

**IV Международный Съезд Ассоциации  
Когнитивно-Поведенческой Психотерапии**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ**

**26-29 апреля 2018 года**

**Санкт-Петербург  
СИНЭЛ  
2018**

**УДК 615.851(063)**

**ББК 53.57я43**

**Ч-52**

**ISBN 978-5-6040424-8-9.**

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии.  
Международный съезд (Санкт-Петербург) (4; 2018).

IV Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, 26-29 апреля 2018 года : сборник научных статей / [Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии]. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2018. – 148 с.

**ISBN 978-5-6040424-8-9.**

**УДК 615.851(063)**

**ББК 53.57я43**

**Ч-52**

© Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

© Ковпак Д. В

## СОДЕРЖАНИЕ

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В КПТ ..... 10**

**Кейт С. Добсон, Франк М. Даттилио,  
Николаос Казантзис  
Перевод: Биллиг-Горбунова Е. А**

### **ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНОГО СТИЛЯ ПРИНЯТИЯ НА НЕГАТИВНОЕ НАСТРОЕНИЕ В ВЫБОРКЕ ВЫЛЕЧИВШИХСЯ ОТ ДЕПРЕССИИ ..... 25**

**Кейт С. Добсон, Алиса Р. Сингер  
Университет Калгари (Калгари, Канада)  
Перевод: Ласкова Ю. О.**

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПОДДЕРЖКИ ОНКОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВЕ КОГНИТИВНО - ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ..... 58**

**Долганина О.А, Шабалина В.В.  
Красноярский краевой клинический  
онкологический диспансер  
им. А.И. Крыжановского**

### **ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ ..... 67**

**Ковшова О. С.  
Кафедра медицинской психологии и психотерапии  
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России**

### **МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ПРИНЦИПЫ И ПРИМЕНЕНИЯ ..... 76**

**Джон С. Марковитс, Мирна М. Вайсман  
Перевод: Гиниятова А. В.**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ КАК  
ПОВЕДЕНИЕ ..... 86**

**Мельник Ю.И.  
ПетрГУ, Карельское отделения Ассоциации  
Когнитивно-Поведенческой Психотерапии**

**ВОЛНЫ УОЛТЕРА ..... 97**

**Попов М. В.  
Красноярский государственный педагогический  
университет им. Астафьева**

**ЧИТАЯ ДЖУДИТ БЕК: В ПОИСКАХ  
ФИЛОСОФСКИХ СО-ЗВУЧИЙ .....103**

**Попов М.В.  
Красноярский государственный педагогический  
университет им. Астафьева**

**ТРЕНИНГ СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ В  
СТРУКТУРЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ  
ПСИХОТЕРАПИИ..... 115**

**Ромек В.Г.  
Донской государственный технический  
университет**

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ КПТ И  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ  
ОВЛАДЕНИЯ ПОВЕДЕНИЕМ: ЧТО ОБЩЕГО  
МЕЖДУ ОНЕЙРОСОМ, РАЦИОНАЛЬНЫМ  
УБЕЖДЕНИЕМ И КОПИГ-КАРТОЧКОЙ ..... 119**

**Ромек Е. А.  
Южный Федеральный Университет**

## **Дорогие друзья и уважаемые коллеги!**

Мы рады видеть вас на нашем долгожданном и тщательно подготовленном мероприятии — Четвертом Международном Съезде Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии и СВТ Forum - КПТ Форуме! Уже в четвертый раз, помимо обычных конференций и съездов АКПП, мы соберемся широким кругом профессионалов и единомышленников вместе с нашими иностранными коллегами и партнерами для того, чтобы поделиться своим текущим видением тактики, стратегии и перспектив когнитивно-поведенческой терапии. Также на Съезде нашей организации мы хотим обсудить ее насыщенную работу, общие итоги, планы и перспективы. За прошедший и текущий год сделано очень много важной научной, методологической, организационной, просветительской и практической работы. Наша Ассоциация в сентябре 2017 года на конгрессе Европейской ассоциации поведенческой и когнитивной терапии (ЕАВСТ) стала ее аффилированным членом. Наша Ассоциация стала полноценным образовательным ресурсом для специалистов в России и целого ряда других странах. Наше общероссийское объединение специалистов давно шагнуло за пределы отечественной страны, и насчитывает многие сотни активных участников в ближнем и дальнем зарубежье. Открылись проекты обучения Базового курса АКПП для специалистов в Казахстане и Китае. Мы стремимся к тому, чтобы преподавание и практика была на самом высоком профессиональном уровне и мировых стандартах качества. С этой целью только за последний год мы совместно с издательством «Питер» выпустили три зарубежных монографии основателей когнитивной терапии и ведущих ее специалистов: «Когнитивная терапия расстройств личности» А. Бека и А. Фримена, «Свобода от тревоги» Р. Лихи и «Когнитивно-поведенческая терапия от основ к направлениям» Дж. Бек, и ряд книг отечественных авторов.

За девятнадцать лет существования организации было много различных мероприятий, в том числе семинаров, конференций, собраний и даже съездов, но в этот раз наш творческий коллектив смог организовать новый большой и представительный формат мероприятия, в том числе с участием и наших коллег из ближайших зарубежных стран, стран Европы, и снова наших уважаемых коллег из Китая. Несомненными хедлайнерами Форума и Съезда выступают Президент Международной Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии (IACP) Мехмет Сунгур и Президент Канадской Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Терапии профессор Кейт Добсон. Мы надеемся, что современные интерьеры отеля Хилтон Экспофорум вдохнут свежее дыхание для осуществления нового смелого проекта нашей Ассоциации - СВТ Forum - КПТ Форума и позволят всем нам провести эти незабываемые весенние дни в насыщенном, плодотворном и дружеском общении!

Ковпак Д. В.,  
председатель Ассоциации  
Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

## **Организационный комитет**

### ***Ковпак Дмитрий Викторович,***

Председатель Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей, клинической психологии и педагогики СЗГМУ им. И.И. Мечникова, вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации, сопредседатель секции КПТ Российской Психотерапевтической Ассоциации

### ***Ковпак Алиса Игоревна,***

Кандидат психологических наук. директор по развитию Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, клинический психолог Центра Эмоциональной Коррекции, директор сети КПТ-центров ВеСВТ (Санкт-Петербург)

### ***Зрютин Максим Александрович,***

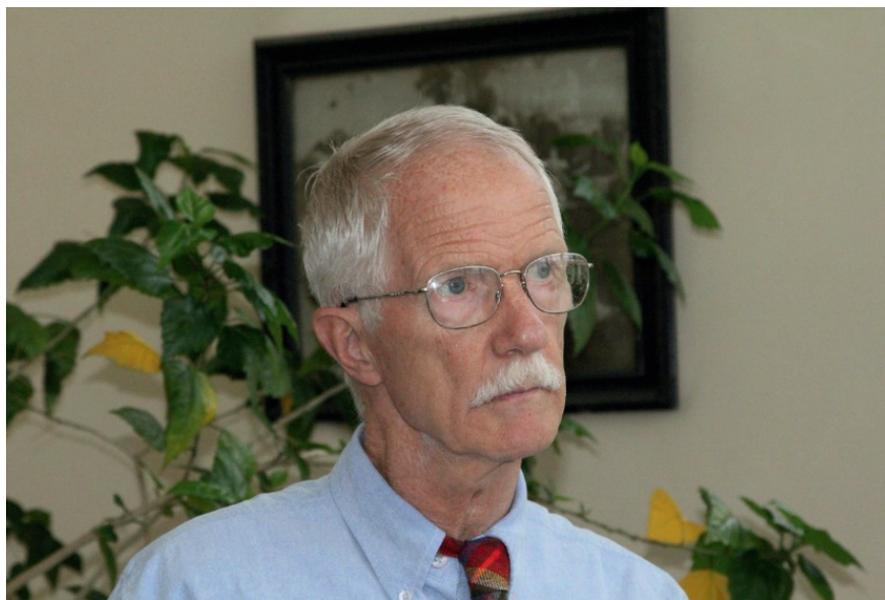
Медицинский психолог, сертифицированный специалист по схематерапии, руководитель Поволжского отделения Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии

## IN MEMORIAM

С глубоким прискорбием сообщаем о том, что наш дорогой друг и учитель, основатель проблемно-ориентированной психотерапии, профессор факультета психологии в Бернском Университете, экс-руководитель программ обучения и исследований психологической службы Швейцарской армии Андреас Блазер ушел от нас 2 марта 2018 года. Он был нашим другом и наставником, человеком широчайшей души и бескорыстной доброты, с удивительной щедростью и тактом делившийся своими фундаментальными знаниями, бесценным опытом и глубокой мудростью. 24-26 мая 2013 года он провел свой единственный семинар в Санкт-Петербурге и по его приглашению летом 2014 года мы с радостью встретились, организовали и провели его семинар по основам и навыкам проблемно-ориентированной психотерапии в Берне. Это были незабываемые и волнующие дни. Разговоры за фирменным швейцарским блюдом - рёшти, которым нас угощал Андреас, его экскурсия по любимым местам Берна и потрясающие рассказы о психотерапии, истории цивилизации, Швейцарии и Берна, и, конечно же истории о психотерапии, психотерапевтах и история психотерапии, живым свидетелем и соучастником которой он был на протяжении многих десятилетий оставили неизгладимые впечатления. Его смелые взгляды в будущее и потрясающая открытость, доброта, поддержка и личная скромность были для нас бесценным подарком, ярким примером для развития и личностного роста, и радость от такого общения еще долго согревала нас. Мы общались с ним в переписке много раз в году. Он присылал свои статьи и обсуждал разные темы в психотерапии, и в том числе много писал о развитии нашей Ассоциации. Он каждый раз поздравлял нас со всеми праздниками и днями рождения, создавая непередаваемую атмосферу тепла, открытости, уюта в отношениях и удиви-

тельной дружбы, стирающей границы, разницу в возрасте и статусе. Очень больно терять друзей, пронзительно больно терять подлинных наставников, искренних и светлых людей, настоящих ориентиров для своей жизни, духовного отца и учителя во всех его лучших проявлениях. Ты навсегда останешься в памяти и сердце своих друзей и последователей, дорогой Андреас! RIP

Д. В. Ковпак



## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В КПТ**

*Кейт С. Добсон, Франк М. Даттилио, Николаос Казантзис*

*Перевод: Биллиг-Горбунова Е. А*

Терапевтические отношения - это больше, чем просто необходимое условие для психологического вмешательства - они крайне важны для эффективной работы. Поскольку взаимодействие клиент-терапевт происходит в контексте терапевтических процессов и интервенций, то можно было бы даже сказать, что все в рамках сессии связано с отношениями, не имея в виду, что все терапевтические эффекты связаны с общепринятыми факторами (Kazantzis, Cronin, Norton, Lai, & Hofmann, 2015). Тем не менее, чёткого определения терапевтических отношений и их значения для КПТ не достаёт в нашей профессиональной литературе.

Терапевтические отношения можно лучше всего определить, как обмен между терапевтом и клиентом, который появляется с тем, чтобы поделиться интимными мыслями, убеждениями и эмоциями для содействия изменениям. Данные отношения характеризуются безопасной, открытой, безоценочной атмосферой, которая внушает доверие и уверенность. Данное определение отличается от понятия «терапевтический альянс» тем, что альянс представляет собой союз, основанный на терапевтических отношениях и включает в себя согласованность стратегий и взаимобменнов, которые обеспечивают изменения. Альянс образуется из терапевтических отношений и основывается на знаниях и навыках терапевта, вместе с обеспечением надлежащей заботы. Он сочетает волю и мотивацию клиента с увлечённостью терапевта для активизации изменений.

В первые годы эволюции КПТ в области психологии и психотерапии доминировало психоаналитическое мышление. Психоанализ делает акцент на терапевтическом взаи-

модействии между клиентом и терапевтом как на механизме, за счет которого происходят изменения. Аарон Т. Бек, который сам прошёл подготовку по психоанализу, позже продолжил заниматься исследованием, которое поддерживало идею о том, что клиенты могут научиться совершать собственные намеренные изменения в содержании и процессе своего мышления и что такой метод проведения психотерапии может снизить эмоциональный дистресс и улучшить функционирование клиента. На Бека также повлияла работа Карла Роджерса и его терапевтическая триада - эмпатия, искренность и положительная оценка. Те из нас, кто являлся непосредственным свидетелем работы Бека, заметили эти влияния. Бек добр и эмпатичен по отношению к своим клиентам, а также надлежащим образом использует чувство юмора, чтобы выразить положительную оценку и оптимизм в отношении улучшения достижений и функционирования. Он также имеет ясную и стойкую веру в способность клиента быть тем, кто совершает изменения.

В этой главе мы определим основные параметры терапевтических отношений в КПТ и поразмышляем о некоторых из вышеупомянутых качеств, которые имеют решающее значение для формирования эффективных терапевтических отношений.

### ***Общие элементы***

Любая эффективная оценка или интервенция в терапии зависит от нескольких компонентов. Во-первых, клиенты нуждаются в чувстве уважения, ценности и комфорте, с тем, чтобы они могли проявить свою уязвимость и поделиться своим личным опытом, независимо от эмоциональной значимости их перспективы. Порой мы можем столкнуться с гневом клиента на самой первой сессии, что может заставить нас стать ещё лучшими слушателями, так как мы видим боль и страх клиента. Этот сложный вид взаимодействия требует спокойного, устойчивого и искреннего эмпатичного ответа, который не всегда легко осуществить.

Существует несколько общих элементов терапевтических отношений в КПТ (см. Рисунок 1.1), включая навыки консультирования и слушания терапевта, выраженная эмпатия и соответствующее выражение положительного отношения (например, подбадривание и положительное подтверждение). Другие общие элементы включают стремление к получению обратной связи от клиента, достижение конгруэнтности и подлинности, а также результат этих усилий - доверие клиента, взаимное уважение и положительную межличностную связь.

Мы часто предоставляем нашим клиентам опыт взаимоотношений отличный от того, с которым они сталкивались ранее. И этот новый опыт дает им возможность приобрести более широкий взгляд при оценке других людей, отношений и мира. Чем больше информации мы имеем о клиенте и о ее или его истории отношений в когнитивной концептуализации кейса, тем более эффективно мы можем соединить эти общие элементы для того, чтобы начать процесс изменения убеждений. Мы часто помогаем нашим клиентам посмотреть на мир с новой точки зрения, открыв для них двери к новым возможностям.

Отличным примером такого процесса отношений является история, рассказанная одним из наших старших коллег, об опыте, который он имел несколько лет назад. Однажды, когда он сидел в своем кабинете, ему позвонил бывший пациент, которого он лечил 30 лет назад. Звонящий сообщил, что он только что получил повышение на руководящую должность в своей компании и убирал свой стол в преддверии переезда. Он очевидно наткнулся на визитку нашего коллеги и решил рискнуть и позвонить ему. «Я не знаю помните ли вы меня, но вы лечили меня несколько десятков лет назад, когда я был в колледже. « Не удивительно, что терапевт не помнил его, но старался быть вежливым и душевным с тем, кто звонил. Мужчина довольно настойчиво рассказывал о своих воспоминаниях, когда он был студентом в колледже и как обратился к нашему коллеге, так

как он был суицидален. «Я был очень близок к тому, чтобы совершить самоубийство в те дни, и вы, действительно, помогли мне изменить жизнь. « Звонящий затем рассказал, как хорошо он устроился в жизни и сообщил, что теперь он женат и имеет несколько детей, а также достиг значительного успеха в мире бизнеса. Когда наш коллега эгоистично спросил: «Что ж, не могли бы вы рассказать немного о том, что я такого сделал, что помогло вам добиться таких монументальных изменений?». Мужчина подумал минуту и ответил: «О, я не знаю, правда просто вы были сами собой». Многие из наших клиентов ценят наши искренность, честность и связь. Однако, эта ценность означает больше, чем просто быть «хорошим человеком» как терапевт: наша манера отношений может радикально изменить глубинные убеждения наших клиентов о других людях и о мире».

Второй основной общий элемент в терапевтических отношениях - это рабочий альянс. Эта концепция имеет долгую историю в психотерапевтической литературе, но определение, которое дал Бордин (1979), было принято широким кругом и подтверждено эмпирически. Бордин предположил, что альянс включает в себя реляционную «связь» и отводит главную роль взаимному уважению и симпатии, также как открытому изложению «договорённостей» в отношении приоритетов в сессии и лечения в целом. Любая сессия, где не ведётся работа с проблемами, из-за которых клиент начал терапию или с тем, что беспокоит его наиболее сильно - это плохая сессия. Отношения становятся напряжёнными если есть несоответствие в приоритетах, если идеи терапевта доминируют над идеями клиента, или если клиент настаивает на повестке сессии, которую не разделяет терапевт. Аналогичным образом могут возникнуть проблемы, если заявленные цели сессии и фактическая работа на сессии не согласуются.

Раннее терапевтическое взаимодействие, описанное в кейсе Йохана, представленное в главе 1, иллюстрирует возможные трудности терапевтического альянса. В этом кейсе

терапевт прилежно проходил через соответствующие шаги информированного согласия и попытался получить более конкретную информацию о трудностях, которые привели Йохана в терапию, в то время как Йохан пытался лучше понять человека, которого он видел первый раз в жизни. Ответ Йохана «Не совсем» на вопрос терапевта «Не хотели бы вы начать с того, чтобы рассказать мне, что привело вас сюда сегодня?» ясно демонстрирует, что его повестка сессии отличалась от той, что была у терапевта. Этот ответ также показывал большую часть тревоги, которую Йохан испытывал в мире, трудность в понимании себя в контексте его взаимоотношений с другими людьми и стойкий паттерн подозрительности при рассмотрении мотивов других людей. Вдумчивый ответ терапевта Йохану расходился с теми ответами, которые он обычно получал от окружающих, и как оказалось, это также отличалось от ответов его предыдущих терапевтов, которые «сдались». Йохан также повел себя на сессии неуместно, когда злобно отметил ассоциацию между проституцией и платными услугами терапевта; этот намёк окончательно показал представления Йохана о «фальшивости, неискренности и недобросовестности мотивов других людей».

Эффективные терапевты должны научиться не брать на свой счет неприличное или грубое поведение своих клиентов, вместо этого им необходимо работать с этими клиентами, чтобы найти продуктивное использование того, чем они делятся. На первом сеансе с Йоханом терапевт принял мудрое решение потратить сессию на то, чтобы поделиться ценностями, что помогло изменить тон взаимодействия на взаимный обмен и позволило Йохану осознать, что его собственные ценности «честность, добросовестность и внимание к другим» разделялись профессией психолога, даже если специалисты могли выражать эти ценности различным образом. Эта дискуссия позволила начать процесс достижения взаимопонимания с Йоханом и его проблем. Оказалось, что Йохан не только верил в то, что он должен действовать осторожно с другими людьми, но когда они плохо обращались с ним (и как ни парадоксаль-

но, это было часто вызвано его собственным поведением по отношению к другим), он рассматривал эти действия как признак того, что их нужно «поставить на место». Терапевт уточнил: «Итак, если бы вам казалось, что я в конечном итоге буду осуждать и отвергну вас, то неудивительно, что вы бы встретили это с некоторой враждебностью - это, безусловно, один из способов прощупать почву».

Общие элементы	Специфические элементы КПТ	Когнитивная концептуализация и техники
Выраженная эмпатия, выраженное позитивное отношение, рабочий альянс, обратная связь, поддерживать структуру сессии с соответствующей повесткой	Сотрудничество, Эмпиризм и Диалог Сократа, Концептуализация когниций и эмоций терапевта	Совместная концептуализация кейса, объединение стратегии для изменений, последовательное использование техник в качестве стратегий когнитивных изменений
Благоприятствует доверию, взаимному уважению, предоставляет другой реляционный опыт и развивает гибкость в убеждениях относительно других людей	Способствует активному участию клиента, внутренней мотивации и владению терапевтическим процессом	Способствует изменению в когнициях (содержание и обработка), генерализации и поддержанию изменений через работу между сессиями.

Рисунок 1.1. Резюме специфических действий терапевта и предполагаемый результат общих и специфических для КПТ элементов терапевтических отношений.

Другие общие элементы терапевтических отношений включают в себя способность терапевта работать с клиентом над созданием структуры сессии, следовать этой структуре в соответствующем темпе и запрашивать обратную связь до, во время и после интервенций и сессий.

### ***Специфические элементы КПТ***

Три основных элемента КПТ - сотрудничество, эмпиризм и сократический диалог. Эти элементы постоянно подчёркиваются в данном тексте, особенно в кейсах, описанных в последующих главах.

Что касается первого элемента - сотрудничества, КПТ предлагает клиентам занять активную роль в терапевтическом процессе, в то время как терапевт берет на себя роль соавтора или проводника - человека, который может содействовать прогрессу клиента в достижении его или ее желаемой цели (целей). Этот акцент на клиенте как на том, кто совершает изменения, сильно отличается от других видов терапий, в которых клиент может занимать более пассивную роль. КПТ отдаёт приоритет активному участию, что также отличается от подходов, где терапевт занимает пассивную роль, выступая в качестве так навязываемого «отражающего изменения инструмента», или в терапиях, где терапевт может говорить или советовать клиенту что делать. (Kazantzis, Freeman, Fruzzetti, Persons, & Smucker, 2013). Например, мы обычно не говорим о «согласии» на лечение. Скорее мы будем думать о «приверженности» плану лечения, который был составлен совместно, но мы также можем рассмотреть «обязательство» в качестве последнего термина, который отражает взаимное терапевтическое партнёрство. Фактически, термин «сотрудничество» в КПТ означает «совместная работа» (Beck, 1995; Dattilio & Hanna, 2012; Tee & Kazantzis, 2011), и это способствует активному участию клиента в терапевтическом обмене как особой функции терапевтических отношений в КПТ. Хотя такие отношения в идеале отражают баланс того вклада, который делают участники терапии, бывают случаи, когда терапевт может взять на себя инициативу, а также те случаи, когда клиенту предлагается возглавить работу либо на сессии, либо между ними. Мы уделим особое внимание сотрудничеству в последующих главах, а пока, важно выделить его как первый, специфический для КПТ элемент терапевтических отношений. Мы приглашаем вас принять участие во втором упражнении по саморефлексии о вашем собственном стиле терапии в конце главы.

Второй элемент КПТ - отношений, эмпиризм, описывает как мы помогаем клиенту выработать более «научный» способ оценки его или ее опыта. В противополож-

ность тому, как клиенты могут порой прийти на терапию, находясь под сильным влиянием различных когний и эмоций, мы помогаем клиенту посмотреть на эти переживания как на косвенные измерения событий, происходящих в их окружении, и мы особенно внимательно уделяем объяснению того, как оценивать и справляться с этими событиями. Важно помнить, что эмоции клиента являются ценными индикаторами их первоначального дистресса, а также их прогресса в терапии. Подобному тому как изменения в процессе мышления клиентов являются важным аспектом КПТ, также важны и изменения в их эмоциональном опыте. Действительно, фокус внимания на эмоциях помогает КПТ терапевтам подбирать интервенции для каждого клиента и поддерживать их вовлеченность в терапевтическую работу, переносить сложные времена, и видеть в трудностях возможности для развития. Использование переживаний клиента в качестве показателя эффективности интервенций помогает им стать любознательными, исследующими и подкрепляет в том, чтобы задавать сложные вопросы, которые могут подвергать сомнению само устройство их существования.

Сократический диалог, третий элемент КПТ, включает в себя ряд консультационных навыков, таких как - опрос, резюмирование, эмпатичное слушание, и предоставление клиенту возможности идентифицировать и разрешать противоречивые точки зрения. Если клиенты смогут исследовать свои собственные психологические процессы также, как это делает терапевт на сессии, то они могут развить способность задавать вопросы и увеличить дистанцию и наблюдать за своим субъективным опытом. Если терапевт опирается на Сократический диалог как на способ открытия новых идей, то у клиента может появиться более явное чувство владения своей терапией. В главе 5 подробно описывается использование Сократического диалога в направляемом открытии.

## ***Когнитии и эмоции терапевта***

Раннее взаимодействие, описанное в случае с Йоханом, наглядно показывает, как КПТ терапевт может передавать свои личные ценности как профессионал, и в некоторой степени, те ценности, которые в целом важны как человек. Эта коммуникация служит как часть процесса сотрудничества в лечении. Терапевт, имеющий личные ценности внимания, доброты, и вдумчивости наиболее вероятно предпримет дополнительные усилия, чтобы вспомнить детали о жизни каждого из своих клиентов, а затем привнесёт эти детали в терапевтическую сессию, когда это будет уместно. Эта уникальная ценность каждого клиента может быть важна для клиентов с давними реляционными проблемами, так как в противном случае они могут чувствовать незащищённость и уязвимость перед односторонней передачи информации. Конечно, степень внимания терапевта к личной жизни клиента лимитирована границами, которых важно придерживаться по этическим причинам. Некоторые терапевты могут использовать уместное самораскрытие с тем, чтобы создать для клиента иной реляционный опыт. Во многих отношениях развитие и поддержание фокуса внимания на проблемах клиента требует больших сил и стойкости.

С целью сохранения фокуса внимания в терапии на клиенте, мы выступаем за концептуализацию системы убеждений терапевта и уделение внимания активации убеждений терапевта при обучении и супервизии. Очевидно, что те эмоции и физиологические проявления, которые проявляются у терапевта в сессиях часто являются дополнительным полезным индикатором. Элементы на рисунке 1.2 показывают связь определённых позитивных и негативных глубинных убеждений терапевта о себе и других со схемами и ценностями.

Мы рекомендуем нашим читателям использовать два полезных предположения, когда они стараются поддерживать безоценочное принятие по отношению к клиенту. Во-первых, мы предполагаем, что психотерапия подразуме-

вает отношения, которые ограничиваются обсуждениями, в первую очередь, клиента, его мира, проблем и способностей справиться с жизнью. Хотя существуют различные взгляды относительно того, в какой степени самораскрытие терапевта полезно и важно в терапии, раскрытие личной информации о терапевте не всегда приносит пользу. В действительности, в некоторых случаях это может быть даже контртерапевтичным, в зависимости от времени и способа предоставления этой информации.

Ценности	Схемы	Глубинные убеждения
Делать дела хорошо,	Жёсткие стандарты	Я неудачник (способный, вдумчивый)
Скромность	Самопожертвование	Люди осуждают (принятие) Люди важны

*Рисунок 1.2. Иллюстрация связи между ценностями, схемами и глубинными убеждениями в системе убеждений терапевта.*

### **Упражнению на саморефлексию**

Мы приглашаем вас рассмотреть некоторые определённые предположения о формировании терапевтических отношений с вашими клиентами:

1. «Если у меня есть негативные мысли и/или чувства по отношению к клиенту, он или она, вероятно, заметят эту реакцию и проявят ответную отрицательную реакцию»
2. «Я могу служить в качестве ... миру, как добрый, терпеливый и принимающий человек, который ценит каждого человека, сидящего в данной комнате со мной»
3. «Принять клиентов означает не судить или не пытаться изменить их, но это моя обязанность поддерживать их, если они желают изменений своих взглядов или поведения»

Во-вторых, стиль терапевта гарантирует внимательность, когда он или она учитывают свои когниции и эмоции. Что является нормой для одного терапевта, может быть некомфортным для другого. Каждый терапевт имеет свои сильные и слабые стороны, и способность развивать

общие навыки, такие как эмпатическое понимание. Многие терапевты, которые изучают модель психотерапии будут пытаться перенять стиль ведущей фигуры или сторонника. Хотя данная стратегия может быть изначально полезной, мы призываем практикующих специалистов развивать своё собственное самопонимание и свой собственный наиболее комфортный стиль, так как это позволяет лучше сосредоточиться на потребностях клиента.

В главе 1 мы предложили вам выявить свои собственные ценности. Теперь мы предлагаем вам связать эти ценности с вашим стилем работы в терапии. Для некоторых терапевтов ценность «делать дела хорошо» может проявляться в хорошо структурированном подходе, в то время как другие будут предпочитать подвижность и гибкость. Для других терапевтов, быть не под контролем и не контролировать других, проявлять теплоту, великодушные и поддерживающую манеру взаимодействия, может быть решающим в терапевтических отношениях. Опять же, схожие ценности могут привести терапевтов к различным межличностным стилям в работе с клиентами. Эти ценности могут быть выражены одними в спокойном стиле, тогда как другие терапевты могут предпочесть быть более активными.

