

КОГНИТИВНЫЕ ОШИБКИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Легостаева Е.С.¹

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет», Екатеринбург, elegos13678@mail.ru

В статье обсуждается феномен когнитивных ошибок в составе когнитивных искажений различного уровня, характерных для познавательной деятельности человека. Подчеркивается необходимость исследования ошибок в связи с личностной и социальной значимостью их последствий и необходимостью коррекции. Затрагивается вопрос о сложившихся тенденциях изучения когнитивных искажений у пациентов с заболеваниями нервно-психической этиологии. Отмечается необходимость исследования когнитивных ошибок у лиц с различными соматическими заболеваниями. Указывается на неразработанность данной проблемы в отечественной науке. Критикуется позиция медицинского сообщества, отрицающая субъектность человека по отношению к причинам, протеканию и выбору вариантов выхода из тяжелого заболевания. Представлены данные пилотажного эксперимента, направленного на обследование лиц с различными типами соматических заболеваний с применением авторской методики «Опросник когнитивных ошибок»-11. В рамках срезового эксперимента проведено сравнение показателей тяжело болеющих лиц с результатами выборки условно здоровой группы. Описываются особенности когнитивных ошибок в обследованных выборках. Намечаются перспективы психологического сопровождения данных больных в процессе лечения и восстановления. Обсуждается вопрос о комплексном исследовании когнитивных ошибок как предикторов соматических заболеваний, а также как факторов, влияющих на процесс лечения и прогноз ремиссии. Определены основные направления дальнейшего исследования данной проблемы в рамках лонгитюдного эксперимента.

Ключевые слова: когнитивные искажения, когнитивные ошибки, соматические заболевания.

COGNITIVE MISTAKES OF PERSONS SUFFERING FROM SEVERE SOMATIC DISEASES

Legostaeva E.S.¹

¹Ural State Pedagogical University, Ekaterinburg, e-mail: elegos13678@mail.ru

The article discusses the phenomenon of cognitive mistakes in various levels of cognitive distortions structure, with are the characteristic of human cognitive activity. The need to investigate mistakes in connection with the personal and social significance of their consequences and the need for correction is emphasized. The question is raised about the prevailing trends in the studying of cognitive distortions patients with neuropsychological diseases. There is a need to study cognitive mistakes in individuals with various physical diseases. It is pointed out that the problem is not developed in the domestic science. The position of the medical community that denies a person's subjectivity in relation to the causes, course and choice of options for getting out of a serious illness is criticized. The data of a pilot experiment aimed at examining persons with different types of somatic diseases using the author's technique "Cognitive mistakes questionnaire" -11 are presented. Within the framework of the cross-sectional experiment, the indicators of severely ill persons were compared with the results of conditionally healthy group. The features of cognitive mistakes in the surveyed samples are described. Prospects of psychological support of these patients in the process of treatment and recovery are outlined. The issue of a comprehensive study of cognitive mistakes as predictors of somatic diseases, as well as factors influencing by the treatment process and the prognosis of remission is discussed. The main directions of the further investigation of this problem within the framework of the longitudinal experiment are determined.

Keywords: cognitive distortions, cognitive mistakes, somatic diseases.

Когнитивные ошибки (далее – КО) представляют собой феномены, описывающие особенности работы высших корковых механизмов оценки, анализа, переработки поступающей извне информации и принятия на ее основе решений различного уровня – от бытовых до жизнеопределяющих. По нашему мнению [1], они входят в класс более обширных явлений – когнитивных искажений (далее – КИ), которые проявляются на всех

