памяти, а также когнитивной переработки эмоциональной информации. Близок к этому направлению так называемый *нарративный подход* (Tuval-Mashiach, 2004), при котором посттравматический стресс рассматривается в контексте способности пережившего травму рассказать о ней: при отсутствии адекватной переработки травматического опыта нарратив о травме носит фрагментарный, недостаточно связный и осмысленный характер.

Во вторую группу включаются *социально-когнитивные теории*, к которым можно отнести *концепцию базисных убеждений*, а также рассмотрение посттравматических переживаний с позиций *теории атрибуции*.

Мы обосновываем и применяем термин «картина мира» для обозначения системы убеждений человека о сущности мира и о собственном Я в мире. Базисные убеждения («basic assumptions», «basic beliefs») – это обобщенные, имплицитные, устойчивые представления человека об окружающем мире, собственном Я и об отношениях между Я и миром. В зарубежной психологии для обозначения совокупности базисных убеждений, обеспечивающих человеку опору, защиту и чувство реальности, используют словосочетание «assumptive world» (дословно: «мир допущений») (Beder, 2005). Мы используем для обозначения этого конструкта понятие «картина мира».

Попытка интеграции когнитивных и социально-когнитивных подходов осуществлена в интегративных моделях ПТСР, среди которых особенно выделяется «теория двойной репрезентации» (Brewin et al., 1996).

Когнитивная парадигма обеспечивает исследования посттравматического стресса теоретико-методологической базой. Вместе с тем она является эмпирически верифицированной основой для когнитивных направлений психотерапии травмы. Здесь, на наш взгляд, смыкаются интересы теории и практики, а этой интеграции, как известно, очень не хватает психологии как науке в целом и психологии травмы – в частности.

В 1 и 2 главах монографии мы рассмотрим перечисленные выше когнитивные теории психической травмы, уделив особое внимание концепции базисных убеждений, которая стала теоретико-методологическим основанием наших эмпирических исследований.

Глава 3 посвящена описанию процесса адаптации «Шкалы базисных убеждений», которая на сегодняшний день является фактически единственной стандартизированной русскоязычной методикой измерения базисных убеждений. Работа с методикой проводилась в два этапа: первая апробированная версия является русскоязычным вариантом методики «World assumptions Scale» Р. Янофф-Бульман (Janoff-Bulman, 1992). Данный вариант методики имеет достаточные показатели надежности и валидности и может использоваться исследователями. Однако факторная структура и некоторые другие особенности этой версии опросника привели нас к решению о разработке и публикации Модифицированного варианта Шкалы базисных убеждений, процесс апробации которого также описан в третьей главе.

В главе 4 мы приводим результаты исследования картины мира (базисных убеждений) у людей, подвергшихся различным травматическим воздействиям (участие в военных действиях, онкологическое заболевание, вынужденная миграция). Сначала мы анализируем специфику этих стрессоров, которые отличаются друг от друга различными степенями угрозы жизни, структурой травматических воздействий, пространственно-временной организацией. Затем исследуем особенности картины мира у людей, переживших разные травмы; особое внимание при этом уделяется подгруппам испытуемых с высокой интенсивностью посттравматических стрессовых реакций. Результаты иллюстрируются клиническими примерами.

Заключительная, 5-я глава монографии посвящена вопросам когнитивно ориентированных направлений терапии психической травмы. В ней рассмотрены современные направления психотерапии, доказавшие свою эффективность в контролируемых исследованиях.

Теоретические и эмпирические исследования, опубликованные в настоящей монографии, выполнены в лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН под руководством доктора психологических наук Н. В. Тарабриной. Теоретико-методологическая база для исследований посттравматического стресса, разработанная в лаборатории (Тарабрина, 2009; Практикум..., 2007), легла в основу наших изысканий. Книга не была бы написана без идейной и эмоциональной поддержки сотрудников ИП РАН, которые работают или работали ранее в этой лаборатории: Н. В. Тарабриной, Е. С. Калмыковой, Е. Г. Удачиной, З. Г. Химчан, Е. А. Миско, В. А. Агаркова, О. А. Вороны. Выражаем им глубокую и искреннюю благодарность.

Глава 1

Когнитивные модели посттравматического стресса

Изначально представления о психической травме формировались в рамках психодинамической парадигмы. Первые теоретические предположения о механизмах психической травматизации были сделаны Ж. Шарко и П. Жане в 1980-е годы. Они показали, что многие психопатологические симптомы пациентов связаны с их вытесненными воспоминаниями о травматических событиях. Жане ввел понятие диссоциации, которая возникает как следствие перегрузки сознания при переработке травматических ситуаций (Janet, 1904).

Теория травмы З. Фрейда, изначально базирующаяся на взглядах Шарко и Жане, претерпевала изменения на протяжении развития психоаналитической теории. Изначально Фрейд изучал детские травмы на клиническом материале истерии, затем, во время Первой мировой войны, он был вынужден обратиться к психическим травмам, полученным во взрослом возрасте. Фрейд писал, что психическая травма возникает в том случае, когда чрезмерной силы стимул или раздражитель пробивает «стимульный барьер», или «щит», т. е. вызовет глобальные нарушения в энергетике организма (Фрейд, 2006). Излечение от травмы заключается в том, чтобы переработать гипервозбуждение, связанное с травматическим событием.

А. Кардинер (Kardiner, Spigel, 1949) подробно изучил многочисленные симптомы, имевшие место у военнослужащих. Главным фокусом его клинических изысканий была симптоматика гипербдительности ветеранов, которые крайне уязвимы к любым проявлениям внешней среды. Основным вывод Кардинера был следующий: пациент в посттравматическом состоянии функционирует так, как будто он продолжает находиться в травматической ситуации.

После Второй мировой войны и Холокоста потребность в изучении посттравматических состояний приобрела огромные размеры. Расширилось поле исследований: стали изучаться последствия травмы не только у участников и ветеранов войн, но и у женщин и детей, проживающих на территории военных действий; затем стали проводиться исследования травм домашнего и сексуального насилия.

Лишь в 1980-е годы после анализа обширных наблюдений психических нарушений у ветеранов войны во Вьетнаме (например, во Вьетнаме погибли 40 тыс., а впоследствии покончили с собой 120 тыс. ветеранов) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) было включено в DSM—III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) — классификационный психиатрический стандарт Американской психиатрической ассоциации. В 1995 году ПТСР было введено в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10, основного диагностического стандарта, действующего на территории европейских стран, включая Россию.

Критерии ПТСР отражают особенности ситуаций, которые относятся к потенциально психотравмирующим, а также включают три группы симптомов, составляющие клиническую картину ПТСР (навязчивое вторжение травматического опыта, избегание, гипервозбуждение). Диагноз ПТСР ставится на основе следующих критериев (DSM-IV):

А Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем имели место оба приведенных ниже факта:

- 1) индивид был участником, свидетелем события либо столкнулся с событием (событиями), которое включало смерть, или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной);
- 2) реакция индивида включала интенсивный страх, чувство беспомощности или ужаса.

В Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов:

- 1) повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания;
- 2) повторяющиеся тяжелые сны о событии;
- 3) такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды – «флэшбэк-эффекты», в том числе те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии);
- 4) интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их;
- 5) физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

С Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и «numbing» – блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы). Определялось по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей:

- 1) усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
- 2) усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
- 3) неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия);
- 4) заметно сниженный интерес к ранее значимым видам деятельности;
- 5) чувство отстраненности или отделенности от остальных людей;
- 6) сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви);
- 7) чувство отсутствия перспективы.

Д Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (не наблюдались до травмы), – наличие по крайней мере двух из нижеперечисленных:

- 1) трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения);
- 2) раздражительность или вспышки гнева;
- 3) затруднения с сосредоточением внимания;
- 4) повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы;
- 5) гипертрофированная реакция испуга.

Е Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях В, С и D) – более чем 1 месяц.

Ф Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности (Diagnostic and Statistical Manual, 1995).

Появление ПТСР в клинических классификациях привело к необходимости выявления механизмов его возникновения и динамики. Изначально для этого использовались поведенческие теории. В частности, согласно теории классического и оперантного обусловливания (Mowrer, 1947), предполагалось, что как сама травма ведет к интенсивным эмоциям страха (классическое обусловливание), так и стимулы, напоминающие о ней (оперантное обусловливание). При этом избегание стимулов, связанных с травмой, является подкреплением, мешающим угасанию связи между травматическим событием и пережитыми эмоциями. Однако данная теория не объясняла когнитивные феномены, входящие в синдром ПТСР: навязчивые мысли и образы, неожиданно возникающие «оживления» травматического опыта – флэшбэки (flash-backs) (Клиническое руководство..., 2008).

1.1. Посттравматический стресс как следствие нарушения процессов переработки информации

В теориях переработки информации исследуются представления о механизмах ПТСР, связанных с нарушениями когнитивных процессов, прежде всего – памяти и внимания. Ключевая идея заключается в том, что репрезентация и когнитивная переработка информации о травме имеет специфические особенности. Если процесс переработки не происходит должным образом, возникает посттравматическая психопатология.

В зарубежной литературе многие исследования посвящены проблеме когнитивного дефицита при ПТСР (Horowitz, 1976; van der Kolk, Fislér, 1995; Brewin et al., 1996; Vasterling et al., 1998; Ehlers, Clark, 2000; Murray et al., 2002; Halligan et al., 2002; Horner, Hamner, 2002; Halligan et al., 2003; Yehuda et al., 2004; McNally, 2006; Ehling et al., 2008). Современные нейropsychологи связывают когнитивные нарушения у пациентов с ПТСР с характерным для них уменьшенным объемом гиппокампа (McNally, Shin, 1995).

Изменения характеристик внимания после травмы

Когнитивные исследования посттравматических состояний показывают, что индивиды с ПТСР характеризуются направленностью внимания на связанные с травмой стимулы в повседневных ситуациях (Chemtob et al., 1988; Litz, Keane, 1989). М. С. Курчакова в своем обзоре показывает, что вызванные потенциалы у ветеранов с ПТСР характеризуются более высокой амплитудой компонента РЗ средней линии в ответ на зрительные изображения военных действий, по сравнению с ветеранами без ПТСР (Курчакова, 2008). Это подтверждает точку зрения о том, что индивидуумы с ПТСР направляют больше внимания на связанную с травмой информацию, что в свою очередь может указывать на состояние сверхбдительности.

