

ББК 88.3

О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев

**Социальное тревожное расстройство
в структуре личностно-аномального синдрома:
когнитивные схемы и нарушение
селективности внимания**

O.A. Sagalakova, D.V. Truevtsev

**Social Anxiety Disorder in a Frame
of Person's Anomalies Syndrome:
Cognitive Schemas and Infringement
of Selectivity of Attention**

Статья посвящена проверке предположения о выраженности специфических симптомов социального тревожного расстройства в структуре личностных аномалий. Проблема рассматривается в русле методологии московской патопсихологической школы и когнитивно-бихевиорального направления в психологии.

Ключевые слова: социальное тревожное расстройство, личностные аномалии, когнитивные схемы, ранние неадаптивные схемы, идеи долженствования.

В формировании личностно-аномальных черт и социального тревожного расстройства (СТР) можно констатировать общность психологических механизмов, описанных в московской патопсихологической школе (А.Н. Леонтьев, Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь, И.А. Кудрявцев, Ю.Ф. Поляков) и когнитивном направлении в психологии (А. Бек, Дж. Янг, Дж. Биик, М. Селигман, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян). Изменение личности в русле отечественного психологического подхода трактуется через патологию системы мотивов, составляющих основу деятельности человека. Важным параметром в характеристике патологии мотивационной основы личности является оценка опосредованности мотивов деятельности (с помощью организующей функции мышления), а также гибкость в выборе средств их реализации, умение соподчинять мотивы и корректировать уровень притязаний в актуальной ситуации (Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, Ф. Хоппе, К. Левин, Г.В. Залевский) [1–3]. Ригидность когнитивно-эмоционального реагирования, сужения диапазона мотивации деятельности характерны и для социального тревожного расстройства, основой которого является страх негативного оценивания окружающими (осмеяния, критики, совершения неловкого или неуместного действия на людях и т.д.), и для всех типов личностных расстройств. Личностные анома-

The article is devoted to the assumption of expressiveness of specific symptoms of social disturbing frustration in structure of personality's anomalies. The problem is considered according to Moscow pato-psychological school and cognitive-behavior directions in psychology.

Key words: social anxiety disorder, personality's anomalies, cognitive schemas, early maladaptive schemas, ideas of obligation.

лии подробно изучены в когнитивном и когнитивно-бихевиоральном направлениях в контексте нарушения селективности внимания и изучения феноменов промежуточных переменных при обработке информации. Центральное место внутренние переменные занимают в теориях представителей когнитивного направления в психологии (Дж. Брунер, Д. Миллер, У. Найссер, Дж. Келли) [4]. К когнитивным структурам относят когнитивные паттерны, схемы, убеждения, правила, автоматические мысли (А. Бек, Г. Эмери, А. Фримен, Дж. Бек), взгляды, рациональные и иррациональные идеи, верования, ожидания, оценки (А. Эллис, У. Драйден), ранние неадаптивные схемы (Дж. Янг, В. Гидано, Дж. Лиотти). Исследование личностных аномалий тесно связано в данном направлении с изучением таких проблем, как «когнитивные искажения» (А. Бек, Дж. Биик, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян), дезадаптивные схемы (Дж. Янг), выученная беспомощность (М. Селигман, Т.О. Гордеева), паттерны реагирования и поведения в контексте когнитивных схем (А. Лазарус, А. Эллис, Д. Барлоу), системы конструкторов, антиципации результатов (Дж. Келли) [4–6].

Понятие когнитивных схем в рамках когнитивно-бихевиорального подхода в психотерапии было выделено А. Беком с целью изучения депрессивных расстройств [4]. Когнитивные схемы выполняют функции