Терапевты, предпочитающие быть более вдумчивыми, добрыми, терпимыми, прощающими, решительными, дисциплинированными, анализирующими, эффективными, терпеливыми, или с чувством юмора, вероятно, демонстрировали бы настолько отличные смыслы этих понятий, в зависимости от того, кто их идентифицировал. Очевидно, эти термины не имеют «универсальных» определений. Мы приглашаем вас поразмышлять что делает вашу терапевтическую практику уникальной в вашем собственном стиле с вашей конкретной рабочей нагрузкой. Этот процесс допускает, что все практикуют КПТ по-разному и все, что мы называем сегодня может измениться через год или через 20 лет.

### ***Упражнению на саморефлексию***

Мы приглашаем вас пять минут поразмышлять с какого конца континуума вы предпочитаете работать и посмотреть, как ваши ценности проявляются в практике. Например, вы можете отметить на континууме «Инструктивный» в какой степени ваша повестка сессии гибка или структурирована, и подумать какие ценности лежат в основе данной стили. Цель данного упражнения заключается в том, чтобы связать ваши ценности с вашим терапевтическим стилем, а не осуждать или оценивать.

Инструктивный: Гибкий --- Структурированный

Рабочий: Спланированный --- Спонтанный

Эмоциональная экспрессия: Низкая ----- Высокая

Активное участие: Дистанцированный --- Выраженный

Область внимания: Сфокусированный --- Обширный

### ***Адаптировать, ориентируясь на характеристики клиента***

Также как каждый клиент уникален, уникальны и каждые терапевтические отношения. Наша задача заключается в том, чтобы сделать наши КПТ интервенции подходящими к сильным сторонам и способностям каждого из наших клиентов. С современными знаниями и методами исследования, мы ограничены наблюдением поведения во время сессии. Улыбка клиента или зевание в ответ на нашу улыбку или зевание может привести к гипотезе об активации зеркальных нейронов, но в конечном итоге мы должны зависеть от нашего представления о поведении клиента в сессии, чтобы понять его или ее ежедневный межличностный стиль.

Многие из техник КПТ привлекают клиентов к процессу выявления мыслей и эмоций, что связано с пониманием их собственного эмоционального опыта и способности распознавать эмоции других людей. КПТ терапевтам необходимо внимательно следить и точно считывать проявление эмо-

ции в сессии или избегание эмоций, и понимать трудности, связанные с отношениями, описанные клиентами в других сферах жизни.

(Klumpp, Fitzgerald, Angstadt, Post, & Phan, 2014; Mayer, Salovey, & Caruso, 2008; Samoiloв & Goldfried, 2000; Siegle, Carter, & Thase, 2006). Таким образом, в самом реальном смысле, мы помогаем нашим клиентам развивать эмоциональный интеллект. (Hezel & McNally, 2014; Muris, Mayer, Vermeulen, & Hiemstra, 2007; Spek, Nyklicek, Cuipers, & Pop, 2008). КПТ также включает в себя работу с настоящим моментом, что требует определённого количества исполнительных функций, чтобы отслеживать аспекты опыта во время коммуникации и сознательно препятствовать использованию неработающих стратегий из прошлого (Johnсо, Wuthrich, & Rapee, 2014; Mohlman, 2013; Snyder, 2013).

КПТ предлагает клиентам отслеживать и анализировать свои мыслительные процессы, такие как избирательное внимание, предвзятость (необъективность) памяти, и другие потенциально дисфункциональные пути формирования их переживаний. Таким же образом, выявление и оценивание убеждений о мыслях и мыслительных процессах (т.е. мета-когниции) требуют определённых аспектов интеллектуального функционирования, таких как рецептивный и экспрессивный язык, и способность к абстрактному мышлению (Sasso & Strunk, 2013; Waters, Mogg, & Bradley, 2012).

Клиенты с низким уровнем интеллекта, проблемами грамотности, с алкогольным синдромом плода, синдромом дефицита внимания и гиперактивности, психозами, или имеющие в анамнезе черепно-мозговые травмы или чрезмерное употребление алкоголя или наркотиков, или те, кто может испытывать начало деменции, будут нуждаться в особой чувствительности терапевта и навыках использования КПТ. (см. Рис. 1.3)

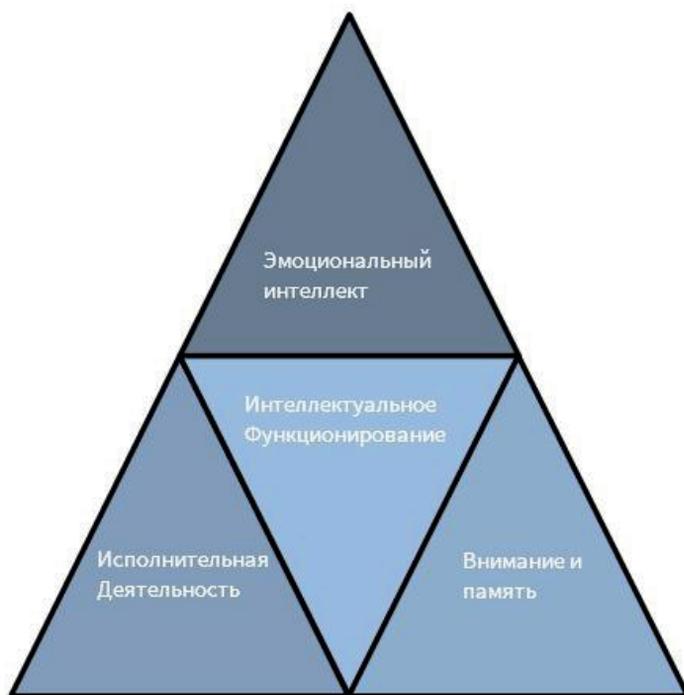


Рис. 1.3. Краткое описание атрибутов клиента, которые требуются при использовании КПТ

### ***Когнитивная концептуализация кейса и адаптивное отношение***

Хотя компетентное использование КПТ зависит от обучения и эффективности использования фундаментальных навыков консультирования, эти элементы требуют квалифицированной и чуткой адаптации для каждого клиента на каждой сессии. То, что может воспринято как эмпатичное и поддерживающее одним клиентом, может быть истолковано другим как покровительство и унижение. Поведение каждого терапевта рассматривается через набор ценностей, убеждений и предположений клиентов. Следовательно, КПТ терапевты должны постоянно идти по тонкой и постоянно меняющейся линии, чтобы быть уверенными, что их

навыки соответствующим образом адаптированы и несут пользу для их клиентов. В следующей главе мы поговорим как когнитивная концептуализация служит основой для адаптации наших общих навыков терапевтических отношений для каждого клиента в каждой сессии.

Источник: Николаос Казантис, Франк М. Даттилио, Кейт С. Добсон: Психотерапия для психологов: Определение терапевтических отношений в КПТ. Гилфорд Пресс: Великобритания.: 8-19 стр. - 2017

## **ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНОГО СТИЛЯ ПРИНЯТИЯ НА НЕГАТИВНОЕ НАСТРОЕНИЕ В ВЫБОРКЕ ВЫЛЕЧИВШИХСЯ ОТ ДЕПРЕССИИ**

*Кейт С. Добсон, Алиса Р. Сингер*

*Университет Калгари (Калгари, Канада)*

*Перевод: Ласкова Ю. О.*

Предыстория: В настоящем исследовании использовался экспериментальный план для изучения: (1) прогностических факторов способности участия в принятии у лиц с историей депрессии и (2) эффекта принятия на состояние негативного настроения и изменение отношения к чувству печали. Методы: Шестьдесят пять вылечившихся от депрессии участников получили указания по метакогнитивному стилю принятия перед вызыванием негативного настроения. Степень, в которой участники участвовали в принятии затем оценивалась независимыми экспертами. Результаты: Сорок процентов выборки не смогли придерживаться установки принятия. Участники с более высоким уровнем тревожности и более ярко выраженными негативными установками по отношению к печали были менее склонны к принятию. Участники, которые оптимально участвовали в принятии, продемонстрировали более значительное снижение выраженности своего негативного настроения и усиление метакогнитивных убеждений о принятии после использования методики по сравнению с теми, кто не смог придерживаться принятия. Выводы: Судя по этим результатам, обучение принятию может оказаться трудным процессом; при этом могут иметь место поддающиеся выявлению индивидуальные различия, которые предсказывают способность участия в принятии. Обсуждается значение этих результатов для будущих исследований и клинической практики. *Depression and Anxiety* 26:471–479, 2009 / Депрессия и тревожность 26:471-479, 2009. 2008 Wiley-Liss, Inc. (Уайли-Лисс, Инк.)

## **ВВЕДЕНИЕ**

В теории обработки информации выдвигается предположение о том, что лица, ранее страдавшие депрессией, подвержены риску рецидива, поскольку они склонны предаваться руминации (глубокому размышлению или так называемой умственной жвачке) или застревать на причинах низкого настроения, когнитивного стиля преодоления трудностей, что еще больше закрепляет отрицательные когнитивные установки и, таким образом, предрасполагает людей к рецидиву депрессии в будущем. Исследование свидетельствует о том, что тенденция к размышлению о причинах пониженного настроения может предсказать депрессию в будущем, а лица, которые сообщили о более высоких уровнях негативных когнитивных стилей, самокритики, зависимости, потребности в эмоциональной поддержке и истории предыдущих эпизодов депрессии, с большей вероятностью будут предаваться руминации в ответ на подавленное настроение. Лица, которые предаются руминации, считают, что у руминации имеются преимущества, причем понимание негативного опыта и совершенствование процесса решения проблем являются наиболее подтвержденными причинами руминации [4]. Однако, исследование продемонстрировало, что руминация на самом деле связана с более пессимистичным мышлением и нарушением процесса решения проблем при наличии негативного настроения [5]. В последние годы появились психосоциальные интервенции, обучающие людей развитию установки принятия, а не руминации, в ответ на негативные переживания [6,7].

Когнитивная терапия, основанная на осознанности [МВСТ] [8], была разработана специально для предотвращения рецидива депрессии, причем она предположительно действует путем повышения метакогнитивной осознанности людей и принятия негативных мыслей и чувств. Под метакогнитивной осознанностью понимается та степень, в которой негативные мысли и чувства воспринимаются просто как мысли или чувства, а не аспекты самого себя или непо-

средственное отражение истины [9]. Люди начинают осознавать настоящий момент и оценивают мысли и чувства просто как события, происходящие в сознании, что предотвращает эскалацию процесса глубокого размышления [1]. В сочетании с отношением к отрицательным эмоциям в некоторых случаях предлагается метакогнитивное осознание и принятие с целью предотвращения эскалации нормальных негативных эмоций до более высоких уровней депрессии и, возможно, снижения риска возникновения нового клинического эпизода большого депрессивного расстройства. В двух рандомизированных исследованиях был продемонстрирован тот факт, что МВСТ снижает риск рецидива на 22-42 % по сравнению с обычным лечением, однако предотвращает рецидив только у тех пациентов, которые пережили, как минимум, три предыдущих эпизода депрессии [9,10].

Несмотря на многообещающие выводы относительно эффективности МВСТ и большого количества доказательств того, что когнитивная терапия является эффективным методом лечения депрессии, [11] имеется лишь малое количество доказательств в поддержку предлагаемых механизмов, лежащих в основе терапии. Для изучения теоретических основ МВСТ были проведены предварительные экспериментальные исследования [12,13]. Сингер и Добсон [12] разработали экспериментальный протокол для изучения влияния различных метакогнитивных процессов, в том числе принятия, на вызываемое негативное настроение и изменение отношения к печали. Восемьдесят перешедших в стадию ремиссии, ранее страдавших от депрессии участников были случайным образом распределены для прохождения обучения использованию метакогнитивного стиля руминации, отвлечения внимания, принятия или (без обучения) контроля перед вызыванием негативного настроения. Участникам были даны указания думать вслух при использовании когнитивной техники, причем та степень, в которой они принимали участие в рандомизированной когнитивной задаче, оценивалась независимыми экспертами. В итоговые анали-

зы были включены только те участники, которые оптимально принимали участие в рандомизированном методе, определяемом априорными критериями приверженности. Было обнаружено, что руминация продлевает интенсивность негативного настроения, равносильно отсутствию обучения, в то время, как и отвлечение, и принятие уменьшают интенсивность негативного настроения. Однако, изменения в отношении (установках) были обнаружены только в условиях принятия, поскольку эти участники продемонстрировали пониженный уровень негативных установок по отношению к негативным переживаниям.

Неожиданный вывод из исследования Сингера и Добсона заключался в том, что, несмотря на то, что участники в условиях руминации и отвлечения продемонстрировали относительно высокий уровень приверженности, одна треть участников в условиях принятия затруднилась с применением техники и не отвечала критериям оптимальной приверженности. В порядке наблюдения можно отметить, что многие из не приверженных участников повысили осознанность в том, что касается негативных переживаний, но затем продемонстрировали подбадривание, заявив о том, что сумели преодолеть негативные эмоции или что они справились с ними ранее. Данная модель поведения указывала на то, что когнитивный стиль принятия может быть трудным для изучения и реализации. Важным шагом в исследовании когнитивных стратегий, основанных на принятии, является дальнейшее изучение потенциальных клинических и когнитивных факторов, связанных со способностью или невозможностью участия в принятии.

Учитывая тот факт, что в последнее время внимание сконцентрировано на видах интервенции по лечению депрессии, основанных на принятии, важно выявлять лиц, которые могут испытывать трудности при обучении принятию для того, чтобы врачи и исследователи могли разрабатывать интервенции для оказания помощи при преодолении препятствий к обучению принятию или для того, чтобы этим

лицам предлагались другие интервенции. Настоящее исследование было разработано с целью воссоздания и углубления наших предыдущих исследований, причем его цель была двойной. Первой целью было исследование клинических и когнитивных прогностических факторов той степени, в которой участники были способны принять участие. Потенциальными прогностическими факторами были измерительные инструменты, связанные с метакогнитивными установками по отношению к опыту и текущей симптоматике (тревожность, депрессия). Сегал и соавторы [8] приводят описание того, как люди, испытавшие «ужасность» депрессии, могут осуществлять попытки избегания или ухода от депрессии в моменты потенциального возникновения рецидива депрессии. По этой причине было выдвинуто предположение о том, что люди, которые не смогли участвовать в принятии, продемонстрировали бы более негативные установки по отношению к печали и меньше установок принятия до изучения метакогнитивной техники.

Предполагалось, что текущие симптомы, включая депрессию и тревожность, также могут оказывать влияние на способность участия в принятии. Исходя из теории о том, что люди, которые вылечились от депрессии, склонны придерживаться негативных убеждений о негативных эмоциональных состояниях, было выдвинуто предположение о том, что активные симптомы депрессии могут оказывать отрицательное влияние на способность к принятию негативного настроения. Кроме того, тревожность является общим коморбидным фактором с депрессией, а также появляются новые свидетельства того, что люди, страдающие тревожными расстройствами, также имеют негативные метакогнитивные убеждения в том, что касается эмоциональных состояний [14]. Поэтому было высказано предположение о том, что тревожность также может мешать способности к принятию негативного аффекта.

Вторая цель настоящего исследования состояла в том, чтобы изучить влияние принятия на вызываемое негатив-

ное настроение и на метакогнитивные установки по отношению к печали. Теория указывает на то, что принятие должно привести к сокращению продолжительности переживания негативного настроения у лиц, ранее страдавших от депрессии. Поскольку это предположение подтверждено результатами наших предыдущих экспериментальных исследований, была выдвинута гипотеза о том, что лица, которые были не в состоянии участвовать в принятии, дольше демонстрировали бы негативное настроение после вызываемого настроения по сравнению с участниками, которые оптимально участвовали в принятии. У лиц, обученных принятию переживаний печали и участвовавших в непосредственном опыте принятия, также должна уменьшаться вероятность проявления негативных метакогнитивных установок по отношению к переживаниям печали и повышаться вероятность проявления установки принятия [1]. Таким образом, была выдвинута гипотеза о том, что участники, которые были в состоянии оптимально участвовать в непосредственном опыте принятия, продемонстрировали бы повышенную вероятность принятия по отношению к депрессивному опыту и пониженную вероятность проявления негативных и позитивных установок по отношению к негативным переживаниям после применения метакогнитивной техники, в то время как те лица, которые были неспособны участвовать в принятии, не продемонстрировали бы никаких изменений в своих метакогнитивных установках.

## ***МЕТОДЫ***

### ***УЧАСТНИКИ***

Для проведения исследования было набрано семьдесят два человека. К критериям включения для участия относились статус взрослого человека (возраст от 18 до 65 лет) и соответствие критериям диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам - IV - пересмотренный текст [DSM-IV-TR] [15] по имевшему место в прошлом большому депрессивному расстройству, как

определено едиными критериями, указанными Франком и соавторами [16] по «ремиссии» или «выздоровлению» от большого депрессивного расстройства. Ремиссия определялась как период неудовлетворения критериям большого депрессивного расстройства в течение более 2 недель, а также оценки менее 13 баллов по шкале оценки депрессий Бека - второе издание [BDI-II]. [17] С другой стороны, для того, чтобы испытуемый отвечал критериям выздоровления, у него должны были отсутствовать соответствующие симптомы в течение периода более 6 месяцев, причем эти критерии считаются более строгими. В настоящее исследование были включены как находящиеся в ремиссии, так и излечившиеся от депрессии лица, поскольку ремиссия отражает возможность того, что лица, ранее пережившие депрессию, по-прежнему страдают от слабо выраженных симптомов и, следовательно, подвержены рецидиву. К опирающимся на выводы Тисдейла и соавторов [18] и Сингера и Добсона [12] критериям исключения относились: (1) наличие в анамнезе сведений об эпизодах мании или гипомании в прошлом (поскольку это свидетельствовало бы о наличии у испытуемого биполярного расстройства, а не большого депрессивного расстройства), (2) наличие в анамнезе сведений о шизофрении или шизоаффективном расстройстве, (3) злоупотребление психоактивными веществами в настоящий момент, расстройство пищевого поведения или обсессивно-компульсивное расстройство, а также (4) органическое психическое расстройство или первазивное расстройство развития.

### ***ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ***

Структурированное клиническое интервью для диагностики. Структурированное клиническое интервью для диагностики-I [SCID-I] [19] – это полуструктурированное интервью для постановки диагноза оси I по DSM-IV-TR. Для обеспечения согласия между экспертами опытный эксперт просмотрел 12 интервью SCID. Согласие между экспертами составило 100%.

Шкала оценки депрессии Бека - вторая редакция. Шкала оценки депрессии Бека - вторая редакция BDII [17] представляет собой самозаполняемый опросник, содержащий 21 вопрос. При помощи этого опросника осуществляется оценка текущих уровней депрессивной симптоматики. BDI-II демонстрирует отличную внутреннюю согласованность ( $\alpha$  по Кронбаху = 0,93) и устойчивость результатов повторного тестирования [ $r = 0,93$ ] [17].

Шкала оценки тревожности Бека. Шкала оценки тревожности Бека [BAI] [20] – это самооценочная шкала, содержащая 21 пункт. При помощи этой шкалы оценивается текущий уровень тревожности участников. У BAI отличная внутренняя согласованность ( $\alpha$  по Кронбаху = 0,92) и очень хорошая устойчивость результатов повторного тестирования [ $r = 0,75$ ] [20].

Шкала установок по отношению к отрицательному опыту. Шкала установок по отношению к отрицательному опыту [ATNES] [12] была создана для целей предыдущего исследования, поскольку в тот момент, когда разрабатывалось настоящее исследование, не было достоверного или надежного измерительного инструмента для депрессивных переживаний (т. е. состояния негативного настроения). В ATNES имеются три под-шкалы с 5 вопросами, посредством которых осуществляется измерение позитивных и негативных убеждений о депрессивных переживаниях и принятии негативных переживаний.

Под негативной установкой понималось убеждение в том, что руминация является полезной стратегией преодоления трудностей (к примеру, «Когда я много думаю о своих переживаниях печали, это помогает мне справиться с печалью», «Когда я много думаю о своих проблемах, это помогает мне найти ответы о том, как справиться с ними», а также «Когда у меня начинается депрессивное состояние, концентрация внимания на этих чувствах помогает мне осмыслить их»). Под негативной установкой понималось убеждение в том, что депрессивные переживания неуправляемые и вред-

ные, что они приводят к попыткам сознательного контроля мышления (к примеру, «Безопаснее избегать негативных мыслей и чувств», «Когда случается что-то плохое, я пытаюсь избегать и контролировать депрессивные мысли, которые приходят ко мне в голову», «Я предпочитаю отвлекаться от депрессивных мыслей и чувств»). Под установкой принятия понималось убеждение в том, что к переживанию можно подойти без оценочных суждений (к примеру, «Концентрировать внимание на настоящем моменте полезно для уменьшения депрессивных переживаний», «Допустимо чувствовать себя подавленным время от времени», а также «Я считаю, что негативные мысли и чувства – это просто проходящие события, которые происходят в сознании»).

Отношение к негативному опыту оценивалось по пятибалльной шкале следующим образом: 1 - сильно не согласен, 2 – не согласен, 3 - нейтральное отношение, 4 - согласен и 5 - полностью согласен. Общая оценка позитивной установки, негативной установки и установки принятия была определена исходя из ответов на каждый набор вопросов. Коэффициент Кронбаха для выборки из 80 вылечившихся лиц, ранее страдавших от депрессии, составил 0,76 для позитивных установок, 0,67 для негативных установок и 0,53 для установки принятия. [12]

Визуальная аналоговая шкала. Участники оценивали степень своего негативного настроения с помощью визуальной аналоговой шкалы (VAS), ставя косую черту вдоль линии 10 см. На одном конце VAS было представлено значение «0» с дескриптивным словом «позитивный» и «10» на другом конце с дескриптивным словом «негативный». Шкала VAS использовалась в предыдущих исследованиях по вызыванию негативного настроения [13].

### ***АЛГОРИТМ ОБУЧЕНИЯ***

Потенциальные участники были набраны из программ психического здоровья взрослых людей в области Калгари и рядовых представителей общественности. Предоставив ин-

формированное согласие, лица выполнили предварительную оценку при помощи визуальной аналоговой шкалы. Затем их опросили по SCID, и они заполнили опросник «Шкала оценки депрессии Бека» (BDI-II) с целью определения их пригодности для участия. Была собрана демографическая информация, а также текущая и прошлая история лечения. Участники, которые не отвечали критериям пригодности, заслушали отчет, после чего их поблагодарили за интерес в участии. Участники, которые отвечали критериям отбора, но не отвечали критериям исключения, впоследствии выполнили предварительную оценку настроения при помощи визуальной аналоговой шкалы, а также прошли исследование при помощи инструментов для измерения потенциальных прогностических факторов принятия, ВАІ и ATNES.

Затем участникам были даны указания по принятию в форме словесной инструкции, разработанной для предыдущего экспериментального исследования [подробное описание алгоритма обучения см. в Singer and Dobson / Сингер и Добсон [12]]. Длительность периода обучения составила приблизительно 10 минут. Участникам также была выдана карточка-шпаргалка, на которой было приведено четыре или пять утверждений, напоминавших им о том, как участвовать в принятии. Участников научили доводить свое осознание до настоящего момента. Их попросили регистрировать свои мысли и чувства, позволить им присутствовать в данный момент и просто осознавать их присутствие [8]. В частности, им были даны указания «принять этот опыт» и поверить в то, что (принять убеждение о том, что) «печаль является частью человеческого опыта» и «эти мысли в моей голове, вот как обстоят дела сейчас».

Для настоящего исследования была выбрана добровольная процедура вызывания настроения с наивысшей вероятностью вызывания негативного настроения [21]. Она состояла из двух компонентов: 1) воспроизведение музыки, приводящей к переживанию соответствующего настроения и 2) автобиографические воспоминания о событиях, вызы-

вающих негативное настроение. В качестве музыки использовался записанный на скорости вдвое медленнее 5-минутный фрагмент «Адажио-минор», автором которого является композитор Альбини. Суть задачи по воспоминаниям заключалась в том, что от участников требовалось вспомнить три события, которые заставили их чувствовать себя одинокими, отвергнутыми, пораженными или обиженными. Три события постепенно становились более печальными и более неприятными, причем участники вспоминали их подробно, в деталях: «воспоминания о всем том, что произошло и как они себя чувствовали» [22]. Каждый участник проходил процедуру вызывания настроения поодиночке.

В конце процедуры вызывания настроения экспериментатор возвращался в комнату и просил участников оценить свое настроение при помощи визуальной аналоговой шкалы VAS. Предыдущие исследования показали, что для ранее страдавших от депрессии людей, перешедших в состояние ремиссии, когнитивная уязвимость доступна в тот момент, когда она активизируется при помощи негативного настроения [23]. По этой причине, в соответствии с предыдущими исследованиями [ср. Teasdale и Fogarty / Тисдейл и Фогарти [24]], для проверки успешности проведения процедуры вызывания настроения был необходим минимальный отрицательный сдвиг настроения на 2 значения (2 см на линии 10 см), причем в настоящее исследование были включены только те лица, которые отвечали критериям вызывания настроения. Пятнадцать участников не отвечали критериям вызывания настроения, по причине чего они не были включены в окончательный анализ.

67 участников, которые отвечали критериям успешного вызывания настроения, попросили применить навыки, полученные ими в ходе обучения, которое они прошли ранее за 5 минут. Экспериментатор выходил из комнаты, а участники оценивали свое настроение при помощи шкалы VAS каждые 30 секунд, причем в качестве напоминания использовался «звуковой сигнал», воспроизводимый при помощи

магнитофона. Два участника не смогли согласованно оценить свое настроение при использовании техники и не были включены в окончательные процедуры анализа. Для того, чтобы гарантировать тот факт, что обучение было проведено надлежащим образом, была адаптирована процедура из стандартных протоколов о мыслях вслух [25]. Участники периодически давали устное описание своих текущих мыслей, когда они занимались манипуляциями и оценивали свое настроение. Эти описания были записаны на аудиопленку и впоследствии расшифрованы.

В конце экспериментальной манипуляции участники выполняли посттест-измерения зависимых переменных, VAS и ATNES. Также была собрана информация о предполагаемой стратегии участников и эффективности стратегии преодоления трудностей. Для того, чтобы оценить эффекты и требуемые характеристики экспериментатора, участникам был задан вопрос касательно их восприятия цели исследования и их мнения о том, насколько заслуживающим доверия был экспериментатор. В частности, их попросили оценить, насколько полезной была техника и насколько внушающим доверие был экспериментатор по 7-балльной шкале Лайкерта. Затем была собрана окончательная оценка, и каждому участнику было предложено вызывание позитивного настроения при помощи воспоминания о счастливом событии [22] в соответствии с предоставленным для проведения исследования Одобрением Этического комитета научного совета. После этой процедуры участников поблагодарили, и они выслушали отчет.

Для того, чтобы подвести итог по процедуре исследования, участники выполнили: (1) скрининг на пригодность (SCID, BDI-II и VAS), (2) предманипуляционные измерения посредством VAS, BAI и ATNES, (3) обучение принятию, после чего последовала оценка при помощи VAS, (4) вызывание настроения с последующей оценкой при помощи VAS с целью определения, было ли у них успешно вызвано соответствующее настроение, (5) использование обучения

принятию при оценке настроения каждые 30 секунд посредством VAS и (6) постманипуляционные измерения при помощи VAS и ATNES и их восприятие исследования.

Та степень, в которой участники были привержены выполнению этой задачи, впоследствии была определена посредством независимой оценки обученным экспертом (K.S.D. и S.C., аспирант уровня Ph.D.) [12]. Каждое описание оценивалось по степени использования принятия при помощи 7-балльной рейтинговой шкалы (1 = никогда, 3 - иногда, 5 = часто и 7 = всегда). В частности, экспертам было дано указание оценить ту степень, в которой участники придерживались установки, при которой они замечали и принимали настоящий опыт, включая такие заявления, как «Хорошо. Мне грустно. Это мой опыт», «Эти мысли в моей голове, вот как обстоят дела сейчас» и «Я могу принять этот опыт». Экспертам было дано указание, что подтверждение негативного настроения (к примеру, «Я могу справиться с этим переживанием. Оно пройдет») не было примером принятия. На основе данных 20 участников показатель надежности между мнениями экспертов составил 0,80. Один эксперт (S.C.) продолжал оценивать описания.