Проводя визуальную процедуру разрозненных стимулов, в которой в качестве стимулов использовались слова, связанные с травмой, М. С. Стенфорд с соавт. (Stanford et al., 2001) обнаружили, что мужчины-ветераны Вьетнама с ПТСР имели большие латеральные лобные амплитуды РЗ на слова, связанные с травмой, по сравнению с ветеранами без ПТСР. При этом не было выявлено различий между группами в амплитуде РЗ на социально угрожающие слова-дистракторы, что свидетельствует о специфической направленности внимания на информацию, связанную с травмой, а не на негативно окрашенную информацию в целом.

Для пациентов с ПТСР характерны специфические изменения характеристик внимания (Harvey et al., 1996). Изучались вызванные потенциалы (компонент РЗ средней линии) на слова, связанные с травмой, у мужчин и женщин с ПТСР в сравнении с контрольной группой в процедуре эмоционального варианта теста Струпа (Metzger et al., 1997). Слова, связанные с травмой, и позитивные слова, полученные в ходе интервью, в дальнейшем предъявлялись вместе со стандартизированными нейтральными словами на мониторе компьютера либо красным, либо синим цветом. Испытуемых инструктировали реагировать на цвет каждого слова и игнорировать его значение, при этом регистрировались время реакции и вызванные потенциалы. Так же, как и в других экспериментах со временем реакции (Kaspi et al., 1995; Vrana, Roodman, Beckham, 1995), пациенты с ПТСР медленнее реагировали на слова, связанные с травмой, подтверждая факт селективной направленности в обработке травматической информации. Наряду с этим, пациенты с ПТСР показали уменьшенные амплитуды РЗ ответа на все слова в лобных, центральных и теменных областях средней линии, обеспечивая электрофизиологическое подтверждение сложностей с вниманием при выполнении задания. Однако, в отличие от описанных выше исследований, в этой работе не удалось подтвердить факт увеличения амплитуды РЗ на стимулы, связанные с травмой. Авторы объ-

ясняют это сложностью задания, т. е. идентификации цвета слова при игнорировании его значения, и вероятностью того, что амплитуда ответа Р3 предварительно отражает распределение ресурсов внимания на идентификацию цвета.

Модели травматической памяти

Эмпирические исследования когнитивной сферы пациентов с ПТСР показали, что нарушения познавательных процессов при ПТСР сходны с таковыми при депрессии: для них характерны сложности в припоминании обстоятельств автобиографических событий. При этом в отношении припоминания обстоятельств, связанных с травмой, данные различных исследований расходятся: в одних показано, что для паттернов памяти, связанной с травмой, характерны яркость, детальность и живость образов; результаты других, наоборот, говорят о том, что травматические воспоминания являются смутными, недетализированными и зачастую имеют тенденцию к ложным воспроизведениям.

Другое свойство памяти при ПТСР – склонность к «флэшбэкам», т. е. к внезапным «оживаниям» травматического события, вплоть до сенсорных ощущений (звуков и прикосновений). При этом часто такие воспоминания бывают разобщенными и фрагментарными. «Флэшбэки» не вызываются усилием индивида по извлечению образов из памяти, а являются ответом на специфические триггеры, так или иначе напоминающие о травме (сирена, хлопок и т. д.).

Таким образом, нарушения памяти при ПТСР характеризуются в разных случаях как полной или частичной потерей памяти о травматическом событии, так и чрезмерно яркими, живыми воспоминаниями о нем (Buckley, Blanchard, Neill, 2000).

Мышление и интеллект при ПТСР

Исследования оперативной памяти показывают, что, по сравнению с пациентами с ПТСР, здоровые индивиды имеют более высокие показатели объема оперативной памяти и лучше справляются с задачами на подавление нежелательных мыслей (в экспериментальной ситуации) (Brewin, Beaton, 2002). Эти данные дают частичное объяснение тому факту, что низкий интеллект (который коррелирует с объемом рабочей памяти) является предиктором ПТСР.

В исследовании Д. Харта с соавт. (Hart et al., 2008) изучались когнитивные дисфункции (нарушения внимания, восприятия, скорости реакции пр.) и IQ у бывших военнопленных Второй мировой войны с ПТСР и без ПТСР. Участники с ПТСР имели средний уровень интеллекта, в то время как участники без ПТСР – выше среднего. Авторы пришли к выводу, что низкий IQ является предиктором развития посттравматического расстройства, в то время как отдельные когнитивные дисфункции являются атрибутом уже развившегося ПТСР.

Существуют данные о том, что люди с высокими показателями по когнитивным тестам значительно легче переносят тяжелые стрессовые ситуации, чем люди со средними показателями. Используя метод близнецов, М. Джилбертсон с соавт. (Gilbertson et al., 2006) представили убедительное свидетельство того, что дотравматическое когнитивное функционирование прогнозирует вероятность развития ПТСР вследствие влияния травматического события. В эксперименте приняли участие 4 группы испытуемых: мужчины, воевавшие во Вьетнаме, с ПТСР; их идентичные близнецы, не воевавшие во Вьетнаме, без ПТСР; мужчины, воевавшие во Вьетнаме, без ПТСР; их идентичные близнецы, не воевавшие, без ПТСР. Отмечено, что ветераны с ПТСР справлялись с батареей тестов IQ и других нейрокогнитивных тестов так же хорошо, как их идентичные братья, но хуже, чем ветераны без ПТСР и их идентичные близнецы. Это исследование предполагает несколько выводов: во-первых,

само воздействие травмы оказывает малое влияние на IQ или не оказывает его вовсе; во-вторых, успешность выполнения данных тестов более опосредована генотипом; в-третьих, высокий интеллект является предиктором развития ПТСР: у лиц с высокими показателями IQ развитие ПТСР менее вероятно (Gilbertson et al., 2006).

Изучая соотношение довоенного интеллекта, текущего интеллекта и признаков посттравматического стресса у ветеранов Вьетнама, Маклин с соавт. обнаружили, что у лиц с меньшим довоенным интеллектом более вероятно развитие симптомов ПТСР (Macklin et al., 1998). Результаты этого исследования не поддержали гипотезу о том, что симптомы ПТСР снижают успешность выполнения интеллектуальных тестов, не было обнаружено значимой корреляции между выраженностью признаков посттравматического стресса и различием между довоенным и текущим интеллектом. В другой работе (Vasterling et al., 2002) показано, что ветераны Вьетнама с диагнозом ПТСР менее успешно справлялись с интеллектуальными задачами. Высокий преморбидный интеллектуальный ресурс коррелировал с более низким значением выраженности посттравматических симптомов по Миссисипской шкале (при статистическом контроле уровня интенсивности боевого опыта).

В лонгитюдном исследовании оценивался уровень интеллекта у шестилетних мальчиков центра и пригородов Детройта, а затем – подверженность травме и посттравматическому стрессу, когда им исполнилось 17 лет. Юноши, у кого IQ в шесть лет был выше 115, не имели уменьшенного риска подверженности травматическим событиям к 17 годам, но имели меньший риск возникновения ПТСР, если подвергались травме (McNally, 2006).

Таким образом, эмпирические результаты свидетельствуют о том, что соотношение между интеллектуальным функционированием и тяжестью симптомов ПТСР не может быть объяснено только приобретенным после травмы когнитивным дефицитом. Лица с относительно меньшим IQ имеют повышенный риск развития ПТСР.

В нашем исследовании (Падун, Лочехина, 2009) было показано, что у ветеранов боевых действий интеллект отрицательно коррелирует с выраженностью посттравматического стресса. При этом связь интеллекта и посттравматического стресса опосредована уровнем нейротизма: у участников боевых действий с высоким нейротизмом интеллект является предиктором выраженности посттравматических симптомов.

Мышление при ПТСР характеризуется навязчивыми мыслями о травматической ситуации, сопровождающимися попытками индивида подавить их. При этом показано, что подавление навязчивых мыслей сопряжено с более медленным выздоровлением от ПТСР (Dunmore et al., 2001).

Особенности переработки эмоциональной информации при ПТСР

П. Лэнгом (Lang, 1979) была предложена «теория эмоциональных сетей» для объяснения механизмов развития тревожных расстройств. На основании психофизиологических исследований было показано, что определенные виды мышечной активности взаимосвязаны с переживанием в воображении определенных действий и событий. При этом содержание образов, в свою очередь, вызывает физиологические реакции, которые связаны с эмоциональными реакциями (Lang, Melamed, Hart, 1970). Эти данные были интерпретированы Лэнгом как существование пропозициональных сетей, которые включают информацию о стимулах, семантическую информацию, соответствующую этим стимулам, информацию о реакциях на эти стимулы и программу эмоциональных реакций.

Индивиды с тревожными расстройствами, по Лэнгу, имеют дезадаптивные пропозициональные сети, которые содержат неадекватную семантическую информацию (например, переоценку опасности) и неадекватную информацию о реакциях (например, избегаю-

щее поведение). Такие пропозициональные сети позже были названы сетями страха (fear networks) (Foa, Kozak, 1986). Сети страха легко активируются под действием стимулов, имеющих сходство с их содержанием, и вызывают психофизиологические реакции.

Развивая теорию Лэнга, К. Чемтоб с соавт. (Chemtob et al., 1988) создали так называемую «теорию когнитивного действия» для объяснения феноменов ПТСР. В отличие от обычных фобий и других тревожных расстройств, у пациентов с ПТСР наблюдается устойчивое репереживание и высокий уровень возбуждения при воздействии даже отдаленно напоминающих опасность стимулов. У индивидов с ПТСР сети страха перманентно активированы, они активизируют также соответствующие ожидания-убеждения, что опасное событие обязательно должно произойти. В результате возникают симптомы вторжения, а те, в свою очередь, влекут за собой появление физиологических и соматических реакций, которые усиливают ощущение угрозы (механизм положительной обратной связи). Таким образом, даже слабые стимулы, связанные с угрозой, активируют когнитивную схему, которая приводит индивида к фокусированию исключительно на потенциально опасной информации и игнорированию остальных стимулов. Пациенты с ПТСР функционируют в режиме постоянной опасности, что, вероятно, является адаптивным для травматической ситуации, но нарушает повседневную жизнь.