абстрагирования, интерпретации и припоминания; аффективные схемы связаны с возникновением чувств и эмоций, мотивационные схемы – с желаниями и побуждениями, инструментальные схемы участвуют в подготовке к действию, схемы контроля обеспечивают запрещение или направление тех или иных действий [1; 4; 5; 7]. Система схем участвует в процессе приема, переработки стимулов и конечной поведенческой реакции. Разные люди могут интерпретировать одну и ту же ситуацию разными способами, при этом отдельный человек склонен реагировать на однотипные ситуации схожими способами. Индивид избирательно реагирует на стимулы и, комбинируя их в паттерн, концептуализирует ситуацию. Такие когнитивные паттерны определяют то, какова будет интерпретация ситуации. Этот механизм является общим при формировании как СТР, так и личностно-аномальных черт. В психопатологических состояниях происходит «когнитивный сдвиг», восприятие стимулов искажается, возникают ошибки мышления, индивид воспринимает только те стимулы, которые релевантны его доминирующей когнитивной схеме. В таком состоянии негативные когнитивные схемы замещают или полностью подавляют более адаптивные. При этом если для клинических синдромов доминирование негативных когнитивных схем ограничено периодом течения расстройства, то для личностных расстройств такой когнитивный паттерн является частью «нормальной», естественной и привычной обработки стимулов. В. Гидано и Дж. Лиотти расширили концепцию схем, подчеркивая раннее происхождение центральных убеждений и когнитивных схем, связанное с ранним опытом взаимоотношений и последствиями воспитания. Центральные темы уязвимости, такие как заброшенность, отчужденность или чрезмерный контроль, по мнению авторов, определяют содержание ранних неадаптивных схем. На роль ранних переживаний взаимодействия с окружающим миром в формировании неадаптивных схем указывает Дж. Янг. Такие переживания ведут к усвоению неадаптивных убеждений, становящихся негативными схемами. В будущем неадаптивную схему может активизировать какое-либо событие, после которого индивид будет отбирать, классифицировать и интерпретировать только ту информацию, которая поддерживает его дисфункциональную когнитивную схему [4; 7]. Джоувив и Г.Дж. Джексон провели исследование, в котором выявлялась специфика областей ранних неадаптивных схем при трех расстройствах личности – пограничном, обсессивно-компульсивном и избегающем. Высокие показатели по схемам «зависимость/некомпетентность», «заброшенность/нестабильность», «ущербность», отмечались в группе пограничного расстройства личности, обсессивно-компульсивное расстройство личности было связано с высокими показателями по схеме «жесткие стан-

дарты», для избегающего расстройства личности характерно «подавление эмоций» [8; 9]. Неадаптивные схемы, такие как «отчуждение», «повышенная восприимчивость к ущербу» и «пессимизм», обнаружены у пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством турецкими учеными (Н. Atalay и др.) [4; 6; 10]. В исследовании, проведенном португальскими учеными (J. Pinto-Gouveia и др.), группа пациентов с СТР продемонстрировала высокие показатели по схемам «недоверие/жестокое обращение», «отчуждение», «эмоциональная депривация», «жесткие стандарты» [10].

Известно также, что наиболее близким по симптоматической картине СТР является избегающее личностное расстройство, которое часто диагностируется сочетанно у одного пациента.

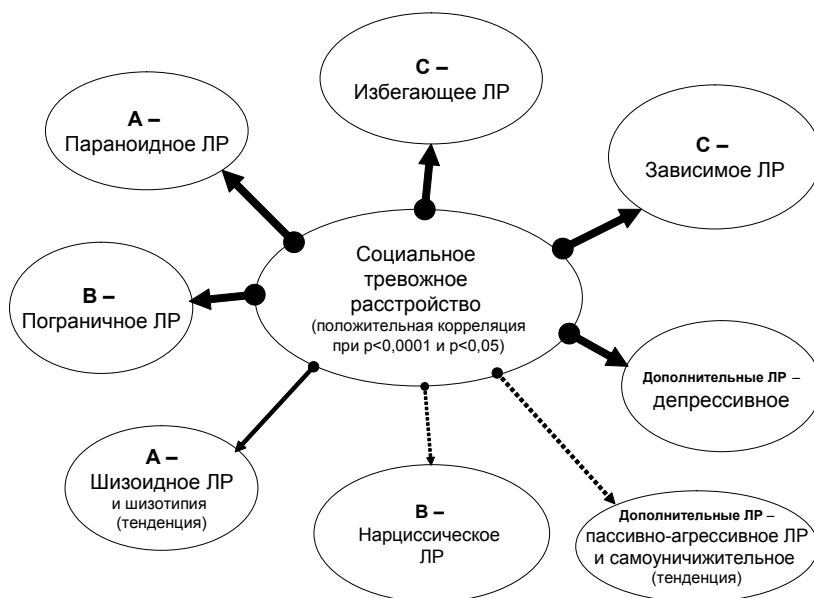
В наших работах определено, что базовыми психологическими механизмами при социальном тревожном расстройстве являются: мотивационный конфликт между мотивом избегания и достижения, выученная беспомощность (пессимистический атрибутивный стиль), неадаптивные когнитивные схемы (относительно себя и окружающих), избегающие копинг-стратегии, а также нарушение селективности внимания (самоконцентрация со смещением на внутренне сгенерированную информацию и игнорированием средовых стимулов). При СТР стремление к избеганию ситуации и выраженный страх зачастую входят в столкновение с ярко выраженным стремлением к успеху, желанием участия в ситуации при условии гарантированного триумфа. Поскольку в реальной жизни таких гарантий быть не может, мотивационное напряжение нарастает тем больше, чем меньше человек находит субъективных возможностей (средств) для снятия данного напряжения («разрядки» динамической системы, по К. Левину). Безусловно, феномен слипания «реальных и идеальных целей», ригидность и снижение опосредованности мотивов деятельности, описанные в патопсихологической школе, как механизмы формирования личностно-аномальных черт являются одними из важнейших компонентов характеризуемых нарушений. Диагностически значимыми являются ригидность мотивационной системы, потеря управления и субъективного чувства авторства в деятельности, отсутствие гибкости в переключении мотивационных напряжений.