## ***РЕЗУЛЬТАТЫ***

### ***РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УЧАСТНИКОВ ПО ГРУППАМ ПРИНЯТИЯ/НЕПРИНЯТИЯ***

Экспериментальное исследование прошли шестьдесят пять участников. Было принято априорное решение использовать граничные баллы для распределения участников по группам принятия/непринятия в соответствии с исследованием Сингер и Добсон [12]. Под группой принятия понимались участники, получившие оценку 5 или более по шкале Лайкерта (что отражает тот факт, что они участвовали в принятии, по крайней мере, большую часть времени), тогда как под группой непринятия понимались участники, получившие оценку 4 или менее. Проверка данных показала, что этот граничный балл соответствовал распределению дан-

ных. Для всей выборки в совокупности значение медианы составило 5,0, а среднее значение - 4,46 (SD = 1,90). Шестьдесят процентов выборки (39 участников) были отнесены к группе принятия, а 40 % (26 участников) были отнесены к группе непринятия.

### ***ОПИСАТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ВЫБОРКИ***

Шестьдесят шесть процентов выборки составляли женщины, причем 92 % были белыми/европеоидами. В общей сложности 43 % выборки были женаты/замужем, а 37 % были одиночками. Двадцать четыре процента получили университетскую степень, а 12 % – аттестат о среднем общем образовании. Сорок три процента были заняты полный рабочий день, а 28 % являлись в тот момент студентами. Девяносто пять процентов выборки находилось в полной ремиссии от депрессии, причем 52 % из них имели три или более предыдущих эпизода депрессии. Шесть участников (9 %) имели на тот момент другое психическое расстройство (т.е. социальная фобия, специфическая фобия, дистимия). Семнадцать процентов участников на тот момент обращались за медицинской помощью, а 37 % на тот момент принимали антидепрессанты. Семьдесят семь процентов выборки ранее проходили лечение медикаментами, а 72 % имели прошлый опыт психотерапии или консультирования. Описательные данные по участникам каждой группы представлены в таблице 1.

Были проанализированы демографические и медицинские информационные переменные для того, чтобы определить, имеются ли какие-либо статистически значимые различия между группами принятия и непринятия. Дисперсионный анализ (ANOVA) использовался в случае с непрерывными переменными, тогда как анализ  $\chi^2$  использовался в случае с категориальными переменными.

Ни по одной из демографических переменных не было никаких существенных различий, ввиду чего в последующих анализах ковариаты (независимые переменные) не использовались.

Были также проанализированы демографические и медицинские информационные переменные для определения наличия каких бы то ни было статистически значимых различий между 15 участниками, у которых не удалось вызвать соответствующее настроение, и теми, у кого оно было успешно вызвано. Также была использована серия однонаправленных ANOVA с целью определения каких бы то ни было первоначальных различий между группами по зависимым переменным (предварительные подшкалы ATNES). Ни один из этих измерительных инструментов не выявил существенных различий между участниками, у которых удалось вызвать настроение, и теми, на кого процедура вызывания настроения не подействовала успешно.

*ТАБЛИЦА 1. Демографическая информация по каждой группе*

Переменная	Группа	
	Принятие (n = 39)	Непринятие (n = 26)
Пол (N, %)		
Женский	28 (71,2)	15 (57,7)
Мужской	11 (28,2)	11 (42,3)
Возраст (среднее значение, среднее квадратическое отклонение SD)	38,8 (13,1)	39,5 (16,6)
Хронический характер (N, %)		
Один или два эпизода в прошлом	19 (48,7)	12 (46,2)
Три или более эпизодов в прошлом	20 (51,3)	14 (53,8)
Возраст манифестации (среднее значение, среднее квадратическое отклонение SD)	22,0 (11,3)	22,8 (17,3)
Количество месяцев нахождения в состоянии ремиссии (среднее значение, среднее квадратическое отклонение SD)	36,7 (46,7)	32,5 (50,7)

### **ТЕСТ НА ПРЕДМЕТ ТРЕБУЕМЫХ ХАРАКТЕРИСТИК/ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАТОРА**

Была проведена серия ANOVA с целью определения наличия различий между группами по в том, что касается их оценки внушения доверия со стороны экспериментатора и их восприятия полезности техники. Между группами по

этим переменным не было никаких значимых различий, из чего можно сделать вывод о том, что, если бы воздействие экспериментатора и требуемые характеристики участников имели место, они были бы эквивалентны между группами принятия и непринятия.

### ***ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СПОСОБНОСТИ К УЧАСТИЮ В ПРИНЯТИИ***

Среднее значение и среднеквадратическое отклонение для каждой группы по потенциальным прогностическим факторам принятия (BAI, BDI-II и подшкалам ATNES) приведены в таблице 2, а интеркорреляционная матрица прогностических факторов и способности участия в принятии представлены в Таблице 3. Пошаговый логистический регрессионный анализ был выполнен с использованием метакогнитивных переменных и прогностических факторов симптомов. Результатом этого анализа явилось определение статуса «принятие»/«непринятие» (Таблица 4). По причине теоретической значимости метакогнитивных убеждений при принятии было принято решение ввести метакогнитивные переменные на первом этапе, чтобы узнать, смогут ли они предсказать способность к участию в принятии. Когда эти прогностические факторы были введены, только подшкала отрицательных зависимостей ATNES значительно предсказывала статус принятия/непринятия. Однако, когда на втором этапе были введены прогностические факторы симптомов, эта шкала из ATNES также стала незначительным прогностическим фактором статуса группы, и только опросник BAI оказался способен значимо предсказывать статус группы. Когда те же анализы проводились с использованием множественного регрессионного анализа со степенью принятия в качестве непрерывной переменной, эти результаты были воспроизведены с тревожностью как с самым сильным прогностическим фактором принятия. Значения корреляции между прогностическими факторами и степенью принятия приведены в таблице 3.

### ***ВЛИЯНИЕ ПРИНЯТИЯ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ***

## **НЕГАТИВНОГО НАСТРОЕНИЯ**

Оценки настроения по каждой группе за 5-минутный интервал представлены на Рисунке 1. Значимых различий между группами в их настроении не было как до, так и после проведения диагностического интервью.

*ТАБЛИЦА 2. Средние значения и среднеквадратическое отклонение по потенциальным прогностическим факторам принятия*

Переменная	Группа			
	Принятие		Непринятие	
	Среднее значение	Средне Квадратическое отклонение	Среднее значение	Средне квадратическое отклонение
ATNES				
Позитивные установки	14,6	3,8	16,2	3,7
Негативные установки	16,1	3,3	17,5	2,6
Установки принятия	18,3	2,9	19,1	2,6
BAI	3,9	3,5	9,0	7,6
BDI-II	3,8	3,5	4,1	3,2

ATNES – Шкала установок по отношению к негативным переживаниям; BAI – Шкала оценки тревожности Бека; BDI-II – Шкала оценки депрессии Бека, второе издание.

Однако, имелись значимые различия между группами по настроению после получения указаний по принятию (до вызывания негативного настроения),  $F(1, 63) = 12,86$ ,  $P < 0,01$ , что указывает на то, что участники, которые не были способны участвовать в принятии, продемонстрировали повышение показателя негативного настроения сразу после получения указаний по принятию, но до проведения процедуры вызывания настроения.

Повторные измерения ANOVA в 2 группах (принятие в сопоставлении с непринятием) x 11 раз (оценка настроения каждые 30 секунд) проводились с целью определения наличия различий между группами по профилю и тенденциям

настроения с течением времени (Рисунок 1). Значения времени по групповому взаимодействию были значимыми,  $F(10, 630) = 2,03$ ,  $P < 0,05$ ; как и основной эффект времени,  $F(10, 630) = 545,52$ ,  $P < 0,001$ ; и основной эффект группы,  $F(1, 63) = 13,50$ ,  $P < 0,001$ .

### ***ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ АНАЛИЗЫ***

Была проведена серия вспомогательных анализов с целью достижения лучшего понимания потенциальных факторов, которые могли бы сделать запутанными результаты, связанные с эффектом принятия негативного настроения. По причине наличия значимого различия между группами повторные измерения ANCOVA в 2 группах (принятие в сопоставлении с непринятием)  $\times$  11 раз (оценка настроения каждые 30 секунд) проводились с целью определения наличия различий с оценкой настроения перед проведением процедуры вызывания настроения в качестве ковариата. Значения времени по групповому взаимодействию были значимыми:  $F(10, 620) = 53,43$ ,  $P < 0,001$ ; как и основной эффект времени  $F(10, 620) = 52,56$ ,  $P < 0,05$ ; и основной эффект группы,  $F(1, 62) = 54,81$ ,  $P < 0,05$ . По причине наличия значимых различий между группами в ВАІ также проводились повторные измерения ANCOVA, причем ВАІ использовался в качестве ковариата. Значения времени по групповому взаимодействию были значимыми:  $F(10, 620) = 53,05$ ,  $P < 0,01$ ; как и основной эффект времени  $F(10, 620) = 512,29$ ,  $P < 0,001$ ; и основной эффект группы,  $F(1, 62) = 516,54$ ,  $P < 0,001$ . Таким образом, ни первоначальные эффекты настроения, ни уровни тревожности не объясняли взаимодействие группы по времени, наблюдаемое в оценках настроения.

*ТАБЛИЦА 3. Интеркорреляционная матрица прогностических факторов и степени принятия*

Переменная	BDI-II	BAI	Позитивные установки по ATNES	Негативные установки по ATNES	Принятие по ATNES	Степень принятия
BDI-II		0,10	0,02	0,13	- 0,08	- 0,10
BAI			0,16	0,17	- 0,08	- 0,33**
Позитивные установки по ATNES				- 0,02	0,27	- 0,32*
Негативные установки по ATNES					- 0,28	- 0,21
Принятие по ATNES						- 0,15

ATNES – Шкала установок по отношению к негативным переживаниям; BAI – Шкала оценки тревожности Бека; BDI-II – Шкала оценки депрессии Бека, второе издание.

\*P < 0,05; \*\*P < 0,01.

### ***ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ НА ПРИНЯТИЕ МЕТАКОГНИТИВНЫХ УСТАНОВОК***

Предманипуляционные и пост-манипуляционные баллы по трем подшкалам ATNES приведены в Таблице 5.

Серия повторных измерений группа x время была проведена для того, чтобы определить наличие различий между группами с течением времени на трех уровнях подшкал ATNES. Имело место значимое взаимодействие «время x группа» по установкам принятия,  $F(1, 63) = 5,91$ ,  $P < 0,05$ . Этот результат имел место из-за того, что участники, которые участвовали в принятии, продемонстрировали повышенные метакогнитивные установки принятия после манипуляций по сравнению с теми, кто не принимал участия. Значимых различий между группами по каким-либо другим подшкалам ATNES обнаружено не было.

*ТАБЛИЦА 4. Анализы логистической регрессии по потенциальным прогностическим факторам статуса принятия/непринятия*

Прогностические факторы	B	Вальд	df	Значимость
Шаг 1: Метакогнитивные прогностические факторы			1	
Позитивные установки по ATNES	0,08	0,98	1	P = 0,32
Негативные установки по ATNES	0,22	4,51	1	P < 0,05
Установки принятия по ATNES	0,16	2,05	1	P = 0,15
Шаг 2: Прогностические факторы симптомов:				
Позитивные установки по ATNES	0,08	0,94	1	P = 0,33
Негативные установки по ATNES	0,16	2,56	1	P = 0,11
Установки принятия по ATNES	0,18	2,26	1	P = 0,13
BAI	0,21	7,50	1	P < 0,01
BDI-II	0,04	0,14	1	P = 0,71

ATNES – Шкала установок по отношению к негативным переживаниям; BAI – Шкала оценки тревожности Бека; BDI-II – Шкала оценки депрессии Бека, второе издание.

## **ОБСУЖДЕНИЕ**

Цели настоящего исследования состояли в том, чтобы исследовать прогностические факторы способности к участию в принятии печали и исследованию влияния обучения принятию на интенсивность вызванного отрицательного настроения и на метакогнитивные установки у лиц, ранее страдавших от депрессии. Было установлено, что 40 % участников настоящего исследования не отвечали критериям, определенным для успешного участия в принятии. При помощи логистического регрессионного анализа было также

установлено, что большее негативное отношение к негативному опыту и повышенному беспокойству предсказывает более низкую способность участия в принятии печального настроения, причем тревожность является более мощным прогностическим фактором. Кроме того, лица, способные к применению когнитивного стиля принятия, продемонстрировали более короткую продолжительность своего негативного настроения и повышение установок принятия после тестирования по сравнению с группой непринятия. Эти результаты были обнаружены в контексте экспериментального проекта с использованием имевшихся процедур оптимизации внутренней валидности.

Вывод о том, что 40 % участников были не в состоянии участвовать в принятии свидетельствует о том, что значительная часть ранее страдавших от депрессии людей, которых обучили принятию в ходе короткого учебного занятия, будут прикладывать немалые усилия для использования данной техники. Кроме того, эти результаты показывают, что методологические процедуры необходимы для оценки степени приверженности экспериментальным исследованиям когнитивной уязвимости, так как нельзя предположить, что простое прохождение процедуры даст требуемый эффект. В самом деле, эти результаты указывают на то, что другим исследователям и клиницистам, использующим интервенцию принятия, возможно, потребуется определить и применять априорные критерии успеха для того, чтобы гарантировать тот факт, что участники действительно будут использовать эту технику. В порядке наблюдения можно отметить, что большая часть участников, которые не отвечали критериям успешного использования принятия, вместо этого использовали то, что можно было бы назвать «ободрением», которое состояло из вербализации, отражавшей осознание негативного опыта с попытками минимизировать, вытерпеть или попытаться преодолеть его. Таким образом, в ходе размышлений вслух они делали такие заявления, как «Все в порядке, я могу справиться с этим пере-

живанием» или «Я могу вытерпеть негативное настроение». В настоящем исследовании не было возможности оценить, смогли ли участники изменить свои метакогнитивные реакции на более полную установку принятия со временем или после повторного обучения. Возможность того, что некоторые участники, обученные принятию, вместо этого используют ободрение, представляет собой интересный вопрос сам по себе. Его изучение можно продолжить в рамках других исследований.

Результаты настоящего исследования предоставляют доказательства касательно факторов, связанных с отношением к принятию. Тревожность препятствует способности участвовать в принятии, а для оптимального участия в метакогнитивном принятии печали может потребоваться спокойное психическое состояние. В ходе официального обучения осознанности участники обращают внимание на свое дыхание [8,26], что, вероятно, помогает им в достижении данного спокойного состояния сознания.

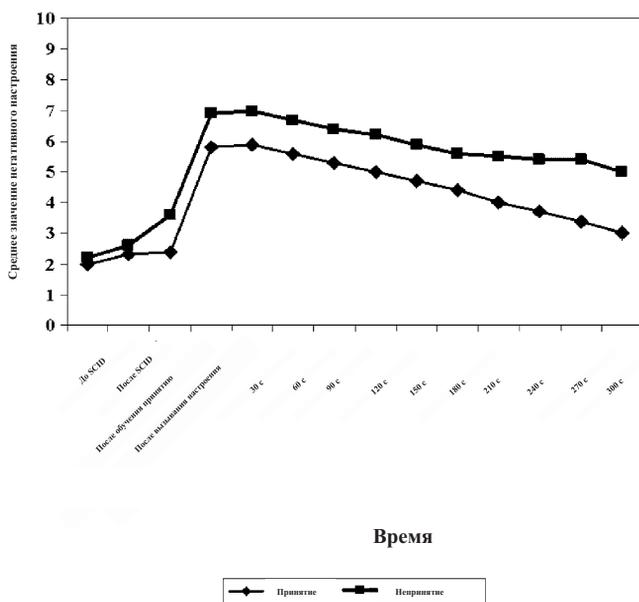


Рисунок 1. Влияние группы на интенсивность вызванного нега-

тивного настроения. Более высокие баллы указывают на большую выраженность подавленного настроения. SCID - структурированное клиническое интервью для постановки диагноза.

В настоящем исследовании мы исследовали когнитивный стиль принятия без учета фокуса на дыхании. Имеется вероятность того, что негативное влияние тревожности могло бы быть уменьшено, если бы в обучении были задействованы элементы дыхания, которые используются в более официальной практике осознанности. В тех случаях, когда тревожность использовалась в качестве ковариата во вспомогательных анализах, эффект принятия негативного настроения оставался значительным.

ТАБЛИЦА 5. *Метакогнитивные установки до и после манипуляции*

Переменная (среднее значение, среднеквадратическое отклонение)	Группа	
	Принятие	Непринятие
ATNES		
Позитивные установки		
До тестирования	14,6 (3,8)	16,2 (3,7)
После манипуляции	15,5 (3,8)	16,1 (4,1)
Негативные установки		
До тестирования	16,1 (3,3)	17,5 (2,6)
После манипуляции	14,7 (3,2)	16,4 (3,3)
Установки принятия		
До тестирования	18,3 (2,9)	19,1 (2,6)
После манипуляции	20,0 (2,4)	19,0 (2,3)

ATNES – Шкала установок по отношению к негативным переживаниям.

Лица, которые с трудом участвовали в принятии, продемонстрировали более негативное отношение к негативному

опыту, тем самым подтвердив убеждения более крупного масштаба о том, что депрессивные переживания вредны, ввиду чего их следует избегать. Эти результаты согласуются с теорией обработки информации, в которой выдвинуто предположение о том, что лица, которые отрицательно оценивали метакогнитивную установку к печали, были вынуждены избегать чувства печали и использовать руминацию в ошибочной попытке предотвратить эскалацию негативного настроения [1]. Наши выводы показывают, что участники, которые одобрили более негативные метакогнитивные установки, с меньшей вероятностью были склонны участвовать в принятии.

По сравнению с участниками, которые оптимально принимали участие, лица, которые не смогли придерживаться принятия, продемонстрировали более негативное настроение сразу после обучения принятию, но до вызывания настроения. Поиск различий перед вызыванием настроения является несколько неожиданным, причем непонятно, почему возникло это различие между группами. Одной из возможных причин этой различия между группами является то, что обучение принятию действовало как подверженность воздействию негативного опыта для участников, которые обычно склонны избегать связанных с депрессией когнитивных и демонстрируют негативное отношение к негативному опыту, что приводит к кратковременному увеличению их печального настроения перед вызыванием настроением. При ковариации (поиске независимых переменных) для оценки настроения перед вызыванием настроения возникла аналогичная картина результатов; участники, которые оптимально участвовали в принятии, продемонстрировали более короткую продолжительность негативного настроения по сравнению с теми, кто не смог использовать принятие.

Вывод о том, что участники, участвовавшие в принятии, в значительной степени уменьшили свое негативное настроение и повысили уровень своей установки принятия, согласуется с теорией обработки информации [1], в которой выдвигается предположение о том, что состояние метаког-

нитивной осведомленности и принятия могло повлиять на негативное настроение и изменить установки вылечившихся от депрессии лиц по отношению к печали. В частности, предполагается, что осознание и принятие препятствуют обработке путем руминации и предотвращают эскалацию слабо выраженных состояний падения настроения до более тяжелой степени депрессии. Эти выводы также обеспечивают предварительную экспериментальную поддержку предлагаемого механизма, лежащего в основе МВСТ, смысл которого состоит в том, что использование принятия может снизить воздействие негативного настроения у людей, подверженных рецидиву.

Несмотря на сильные стороны настоящего исследования, существует несколько ограничивающих факторов, которые требуют рассмотрения. Несмотря на то, что настоящее исследование было разработано с целью повышения внутренней достоверности, методология ограничивает внешнюю обоснованность исследования [27]. К примеру, мы использовали процедуру вызывания настроения, суть которой заключалась в необходимости вспомнить три личных события. Неизвестно, смогут ли люди лучше участвовать в принятии спонтанного, естественного настроения. Кроме того, мы использовали процедуру «добровольного/сознательного» вызывания настроения для того, чтобы довести до максимума вероятность успешного вызывания негативного настроения. Одним из потенциальных ограничивающих факторов такого вызывания настроения являются требуемые характеристики [21], несмотря на то, что в той мере, в которой присутствовали требуемые характеристики, они, по-видимому, имеются между обеими группами в одинаковой степени. Классификация групп принятия/непринятия осуществлялась на основе одного граничного балла с целью обеспечения соответствия нашему предыдущему исследованию, и неизвестно, как этот граничный балл обобщает использование принятия в других условиях. Также утверждалось, что состояние осознанности многогранно,

причем для него характерны такие аспекты как описание, осознание, отсутствие оценочных суждений и нереактивность [28]. Категоризация групп в настоящем исследовании также была основана на одной критерии оценки, ввиду чего мы не смогли оценить потенциальные многогранные аспекты состояния принятия. Кроме того, подшкалы ATNES продемонстрировали только внутреннюю согласованность от низкой до умеренной. Использование опросника с определенной достоверностью и надежностью могло бы повысить наши результаты. Наконец, обучающее занятие было относительно коротким и включало в себя только один сеанс обучения принятию. В случае проведения повторных учебных занятий у большего процента участников имеется возможность пройти обучение и участвовать в принятии.

Несмотря на вышеуказанные ограничивающие факторы, результаты настоящего исследования могут иметь значение для клинической практики и направлений будущих исследований. Мы предоставляем предварительное экспериментальное подтверждение того, что значительная доля лиц, ранее переживших депрессию, будет испытывать трудности с достижением состояния метакогнитивной осведомленности и принятия. Наши выводы также свидетельствуют о том, что тревожность, в частности, может препятствовать способности лиц к развитию принятия подавленного настроения. Несмотря на то, что установки по отношению к негативным переживаниям не так значимы, как роль тревожности, они также сказались на способности участвовать в принятии. Эти результаты свидетельствуют о том, что внимание к и, возможно, некоторое устранение дефектов, связанных как с тревожностью, так и с негативными установками по отношению к негативным переживаниям, могут быть полезными видами интервенции перед обучением метакогнитивному принятию. Настоящее исследование показало, что, несмотря на то, что принятие можно изучать экспериментально, крайне важно использовать процедуры, определяющие степень участия участников в принятии.

Настоящее исследование поддается воспроизведению, при условии применения самых последних и более обоснованных с психометрической точки зрения опросников, которые были разработаны для оценки многогранного характера принятия и осознанности [28]. ATNES также следует усовершенствовать и доработать до того, как его начнут использовать в последующих исследованиях. Дальнейшие экспериментальные исследования по обучению принятию также должны воспроизводить эти результаты при помощи различных условий вызывания настроения. Исследование, в котором изучается степень, в которой ранее страдавшие от депрессии лица могут участвовать в принятии, находясь в спонтанном негативном настроении, могло бы коснуться вопросов, связанных со способом, при помощи которого люди обрабатывают информацию в ходе естественно возникающей дисфории. Наконец, в дальнейших исследованиях следует изучить вопрос о том, может ли способность участвовать в принятии, даже в контексте экспериментальной методологии, прогнозировать рецидив депрессии в рамках продольного исследования.

Выражение признательности. Настоящее исследование было проведено при поддержке гранта Канадских институтов исследований в области здравоохранения, за что авторы выражают свою особую благодарность. Мы также благодарны Аманде Эпп и Стефани Кассин за их помощь. Запросы на перепечатку второго автора следует отправлять на Кафедру психологии, Университет Калгари, Канада, T2N 1N4, Альберта, Калгари (Department of Psychology, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada T2N 1N4).

### ***Список литературы***

1. Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther* 1995;33:25–39. / Тисдейл, Дж.Д., Сигал, З., Уильямс, Дж.М.Г. Каким образом когнитивная те-

- рапия предотвращает рецидивы депрессии и почему должно помогать обучение контролю при помощи внимания (осознанности)? *Behav Res Ther* 1995;33:25–39.
2. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and distress following a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:105–121. / Нолен-Хоексема, С., Морроу, Дж. Перспективное исследование депрессии и дистресса, являющихся последствиями стихийного бедствия: землетрясение Лома Приета 1989 г. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:105–121.
  3. Spasojevic J, Alloy LB. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion* 2001;1:25–37. / Спрасойевич, Дж., Аллой, Л.Б. Руминация как общий механизм, связывающий депрессивные факторы риска с депрессией. *Emotion* 2001;1:25–37.
  4. Watkins E, Baracaia SB. Why do people in dysphoric moods ruminate? *Pers Individual Differences* 2001;30:723–734. Lyubormirsky S, Nolen-Hoeksema S. Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *J Pers Soc Psychol* 1995;69:176–190. / Уоткинс, Э., Баракайя, С.Б. Почему люди в дисфорическом состоянии склонны предаваться руминации? *Pers Individual Differences* 2001;30:723–734. Любомирский С., Нолен-Хоексема С. Влияние сконцентрированной на самом себе руминации на негативное мышление и решение межличностных проблем. *J Pers Soc Psychol* 1995;69:176–190.
  5. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM, editors. *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press; 2004:1–29. / Хэйс, С.К. Принятие и недобровольная госпитализация лечение. В источнике: Хэйс С.К., Фоллетт, В.М., Линехан М.М.,

- редакторы. Психическая вовлечённость и принятие: расширение когнитивно-поведенческой традиции. Нью-Йорк: Гилфорд Пресс; 2004 г.: с. 1-19.
6. Linehan MM, Cochrane BN, Kehrер SA. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In: Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders (3rd ed.). New York: Guilford Press; 2001:470–522. / Линехан, М.М. Кокрэн, Б.Н., Керер, К.А. Диалектическая поведенческая терапия для лечения пограничного расстройства личности. В источнике: Барлоу Д.Х., редактор. Клиническое руководство по психическим расстройствам (3-е изд-е). Нью-Йорк: Гилфорд Пресс; 2001 г.: с. 470-522.
  7. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002. / Сигал, З.В., Уильямс Дж.М.Г., Тисдейл, Дж.Д. Когнитивная терапия на основе психической вовлечённости для лечения депрессии: новый подход к предотвращению рецидива. Нью-Йорк: Гилфорд Пресс; 2002 г.
  8. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol 2000;68:615–623. / Тисдейл, Дж.Д., Сигал, З.В., Уильямс, Дж.М., Риджуэй, В.А., Соулсби, Дж.М., Ло, М.А. Предотвращение рецидива/повторения большого депрессивного расстройства при помощи когнитивной терапии на основе психической вовлечённости. J Consult Clin Psychol 2000;68:615–623.
  9. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. J Consult Clin Psychol 2004;72:31–40. / Ма С.Х., Тисдейл Дж.Д. Когнитивная терапия на основе психической вовлечён-

- ности для лечения депрессии: повторение и изучение дифференциальных эффектов предотвращения рецидива. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:31–40.
10. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 2001;52:685–716. / Чамблесс, Д.Л., Оллендик, Т.Х. Эмпирически обоснованные психологические интервенции: противоречия и доказательства. *Annu Rev Psychol* 2001;52:685–716.
  11. Singer AR, Dobson KS. An experimental analysis of the cognitive vulnerability to depression. *Behav Res Ther* 2007;45:563–575. / Сингер А.Р., Добсон, К.С. Экспериментальный анализ когнитивной уязвимости депрессии. *Behav Res Ther* 2007;45:563–575.
  12. Watkins E, Teasdale JD, Williams RM. Contextual questions prevent mood primes from maintaining experimentally induced dysphoria. *Cognition & Emotion* 2003;17:455–475. / Уоткинс, Э., Тисдейл, Дж.Д., Уильямс, Р.М. Контекстуальные вопросы предотвращают нахождение искусственно стимулированного настроения в экспериментально вызванном дисфорическом состоянии. *Cognition & Emotion / Когниции и эмоции* 2003;17:455–475.
  13. Orsillo SM, Roemer L, Block Lerner J, Tull MT. Acceptance, mindfulness and cognitive behavioral therapy. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM, editors. *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press; 2004:66–95. / Орсилло, С.М., Ремер, Л., Блок Лернер, Дж., Тулл, М.Т. Принятие, психическая вовлечённость и когнитивно-поведенческая терапия. В источнике: Хэйс. С.К., Фоллетт В.М., Линехан М.М., редакторы. *Психическая вовлечённость и принятие: расширение когнитивно-поведенческой традиции*. Нью-Йорк: Гилфорд Пресс; 2004 г.: с. 66-95.
  14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and*