Е. Фoa с соавт. (Foa et al., 1989) также развивали теорию Лэнга в приложении к ПТСР и старались отграничить когнитивные механизмы ПТСР от механизмов развития других тревожных расстройств. У индивидов с ПТСР сети страха характеризуются низким порогом активации и информацией об интенсивных психофизиологических реакциях. Излечение от ПТСР происходит тогда, когда сети страха интегрируются с другими ментальными репрезентациями. Для этого структуры травматической памяти должны пройти своего рода обработку: необходимо активировать сети страха в безопасных условиях, в терапевтическом процессе, постепенно снижая интенсивность реакций (процесс инкорпорации корректирующей информации).

Ценность описанных выше теоретических моделей прежде всего в том, что они привели к разработке методов психологической помощи при ПТСР. Однако в настоящее время более правдоподобным выглядит следующее объяснение механизмов снижения интенсивности симптомов ПТСР: травматические сети (т. е. репрезентации травматического опыта) остаются неизменными, а тревожные реакции купируются благодаря возникновению новых ментальных репрезентаций (LeDoux, 1998).

Дж. Джонс и Д. Барлоу (Jones, Barlow, 1990) считают, что этиология ПТСР и панического расстройства имеет много общего. У части людей, переживших травму, формируется так называемый «замкнутый круг тревоги»: они проявляют гипербдительность в отношении поступающей извне информации, произвольно выискивают в ней связанные с травмой (т. е. опасные) сигналы (подобно тому как пациенты с паническим расстройством «сканируют» свое тело на предмет физических симптомов). Нахождение таких сигналов (например, заинтересованный взгляд мужчины-прохожего на женщину, пережившую сексуальное насилие) интенсифицирует симптоматику гипервозбуждения, которое имеет стойкую ассоциацию с состоянием во время травматической ситуации. В результате индивид повторно переживает травматические ощущения, что в свою очередь подкрепляет симптоматику избегания любых эмоциогенных стимулов, например, через эмоциональный намбинг (оцепенение).

К нарушениям когнитивных процессов при ПТСР также относят использование дисфункциональных когнитивных копинг-стратегий. Эмпирически доказано, что такие копинг-стратегии, как избегание и подавление травматических воспоминаний, удлиняют период выздоровления от ПТСР (Dunmore et al., 2001). Кроме того, руминация (умственная жвачка,

навязчивое обдумывание травматической ситуации) как когнитивная копинг-стратегия является предиктором ПТСР (Ehlers et al., 1998).

В целом можно заключить, что теории ПТСР, связывающие его механизмы с нарушением функции переработки информации, фокусируются на исследовании роли основных когнитивных процессов в развитии расстройства. Направленность внимания, процессы формирования ментальных репрезентаций, запоминание и воспроизведение событий, связанных с сильными эмоциями страха и ужаса, у людей, страдающих посттравматическими симптомами, действительно имеют свою специфику. Однако, на наш взгляд, в большинстве рассмотренных теорий переработки информации феномен травмы представлен крайне узко: травматическое переживание изымается из смыслового, мировоззренческого, межличностного контекста.

1.2. Нарративная модель посттравматических нарушений

Одно из направлений исследований психической травматизации состоит в изучении травматического опыта с помощью анализа нарративов. В нарративной теории и методологии предполагается, что рассказываемая человеком жизненная история не есть только некий текст, представленный самому себе или другому, но и способ формирования идентичности человека, интеграции его опыта.

Считается, что психически здоровый человек способен создать когерентный, осмысленный и динамический нарратив о себе. Напротив, фрагментарные, слабодоступные для понимания нарративы характерны для людей с эмоциональными нарушениями (Tuval-Mashiach et al., 2004).

Одной из характеристик посттравматического состояния является снижение способности вербализовать свой опыт. Травма «разрывает» постепенный и последовательный ход жизни. Этот разрыв отражается в рассказе человека о себе и своей жизни. Существует точка зрения, что словосочетание «травматический опыт» вообще не имеет смысла, ибо опыт есть процесс дискурсивный (van Alphen, 1999). Травма нарушает деятельность аффективно-когнитивных процессов, благодаря которым опыт интегрируется в структуры памяти. Травматическое воздействие слишком интенсивно для того, чтобы быть переработанным и интегрированным психикой. В результате происходит диссоциация: отщепление части опыта от сознания. Человеку, пережившему травму, трудно найти слова и значения, чтобы передать свои переживания, он как будто лишается способности к символизации опыта и к коммуникации в целом (Korf, 2008). Однако в то же самое время для пережившего травму характерна потребность в создании нарратива: в человеке борются две разнонаправленные тенденции: стремление рассказать и защитная потребность в отрицании, избегании и подавлении.

Диссоциация приводит к спутанности, дезорганизации нарратива, которые могут выражаться в повторении отдельных слов или целых предложений, в незаконченных фразах, в частом употреблении междометий. Кроме того, показано, что нарративы у травмированных людей длиннее, чем у нетравмированных, за счет характерных для них повторений (Foa et al., 1995; Harvey, Bryant, 1999).

Способность индивида написать последовательный и целостный рассказ о травматическом событии коррелирует с успешным совладанием с травмой (Pennebaker, Susman, 1988; Gidron et al., 2002). В качестве основной характеристики нарратива выделяется комплексность нарративного материала. Комплексность нарратива определяется целостностью повествования, организованностью, структурированностью, согласованностью излагаемых фактов.

Уровень комплексности нарратива, определяемый по специальной компьютерной программе, отрицательно связан с интенсивностью посттравматических симптомов (Amir et al., 1998). Показано также, что изменения нарративов в процессе психотерапии коррелируют со снижением симптоматики ПТСР (Foa et al., 1995; van Minnen et al., 2002).

Р. Тувал-Машиач с соавт. (Tuval-Mashiach et al., 2004) были выделены следующие характеристики посттравматических нарративов: 1) связность и целостность; 2) осмысленность (способность найти смысл события и ответить на вопросы «Почему это случилось со мной?», «Почему это произошло сейчас?» и т. д.); 3) оценка себя в контексте травматического события: степень способности контролировать ситуацию; степень вины и ответственности; активность—пассивность. Авторы предполагают, что характеристики narra-

тива, полученные сразу после травмы, дают возможность прогнозировать ход совладания с травмой и конкретизировать фокус терапевтической работы.

Изучение нарративов у людей, переживших автокатастрофу (Jones et al., 2007), показало, что характеристики нарратива о травме (количество повторений, не относящиеся к повествованию междометия и когерентность), полученные через неделю после события, способны выступать в качестве предикторов интенсивности симптомов ПТСР спустя 3 месяца. Нарративы детей 7–15 лет (Kenardy et al., 2007), переживших различного рода травмы, последствием которых стала госпитализация, различались в зависимости от переживаемых ими симптомов ПТСР: дети, в нарративах которых отмечались нарушения временной последовательности, демонстрировали более интенсивные симптомы ПТСР через 4–7 недель после события; дети, нарративы которых сопровождалось подавлением эмоций, в большей степени страдали от гипервозбуждения.

Репрезентации травматических переживаний, как правило, имеют очень сложную структуру. Это приводит к отсутствию единого мнения среди ученых по поводу методов изучения травматического опыта. Результаты так называемых «тематических исследований» (thematic assessment) травматических переживаний (Roth, Newman, 1991; Roth, Batson, 1993; Roth et al., 1996) подтверждают центральную роль травматических тем в понимании посттравматических симптомов и указывают на важность исследования этих тем в процессе психотерапевтической помощи.

Темы представляют собой когнитивно-аффективные репрезентации значимого жизненного опыта, представленного в нарративах. Подобно схемам и убеждениям, темы существуют как внутри, так и за пределами сознания. Адаптивные темы являются содержательными характеристиками внутреннего мира нормально функционирующего индивида (например, тема доверия к окружающим людям); дезадаптивные темы, соответственно, имеют, как правило, негативное содержание (например, тема враждебности окружающего мира) и ограничивают способность личности к адаптации. Несмотря на то, что в процессе анализа нарративов травматические темы репрезентируются как отдельные феномены, они, тем не менее, формируются в определенную структуру, которая управляет поведением и определяет посттравматическую динамику.

Одним из ранних исследований, на сегодняшний день ставшим уже классическим, является работа Дж. Крупника и М. Горовитца (Krupnick, Horowitz, 1981), которые изучали травматические темы, состоящие из воспоминаний и чувств, вызванных тяжелыми травматическими событиями. Основная идея заключалась в том, что неэффективная конфронтация с травматическими темами может привести к длительным посттравматическим реакциям. Авторы описали общие травматические темы и продемонстрировали важность изучения *содержательной стороны* посттравматических расстройств. В данном исследовании частота проявления различных травматических тем оценивалась при анализе интервью с тридцатью пациентами с ПТСР (15 – после тяжелой утраты, 15 – после ранений). Темы, выделенные исследователями, были сосредоточены на основных негативных эмоциональных состояниях (страх, гнев, вина, стыд и горе), которые были опосредованы внутренними убеждениями и установками испытуемых.