уровнях переработки сенсорной информации – от восприятия, передачи до анализа и обратной связи. КИ, в отличие от КО, которые являются, как было показано нами ранее [2; 3], когнитивно-личностными образованиями, обусловлены физическими свойствами объекта/ситуации, физиологическими и психофизиологическими особенностями работы сенсорных систем человека, т.е. представляют собой широкий спектр факторов, влияющих на трансформацию субъективного образа, его анализа, оценки и использования индивидом. Нам представляется, что когнитивные искажения являются частью глобального и непрерывного процесса адаптации человека к постоянно меняющимся условиям окружающей среды, позволяя действовать с большей или меньшей вероятностью эффективно в ситуациях неопределенности и постоянной нехватки информации. Они выполняют в том числе защитную функцию в отношении высшей психической организации рефлексирующего субъекта, с одной стороны, обеспечивая процесс жизнедеятельности шаблонными схемами поведения и принятия решений, наработанными, в первую очередь, в культуре, социуме, микросоциуме, предохраняя от необходимости тратить время и силы на ежесекундную выработку и обоснование тех или иных выборов; во-вторых, позволяют индивиду смириться с принятыми решениями, апеллируя к неявным признакам ситуации, которые оказались субъективно более значимы и повлияли на его способ реагирования. КИ базируются на опыте самого различного уровня [3] – от этнокультурного, религиозного, социального до глубоко субъективного, обеспечивая механизмы оценки, принятия решений и прогноза развития ситуации с той или иной вероятностью, поддерживая в человеке иллюзию управляемости, стабильности мира, присутствия в нем закономерных и поддающихся изучению механизмов. Таким образом, КИ позволяют человеку примириться с дихотомиями окружающей действительности, ее вероятностным характером развития и объясняют сами себя. В широком эволюционном плане они обеспечивают выживание вида в целом, игнорируя неспособность отдельных индивидов адаптироваться к накапливающимся противоречиям.

В отличие от них, КО относятся к более узкой группе психических феноменов, предполагающих, что индивид сталкивается с последствиями принятых решений и сделанных выборов в краткосрочной временной перспективе и вынужден впоследствии признать факт своей неправоты, недостаточной информированности, неадекватных способов действия. Иными словами, будучи информированным о наличии КО и практикуя осознанное к ним отношение, индивид производит коррекцию собственных действий, в первую очередь ментальных, что обеспечивает его более успешное выживание и эффективную адаптацию. Таким образом, КО проявляются в различных сферах жизнедеятельности индивида, характеризуя непосредственно его личностно и эмоционально окрашенные процессы

совершения выборов и принятия решений.

Отношение человека к своему здоровью и образу жизни подвержено как влиянию КИ (например, традиция придерживаться постов или употреблять в пищу продукты питания, несовместимые с состоянием ЖКТ конкретного человека), так и КО (неверный выбор лечащего врача, отрицание диагноза и т.д.). Все эти факторы существенным образом влияют на развитие, протекание и исход заболевания, во многом определяя его внутреннюю картину на уровне сознательных и иррациональных образов пациента.

Значимость восприятия человеком своего заболевания с точки зрения прогноза исхода активно обсуждается зарубежными авторами [4], тогда как в отечественных исследованиях можно наблюдать отдельные, с осторожностью адаптируемые заимствованные идеи и острую нехватку собственных разработок. Так, в отношении КО следует отметить, что они в той или иной степени изучаются у пациентов, страдающих заболеваниями, имеющими выраженную нервно-психическую этиологию (депрессия, тревога, суицидальное поведение, шизофрения [5-7]), однако в отношении соматических больных исследования практически отсутствуют. Анализ ресурса НЭБ показал, что из более 250 представленных публикаций, отражающих изучение КИ, данные по соматическим больным представлены только в 2 (!) статьях [8; 9]. Таким образом, отечественной медицинской общественностью лишь частично признается факт субъектности пациента в отношении тяжелой болезни – как при формировании причин заболевания, так и с точки зрения отношения к лечению и готовности выхода в ремиссию. Данная позиция профессионального сообщества представляется крайне неверной. Во-первых, ВОЗ доказано определяющее влияние образа жизни на формирование предпосылок к развитию многих заболеваний, что переносит фокус ответственности на пациента и необходимость коррекции установок, касающихся здоровья. Во-вторых, в случае развития тяжелого соматического заболевания между врачом и пациентом развивается процесс общения. Цена ошибки – как врача, так и пациента – в этом случае слишком велика, т.к. критически определяет качество дальнейшей жизни человека и саму ее вероятность. В-третьих, при выходе в ремиссию после прохождения лечения эффективность восстановительных процедур и их успешность во многом определяются отношением пациента и тем, как он воспринимает реабилитационные мероприятия, готов ли менять образ жизни, вырабатывать новые привычки поведения, формировать более щадящие установки по отношению к собственному здоровью.

Цель исследования. Данная статья призвана открыть цикл публикаций, направленных на восполнение пробела в научном знании о когнитивных ошибках, во-первых, как предикторах развития тяжелых соматических заболеваний, во-вторых, как факторов протекания лечения, в-третьих, как одного из критериев прогноза характеристик

ремиссии. Разумеется, эти три этапа требуют лонгитюдного плана работы, для обоснования которого необходимы пилотажные данные, представленные в данной статье.

