

// СВТ
FORUM22

Saint-Petersburg



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

VIII Международный Форум Ассоциации
Когнитивно-Поведенческой Психотерапии
CBTFORUM

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Санкт-Петербург
20-22 мая 2022 года

Санкт-Петербург
2022

VIII Международный
Форум Ассоциации
Когнитивно-Поведенческой
Психотерапии
CBTFORUM

Сборник научных статей

Санкт-Петербург

20–22 мая 2022 года

Санкт-Петербург
2022

УДК 159.9
ББК 88.1
К57

Редакционная коллегия

Ковпак Дмитрий Викторович, президент Ассоциации Когнитивно-Поведенческой психотерапии, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, член Международного Консультативного Комитета Института Бека (Beck Institute, USA), член правления Исполнительного Совета Международной Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Терапии (IACBT), вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации.

Ковпак Алиса Игоревна, кандидат психологических наук, директор по развитию Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, руководитель КПТ-центров BeCBT, руководитель онлайн-платформы BeCBT.online, председатель редакционной коллегии.

Зрюгин Максим Александрович, медицинский психолог, руководитель Поволжского отделения Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, руководитель КПТ-центра BeCBT в Самаре.

Савельева Ксения Юрьевна, клинический психолог, директор по управлению персоналом Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии.

Муртазин Альберт Инзирович, врач-психотерапевт, руководитель цифровых продуктов Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии.

Третьякова Тамара Валентиновна, психолог, медиатор, заместитель председателя редакционной коллегии.

Коленова Анастасия Сергеевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и консультативной психологии ДГТУ.

VIII Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии SVTFORUM: сборник научных статей. — СПб.: Лема, 2022. — 252 с.

ISBN 978-5-00105-709-3

Сборник научных трудов, посвященный актуальным исследованиям и развитию когнитивно-поведенческой психотерапии в разных областях научного знания и прикладных дисциплин во всем мире. Статьи отражают методологию и клиническую практику когнитивно-поведенческого подхода.

СОДЕРЖАНИЕ

Приветственное слово президента Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии.....	5
<i>А. Т. Бек</i> (перевод Д. В. Ковпак, А. И. Муртазин) 60-летняя эволюция когнитивной теории и терапии	7
<i>А. Т. Бек, Э. Хейг</i> (перевод Д. В. Ковпак, А. Ю. Ёжиков, А. И. Муртазин) Достижения в области когнитивной теории и терапии: генеративная когнитивная модель.....	17
<i>Д. А. Автономов</i> Когнитивная модель аддикции. Роль убеждений и ментальных образов.....	53
<i>Н. В. Антонова</i> Оценка эффективности когнитивно-поведенческого коучинга.....	62
<i>А. С. Василевский, К. С. Попова</i> Когнитивно-поведенческий коучинг как инструмент определения и достижения своих целей: понятие, основы методологии, практическая модель.....	71
<i>А. В. Васильева</i> Диагностические инструменты в когнитивно-поведенческой психотерапии пар.....	95
<i>М. М. Главатских, О. А. Мошкова</i> Влияние когнитивных стратегий на выраженность стресса у студентов в период адаптации к обучению в медицинском вузе	100
<i>А. В. Дмитриева</i> Терапия взаимодействия родителей и детей. Интеграция игровых и поведенческих приемов	106
<i>Д. В. Ковпак, О. А. Мошкова</i> Значение навыков и компетенций терапевтов в построении терапевтических отношений и рабочего альянса в когнитивно-поведенческой психотерапии.....	112
<i>О. С. Коромылова</i> Идентификация родительских режимов в схема-терапии.....	121
<i>К. В. Линкевич, Р. О. Котенко</i> Когнитивно-поведенческая терапия творческого кризиса	126

<i>В. М. Лукьянцева</i> Особенности потребностно-мотивационной сферы супружеских пар, находящихся в ситуации межличностного кризиса	139
<i>И. С. Лучинкина, В. Г. Римский</i> Эффективность техник терапии принятия и ответственности при коррекции уровня тревоги (с использованием психологического чат-бота)	156
<i>Д. В. Ковпак, А. И. Муртазин, В. А. Кувшинова</i> Компетенции когнитивно-поведенческого терапевта в практическом применении — карта развития знаний, навыков, компетенций.....	161
<i>Н. Ю. Орехова</i> Обсессивно-компульсивное расстройство у детей и подростков. Включение семьи в процесс лечения	182
<i>О. М. Радюк, И. В. Басинская</i> Системный подход в когнитивно-поведенческой психотерапии: модель «ABCDOS».....	191
<i>П. С. Рогачёва</i> Когнитивные ошибки и уровень субъективного благополучия у женщин в первый год после родов	201
<i>Е. А. Ромек, В. Г. Ромек</i> Философские концепции, лежащие в основании современной когнитивно-поведенческой психотерапии	212
<i>К. В. Рыжков, А. В. Кучеренко</i> Роль применения мотивационного интервью для формирования приверженности к терапии лиц с хроническими соматическими заболеваниями.....	216
<i>Е. В. Тарасова</i> Особенности когнитивно-поведенческой психотерапии больных шизофренией	223
<i>В. В. Шабалина, О. А. Долганина, Р. Р. Руф</i> Экспериментально-психологическое исследование экзистенциальной исполненности больных раком молочной железы	234
<i>Ю. Ю. Шавернева</i> Системная семейная психотерапия и техники КПТ: свобода выбора.....	244

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ПРЕЗИДЕНТА АССОЦИАЦИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Уважаемые коллеги и дорогие друзья, мы очень рады новой встрече с вами! Прошедший год показал, что неопределенность — это состояние, в котором необходимо научиться жить. Многие важные связи, включая наше привычное родственное, дружеское и профессиональное общение, были серьезно нарушены, причем не только пандемией, проблематике выхода из которой мы хотели посвятить наш форум. Тем важнее наша очная встреча, взаимная поддержка, обмен опытом и осмысление промежуточных итогов, пережитого кризиса и кризиса нового, в который мы все погрузились, включая его медицинские, психологические и социальные аспекты. Поэтому этот CBTFORUM 2022, как и предыдущий, мы посвятили теме дистресса, его последствий и сочетанных расстройств, а также методам психотерапевтической помощи и возможности использования когнитивно-поведенческой терапии.

Очень важным для нас позитивным и дающим надежду событием явилась возможность продолжить наши активные взаимодействия с Институтом Бека (Beck institute for cognitive therapy and research, Philadelphia, PA, USA) и продолжить его первый очный официальный сертификационный курс в России и постсоветском пространстве, а также другие совместные проекты с участием его представителя в лице директора программ обучения КПТ доктора Аллена Миллера (Allen R. Miller, PhD., MBA). Желаем вам активного участия в работе CBTFORUM 2022, насыщенного обмена информацией, обсуждения актуальных проблем, обмена опытом, совместного поиска решений,

дружеского кулуарного общения, новых знакомств и профессиональных связей и всего того, на что нацелен СВТFORUM и что может помочь вам в нелегком, но крайне важном и интересном деле помощи людям.

Также традиционно представляем вашему вниманию сборник научных трудов членов Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, работы которых наглядно иллюстрируют стремительное развитие когнитивно-поведенческой психотерапии в разных областях научного знания и прикладных дисциплин.

Памяти А. Т. Бека (1921–2021) посвящена публикация перевода двух его статей: «60-летняя эволюция когнитивной теории и терапии» и «Достижения в области когнитивной теории и терапии: генеративная когнитивная модель».