В исследовании Е. Ньюман с соавт. (Newman et al., 1997) было показано, что травма бросает своего рода вызов адаптивным темам и провоцирует развитие неадаптивных тем. Кодировочная система для анализа нарративов была создана Е. Ньюман на основании когнитивно-экспериментальной теории Эпштейна (см. главу 2), а также травматических тем, выявленных при анализе сексуальных травм, анализе литературы и собственного клинического опыта. При исследовании воздействия травмы на личность были выделены три вида тем:

1) нерешенные темы (unresolved theme) – темы, которые отражают негативное влияние травмы и ограничивают адаптивные возможности человека (например, женщина, пережившая насилие со стороны группы знакомых ей мужчин, может перестать доверять мужчинам вообще);

2) решенные темы (resolved theme) определяются как темы, которые интегрируют травматический опыт и позволяют индивиду находиться в гибких эмоциональных отношениях с миром (например, женщина, пострадавшая от насилия, в этом случае разрабатывает адаптивную конструкцию, которая позволяет ей функционировать, осознавая, что доверие и недоверие являются составляющими ее отношения к внешнему миру и, соответственно, существуют мужчины достойные доверия и мужчины, не достойные доверия);

3) нерелевантные темы (nonrelevant theme) – это темы, которые не изменяются под воздействием травмы. Причиной может быть, во-первых, то, что травматическое событие не конфронтрует с данной темой; во-вторых, то, что тема, которая существовала у индивида до травматического события, настолько гибкая, что сразу инкорпорировала его.

Нерелевантная и решенная темы отличаются друг от друга тем, что нерелевантные темы не создают проблем в адаптации, а решенная тема сразу после травмы ограничивает функционирование личности и только затем в процессе успешного совладания интегрируется в структуру индивидуального опыта.

Таким образом, в процессе анализа нарративов, в которых оценивались решенные, нерешенные и нерелевантные темы, было выделено пятнадцать «горячих», касающихся травмы тем.

1. *Беспомощность*: чувство бессилия во время переживания травматического события, которое генерализуется и начинает проявляться за пределами травматической ситуации.

2. *Ярость*: гнев и враждебность, которые могут проявляться прямо (по отношению к источнику травмы) или косвенно (например, чувство вины по поводу гнева, избегание негативных эмоций, боязнь выразить агрессию и т. д.).

3. *Страх*: испуг и ужас во время и после травмирующего события могут продолжаться (индивид боится повторения события).

4. *Утрата*: горе, сожаление, скорбь, разделение жизни на «до» и «после».

5. *Стыд*: глубокое чувство смущения, унижения, горькое чувство обиды.

6. *Вина*: ощущение собственной вины за происходящее до травматического события и во время его.

7. *Диффузный аффект*: интенсивные неспецифические эмоции: боль, ощущение дискомфорта, страдание.

8. *Недоброжелательность мира*: ощущение, что мир недоброжелателен и опасен.

9. *Бессмысленность мира*: ощущение непредсказуемости и неконтролируемости мира.

10. *Недоверие к людям*: восприятие окружающих как потенциально опасных, недостоинных доверия, способных к обману и предательству.

11. *Низкая ценность собственного Я*: ощущение себя как некомпетентного и неспособного к преодолению не только травматической ситуации, но и обыденных проблем.

12. *Самообвинение*: обвинение себя в том, что травматическое событие произошло из-за неправильных поступков, совершенных в прошлом.

13. *Взаимность*: убеждение в неспособности вступать в близкие отношения с окружающими людьми, получить от них помощь и поддержку, а также в неспособности к любви и интимности.

14. *Отчуждение*: ощущение себя изолированным, оторванным от людей.

15. *Неадекватность*: ощущение неправильности своих реакций во время травматического события.

Степень «решенности» тем отрицательно коррелирует с интенсивностью посттравматических симптомов (Dansky, 1991). В исследовании Ньюман также обнаружены различия в количестве нерешенных тем у испытуемых с ПТСР и без ПТСР.

Одно из исследований Шварцберга (Schwartzberg, 1993) посвящено феноменологическому анализу травматических переживаний. В данной работе делается попытка понять, каким образом ВИЧ-инфицированные гомосексуалы определяют влияние ВИЧ на их жизнь. Каждый испытуемый отвечал на вопросы полуструктурированного интервью, касающиеся идентичности гомосексуала, значимых отношений, психологической адаптации к ВИЧ, отношения к смерти, духовным ценностям. Анализ данных включал две фазы. На первой фазе интерес ученых был сосредоточен на определении индивидуальных смыслов ВИЧ для пациента. По словам авторов, наибольшее их внимание привлекали метафоры, которые пациенты использовали, «представления, которые они воскрешали в памяти, ассоциации, которые у них возникали, внутренние убеждения, которые у них выявлялись по поводу того, что ВИЧ означает для них» (ibid., p. 484). В результате систематического анализа транскриптов интервью были получены 10 различных категорий репрезентации ВИЧ, в числе которых: «ВИЧ как катализатор личностного роста», «ВИЧ как тяжелая утрата», «ВИЧ как ощущение сопричастности к другим», «ВИЧ как ярлык на человеке».

На второй фазе данные интервью были проанализированы с целью выяснения того, имеют ли испытуемые возможность интегрировать значения ВИЧ в более содержательную связную структуру для переосмысления жизни в целом. Результаты показали наличие четырех основных паттернов, в которых типизировалась способность субъекта интегрировать ВИЧ в целостную структуру для придания смысла миру в целом: «ВИЧ как обретение смысла», «ВИЧ как защита», «ВИЧ как разрушение», «ВИЧ не имеет никакого значения».

Нарративы переживших травму людей, а также темы, выделенные в анализе этих нарративов, расширяют фокус анализа посттравматических феноменов и включают в него возникающие в результате травмы изменения базисных представлений о мире и о себе. Этим представлениям будет посвящена вторая глава настоящей монографии.

Глава 2

Социально-когнитивные теории ПТСР: травма как разрушение «картины мира»

Системный подход к исследованиям психики (Ломов, 1984) предполагает изучение психических явлений на различных уровнях их организации, а также исследование взаимодействия этих уровней. Известно, что психическая травма оказывает влияние на различные уровни индивидуально-личностной системы: биохимический, психофизиологический, эмоциональный, когнитивный, поведенческий, микро– и макросоциальный. В данной главе влияние на личность психической травмы рассматривается на социально-когнитивном уровне (с точки зрения изменения базисных когнитивных убеждений, содержащих глубинные представления личности о собственном Я и окружающем мире).

Опираясь на принципы субъектно-деятельностного подхода (Брушлинский, 2002), а также принцип детерминации психических явлений «внешнее через внутреннее» (Рубинштейн, 1957), мы рассматриваем базисные убеждения в качестве основных переменных («внутренних условий») – факторов уязвимости (или наоборот – устойчивости) человека в отношении травматических воздействий.

Понятие «базисные убеждения» («basic assumptions», «basic believes») возникло и развивается на пересечении когнитивной, социальной, а также клинической психологии и психотерапии, которые (каждая со своих позиций) пытаются ответить на вопрос о том, каким образом индивид конструирует свои представления об окружающем мире и собственном Я. В зарубежной психологии для обозначения совокупности базисных убеждений, обеспечивающих человеку опору, защиту и чувство реальности, используют словосочетание «*assumptive world*» (дословно: «мир допущений») (Beder, 2005). Мы возьмем на себя смелость использовать для обозначения этого конструкта понятие «картина мира».

Таким образом, система базисных убеждений составляет картину мира индивида. Г. М. Андреева пишет в книге «Социальное познание»: «<...> человек познает мир в зависимости от того, как он действует в нем, и вместе с тем действует в нем в зависимости от того, как он познает его. Значит, и в случае социального познания прежде всего необходимо вскрыть именно связь между познанием и действием человека. Во-вторых, сам процесс познания уже давно был истолкован тоже не как простое фиксирование внешних связей и отношений, но как своеобразная *реконструкция* их, а следовательно, как создание определенной внутренней *картины мира*, при построении которой роль того, кто ее строит, особенно велика» (Андреева, 2004, с. 7).

В целом, базисные убеждения можно определить как имплицитные, глобальные, устойчивые представления индивида о мире и о себе, оказывающие влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведение человека.

2.1. Истоки понятия «базисные убеждения» в когнитивных и социально-когнитивных теориях

Когнитивная психология

Понятие «базисные убеждения» имеет несколько источников как в когнитивных, так и в социально-когнитивных теориях. Первым из них является понятие *когнитивной схемы*. Концепт схемы возник в психологии в связи с проблемой изучения репрезентации образа окружающего мира в структуре индивидуального сознания. Основная идея этого понятия заключалась в том, что восприятие реальности не является прямой репрезентацией, оно зависит от характеристик воспринимающего субъекта.

Задолго до появления когнитивной психологии понятие схемы как структуры, одновременно предвосхищающей восприятие мира и изменяющейся под его воздействием, было введено И. Кантом, который сделал попытку преодолеть разрыв между эмпиризмом и рационализмом в гносеологии. Сторонники эмпиризма утверждали, что знание есть копия окружающего нас мира, в то время как рационалисты полагали, что знание есть исключительно продукт ума. Кант ввел категории априорного (предшествующего опыту) и апостериорного (чисто сенсорного) знания, через которые и определялся концепт схемы. Схемой понятия Кант называл обобщенный способ воображения доставлять понятию его образ (Кант, 1994). Таким образом, априорная функция схем состоит в предвосхищении интерпретации индивидом образов и событий, а апостериорная – в изменении самих схем в соответствии с воспринимаемым.

В когнитивную психологию понятие схемы было введено Ф. Ч. Бартлеттом (Bartlett, 1932). В процессе анализа экспериментов, суть которых заключалась в том, что различные испытуемые должны были пересказать одну и ту же историю, Бартлетт обнаружил, что в процессе пересказа наблюдаются устойчивые паттерны ошибок. Так, например, при пересказе индейских сказок испытуемые-европейцы делали изменения до тех пор, пока индейская сказка не становилась похожей на европейскую. Для объяснения этого явления Бартлетт и предложил концепт схемы как компонента памяти, который формируется из взаимодействия с внешней средой и одновременно организует поступающую информацию определенным образом. В случае эксперимента с пересказом историй действие схемы заключалось в добавлении хорошо знакомых и принимаемых «западных» элементов рассказа и забывании необычных «индейских».

В работах когнитивных психологов когнитивные схемы используются как объяснительный конструкт, детерминирующий процесс познания субъектом окружающей реальности.