Материалы и методы исследования. Дизайн пилотажного исследования выстраивался следующим образом: была обследована выборка лиц, проходящих восстановительное лечение в санатории «Руш» Свердловской области. Диагностика КО проводилась с помощью методики Е.С. Ивановой «Опросник когнитивных ошибок»-11 [6], направленной на диагностику одиннадцати наиболее типичных КО. Также собирались сведения о половозрастном составе обследуемых лиц, т.к. известно, что отношение к болезни у мужчин и женщин существенно различается [9]. Эти результаты представлены в нашей более ранней публикации, без учета типа заболевания. В данном сообщении мы привлекаем результаты обследования группы сравнения – условно здоровой выборки, случайным образом сформированной из базы данных, собранной нами ранее в процессе разработки методики [2], и проводим сопоставление с отдельными группами лиц, которые вышли в ремиссию после длительного лечения тяжелого заболевания. Следует отметить, что состав участников–пациентов отображает картину наиболее распространенных в Свердловской области тяжелых соматических заболеваний [10].

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании приняли участие: 18 человек с диагнозом гипертоническая болезнь (далее – ГБ), 11 человек с диагнозом ишемическая болезнь (ИБС), 11 человек с диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), 14 человек с диагнозом деформирующий остеоартроз (ДОА), 10 человек с диагнозом онкология (ТНМ), 24 человека с диагнозом сахарный диабет (SD). Всего выборка лиц, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, составила 88 человек. Для сравнения представлены данные по условно здоровой выборке (170 человек, 86 мужчин, 84 женщины). Средние показатели возраста и уровня КО сравниваемых групп представлены в таблице 1.

Как видно из данных таблицы 1, для пациентов с ГБ наиболее характерными являются такие КО, как долженствование и предсказывание (самые высокие показатели по сравнению с другими группами). Минимально представлено преувеличение. Таким образом, они склонны недооценивать значимость воздействий среды, приписывать себе излишнюю ответственность за происходящее и необходимость самостоятельно искать выход из ситуации, а в случае неудачи – обвинять себя в том, что их попытки предсказать развитие событий оказались неверными.

Для пациентов с ИБС характерны такие КО, как дихотомическое мышление, чтение мыслей, наклеивание ярлыков, что в целом говорит о ригидности мышления, которое ориентировано на выделение крайностей, убежденности в «прозрачности» намерений и

поступков окружающих, неготовности развивать и изменять однажды вынесенные суждения, касающиеся человека/объекта/ситуации. Т.е. человек стремится быть правым, несмотря на изначальную ошибочность своих умозаключений.

Таблица 1

Средние значения показателей когнитивных ошибок в обследованных группах

Статус	Возраст	ПУ	СО	ИА	П/Пр	Перс	ДМ	Дол	Пред	ЧМ	НЯ	ССК
ГБ	48,7	10,8	11,9	13,8	4,7	11,1	10,4	20,4	14,9	12,2	15,8	11,6
ИБС	59,6	12,5	13,1	12,1	6,1	10,7	20,8	12,5	10,6	16,4	17,2	10,7
ХОБЛ	51,0	12,7	14,0	15,0	6,4	5,0	3,6	10,3	8,2	6,2	8,2	6,5
ДОА	45,4	10,1	11,2	13,1	8,3	2,6	3,6	4,4	2,4	2,4	3,5	3,9
TNM	47,1	15,9	10,7	15,4	14,3	14,2	18,2	6,1	5,8	4,8	16,6	12,2
SD	49,7	19,0	13,0	15,0	9,3	10,3	18,4	15,8	11,9	12,7	17,2	12,3
Условно здоровая выборка	46,9	11,7	10,0	11,0	9,2	9,0	11,8	16,8	9,9	11,3	12,1	11,0

Примечание: ПУ – произвольное умозаключение, СО – сверхобобщение, ИА – избирательное абстрагирование, П/Пр – преувеличение-преуменьшение, Перс – персонализация, ДМ – дихотомическое мышление, Дол – долженствование, Пред – предсказывание, ЧМ – чтение мыслей, НЯ – наклеивание ярлыков, ССК - сохранение статуса-кво; жирным шрифтом выделены максимальные средние значения в столбце, жирным курсивом – минимальные средние значения показателя.