Дмитрий Викторович Ковпак,
президент Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии,
кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии,
медицинской психологии и сексологии Северо-Западного
государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова,
вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации,
член Координационного Совета
Санкт-Петербургского Психологического Общества,
член правления Исполнительного Совета Международной
Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Терапии (IACBT board member),
член Международного Консультативного Комитета Института
Бека (Member of the Beck Institute International Advisory Committee),
официальный амбассадор города Санкт-Петербурга

ПАМЯТИ А. Т. БЕКА (1921–2021)

60-ЛЕТНЯЯ ЭВОЛЮЦИЯ КОГНИТИВНОЙ ТЕОРИИ И ТЕРАПИИ

Аарон Темкин Бек

*психотерапевт, профессор психиатрии,
создатель когнитивной психотерапии*

(перевод Д. В. Ковпак, А. И. Муртазин)

Оглядываясь на прошедшие 65 лет, могу сказать, что мою профессиональную жизнь лучше всего можно было бы описать как непрерывную череду приключений. По большей части испытания, с которыми мне приходилось сталкиваться, я создавал себе сам: подобно Тесею в лабиринте, когда мне казалось, что решение найдено, я сталкивался с новыми трудностями. Я встретился с первым серьезным противоречием, когда занимался исследовательской работой в Центре Остина Риггса в Стокбридже, штат Массачусетс. Мне поручили работать с молодым человеком, страдающим галлюцинациями с таким содержанием, что за ним следят правительственные агенты. К моему удивлению, даже несмотря на то, что терапия была в основном поддерживающей, галлюцинации исчезли. В 1952 году я описал этот случай как первое успешное выздоровление человека с шизофренией (Бек, 1952). Эта история представляет особый интерес спустя 50 лет, когда я вновь вернулся к психотерапии шизофрении: психическому заболеванию, которое и тогда, и сейчас считается относительно плохо поддающимся лечению.

В 1956 году, только что сдав экзамены по психиатрии, я предпринял первое крупное начинание: проверку достоверности различных положений психоанализа. Пройдя личную терапию в психоанализе и выполнив другие требования для поступления в Филадельфийский психоаналитический институт, я стал абсолютным приверженцем теории и терапии психоанализа, но понимал, что для того, чтобы психоанализ был принят более широким научным сообществом, потребуются солидная доказательная база.

На основании этого вывода я решил проверить центральное психоаналитическое предположение о том, что депрессия может быть вызвана инвертированной враждебностью. То есть если пациент испытывал гнев по отношению к близкому человеку, но подавлял его, гнев проявлялся в форме самокритики, негативных ожиданий, суицидальных намерений и подавленного настроения.

Я в команде с Марвином Гурвичем, аспирантом психологического направления Пенсильванского университета, подготовил тест для оценки степени враждебности во сне, и Марвин оценивал сновидения пациентов с депрессией, а также контрольной группы пациентов, не страдающих депрессией, при этом он не знал, кто в какой группе. К нашему удивлению, пациенты с депрессией проявляли меньше враждебности во сне, чем люди без депрессии. Этот негативный вывод поставил нас в тупик: казалось бы, отсутствие явной враждебности в сновидениях, которые Фрейд называл «царской дорогой в бессознательное», опровергало теорию инвертированной враждебности.

Однако, изучив содержание сновидений повторно, мы обнаружили, что в случае пациентов с депрессией сам человек или действие, выполняемое им, изображались в негативном ключе. И, наоборот, данный вывод не был характерен для сновидений пациентов без депрессии. Затем мы предположили, что враждебность отражалась не только в сновидениях, она продолжала существовать на бессознательном уровне и нашла свое выражение в потребности страдать. Мы назвали эти сны «мазохистскими» и обнаружили, что негативный образ человека во сне, символизирующий потребность в страдании, четко отличал пациентов с депрессией от пациентов без депрессии (Beck & Hurvich, 1959).

В начале 1960-х годов я объединил усилия с Джимом Диггори и Си Фешбахом с факультета психиатрии Пенсильванского университета. Хотя наши исследовательские статьи были опубликованы спустя много лет, в то время я провел ряд экспериментов, которые основывались на предположении о том, что, если бы у пациентов с депрессией была потребность страдать, они бы успешнее переживали отрицательный опыт, чем положительный (Loeb, Beck & Diggory, 1971; Loeb, Beck, Diggory & Tuthill, 1967; Loeb, Feshbach, Beck & Wolf, 1964). Например, неудачи или регулярная негативная обратная связь привела бы к лучшей результативности, чем положительный опыт.

Результаты экспериментов противоречили нашей гипотезе. По сравнению с людьми, не страдающими депрессией, люди с депрессией были значительно более эффективными при наличии положительного

опыта, а не отрицательного. Затем я осознал, что понятие мазохизма как объяснение негативного содержания сновидений, скорее всего, было ошибочным и что необходимо подумать над другим объяснением. Затем я смог гораздо проще разъяснить негативное содержание сновидений: они отражали то, как человек воспринимал сам себя. Другими словами, содержание сновидения было копией представления индивида о себе, которое активизировалось в бодрствующем состоянии. Затем я начал гораздо более масштабное исследование сновидений пациентов с депрессией и обнаружил, что они действительно изображали сновидца в негативных образах, соответствующих сознательному негативному представлению о себе (Beck & Ward, 1961).

Результаты исследований сновидений и эксперименты вдохновили меня на изучение доказательств различных принципов психоанализа. Сначала я рассмотрел основы концепции бессознательного, подавления и других защитных механизмов. Бессознательное, описанное Фрейдом, состоит из смеси неприемлемых побуждений и фантазий, которые сдерживаются подавлением и другими защитными механизмами.

Хотя было ясно, что когнитивная обработка может происходить без осознания (на что указывают различные эксперименты с подпороговыми искажениями), я не смог найти никаких существенных доказательств ни побуждений и фантазий, упоминаемых психоаналитиками, ни доказательств выраженной демонстрации предполагаемого бессознательного материала. Подвергая сомнению этот краеугольный камень психоаналитической теории, я решил изучить основы психоаналитической терапии, такие как детские воспоминания и перенос родительских образов на терапевтов. Здесь данных вновь было недостаточно — и допускались другие интерпретации. По мере того как я продолжал исследования, различные психоаналитические концепции начали рушиться, как домино. В своем выступлении перед достаточно либеральной Академией психоанализа я попытался повлиять на некоторые из психоаналитических гипотез. В этом докладе, названном «Есть нечто большее, чем кажется на первый взгляд» (Beck, 1963), я попытался продемонстрировать, что многие идеи пациентов, которые считались бессознательными, на самом деле были осознанными.

Я также описал, как обнаружил существование так называемых «автоматических мыслей». Я рассказал, как одна из моих пациенток, проходящая курс психоанализа, от сеанса к сеансу развлекала меня рассказами о своих сексуальных похождениях. Наконец я спросил ее, думает ли она еще о чем-то, кроме этого. Когда пациентка сосредоточилась

на своем потоке сознания, то сообщила, что у нее была и другая цепочка мыслей: она боялась наскучить мне, и поэтому ей казалось, что она должна была развлекать меня рассказами о своих выходках. Затем я побеседовал с другими пациентами и аналогичным образом определил, что, когда они концентрировались на всем, что было на уме, у них возникали схожие мысли, которых они не осознавали ранее. Со временем я наблюдал достаточное количество этих невысказанных мыслей, чтобы утверждать, что они играют важную роль в формировании отношения человека к себе, другим и будущему. В 1960 году, окончательно разочаровавшись в психоаналитическом подходе, предполагающем, что пациент лежит на кушетке и высказывает свободные ассоциации, я решил попросить пациентов сесть. Так у нас получилась бы более партнерская беседа.

После такого небольшого сдвига в терапевтическом подходе мне стало очевидно, что автоматические мысли часто являются связующим звеном между внешним стимулом и эмоциональным опытом человека вкупе с его поведением.