Дж. Брунер (Bruner, 1960) в своей конструктивистской теории познания указывает на селективную функцию схем (в концепции Брунера – *гипотез*) в познании. В процессе приобретения опыта человек опирается на категории, посредством которых в ходе категоризации новому опыту придается определенное значение. Категории, по Брунеру, – это правила, по которым предмет или явление относится к определенному классу. Категории определенным образом организуют поступающую информацию, давая возможность индивиду «шагать впереди» поступающих извне сенсорных сигналов, т. е. выдвигать гипотезы в отношении воспринимаемых объектов. Индивид имеет определенную систему ожиданий относительно воспринимаемой ситуации, и во время акта восприятия происходит проверка гипотезы. Исход проверки определяется «силой гипотезы (частоты ее прежних подтверждений)». Категории различаются по их *готовности*, т. е. по легкости, с которой тот или иной

объект может быть отнесен к той или иной категории. «Перцептивная готовность» минимизирует неожиданности внешней среды и оптимизирует процесс восприятия (Брунер, 1975). Можно предполагать, что при восприятии травматической информации у индивида отсутствуют какие-либо гипотезы (ожидания) и средства категоризации, что мешает формированию целостного образа, – соответственно, информация не может быть быстро интегрирована в систему ментальных репрезентаций.

У. Найсер (Найсер, 1981) также писал, что все виды восприятия реальности зависят от уже существующих у индивида структур – когнитивных схем, которые направляют перцептивную активность и изменяются под действием этой активности. Согласно Найсеру, схемы есть предвосхищения, они являются посредником, через которого прошлое оказывает влияние на будущее. При этом схемы, обеспечивающие прием информации и дальнейший ее поиск, не являются схемами какой-то одной модальности (зрительными, слуховыми или тактильными), – они носят обобщенно-перцептивный характер. Элементарные схемы врожденные: ребенок рождается с тенденцией смотреть в направлении источника звука, следить глазами за предметами. Младенцы вовлечены в полный перцептивный цикл, который обеспечивается врожденными психофизиологическими механизмами: органами чувств и нейронными схемами управления ими. Схемы развиваются в онтогенезе в направлении от общего к частному, от глобального к дифференцированному. Процесс восприятия, по Найсеру, заключается во взаимодействии между конкретным объектом (событием) и более общей схемой. Восприятие можно рассматривать как процесс генерализации объекта или конкретизации схемы. Г. М. Андреева, анализируя влияние идей Найсера на представления о процессах социального восприятия, пишет, что «у воспринимающего субъекта не просто возникает картинка в голове, но он обладает определенным *планом* сбора информации. Этот план не означает, что в его прокрустово ложе информация „втискивается“. Найсер остроумно замечает, что „мы не фильтруем и не отбрасываем нерелевантные стимулы, а просто ничего с ними не делаем“. Схемы или их аналоги лишь направляют познавательную активность субъекта: помогают определить, „куда смотреть“ и „что слушать“» (Андреева, 2004, с. 39).

По отношению к воспринимающему субъекту схема является внутренней, она принимает информацию, поступающую на анализаторные системы, и сама изменяется под влиянием этой информации. Психофизиологически схема обеспечивается деятельностью центральной нервной системы. Схема направляет исследовательскую активность индивида, благодаря которой открывается доступ к новой информации, вызывающей, в свою очередь, дальнейшие изменения схемы. Найсер рассматривает когнитивную схему через аналогию с форматом компьютерных файлов. Формат файла определяет, в каком виде должна быть представлена информация, чтобы она была доступна пользователю. Безусловно, это не полная аналогия, потому что схема – не только форма, но и механизм поиска информации для заполнения этой формы. Таким образом, схемы позволяют индивиду не только воспринимать текущие события, но и удерживать и структурировать обобщенную информацию о событиях, имевших место в прошлом. Позже обобщенную информацию, касающуюся образа окружающего мира и собственного Я, психологи личности, придерживающиеся когнитивистских взглядов, стали называть системой убеждений, конструкторов или правил.

В работах Д. Румельхарта и Д. Нормана (Rumelhart, Norman, 1978) формирование когнитивных схем рассматривается как один из этапов приобретения индивидом любого знания. Этот этап, называемый «структурирование знания», включает создание новых схем на базе уже существующих путем модификации последних под воздействием нового опыта (Rumelhart, Norman, 1981).

Схемы формируются в процессе развития личности. Наиболее полную концепцию генетического развития когнитивных схем создал Ж. Пиаже (Пиаже, 1969). Указывая на ведущую роль схем в когнитивном развитии индивида, Пиаже писал: «Никакое поведе-

ние, даже если оно является новым для данного индивида, не может рассматриваться как абсолютное начало. Оно всегда привязано к предшествующим схемам, будучи, таким образом, равносильным ассимиляции новых элементов ранее сконструированными структурами» (Piaget, 1976, р. 17). Следовательно, любой опыт, в том числе травматический, ложится на уже существующие у индивида схемы. Пиаже ввел понятия ассимиляции и аккомодации, которые являются важными при объяснении влияния травмы на когнитивные схемы. Ассимиляция – это включение нового объекта в уже существующие схемы действия. В процессе ассимиляции происходит редукция нового опыта к уже существующим сенсомоторным и концептуальным структурам. Если же новое воздействие не полностью охватывается существующими схемами, происходит аккомодация, т. е. перестройка самих схем, их приспособление к новому объекту. Аккомодация имеет место в тех случаях, когда существующая схема не приводит к ожидаемым результатам. Основным механизмом развития, по Пиаже, заключается в чередовании процессов ассимиляции и аккомодации (Glasersfeld, 1996). Мы можем предположить, что в ситуации травмы индивид переживает опыт, который трудно ассимилировать, однако аккомодация схем к такому опыту также затруднена. Вероятно, аккомодация схем к травматическому опыту предполагает образование некомфортных для индивида схем, ориентированных на непредсказуемость, неконтролируемость, враждебность окружающей реальности.

Во всех указанных ранних работах когнитивных психологов рассматривается восприятие и познание индивидом «эмоционально нейтральных» объектов. В связи с этим когнитивную психологию часто обвиняют в «неэмоциональности». При этом изучение восприятия социальной информации (к которому относится восприятие травматической ситуации) осложняется тем, что в процесс восприятия активно включаются эмоциональные и мотивационные компоненты. Стараясь преодолеть эти ограничения, современные когнитивные психологи разрабатывают когнитивные теории эмоций. Наиболее часто проблема эмоций обсуждается при разработке концепций искусственного интеллекта. При этом, как правило, эмоции рассматриваются как подчиненные когнитивным процессам функции нервной системы.

Существует множество мнений относительно роли и функций эмоций в когнитивных процессах. Эмоции могут объясняться как сигналы для запуска когнитивного процесса (LeDoux, 1998), средства коммуникации и синхронизации независимых когнитивных процессов (Minsky, 1987), функции адаптации планов, моделей поведения и целей индивида к обстоятельствам окружающей среды (Sloman, 1987; Oatley, Johnson-Laird, 1987). При этом аффект может рассматриваться как феномен, возникающий посткогнитивно (Найсер, 1981; Mandler, 1975) или прекогнитивно (Zajonc, 1980). Х. Ливенталь (Leventhal, 1982), а также Л. Гринберг и Дж. Сафран (Greenberg, Safran, 1984) полагают, что в понятии схемы возможна интеграция когниции и аффекта. По их мнению, эмоцию можно рассматривать как одну из форм значения или смысла, которые отражают значимость для индивида того или иного опыта. Эти значения могут отражать два основных параметра: состояние организма и состояние окружающей среды.

Имплицитные теории личности

В когнитивных теориях личности также используется понятие схем, которые определяются как относительно устойчивые когнитивные модели, посредством которых люди сортируют и синтезируют поступающую информацию. Однако при этом схемы рассматриваются уже не только как когнитивные структуры, а как когнитивно-аффективные комплексы, являющиеся инструментом формирования представлений о мире.

В социальной психологии в качестве объяснительных моделей, отражающих механизмы социального познания, традиционно рассматривают понятие имплицитных теорий личности (ИТЛ). ИТЛ – это присутствующее у каждого человека представление о психологической организации других людей. ИТЛ содержит три уровня: философский уровень, уровень ценностей, смыслов, мотивов и психологический уровень (конкретных свойств и качеств) (Андреева, 2004). Наибольший интерес для нас представляет философский уровень ИТЛ, на котором формируются представления о людях с позиций доверия, рациональности, альтруизма, независимости, изменчивости, сложности. Первые четыре напрямую связаны с базисными представлениями индивида о природе людей; последние два преимущественно отражают взгляд на индивидуальные различия.

Наиболее близким к понятию схемы является понятие личностного конструкта в теории Дж. Келли (Франселла, Баннистер, 1987), которая представляет собой разновидность модели ИТЛ. Личностный конструкт определяется Келли как идея или мысль, которую человек использует, чтобы интерпретировать, объяснить или предсказать свой опыт. Люди, по Келли, действуют как ученые-исследователи: они постоянно выдвигают рабочие гипотезы о реальности, что позволяет им так или иначе прогнозировать, контролировать и понимать происходящее (Хелл, Зиглер, 1997). А. Бек писал, что схемы в принципе являются аналогами личностных конструктов Келли (Нельсон-Джоунс, 2000). Г. М. Андреева также считает, что конструкт – это синоним понятий «схемы», «рамки», «гипотезы» (Андреева, 2004).

Конструкты детерминируются культурой: в одних культурах людям чаще свойственно сравнивать людей по признаку «умный—глупый», в других – «богатый—бедный» и т. д.

Когнитивно-экспериментальная теория личности

С. Эпштейн развивает представления о неосознаваемых психических процессах в так называемой «когнитивно-экспериментальной теории»¹ (Epstein, 1990). Согласно ей, люди автоматически конструируют имплицитную «теорию реальности», которая включает два основных блока: теорию собственного Я и теорию окружающего мира, а также репрезентации отношений между Я и миром. В теории личности Эпштейна интегрируются психодинамические и бихевиоральные теории, феноменологические представления о личности и современные когнитивные теории переработки информации (Epstein, 2003). Первое положение Эпштейна состоит в том, что люди постигают реальность двумя основными способами: экспериментальным (с помощью опыта) и рациональным. В данном случае Эпштейн предлагает метафору «сердце и голова», подчеркивая, что существует огромная разница между тем, как человек приобретает знание в случае интеллектуальной работы и в ситуации инсайта. Знания, полученные на лекции, усваиваются совершенно не так, как знания, полученные посредством опыта. Отличие информации, усвоенной экспериментально, состоит в том, что она имеет определенный эмоциональный заряд и фиксируется гораздо более прочно, чем информация, полученная в результате интеллектуальных действий.