Для пациентов с ХОБЛ характерно максимально выраженное сверхобобщение и минимально представленное дихотомическое мышление. Иными словами, они воспринимают любое событие через призму усвоенных шаблонов, отказываясь искать срединный или крайний варианты, пытаясь включить все и вся в свои выводы, даже если эти, заранее сформированные, установки не соответствуют действительности. Т.е. они готовы отвергать очевидные факты, чтобы только сохранить незыблемость ранее сформированных, заученных стереотипов мышления, поведения, реагирования.

Группа пациентов с ДОА характеризуется минимальными значениями почти всех исследованных КО: произвольное умозаключение, персонализация, дихотомическое мышление, долженствование, предсказывание, чтение мыслей, наклеивание ярлыков, сохранение статуса-кво. Важно подчеркнуть, что перечисленные КО существенно ниже, чем в выборке условно здоровых лиц. Это позволяет предположить, что существуют особенности мыслительной деятельности у лиц с данным диагнозом, которые, на наш взгляд, лежат в неустойчивости и подверженности любым внешним факторам, которые некритично воспринимаются при принятии того или иного решения.

Пациенты с TNM характеризуются такими КО, как избирательное абстрагирование, преуменьшение, персонализация. Иными словами, они склонны выносить суждения по отдельным, случайно отобраным, признакам, недооценивать значимость иных фактов или аргументов, выбивающихся за рамки принятой схемы, и напрямую связывать со своей личностью события, которые действуют глобально или опосредованно.

Для пациентов с SD характерны: произвольные умозаключения, наклеивание ярлыков, сохранение статуса-кво. Т.е. суждения о человеке/ситуации выносятся случайным образом, сразу же возводятся в статус экспертного мнения и все усилия направляются на то, чтобы поддерживать однажды сформированный образ.

Важно подчеркнуть, что в группе условно здоровых лиц не выявлены, по сравнению с выборками пациентов, максимальные значения КО, при этом минимальны значения свержобобщения и избирательного абстрагирования, которые в наибольшей степени характеризуют готовность воспринимать новые факты, менять свои взгляды в соответствии с поступающей информацией, уточнять свое понимание и видение происходящего.

Полученные результаты, иллюстрируя различия в особенностях мышления лиц, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, подтверждают идеи А. Бэка [4] о взаимосвязи негативных убеждений, ригидных установок и развития телесных нарушений, которые носят характер «говорящего симптома», отражая в материализованном виде представления человека о мире и самом себе. При этом важным условием поддержания здоровья, по всей видимости, выступает готовность менять когнитивные схемы, работать со своими убеждениями, корректировать их сообразно новым фактам, находиться в процессе постоянного узнавания действительности вместо навязчивого стремления свести все многообразие мира к простым схемам, «общепринятым» стандартам поведения и требовать от себя и окружающих следовать этим, далеким от реальности, представлениям.

Для более глубокого понимания отличий КО в выборке лиц с тяжелыми соматическими заболеваниями от условно здоровой группы был вычислен F-критерий Фишера. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты сравнения обследованных выборок с условно здоровой группой

Статус	ПУ	СО	ИА	П/Пр	Перс	ДМ	Дол	Пред	ЧМ	НЯ	ССК
ГБ	2,64	-8,17	-10,67	14,82	-11,30	5,67	-15,60	-17,58	-3,93	-12,39	-2,38
ИБС	-2,53	-8,88	-4,86	8,10	-6,79	-17,34	4,67	-2,85	-13,44	-9,00	0,89
ХОБЛ	-2,12	-13,76	-11,00	9,44	17,21	19,88	12,21	7,90	14,51	11,88	12,10
ДОА	5,99	-5,06	-6,80	2,94	19,64	16,71	27,02	19,41	19,55	19,47	4,70
TNM	-11,42	-2,26	-15,98	-18,13	-16,03	-12,11	24,77	11,99	12,65	-12,62	-1,79
SD	-12,78	-2,60	-15,40	-0,34	-2,26	-6,00	2,16	-5,10	-2,07	-12,45	-4,30

Примечания: жирным шрифтом выделены значимые различия для уровня 0,95; отрицательные значения указывают на преобладание показателей в выборке больных.