Новая теория и терапия психопатологии

В дальнейшем выявление автоматических мыслей заложило основу новой теории психопатологии. Замечая, что у моих клиентов бывают автоматические мысли, я также отметил, что когда я сосредотачивался на своих собственных реакциях на определенный стимул, то замечал появление этих мыслей у себя. Казалось, они возникали сами по себе (отсюда и появилось название «автоматические мысли»). Когда я тревожился или злился, в мое сознание вмешивалась автоматическая мысль, содержание которой объясняло определенную эмоцию. Таким образом, мысли об опасности или тревоге вызывали гнев, о потере — грусть, а о выигрыше — повышенное настроение. Когда пазл сложился, я испытал «ага-переживание», можно сказать, что меня осенило. Я чувствовал себя так, словно открыл что-то новое. Я также заметил, что автоматические мысли на самом деле были преувеличениями или даже неверными интерпретациями ситуации. Так, например, я могу неверно принять чей-то краткий ответ на вопрос за неуважение и рассердиться. Я обнаружил, что, когда искал подтверждение своей мысли, оно было либо неубедительным, либо вовсе не существовало. Затем я понял, что автоматические мысли моих пациентов похожи на мои собственные, и это послужило своего рода мостом к их эмоциональному опыту.

Что касается моих пациентов, то автоматические мысли, как правило, были искажениями, которые соответствовали их диагнозу. Моей первой рискованной затеей было изучить эти мысли у пациентов с депрессией, которые составляли большую часть моих клиентов (Beck, 1963).

В большинстве случаев я обнаружил, что автоматические мысли выполняли полезную функцию, даже несмотря на то, что они, как правило, были скрытыми. Например, за рулем я мог выполнять сразу несколько задач: разговаривать, слушать радио или размышлять о предстоящей лекции и в то же время менять полосу движения, увеличивать или уменьшать скорость и объезжать препятствия. Сосредоточившись на этих мыслях, я ощутил присутствие самоинструкций, которые направляли мои действия независимо от того, был я за рулем или занимался чем-то другим. Когда я попросил пациентов сосредоточиться на автоматических мыслях, то обнаружил, что их содержание отличалось в зависимости от существующей психиатрической проблемы или поставленного диагноза. В действительности же чем тяжелее было расстройство, тем более осознанными становились автоматические мысли. Например, автоматические мысли пациентов с депрессией объединяло присутствие самокритики или сожаления. При более тяжелой форме депрессии автоматические мысли занимали значительную часть потока сознания.

Аналогичным образом, содержание мыслей пациентов с тревогой было наполнено страхами как физическими, так и психологическими. У людей с навязчивым неврозом, как правило, была склонность к повторяющимся, сознательным автоматическим мыслям, имеющим повелительную форму (например, «вымой руки еще раз»).

Для проблем с гневом не существовало особой диагностической категории, но они, как правило, появлялись там, где присутствовали необоснованная потеря, трудности и опасность.

Впервые я применил конструкт автоматических мыслей, чтобы научить пациентов концентрироваться на них и распознавать их. На сеансах я обучал людей проверять обоснованность мыслей, которые обычно представляли собой либо неверное толкование, либо преувеличение ситуации. Я заметил, что эти мысли часто отражали когнитивные искажения — неверные толкования или преувеличения ситуаций. При обучении пациентов давать оценку этим искажениям на меня отчасти повлиял труд Альберта Эллиса (1962) под названием «Разум и эмоции в психотерапии». Когда пациенты смогли

скорректировать неверное толкование мыслей с помощью таких методов, как поиск доказательств, использование альтернативных объяснений или оценка логичности умозаключений, они стали чувствовать себя лучше. Читая книгу Эллиса, я отметил, что он также признавал существование автоматических мыслей, которые называл утверждениями о себе (self-statement). Его описание «утверждений о себе» почти совпадало с тем, что я ранее назвал автоматическими мыслями.

Это было своего рода подтверждением существования этих явлений. Мы с Альбертом Эллисом также видели разницу между автоматическими мыслями, часто называемыми «горячими когнициями», и более обдуманном, рефлексивным и сознательно направленным потоком мышления, иногда называемым «холодными когнициями». Эти феномены были позже упомянуты Даниэлем Канеманом (2011) в книге «Думай медленно, решай быстро».

Попытки создания инновационной теории и терапии

Следующим шагом в развитии когнитивной теории и терапии стало признание того, что у людей есть система убеждений, которая, будучи активирована конкретной ситуацией, может привести к верному или неверному толкованию — обычно в виде автоматической мысли. Затем я попытался создать теорию нормальных мыслительных процессов и психопатологии (Beck, 1976). Вопрос состоял в том, как обозначить убеждения и автоматические мысли отдельных людей. Прочитав труд Джорджа Келли (1955) под названием «Теория личности: психология личностных конструктов», я впервые подумал о введении термина «конструкт» для обозначения убеждений. Однако термин «схема», заимствованный из работ Пиаже, казалось, был гораздо шире. Таким образом, я использовал его для обозначения более или менее устойчивой структуры, которая при запуске вызывала автоматическую мысль. Следуя примеру Пиаже, я дал схемам следующие характеристики: проницаемость/непроницаемость, величина, содержание и заряд. Проницаемость/непроницаемость указывала на восприимчивость к изменениям, величина означала размер схемы относительно общего представления человека о самом себе, а содержание отражало основную тему. Когда заряженность (заряд) схемы была низкой, она была деактивирована, но снова активировалась при запуске стимула, соответствующего содержанию схемы, или при психопатологии, когда в ходе эпизода обострения схема была активирована до определенного уровня.

Применение к конкретным психологическим расстройствам

Развивая понятие схем, я разработал ряд инструментов для оценки конкретных убеждений в отношении большого депрессивного расстройства и других проблем, таких как депрессия, самоубийство, тревога, злоупотребление психоактивными веществами, гнев и враждебность, проблемы в отношениях и, из более недавних, шизофрения (например, the Beck Depression Inventory; Beck, Steer & Carbin, 1988; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Поскольку эти психологические состояния были недостаточно хорошо описаны, для каждого случая я разрабатывал свои критерии психического расстройства, прежде чем пытаться определить убеждения, характеристики каждого заболевания и метод лечения, адаптированный к изменениям неадаптивных убеждений. Рассмотрим примеры из различных диагностических тестов по депрессии: «Мне так грустно и я так несчастен, что не смогу этого вынести»; самоубийство: «Я бы покончил с собой, если бы мог»; тревога: «Я постоянно беспокоюсь»; гнев и враждебность: «Если кто-то оскорбляет меня, я должен нанести ответный удар». Для каждого типа расстройства диагностический инструмент выявляет первичное расстройство и является в какой-то степени предиктором исхода.

В процессе разработки диагностического инструмента для каждого расстройства я попытался сосредоточиться на типичных неадаптивных убеждениях каждого из них. Например, для аддиктивного поведения (употребление алкоголя, наркотиков и т. д.) были характерны те же убеждения, способствующие возникновению зависимости. Когда человек испытывает сильное влечение (craving), могут возникнуть следующие неадаптивные когнитивные установки: «Нормально сделать это в этот единственный раз» (разрешение), «Я могу отойти за угол, чтобы принять дозу» (облегчение) или «Это точно в последний раз» (обещание или предвосхищение). При проблемах с гневом и агрессией все происходит следующим образом: люди чувствуют себя в какой-то степени униженными, что приводит к мгновенному появлению чувства обиды. Они, как правило, не осознают причиненную боль, потому что она отодвигается на второй план гневом и желанием нанести ответный удар. В другой парадигме, особенно когда человек чувствует себя уязвимым, в качестве реакции на предполагаемую угрозу он начинает испытывать чувство тревоги. И наконец, люди, находящиеся в депрессии, в результате оскорбления могут укрепить представление о том, что они этого заслуживают (Beck, 1999).