Можно предположить, что выраженность и специфика перечисленных психологических механизмов-симптомов СТР будут по-разному проявляться в структуре трех кластеров личностных расстройств («странного», «эмоционально-нестабильного» и «тревожного» типов). Личностные расстройства в классификации DSM-IV разделены на три кластера: кластер А – необычные, эксцентричные расстройства (шизоидное, параноидное, шизотипическое); кластер В – театральные, эмоциональные, или колеблющи-

еся, расстройства (антисоциальное, пограничное, гистрионное, нарциссическое); кластер С – тревожные и панические расстройства (избегающее, зависимое, обсессивно-компульсивное). Кажется очевидным тот факт, что СТР в большей степени характерно для личностных аномалий кластера С, поскольку его составляют нарушения психики, связанные с чрезмерно выраженными симптомами тревоги и паники, а также избегающим, зависимым копингом или ритуальным поведением. Лицам с расстройствами кластера С характерен ведущий патологический механизм – тревога и напряжение, пытаюсь справиться с которыми, человек попадает в ловушку дезадаптивного копинга, становящегося постепенно единственным способом совладания с пугающими, стрессовыми событиями. Лица с симптомами кластера С пытаются избегать пугающих ситуаций, или с помощью ритуалов и иррациональной самоорганизации снизить тревогу, или положиться во всех вопросах на объект тотальной зависимости. При этом окружающий мир воспринимается как опасный, тревожащий, его трудно или невозможно контролировать (поэтому и возникает страх негативного оценивания, осмеяния, субъективной неадекватности требованиям социума и самофокусировка внимания с отрицательным знаком). Однако, как показали исследования, симптомы СТР и собственно расстройство СТР встречаются и в рамках других кластеров, где приобретают свою специфику. Социальная фобия (по МКБ-10), или СТР (по DSM-IV), имеет свои особенности и может

быть типологизирована в контексте личностных аномалий, принадлежащих разным кластерам (типам поведения, копинга и когнитивным схемам). Для исследования мы использовали диагностический инструментарий на определение уровня и типа выраженности симптомов СТР, личностных аномалий разного типа и характерных для них когнитивных схем и метакогниций (по методике Дж. Янга, методике MCQ A. Wells) и идей долженствования (по методике А. Эллиса).

В исследовании переведена, адаптирована и использована методика на социальное тревожное расстройство (С. Хоффман), авторская методика экспресс-диагностики уровня выраженности страха оценивания (Сагалаковой – Труевцева). В качестве диагностического инструментария личностных аномалий был использован опросник вероятностных личностных расстройств Олдхэма – Морриса. При построении эмпирических моделей изменения выраженности симптомов СТР в структуре разных личностных аномалий и характерных им неадаптивных схем использованы методы математической обработки данных: дисперсионный, корреляционный, факторный анализ. Данные обработаны в статистических программах Statistica 7 и SPSS 17.0. По результатам корреляционного и дисперсионного анализа можно утверждать, что СТР характерно для всех кластеров личностных аномалий (А, В, С), а также дополнительных личностных расстройств (ЛР): депрессивное, пассивно-агрессивное и самоуничижение (рис.).