Как видно из данных таблицы 2, наблюдается большое количество достоверных различий в уровне КО различных типов между выборкой условно здоровых лиц и страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями. Это в значительной мере подтверждает гипотезу о том, что КО являются важным фактором формирования внутренней

картины болезни, а значит, могут определять характер протекания лечения и ремиссии. Разумеется, нужны масштабные лонгитюдные исследования, которые позволили бы ответить на вопрос, как меняется профиль КО под влиянием постановки диагноза, срывов в лечении и при выходе в ремиссию. Однако даже в рамках представленного пилотажного исследования можно сделать важные выводы и сформулировать перспективные гипотезы.

Заключение. Полученные результаты существенно уточняют и эмпирически подтверждают идеи специалистов в сфере психосоматики и задают важные ориентиры для развития психотерапии и психологического сопровождения лиц, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, а также находящимися в стадии восстановительного лечения. Фактически представленные данные определяют измеряемые маркеры для прогноза эффективности лечения и результативности реабилитационных мероприятий, связанные с наличием/отсутствием динамики в сфере профиля КО пациентов.

Намечается важное направление в плане прогноза развития тяжелых соматических заболеваний, а в случае развития болезни – выстраивания стратегии взаимодействия в системе «врач - больной» с учетом особенностей восприятия и мышления пациента с тем или иным типом нарушения. На основании полученных результатов можно сделать вывод о значимости применения когнитивно-поведенческого подхода и рационально-эмотивной психотерапии в качестве необходимых мер воздействия на пациента для обеспечения эффективности лечения. Именно эти направления позволяют работать с негативными установками, ограничивающими убеждениями, менять сферу представлений человека, в том числе относительно жизнеопределяющих событий и процессов.

Полученные результаты убедительно иллюстрируют факт патологического влияния ментальных процессов в виде когнитивных ошибок на принятие решений и в оценке оперативной ситуации индивидом. Полученные данные доказывают необходимость дальнейшего лонгитюдного исследования предпосылок к возникновению и протеканию тяжелых заболеваний во взаимосвязи с профилем когнитивных ошибок личности. Предполагается, что работа такого рода позволит повысить качество коммуникации в системе «врач - пациент», а также заложит основания для профилактики развития подобного рода заболеваний, их отслеживания и предупреждения на ранних стадиях путем изменения структуры мышления и, соответственно, отношения личности к значимым аспектам жизнедеятельности, стратегий реагирования, принятия решений и поддержания здоровья.

Список литературы

1. Легостаева Е.С. Методологические предпосылки исследования когнитивных ошибок.

// Современная наука в теории и практике. Часть IV / Научный ред. д-р пед. наук, проф. С.П. Акутина. М.: Издательство «Перо», 2018. С.53-72.

2. Иванова Е.С., Ратникова Е.М., Томилов Е.В. Экспериментальная методика оценки когнитивных ошибок личности: данные пилотажного исследования. // В мире научных открытий: мат-лы XVIII Межд. научно-практ. конф. М.: Центр научной мысли, 2015. С.42-47.

3. Иванова Е.С., Томилов Е.В. Математическая модель когнитивно-личностных особенностей в зависимости от типа принадлежности к религиозной традиции // Education, Science, and Humanities Academic Research Conference. США, Сан-Франциско, 2017. С.65-87.

4. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. Практикум по психотерапии. СПб.: Питер, 2002. 544 с.

5. Ахапкин Р.В., Маслова М.А. Когнитивные нарушения при непсихотических депрессивных расстройствах. Российский психиатрический журнал. 2015. № 1. С.43-50.

6. Бобров А.Е., Файзрахманова Е.В. Особенности когнитивных искажений у больных с разными вариантами тревожных расстройств // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. 2016. С. 68-69.

7. Захарова М.Л. Особенности дисфункциональных отношений у больных с разными формами невроза // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2013. № 35-2. С.68-75.

8. Захарченко Д.А., Петриков С.С., Рамазанов Г.Р., Варако Н.А. Когнитивные искажения у пациентов с церебральным инсультом в остром периоде заболевания // Оказание скорой медицинской и неотложной медицинской помощи раненым и пострадавшим при массовом поступлении. 2016. С. 135-136.

9. Иванова Е.С., Шилова Л.М. Особенности когнитивных ошибок, алекситимии и уровня стресса мужчин и женщин, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями. // Психологическое благополучие современного человека. 2018. Т. 1. С.94-102.

10. Основные итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения Свердловской области в 2016 году. Аналитический отчет / Министерство здравоохранения Свердловской области ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики», 2017. 26 с.