- statistical manual (4th ed. text revised). Washington: Author; 2000. / Американская психиатрическая ассоциация. Диагностическое и статистическое руководство (4-е изд-е, с отредактированным текстом). Вашингтон: Автор; 2000 г.
15. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW. Conceptualization and rationale for consensus definition of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:851–855. / Фрэнк, Э., Приен, Р.Ф., Джарретт, Р.Б., Келлер, М.Б., Купфер, Д.Дж., Лавори, П.У. Концептуализация и обоснование обобщённого определения терминов, связанных с большим депрессивным расстройством: ремиссия, излечение, рецидив и повторение. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:851–855.
  16. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory (2nd Ed.). San Antonio, CA: The Psychological Corporation; 1996. / Бэк А.Т., Стир Р.А., Браун Г.К. Шкала оценки депрессии Бека (2-е изд-е). Сан Антонио, Калифорния: Психологическая корпорация; 1996 г.
  17. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:275–287. / Тисдейл Дж.Д., Мур Р.Г., Хэйхерст Х., Поуп М., Уильямс С., Сигал З.В. Метакогнитивная осознанность и предотвращение рецидива депрессии: эмпирические доказательства. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:275–287.
  18. First MB, Spitzer RL, Gibbons M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders. New York: Biometrics Research Department; 1997. / Ферст М.Б., Спитцер Р.Л., Гиббонс М., Уильямс Дж.Б.У. Структурированное клиническое интервью для расстройств оси I по DSM-IV. Нью-Йорк: Отдел

- биометрических исследований; 1997 г.
19. Beck AT, Steer RA. Beck anxiety inventory. San Antonio, CA: The Psychological Corporation; 1996. / Бэк А.Т., Стир Р.А. Шкала оценки тревожности Бека. Сан Антонио, Калифорния: Психологическая корпорация; 1996 г.
  20. Westermann R, Spies K, Stahl G, Hesse FW. Relative effectiveness and validity of mood induction procedures: a meta-analysis. *Eur J Soc Psychol* 1996;26:557–580. / Уэстерманн Р., Спайс К., Стол Г., Гессе Ф.У. Относительная эффективность и валидность процедур вызывания настроения: мета-анализ. *Eur J Soc Psychol* 1996;26:557–580.
  21. Martin M. On the induction of mood. *Clin Psychol Rev* 1990;10:669–697. / Мартин М. О вызывании настроения. *Clin Psychol Rev* 1990;10:669–697.
  22. Segal ZV, Ingram RE. Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clin Psychol Rev* 1994;14:663–695. / Сигал З.В., Ингрэм Р.Э. Стимулирование настроения и активация конструкторов в тестах на когнитивную уязвимость при униполярной депрессии. *Clin Psychol Rev* 1994;14:663–695.
  23. Teasdale JD, Fogarty SJ. Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory. *J Abnorm Psychol* 1979;88:248–257. / Тисдейл Дж.Д., Фогарти, С.Дж. Дифференциальные эффекты вызванного настроения на извлечение воспоминаний о приятных и неприятных событиях из эпизодической памяти. *J Abnorm Psychol* / Журнал патопсихологии 1979;88:248–257.
  24. Ericsson KA. Protocol analysis: verbal reports as data. Cambridge, MA: MIT Press; 1993. / Эрикссон К.А. Анализ протоколов: вербальные отчеты как данные. Кэмбридж, Массачусетс: МИТ Пресс; 1993 г.
  25. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: the program of the

- stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Dell; 1990. / Кабат-Зинн Дж. Полноценное переживание катастрофы: программа клиники уменьшения стресса в университете Массачусетского медицинского центра. Нью-Йорк: Делл; 1990 г.
26. Kazdin AE. Research design in clinical psychology (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon; 2003. / Каздин А.Э. Планирование исследований в клинической психологии (4-е изд-е). Бостон, Массачусетс: Эллис энд Бэйкон; 2003 г.
27. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 2006;13:27–45. / Баэр Р.А., Смит Г.Т., Хопкинс Дж., Криэтмейер Дж., Тонни Л. Использование самоотчетных методов оценки для изучения аспектов психической вовлеченности. *Assessment / Оценка* 2006;13:27–45.
28. Источник: Депрессия и тревожность 26: 471-479 (2009)

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПОДДЕРЖКИ ОНКОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВЕ КОГНИТИВНО - ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

*Долганина О.А, Шабалина В.В.*

*Красноярский краевой клинический онкологический диспансер*

*им. А.И. Крыжановского*

Актуальность. В последнее время большое внимание уделяется изучению психоэмоционального состояния пациентов с онкологическим статусом. Интерес представляют работы в области онкопсихологии по причине роста заболеваемости злокачественными образованиями. В связи с этим возникает ряд проблем как на индивидуальном, так и на социальном уровне. Это тяжелое испытание и изменение привычного образа жизни, а также разрыв привычных связей. Все это зачастую приводит к депрессии, которая в свою очередь оказывает влияние на иммунную систему. Недаром А.В. Гнездилов говорит, что частым результатом депрессии бывает нежелание жить дальше. Все эти проблемы не только снижают настроение больного, но и отнимают у него необходимую энергию и силу, что, в конечном итоге может отразиться на качестве лечения. В таком состоянии человеку для достижения благоприятного исхода заболевания необходима психологическая поддержка.

Современная онкопсихология задается несколькими вопросами. Первый из них - это какова связь между психологическими чертами личности и возникновением онкозаболевания? Второй вопрос относится уже к влиянию рака на личность и какие ресурсы помогают больному справиться с тяжелым заболеванием, и как личность меняется вследствие заболевания? Третий вопрос относится к психологической помощи и поддержке онкобольных, это также тема для дискуссий.

В каждом конкретном случае на переживания и отноше-

ние к болезни, на ее течение влияют многие психологические факторы, поэтому у психолога могут быть различные цели психодиагностической, психокоррекционной и психотерапевтической работы. Состояние онкобольного также будет зависеть от поддержки со стороны семьи, это существенный вклад в позитивный настрой больного. Структура личности пациента напрямую влияет на отношение к болезни. Более того, данная характеристика является «лакмусовой бумажкой», отражая слабые места и защитные механизмы личности. Процесс адаптации и компенсации напрямую связаны с личностными особенностями пациента. Это процесс, отражающий взаимное влияние друг на друга: процесс адаптации на личностные особенности и наоборот.

Н.А. Русина отмечает: «Рак — это не просто болезнь, это образ жизни и особое смысловое пространство» [11]. Перед клиническими психологами стоит важная задача понимания и поддержки больных и без учета психологических характеристик не обойтись

Целью нашей работы является изучение изменения психологических особенностей женщин со злокачественными образованиями молочных желез после проведения групповой когнитивно-поведенческой терапии.

Материалы и методы. В основу исследования по изучению коррекции психологических особенностей вошли клинические наблюдения за 60 больными со злокачественными образованиями молочных желез, получившими курс комплексной терапии в Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере им. А.И. Крыжановского (2016-2017гг.)

В качестве основной группы было отобрано 8 пациенток, прошедших реабилитационный курс. Критериями отбора явились больные с гистологическим подтверждением злокачественных образований молочных желез всех стадий, за исключением терминальной. Возраст пациенток от 30 до 55 лет, достаточный уровень образованности (не ниже среднего специального).

В проводимом исследовании использовались теоретический анализ, анализ медицинской документации, клиническая беседа, сбор эмпирических данных, анкетирование. Мы использовали такую методику как тест жизнестойкости. Методика С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева. Методы качественной и количественной обработки данных (STATISTICA 6.0; SPSS 13,5).

Показатель жизнестойкости указывает на состояние системы убеждений о себе, мире и отношениях с миром. Этот фактор делится на три автономных компонента. Таких как: контроль, вовлеченность и принятия риска. Высокие показатели данных компонентов говорят о высокой степени совпадения со стрессом в случае кризисных ситуаций. Вовлеченность определяется как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности». Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности. В противоположность этому, отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни. Контроль представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Противоположность этому — ощущение собственной беспомощности. Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь. Принятие риска — это убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного. Человек, рассматривающий жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности обедняющим жизнь личности. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование. Автор методики Д. А. Леонтьев указывает,

что все эти автономные компоненты имеют среднее значение равное норме и определенное отклонение от нее.

Целью программы является оказания психологической помощи и поддержки людям, страдающим онкологическим заболеванием. Повышение уровня жизнестойкости и его автономных показателей у пациентов онкологического профиля по средствам когнитивно-поведенческой терапии.

Для психологической коррекции больных со злокачественными образованиями молочных желез были использованы следующие методы когнитивно-поведенческой терапии: отслеживание и коррекция негативных автоматических мыслей, обучение новым, эффективным поведенческим реакциям, отслеживание собственного состояния на когнитивной континууме, выявление и коррекция когнитивных искажений, ведение дневника.

Наше первичное исследование показало, что пациенты с онкологическим диагнозом имеют сложности с совладением со стрессом, принятием необходимого и вынужденного риска и адекватным оцениванием собственного здоровья и ресурсов. Пациенты относятся к здоровью как конечной точки или цели, которую достигнут в результате выздоровления. Здоровье является «пунктом назначения», нежели процессом со своими факторами влияния.

В результате проведенной коррекционной программы показатели уровня жизнестойкости увеличился на 3, 94%. Показатели уровня «вовлеченности» увеличились на 1,5%. Показатель уровня «контроль» увеличились на 13,53%. Показатель уровня «принятия риска» увеличился на 21,1%. Наибольший рост наблюдается среди показателей уровня «контроля» и «принятия риска».

*Таблица 1 - Результаты исследования до проведения коррекционной программы*

Номер испытуемого	Пол	Уровень общей жизнестойкости по методике Д.А. Леонтьева	Уровень показателя «вовлеченности»	Уровень показателя «контроля»	Уровень показателя «принятие риска»
1	ж	92	34	23	14
2	ж	66	33	21	15
3	ж	78	35	25	24
4	ж	33	42	32	12
5	ж	50	34	18	13
6	ж	76	30	14	9
7	ж	92	36	15	9
8	ж	95	26	22	13
Среднее значение по группе		72,75	33,75	21,25	13,625

В результате проведенной программы уровень жизнестойкости у пациентов с онкологическим заболеванием повысился. Последующая корректировка программы позволяет предполагать повышение показателей общей жизнестойкости, вовлеченности и контроля. Также замечена корреляционная связь между показателями контроля, принятия риска и уровнем субъективной оценки собственного здоровья.

*Таблица 2 - Результаты исследования после проведения коррекционной программы*

Номер испытуемого	Пол	Уровень общей жизнестойкости по методике Д.А Леонтьева	Уровень показателя «вовлеченности»	Уровень показателя «контроля»	Уровень показателя «принятие риска»
1	ж	96	33	26	17
2	ж	68	33	24	20
3	ж	78	35	25	26
4	ж	39	40	35	17
5	ж	57	37	23	15
6	ж	80	32	18	11
7	ж	92	36	17	12
8	ж	95	28	25	14
Среднее значение по группе		75,625	34,25	24,125	16,5

Данный фактор свидетельствует о том, что наличие адекватного отношения к собственному здоровью обратно коррелирует с общим уровнем жизнестойкости и его структурных показателей. Вследствие психологического воздействия путем проведения когнитивно-поведенческой возможно оказать влияние как на уровень жизнестойкости. Изменение механизмов адаптации и влияние на мотивационные структуры, смыслообразующие жизненные факторы и ориентацию на важную для пациента цель возвращают больного к более продуктивной жизни и роли собственной активности в состоянии здоровья. Таким образом, проведенное экспериментально-психологическое исследования психологической программы на основе когнитивно-поведенческой терапии больных со злокачественными образованиями молочных желез позволяет выявить психологические особенности данной категории больных и подтвердить эффективность проведения когнитивно-поведенческих коррекционных мероприятий.

## **Список литературы**

1. Сидоров, П.И., Парняков, А.В. Введение в клиническую психологию: Т. I.: Учебник для студентов медицинских вузов. — М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 416 с.
2. Березовский, А.Э., Крайнова Н.Н., Бондарь Н.С. Самосознание психически больных. Материалы к спецкурсу. Самара, 2001.
3. Ананьев, В.А. Психология здоровья - новая отрасль человекознания.- СПб., 1996.
4. Леонтьев, Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. — 3-е изд., доп. — М.: Смысл, 2007. — 511 с.
5. Филатов, Р.А. Феномен болезни в различных системах знания. // Московский психотерапевтический журнал. — 2002. — № 2(33), апрель-июнь. — С. 5-33.
6. Меграбян, А.А. Деперсонализация / А.А. Меграбян. — Ереван : Армянское
7. Молчанов, В.И. Гуссерль // Современная западная философия. Словарь. М., 1991.
8. Сеченов, И. М. Элементы мысли. — СПб.: Питер, 2001. — 416 с
9. Рубинштейн, С.Л. Бытие и сознание. О месте психического во всеобщей взаимосвязи явлений материального мира. СПб.: Изд-во Питер, 2011— 240 с.
10. Русина, Н.А. Реакции адаптации пациентов онкологической клиники [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2013. — N 5 (22). — Режим доступа: <http://mprj.ru> Дата обращения (11.06.2016).
11. Русина, Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Мир психологии. — 2002. — № 4. — С. 152–160.
12. В.А. Менделевич, Психология в онкологии [Электронный ресурс] // Healthy Nation - специализированный журнал для специалистов в области медицины :

- электрон. науч. журн. — Режим доступа <http://www.healthnation.ru/212>, Дата обращения (06.05.2016).
13. Гнездилов, А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. 2001. №1. С. 5-11.
  14. Урванцев, Л.П. Психология соматического больного // Институт психологии РАН — М.: 1997.—312 с.
  15. Сирота, Н.А., Фетисов, Б.А. Особенности совладающего поведения женщин больных раком молочной железы с внешне видимым послеоперационным дефектом и при его отсутствии // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. — 2014. — N 3 (5). — С. 7 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://medpsy.ru/climp> Дата обращения (16.05.2016).
  16. Липецкий, Н. Н. Психологические особенности отношения к жизни онкологических больных (на примере женщин больных раком молочной железы III ст.) // Молодой ученый. — 2013. — №7. — С. 372-374.
  17. Малкина-Пых, И.Г. Психотерапия онкологических заболеваний. //Московский психологический журнал. —2008 — №12
  18. Саймонтон, К., Саймонтон, С. Психотерапия рака. — СПб: Питер, 2001. — 288 с.
  19. Запесоцкая, И.В. Социально-психологические детерминанты копинг-поведения онкологических больных (на примере больных раком молочной железы) // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. — 2016. — N 1 (11) [Электронный ресурс]. — URL: <http://medpsy.ru/climp> Дата обращения (16.06.2016).
  20. Москвитина, С.А. Особенности личности больных раком молочной железы. 1/ Журнал «Alma mater» (Вестник высшей школы) Специальный выпуск «Премия Менегетти — 2012», 2012.
  21. Сидоров, К.Р. Методика Дембо-Рубинштейн и её

- модификация // Вестник УдмГУ. 2013. №3-1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/metodika-dembo-rubinshteyn-i-eyo-modifikatsiya>. Дата обращения (14.05.2016).
22. Леонтьев, Д.А., Рассказова, Е.И. Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006. — 63 с. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения. Предназначается для профессиональных психологов-исследователей и практиков.
23. Шевченко, Ю.Л. Организация онкологической службы в многопрофильном стационаре: опыт пироговского центра / Ю.Л. Шевченко, О.Э. Карпов, П.С. Ветшев [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова — 2012. — Т. 7, № 2. — С. 31–35.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ**

***Ковшова О. С.***

***Кафедра медицинской психологии и психотерапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России***

Аннотация. В статье рассматриваются факторы риска суицидального поведения в молодежной среде: демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, нарушение временной перспективы. гипотимия, тревожность, отклоняющееся поведение, а также склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, восприятие мира и окружающих как враждебных, глобальный страх неудач и поражений в будущем.

Российская федерация, по мнению ВОЗ – страна с высоким уровнем самоубийств (39 человек на 100 тысяч населения). Особенно актуальна в России проблема суицидального риска в молодежной среде. Частота самоубийств среди подростков увеличилась почти в 3 раза за последние 10 лет. Россия занимает второе место в мире по количеству пубертатных суицидов (14 тысяч несовершеннолетних совершили самоубийство в нашей стране за последние 5 лет). Второй по частоте причиной смерти в молодом возрасте является суицид [1,2,3,4].

По данным исследователей, в возрасте 16-24 года происходит наибольшее число самоубийств, при этом суицидальная активность резко возрастает с 14-15 лет и достигает максимума в 16-19 лет [8,9,10]. Однако истинное желание покончить с собой имеется лишь у 10% случаев, в 90% случаев же суицидальное поведение – это «крик о помощи», стремление молодого человека доказать свою значимость, разрушая себя. Никто не может предотвратить катастрофу

добровольной смерти, однако есть возможность предотвратить катастрофу личности. Таким образом, можно сделать вывод об актуальности проблем, связанных с выявлением молодых людей с высоким суицидальным риском и профилактикой суицидального поведения [5,6,7,8].

Цель: выявить и провести когнитивно-поведенческую терапию психологической дезадаптации личности и риска развития суицидального поведения в молодежной среде.

В основе данного исследования лежит предположение о том, что для построения эффективной профилактики суицидального поведения в молодежной среде необходим комплексный подход по выявлению и коррекции факторов суицидального риска и индивидуально-психологической дезадаптации. Исследование проводилось на базе отделения клинической психологии и психотерапии Клиник СамГМУ.

Методы исследования: Патохарактерологический диагностический опросник личности А.Е. Личко (1983); Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд (2004); Методика диагностики степени удовлетворенности основных потребностей В.В. Скворцовой (1986); Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (1993); Анкета суицидального риска (А. Пералес, университет им. Святого Маркоса, Перу, 1999); Методы математической статистики.

Выборка исследования. Обследовано 128 студентов, обучающихся на 1 и 2 курсах ВУЗов г. Самара, средний возраст которых составил 18 (18,24+0,76) лет, из них 25 (20%) юношей и 103 девушки (80%). Выборку составили 47% студентов, обучающихся на 1 курсе, и 53% - обучающихся на 2 курсе. По семейному положению 98% обследуемых в браке не состоят, 1% состоят в официальном браке и 1% находится в незарегистрированном браке. Проживает с родителями 25% обследуемых, с родственниками – 7%, в одиночестве – 31%, выбрали вариант «другое» - 37%, большинство из которых уточняет, что они проживают с соседями по комнате в общежитии или по квартире. В данный момент не имеет работы

95% обследуемых, работает соответственно 5% обследуемых.

На основе анализа анкеты суицидального риска в выборке были выделены экспериментальная подгруппа, в которую вошли 41 (32%) человек с суицидальным риском, и контрольная подгруппа, в которую вошли 87 (68%) человек, не имеющих суицидального риска.

Анализ результатов структурированного интервью показал, что 28% обследуемых хотя бы раз в жизни имел желание умереть. (Из них 50% обследуемых имели такое желание в течение последнего года). Хотя бы раз в жизни задумывались о самоубийстве 18%, (из которых 39% задумывались об этом в течение последнего года). Планировали самоубийство 4%, (из которых 20% - в течение последнего года). Совершали попытки самоповреждения или самоубийства 11%, (из которых 36% - в течение последнего года).

Попытки самоубийства или самоповреждения, обследуемые чаще всего, объясняют следующими причинами: конфликты с родителями (43%), проблемы или конфликты с возлюбленным (29%), проблемы с учебой (29%), неудовлетворенность своим внешним видом (14%), конфликты с родственниками (14%). Многие отметили, что для этого не было явных причин (36%). По результатам анализа структурированного интервью, было выявлено наличие антивитаальных переживаний у 28% обследуемых, суицидальных мыслей – у 18%, суицидальных планов – у 4%, самоповреждающего поведения – у 11%, из которых 64% не обращались ни к кому за помощью и 29% указывают на вероятность повторной попытки самоповреждения.

Исследование индивидуально-личностных особенностей выявило значимые различия в отношении шизоидного и астено-невротического типов акцентуации характера. Это говорит о том, что в экспериментальной группе отмечается замкнутость, трудности в установлении эмоциональных контактов, недостаток интуиции и сопереживания в общении, склонность к нешаблонным, неприкрытым решениям и формам поведения, а также склонность к повышенной утом-

ляемости, раздражительности, ипохондричности в структуре характера.

Гипертимный и неустойчивый типы выявляются достоверно реже у молодых людей в экспериментальной группе, следовательно, для них не характерны повышенное настроение, активность, стремление к лидерству, общительность, тяга к развлечениям, удовольствию, поверхностность контактов. Значимые различия также выявлены в отношении реакции эмансипации, склонности к депрессии и суицидальных тенденций. В экспериментальной группе преобладает стремление к независимости, желание освободиться от опеки, склонность к реакциям по гипотимическому типу, в экспериментальной группе имеется настоящее желание умереть, а не привлечь к себе внимание.

Исследование социально-психологической адаптации выявило значимые различия по всем шкалам, кроме шкалы «Стремление к доминированию». У молодых людей в экспериментальной группе отмечается снижение социально-психологической адаптации, притяжения себя, выявлена тенденция к конфликтам с окружающими людьми, тревожности и апатии, а также пассивности в решении жизненных задач. Показатели эскапизма же достоверно выше в экспериментальной группе, что говорит о склонности к «уходу» от проблем.

Исследование мотивационно-потребностной сферы не выявило наличия специфических особенностей в степени удовлетворенности базовых потребностей у молодых людей с суицидальным риском. Независимо от наличия суицидального риска актуальными для молодых людей являются потребности в самовыражении, что может рассматриваться как возрастная особенность.

Интегральный показатель суицидального риска по опроснику А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой так же имеет положительную значимую корреляцию с показателями гипотимии ( $r_s=0,601$ , при  $p<0,01$ ) и тревожности ( $r_s=0,637$ , при  $p<0,01$ ). Отрицательные корреляционные

взаимосвязи выявлены с показателями адаптации ( $r_s = -0,572$ , при  $p < 0,01$ ), самопрятия ( $r_s = -0,366$ , при  $p < 0,01$ ), прятия других ( $r_s = -0,471$ , при  $p < 0,01$ ), эмоциональной комфортности ( $r_s = -0,586$ , при  $p < 0,01$ ), интернальности ( $r_s = -0,561$ , при  $p < 0,01$ ). Обнаружена также положительная корреляция суицидального риска с показателем эскапизма (ухода от проблем) ( $r_s = 0,510$ , при  $p < 0,01$ ). Интегральный показатель суицидального риска имеет обратную взаимосвязь с неустойчивым типом акцентуации характера ( $r_s = -0,411$ , при  $p < 0,01$ ) и положительную - со склонностью к депрессии ( $r_s = 0,400$ , при  $p < 0,01$ ).

Значимые различия ( $p < 0,01$ ). были получены по следующим суицидальным факторам: - демонстративность (как желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться их сочувствия); аффективность (как доминирование эмоций над интеллектуальным контролем, готовность реагировать непосредственно эмоционально); уникальность (как восприятие себя и своей жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие); несостоятельность (как представление о своей несостоятельности, ненужности, «выключенности» из мира); социальный пессимизм (восприятие мира и окружающих людей как нечто враждебного); нарушение временной перспективы (как невозможность конструктивного планирования будущего, глобальный страх неудач и поражений в будущем).

В экспериментальной группе преобладает склонность к гипотимии, тревожности, неприятию в обществе поведению и злоупотреблению ПАВ.

Нами представлена ориентировочная математическая регрессионная модель выявления предрасположенности к суицидальному риску, предикторами которого являются низкий уровень социально-психологической адаптации, высокие показатели эскапизма и гипотимии.

Результаты регрессионного анализа позволяют достоверно рассматривать три фактора в математической модели предикторов риска суицидального поведения (ПСР):

$ПСР = -0,294 А + 0,084 Э + 0,552 Д + 30,666$ , где  
А - снижение уровня социально-психологической адаптации,

Э - высокие показатели эскапизма,

Д - высокие показатели гипотимии.

Таким образом, основными факторами суицидального риска в молодежной среде являются демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, нарушение временной перспективы. Дополнительными факторами суицидального риска являются гипотимия, тревожность, отклоняющееся поведение, а также склонность к злоупотреблению психоактивными веществами.

**ВЫВОДЫ:** Исследование индивидуально-психологических характеристик показало, что молодым людям с суицидальным риском свойственны шизоидные черты, тенденция к астено-невротическим чертам характера, а также повышенная реакция эмансипации, склонность к депрессии, истинная суицидальная направленность.

У молодых людей с суицидальным риском отмечается снижение уровня социально-психологической адаптации, самопринятия, принятия других, эмоциональной комфортности, интернальности и высокие показатели эскапизма.

Регрессионный анализ психологических факторов предрасположенности к суицидальному поведению выявил три достоверно значимых фактора: снижение уровня социально-психологической адаптации, повышение показателей эскапизма, повышение показателей гипотимии.

На основе полученных данных были выделены направления психокоррекционной работы, проводящейся в групповой форме: коррекция эмоционального состояния, повышение уровня самопринятия, развитие коммуникативных навыков, обучение способам выхода из конфликтных ситуаций и расширение репертуара способов решения жизненных задач.

Цель психокоррекционной программы: повышение уровня социально-психологической адаптации у молодых людей с риском суицидального поведения.

Задачи программы:

- Расширение зоны самоосознания и повышение уровня самоприятия;
- Развитие навыков коммуникации и выхода из конфликтных ситуаций;
- Анализ и коррекция семейных дезадаптивных установок;
- Снятие негативного эмоционального состояния;
- Актуализация внутренних психических ресурсов;
- Обучение навыкам психосаморегуляции.

Программа рассчитана на 10 встреч. Форма проведения – групповая, 60-80 минут в зависимости от эмоционального состояния и активности группы. Работа проводилась в рамках интегративного подхода с использованием когнитивно-поведенческих методов, техник релаксации и визуализации, арт-терапии и телесно-ориентированной терапии. Методической основой при проведении данной программы - гуманистическое отношение к пациентам с уважением их свободы, а также эмпатическое понимание, поощрение искренности и открытости в выражении чувств.

Каждое занятие состоит из трех блоков. Первый блок включает в себя создание мотивации к предстоящей работе, создание атмосферы безусловного принятия и одобрения, возбуждение психической активности участников группы. Второй блок состоит из упражнений и техник, направленных на улучшение эмоционального состояния, актуализацию внутренних ресурсов, обучение навыкам общения, осознание истоков проблемы, развитие самопонимания и самоприятия. Третий блок направлен на снятие психоэмоционального напряжения с помощью техник релаксации и визуализации.

Таким образом, профилактика суицидального поведения в молодежной среде возможна при комплексном си-

стемном подходе выявления и коррекции факторов суицидального риска.

### **Список литературы**

1. Каневский, В.И. Психологические корреляты у молодых людей с суицидальными мыслями // Суицидология. – 2015. – Т.6. № 2. – С. 58-63.
2. Климов, В.М. Анализ факторов суицидального риска у студентов ВУЗа / В.М. Климов, Р.И. Айзман // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2017. – Т. 7. № 5. – С. 55-66.
3. Максимова, С.Г. Социальные риски воспроизводства суицидального поведения в региональном социуме / С. Г. Максимова. – Барнаул: ИП Колмогоров И.А., 2016. – 239 с.
4. Польская, Н.А. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте / Н.А. Польская, Н.В. Власова // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. - № 4. – С. 176-190.
5. Попова, Ю.Н. Проблема суицида в наши дни / Ю.Н. Попова, В.М. Трунова // Модернизация современного общества: проблемы, пути развития и перспективы. – 2015. - № 6. – С. 44-47.
6. Холмогорова, А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24. № 3. – С. 144-163.
7. Чистопольская, К.А. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения / К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Л.Г. Магурдумова // Суицидология – 2013. – Т. 4. № 3 (12). – С. 26-36.
8. Lester, V.Y. Learnings from Durkheim and beyond: the economy and suicide // Suicide Life Threat Behav. – 2001. № 31. – P. 15–31.
9. McGee, R. Low self-esteem and hopelessness in childhood

- and sui-cidal ideation in early adulthood / R. McGee, S. Williams, S. Nada-Raja // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2001. – Vol. 29. № 4. – P. 281–291.
10. World health organization. Preventing suicide: a global imperative. - Geneva: World health organization, 2014. – 98p.

## **МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ПРИНЦИПЫ И ПРИМЕНЕНИЯ**

**Джон С. Марковитс, Мирна М. Вайсман**

**Перевод: Гиниятова А. В.**

В этой статье кратко описаны фундаментальные принципы и некоторые клинические применения межличностной психотерапии (IPT), которая является **ограниченным по времени, эмпирически подтвержденным лечением расстройств настроения**. IPT была с большим успехом протестирована в серии клинических испытаний на пациентах с хорошим эмоциональным самочувствием и при аффективных расстройствах; в виде лечения при острых состояниях, в виде поддерживающей психотерапии и при других формах лечения.

*Благодаря успешным исследованиям IPT распространяется сейчас на клиническую практику в разных странах мира.*

Признание депрессивной болезни как распространенной, потенциально смертельной и экономически дорогостоящей вызвало интерес к ее лечению.