Социальное тревожное расстройство в структуре личностных аномалий кластеров А, В и С и дополнительных типов

Самые значимые корреляционные связи СТР обнаружены с избегающим и зависимым типами личностных аномалий, что свидетельствует о наибольшей

схожести симптомов данных нарушений. Поскольку данные нарушения относятся к кластеру тревожных расстройств (С), можно с уверенностью говорить, что

речь идет о едином синдроме тревоги и СТР. Это подтверждает мнение ряда ученых о том, что избегающее расстройство и СТР – единое нарушение с общей симптоматикой. Для личностей зависимых и избегающих социальная тревога – постоянный спутник, они стремятся избегать социальных ситуаций, опасаются негативной оценки и отвержения, для них характерны долженствования о необходимости чрезмерно реагировать на пугающие стимулы, постоянно чувствовать поддержку окружающих (для зависимой личности). Характерны убеждения, что социальные события служат основной причиной страданий и сложностей, отмечается склонность к катастрофизации, если все идет не по намеченному пути.

Обсессивно-компульсивное ЛР относится к кластеру тревожных расстройств, на первый план выходят напряжение, стремление с помощью упорядоченности, сверхконтроля и гиперответственности реализовать потребность снизить сильную тревогу. Характерно долженствование о необходимости совершенного выполнения работы. Выражено согласие с такими утверждениями, как: «Вы должны быть безошибочно осведомлены и совершенны во всех ваших предприятиях», «Нельзя избегать ответственности, надо прибегать к самодисциплине», «Ваше прошлое остается крайне важным, и только потому, что однажды что-то сильно повлияло на Вашу жизнь, это продолжает определять Ваши чувства и поведение сегодня» и др. Это означает глобализацию негативных последствий в оценке своей личности в целом, категоричность мышления, стремление к скрупулезному следованию правилам, неумение радоваться жизни и невозможность расслабиться, что приводит к срыву деятельности за счет «сдвига мотива на цель», при этом компоненты упорядоченности становятся важнее сути работы (цель не достигается, а мотив не реализуется). Также высокозначимой корреляцией является связь между симптомами СТР и депрессивным ЛР (дополнительное расстройство из приложения DSM-IV). Это объясняется тем, что при неудовлетворенности потребностей в социальных ситуациях при СТР в силу субъективно непреодолимых препятствий рано или поздно возникнет и станет хроническим депрессивное состояние. Именно с жалобами на сниженное настроение пациенты чаще всего обращаются за помощью. Пациентам с СТР характерен пессимизм, ожидание худшего: «Обычно я ожидаю, что что-то плохое случится со мной в социальной ситуации», «Я склонен продолжать проживать социальные ситуации после их завершения», «Часто я избегаю социальных ситуаций». Обнаружены значимые связи симптомов СТР и личностных аномалий кластера А («странное поведение»). Так, высокозначимой оказалась связь с параноидным ЛР, что объясняется общностью симптомов с СТР, связанных с самофоку-

сировкой внимания, негативным прогнозированием, опасениями публичного фиаско. Для параноидной личности и личностей данного кластера характерны диффузный образ ситуации, склонность к самоконцентрации на образе себя в ситуации, «негативный» образ Я в социальной ситуации («глазами других»), катастрофизация, убежденность в отсутствии социальных навыков, в невозможности контролировать страх и тревогу, ожидание худшего и стремление к избеганию. Присущи перфекционистские идеи долженствования, справедливости и наказания виновных, избегания трудностей, необходимости сильного реагирования на препятствия. Такими личностями подчеркивается важность прошлых переживаний и их влияние на настоящее, выражено требование к себе всегда и незамедлительно находить решения любых проблем.