Таким образом, личность имеет две адаптивные системы: экспериментальную и рациональную. Согласно Эпштейну, конструкты, которые люди строят при помощи рациональной системы, называются *убеждениями*, а конструкты, которые формируются в экспериментальной системе, называются *имплицитными убеждениями, или схемами*. Эти схемы лежат в основе теории реальности, составляют ее фундамент. Они формируются в результате процесса генерализации личностью эмоционально значимого опыта при взаимодействии с

¹ Термин «экспериментальная» уже утвердился в отечественной психологической литературе (см., в частности: Соколова, 2002, с. 220).

окружающим миром и проявляются в поведении человека автоматически, предшествуя по времени произвольным рациональным процессам.

Работа экспериентальной системы выражается в метафорах и нарративах. Нарративы представляют собой наиболее яркое выражение работы экспериентальной системы, так как репрезентируют переживание личностью себя и мира, максимально приближенное к реальному эмоциональному опыту.

Согласно когнитивно-экспериентальной теории, большую роль в процессе переживания человеком жизненных ситуаций играют неосознаваемые процессы. Эпштейн оперирует понятием «когнитивного бессознательного». По мнению когнитивных психологов, слабость теории Фрейда заключалась в том, что тот подчеркивал в основном дезадаптивную функцию бессознательного. По Фрейду, как известно, исцеление пациента наступает тогда, когда бессознательный материал начинает осознаваться. Теоретики когнитивных теорий личности (Epstein, 1994) рассматривают «когнитивное бессознательное» как адаптивную систему, автоматически, интуитивно организующую опыт и направляющую поведение. Если Фрейд считал, что бессознательная информация есть продукт вытеснения, то согласно когнитивной модели большая часть информации изначально обрабатывается произвольно автоматически. При этом произвольные автоматические процессы, по Эпштейну, гораздо более адаптивны, нежели рациональные.

Второе положение теории личности Эпштейна касается базисных потребностей человека. Проанализировав работы известных теоретиков психологии личности, он выделил четыре вида базисных потребностей, стремление к удовлетворению которых детерминирует поведение индивида: индивид стремится, во-первых, максимизировать удовольствие и минимизировать боль (З. Фрейд); во-вторых, обрести связную и стабильную концепцию окружающего мира (К. Роджерс); в-третьих, обрести объект привязанности (Дж. Боулби, Р. Фейрберн); в-четвертых, повысить чувство самоуважения (А. Адлер, Г. Олпорт, Х. Кохут).

Удовлетворение данных потребностей производится с помощью как экспериментальной, так и рациональной систем. При этом Эпштейн обосновывает необычный взгляд на роль предсознательных процессов и эмоций на адаптивность личности: он считает, что экспериментальная система содержит в себе больше адаптивных сил, нежели рациональная. В качестве подтверждения этого постулата Эпштейн приводит данные С. Тейлор (Taylor, 1983), которая показала наличие у хорошо адаптированных и успешных индивидов нерациональных позитивных иллюзий, касающихся собственного Я и окружающего мира.

В соответствии с основными потребностями личности, Эпштейн выделяет четыре базисных убеждения, или схемы, составляющие имплицитную личностную теорию реальности:

- 1) убеждение о доброжелательности окружающего мира;
- 2) убеждение о справедливости окружающего мира;
- 3) убеждение в том, что окружающим людям можно доверять;
- 4) убеждение в собственной значимости.

Теория Эпштейна получила свое развитие в концепции психической травмы Р. Янофф-Бульман, которая будет изложена ниже.

Установки и аттитюды

Наиболее близким понятию схемы является понятие установки в теории Узнадзе (Узнадзе, 1961) – это готовность субъекта к совершению определенного действия или к реагированию в определенном направлении. Так же как и схема, установка возникает при столк-

новении потребности субъекта и объективной ситуации, в которой происходит удовлетворение потребности. Безусловно, понятие установки является более узким, чем понятие схемы. Узнадзе рассматривает установку исключительно в рамках какой-либо деятельности, как правило, в искусственно созданных условиях, в то время как схема является частью перцептивного цикла в целом и затрагивает все познавательные процессы и эмоциональную сферу. При этом четкие аналогии в процессах формирования установок (по Узнадзе) и схем и убеждений, безусловно, прослеживаются: в экспериментах Узнадзе было показано, что установка фиксируется в процессе многократного повторения опыта. Аналогичным образом формируются схемы и убеждения на протяжении личной истории индивида: многократное повторение однотипных ситуаций формирует то или иное убеждение. Например, при наличии постоянной поддержки со стороны близких в повторяющихся ситуациях фрустрации каких-либо потребностей у индивида формируется базисное убеждение, что окружающим людям можно доверять и они в любое время готовы прийти на помощь.

В целом достаточно сложно четко развести понятия «убеждения» и «установки». Однако, несмотря на сходство механизмов формирования установок и убеждений (взаимодействие потребности индивида и ситуации ее удовлетворения), можно сказать, что различие состоит в том, что убеждение есть некое обобщенное *представление* о чем-либо, в то время как установка (по Узнадзе) – это определенное *состояние* субъекта, предшествующее какой-либо деятельности.

В психологии социального познания понятие аттитудов (социальных установок) является ключевым в психологии социального познания. В структуре аттитюда выделяют когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты, что, в отличие от когнитивных представлений, автоматически предполагает признание влияния эмоций на восприятие социальных ситуаций. Аттитюды выполняют несколько функций. Эгозащитная функция позволяет человеку противостоять ситуациям, в которых самооценка или представления о значимых для него объектах подвергаются угрозе. Функция самореализации предполагает возможность выражения ценностных и мировоззренческих ориентаций человека (способность выразить свое отношение к кому-либо или чему-либо в зависимости от собственных ценностей). Адаптивная функция позволяет направлять поведение на достижение целей, формирующихся на основе представлений о желаемом и нежелаемом. Функция знания помогает человеку структурировать свои представления об окружающем мире, интерпретировать происходящие события (Андреева, 2004).

М. Лернером был описан феномен веры в справедливый мир, суть которого состоит в глубоком безотчетном убеждении в том, что мир устроен гармонично и каждый человек получает в жизни то, что заслуживает своими личностными качествами и своим поведением (Lerner, 1980). Позднее американские исследователи З. Рубин и Л. Пиплау разработали специальную шкалу веры в справедливый мир, по которой это качество может быть измерено у любого человека. По результатам ее использования можно заключить, что вера в справедливый мир присуща разным людям в разной мере, хотя вряд ли найдется хоть кто-то, кто был бы ее абсолютно лишен (Rubin, Replau, 1975). «Веру в справедливый мир» принято относить к перцептивной защите, выявленной в экспериментах: человек не верит в то, что его может постигнуть несчастье; если же несчастье настигает жертву, то жертва «сама виновата». Ниже в наших эмпирических исследованиях (см. главу 4) будет показано, что убеждение о справедливости мира положительно коррелирует с посттравматическими симптомами.

Культурно-историческая теория

На роль усвоения опыта межличностных отношений в формировании мыслительных процессов ребенка указывал Л. С. Выготский. Введенное им понятие интернализации поз-

воляет соотнести теорию Выготского с теориями объектных отношений. Ребенок, по Выготскому, с самого раннего детства вовлечен в структуру совместной деятельности, в результате которой по механизму интериоризации формируется мышление (Выготский, 1983). Несмотря на то, что, в отличие от теорий объектных отношений, ставящих акцент на эмоциональном развитии ребенка, теория Выготского и его последователей прежде всего касается проблем интеллектуального развития, механизм интериоризации, описанный Выготским, применим и для анализа эмоционального и личностного развития. В «Модели процедурной последовательности объектных отношений» мы находим утверждение, являющееся переформулировкой базового принципа Выготского о зоне ближайшего развития: «То, что взрослый не может позволить ребенку делать или знать сегодня, ребенок не сможет позволить себе делать или знать завтра» (Райл, 2002, эл. ресурс).

Л. С. Выготский не использует понятие схемы для описания развития ребенка, однако механизм формирования когнитивных схем и механизм интериоризации, безусловно, имеют общие основания. А. Б. Холмогорова так описывает процесс формирования негативной когнитивной схемы у индивидов с эмоционально-личностными проблемами в рамках теоретических представлений Выготского: «<...> можно предположить, что это прежде всего превращенные в определенную систему убеждений и во внутреннюю речь голоса родителей и других значимых фигур, а также оформленные в диффузные идеосинкретические образы сильные эмоциональные переживания. <...> Аффективная заряженность этого образа делает его недоступным для логического мышления, даже когда ребенок становится взрослым человеком. <...> Таким образом, речь идет о дологическом мышлении. Логическое вторичное мышление надстраивается над „первичным“, оно работает по принципу реальности, которая нередко входит в противоречие с первичными когнитивными схемами. Однако их настоящая глубинная перестройка возможна только при включении „третичных“ процессов – рефлексии, мышления, направленного на анализ собственного мышления. Таким образом, в качестве источников когнитивной схемы выступает, видимо, ранний эмоциональный опыт, с одной стороны, и дологическое мышление ребенка – с другой» (Холмогорова, 2001, с. 172).

Проблема влияния внутренней реальности индивида на переживание тяжелых ситуаций детально изучена Л. И. Анцыферовой, которая считает позитивной методологической тенденцией стремление ученых когнитивно-феноменологической ориентации учитывать «приватный опыт» субъекта и «рассматривать трудные ситуации глазами самого субъекта, с точки зрения его „внутренней ситуации“» (Анцыферова, 1994, с. 6).