Я также подробно изучал гнев и агрессию в парах и обнаружил, что в основном возникновение гнева обусловлено когнитивными процессами (Beck, 1988). Партнеры, как правило, демонстрировали широкий спектр когнитивных искажений, в частности связанных с вниманием (замечать только отрицательное поведение, а не положительное), интерпретациями (отрицательно толковать нейтральное поведение и преувеличивать минимальные негативные эмоции) и, наконец, глобализацией (рассматривать партнера как врага). Можно было воочию наблюдать дисфункциональные убеждения в отношениях между двумя людьми. Каждый видел себя пострадавшим, а своего партнера — подавляющим и абьюзивным. В любом случае можно было восстановить отношения между людьми при условии, что их враждебность не перешла точку невозврата. Заметьте, что одни и те же образы и когнитивные искажения присутствуют как в конфликтах между двумя людьми, так и между более крупными сообществами, этническими или религиозными группами и нациями. Такого рода когнитивные процессы и искажения объясняют случаи убийств во время войны и геноцида.

Как только я выявил неадаптивные убеждения для того или иного вида расстройства, я приступил к разработке схемы лечения. Для проверки клинической эффективности заданных убеждений для определенного расстройства или проблемы я проводил клинические испытания вместе со своими аспирантами. После каждой успешной попытки я обычно составлял отчет, чтобы это могло быть использовано для повторения первоначальных результатов, а также в качестве материалов для практикующих врачей. Помимо выявления основной проблемы и работы по модификации неадаптивных убеждений и искажений в более адаптивные, еще одним ключевым фактором успеха любой адаптации когнитивной терапии являлось создание терапевтических отношений. При самых серьезных нарушениях, таких как расстройства личности — пограничное расстройство личности и шизофрения, — укрепление связи с пациентом во многих случаях предполагает возникновение своего рода партнерства или товарищества.

За последнее десятилетие нашей команде удалось добиться реального прогресса в лечении шизофрении. В ходе этого мы обнаружили, что даже самые тяжелые случаи с длительными периодами госпитализации, эксцентричным поведением (например, раздевание на публике), недержанием мочи и кала, самоповреждением и агрессивным поведением поддаются лечению и подвержены положительным изменениям (Grant, Bredemeier & Beck, 2017; Grant, Huh, Perivoliotis,

Stolar & Beck, 2012). Следует особо отметить тот факт, что за психотическими явлениями, такими как бред, галлюцинации и эксцентричное поведение, на самом деле скрывается адекватная личность. Задача терапевта состоит в том, чтобы активизировать эту личность через терапевтические отношения, выявить сильные стороны, таланты и стремления человека, а затем использовать их для совместной разработки терапевтического плана. Хотя существуют заметные различия между традиционной когнитивно-поведенческой терапией (КПТ) и нашим терапевтическим подходом к шизофрении (то есть когнитивной терапией, ориентированной на восстановление, или СТ-R), в этой терапии используются многие из основных принципов КПТ, включая персонализацию когнитивной реструктуризации для каждого индивида, проработку негативных и дисфункциональных убеждений и обсуждение стратегий достижения значимых целей.

Всемирное распространение КПТ в значительной степени обусловлено его трансдиагностической эффективностью, продемонстрированной в тысячах исследований (Brown et al., 2005; Rush, Hollon, Beck & Kovacs, 1978; Waltman, Creed & Beck, 2016; обзор исследований эффективности КПТ см. Beck, 1993). Кроме того, в 1990-х годах я стал соавтором критической работы (D. A. Clark & Beck, 1999), в которой подводился итог моей ранней деятельности по разработке новой теории и терапии депрессии (о чем говорилось в этой статье), а также новым научным доказательствам эффективности КПТ в лечении депрессии. Также были достигнуты значительные клинические успехи во внедрении и распространении КПТ. Всемирный опрос 2015 года показал, что КПТ — наиболее широко распространенный подход терапии в мире (Knapp, Kieling & Beck, 2015). Кроме того, в Великобритании КПТ используется в качестве ведущего метода терапии в рамках программы по расширению доступа к психологическим методам лечения (англ. IAPT) под эгидой Национальной службы здравоохранения (NHS), в которой проходит лечение более 500 000 человек в год с различными психическими проблемами, включая депрессивные и тревожные расстройства (D. M. Clark, 2018). Пристальное внимание к подготовке качественных специалистов, практикующих КПТ, на всех континентах имеет основополагающее значение для общего признания КПТ в качестве «золотого стандарта» терапии (David, Cristea & Hofmann, 2018). Хотя мое собственное исследование было сосредоточено в основном на психологических расстройствах, также необходимо отдать должное инновационным исследователям, которые успешно использовали КПТ

для лечения ряда расстройств, которые даже я ранее описал бы как неподдающиеся лечению с помощью психотерапии. К ним относятся диабет, слабоумие, гипертония, синдром раздраженного кишечника, бессонница и кожные заболевания.

В этой статье я затронул некоторые основные моменты своей 60-летней деятельности, посвященной психиатрии и психическому здоровью. Надеюсь, эти усилия наглядно демонстрируют мое желание сделать мир лучше с помощью применения психологических принципов.

Оригинальная статья: A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy, DOI: 10.1177/1745691618804187

ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ КОГНИТИВНОЙ ТЕОРИИ И ТЕРАПИИ: ГЕНЕРАТИВНАЯ КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ

Аарон Темкин Бек

*психотерапевт, профессор психиатрии,
создатель когнитивной психотерапии*

Эмили Хейг

доктор философии, доцент

(перевод Д. В. Ковпак, А. Ю. Ёжиков, А. И. Муртазин)

Аннотация. В течение более 50 лет когнитивная модель Бека лежит в основе научно обоснованного подхода к концептуализации и лечению психологических расстройств. Генеративная когнитивная модель представляет собой набор общих принципов, которые могут быть применены ко всему спектру психологических расстройств. Обновленная теоретическая модель является основой для решения важных вопросов, касающихся феноменологии расстройств, оставшихся без объяснения в предыдущих версиях оригинальной модели. Новые дополнения к теории включают непрерывность адаптивной и дезадаптивной функций, двойную обработку информации, активацию схем и работу с фокусом внимания. Модель включает в себя теорию режимов, организацию схем, относящихся к ожиданиям, оценке себя, правилам и воспоминаниям. В дополнение к новой теоретической модели описана соответствующая ей практическая модель, которая является образцом для концептуализации конкретного расстройства и случая. Фокусировка на убеждениях помогает дифференцировать расстройство и определять цели лечения. Также в статье описаны различные виды интервенций.

Ключевые слова: когнитивная теория, когнитивная терапия, общие когнитивные процессы, специфичность когнитивного содержания, искажения обработки информации, психопатология, теория схем.

Введение

Ранний период развития когнитивного подхода к психологическим проблемам и клиническим расстройствам связан с клиническими наблюдениями когнитивных искажений при депрессии (Beck, 1963). Эти наблюдения позволили сформулировать концептуальную модель депрессии, в рамках которой убеждения, включенные в когнитивные структуры, названные схемами (Piaget & Warden, 1926), играют

центральную роль в развитии депрессии и других расстройств (Beck, 1964, 1967). Сформированная таким образом когнитивная модель была развита и применена к другим расстройствам, были показаны различия в содержании убеждений для многих расстройств. В ходе дальнейшего совершенствования модели Бек ввел концепцию режимов. Режим — сложная организация схем, которые могут относиться к ожиданиям, оценке себя, правилам и воспоминаниям (Beck, 1996). Расстройства были собраны в режимы, например депрессивный режим, тревожный режим и т. д. Однако некоторые особенности психологических расстройств все еще требовали объяснения. Кроме того, в предыдущих работах Бека не учитывались цели, нормальные адаптационные механизмы и механизмы активации и деактивации схем. Также эта модель не подходила для объяснения биполярного расстройства и эндогенной депрессии.

Генеративная когнитивная модель (ГКМ) имеет несколько важных инноваций относительно исходной теоретической модели:

- а) преемственность между адаптацией и дезадаптацией;
- б) концепция активации схемы;
- с) интеграция концепции двойной обработки информации в модель;
- д) концепция раннего обнаружения и ориентации входящих стимулов при обработке информации с помощью относительно грубых схем (протосхем);
- е) обработка жизненно важных стимулов специализированными первичными схемами;
- ф) расширенная теория режимов, которая является теоретической основой для объяснения эпизодов мании и эндогенной депрессии.