Самоконцентрация свойственна шизоидной и шизотипической личностным аномалиям (негативный образ Я), также относящимся к кластеру «странного поведения». Наблюдаются рефлексия и осознание течения своих мыслей в ситуации («метакогниции» – мысли по поводу мыслей). Симптомы СТР при ЛР кластера А связаны с нарушением селективности внимания, акцентом на образе себя в ситуации, а не на внешних стимулах, отражающих ее объективные аспекты.

Значимые связи симптомов СТР обнаружены с пограничным и нарциссическим ЛР (кластер В), а также дополнительными ЛР – пассивно-агрессивным и самоуничтожением. Для пограничной личности характерны следующие убеждения: «Совершенно необходимо чувствовать любовь и одобрение от других практически все время», «Это жутко, ужасно, когда что-то идет не так, как Вам хочется», «Внешние (социальные) события служат причиной большинства страданий, и Вы мало способны контролировать Ваши чувства или избавиться от уныния, враждебности или подобных состояний». Самоконцентрация внимания явно выражена и негативна («не нравилось самому себе») [6].

Для целого ряда личностных расстройств (депрессивное, самоуничтожение, зависимое, пограничное и шизоидное, шизотипическое) характерно такое совладание с навязчивыми неприятными мыслями (схемами), как «удержание в сознании и сосредоточение на них» и «изоляция от окружающих, уединение», что приводит к усилению болезненных переживаний и активации пессимистического стиля объяснения происходящего. Для обсессивно-компульсивного, избегающего и пассивно-агрессивного ЛР также характерно совладание с навязчивыми неприятными мыслями – «изоляция от окружающих, уединение». Они стремятся остаться наедине со своими переживаниями, «мыслями о мыслях», еще глубже погрузиться в поток пугающих образов.

Для пассивно-агрессивного и пограничного расстройств, а также типа «самоуничтожение» характерно «переключение на другое, игнорирование мыслей». При пограничном ЛР на первый план выходит активное, порой ажитированное и хаотичное поведение, недоверие к миру и окружающим, активность на грани срыва, эмоциональная экзальтированность, попытка обрести контроль над ситуацией, управлять ею. Острота переживаний, радикальность в принятии решений, мышление по типу «все или ничего» делают личность склонной к необоснованным и даже ауто-агрессивным поступкам. СТР здесь проявляется в виде самоконцентрации внимания на образе себя в ситуации с отрицательным знаком, негативное отношение к себе и антиципирование неуспеха, ожидание высоких требований от окружающих и активные попытки им соответствовать. При несовпадении «идеального» и «реального» образов себя в ситуации происходит срыв деятельности. Для нарциссической личности

свойственна фокусировка внимания на своей персоне и поглощенность образом себя в ситуации, тревога и страх связаны с опасением не вызвать восхищение у окружающих, не быть самым признанным. Значимая отрицательная корреляция была обнаружена между социальной тревогой и антисоциальным ЛР, что объясняется отсутствием социальных потребностей, низкой значимостью одобрения, поддержки окружающих. В качестве стратегии совладания с навязчивыми мыслями используется активная их проработка при взаимодействии с окружающими, при этом внимание привлекается к необычности и грандиозности своих переживаний.

Итак, в работе рассмотрена специфика СТР в структуре разных личностных аномалий и роль симптомов социальной тревоги в патогенезе личностных аномалий, охарактеризована общность психологических механизмов развития данных нарушений.

Библиографический список

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб., 2003.
2. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, норме и патологии). – М. ; Томск, 2004.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1986.
4. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Когнитивно-бихевиоральная терапия социофобии и тревожно-депрессивных расстройств : монография. – Томск, 2009.
5. Клиническое руководство по психическим расстройствам / под ред. Д. Барлоу. – СПб., 2008.
6. Young J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach // Sarasota, FL: Professional Resource Exchange. – 1999.
7. Когнитивная психотерапия расстройств личности / под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб., 2002.
8. Лайнен М.М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М., 2008.
9. Stopa L., Clark D.M. Cognitive processes in social phobia // Behaviour Research and Therapy. – 1993. – №31.
10. Wells A., Clark D.M., Salkovskis P.M., Ludgate J., Hackmann A., Gelder M. Social Phobia: The role of in-situation safety behaviours in maintaining anxiety and negative beliefs // Behavior Therapy. – 1995. – №26.