* * *

Таким образом, трактовка понятия когнитивной схемы различается в теориях когнитивной переработки информации, когнитивных теориях личности и теориях социального познания. Различие главным образом состоит в том, что в теориях когнитивных процессов схемы рассматриваются как когнитивные структуры, предвосхищающие *восприятие и познание* субъектом реальности, а в социальных теориях и когнитивных теориях личности – как когнитивно-аффективные комплексы, формирующиеся из *переживания* индивидом событий его личной истории и соответственно направляющие его поведение. Существуют понятия, сходные с конструктом схемы (установки, аттитуды), которые отличаются скорее контекстом рассмотрения, нежели в содержательном плане. В частности, А. Бек в своей когнитивной теории депрессии говорит о дисфункциональных *убеждениях* (beliefs), тогда как шкала, разработанная для диагностики этих убеждений, называется «Шкала дисфункциональных *установок*» (Dysfunctional Attitude Scale) (Weissman, 1979).

Чем сложнее ментальный образ, чем более он насыщен эмоционально, тем большее количество когнитивных схем включается в его формирование. Переживание травматической ситуации приводит к столкновению существующих у индивида схем с реальностью. Об этом процессе мы будем говорить ниже.

2.2. Базисные убеждения в клинической психологии

Применение когнитивных и информационных теорий в клинических исследованиях, по мнению многих авторов (Coyn, Gotlib, 1983; Ingram, 1986), привело к «когнитивной революции» в изучении психопатологии. Понятие когнитивной схемы как структуры, посредством которой осуществляется репрезентация окружающего мира и образа собственного Я в сознании индивида, стало одним из объяснительных конструктов, описывающих факторы развития психопатологии. Для понимания психопатологии через конструкт схемы важно, что схемы развиваются и изменяются в онтогенезе; они участвуют в протекании когнитивных и эмоциональных процессов, а также в формировании поведенческих актов.

Психопатологические феномены могут возникать тогда, когда либо происходит нарушение функционирования имеющихся у индивида схем, либо существует их дефицит (требующиеся для нормального психического функционирования схемы отсутствуют или недоразвиты), либо схемы конфликтуют между собой. В результате репрезентации образа Я и окружающего мира становятся дисфункциональными, что приводит к отклонениям на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях (Stein, 1992).

В современной клинической психологии разрабатывается комплексный, биопсихосоциальный подход к генезу и динамике психических расстройств (Холмогорова, 2003). В предложенной А. Б. Холмогоровой и Н. Г. Гаранян (Холмогорова, Гаранян, 1998) многофакторной модели психических расстройств когнитивно-личностный фактор в виде убеждений и установок личности рассматривается как значимый в развитии заболевания, наряду с макросоциальным, семейным, микросоциальным, когнитивным и симптоматическим факторами.

Понятие схемы и убеждения является основным в когнитивной теории А. Бека. Бек описывает пять основных категорий схем:

- когнитивные схемы, касающиеся таких действий, как абстрагирование, интерпретация, воспоминание, оценка себя и других людей;
- эмоциональные схемы, ответственные за генерирование чувств;
- мотивационные схемы, имеющие отношение к стремлениям и желаниям;
- инструментальные схемы, готовящие людей к действию;
- контрольные схемы, которые включают в себя самоконтроль и торможение, изменение и управление действиями.

Согласно Беку, обработка информации основана на базисных убеждениях, внедренных в схемы. В когнитивной психотерапии понятия «убеждения», «схемы», «правила», «когнитивные паттерны», «когниции» в целом являются взаимозаменяемыми (Бек, Фримен, 2002). Схемы – это когнитивные структуры, которые организуют опыт и поведение; убеждения и правила отражают содержание схем. Таким образом, вполне допустимо употребление понятий «дисфункциональные схемы» и «дисфункциональные убеждения» в одном значении. В понятии «когнитивная схема» акцентируется когнитивный компонент схем, участвующий в процессе восприятия, тогда как в понятии «убеждение» больше эмоциональных и мировоззренческих коннотаций.

Нарушения нормального функционирования индивида связаны, по Беку, с «когнитивной уязвимостью». Каждый человек характеризуется уникальной уязвимостью и чувствительностью в соответствии с имеющимися у него схемами. В связи с этим каждый индивид в разной степени предрасположен к психическому страданию. По Беку, любое расстройство личности связано с определенным главным (базисным) убеждением. Например, когнитивной основой расстройства избегания является базисное убеждение: «Мне могут причинить

боль»; параноидного расстройства – «Люди – потенциальные противники», нарциссического расстройства – «Я особенный», истерического – «Мне нужно производить впечатление» и т. д. Таким образом, с помощью схем можно выстроить когнитивный профиль каждого расстройства (Бек, Фримен, 2002).

Наибольшее количество исследований дисфункциональных схем и убеждений при психопатологии посвящено репрезентациям образа Я и окружающего мира при депрессиях (Beck, 1967, 1976; Segal, 1988). А. Бек полагает, что в основе депрессии лежит когнитивная триада: негативные базисные убеждения относительно собственного Я, окружающего мира и негативный взгляд на будущее.

В наших исследованиях была подтверждена взаимосвязь между базисными убеждениями и депрессией, а также другими психопатологическими симптомами. Для лиц с высоким уровнем депрессивности характерно негативное представление об окружающем мире и собственном Я: мир им представляется недоброжелательным, люди – не достойными доверия, а собственное Я – слабым и никчемным (Падун, 2003; Падун, Загряжская, 2006; Падун, Тарабрина, 2004). Негативные базисные убеждения, по Беку, формируются вследствие искажений мышления, которые проявляются в когнитивных ошибках: произвольном умозаключении, сверхобобщении, поляризованном («черно-белом») мышлении. Разработанная Беком с соавторами диатез-стресс модель развития депрессивной симптоматики (Beck, 1983) отражает взаимодействие дезадаптивных когнитивных убеждений и стрессовых ситуаций. Так, социотропные индивиды (излишне зависимые от отношений) в большей степени склонны к межличностному стрессу (разрыв, потеря близкого человека), а автономные – к стрессу, связанному с угрозой самооценке (утрата контроля над ситуацией, неуспех в профессиональной деятельности).

Диатез-стресс модель Бека сочетает в себе психологические (убеждения и установки) и социальные (рост стрессогенных воздействий в обществе) факторы. Однако эмпирическая проверка этой модели показала, что когнитивная уязвимость, связанная с автономией (угроза самооценке), характерна только для индивидов молодого возраста, тогда как факторы риска в сфере отношений действуют независимо от возраста (Mazure, Maciejewski, 2003). Кросс-культурные исследования говорят о том, что в культурах, основанных на приоритете успеха и высоких достижений, гораздо более высок уровень депрессии, чем в обществах, где успех не является культом (Холмогорова, Гаранян, 1999). Социальные стереотипы в западной культуре формируют депрессогенные убеждения типа: «Я достоин любви и уважения, если имею высокий доход и статус».

Важной характеристикой убеждений является их иерархичность. Когнитивные психотерапевты отмечают, что убеждения индивида образуют множество слоев (МакМаллин, 2001). Существуют поверхностные убеждения, промежуточные убеждения и центральные (базисные) убеждения. Поверхностные убеждения – это те мысли, которые люди легко осознают и открывают другим. Базисные (центральные) убеждения индивид не может обнаружить сам без специальных усилий. Это не означает, однако, что они в принципе не осознаются. По мнению теоретиков когнитивной психотерапии, при помощи терапевтической работы или специальных расспросов базисные убеждения можно вскрыть.

Основоположник рационально-эмотивной психотерапии А. Эллис помещает убеждения в центр своей известной триады ABC: А (Activating events) – события, происходящие в жизни человека; В (Beliefs) – система убеждений, касающихся этих событий; С (Consequences) – последствия этих событий, которые могут перейти в эмоциональные и поведенческие нарушения. Система убеждений, по Эллису, представляет собой что-то вроде базовой философии человека, она может содержать как вполне разумные рациональные убеждения, проверяемые опытным путем, так и иррациональные убеждения, которые, как

правило, являются реакциями на неблагоприятные активирующие события, повторяющиеся неоднократно как в детском, так и в более позднем возрасте (Ellis, 1994).

Концепт схемы используется также в работах психоаналитически ориентированных ученых. Современные психоаналитические течения все больше отходят от традиционной «энергетической» модели психики, описанной Фрейдом, перенося акцент с определяющей роли влечений на роль отношений в психическом функционировании индивида и используя при этом понятие схем (Eagle, 1986; Slap, Saykin, 1983; Wachtel, 1982). Как уже было сказано выше в главе 1, М. Горовитц (Hogrowitz, 1991) строит свою теорию на том, что индивид имеет множество схем, касающихся образа Я и окружающих людей. Схемы, касающиеся образа собственного Я, включают в себя способы, с помощью которых индивид достигает удовольствия и избегает разочарований (мотивационные схемы), позиционирует себя в отношениях с миром (ролевые схемы), решает проблему выбора (ценностные схемы). Согласно Горовитцу, психологический стресс вызывается рассогласованием между существующей ситуацией и наличными схемами.

Безусловно, Бек и Горовитц, будучи приверженцами различных теорий личности, трактуют понятие «схема» совершенно по-разному. Бек, сторонник когнитивных теорий, рассматривает схемы как структуры, предвосхищающие когнитивные процессы, эмоциональные реакции и поведение. В свою очередь, Горовитц, разделяя схемы на мотивационные, ролевые и ценностные, исходит из фрейдовской структуры личности, включающей подструктуры Ид, Эго и Суперэго.

В теории привязанности Д. Боулби (Bowlby, 1969) также используется понятие взаимосвязанных когнитивных схем, составляющих внутреннюю рабочую модель отношений личности. Эта модель включает две взаимосвязанных когнитивных схемы: репрезентацию собственного Я, воспринимаемого с точки зрения компетентности и способности быть любимым и принятым, и репрезентацию другого с точки зрения его доброжелательности и доверия. Результаты наших исследований (Калмыкова, Падун, 2002; Калмыкова и др., 2002) показывают, что наличие в рабочей модели отношений индивида со значимыми другими ненадежных паттернов привязанности (тревожного и дистанцированного) имеет положительные взаимосвязи с интенсивностью психопатологической и посттравматической симптоматики.