ГКМ включает в себя теоретическую и практическую клиническую модель. Теоретическая модель является последовательным представлением того, что лежит в основе психопатологии (например, дезадаптивные функции, приводящие к формированию симптомов). Теоретическая модель предлагает гипотезы, которые могут быть протестированы в клинической модели. Теоретическая модель стала основой практической модели для определения психологической конфигурации конкретного расстройства, концептуализации случая и выбора из множества видов интервенций. Некоторые интервенции весьма специфичны для конкретной проблемы, в то время как другие могут быть использованы для широкого спектра расстройств.

Генеративная когнитивная модель

ГКМ обеспечивает теоретическую основу для понимания общих когнитивных процессов в психопатологии, учитывая при этом уникальные особенности конкретных расстройств. ГКМ формулирует взаимосвязь между когнитивными, поведенческими процессами и другой симптоматикой и определяет, как общие процессы приводят к дифференциации расстройств. Наконец, ГКМ полезна для концептуализации и лечения целого ряда психопатологий, а также облегчает внедрение когнитивно-поведенческих методов в рутинную медицинскую практику.

ГКМ рассматривает повседневные психологические проблемы и клинические расстройства как акцентуацию нормального адаптивного функционирования. Разница между адаптацией и психологическими расстройствами в значительной степени количественная. Нормальное адаптивное функционирование переходит в дезадаптивное, по-видимому, при преувеличении искажений, которые встречаются и при нормальной обработке информации. Негативные искажения обычно преувеличивают угрозу или трудности, в то время как положительные искажения преувеличивают вознаграждение за активную деятельность.

Когнитивные схемы, определяемые как сформированные внутри личности репрезентации стимулов, идей или опыта (Beck, 1967), управляют системами обработки информации — первичная (или автоматическая) обработка и рефлексивная обработка. Когда схема активируется, значение события выводится из убеждения и взаимодействует с другими когнитивными, аффективными, мотивационными и поведенческими паттернами. Убеждения существуют в диапазоне от адаптивных до дезадаптивных и могут быть условными или абсолютными. Когда искажение превышает встроенный адаптивный уровень, это увеличивает вероятность того, что у человека возникнет субклиническое или клиническое расстройство.

Адаптация и обработка информации

Когда человек испытывает стресс из-за психологических проблем или заболеваний, мы обращаем внимание на такие симптомы, как тревога или подавленное настроение (Ingram, 1990). Чтобы понять, как возникают эти симптомы, нужно рассмотреть более широкую перспективу. Тревожные реакции и расстройства можно рассматривать в широком контексте адаптации. Когда мы хорошо адаптируемся

к жизненным ситуациям, наша способность выполнять различные роли не нарушается ошибками в мышлении, эмоциональный дистресс соразмерен нашим реальным проблемам, а наши поведенческие стратегии скорее облегчают, чем препятствуют достижению наших целей. Наши когнитивные, аффективные, мотивационные и поведенческие паттерны функционируют для удовлетворения основных потребностей и снабжают нас стратегиями защиты от физического или психологического вреда. Аффективная система формирует эмоциональную структуру нашей жизни: привязанность для налаживания и поддержания отношений, удовольствие для поощрения важной для нас деятельности, тревогу для предупреждения об опасности, грусть для переживания потери или поражения, гнев для отстаивания наших границ.

Когда активация этих адаптационных систем несоразмерна жизненным событиям, мы испытываем психологические проблемы разного уровня вплоть до диагностированного психологического расстройства. Психологические расстройства, такие как депрессия или тревожные расстройства, представляют собой гиперболизацию нормальных адаптивных функций. Мы полагаемся на широкий спектр адаптивных стратегий в нашей повседневной жизни: избегаем или уходим от текущих проблем, с которыми не готовы иметь дело; избегаем ситуаций, угрожающих жизни; беспокоимся о проблеме, пока не найдем решение; отказываемся от действий при неразрешимых трудностях. Эти адаптивные стратегии становятся дисфункциональными при ненадлежащем или чрезмерном использовании для решения клинических проблем. Континуум от адаптивных поведенческих реакций до клинических расстройств проявляется от адаптивного избегания опасных ситуаций до фобий, от необходимой гигиены до компульсивного мытья рук, от осторожности до торможения и тревоги в социальных отношениях, от ухода в себя до депрессии из-за расставания, от разумной озабоченности по поводу необъяснимой боли в теле до ипохондрии.

Что превращает нормальные адаптивные реакции в расстройства? Мы считаем, что причиной является неправильная обработка информации, которая может исказить реальные события. Когда информация после обработки становится неверной, паттерны человека (аффективные, мотивационные, поведенческие) больше не функционируют адаптивным образом. Ошибки могут привести к другим когнитивным искажениям (например, искажениям в интерпретации, внимании, памяти),

чрезмерному или неадекватному аффекту и дезадаптивному поведению. Например, ошибочная или преувеличенная интерпретация угрозы приведет к неуместному или чрезмерному беспокойству и избеганию (Clark & Beck, 2011).

Искаженная система обработки информации влияет не только на тип возникающих ошибок мышления, но и на содержание смыслов и интерпретаций. Негативное или положительное искажение приводит к более отрицательному или положительному восприятию входящей информации. Например, при нормальном функционировании наблюдается адаптивное искажение в отношении событий, угрожающих жизни или улучшающих ее. Негативное искажение увеличивает субъективную вероятность того, что конкретное событие представляет опасность. Такое искажение ускоряет реакцию на истинную опасность, но делает это ценой большого количества ложных тревог. Следовательно, люди, скорее всего, будут испытывать необоснованное беспокойство во многих, как им кажется, опасных, но безобидных ситуациях. Аналогичным образом положительное искажение преувеличивает вероятность или степень положительных результатов и, следовательно, повышает или поддерживает мотивацию к выполнению задачи. Когда искажение превышает адаптивный уровень, вероятность возникновения субклинического или клинического расстройства возрастает. Процессы, связанные с искаженным мышлением, включают в себя абсолютную категоризацию, ведущую к преувеличению и генерализации, выборочную абстракцию (сосредоточение внимания на одной детали с игнорированием другой информации в контексте) и персонализацию (склонность полагать, что все, что делают или говорят другие, является прямой реакцией на собственную личность).

Автоматическая и рефлексивная обработка информации

Обработка информации зависит от двух взаимодействующих подсистем — первичной (или автоматической) обработки и вторичной (или рефлексивной) обработки информации. Эта концепция двойной системы обработки информации уходит корнями в концепцию Фрейда об автоматической и рефлексивной системах обработки информации (Lazarus & Folkman, 1984) и имеет отношение к концепции автоматической и контролируемой обработки информации в когнитивной психологии (Schneider & Chein, 2003).

Автоматическая система быстро обрабатывает стимулы, экономит ресурсы и запускается событиями, которые сигнализируют о личных

угрозах, выгодах или потерях. Эта система распределяет поступающие данные по общим категориям и часто приводит к ошибкам в обработке информации. Рефлексивная система обрабатывает стимулы медленнее, требует больших ресурсов и является более продуманной, детализированной и контролируемой. Значения и интерпретации, как правило, более объективны и точны и менее абсолютны и категоричны, чем продукты первичной обработки. Две системы могут действовать реципрокно (взаимосвязанно) в том смысле, что субъективные значения, присвоенные автоматической системой, могут быть оценены и скорректированы рефлексивной системой (т. н. «проверка реальности»). Система двойной обработки информации управляется когнитивными структурами, названными схемами.