**Фармакотерапия показала явные преимущества** при остром и хроническом лечении основных синдромов настроения, а именно: депрессивное расстройство (MDD), дистимия и биполярное расстройство. Антидепрессанты действительно работают для большинства пациентов, но работают они до тех пор, пока пациенты продолжают принимать лекарства и все они имеют ограничения. *Значительная часть медикаментов имеют побочные эффекты, которые могут привести к рецидиву аффективного расстройства.*

*Какая-то часть пациентов вовсе не реагируют на медикаменты, другие - отказываются принимать лекарства, а кто-то просто не может их себе позволить. Для всех этих пациентов психотерапия может быть спасением.*

Двумя основными научно доказанными психотерапевтическими направлениями, которые направлены на лечение аффективных расстройств, являются **когнитивная поведенческая терапия (КПТ)** и **межличностная психотерапия (ИРТ)**. Оба вида психотерапии ориентированы на диагноз, ограничены по времени, решают проблемы, существующие в настоящем времени и побуждают пациента восстановить контроль над своим настроением и жизнью!

**ИРТ основывается на, так называемых, общих факторах психотерапии:** Терапевтический альянс, в котором терапевт взаимодействует с пациентом, с помощью эмпатии.

- Терапевт помогает пациенту чувствовать, что его понимают.
- Работа с чувствами, аффектами.
- Представляет собой четкое обоснование, процесс лечения и дает успешный опыт.

Опираясь на этот фундамент, ИРТ придерживается двух основных принципов:

**1. Депрессия – это медицинская болезнь, а не вина пациента или его личный дефект.** Кроме того, это состояние лечится. Такое определение проблемы освобождает пациента от самообвинения.

**2. Настроение и жизненные ситуации связаны.** Основываясь на межличностной теории и психосоциологических исследованиях в области депрессии, ИРТ находит связь между настроением пациента и тревожными жизненными событиями, которые являются либо спусковым крючком или сопровождают пациента всю его жизнь.

Исследования показали, что к депрессии часто приводят тревожные межличностные ситуации, такие как смерть любимого человека (тяжелая утрата), конфликты (спор о роли) или некоторые другие жизненные потрясения: географический или карьерный переезд, начало или окончание брака, или других отношений, физическое заболевание (переход от роли).

Как только пациенты попадают в депрессию, симптомы заболевания ставят под угрозу их межличностное функционирование, а за этим неизбежно следуют плохие события.

Хотя эти наблюдения кажутся здравомыслящими, многие депрессивные пациенты отворачиваются от других, обвиняют себя и теряют связь с окружающим миром.

Независимо от того, сопровождают ли тяжелые жизненные события пациента всю жизнь или же предшествуют изменениям настроения, *задача пациента в терапии устранить тревожные события, приобрести социальные навыки и восстановить свою жизнедеятельность.*

Когда пациент сможет решить проблему в жизни, депрессивные симптомы исчезнут. Этот связанный эффект был подтвержден в клинических испытаниях, демонстрирующих эффективность IPT при депрессии.

### **Структура лечения**

IPT - это ограниченное по времени (около 12-16 недель) лечение с тремя этапами: начало (1-3 сеанса), середина и конец (3 сеанса).

**На начальном этапе** терапевт должен определить диагноз (например, большое депрессивное расстройство) и межличностный контекст, в котором расстройство возникло.

При диагностике большой депрессии терапевт использует критерии DSM-IV или МКБ-10, шкалу рейтинга депрессии Гамильтона или шкалу депрессии Бека, чтобы определить проблему как болезнь, а не своеобразный дефект пациента.

*Терапевт также выявляет «межличностный инвентарь», анализирует стратегии поведения пациента в отношениях, способность к близости и, в частности, проводит оценку текущих отношений. Терапия особо фокусируется на событиях, которые могли происходить в жизни пациента: возможно умер кто-то близкий (сложная утрата), может быть существует серьезный конфликт (ролевой спор), или пациент пережил какое-то другое*

*важное изменение жизни (переход к ролям). В относительно редких случаях какое-либо из этих событий отсутствует, но если такое случается, то основное внимание по умолчанию уделяется **межличностным дефицитам**.*

**Терапевт связывает диагноз с межличностными отношениями:**

*«Как мы уже говорили, вы страдаете от большой депрессии, которая является излечимой болезнью, а не вашей виной. Из того, что вы сказали мне, ваша депрессия, похоже, связана с тем, что происходит в вашей жизни прямо сейчас. Вы перестали спать, есть и начали чувствовать себя подавленным после того, как умерла ваша мать, и вам трудно было смириться с этой ужасной потерей.*

*Мы называем это сложной тяжелой утратой, которая является общей, поддающейся лечению формой депрессии. Я предлагаю вам пройти психотерапию в течение следующих 12 недель, чтобы я смог помочь вам справиться с этой тяжелой утратой. Если вы сможете решить эту межличностную проблему, не только ваша жизнь будет лучше, но и ваше настроение улучшится».*

**Эта формулировка определяет оставшуюся часть терапии.** Связь между настроением и жизненными событиями является практической, а не этиологической: нет при творчества, что это то, что «вызывает» депрессию. Если пациент соглашается - **лечение переходит в среднюю фазу**.

Другие аспекты открытия средней фазы включают в себя предоставление пациенту «роли больного» - временного статуса, признавая тем самым, что депрессивное заболевание держит пациента от функционирования в его жизни на полную мощность. Здесь же происходит установка параметров лечения таких, как сроки и ожидание, что терапия будет сосредоточена на межличностных взаимодействиях.

В средней фазе лечения терапевт использует конкретные стратегии для борьбы с тем, что из четырех потенциальных

проблемных областей является самым важным. Это может привести к скорби при сложной тяжелой утрате, к разрешению межличностной борьбы в ролевом споре, к оплакиванию пациентом старой роли и взятию на себя новой роли или к уменьшению социальной изоляции при межличностных дефицитах.

Какова бы ни была направленность внимания, **терапевт, будет способствовать тому, что пациент начнет говорить о своих потребностях и желаниях в межличностных отношениях**, будет помогать признать гнев как нормальный сигнал и поощрять его эффективное выражение, а также будет поощрять пациента брать на себя определенные социальные риски (выступать на сцене, например).

В последних нескольких сеансах терапевт напоминает пациенту, что прекращение близится, помогает пациенту чувствовать себя более способным и независимым, анализируя его или ее значимые достижения, которые произошли во время лечения, и отмечает, что прекращение терапии само по себе является ролевым переходом, который содержит в себе как хорошие, так и болезненные аспекты.

**Поскольку IPT также продемонстрировала эффективность** в качестве поддерживающего лечения рецидивирующего депрессивного расстройства, и поскольку у таких пациентов было несколько эпизодов и они с большей вероятностью заболеют снова, терапевт и пациент могут принять решение о прекращении острого лечения в соответствии с графиком, а затем договориться о менее интенсивной дозировке (например, ежемесячные, а не еженедельные сеансы).

Позиция терапевта IPT расслаблена и является поддерживающей. Цель состоит в том, чтобы стать союзником пациента. Острый временной интервал оказывает давление на пациента для принятия мер. Никакой формальной домашней работы не назначается, но цель решения главной межличностной проблемной области обеспечивает общую задачу. Лечение сосредотачивается на внешней среде пациента,

а не на самой терапии. Планирование сеансов один раз в неделю подчеркивает, что акцент делается на реальной жизни пациента, а не на кабинетной.

*Во время сеансов терапевт и пациент просматривают события прошлой недели.* Когда пациент преуспевает в межличностной ситуации, терапевт выступает в роли болельщика, усиливая здоровые навыки межличностного общения. Когда результат неблагоприятный, терапевт предлагает сочувствие, помогает пациенту проанализировать, что пошло не так в ситуации, они вместе используют мозговой штурм, придумывают новые межличностные варианты взаимодействия и репетируют, чтобы в дальнейшем пациент смог применить их в реальной жизни. Затем пациент проверяет насколько они подходят в реальной жизни.

Учитывая этот акцент на межличностном взаимодействии, неудивительно, что пациенты с депрессией изучают новые навыки общения в ИРТ, которые они не получают во время фармакологической терапии.

### **Клинические испытания**

В 1970-х годах Клерман, Вайсман и их коллеги продемонстрировали эффективность ИРТ в лечении большой депрессии в повторных контролируемых исследованиях. Полезность ИРТ была проверена и на других расстройствах несколькими исследователями в разных странах, включая США, Канаду, Великобританию, Нидерланды, Новую Зеландию, Уганду и другие страны. С самого начала этот подход был научным. ИРТ был протестирован в клинических испытаниях для каждой предлагаемой заявки и изначально не был предназначен для лечения всех расстройств.

### **Аффективные расстройства**

Полезность ИРТ для большой депрессии была усилена исследованиями таких организаций как Национальный институт психического здоровья (NIMH). В исследованиях было выявлено, что ИРТ статистически сопоставима с анти-

депрессантами и лучше, чем эффект плацебо для пациентов с более тяжелой депрессией.

Это исследование, первое прямое сравнение с КПТ, также показало потенциальные дифференциальные показатели результата лечения. В других исследованиях было установлено, что IPT эффективна при лечении депрессии у пациентов с медицинскими заболеваниями, женщин с послеродовой депрессией и подростковой депрессией. В двух исследованиях были продемонстрированы преимущества для ежемесячного IPT в качестве трехгодичного поддерживающего лечения для рецидивирующей депрессии.

Исследования также изучают преимущества IPT для дистимического расстройства и в качестве дополнительного лечения биполярного расстройства.

**Эллен Фрэнк и ее коллеги** перенесли IPT в поведенческую и социально ритмическую терапию, она тем самым соединила межличностную и социально ритмическую терапию (IPSRT), которую сейчас применяют для лечения биполярного расстройства. Поведенческий компонент направлен на стабилизацию суточных видов деятельности и, в частности, на помощь в контроле сна и, таким образом, на предотвращение маниакальных эпизодов. Захватывающие предварительные исследования нейровизуализации показали, что IPT изменяет поток крови мозга таким же образом, как и ингибиторы обратного захвата серотонина!

### **Другие расстройства**

Успех в лечении расстройств настроения также привел к использованию IPT в качестве лечения других состояний. Два исследования по злоупотреблению психоактивными веществами не показали преимуществ при IPT. С другой стороны, есть многообещающие разработки в IPT для лечения социальной фобии, посттравматического стрессового расстройства, тревожных расстройств с явными межличностными компонентами и расстройств пищевого поведения. Дальнейшие исследования адаптируют IPT к пограничному

расстройству личности, первичной бессоннице, дисморфогенному расстройству тела и другим расстройствам.

### **Другие форматы**

Разработанная как индивидуальная психотерапия, которую должны предоставлять специалисты в области психического здоровья, IPT также была изменена и упрощена для использования медсестрами в работе с пациентами, не имеющими психических расстройств.

Она также тестируется как групповая психотерапия, супружеская и терапия по телефону.

Необходимы дополнительные исследования для определения оптимального использования и дозировки всех форм IPT. Кроме того, неясно (что, кстати говоря, касается всех видов психотерапии), когда и как лучше всего соединять IPT с лекарствами и наоборот.

IPT также внедряется в другие культуры.

### **Процесс**

Большинство исследований в области психотерапии были связаны скорее с процессом, чем с исходом. Исключением из этого правила стала IPT, при этом все исследования фокусировались почти исключительно на результатах: то есть, работает ли IPT? Теперь, когда IPT продемонстрировала эффективность при лечении различных расстройств, имеет смысл исследовать, какими могут быть активные ингредиенты этого лечения. До сих пор в этой области мало исследований.

### **Обучение**

IPT была разработана как исследовательское вмешательство, и до недавнего времени практически все практикующие специалисты IPT были исследователями. Учебная подготовка требует изучения руководства, участия в семинаре по ориентации и завершения 2-3 дел, контролируемых обзором аудио или видеозаписи каждой сессии. Эта система

хорошо зарекомендовала себя в исследовательских целях, но она очень трудоемка.

Успех исследования IPT привел к ее включению в руководящие принципы клинического лечения и к повышению интереса к IPT среди клиницистов. Стандарты клинического обучения для нерезидентов по-прежнему определяются. Международное общество межличностной психотерапии (ISIPT), международная зонтичная организация, разработала веб-сайт ([www.interpersonalpsychotherapy.org](http://www.interpersonalpsychotherapy.org)), где обсуждаются вопросы обучения и дается возможность странам разрабатывать собственные учебные процессы для IPT. Терапевты IPT в Соединенном Королевстве разработали наиболее подробный и строгий учебный план для клинической аккредитации на сегодняшний день. Существует интерес к обучению IPT в Австралии, Австрии, Бразилии, Канаде, Финляндии, Германии, Ирландии, Италии, Нидерландах, Новой Зеландии, Норвегии, Испании, Швейцарии и других странах.

IPT преподается в некоторых программах психиатрической ординатуры в Соединенных Штатах. Поскольку IPT является дополнительной терапией, не предназначенной для лечения всех расстройств, все терапевты, которые узнали об IPT, пришли к ней с опытом в других методах, как правило, либо в психодинамическом, либо когнитивном подходе.

### **Заключение**

IPT - относительно молодая психотерапия, направленная на индивидуальные психиатрические диагнозы. И ее эффективность хорошо понятна. Тем не менее гораздо больше неизвестно пока о ее показаниях к различным состояниям, ее оптимальном дозировании, ее комбинации с фармакотерапией, ее полезности в разных форматах и т. д.

Хотя IPT наиболее изученный метод, особенно для расстройств настроения, IPT только сейчас распространяется на клиническую практику. Это довольно простое лечение для уже опытных психотерапевтов, но его эффективность в

руках менее подготовленных терапевтов спорна. Таким образом, распространение этого еще относительно «чистого» лечения несет как возможности, так и опасности.

### **Признание**

ИРТ поддержана независимой премией исследователя от Национальной ассоциации исследований шизофрении и аффективных расстройств.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ПОВЕДЕНИЕ**

*Мельник Ю.И.*

*ПетрГУ, Карельское отделение Ассоциации  
Когнитивно-Поведенческой Психотерапии*

«Мы то, что мы постоянно делаем.

Превосходство - это не отдельный акт, а привычка»

Аристотель.

Возникший в середине прошлого века интерес к изучению психологического благополучия привел к возникновению множества концепций этого феномена: представления о позитивных аспектах функционирования личности, разрабатываемые на основе гуманистического подхода (Дж. Бюдженталь, А. Маслоу, К. Роджерс и др.); концепции психологического (Н. Брэдбурн, К. Рифф) и субъективного (Э. Динер) благополучия; теория самодетерминации (Э. Деси, Р. Райан), теория оптимизма (М. Селигман), представления об экзистенциальном переживании человеком отношения к собственной жизни (Е.Е. Бочарова и др.), концепции личностного потенциала (Д. А. Леонтьев) и др. Разработка теоретических моделей осложняется тем, что термин «психологическое благополучие» относится к классу нестрогих понятий и наполняется авторами различным содержанием, иногда далеким от психологии или не имеющего своего психологического основания. Много исследований посвящено изучению, а в конечном итоге составлению списка личностных качеств и процессуальных характеристик психологического благополучия. Но в научной литературе по благополучию почти не говорится о том, как человек делает себя благополучным или не благополучным, что требует рассмотреть психологическое благополучие как поведенческий конструкт.

Поведенческая парадигма рассматривает всю психологию человека и ее различные проявления – мысли, чувства

и действия как акты поведения, которые становятся опытом. Если рассматривать психологическое благополучие в контексте опыта, то оно растягивается во временном континууме поведения человека. Это общее переживание удовлетворенности прошлого, ощущение радости, счастья и потока в настоящем, надежда, вера и оптимизм как конструктивное предвосхищение будущего. И тогда психологическое благополучие действительно становится субъективным переживанием и не зависит от внешних факторов, а связано с природой человека и его особенностями. Так в своем исследовании Э. Динер с коллегами показал, что гендерные особенности предопределяют качество благополучия, а не социальные условия как таковые. Баланс эмоций и самооценка женщин более изменчива, чем у мужчин и не имеет жесткой связи с изменениями условий жизни, даже при их улучшении. Физиологическая обусловленность волатильности психологического благополучия у женщин является лишь основой, но само качество благополучия и управление им является уже поведенческим гендерно нейтральным навыком.

Насколько человек будет удовлетворен своим прошлым, испытывать радость от настоящего и с надеждой смотреть в будущее - ответственность самого человека, которая имеет психические основания. Наиболее фундаментальные психические основания, которые влияют на качество жизни человека, проработаны в когнитивно-поведенческом подходе и терапии соответственно.

Согласно основателям когнитивно-поведенческого подхода в психологии и терапии И.М. Сеченова, И. П. Павлова, Дж. Уотсона, Б. Скинера, Д. Вольпе, А. Бандуры, А. Бека, А. Эллиса и др. такими психическими коррелятами, которые и обуславливают качество жизни, являются когниции, эмоциональные переживания и собственно конкретные действия человека. Наличие зрелых когниций (установок), положительных конструктивных эмоций и функциональных действий являются психической основой, необходимым внутренним условием качества жизни и психологического благополу-

чия. Психологическое благополучие в когнитивно-поведенческом подходе рассматривается как правильная, конструктивная, полезная и функциональная модель поведения. Соответственно психологическое неблагополучие – это «неправильная», неконструктивная, дисфункциональная модель поведения. Делает свое благополучие/неблагополучие сам человек, опираясь на свои рациональные/иррациональные когниции, актуализируя свои позитивные/негативные переживания и совершая полезные/бесполезные действия. Когнитивно-поведенческий подход утверждает, что наши положительные и негативные переживания являются результатом личной оценки ситуации, являются следствием того как мы видим себя, людей в этой ситуации. Собственно негативные переживания напрямую связаны с иррациональными установками и когнитивными ошибками в переработке информации, которую человек получает. Подробно о когнитивных ошибках, которые являются источником негативных переживаний и соответственно неконструктивных действий можно почитать в работах Д.В. Ковпака. Изменение своего отношения к ситуации и к себе в этой ситуации – это смена мышления и проверка своих когнитивных ошибок.

Когнитивно-поведенческая терапия основана на принципах и положениях теории научения, которая утверждает, что соответствующие типы поведения, признаки и особенности этого поведения, формируются благодаря привычной реакции человека на сложившиеся ситуации. Психологическое благополучие как поведение – это выученное поведение на основе рациональных интерпретаций человеком своей жизни и окружения и совершаемых конструктивных действий для подкрепления положительных переживаний. Психическими коррелятами психологического благополучия является зрелость функционирования триады «когниции-эмоции-действия» при соблюдении элементарной физической активности. Данные корреляты или основания психологического благополучия можно представить в виде системного описания, что дает дополнительное на-

учное обоснование и психологическому благополучию и когнитивно-поведенческому подходу. Методологию такого системного описания разработал В. А. Ганзен, предложив использовать для описания психологических явлений, которые претендуют на целостность понятийный общенаучный пентабазис, состоящий из четырех рядоположенных понятий – пространство, время, энергия и информация и одного объединяющего – субстрат. Этот пентабазис (по аббревиатуре – СПВЭИ) называется общенаучным и используется для описания системного явления. В. А. Ганзен представил пентабазис в следующей вербально – графической форме (рис.1). Помня о психофизическом единстве в психологии, энергетическому компоненту пентабазиса соответствует физическая активность («психическое начинается с движения» - спасибо И.М. Сеченову) как энергетическая составляющая поведения, создавая «мышечно-двигательную радость» психологического благополучия.

Рациональные когниции являются информационной характеристикой и обеспечивают рациональную, зрелую оценку и адекватную моменту интерпретацию жизненных событий человека.

Функциональные эмоции и переживания (и даже негативные) соответствуют временной характеристике пентабазиса и обеспечивают эмоционально положительный баланс психологического благополучия.

Используя данный методологический подход, психические корреляты психологического благополучия можно представить в виде следующего системного описания (рис. 2).

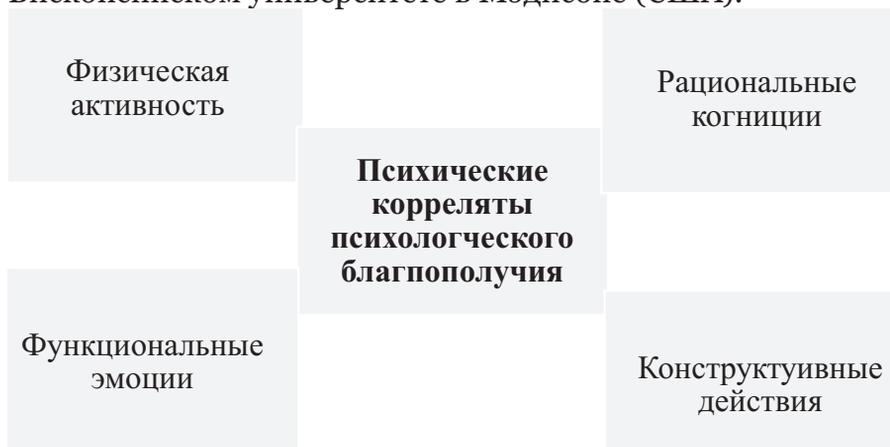
Конструктивные действия являются пространственной характеристикой и представляют собой своеобразный стереотип адаптивного поведения человека.

Данные психические корреляты являются психической основой психологического благополучия человека, но и сами, в свою очередь, являются итогом научения. Таким образом, психологическое благополучие является поведенческим навыком, который можно тренировать.



*Рис. 1. Графосимволическое представление общенаучного пентабазиса*

Нейрофизиологическую основу такого навыка изучает известный исследователь мозга Ричард Дэвидсон, возглавляющий «Центр исследования здорового мышления» при Висконсинском университете в Мэдисоне (США).



*Рис.2 Психические корреляты психологического благополучия*

В своей книге, которая стала итогом его многолетних строгих научных исследований мозга – «Эмоциональная

жизнь вашего мозга», написанной совместно с Шэрон Бегли, Р. Дэвидсон доказывает, что психологическое благополучие – это навык, которому можно учиться и который можно развивать. Основное открытие Р. Дэвидсона – «нейропластичность мозга», понятие, которое стало общепризнанным в мире нейрофизиологии. Нейропластичность мозга и обеспечивает научение и формирование навыков за счет когнитивных тренировок «здорового думания» и практик внимательности. По мнению Р. Дэвидсона жизнь человека может измениться, если созерцательные практики станут привычной, широко распространенной частью человеческого поведения. Это, в свою очередь, подтолкнет человека к развитию здоровых привычек мышления, и позволит не допускать известных когнитивных ошибок. Очень важно также создать такую социальную среду, где здоровое поведение становится привычкой. Даже имея генетическую предрасположенность к психическим дисфункциям, здоровая среда, по мнению Р. Дэвидсона может «успокоить» «ген тревожности».

Роль практики в контексте, осознанности и мотивированных действий для достижения психологической гибкости (читай психологического благополучия) подчеркивает одно из новых направлений в когнитивно-поведенческой терапии - терапия принятия и ответственности - Acceptance and commitment therapy (АСТ). Основатель данного подхода в психотерапии Стивен Хайес профессор психологии в университете Невада. С основными положениями АСТ можно ознакомиться в его книге, переведенной на русский язык, а также в книге его коллеги Расса Хэрриса. Терапия принятия и ответственности в отличие от классического подхода в КПТ, не борется с негативным мышлением и эмоциями – она предлагает их принять, посмотреть на них со стороны, не заикливаться на прошлых неприятных переживаниях, не тревожиться о будущем, а осознать и принять себя в настоящем, определиться со своими ценностями и действовать в их русле. АСТ предлагает шесть принципов, руководствуясь которыми можно существенно улучшить качество своей жизни:

Разделение – как умение понимать, что мысли, образы, воспоминания и чувства – это просто объекты, производные нашего ума и можно научиться позволять им приходить и уходить своим чередом, не стараться с ними бороться и «переживать».

Открытость и расширение – как умение создавать пространство для этих мыслей и переживаний, не прятаться от них и не уделять больше внимания, чем они этого заслуживают.

Осознанность – как умение погружаться в настоящее – «здесь и сейчас», быть вовлеченным в текущий момент, умение сосредотачиваться на том, что вы делаете и заняты в данный момент.

«Я-наблюдающее» – умение смотреть на себя со стороны, принимать себя таким, каким есть без всяких оценочных суждений.

Ценности – умение понимать, что для человека является важным и стоящим, каковы фундаментальные жизненные принципы.

Мотивированные и последовательные действия – умения последовательно и методично совершать действия по намеченному пути, согласно жизненным ценностям.

Как утверждает С. Хайес, в основе АСТ лежит психология человеческого сознания и поведения. Ключевым психологическим механизмом здесь является осознанность как основа для выстраивания новых конструктивных моделей поведения. В нашем случае благополучие как модель поведения приобретает соответствующие психологические основания, которые можно представить через методологию системного описания.

Временной характеристике соответствует «осознанность» как таковая – присутствие в настоящем моменте. В психологическом плане это качество внимания – как сосредоточенность на ситуации и текущей деятельности.

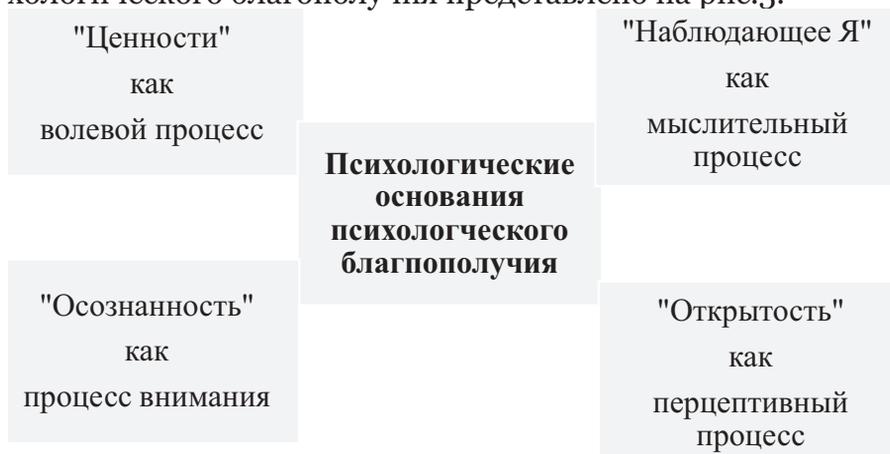
Пространственной характеристике соответствует «открытость опыту» – готовность расширить пространство для

своего поведения и включение, принятие мира в свое пространство. В психологическом плане это качество восприятия в виде чистой предметности – восприятие себя и внешнего мира как объектной реальности безо всяких домыслов и интерпретаций.

Информационной характеристике соответствует «Наблюдающее Я» – как готовность занять отстраненную позицию по отношению к себе и своему опыту. В психологическом плане это качество абстрактного мышления как отвлечение от несущественных на самом деле характеристик своей личности и поведения.

Энергетической характеристике соответствуют «Ценности» – как выбор жизненно важных ориентиров, которые придают смысл и задают цели. В психологическом плане это качество воли как сознательной регуляции своего поведения, результатом которой и является правильный выбор.

Системное описание психологических оснований психологического благополучия представлено на рис.3.



*Рис.3 Психологические основания психологического благополучия человека*

Данные психологические основания не являются самим психологическим благополучием, но обуславливают его функционирование. Психологическое благополучие как

модель поведения предполагает научение и формирование соответствующих навыков осознанности и открытости, умений думать о себе безоценочно и сознательно выбирать ценности. В психологическом плане это развитие сосредоточенности внимания, возвращение к предметности своего восприятия, формирование абстрагирования как мыслительной операции и актуализация важных мотивов.

Психологическое благополучие как модель поведения – это поведение в реальности настоящего, это состояние благополучия «здесь и сейчас», а не «сползание» в прошлое в поиске удовлетворенности своей жизнью и не «забегание» вперед с надеждой на счастье в будущем.

Жить в настоящем и наслаждаться текущим моментом, быть в потоке и осознание текучести этого момента и является залогом собственно психологического благополучия. Единицей психологического благополучия, как предлагает Д. Канеман можно считать ощущение и переживание положительных эмоций за единицу времени, которые можно оценить. Но эту же единицу можно рассмотреть как навык – получение положительных эмоций в виде удовольствия или наслаждения. Такому навыку – получения удовольствия можно и нужно научиться считают В.Г Ромек и Е.А. Ромек. По их мнению, ответственность неспособность наслаждаться жизнью и получать удовольствие несут два процесса – дефицитарный или ангедонистический. Дефицитарный процесс научения построен на негативном подкреплении, когда человек научается оценивать ситуацию, вещи, предметы как недостаточные для наслаждения. Ангедонистический процесс – это выученный навык страдания – умение переживать негативные чувства в ущерб позитивным, умение находить ситуации и объекты, которые вызывают страдания и тем самым подкрепляют ангедонистический процесс. В своем «Тренинге наслаждений» авторы предлагают не уменьшать количество страданий, а именно концентрироваться на умении получать наслаждение и удовольствие от жизни, начиная с обыкновенных мелочей и вещей.