На основании теории привязанности Д. Боулби психологами В. Гвидано и Дж. Лиотти была создана теория структурной когнитивной психотерапии. Она базируется на мысли о том, что индивидуальное знание личности о себе и окружающем мире имеет системное строение (Соколова, 2002). В индивидуальном потоке сознания существуют образы восприятия, мечты, образы памяти, вербализованные мысли и чувства, смешанные друг с другом. Однако с точки зрения структурной когнитивной теории в этом хаосе существует определенная иерархическая структура. Высшие уровни этой иерархии определяют общие стратегические цели индивида, в то время как решение конкретных проблем входит в компетенцию нижележащих уровней. *Центральный уровень* когнитивной организации психики содержит неосознанные схемы, возникающие в детстве и отрочестве и содержащие обобщенную информацию об аспектах собственного Я и окружающего мира. *Промежуточный уровень* когнитивной организации составляют осознаваемые, вербализованные представления о себе и о мире. *Периферический уровень* содержит способы решения конкретных проблем, которые индивид изо дня в день использует в жизненных ситуациях.

Один из крупнейших современных психоаналитиков Д. Вайсс (Вайсс, 1998) в основу своей теории положил постулат о том, что психопатология имеет в своей основе патогенные убеждения, которые формируются в раннем детстве при взаимодействии с родителями, братьями и сестрами, которых ребенок наделяет абсолютным авторитетом. Терапевтический

процесс, по Вайссу, – это процесс, в ходе которого пациент работает вместе с психотерапевтом над опровержением своих патогенных убеждений.

Несмотря на описанные выше терминологические расхождения, понятие убеждения (схемы) имеет большую эвристическую ценность для клинической психологии и психотерапии, так как дает возможность интегрировать различные подходы. В частности, это касается таких феноменов, как трансфер (терапевт рассматривается через призму сформированных ранними детско-родительскими отношениями схем), сопротивление (существующие схемы препятствуют изменениям), интерпретация (осознавание и осмысление имеющихся схем).

А. Бек и Г. Эмери (Beck, Emery, 1985) впервые описали когнитивную модель реакции страха. Данная модель легла в основу когнитивных концепций ПТСР. Согласно этой модели, реакция индивида на ситуации страха включает оценку степени опасности ситуации и оценку собственных ресурсов, позволяющих совладать с этой ситуацией или избежать ее. В процесс оценивания ситуации страха включается когнитивная схема, воспринимающая те признаки, которые соответствуют ей, и избегающая те характеристики ситуации, которые не вписываются в нее. Говоря более простым языком, люди видят то, что ожидают увидеть. Обусловленная прошлым опытом схема переживания страха актуализируется и заставляет индивида искать информацию, соответствующую этой схеме, и игнорировать остальную информацию. В конечном счете действие схемы приводит к определенным моторным реакциям – застыванию на месте, борьбе или бегству.

Большинство исследований когнитивных схем и убеждений в клинической психологии проводится в рамках когнитивных моделей депрессии А. Бека (Beck, 1967; Segal, 1988). В частности, «Шкала дисфункциональных установок», Dysfunctional Attitude Scale (DAS) была создана для измерения депрессогенных схем (Weisman, 1979). Данный опросник (см. подробное описание в главе 3) предназначался для проверки двух основных положений когнитивной модели депрессии Бека: во-первых, негативные схемы должны коррелировать с наличием когнитивных нарушений во время депрессивного эпизода; во-вторых, испытуемые, имеющие высокие оценки по данной шкале, во время эпизода будут иметь негативные установки и во время ремиссии. Результаты исследований показали, что существуют значимые взаимосвязи между Шкалой дисфункциональных установок и методиками измерения когнитивных нарушений – Тестом когнитивного стиля, Cognitive Style Test (CST) (Blackburn, Jones, Lewin, 1987), Тестом когнитивных реакций, Cognitive Response Test (CRT) (Giles, Rush, 1983), Опросником автоматических мыслей, Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) (Hollon et al., 1986). Что касается второго утверждения относительно сохранения дисфункциональных установок во время ремиссии, то большинство исследователей сходятся на том, что после депрессивного эпизода установки меняются по направлению к нормальному уровню (Blackburn, Jones, Lewin, 1987; Giles, Rush, 1983; Hamilton, Abramson, 1983; Hollon et al., 1986; Reda, 1984; Silverman, Silverman, Eardley, 1984; Simons, Garfield, Murphy, 1984). Г. Хеффель с соавт. (Haefel et al., 2005) сравнивали выраженность дисфункциональных установок у лиц, переживших депрессивный эпизод в прошлом, и у тех, кто никогда не страдал от депрессии. Различий между теми и другими обнаружено не было.

В работах К. Хаммен (Hammen, 1985) с помощью лонгитюда исследовались когнитивные схемы депрессивных пациентов во время депрессивного эпизода и в последующий период. Было показано, что негативные схемы соответствуют настроению пациента во время эпизода и нехарактерны для периода ремиссии. Кроме того, схемы, выявленные на первом этапе исследования, не являются предикторами развития депрессии в последующий период (4 месяца). Данные результаты не подтверждают когнитивную модель депрессии, выдвигая в качестве предиктора возможного возникновения депрессии не негативные когнитивные схемы, а эмоциональное состояние пациента на момент исследования.

Однако некоторые исследователи считают, что убеждения в период ремиссии меняются очень слабо (Dobson, Show, 1986; Eaves, Rush, 1984). Более тщательный анализ эмпирических данных показывает, что существует очень небольшая группа депрессивных пациентов (Reda, 1984), которые не демонстрируют при улучшении эмоционального состояния изменения депрессогенных установок. В связи с этим была выдвинута гипотеза о предсказательной валидности «Шкалы дисфункциональных установок». Проведенное лонгитюдное исследование (Rush, Weissenberger, Eaves, 1983) выявило, что по показателям данной шкалы в период ремиссии можно предсказать появление депрессивных симптомов в будущем.

Другая группа исследований связана с изучением Я-схемы депрессивных пациентов, содержащей референтную для индивида информацию о собственном Я. Испытуемым предлагался набор прилагательных, отражающих личные свойства (Derry, Kuiper, 1981; Kuiper, MacDonald, 1983). Было показано, что индивиды, страдающие депрессиями, выбирают значительно больше негативных качеств для самоописания, чем респонденты из контрольной группы.

Перечисленные исследования показывают, что негативные когнитивные схемы связаны с когнитивными нарушениями и депрессивной симптоматикой, а это дает основания предполагать, что негативные схемы также играют роль и в формировании посттравматической психопатологии.

На наш взгляд, понятие схем и убеждений может рассматриваться в качестве интегративного концепта в клинической психологии и психотерапии. Теория схем позволяет перенести основные понятия, принятые в различных психотерапевтических направлениях, на единый терминологический уровень. Базисные убеждения представляют собой конструкт, на основе которого выстраиваются связи между клиническими теориями и психологической практикой.

2.3. Базисные убеждения и психическая травма

Приведенный выше анализ понятия когнитивной схемы (убеждения) показывает, что с их помощью люди структурируют опыт и формируют поведение. Наиболее значимы для понимания воздействия на личность психической травмы следующие характеристики схем.

1. Схемы являются когнитивно-эмоциональными структурами, формирующимися в процессе приобретения человеком определенного опыта. Таким образом, подчеркивается эмоциональная нагруженность схем.

2. Схемы обладают той или иной степенью гибкости. Ригидные схемы часто являются причиной дезадаптации, но при этом сверхгибкие схемы могут приводить к снижению способности личности придерживаться той или иной стратегии жизненного функционирования.

3. Убеждения, лежащие в основе схем, могут иметь различную степень абстрагированности и глобальности. По этому критерию можно разделить убеждения на две основные группы: убеждения, касающиеся определенных жизненных ситуаций (например, убеждение «Я – хороший музыкант»), и убеждения, касающиеся себя и мира в целом (например, «Я – достойный человек»). Убеждения, которые сформированы у личности относительно себя и мира в целом, называются базисными. Далее речь пойдет именно о базисных убеждениях, ибо именно они наиболее уязвимы по отношению к воздействию травматического стресса.

Когнитивные концепции психической травмы восходят к теории стресса Р. Лазаруса и работам А. Бека. В так называемой «оценочной» теории стресса (Lazarus, 1966) большая роль отводится когнитивной оценке индивидом стрессовой ситуации. В более поздних работах (Lazarus, Folkman, 1984) Лазарус полагает, что процесс оценивания включает первичное оценивание (оценку стрессовой ситуации) и вторичное оценивание (оценку индивидом собственных ресурсов в совладании с данной ситуацией). В зависимости от этого формируется тип копинг-стратегии: проблемно-фокусированный (действия, направленные на преодоление стрессовой ситуации) и эмоционально-фокусированный (действия, направленные на улучшение эмоционального состояния).

Впервые научно обоснованные представления о когнитивных механизмах формирования симптомов у индивидов с травмой были описаны М. Горовитцем (Hogowitz, 1976, 1986), который в своей теории опирался на наблюдения за людьми в состояниях нормального и патологического горя. Вслед за первой стадией протеста при переживании травмы следует стадия ассимиляции новой информации в систему представлений индивида. Многие люди, переживая эту стадию, чувствуют себя не способными согласовать мысли и образы, связанные с травмой, с ментальными репрезентациями, предшествующими травме. Перегруженность психики тяжелыми впечатлениями приводит к вступлению в действие защитных механизмов: отрицания, намбинга (замирания, оцепенения), избегания. При этом у человека существует базисная потребность «примирить» старые (дотравматические) и новые (посттравматические) представления о жизни. И тогда, минуя защитные механизмы, в сознание проникают вторгающиеся образы и воспоминания, флэшбэки (внезапные оживления травматического опыта), ночные кошмары. Таким образом, по Горовитцу, существует два параллельных процесса: один защищает психику человека с помощью защитных механизмов, подавляя мысли и образы, связанные с травмой, другой «заставляет» прорабатывать, «завершать» травму с помощью вторгающихся в сознание травматических воспоминаний. Эти два процесса являются механизмами формирования двух основных симптомов ПТСР: избегания и вторжения.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.