Схемы

Упорядочивая жизненный опыт, люди определяют, как правильно истолковать его и как реагировать на него соответствующим образом. Роль схем состоит в том, чтобы обрабатывать стимулы в повседневных ситуациях, чтобы придать им смысл и, в зависимости от содержания, задействовать другие системы: мотивационную, аффективную и физиологическую. Концепция схем была первоначально предложена Пиаже и Уорденом (Piaget & Warden, 1926) в качестве базовой структуры для организации восприятия мира. Бартлетт (Bartlett, 1932) продемонстрировал, что культурно обусловленная схема может исказить воспоминания. Келли (Kelly, 1955) применил понятие личностного конструкта для диагностики и терапии клинических проблем. Хотя Эллис не использовал данный термин в своей теории, он в 1958 году ввел понятие «убеждение» как то, что придает значение событиям.

Схемы с негативными искажениями или те схемы, которые теоретически играют причинно-следственную роль в развитии психических расстройств, таких как депрессия и тревога (Beck, 1967), развиваются в результате сложного процесса искажения информации, включающего в себя взаимодействие генетических факторов, избирательное распределение ресурсов внимания и хранение в памяти информации о неблагоприятных жизненных событиях.

Как показано на рисунке 1, риск формирования схем с негативными искажениями начинается на самом раннем этапе обработки информации. Генетические варианты, такие как полиморфизм 5-гидрокситриптамина (ген-переносчик серотонина, короткая форма), приводят к нейрофизиологической гиперактивности, отражающейся в смещении

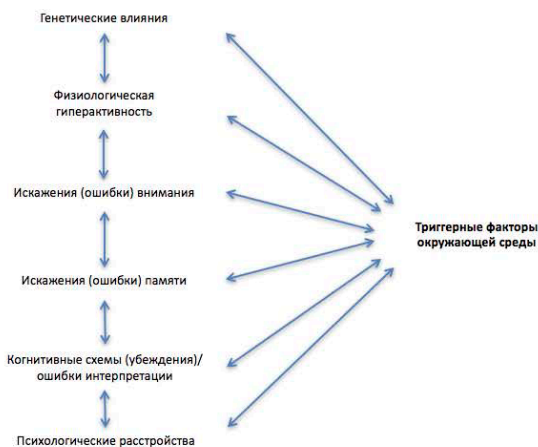


Рисунок 1

Формирование когнитивных схем, связанных с возникновением и поддержанием психологических расстройств. Генетические влияния способствуют физиологической гиперактивности, что приводит к искажениям внимания, памяти и формированию ошибок интерпретации, которые объединяются в схемы. События окружающей среды влияют на каждую стадию, определяя содержание схем и психологического расстройства.

внимания к эмоционально значимым стимулам (Gibb et al., 2013). Негативные факторы окружающей среды, как правило, формируют валентность смещения внимания, а повторяющиеся взаимодействия усиливают склонность к негативному опыту.

Искаженное восприятие накапливается, хранится в памяти и приводит к формированию когнитивных структур для обработки — или схем, которые включают в себя искаженные убеждения. Схемы укрепляются в результате воздействия серьезного неблагоприятного события или повторяющихся стрессовых ситуаций. Схемы могут оставаться скрытыми или активироваться под воздействием значимых жизненных событий. В последнем случае полностью активированные когнитивные схемы контролируют когнитивную обработку и приводят к психологической симптоматике.

Согласно ГКМ, стимулирующие события сначала обрабатываются протосхемами, которые функционируют для обеспечения первоначальной оценки стимулов с помощью автоматической системы переработки информации. Протосхемы отслеживают, обнаруживают и извлекают данные из внешней среды и такого субъективного опыта, который может представлять собой жизненно важную проблему (например, для выживания). Протосхемы разделяют стимулирующие события на значимые (например, «хорошо для меня» или «плохо для меня») и незначимые категории,

придают вероятностный общий смысл и активируют аффективные и поведенческие паттерны. Заключительная фаза обработки информации реализуется рефлексивной системой, которая уточняет или корректирует значение или продукт работы автоматической системы. Рефлексивная система содержит более сложные схемы, чем автоматическая система, и включает в себя использование рассуждений и правил логики, а также адаптивные установки, способствующие устойчивости и достижению целей.

В нашей формулировке когнитивные схемы имеют множество характеристик, включая в себя те, которые были описаны Пиаже и Уорденом (1926). Содержание схемы играет решающую роль с точки зрения применимости ее к опыту. Схемы также могут различаться с точки зрения их проницаемости — степени, в которой они открыты для новой информации. Умеренная степень проницаемости повышает восприимчивость к новому опыту (например, в отношении психотерапии). Чрезмерная проницаемость может привести к свободному, неорганизованному стилю мышления, а непроницаемость является признаком ригидного мышления и ошибочных убеждений о мире.

Еще одной важной особенностью схем является аккомодация — приспособление к изменению внешних условий, которая происходит при обучении посредством интеграции новой информации и последующей модификации содержимого схемы. Устойчивость схемы играет определенную роль в поддержании концепций, так что большая устойчивость в результате повторяющейся активации (например, привычного поведения) отражает долговечность схемы или чувствительность схемы к изменениям.

Порог активации отражает уровень энергии, связанный со схемой. Схема может иметь высокий или низкий порог активации. Если схемы ранее модифицировались (например, с помощью аккомодации) терапией или жизненным опытом, они обычно имеют высокий порог активации. Схемы с высоким уровнем энергии легко активируются и управляют обработкой информации.

Убеждения

Термин «убеждение» используется в качестве общего понятия для репрезентации различных конструкций, связанных со схемой, таких как предположения, ожидания, страхи, правила и оценки, влияющие на воспоминания и ассоциации. Некоторые убеждения принимают императивную форму. Объектом может быть сам человек («я») или

другие индивиды. Маркеры убеждений — слова «надо», «должен» или «следует».

Содержание основных убеждений касается жизненно важных вопросов, таких как выживание, здоровье, идентичность и отношения. Основные убеждения отличаются от относительно второстепенных убеждений, которые можно изменить, если они ошибочны, исправив информацию или используя рациональные рассуждения и здравый смысл. Люди, проходящие терапию, часто говорят: «Разумом я понимаю, что это убеждение иррационально, но я все еще верю в это». Это утверждение иллюстрирует, что перспектива и объективность необязательно изменяют дисфункциональное убеждение. Для изменения мышления может потребоваться интеграция новой корректирующей информации в основную схему (аккомодация) с помощью нового корректирующего опыта или психотерапии.

В дополнение к содержанию первичные убеждения характеризуются такими параметрами, как доступность, приверженность, обусловленность или абсолютность, атрибуция и искаженность. Доступность основных убеждений приводит к тому, что убеждения могут проникать в сознательное мышление при тяжелой депрессии, тревоге или ОКР. Убеждения проявляются в форме автоматических мыслей в зависимости от контекста (Beck, 1963). Например, у адвоката в подавленном состоянии с убеждением «Я некомпетентен» может автоматически возникнуть мысль «Я не могу этого сделать», когда его попросят перезвонить клиенту. По мере усугубления тяжести депрессии в потоке его сознания может все чаще доминировать мысль «Я неудачник».

Степень приверженности убеждению время от времени меняется даже в случае искаженного восприятия мира. Показателем степени приверженности является поведение, спровоцированное активацией убеждения. Когда приверженность становится абсолютной, человеку будет трудно сопротивляться диктату убеждения, что может проявляться в бегстве, уходе, агрессии или навязчивом поведении.

Убеждения могут проявляться в условной или безусловной (абсолютной) форме. Например, у человека с обсессивно-компульсивным расстройством может быть убеждение: «Если я прикоснусь к незнакомому предмету, я могу заразиться». По мере ухудшения состояния у человека может возникать мысль «Я испачкался», и это приводит его к ощущению, что ему снова нужно помыться. Частота проявления и категоричность основных убеждений возрастают по мере усугубления психологического расстройства. Содержание убеждений может меняться в континууме

от минимального к максимальному. Эскалация от условного к абсолютному убеждению характерна для некоторых расстройств (например, для депрессии). По мере прогрессирования расстройства убеждение меняется с «Если я не могу что-то сделать, значит, я беспомощен» на «Я беспомощен».