Как показывает практика психологическое благополучие действительно можно свести к определенным, и в принципе простым действиям, но при этом целостному поведению и этому можно научиться. Так, в Калифорнийском университете Беркли ученые создали восьминедельный курс под названием «The Science of Happiness» («Наука счастья»). Курс построен на выполнении ряда заданий и если их выполнять регулярно, то человек начинает чувствовать большее удовлетворение от жизни. В стратегическом плане, считают разработчики курса, необходимо изменение образа жизни, мыслей и поведения, для того чтобы почувствовать себя более счастливым. Опираясь на базовые положения позитивной психологии, результаты исследований и экспериментов, авторы предлагают ряд относительно простых рекомендаций для того чтобы увеличить интенсивность переживания счастья: не увлекаться потреблением, концентрироваться на позитивном, быть открытым, делать добрые дела и ставить достижимые цели, что помогает счастью в долгосрочной перспективе.

Таким образом, когнитивно-поведенческая парадигма вносит свой вклад в развитие концепции психологического благополучия, используя психические и психологические корреляты для описания этого феномена как поведенческого конструкта. Развитие навыков и паттернов здорового поведения, в основе которых лежит зрелая и функциональная триада «когниции-эмоции-действия», следование минимальным и элементарным здоровым привычкам, превращение этого в рутину и практику обыденности при постоянно-периодическом положительном подкреплении и является психологическим механизмом субъективного благополучия человека. Субъективность и значимость этому процессу (формирования навыка) придает то, насколько человек считает для себя ценностью именно свое психологическое благополучие как таковое и выстраивает соответствующее мотивированное поведение. В конечном итоге, когнитивно-поведенческий подход рассматривает психологическое благополучие человека

как ценность-средство – как своеобразный инструмент самодисциплины и как один из показателей КПЭ (ключевой показатель эффективности) жизнедеятельности – показатель удовлетворенности собой и своим функционированием в данном контексте и в данное время.

### **Список литературы**

1. Ганзен В.А. Системные описания в психологии Л.: Изд-во Ленингр. Ун-та. 1984. 176 с.
2. Канеман Д., Думай медленно... решай быстро. Москва: Издательство АСТ, 2017. – 653 с.
3. Ковпак Д.В. Страхи, тревоги, фобии... Как от них избавиться? Практическое руководство психотерапевта Изд-во «Наука и техника», 2012, 288 с.; Ковпак Д.В., Третьяк Л. Л. Депрессия. Современные подходы к диагностике и лечению. Изд-во «Наука и техника», 2013, 384с.
4. РассХэррис *Ловушка счастья. Перестаем переживать – начинаем жить.* – М.: Эксмо, 2014. – 310 с
5. Ромек В.Г, Ромек Е.А. Эутиимные стратегии и перспективы когнитивно-поведенческой психотерапии // Российский психотерапевтический журнал, 2013, №1, с.26-31.
6. Стивен Хайес, Спенсер Смит *Перезагрузи мозг. Решение внутренних конфликтов.* – СПб.: Питер, 2014. – 320 с.
7. <https://www.edx.org/course/science-happiness-uc-berkeleyx-gg101x-6>
8. Richard J. Davidson, Sharon Begley *The Emotional Life of Your Brain: How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live--and How You Can Change Them* Penguin, 2012 , p. 304
9. Zuckerman M., Chen Li, Diener Edward F. *Societal Conditions and the Gender Difference in Well-Being: Testing a Three-Stage Model* // *Personality and Social Psychology Bulletin* 2017, Vol. 43(3), p. 329– 336.

## **ВОЛНЫ УОЛТЕРА**

**Попов М. В.**

***Красноярский государственный  
педагогический университет им. Астафьева***

Бывает так, что некоторые пословицы удивительным образом оказываются вполне жизнеспособными гипотезами, находящими применение в области психологии. Известное высказывание «ожидание смерти подобно» могло бы стать девизом в области работы с фрустрациями, благодаря английскому нейрофизиологу Грею Уильяму Уолтеру (Walter William Grey, 1910-1977). Ожидание – это предвосхищение результата, образ которого, в основном, возникает из нашего предшествующего опыта. Ожидание страшного приговора или неприятного результата – это гораздо более мучительное событие, чем сам приговор. По свидетельству осуждённых, приговоренных к смертной казни, в «коридорах смерти» ожидание приведения приговора в исполнение становится «ежедневной пыткой», а сама казнь уже расценивается как некое избавление от мучений. Глубоко экзистенциальное размышление об этом Достоевский вложил в монолог князя Мышкина о смертной казни: «человека нельзя казнить смертью, поскольку самое страшное здесь даже не казнь, а ожидание казни». «Что же с душой в эту минуту делается, до каких судорог ее доводят? Надругательство над душой, больше ничего!». Однако эти слова никак не становятся предупреждением для большинства людей, живущих в собственном рукотворном внутреннем мире постоянного самообвинения и самоприговора. Ужасная внутренняя реальность множества наших современников!

Как показали его наблюдения Грея Уолтера, всякое ожидание сигнала вызывает в коре головного мозга человека своеобразные медленные волны, которые автор назвал «волнами ожидания» (expectancy waves). Эти медленные из-

менения потенциалов, возникающие в ответ на инструкцию ожидать появления условного раздражителя, являющегося сигналом для движения, Грей Уолтер наблюдал исключительно в лобных долях мозга; интенсивность таких «волн ожидания» менялась в зависимости от степени вероятности появления сигнала; при отмене инструкции ожидать сигнал эти волны исчезали.

Иными словами, волна Уолтера появляется в лобных долях мозга тогда, когда мы собираемся что-либо сделать. Это особый вид мозговой активности, который субъективно воспринимается как готовность к действию. Если действие состоялось, то волна Уолтера спадает. А вот если действие не закончено, то волна Уолтера сохраняется и субъективно воспринимается как «что-то надо». Эти волны могут накапливаться, что приводит к состоянию фрустрации (всё время что-то необходимо делать).

Когда появляется задача, подлежащая решению, возникает волна Уолтера. Не важно, при этом, каковы объём, интенсивность и трудность задачи. Важен фактор завершения. Более того, чем нерешённые дела мельче, тем, на первый взгляд их проще игнорировать, и, соответственно тем больше их накапливается. Даже за пару недель список дел при ближайшем рассмотрении может составлять от 20 до 40 пунктов. И это только неважных дел, которые можно «отложить».

Волны Уолтера – это своеобразные хвосты из невыполненных пока еще дел. Самое же интересное заключается в том, что дело, которое мы не делаем, занимает в нашей голове столько же места в мыслительном процессе, сколько и та задача, которую решаем.

Когда волн одна-две, то всё более-менее в порядке. Но когда таких волн становится много, в голове получается некоторый мыслительный беспорядок: волны-дела путаются между собой. И ни о какой эффективности уже не может быть и речи. Накопление волн приводит к росту возбуждения и, как следствие, нарастает хроническая усталость.

Крайне сложно держать в голове столько обычных дел, каждое из которых создаёт полноценную волну готовности.

Рационализация здесь не помогает. Тем более, что человек всё равно не в состоянии уследить за процессом накопления таких дел-задач (часто это что-то совсем мелкое). Эти ситуации повторяются, наслаиваются одна на другую, становясь перманентным фактором беспокойства. Сюда относятся в том числе и задачи-мечты, которые изначально не призваны быть выполненными. В случае же с прокрастинацией это становится классическим примером.

Как странно думать, что за депрессией может скрываться неупорядоченность в выполнении дел. Важно понимать, что также неважна причина, по которой поставленная задача зависает в неопределённом состоянии, практически не имеет значения – это может быть как вполне осознаваемый бунт, так и не всегда осознаваемая прокрастинация. Впрочем, могут быть и вполне объективные обстоятельства, повлиявшие на возможность выполнения (например, кто-то отвлёк в момент работы над задачей или срочно возникла новая неотложная работа).

Поэтому позитивным шагом к работе над фрустрирующими состояниями может стать осознание всего объёма нерешённых задач, для чего их нужно хотя бы выписать. В этот список нужно внести и задачи-мечты (например, выучить иностранный язык или научиться играть на фортепиано), чтобы потом от них осознанно отказаться. Причём было бы хорошо, если бы этот отказ был окончательным и бесповоротным. Задача может быть решена и таким способом тоже.

Вообще же, здесь также уместно правило шахматистов: «Тронул фигуру — ходи». Приняли решение – сразу действуйте. Однако применение этого правила работы имеет одну тонкость. В жизни далеко не всегда получается всё сделать так, как хотелось. Замахнулся – промахнулся, разбежался – поскользнулся, влюбился – безответно. Обидчик убежал, а мы начинаем после драки махать кулаками, иногда всю оставшуюся жизнь. Потому что подсознание ждет

результата, а результата всё нет. И крутятся эти мысли, как надоевшая шарманка.

Чтобы не попадать в такую ситуацию, есть ещё одно правило действия. Нужно заранее предвидеть варианты развития событий. И быть готовым к любому варианту. Вы сделали бутерброд, но кошка попробовала его первой. Вас это не смущает, потому что теперь можно потратить две минуты, не истраченные на жевание углеводов (а в любой современной колбасе их, как в мороженом!) на интенсивное физическое упражнение (из многократно отложенных закладок с фитнес-сайтов), после которого прохожие на улице будут созерцать не ваш отвисший животик, а упругое и тренированное тело. Кошке выдаем благодарность за подаренные две минуты, а на работе рассказываем коллегам сей случай в виде забавного анекдота. Привлекая искренней улыбкой восхищенные взгляды противоположного пола!

Как только собираетесь что-то сделать, сразу подумайте, как вы поступите, если обстоятельства изменятся. И когда они меняются, действуйте по своему плану. В результате жизнь не сможет загнать вас в тупик. У вас всегда будет запасной выход.

Жизнь все время дает нам массу возможностей. Если мы заиклимся на одной, то можем пропустить другие, гораздо лучшие. Охотясь на журавля, будьте готовы схватить за хвост пролетающую синицу. Разыскивая галстук, сразу обдумайте, как вы будете выглядеть в президиуме без галстука. Тогда каждое действие будет иметь подсознательное завершение. И подсознание будет всегда ясным и готовым к работе.

Итак, будьте готовы к любому успеху. Ставя задачу, сразу продумайте возможные варианты поведения. Это правило работы с подсознанием спасёт от неприятной ситуации, когда вы настолько одержимы своей целью, что начинаете волноваться, что не достигнете её. И вы думаете не о том, как достигнуть цели, а о том, что будет в случае неудачи. То есть фактически вы переключаете внимание подсознания на неудачу. И подсознание послушно запоминает эту картину как

цель. И, будьте уверены, подсознание гарантированно обеспечит вам полный и окончательный провал.

Избежать мыслей о неудаче достаточно несложно. Для этого нужно провести работу с подсознанием и сделать частью своего плана любое развитие событий. Тогда вы совершенно спокойно воспримете любой исход. Вы не будете волноваться по этому поводу, а сосредоточитесь на лучшем выполнении основной части плана. Эту способность нужно довести до автоматизма. Каждый план имеет раздел «А если нет...», поэтому вы доводите каждое своё действие до логического конца. Тогда подсознание будет автоматически избавлено от неудач.

### ***Список литературы***

1. Бек Д.С. Когнитивная терапия: полное руководство / Пер. с англ. – М.: ООО «ИД «Вильямс», 2006. – С. 28.
2. Гуссерль Э. Избранные работы / Сост. В.А. Куренной. – М.: ИД «Территория будущего», 2005. – 464 с.
3. Риллаер Ж.В. Когнитивно-поведенческие терапии: научная психология на службе человеку // Логос. – 2010. – № 3 (76). – С. 54-75.
4. Третьяк Л.Л., Павлов К.В. Тенденции развития отечественной практики психотерапии и консультирования: история и современность // Журнал практического психолога. – 2011. – № 3. – С. 127-141.
5. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия и перспективы ее развития в России // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4 (31). – С. 6-17.
6. Эпикур. Главные мысли // Античная литература [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://ancientrome.ru/antlittr/t.htm?a=1358239035> (дата обращения: 07.01.2018).
7. Эпикур. Письмо к Геродоту // Античная литература [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://>

ancientrome.ru/antlitr/t.htm?a=1358237649 (дата обращения: 07.01.2018).

8. Эпикур. Письмо к Менекею // Античная литература [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://ancientrome.ru/antlitr/t.htm?a=1358238790> (дата обращения: 07.01.2018).

## **ЧИТАЯ ДЖУДИТ БЕК: В ПОИСКАХ ФИЛОСОФСКИХ СО-ЗВУЧИЙ**

**Попов М.В.**

***Красноярский государственный педагогический университет им. Астафьева***

### ***Как появился этот текст?***

Традиция поиска философских оснований той или иной теории (в том числе психотерапевтической) достаточно давняя. Всегда приятно обнаружить связь с древними системами, увидеть преемственность, заметить отсылки. Вместе с тем, сомнительным кажется слово «основания». Вряд ли какой-нибудь автор намеренно создавал свою концепцию или методы, предварительно ознакомившись с классическими текстами. Вероятнее всего, сама теория имплицитно уже содержала в себе золотосные идеи, обнаруженные другими значительно раньше. Трудно представить, что создавая методику, психотерапевт опирался на философскую мысль. Скорее всего можно вести речь о подчас неожиданном совпадении или ассоциативной связи с тем, что уже когда-то было открыто. Поэтому более уместным кажется использование слова «со-звучие», которое одновременно указывает на совпадение, гармонию и концептуальную тональность, появляющиеся у разных авторов, независимо от времени, разделяющего их. Используя этот термин вместо слова «основания», можно признать, что сами авторы теорий до конца могли не понимать, насколько их идеи не новы, что вовсе не умаляет их вклад. Скорее наоборот, это серьёзное достижение – использовать и преобразовать давно известное таким образом, что оно становится свежим, по-новому звучащим а, главное, эффективным в достижении поставленных целей.

Поиск философских со-звучий похож на поиск клада. До конца не знаешь, сможешь ли его найти. А если и найдёшь, то чем это окажется – сокровищем капитана Флинта

или потерявшими стоимость медяками. Как бы там не было, интересен поиск очевидного в неочевидном. Ведь ясно, что многое, из написанного под солнцем, уже когда-то было обнаружено, осмыслено, зафиксировано и передано дальше в поколения. Значит, ничего принципиально нового в области социально-гуманитарной мысли не изобрести, и, значит, всегда можно найти идеи, которые предшествовали, предчувствовали, предугадывали то, что на первый взгляд кажется новым.

А всё же место для удивления ещё присутствует. Во всяком случае так было с идеями Джудит Бек – признанного авторитета в области когнитивно-поведенческой терапии (далее КПТ). Вряд ли сама Джудит когда-либо испытывала необходимость в отсылке собственных идей к той или иной философской традиции. Она практик, и её метод опирается на серьёзный терапевтический опыт и, кажется, на обычный здравый смысл. Описание методики временами интуитивно предсказуемо и как будто ожидаемо. Вместе с тем, любопытно, как в одном подходе может совмещаться несовместимое с точки зрения философской подоплёки. Именно такое наложение и со-единение было замечено в методике КПТ, что само по себе становится интересной темой для размышления. Этот текст родился как реакция на удивление, порождённое фактом совмещения в одном методологическом пространстве разных, подчас кажущихся несовместимыми, идей.

### ***О структурировании философских идей***

Со времён советской школы изучения философии является нормой проводить различия между системами и структурировать их чётко и понятно. Так актуальным остаётся деление философских онтологических систем на материализм, идеализм и дуализм (не являющийся миксом, а вполне самостоятельным взглядом); расчленение гносеологических теорий на эмпиризм, рационализм, сенсуализм; растаскивание авторов по шкале от субъективизма, начинающегося с солипсизма, до объективизма, чреватого абсолютизацией; прикле-

ивание идей к научной или же ненаучной парадигме; и т.д. Всему есть своё место, своя коробочка на полке.

Желание мыслить коробочно приучает к развитию логики в одном направлении, к последовательности в использовании идей и методов, к тому, что атрофируется привычка идти напрямую в противоречие, хотя диалектикой пользуются многие. Ведь даже признавая наличие противоречия как необходимого аспекта бытия (объективного или субъективного), и рассмотрения объекта через призму тезисно-антитезисно-синтезного существования, есть риск остаться в рамках метафизического мышления, предполагающего сохранения одной логики, нахождения в контексте одной парадигмы. Иное объявляется если не научным, то по меньшей мере противоречащим себе. А, следовательно,... ненаучным.

Диалектика не становится парадоксом до тех пор, пока остаётся лишь декларирование учёта противоречий, рассмотрением этих противоречий, признанием их право на существование и выведением чего-то третьего синтетического. Это само по себе логично и, в общем-то после Гегеля совсем не парадоксально. Парадокс начинается с момента, когда есть согласие на применения противоположных взглядов, идей, принципов на равноправной основе без желания выводить синтез, без постулирования их противоположности и без извинений за якобы внутреннюю нелогичность. Просто потому, что таковой не наблюдается. Сущность парадокса в том, что он логичен сам по себе. Потому что если тезис и антитезис не очевидны, то это скорее нарушение логики.

Иными словами, парадокс – это существование сразу в двух противопоставленных матрицах, без поиска ответа, какая из них ближе к истине, какая логичнее, какая оптимальнее. В этих вопросах просто нет смысла. Потому что парадокс – это прогулка внутри петли Мёбиуса. Это даёт возможность выбирать плоскость, не ища при этом логических зацепок или соответствия традиции. Просто игры разума, помогающие, тем не менее, достигать цели.

При чтении Джудит Бек остаётся ощущение естествен-

ной парадоксальности. Она с лёгкостью и без излишних оговорок совмещает идеи, которые не просто отстоят друг от друга далеко, а давно уже определены как относящиеся к противоположным философским традициям. Возможно, что именно такое совмещение стало условием для успеха методов КПТ.

Думается, что излишняя структурированность, к которой так привычно научно-философское мышление, приводит к ряду ограничений, хотя, безусловно, необходимо и весьма ценно для ориентиров в мыслительном пространстве. Эта очевидная и далеко не новая мысль позволяет обнаружить какие-то известные точки, опереться на них, а потом, удивившись здравости рассуждений, с лёгкостью отбросить.

### ***Где искать клад?***

Негласные научные императивы вынуждают искать ориентиры и ступеньки, по которым следовало бы разобрать соотносённость идей Джудит Бек с философскими системами. Во-первых, для начала необходимо заметить, что под «идеями Джудит Бек» здесь будут пониматься не только общие теоретические основания КПТ, но также методы, техники, и, что более интересно, формулируемые установки для пациентов. Это довольно широкий пласт, позволяющий увидеть всё многообразие мысли Джудит. Во-вторых, следует оговориться, что в задачи статьи не входит доскональный разбор множества философских школ, направлений, течений – это запрос не на один подобный текст. Важнее увидеть вехи и обратить внимание на необычное.

\*\*\*

Наиболее явные соприкосновения с философским миром открывает сама Джудит, когда пишет, что основным инструментарием когнитивного терапевта является в частности сократический диалог. Неоднократно на страницах своей книги она учит применению этой техники.

Сократический (маэвтический) диалог, в котором посредством постепенных наводящих вопросов оператора

(философа-учителя или, в нашем случае, психолога или психотерапевта) человек сам приходит к искомому ответу, сам отвечает на свой вопрос в процессе исследования себя. При этом, движение внутри диалога очень часто проходит по известной нам от Бека схеме: внешние события (стимулы) → когнитивная система → интерпретация (мысли) → чувства или поведение. Но вот финал сократического диалога далеко не всегда ложится в логику когнитивно-поведенческой терапии. В финале классического сократического диалога (как произведения искусства) пациент понимает, что был неправ, меняет свои мысли, представления о мире и о себе и у него моментально меняется поведение.

С началом эллинистического периода философия ещё больше качнулась в сторону решения насущных проблем человеческого существования, что сближает её с современностью. Как и в случае с психотерапевтическими системами, от философии эллинизма ждали волшебный рецепт, как справиться с жизнью, в том числе кризисами и страхами.

Много внимания страхам уделял ещё Эпикур. Он утверждает: «(XIII) Бесполезно добиваться безопасности меж людей, если сохранять опасения о том, что в небе, под землей и вообще в бесконечности». В сохранившемся письме к Геродоту он пишет, что если люди не положат предела своему страху, то испытывают сильное смятение. А далее следует столь необходимый рецепт: «(81) Безмятежность состоит в том, чтобы от всего этого отрешиться и только прочно помнить о самом общем и главном. Поэтому так важно быть внимательным к непосредственным ощущениям и претерпеваниям <...> а также ко всякой непосредственной очевидности, данной каждому из наших средств суждения. Если мы этого будем держаться, то мы правильным образом отведем и отменим причины возникновения смятения и страха».

У Эпикура есть ответ на вопрос, откуда берутся негативные эмоции? «(77) Распоряжения, заботы, гнев, милость с блаженством несовместимы, а возникают при слабости, страхе и потребности в других».

Рецепт Эпикура прост и заключается он в работе разума. «(78) В бессмертной и блаженной природе не может быть ничего допускающего разноречие или непокой — что это (79) именно так, нетрудно постичь мыслью».

Работа мысли как средство избавления от страхов описана им и в других произведениях: «(XXII) Нужно держать в виду действительную цель жизни и полную очевидность, по которой меряются мнения, — иначе все будет полно сомнения и беспорядка.

*(XXIV) Если ты попросту отбрасываешь какое-нибудь ощущение, не делая различия между мнением, еще ожидающим подтверждения, и тем, что уже дано тебе ощущением, претерпеванием и всяким образным броском мысли, то этим праздным мнением ты приведешь в беспорядок и все остальные чувства».*

Кроме активной работы разума важным является формирование привычки. Об этом читаем в письме к Менекею: «Привыкай думать, что смерть для нас — ничто: ведь все и хорошее и дурное заключается в ощущении, а смерть есть лишение ощущений. Поэтому если держаться правильного знания, что смерть для нас — ничто, то смертность жизни станет для нас отрадна».

Таким образом, констатируя подверженность человека необоснованным страхам, порождающим душевные смятения, Эпикур указывает, что справляться с этой проблемой можно с помощью разумного объяснения и формирования привычки.

Именно в этом и заключается одна из методик КПТ, описанных Джудит. Терапия начинается с выявления мыслительных процессов, приводящих к депрессии, затем терапевт учит пациента выявлять собственные мысли, связанные с деструктивными эмоциями, оценивать их и создавать более адаптивные ответы на них. Основное внимание уделяется именно когнитивным аспектам работы: «Когда почувствуете, что погружаетесь в негативные эмоции, спросите себя: О чем я только что подумал?».

Поражает, как Эпикур предсказал некоторые способы работы с пациентом, например, технику «как если бы...», описанную Джудит: «Если мы, понимая, что такое-то явление может происходить многими способами, принимаем, что оно происходит так-то, то мы будем сохранять ту же безмятежность духа, как если бы мы точно знали, что оно происходит именно так».

Гносеологический поворот Нового времени сам по себе обусловил рост внимания к когнитивным процессам, протекающим в человеке. Декартовское «*cogito ergo sum*» задаёт тон не только своей, но и последующим эпохам. Где был бы Кант без *cogito* Декарта? Однако, заметить со-звучность КПТ и декартовской философии – это лишь половина дела. Напрашивается парафраз «Мыслю, следовательно, эмоционально существую». Джудит настаивает: «Эмоциональное состояние в любой момент времени (как и физические реакции, и поведение) зависит от восприятия ситуации, особенно от мыслей по этому поводу». Да, рационализм Декарта становится не просто теорией познания. Это уже предтеча обоснованной парадигмы, позволяющей копать в голове человека на правах валидного знания. А ведь оно ставит в центр рассмотрения разум, сознание, мысль – т.е. внеэмпирические сущности.

Однако, при чтении работы Джудит Бек создаётся ощущение, что для неё немаловажным является именно эмпирическое обоснование метода. Не раз она обращает на это внимание. «Когнитивная терапия уникальна тем, что включает в себя целостную теорию личности и психопатологии, основанную на веских эмпирических доказательствах. Спектр ее применения чрезвычайно широк, что также подтверждается эмпирическими доказательствами». Для неё, как и для Бэкона, важно обосновать достоверность знания через индукцию.

Что это означает? Что по характеру отношения к методу познания Джудит можно считать типичным эмпириком. Вместе с тем, в отношении к объекту познания, она придерживается рационалистической традиции.

Совмещение эмпирического начала с рационалистическим продолжением не является новым. Тем самым легко совершается тот шаг, который проделала человеческая философская мысль в лице Иммануила Канта. Известно, что он начинал свою теорию познания, как эмпирик, а довел её до субъективного идеализма. Возможно, это естественное следствие подобного смешения. Во всяком случае, некоторые цитаты Джудит написаны во вполне кантовском духе: «Не события сами по себе определяют самочувствие людей, а способ, которым они их истолковывают». Влияя на интерпретации, можно изменить не только эмоциональный фон пациента, но и практически его картину мира. Ведь методы КПТ позволяют установить с миром и собой новые отношения, основанные на доверии, спокойствии и позитиве.

Смешение противоположных взглядов, проявившееся на примере новоевропейской философии (Декарт и Бэкон), логично продолжается и на примере более позднего времени. Именно по этим идеологическим направлениям дальнейшее противопоставление идей КПТ. Так по линии Декарта-Канта Джудит работает с когнитивными установками, определяющими бытие пациента. По линии эмпирической, можно заметить совпадение с позитивизмом в аспекте обоснования научности метода. Акцент на солидной эмпирической базе, верифицируемость техник, отнесение КПТ к научной психологии позволяет увидеть в методике Джудит классические позитивистские черты.

Впрочем, такое сочетание не всем кажется странным. Так, некоторые авторы замечают, что картезианское мышление с опорой на рационализм и позитивизм становится основой для формирования научного подхода к оценке и измерению психического, а отношение к человеку как к сложной рефлексивной машине, биологическому организму, существующему по понятным законам, было безусловным шагом вперед с точки зрения научного познания. Хочется напомнить, что рационализм Декарта в его логичном завершении ближе к кантовской онтологической модели,

нежели к позитивистской. Более того, отношение к человеку как к машине является примером механистической методологии, берущей начало в трудах Т. Гоббса, которого принято относить именно к эмпирико-сенсуалистической линии развития философии, а вовсе не к рационализму. И если утверждается, что бихевиоризм и рефлексологическая психология были конечными продуктами картезианской философии и позитивизма, то картезианство здесь рассматривается, скорее, как импульс к легитимации «научного» (в позитивистском смысле) познания. Но хотелось бы помнить, что последовательное развёртывание рационалистической логики в гносеологическом ключе с неизбежностью приводит к онтологическому субъективизму. Точно таким же парадоксальным образом, например, механицизм Т. Гоббса завершается деизмом, хотя на первый взгляд одно от другого находится на недостижимом расстоянии.

Это и есть парадокс – перетекание одной парадигмы в другую. Думается, что совмещение несовместимого (с логико-метафизической точки зрения) в технологии Джудит является следствием такого перетекания, характерного как для философии Нового времени, так и для последующей эпохи.

Итак, один из столпов КПТ – бихевиоризм – очевидно берёт своё начало в позитивистском способе мышления. Другой столп – поведенческая терапия – работает с установками сознания, а это субъективистский подход, легко переходящий в субъективно-идеалистическую онтологию. Такие философские спекуляции не характерны для терапевтов-практиков, что и позволяет им с лёгкостью соединять подчас несовместимые парадигмы в рамках одного метода.

Дальше поиск философских созвучий может идти по известным линиям развития человеческой мысли – научной (в позитивистском смысле) и субъективистской. Первая линия важна для статусности метода. Так, отмечается, что «КПТ является психологическими процедурами, благоприятствующими улучшению самочувствия человека при опоре

на научные знания. <...> Принципы, которые сегодня можно найти в КПТ: стремление внимательно наблюдать прежде чем интерпретировать, учет влияния окружающих и телесных процессов».

Возвращаясь к текстам Джудит, можно заметить ясное понимание того, как работа сознания оказывает влияние на восприятие мира (и, тем самым на сам мир): «В целом когнитивная модель предполагает, что в основе всех психологических нарушений личности лежит искаженное, или дисфункциональное, мышление (которое в свою очередь искажает эмоции и поведение пациента).<... >. В ходе лечения терапевт разными способами побуждает пациента осуществить когнитивные изменения - перестройку его мышления и системы взглядов и убеждений, - чтобы добиться устойчивых эмоциональных и поведенческих улучшений». Вряд ли при этом ставятся вопросы онтологического и гносеологического порядка. Маловероятно, что терапевт задумывается, насколько картина мира, к которой он пытается подвести пациента, реальна и истинна. Задача его в другом – стабилизировать эмоциональный фон через изменение взгляда на себя и на мир. Именно поэтому философских оснований у КПТ объективно быть не может, но могут быть параллельные идеи, схожие мысли, ассоциативные ряды и со-звучия.

Далее Джудит пишет в терминах, характерных для феноменологической традиции: «Когнитивный терапевт обычно начинает терапию с того, что выявляет проблемы пациента, лежащие в плоскости «здесь и сейчас»».

Тем самым подтверждается логическая преемственность работ Р.Декарта, Э.Гуссерля и в целом субъективистской традиции. Сам Э.Гуссерль в «Парижских докладах» 1929 г. пишет: «Ни один философ прошлого не оказал столь решающего воздействия на смысл феноменологии, как величайший мыслитель Франции Рене Декарт. Его она должна почитать как своего подлинного праотца. Нужно прямо сказать о том, что изучение «Картезианских Медитаций» способствовало новому оформлению становящейся фено-

менологии и сообщило ей ту смысловую форму, которую она имеет сейчас и благодаря которой ее можно было бы назвать новым картезианством, картезианством XX века».

По Гуссерлю феномены — это возникающие в сознании, смыслы предметов. И эта мысль довольно близка тому, что пишет Джудит: «Согласно когнитивной модели, эмоции и поведение людей зависят от восприятия ими различных жизненных обстоятельств». Гуссерль сам осознавал, насколько его система близка к психологическим наукам: «Чистая феноменология <...> содержит в себе корни различных наук. С одной стороны, она служит психологии как эмпирической науке. Своим чистым и интуитивным методом она анализирует и описывает в сущностной всеобщности — в особенности как феноменология мышления и познания — представления, суждения, познания как переживания, которые, эмпирически поняты как классы реальных процессов во взаимосвязях одушевленной природной действительности, принадлежат психологии как эмпирически-научному исследованию».

Когнитивный терапевт работает с глубинными убеждениями. «Начиная с детства у людей формируются определенные убеждения о самих себе, окружающих и мире в целом. Самые главные, или глубинные, убеждения — это установки, которые настолько глубоки и фундаментальны, что люди часто не могут их четко выразить и даже просто осознать. Носитель таких идей расценивает их как чистую правду просто потому, что так «есть»».

Это похоже на подход Гуссерля, считающего наше сознание интенциональным, а следовательно, загромождённым изначальными представлениями. Важно осознать это и вернуться к чистому сознанию, что возможно с помощью феноменологической редукции, т.е. вынесения за скобки того, что не присуще чистому сознанию. Для этого пригодится картезианский метод скептического сомнения.

У Джудит есть что-то подобное. Описывая работу с пациенткой она по сути применяет тот же самый метод: «То, чему вам предстоит научиться здесь, в процессе терапии,

- это выявлять автоматические мысли и оценивать их: отражают ли они действительность или искажены. А теперь давайте подробнее рассмотрим первую мысль. Какие существуют доказательства того, что вы завалите экзамен?».

Через феноменологию можно прийти к со-звучиям КПТ и экзистенциальной философии, хотя бы в таком же ключе, каком замечает это А.Б. Холмогорова: «Вопреки расхожему мнению о приземленности и утилитарности когнитивного подхода, хочется подчеркнуть присущую ему экзистенциальную ориентацию, которая выступает в направленности на выявление и анализ конечных оснований нашего взгляда на мир».

В случае с КПТ это понятно – её основатели не остановились только на бихевиоризме. Как пишет тот же автор, в их модели «содержится элемент, мало приемлемый для бихевиористов и сближающий эти подходы именно с психоанализом». Именно это определяет метод, описанный Джудит Бек, как парадоксальный с точки зрения философской логики. Такова природа психологических наук. Претендуя на научность в позитивистском понимании, они имеют дело с сознанием, а оно не дано буквально. Поэтому «научность» психотерапевтических методик не идет дальше сбора N-го количества данных, позволяющих сделать индуктивный вывод и валидности метода. При этом сам метод опирается на представления о субъективности восприятия человеком мира и себя. Т.е. по сути это является идеей о существовании индивидуального бытия, того субъективного мира, который определяет не только внутренние процессы, но и характеристики мира, привычно называемого «объективным».

## **ТРЕНИНГ СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ В СТРУКТУРЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

***Ромек В.Г.***

***Донской государственный технический университет***

Первоначально основанная на теориях и методах научения (новым навыкам поведения), отучивания и переучивания (Г. Айзенк), с некоторых пор поведенческая терапия (ПТ) совершила резкий поворот (А. Эллис, А. Бэк) и преобразовалась в когнитивно-поведенческую (КПТ) или когнитивную поведенческую терапию (психотерапию в русской языковой традиции). Акцент на изменения в наблюдаемом и объективно фиксируемом внешнем поведении сместился на изменения эмоционального реагирования на жизненные ситуации посредством изменения автоматических мыслей (в первую очередь) и других когнитивных процессов. Несмотря на подчеркивание важности изменений в плоскости поведения, эти изменения перестали быть предметом и целью специально организованного процесса, основанного на моделировании, репетиции, тренинга и последующего трансфера изменений в реальную жизнь. Третья волна КПТ еще больше отошла от практики модификации поведения (в хорошем смысле этого термина) в сторону древних ментальных практик (Д. Кабат-Зинн). Особняком от этого бурного и волнительного процесса осталась стоять практика прикладного анализа поведения, да и то в силу малой доступности детей с расстройствами аутичного спектра когнитивным интервенциям. Так или иначе, большая часть англоязычных руководств по тренингу социальных навыков, вышедших в последнее время, в качестве целевой группы имеют детей с синдромом Аспергера или аутизмом, трудных подростков, либо больных шизофренией. Кстати, в России тренинг социальных навыков (в различных вариантах), достаточно

хорошо представлен, часто поддерживается финансово и влияние его изучено во многих научных работах [см., например, 3; 4]. Складывается впечатление, что у клиентов психотерапевта с другими психологическими проблемами в отношении социальных навыков все благополучно.

КПТ стала разнообразнее, приобрела большую глубину, но сохранила стремление к объективации в плане согласования целей терапии и оценки ее эффективности. В конечном счете психотерапевты по-прежнему сохраняют стремление достичь позитивных изменений на уровне внешнего поведения, зафиксировать эти изменения и обеспечить их стабильность [2]. Иногда этого трудно достичь одним лишь изменением автоматических мыслей, характера восприятия, процессов атрибуции или оценок того, что происходит с человеком во внешнем или внутреннем мире. Часто приходится возвращаться к практике поведенческого тренинга, к обучению или тренингу социальных навыков в случае, если обнаруживается их дефицит.

Такая необходимость может возникнуть, например, в работе с депрессивным клиентом, который хорошо умеет страдать в одиночестве, жаловаться на жизнь близким, но не научен веселиться в компании, оставив на время жалобы. Алкоголика или наркомана, возможно, вместо хорошо отточенных навыков добывания и употребления психоактивных веществ (ПАВ), придется обучать навыкам обоснованно и твердо сказать «нет» хорошим друзьям, предлагающим «отметить» окончание лечения. Страдающего социофобией придется учить знакомиться, открыто высказывать свое мнение, реагировать на хамство и критику, делать и принимать комплименты и много еще чему.

Конечно, любое новое направление или метод психотерапии на начальных этапах становления вынужден подчеркивать свою самобытность, уникальность и эффективность. Часто это связано с контрастным принижением самобытности, уникальности, научной обоснованности и эффективности других методов, даже созданных в той же парадигме.

В ходе диалога «старого» и «нового» метода часто снижается градус полемики, находятся точки соприкосновения, рождается новое и необычное. Сравнительно недавно появившаяся на психотерапевтическом поле диалектическая поведенческая терапия, например, всерьез дорабатывает приемы тренинга социальных навыков [1], рационально-эмоциональная терапия преобразуется или уже преобразовалась в рационально-эмоциональную поведенческую.

Так или иначе, при существующем явно или скрыто поведенческом дефиците социальных навыков, любая, даже очень экзотическая форма когнитивно-поведенческой психотерапии (например, трансперсональная поведенческая терапия [5]) вынуждена явно или скрыто включать в свой арсенал классический тренинг социальных навыков (social skills training).

Технология тренинга социальных навыков достаточно хорошо разработана и реализована во множестве полностью, либо частично стандартизированных программ тренинга уверенности (ассертивности), тренинга коммуникативной, межкультурной или социальной компетентности.

Было бы, конечно, замечательно, если бы эти программы обеспечивали формирование полного комплекта социальных навыков, обеспечивали бы тренинг всего необходимого здоровому человеку «репертуара поведения». Но это пока лишь – отдаленная цель поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии по целому ряду обстоятельств.

Во-первых, на сегодняшний день не существует всеми признанного и исчерпывающего перечня социальных навыков, обеспечивающих здоровье, успех в жизни и личное благополучие человека.

Во-вторых, жизнь меняется, а вместе с ней меняются и социальные нормы поведения в обществе, репертуар требуемых навыков расширяется и видоизменяется как за счет чисто технических навыков, так и за счет усложнения правил социального взаимодействия в результате общественных процессов (н-р, мигранты) или деятельности общественных организаций

(н-р, феминистическое движение). Существенно изменяются процессы и характер обучения социальным навыкам в семье, церковных и образовательных организациях.

В-третьих, изменяются и формы обучения в результате появления новых образовательных технологий (скайп, вебинары, учебные курсы он-лайн).

Однако, это не отменяет важности тренинга социальных навыков в структуре КПТ, а наоборот, диктует необходимость дальнейшей работы над теоретическим и экспериментальным обоснованием состава необходимого здоровому человеку поведенческого репертуара и разработки эффективных программ формирования этого репертуара, которые могли бы быть включенными в процесс когнитивно-поведенческой терапии любой формы и ориентации.

### ***Список литературы***

1. Лайнен М. Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2016, 336 с.
2. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия. М.: Юрайт, 2018, 192 с.
3. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия, 2007, N 4, -С.67-77.
4. Ястребов В.С. и др. Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: методические рекомендации: Методические рекомендации. М.: МАКС Пресс, 2012. – 44 с.
5. Piron H. Transpersonale Verhaltenstherapie. Von der Stagnation zur Transformation. Petersberg: Via Nova Verlag, 2007, 348 p.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ КПТ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ОВЛАДЕНИЯ ПОВЕДЕНИЕМ: ЧТО ОБЩЕГО МЕЖДУ ОНЕЙРОСОМ, РАЦИОНАЛЬНЫМ УБЕЖДЕНИЕМ И КОПИГ-КАРТЧКОЙ

Ромек Е. А.

Южный Федеральный Университет

1. Рост числа когнитивно-поведенческой терапий, во всяком случае школ, формально причисляемых к КПТ, неизбежно ставит на повестку дня вопрос о специфике КПТ, т.е. ее теоретических (научных) основаниях, терапевтической модели, методического арсенала, «механизма действия». Без ясного ответа на этот вопрос нет и не может быть четких критериев принадлежности КПТ, что ведет к размыванию ее границ и превращению в бессодержательное обобщение самых разных психотерапевтических методов. Критический анализ школ современной КПТ – большая и, как мне представляется, насущная теоретическая задача, в своем же небольшом выступлении я затрону лишь один ее аспект – методический, а именно, представлю понятие «психологическое орудие» Л.С. Выготского, проанализирую с его помощью терапевтическую стратегию классических школ КПТ, а также - несколько популярных техник школ «третьей волны». Хочу выразить благодарность д-ру Жанетт Фридрих из Женевского университета, раскрывшей в своей замечательной книге о Выготском [6] огромный эвристический потенциал понятия «психологическое орудие».

2. Многим древним народам был известен особый вид сновидений, мало распространенный в наше время. К сновидцу, находящемуся в сложной жизненной ситуации, приходит влиятельный предок, священник или даже бог и сообщает, как следует поступить. У древних греков такие сновидения назывались *chrematismos*, а слово *ὄνειρος* - означало не столько сон, сколько приходящее к сновидцу

призрачное существо, посланника [4, с. 156]. Так, во второй песне «Илиады» Зевс посылает Онейроса к Агамемнону со следующим наказом:

«Мчися, обманчивый Сон, к кораблям быстролетным ахеян;

Вниди под сень и явись Агамемнону, сыну Атрея;

Все ты ему возвести непременно, как я завещаю:

В бой вести самому повели кудреглавых данаев

Все ополчения; ныне, вещай, завоюет троянский

Град многолюдный: уже на Олимпе имущие дома

Боги не мнят разномысленно; всех наконец согласила

Гера своею мольбой; и над Троею носится гибель» [3,

с.104-105].

Онейрос принимает облик «более всех Агамемноном чтимого старца» Нестора [там же], становится над спящим царем и слово в слово передает ему завет Зевса. Проснувшись, мучившийся накануне тревогой и сомнениями Агамемнон уверенно принимает решение возглавить войско и атаковать Трою.

Долгое время антиковеды считали такие сновидения «поэтическим вымыслом» или «эпической техникой», однако в начале XX в. выяснилось, что *chrematismos* греков хорошо известны современным первобытным народам. Одним из свидетельств этого стало наблюдение Л. Леви-Брюля за процессом принятия решений кафром (зулусом). Миссионер посоветовал ему послать сына в школу. Столкнувшись с дилеммой, – обидеть отказом уважаемого человека или лишиться помощи сына по хозяйству – кафр ответил: «Я об этом увижу во сне» [2, с.117]. Во сне ему явился влиятельный предок и подсказал, как поступить.

Как видим, избавиться от тревоги и принять решение обоим сновидцам помог вошедший в их сон гость – Онейрос. Он стал искусственным стимулом, введенным в ситуацию и изменившим поведение каждого из них. Кто ввел его? Сами сновидцы. Правда, этому предшествовало глубокое усвоение ими коллективных представлений своих народов о влия-

ний сверхъестественных сил на жизнь человека, тем не менее именно сновидцы использовали эти представления в качестве психологического средства овладения своим поведением.

2. Употребление искусственных стимулов для осуществления психологической операции – ключ к пониманию произвольности поведения человека. Кстати говоря, обнаружить этот ключ Л.С. Выготскому помогли рудиментарные искусственные стимулы, такие как узелок «на память», жребий и т.п. Чтобы выразить их опосредствующую функцию в поведении человека он использовал понятие «психологическое орудие». Подобно тому, как для изменения природы человек изобретает и применяет вспомогательные приспособления – орудия труда, для изменения своего поведения, или способа действия в определенной ситуации, он применяет знаки – стимулы-средства, вызывающие произвольную реакцию [там же, с. 87-89]. Благодаря создаваемой человеком «временной условной связи» между психологическими орудиями и желаемой реакцией, его поведение определяется «не наличными стимулами, а новой или измененной, созданной самим человеком психологической ситуацией. Создание и употребление искусственных стимулов в качестве вспомогательных средств для овладения собственными реакциями и служит основой той новой формы определяемости поведения, которая отличает высшее поведение от элементарного. Наличие наряду с данными стимулами, созданных является в наших глазах отличительной чертой психологии человека», - пишет Л.С. Выготский [там же, с. 78]. В качестве психологических орудий люди используют самые разные средства - материальные предметы, слова, образы, цвета и звуки – все они выполняют функции знаков, т.е. (1) стимулируют поведенческие реакции «высшего», или культурного, порядка и (2) обозначают психологические операции (вспоминание, принятие решения, рациональное мышление и т.п.), соответствующие этому порядку. Онейрос в этом смысле действует так же, как жребий, счетные палочки или копинг-карточки.

3. В РЭПТ и КТ А. Бека психологические орудия создаются и используются в обеих функциях – как искусственные стимулы и как означающие рациональных форм мышления и поведения. Специфика и способы их применения обусловлены, прежде всего, терапевтической целью школ «второй волны»: скорректировать В – иррациональные убеждения, автоматические мысли, установки и другие искаженные вербализации/когниции, научить клиентов гибкому рациональному мышлению и, если в этом есть необходимость, – эффективным формам поведения. Эта цель достигается последовательной проработкой проблем клиента, в ходе которой, используя сократический диалог и структурированные домашние задания, терапевт учит его выявлять и корректировать свои искаженные В самостоятельно за пределами терапевтического кабинета, в реальной жизни. Собственно, терапевтическая автономность клиента и служит критерием завершения когнитивно-поведенческой терапии.

Типичная и прогнозируемая трудность интернализации метода КПТ клиентами состоит в том, что их искаженные вербализации формируются годами, многие из них усваиваются еще в детстве, в силу этого в системе поведения человека они играют роль условных стимулов, автоматически вызывающих невротические реакции; такие реакции подобны вредным привычкам, от которых, как известно, избавляться нелегко. Поэтому для преодоления невроза когнитивная проработка В – необходимое, но не достаточное условие. Победить автоматизм иррационального мышления помогают психологические орудия – искусственные стимулы, с помощью которых в провоцирующих ситуациях человек может овладеть своим поведением, т.е. применить освоенные в ходе терапии навыки и умения вместо того, чтобы по привычке впасть в состояние невроза. Скажем, X, страдавший тревожным расстройством, основательно оспорил в ходе терапевтического курса свои иррациональные убеждения, удостоверился путем когнитивного оценивания, что вероятность событий (А), по поводу которых он тревожится, край-

не мала, что даже, если они произойдут, жизнь его не рухнет и он, безусловно, сможет вынести дискомфорт с ними связанный. В итоге его чувство тревоги (С) существенно снизилось или вовсе исчезло. Тем не менее при столкновении с А – в реальности или в собственном воображении, оспоренная им иррациональная идея или автоматическая мысль снова «срабатывает» и вызывает тревогу – рефлекторно, по привычке. В РЭПТ и когнитивной терапии Бека на этот случай предусмотрены эффективные психологические орудия: копинг-карточки с рациональными убеждениями и мыслями, аудиодиспуты, различные бэкронимы, такие как В-Е-А-S-T (В – возможность для пьянства, Е - распознавание вражеского голоса, А - самоутверждение, S – напоминание о самопомощи, Т – дай отпор своему пьянству и береги свою трезвость) [8, р. 28), юмористические частушки. Все они заранее готовятся на терапевтических встречах и вводятся клиентами в ситуацию самостоятельно в качестве искусственных стимулов, которые (1) отменяют действие патогенных стимулов – искаженных вербализаций и (2) помогает применить навыки рационального мышления и конструктивного поведения, сформированные во время терапии. Так что, почувствовав тревогу, Х может вытащить из кармана карточку с рациональным убеждением с одной стороны, и списком копинговых действий – с другой, и овладеть своими чувствами. Психологически копинг-карточка выполняет ту же функцию, что и Онейрос - в сновидениях древнего человека с тем существенным отличием, что карточка напоминает о знаниях и умениях, приобретенных в ходе КПТ и используется сознательно, а Онейрос укоренен в мифе и вводится в ситуацию конкретным человеком спонтанно.

4. Некоторые психологические орудия специально изобретаются для психотерапевтических целей, другие заимствуются из различных социокультурных практик и приспособляются к этим целям. В КПТ «второй волны», или «собственно, КПТ», по определению англоязычной Википедии, главной целью терапевтического взаимодей-

ствия выступает, как уже подчеркивалось, корректировка искаженных В. Ни повышение порога чувствительности (С) к «невротизирующим» стимулам (А) (экспозиция, десенсибилизация), ни отвлечение, ни научение эффективным формам поведения не являются специфическими задачами этого направления - они заимствованы из бихевиоризма – «первой волны», и в КПТ факультативны.

Рассмотрим несколько популярных психологических орудий школ «третьей волны»: как они соотносятся с терапевтической целью «собственно КПТ», какие поведенческие реакции стимулируют, и какие умения и навыки обозначают?

В ДБТ широко используются бэкронимы - GIVE, DEAR MAN, S.T.O.P., - для овладения своим поведением в провоцирующих ситуациях, а значит, - в качестве психологических орудий.

GIVE – составлен из английских слов «вежливость», «интерес», «отражение чувств» «добродушие» и предназначен для ситуаций межличностного общения, так же, как DEAR MAN («объективное описание ситуации», «открытое выражение чувств», «ассертивность», «подкрепление», «осознанность (настойчивость)», «невербальные проявления уверенности», «переговоры»). S.T.O.P. («остановись», «сделай шаг назад», «посмотри на проблему со стороны», «действуй внимательно») помогает справляться с дистрессом, и именуется в ДБТ основным умением осознанности (Core mindfulness skill).

Все эти психологические инструменты отсылают к поведенческим навыкам, обучение которым является «торговой маркой» бихевиоральной психотерапии. S.T.O.P. добавляет к ним технику сосредоточения, заимствованную из современных медитативных практик. То же можно сказать и о других психологических орудиях ДБТ:

- приятные на ощупь предметы, которые можно поглаживать в стрессовых ситуациях, напоминают о поведенческом навыке отвлечения,
- невербальное проявление эмоций, противоположных

тем, которые человек испытывает, например, улыбается, когда злится, - контробусловливание,

- образы, уносящие прочь негативные эмоции, например, кораблик, уплывающий в океанскую даль со злостью на борту, - одну из техник медитации.

Перечисленные выше искусственные стимулы, равно как и стоящие за ними поведенческие и медитативные техники могут быть эффективными, но вопрос – то в другом: отвечают ли они цели и шире – теоретическим, научным основаниям КПТ, формуле А-В-С? Нет, ни в коей мере, поскольку - направлены не на проработку искаженных В – убеждений, автоматических мыслей, установок и т.п. человека, а на изменение его поведения (С) или на снижение воздействия стимула (А). Эта стратегия соответствует формуле S-R и психотерапевтической модели бихевиоризма в целом: бихевиоризм, как известно, предлагает два пути коррекции поведения – посредством изменения стимулов, воздействующих на человека, и посредством обучения его эффективным формам поведения.

Получается, что ДБТ вряд ли можно назвать школой «третьей волны» КПТ (как по тем же основаниям и другие школы «поколения next»), скорее она является откатом к «первой волне», несущим в себе инородные включения восточных течений, слишком малые, чтобы оказать существенное влияние на качество воды. Впрочем, по своему названию диалектико-поведенческая терапия и не претендует на принадлежность к КПТ.

### **Список литературы**

1. Бек Дж. С. Когнитивная терапия. Полное руководство. М.-СП-Киев, 2006.
2. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Собр. Соч. в 6 тт. Т.3 М.: Педагогика, 1983. С.5-329.
3. Гомер. Илиада // «Библиотека всемирной литературы». Т. 3. М.: Художественная литература, 1967. С.23-419.

4. Доддс Э. Р. Греки и иррациональное // СПб.: Алетейя, 2000.
5. Ellis, A., Gordon, J., Neenan, M., and Palmer, S. Stress Counselling: A Rational Emotive Behaviour Approach. London: Cassell, 1997.
6. Friedrich, J. Lev Vygotski : médiation, apprentissage et développement : une lecture philosophique et épistémologique. Carnets des sciences de l'éducation (2<sup>e</sup> éd.). Genève: Université de Genève, FPSE, 2012.
7. Linehan M. M. DBT Skills Training: Manual, Second Edition, The Guilford Press, 2014.
8. Tate, Ph. Alcohol. How to give it up and be glad you did. A sensible approach. Altamonte, Florida: Rational Self-Help Press, 1993.

## **МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: КУЛЬТУРНО-АДАПТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

*Джессика М. Шультз, Скотт Стюарт*

*Перевод: Гиниятова А. В.*

**Межличностная психотерапия (ИРТ)** — это эффективное лечение, используемое во всем мире для различных психологических расстройств. Принимая во внимание необходимость предоставления компетентного в культурном отношении лечения, JESSICA SCHULTZ и SCOTT STUART рассматривают использование ИРТ с различными популяциями и используют текущие исследования для представления конкретных адаптаций к ИРТ с клиентами из различных культур. По мере того как исследователи продолжают устанавливать эффективность психологических методов лечения, следует обратить внимание на обобщенность этих методов лечения для различных групп населения.

Межличностная психотерапия (ИРТ) была использована с большой эффективностью во всем мире. Люди — это люди, хотя структура семей и отдельные социальные роли сильно различаются по культуре и географии, люди связаны друг с другом. Они становятся огорченными, когда у них возникают проблемы с конфликтом, изменением и потерей отношений.

Существует большая потребность в том, чтобы ИРТ (и все другие виды терапии) была культурно актуальной. Адаптация необходима для максимальной эффективности и обеспечения использования лечения в различных культурных условиях. Метаанализ 76 результатов исследований Гринера и Смита (2006) продемонстрировал умеренно сильный эффект ( $d = .45$ ) культурных адаптаций по результатам лечения.

В качестве наглядного примера культурной адаптации приведем термин «депрессия», который не относится к культуре во многих случаях. Как следствие, настойчивое использование бессмысленного или стигматизированного диагностического термина, вероятно, будет серьезным пре-

пятствием для доступа к лечению, независимо от эффективности лечения в рандомизированном контролируемом исследовании. В таких случаях терапевт должен работать совместно с клиентом, чтобы определить, какие слова лучше всего описывают опыт бедствия клиента, и использовать их в качестве целей лечения, а не жесткое введение диагноза, который не имеет никакого значения для клиента. Учитывая потребность в компетентном в культурном отношении лечении, цель этой статьи - описать адаптацию к IPT для использования с клиентами из разных культур.

В статье предоставлен краткий обзор целей, этапов и мероприятий IPT. За этим следует всестороннее обоснование использования IPT с клиентами, имеющими культурный характер. Наконец, описывается культурная адаптация к лечению, чтобы служить моделью для клиницистов в адаптации IPT к различным группам населения.

В то время как IPT идентифицируется как «целенаправленная психологическая стратегия» для программ «Улучшение результатов и лучшего доступа», финансируемых Medicare в Австралии, многие клиницисты не знакомы с этим обращением (Robertson, Rushton, & Wurm, 2008). Мы надеемся, что в этой статье мы будем использовать знания в области IPT при использовании с различными группами населения. Мы также отмечаем, что многие из описанных стратегий адаптации относятся к другим моделям лечения.

## **Обзор IPT**

Межличностная психотерапия - это ограниченное по времени, структурированное лечение психологических расстройств (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984; Stuart & Robertson, 2012). **Цель лечения - облегчить психологические симптомы, помогая клиентам улучшить их межличностное функционирование и увеличить социальную поддержку.** В качестве настоя-

щего и проблемно-ориентированного лечения IPT не фокусируется на реконструкции прошлого опыта. Скорее, лечение фокусируется на смягчении проблем, улучшая текущее зависимое функционирование. Теоретическая основа IPT коренится в наблюдении, что люди по своей сути являются зависимыми и развивают модели подключения к другим, известным как стили привязанности (Bowlby, 1977). Эти стили привязанности влияют на общие ожидания относительно отношений, а также на то, как люди сообщают о своих потребностях и как другие могут на это реагировать.

Психологическое расстройство связано с проблемами межличностного функционирования, и это может разворачиваться двумя способами. Во-первых, проблемы в межличностных отношениях могут вызвать прямой психологический дискомфорт. Во-вторых, проблемы в межличностном функционировании препятствуют способности эффективно справляться со стрессом. Основываясь на этой теоретической структуре, IPT концептуализирует бедствие как межличностное по своей природе и, следовательно, **нацелено на межличностное функционирование и социальную поддержку в лечении.**

*Межличностная триада (рис. 1)* является кратким способом описания генезиса психологического расстройства. Человек сталкивается с острым кризисом, таким как потеря, конфликт или переход (любые изменения).

При этом у него существует индивидуальная уязвимость, например, небезопасный стиль привязанности, генетическая предрасположенность к депрессии или тревоге или другие особенности личности.

Все это происходит в условиях плохой социальной поддержки.

Если кризис или индивидуальная уязвимость достаточно велики или социальная поддержка достаточно бедна, баланс нарушается, и индивидум не выдерживает и погружается в депрессию.

В рамках ограниченного времени или «диапазона дози-

рования» (4-20 сеансов), IPT включает в себя четыре этапа лечения: начальная /оценка, средняя, заключение и обслуживание. Во время терапии **основными задачами являются:** 1) снижение психологических симптомов и стрессов/кризисов; 2) улучшение межличностного функционирования; и 3) решение острых межличностных проблем.