Важнейшим аспектом убеждений является направление атрибуции. Например, когда происходит неприятное событие, депрессивная атрибуция может быть такой: «Это моя вина». Гневная или параноидальная атрибуция может звучать так: «Они сделали это со мной намеренно». Тревожная атрибуция может звучать так: «Я испачкался».

Наконец, убеждения также могут характеризоваться степенью искаженности. Искаженные убеждения могут варьироваться от адаптивных до дезадаптивных, от субклинических до клинических, от легкой до тяжелой степени выраженности. Прогрессирование от функционального к дисфункциональному искажению может происходить в случае сочетания наличия искаженного убеждения об уязвимости и возникновения при этом стимулирующей ситуации, соответствующей этой уязвимости.

Система реагирования на стимулы

Традиционный подход к поведению основан на модели реактивности: индивид является пассивным получателем широкого спектра внешних и внутренних стимулов и реагирует либо адаптивно, либо дезадаптивно. Более широкая модель учитывает индивидуальные цели, побуждения и ожидания, которые активно формируют поведение. Наша интерактивная модель основана на предположении, что иногда последовательность реакций инициируется целями и побуждениями (проактивно), а иногда событиями (реактивно). В обоих случаях (проактивном или реактивном) важна обратная связь, она формирует взаимодействие.

Эволюция ГKM частично основана на теории реагирования. Произошел постепенный переход от ранней перифералистской теории Павлова (1927) к более централистской теории Эллиса (1958). Скиннер (1938) добавил концепцию подкрепления и наказания в теорию поведения. Толман (Tolman, 1936) ввел концепцию промежуточной переменной внутри организма между стимулом и реакцией, которая была дополнительно развита Халлом (1943). Толман (1941) имел более когнитивный взгляд на эту промежуточную переменную и включил убеждения в свою формулу. Теория обучения Бандуры (1962) также преимущественно рассматривает когнитивный домен. Эллис (1958)

завершил переход к централистской модели в том виде, как она может быть применена к психопатологии и психотерапии.

Эллис в 1958 году был первым, кто попытался разработать всеобъемлющую когнитивную модель психопатологии. Он предположил, что психопатология является результатом обработки событий с помощью иррациональной системы убеждений. В частности, он подчеркнул роль императивного «должен» в формировании дезадаптивного поведения. Модель Эллиса предполагает последовательность событий, начинающихся с внешних стимулов (активирующих событий), которые вызывают иррациональные убеждения и приводят к иррациональным или неадекватным реакциям (последствиям).

Хотя работа Эллиса была значима, так как она фокусировалась на рациональных убеждениях, его модель имеет несколько существенных ограничений. Во-первых, она не определяет, как иррациональные убеждения объясняют неоднородность клинических проявлений. Во-вторых, модель не рассматривает случаи, когда рациональные убеждения на самом деле неадаптивны или бесполезны (например, у человека, пытающегося перейти по канату, может возникнуть рациональная мысль, что он может упасть, но это убеждение будет неадаптивным). В-третьих, хотя в ней четко обозначена роль искаженных убеждений в психопатологии, опускается роль других когнитивных процессов, таких как внимание и память.

Каждый из компонентов ГКМ выполняет определенную адаптационную функцию. В нашей текущей формулировке последовательность начинается с активации схемы внутренней или внешней стимулирующей ситуацией. Активированная схема использует шаблон (убеждение) для извлечения смысла из данных и приводит в движение дальнейшие дезадаптивные мыслительные процессы (например, руминацию или беспокойство) и аффективные, мотивационные, физиологические и поведенческие реакции. Последовательность преобразуется во взаимодействующую сеть различными механизмами обратной связи, после чего эта сеть функционирует как единое целое. Стимулирующая ситуация предоставляет информацию об обстоятельствах, требующих адаптивной реакции. Протосхемы обеспечивают предварительную обработку и интерпретацию информации, далее она может быть подвергнута более тщательной обработке схемами рефлексивной системы, чтобы учесть релевантную контекстуальную информацию и обеспечить переосмысление ситуации.

Стимулирующие ситуации варьируются от телесных ощущений до физического вреда и социального отвержения. Люди с высокой вероятностью реагируют на жизненно важные стимулы или те события, которые влияют на их благополучие, идентичность, цели, а также индивидуальную и групповую привязанность. Эти стимулы являются предупреждающими (превентивными), отвлекают внимание от более второстепенных забот и обостряют восприятие и поведенческие реакции. Превентивные стимулы активируют основные схемы и управляют фокусом внимания и памяти, что приводит либо к адаптивным, либо к дезадаптивным реакциям, в зависимости от содержания убеждений основных схем.

Роль фокуса внимания в психопатологии была описана Ингрэмом (1990), который предположил, что фокус внимания на собственной личности характерен для клинических расстройств, а дифференциальный диагноз основывается на различиях в убеждениях. Кларк и Уэллс (1995) предположили, что фокус внимания на себе играет центральную роль в возникновении социальной тревоги и что этот процесс мешает точной обработке ситуации и способности извлекать выгоду из тестирования реальности. Вудрафф, Борден и др. (Woodruff, Borden et al., 2001), Харви и др. (Harvey et al., 2004) подтвердили роль сосредоточенного на себе внимания при различных расстройствах.

Согласно ГКМ, автоматическое внимание к деталям и контексту облегчает рефлексивную обработку, которая позволяет человеку изменять первоначальные интерпретации и корректировать поведенческие реакции. Хотя фокус внимания помогает реагировать более адаптивно на значимые стимулирующие ситуации, он приводит к дезадаптивным реакциям, когда применяется ненадлежащим образом или недостаточно гибко. Например, непроизвольной фокус внимания на субъективных переживаниях при паническом расстройстве часто препятствует способности объективно оценивать симптомы. Фокус внимания на различных ощущениях тела является ключевым элементом при ипохондрии, синдроме хронической усталости и нервной анорексии. Люди часто намеренно фокусируются на своих симптомах, чтобы контролировать их, но тем самым усугубляют их. Например, постоянная сосредоточенность на таких психических переживаниях, как навязчивые идеи, слуховые галлюцинации и руминации, увеличивает их интенсивность.

Аффект служит субъективным сигналом для усиления интерпретации стимулирующей ситуации как жизненно важной (например, опасность,

неудача, утрата, успех или насилие). Переживание тревоги предупреждает индивида о физической или психосоциальной опасности. В преувеличенной форме это может быть вызвано сильным страхом перед будущими негативными последствиями (генерализованное тревожное расстройство), катастрофой (паническое расстройство) или заболеванием (ипохондрия). Человек действует, чтобы уменьшить неприятный аффект: пытается избежать его, убежать или обращается за помощью. Грусть сигнализирует о потере и может помочь посмотреть со стороны, поразмышлять об этом, изменить цели или стратегии жизни. При клинической депрессии это чаще всего приводит к инертности. Гнев — стимул для того, чтобы отвлечь обидчика. Обычно гневу предшествует ощущение того, что человек каким-то образом был несправедливо унижен (Beck, 1999), и в своей крайней форме это может быть паранойей. Удовольствие или эйфория, напротив, могут мотивировать продолжать приятную деятельность до тех пор, пока не наступит насыщение или вознаграждение не прекратится. Эйфория представлена в гиперболической форме в маниакальной фазе биполярного расстройства.

Те же формы поведения, которые позволяют человеку адаптироваться к таким вызовам, как опасность или утрата, играют ключевую роль в психологических расстройствах. Люди используют свой репертуар адаптивного поведения, чтобы справиться с проблемой. В контексте инвалидирующих психологических проблем такое поведение неадаптивно в том смысле, что оно не приводит к адаптации и облегчению дистресса в долгосрочной перспективе — наоборот, оно поддерживает дистресс.