На начальном этапе/этапе оценки клиницист работает над тем, чтобы установить сильный, совместный рабочий альянс с клиентом. *На этом этапе производится оценка психологических симптомов, текущей социальной поддержки, межличностных проблем, моделей общения и стиля привязанности.*

Межличностный анамнез проводится на ранней стадии начального этапа, чтобы структурировать процесс, с помощью которого клиент начинает помогать клиницисту понимать свою сеть социальной поддержки.

Далее устанавливается общее понимание между клиентом и врачом участников бедствия в рамках психосоциальной/культурной/духовной системы. Определяются факторы, вызывающие и сопровождающие бедствия, и дается обоснование для лечения, подчеркивая роль межличностных факторов.

На начальном этапе лечения клиницист выявляет клинические проблемы в трех проблемных зонах IPT:

- печаль и убытки (любые значительные потери);
- ролевые переходы (изменение жизненных обстоятельств);
- межличностные споры (конфликт в отношении значимых отношений).

По завершении начального этапа /оценки пациент и клиницист соглашаются в сотрудничестве над проблемной областью, чтобы нацелиться на среднюю фазу лечения. Учитывая, что IPT является ограниченной по времени, проблемные области функционируют как стратегия, направленная на то,

чтобы помочь сосредоточиться на лечении в средней фазе.

На средней стадии лечения клиницист помогает клиентам инициировать изменения в межличностных отношениях, помогает справиться с ролевыми переходами, разрешить межличностные споры и/или справляясь с горем и потерей.

В середине этапа используются различные методы для решения задач лечения, и есть место для гибкости и креативности, если лечение сосредоточено на межличностных проблемах и нацелено на цели первичного лечения IPT.

Коммуникационный анализ является первичным вмешательством в среднюю фазу, которая фокусируется на оказании помощи клиентам в повышении осведомленности об их моделях общения, в частности тех, которые являются проблематичными. Клиентам помогают разрабатывать более эффективные способы общения, изучая новые навыки общения и стратегии, практикуя их в ролевых играх. Еще одна ключевая особенность средней фазы - помочь клиентам принять реалистичные ожидания относительно их отношений.

Главным для среднего этапа лечения является внедрение и практика новых навыков в целях развития более эффективной коммуникации и более богатой социальной поддержки.

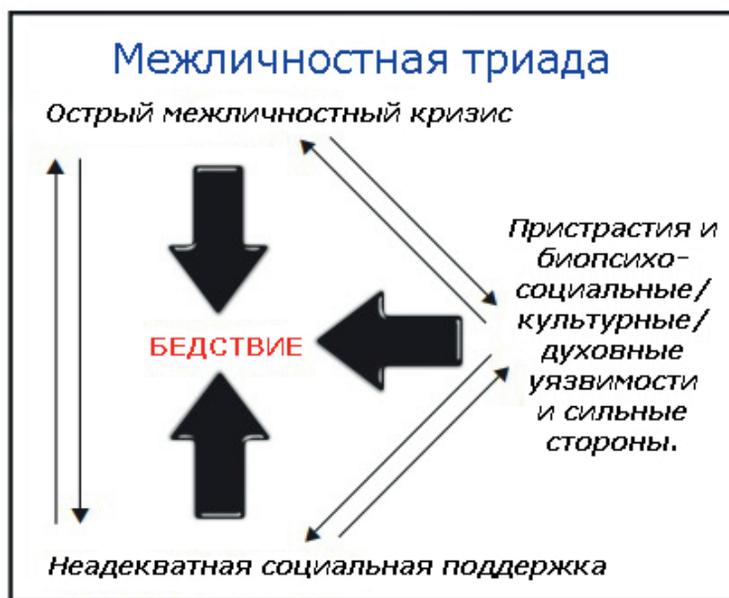
Лечение в IPT не «прекращается». Скорее, острая терапия прекращается на этапе заключения, отражая прогресс и планирование поддерживающего лечения.

Уникальный для IPT этап поддержки лечения предусматривает структурированные сеансы «проверки» с различными интервалами (например, ежемесячно, раз в полгода), чтобы поддерживать прогресс и участвовать в решении проблем, связанных с острыми кризисами.

### **Техническое обслуживание**

Было показано, что IPT эффективен в предотвращении рецидива (Frank et al., 1990, 2007; Reynolds et al., 1999, 2006). Большой объем данных свидетельствует о том, что

ИРТ является эффективным средством лечения ряда психологических расстройств среди подростков, взрослых и гериастрических групп. Мета-анализы показали, что ИРТ имеет умеренный и большой эффект при лечении депрессии наравне с когнитивно-поведенческой терапией (CBT; Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Cuijpers, Geraedts, van Oppen, Andersson, Markowitz, & van Straten, 2011). ИРТ был назван «одним из лучших эмпирически подтвержденным психологическим методом лечения депрессии, имеющейся в настоящее время», лечения посттравматического стрессового расстройства (PTSD; Bleiberg & Markowitz, 2005; Krupnick et al., 2008; Meffert et al., 2011; Robertson, Rushton, Bartrim, Moore, & Morris, 2007), булимии (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000), расстройством пищевого поведения (Hilbert et al., 2012) и социальной фобии (Lipsitz, Markowitz, Cherry, & Fyer, 1999; Lipsitz et al., 2008; Stangier, Schramm, Heidenreich, Berger, & Clark, 2012).



Первоначально разработанная как индивидуальная психотерапия (Klerman et al., 1984), IPT была успешно адаптирована для групповых форматов (Wilfley, Mackenzie, Welch, Ayres, Weissman, 2000). Небольшим исследованиям еще предстоит изучить IPT как супружескую терапию; однако партнеры или значимые люди в жизни клиента часто интегрируются в лечение (Brandon et al., 2012; Miller & Reynolds, 2007).

Обоснование использования IPT с культурно разнообразными группами населения. Специалисты в области психического здоровья должны оказывать компетентные психологические услуги (Американская Психологическая ассоциация, 2003; Австралийская ассоциация социальных работников, 2010; Sue, Arredondo, & McDavis, 1992). На самом деле, Австралийские национальные стандарты практики для работников психического здоровья разработаны таким образом, чтобы обеспечить обслуживание культурно разнообразных группы населения (Департамент здравоохранения штата Виктория, 2013 год). Стремясь обслуживать культурно разнообразные группы населения, важно, чтобы предоставляемые услуги имели прочную базу данных и учитывали культурные особенности и учитывали их специфику.

IPT - это культурно-адаптивная процедура благодаря своей гибкой структуре, универсальной природе отношений, формулированию клиента и бедствий, а также растущим свидетельствам эффективности с различными популяциями.

В качестве пункта разъяснения мы ссылаемся а культуру в целом, включающей в себя пересечение таких аспектов идентичности как пол, раса, этническая принадлежность, социальный класс, место происхождения и проживания, сексуальная ориентация, религия или духовность и многие другие факторы. Это общее обсуждение культуры и культурных адаптаций твердо основано на понимании того, что существуют большие индивидуальные различия во всех культурах.

Люди - это социальные существа. Bowlby (1977) предположил, что потребность в привязанности является биологическим свойством для всех людей. Хотя отношения и семейные

структуры различаются в разных культурах, важность отношений в человеческом опыте кросс-культурная. Учитывая это, межличностный фокус ИРТ несет интуитивный смысл.

Фактически, при внедрении ИРТ клиницистом и клиентом из огромного множества культурных традиций мы последовательно сталкиваемся с тем, насколько люди находят модель привлекательной. Отношения важны для всех нас, и нацеленность на межличностное функционирование в терапии имеет межкультурную полезность.

Обоснование использования ИРТ с различными популяциями еще больше укрепилось благодаря его концептуализации идентичности и бедствия с использованием модели Biopsychosocial / Cultural / Spiritual (Stuart & Robertson, 2012). Как обсуждалось ранее, концепция ИРТ рассматривает бедствие через межличностный объектив; однако уникальный человек в терапии рассматривается в целом. Культурные и духовные элементы рассматриваются непосредственно и явно в лечении и используются для понимания каждого человека.

При разработке «межличностной формулировки» в начальной фазе терапии, врач работает совместно с клиентом, чтобы выявить участников бедствия и другие важные факторы, которые могут повлиять на лечение в рамках биопсихосоциальной / культурной / духовной структуры. Межличностная формулировка – это возможность исследовать культурные факторы, а врачу – понять, как аспекты идентичности клиента могут влиять на представление интересов.

В дополнение к своим международным применениям имеются свидетельства эффективности использования ИРТ для использования с различными другими группами населения. Например, ИРТ успешно используется в ПСИХОТЕРАПИИ В АВСТРАЛИИ пациентов с низким социальным классом и низкими доходами (Grote, Bledsoe, Swartz, & Frank, 2004; Grote et al., 2009, Krupnick et al., 2008). Budge (2013) предположил, что ИРТ может быть идеальным средством лечения для трансгендерных клиентов, которые находятся в процессе перехода, особенно при работе в области проблем с переходом ролей.

ИРТ также является эффективным средством лечения подростков и взрослых (*Blom et al., 2010; Brown, Schulberg, Sacco, Perel and Houck, 1999; Cassidy et al., 2013; Markowitz et al., 2009; Mufson et al., 1999; Roselló, Bernal, & RiveraMedina, 2008; Spinelli et al., 2013; Tanofsky-Kraff et al., 2010*).

**Несмотря на то, что этот список не является исчерпывающим, эти данные свидетельствуют о том, что ИРТ - полезное лечение с культурно разнообразными людьми.**

### **Культурная адаптация к ИРТ.**

Чтобы максимально повысить актуальность и эффективность, необходимо адаптироваться к ИРТ. Культурная адаптация была определена как «систематическое изменение основанного на фактических данных лечения или протокола интервенции для рассмотрения языка, культуры и контекста таким образом, чтобы это соответствовало культурным моделям, значениям и ценностям клиента» (*Bernal, Jimenez- Chafey, & Domenech Rodriguez, 2009, с.362*).

Метааналитические данные свидетельствуют о том, что культурные адаптации оказывают умеренно сильное влияние на результаты лечения, при этом вмешательства, направленные на определенную культурную группу, более чем в четыре раза эффективнее, чем те, которые предоставляются людям из различных культурных групп (*Griner & Smith, 2006*). *Bernal et al. (1995)* была использована в качестве рамки для осуществления культурных адаптаций к ИРТ (например, *Grote et al., 2009; Rosselló et al., 2008*).

Бернская модель описывает восемь аспектов лечения, которые могут быть объектом культурной адаптации — язык, люди, метафоры, содержание, концепции, цели, методы и контекст. Культурные адаптации также были отнесены к категории, касающейся структуры программы, вмешательства, содержания программы и поведение терапевта (*Cardemil, 2010*).

**Рисунок 2: Межличностный инвентарь**



Приведенные ниже варианты адаптации подразделяются на три категории: структура, контент и поведение терапевта. Хотя адаптация к вмешательству не обсуждается подробно, важно отметить, что ИРТ может быть организован с использованием переводчиков, когда языковые различия присутствуют.

Следующие примеры адаптаций ИРТ для использования с культурно разнообразными популяциями представлены в качестве моделей для практикующих врачей. Эти адаптации приведены с пониманием, что существует огромная сумма индивидуальных различий во всех культурных группах и что клиницисты должны постоянно стремиться к повышению своей мультикультурной компетенции во всей

их профессиональной деятельности. Важно отметить, что все приспособления описаны с сохранением теоретической основы IPT и ее основных компонентов, поскольку крайне важно сохранить эмпирически поддерживаемые элементы обработки во время адаптации (Cardemil, 2010). Представленные культурные адаптации находятся полностью в рамках IPT и не ставят под угрозу верность лечения.

### **Адаптация к структуре**

Можно адаптироваться к структуре IPT, чтобы лучше соответствовать культурной структуре клиентов. Например, несколько исследователей использовали очень короткий курс IPT, от шести до восьми сеансов, с лицами с низким доходом (Grote et al., 2009;

Meffert et al., 2011). Лица с низким доходом сталкиваются со многими практическими препятствиями для участия в терапии, включая расходы, транспорт, расходы на уход за детьми и низкую заработную плату (Maunard et al. 1997). Сокращение сеансов снижает нагрузку на лечение и может облегчить некоторые из этих барьеров.

С учетом культурных особенностей расширенной краткой межличностной психотерапии было показано, чтобы быть эффективным в лечении депрессии у беременных женщин с низким уровнем дохода необходимо 8-сессии (Grote et al., 2009). Несколько изменений сделаны для уменьшения длины лечения (Grote et al., 2007; Grote, Swartz, & Zuckoff, 2008). Например, лечение фокусируется только на одной области проблем (роли, переходы, межличностные споры, горе и потеря). Кроме того, для ускорения изменений используются стратегии межличностной стратегии поведенческой активации (например, переход к фильму с другом) и домашние задания (например, общение с целью разрешения спора с партнером). Включение предсессионной сессии является еще одной структурной адаптацией к лечению.

Как описано Grote et al. (2008, 2007) и Swartz et al. (2007), предсессионная сессия увеличивает приверженность клиентов к лечению путем укрепления доверия и решения практических, психологических и культурных барьеров для лечения.

Этот метод разработан специально для использования с клиентами с низким доходом и этническими меньшинствами. В ходе экспериментального рандомизированного лечения беременные женщины с депрессией, участвовавшие в предсессионной сессии, значительно чаще посещают начальную сессию лечения и завершают полное лечение (Grote et al., 2007). Используя методы этнографического интервьюирования на предсессионной сессии до лечения, врач принимает на себя роль заинтересованного ученика и признает, что клиент является экспертом в своем опыте и культуре (Grote et al., 2008, 2007; Swartz et al., 2007). 45-60-минутный сеанс предсессионной сессии включает пять возможных элементов:

- 1) получение истории и убеждений клиента о жертвах бедствий;
- 2) сбор информации об истории лечения, стратегиях выживания и сильных способностях (включая духовность) и предпочтениях для лечения и терапевта;
- 3) психообразование о депрессии и лечении;
- 4) понимание барьеров на пути лечения и вовлечение в совместные решения проблем, связанных с этими барьерами;
- и 5) выявление приверженности лечению.

На протяжении сеанса клиницист задает вопросы, связанные с культурными перспективами лечения, включая взгляды на работу с клиницистом другой культуры и обсуждение личной информации в лечении.

## **Адаптация к контенту**

В то время как отношения по сути являются человеческими, функция отношений сильно варьируется среди культурных групп. Цель ИРТ всегда должна заключаться в том, чтобы помочь клиентам функционировать по своему оптимальному уровню в пределах культурной группы, к которой они принадлежат, и с которой они взаимодействуют между собой. Соответственно, клиницисты должны понимать, как отношения действуют в культурном контексте клиента. В то время как клиницисты должны развивать знания об этом посредством своего собственного исследования (APA, 2003), позиция клинициста ИРТ всегда заключается в поиске для понимания перспективы и контекста конкретного клиента. Компетентные клиницисты не должны полагаться исключительно на своих клиентов, чтобы обучать их вопросам культуры, но они всегда должны быть открытыми и любопытными к тому, как работают отношения и как определяются здоровые отношения с точки зрения культуры конкретного клиента.

Как только клиницист понимает здоровое межличностное функционирование в культуре клиента, могут быть внесены различные изменения в содержание лечения. Например, межличностный анамнез (см. Рис. 2) является инструментом, используемым на начальной стадии / стадии оценки (Stuart & Robertson, 2012). Вкратце, клиенту предлагается перечислить имена людей в его или ее жизни на концентрических кругах в соответствии со степенью близости отношений. Затем терапевт направляет клиента, обсуждая каждую взаимосвязь, чтобы получить понимание сети поддержки клиента, социальных сильных сторон и проблем, шаблонов связи и стиля привязанности. Общая рекомендация при проведении межличностного анамнеза заключается в том, чтобы дать указание клиенту написать имена от семи до восьми нынешних людей в его или ее сети поддержки на межличностном круге (Stuart & Robertson, 2012).

Однако это числовое руководство может быть слишком низким для клиентов, чьи культуры имеют большее значение для расширенной семьи. Например, латиноамериканские культурные ценности персонализма и *familismo* могут иметь прямое влияние на этот специфический элемент лечения (Rosselló et al., 2008). *Personalismo* относится к оценке строительства и поддержания теплых межличностных отношений (Сантьяго-Ривера, Арредондо, & Гальярдо-Купер, 2002), в то время как *familismo* представляет собой сильную связь и идентификацию людей с их ядерной и расширенные семьи (Сабогал et al., 1987).

Межличностный фокус IPT согласуется с этими культурными ценностями, и эти ценности могут влиять на количество людей, которых клиенты желают или считают вынужденными включать в межличностный круг. Клиницисты должны быть гибкими в количестве людей, которых клиенты ставят в свой межличностный круг, так как было бы глупо ограничить некоторых клиентов всего до семь или восемь человек в круге поддержки. Для изучения межличностных сетей этих лиц также может потребоваться дополнительное время за 1-2 сеанса, рекомендованное для межличностного анамнеза (Stuart & Robertson, 2012).

В дополнение к дискомфорту в разговоре с профессионалами о личных проблемах, некоторые клиенты могут рассматривать разговоры о людях, которые не представлены в круге как культурно неуместные. Для этих клиентов, участие в межличностном анамнезе может быть воспринято как сплетни или как неуместная критика. В этих случаях — и, откровенно говоря, во всех случаях — обоснование должно быть четко и прозрачно объяснено (Блом et al., 2010). Это может помочь сформулировать этот процесс, как разработанный, чтобы помочь врачу лучше понять клиента путем изучения типа и характера отношений. Напротив, просить клиента определить «хорошие» и «плохие» аспекты отношений или определить межличностные «проблемы» в качестве задачи часто будут генерировать ятрогенное сопротивление.

### **Другие письменные инструменты, используемые в IPT, также должны иметь культурное значение**

В IPT используется несколько письменных инструментов, которые помогают структурировать и помогать клиентам, помогая рассказать свою историю (например, межличностный анамнез, межличностная формулировка, график споров, временная шкала ролевых переходов). При использовании всех этих инструментов клиницистам настоятельно рекомендуется использовать их в сеансе (в отличие от домашней работы) и писать клиенту письмо (Stuart & Robertson, 2012). Разумеется, эти рекомендации должны быть адаптированы для клиентов, которые не могут писать или им неудобно делать это. Символы, рисунки или фотографии могут быть заменены письменными словами в этих ситуациях. Терапевт может также писать на инструментах, пока написанное имеет смысл и полезно для клиента.

Клиницисты должны быть особенно чувствительны к уместности прямого или настойчивого общения в культуре клиента. В то время как IPT, проводимая с белыми американцами, имеет тенденцию подчеркивать прямую связь, несколько исследователей предупреждают об этом при работе с индивидуумами других культур (Lueboonthavatchai & Thavichachart, 2010; Markowitz et al., 2009; Verdeli et al., 2008). Прямое выражение индивидуальных потребностей может рассматриваться как особо неуместное в коллективистских азиатских культурах (Gao et al., 2012; Lueboonthavatchai & Thavichachart, 2010) и клиницисты должны работать совместно с клиентами, чтобы просить о помощи таким образом, чтобы это было культурно приемлемым. Как правило, IPT не ориентируется исключительно на обучение уверенности в любой ситуации. Вместо этого акцент делается на клиенте, любезно запрашивающем помощь и поддержку таким образом, чтобы другие могли легко реагировать. Клиницисту нужно только понять специфику того, что влечет за собой милосердие в рамках данной культурной среды.

Гендерные и связанные с возрастом ролевые роли могут оказывать существенное влияние на прямоту общения. Например, Clougherty и коллеги (2006) обратите внимание, что угандийской женщине нецелесообразно спрашивать своего мужа о чем-то. В их адаптации лечение фокусировалось на том, чтобы помочь женщине определить старшего, который может служить посредником. Опять же, основное внимание уделяется тому, чтобы помочь клиентам эффективно общаться и строить социальную поддержку в своих культурных рамках.

ИРТ для подростков использует список «Подростковые советы» для обучения социальным навыкам (Mufson, Lewis, Gunlicks-Stoessel, & Young, 2012). Одним из навыков является «Использование я-сообщений для заявления о чувстве», в котором описываются рамки подхода к конфликту, где предлагается сообщать о том, как ситуация заставляет чувствовать себя, а не обвинять другого человека. Основываясь на отзывах фокус-групп, изучающих перспективы подростков, родителей и лидеров сообществ по их адаптации к ИРТ для предотвращения увеличения веса у девушек из афроамериканцев, Cassidy et al. (2013) было выявлено, что заявления «я чувствую» с родителями в этой культурной среде, может воспринимать как неуважительное.

Другие средства коммуникации должны пониматься и включаться в ИРТ, чтобы эффективно содействовать социальной поддержке и разрешению конфликтов. В общем, это отличный пример того, как сосредоточение внимания на милосердии может быть более эффективным способом общения. Проще говоря, любезность просить вежливо. Напротив, агрессивная коммуникация уделяет мало внимания потребностям других или способу оформления запроса. Быть милостивым подразумевает вежливость, уважение, и культурно приемлемые средства коммуникации.

Многие клиенты, особенно клиенты из маргинальных групп, испытали на себе дискриминацию. Дискриминация зафиксировала явные вредные последствия для психиче-

ского здоровья (Paradies, 2006; Pascoe & Richman, 2009). Учитывая влияние на благополучие и функционирование клиентов, Браун, Коннер и МакМюррей (2012) подчеркивают, что в IPT следует уделять внимание опыту дискриминации клиентов, в том числе расизму. Чтобы начать, клиницисты могут напрямую спросить о таком опыте в отношениях и подтверждать эмоциональные реакции.

Обсуждение проблем и навыков преодоления, выявление источников поддержки и изучение того, как клиент может помочь людям в их сети поддержки понять, как он или она испытывает эти трудности также может быть полезным.

Аналогично, клиницисты должны быть остро осведомлены о проблемах аккультурации при работе с клиентами, которые являются иммигрантами. Переход в новую страну и адаптация к культуре хозяина может быть невероятно напряженной ситуацией, и область проблем с перекрестками ролей может быть особенно полезной областью внимания для этих клиентов.

Помогая клиентам в этих переходах, клиницист должен помнить о различиях в аккультурации между клиентом и другими в своей сети поддержки (например, родителями, братьями и сестрами). IPT призван помочь этим клиентам лучше понять их собственный опыт, чтобы затем общаться с другими людьми.

Лечение также может помочь клиентам понять, как различия аккультурации могут повлиять на их отношения и помочь им развивать сочувствие к этим различиям в других, чтобы облегчить лучшее межличностное функционирование.

Дискуссия о горя и потерях - это еще одна область, как в терапевтических отношениях, так и в рамках общественных отношений в целом, которая сильно различается по культурам. Хотя смерть является универсальным опытом, термины, используемые для ее описания, сильно различаются в культурных и духовных традициях. Например, «уход», «выход на небо» и «жизнь после смерти» - это некоторые из невероятно разнообразных способов, которыми люди описывают смерть.

Терапевт, чтобы понять процесс терпимости и потери клиента, должен спрашивать не только об используемых в культурном отношении терминах, но и об их значении для отдельного клиента. Сам процесс скорби варьируется в зависимости от культур, как с точки зрения ожиданий, так и от ритуалов. Например, в некоторых культурах ожидается определенная продолжительность времени для скорби. Примером может служить еврейская традиция «шивы»; семь дней траура ожидаемых в рамках этой культурной среды. Другие ритуалы сильно различаются; терапевт должен обеспечить понимание культурных ожиданий, а не патологию. Кроме того, очень важно, чтобы терапевт понимал духовный опыт и ожидания каждого клиента в общей культурной среде. Этот индивидуальный опыт может соответствовать или не соответствовать нормам окружающая культура.

Религиозные переживания меньшинств или убеждения или духовные убеждения, которые отличаются от нормы культуры, скорее всего, затруднят скорбь и повысят значимость терапевта как открытой и принимающей поддержки.

В качестве конкретного примера опыт пренатальной потери можно описать по-разному. Смерть, выкидыш, мертворождение и другие имеют разные значения. В культурной среде, в которой жизнь понимается как начинающаяся с зачатия, «смерть» или «потеря ребенка» могут применяться, даже если это происходит через 8-10 недель беременности. И наоборот, индивидуум, чьи убеждения не соответствуют преобладающим культурным или семейным убеждениям, может с большим трудом привлекать эмоциональную поддержку от других, усиливая опыт изоляции и непонимания.

### **Адаптация к поведению терапевта**

Окончательный набор адаптаций предназначен для терапевтического поведения, в частности, для терапевтической позиции. Клиницист ИРТ обычно активен, сотрудничает, поддерживает и фокусируется на построении и поддержании сильного терапевтического альянса (Stuart & Robertson, 2012).

Часто в клинической практике ИРТ разница в позициях между врачом и клиентом сведена к минимуму, с тем чтобы стимулировать сотрудничество и сильный рабочий Альянс. Тем не менее, врачи должны помнить о различных культурных ожиданиях оказания помощи профессионалам. В своем исследовании, посвященном депрессивным пуэрто-риканским подросткам, Росселло и др. (2008) показывают, что СВТ, возможно, превзошел ИРТ из-за его более директивного, структурированного характера, что согласуется с латиноамериканским значением *respeto* (т. е. стремлением получить указания от авторитетных фигур). Для клиентов из культур, которые рассматривают отношения в иерархическом порядке, врачи могут адаптировать свою позицию соответственно.

Например, врач может выбрать, чтобы представить себя с соответствующим названием (например, доктор) и описать свои профессиональные полномочия более полно.

Хотя психообразование в отношении взаимосвязи между симптомами и межличностным контекстом всегда является частью ИРТ, больший акцент может быть сделан на этом. Клиницисты могут быть более директивными в концептуализации бедствия клиентов во время межличностной формулировки и предлагая цели лечения. Наконец, клиницисты могут больше использовать прямые предложения или домашние задания.

### **Выводы**

У нас есть много работы, чтобы сделать доступное, подходящее и эффективное лечение разнообразным группам населения, с которыми мы работаем. Cardemil (2010) предполагает, что исследования, адаптированные к культурному воздействию, должны учитывать оценки приемлемости, оценки результатов, сравнительные оценки и оценки механизмов. Культурно адаптированный ИРТ продемонстрировал положительные результаты в оценках приемлемости пациентами (например, Cassidy et al., 2013; Gao, Luo, & Chan, 2012)

и оценки результатов лечения (например, Grote et al., 2009; Verdelli, 2008). Однако в небольших исследованиях была изучена эффективность IPT по сравнению с другими установленными методами лечения для представителей различных культур, и нет оснований полагать, что в настоящее время IPT обладает большей культурной адаптацией, чем другие хорошо зарекомендовавшие себя модели лечения.

Кроме того, мало известно об эффективности конкретных адаптаций / механизмов или эффективности адаптированных к культурному воздействию IPT по сравнению с обычным IPT. Будущие исследования в этой области могут следовать моделям, представленным в двух исследованиях, в которых нашли, что культурно адаптированные CBT превосходят неадаптированные CBT (Kohn, Oden, Munoz, Robinson, & Leavitt, 2002; Miranda, Azocar, Organista, Dwyer, & Areane, 2003).

Мы настоятельно рекомендуем клиницистам вносить коррективы в рамках IPT, чтобы сделать лечение культурно актуальным для конкретных клиентов. Это может включать использование приведенных выше примеров или адаптацию культурной специфики к другим популяциям. Укрепление культурной адаптации к лечению - это богатое понимание населения. Оно также требует глубоких знаний и компетенции в области IPT, с тем чтобы не принести в жертву верность модели. Это сложная задача, требующая знаний, креативности, гибкости и сильных терапевтических навыков. Однако только благодаря этому мы можем приблизиться к надежде Бернала, Хименеса Чафея и Доменека Родригеса (2009), что «культурные адаптации могут позволить выйти за рамки подхода «один размер» и приблизиться к идеалу предоставления эффективных психотерапий для всех людей, контекстуализированных с точки зрения культурных ценностей» (стр. 366).



Подписано в печать 19.04.18.  
Печать цифровая. Бумага офсетная.  
Формат 60х90/16  
Усл. печ.л . 9,25  
Гарнитура Georgia  
Тираж 170 экз. Заказ № 190418/01

Издательство «СИНЭЛ»  
Отпечатано в типографии «СИНЭЛ»  
194223, г. Санкт-Петербург, ул. Курчатова, д. 10