Один из видов дезадаптивного поведения, охранительное поведение, снижает чувство уязвимости в краткосрочной перспективе, но в конечном итоге усиливает расстройство. Примеры охранительного поведения включают в себя поиск уверенности, постоянную проверку, избегание, отвлечение внимания и ритуалы. Как правило, охранительное поведение усугубляет и не предупреждает повторения тревоги. Этот парадокс можно объяснить рядом факторов. Полагаясь на охранительное поведение, люди не имеют возможности проверить свои основные убеждения относительно конкретных опасностей или мысли о контрпродуктивном характере охранительного поведения. Каждое повторение такого поведения укрепляет убеждение, например: «Я в безопасности, только если избегаю толпы». Поскольку эти стратегии приносят облегчение, возможности рефлексивного обучения (тестирования реальности) при этом ограничены, а оно наиболее эффективно при структурированном воздействии

опасного стимула. В случае успешного использования охранительного поведения основные схемы временно «отключаются», но не изменяются. Корректирующая информация не интегрируется, схемы остаются непроницаемыми для разумной переоценки. Новое обучение требует экспериментального вмешательства. В этом контексте обучение происходит, когда создается когнитивный диссонанс между пугающими ожиданиями и реалистичными оценками. Например, при лечении панического расстройства человек может узнать, что его симптомы (головокружение, боль в груди, онемение конечностей) являются доброкачественными переживаниями и не представляют собой угрозы смерти, потери контроля или сумасшествия (Beck et al. 1992).

Когда человек полностью поглощен мыслью о тяжелом исходе, ресурсов внимания недостаточно для размышления о благоприятных событиях. Однако смещение фокуса внимания уменьшает значимость убеждения и позволяет переформулировать его.

Наконец, поскольку степень зависимости от врача, помощника, ритуалов, лекарств и стратегий социального избегания со временем возрастает и может быть эмоционально вознаграждена (например, снижение уровня стресса), такое поведение и награды становятся самоцелью. В некоторых случаях человек становится все более зависимым, даже если тревога и предполагаемая опасность остаются прежними или уменьшаются. В конце концов, замкнутый индивид может, например, настолько увлечься избегающим поведением, что его перестанет беспокоить опасность. Мотивационная система такого индивида занята поддержанием статус-кво, которое становится образом жизни.

Активация схемы

Феноменология психологических расстройств имеет ряд особенностей, которые необходимо пояснить. Эпизодические расстройства, такие как депрессия и генерализованные тревожные расстройства, часто прогрессируют от легкой симптоматики до пикового уровня, а затем постепенно уменьшаются до исходного уровня. Этот цикл может протекать без вмешательства врача; однако его продолжительность и степень тяжести могут быть уменьшены с помощью психотерапии или фармакологического лечения. Кроме того, некоторые вмешательства дают только симптоматическое облегчение и не предотвращают рецидивы, в то время как другие оказывают длительный эффект.

Одна из проблем понимания феноменологии психологических расстройств связана с тем, как активируется и деактивируется обработка информации и как изменяется ее содержание. Еще одна проблема заключается в понимании дифференциального влияния различных методов лечения на изменение и стабильность симптомов.

Мы предполагаем, что на эти вопросы можно ответить с точки зрения активации и деактивации обработки информации, поскольку это связано с изменением содержания когнитивных схем путем аккомодации или корректировки информации. Когда устанавливается соответствие между триггерным событием и протосхемой, последняя активируется. Активированная схема инициирует дальнейшую обработку информации, а убеждения предоставляют контент. Аффективные, мотивационные и поведенческие паттерны активируются, и поскольку они обычно конгруэнтны содержанию убеждения, они способствуют комплексному реагированию на событие.

Концепция активации схемы может быть применена ко всему эпизоду заболевания от начала до ремиссии и рецидива. Вызванное когнитивное искажение преувеличивает значение событий, что активирует схемы по механизму обратной связи. Рассмотрим процесс обоняния. Молекула, попадающая в носовую полость, вступает в контакт с соответствующим рецептором. Химический сигнал преобразуется в электрический и поступает в обонятельную область мозга, где происходит окончательная обработка информации. Аналогичным образом мы предполагаем, что активация стимула (аналогичная электрохимическому сигналу при обонянии) преобразуется в активацию протосхемы.

Теория режимов

До этого момента мы использовали концепцию реагирования на стимулы для объяснения дезадаптивного, а также адаптивного поведения. Однако люди не только движимы событиями, но и играют важную роль в создании важных для себя событий (Epictetus, 1865). Значительная часть человеческой деятельности обусловлена самостоятельно поставленными целями и добровольно взятыми на себя обязательствами.

Теория режимов имеет отношение к системе когнитивных, аффективных, мотивационных и поведенческих паттернов и может быть использована для объяснения достижения жизненных целей и управления другими вызовами жизни или проблемами (Beck, 1996).

Режимы представляют собой консолидированные убеждения, правила и ожидания, заложенные в схему, а также сложные концепции, такие как самооценка. Вместе эти компоненты функционируют как единая система. Эта организация режима имеет те же характеристики индивидуальных схем, такие как порог активации и проницаемость, что особенно актуально при рассмотрении психологических расстройств.

Режим саморазвития

Важнейший сектор личности, связанный с расширением личных ресурсов, называется режимом саморазвития. Режим саморазвития связан с желанием индивида повысить собственную ценность (например, повысить свой статус, экономическое положение или принадлежность). Позитивное саморазвитие сопровождается удовольствием и повышением самооценки, в то время как негативное саморазвитие связано с болью и снижением самооценки. Этот режим обычно облегчает адаптацию, например достижение цели, а при неблагоприятных обстоятельствах он участвует в сохранении ресурсов.

Как и другие режимы, режим саморазвития представляет собой важную систему внутри личности, интегрированную в соответствии с определенной целью или задачей. Он состоит из множества схем, содержащих простые или сложные убеждения. Среди них можно выделить условные убеждения, работающие с реакциями на события, императивные («Я должен хорошо учиться», «Я должен учиться усерднее») и оценочные убеждения, отражающие собственную самооценку и оценку со стороны других людей. Объединяющей темой в этом режиме является принятие или обесценивание самого себя.

Структура цели в режиме саморазвития состоит из ожиданий относительно субъективной ценности и результатов достижения цели. Ожидания оформляются в виде условных убеждений «если x , то y ». Группы убеждений, которые представляют собой обязательства, обычно обозначаются императивной форме: «Вы должны...» или «Вам следует...».

Рассмотрим случай молодой женщины, решившей стать адвокатом. Она придает большое значение своему выбору. Ожидаемый результат (ожидания) формирует условные убеждения, выстроенные в виде условия: «Если я стану адвокатом, то буду счастлива». В основе этого убеждения лежит ряд других условных убеждений, например: «Если я добьюсь успеха, то мое будущее предопределено», «Если я добьюсь успеха, то мои родители будут гордиться мной, люди будут уважать меня и я буду гордиться собой». Особо следует отметить аналог этих

позитивных убеждений в контексте отрицательного результата: «Если я потерплю неудачу, то мои родители будут разочарованы и я буду несчастна». Эти негативные убеждения могут привести к печали или депрессии.

Обязательства в режиме саморазвития состоят из правил поведения, которые служат для усиления достижения цели и сохранения импульса действия, когда удовлетворенность снижается (например, когда работа становится обременительной). Социальные обязательства, такие как внимание к потребностям других людей, в большей степени основаны на безусловных императивах в форме «должен» и «не должен».

События повседневной жизни приводят к когнитивным, эмоциональным и поведенческим реакциям, которые облегчают адаптацию к меняющимся условиям среды. Успешное развитие (например, поступление в юридическую школу) вознаграждается увеличением как внешнего, так и внутреннего подкрепления. Дисфория, возникающая вследствие неудачи, служит причиной для анализа своих завышенных ожиданий и изменения стратегии. Самооценка служит катализатором для усиления ожиданий, то есть повышенная самооценка увеличивает ожидания.

Вспомните наш пример с молодой женщиной — предположим, она поступила в престижную юридическую школу. Она приходит в восторг и хочет рассказать всем о своем успехе. Алгоритм, связанный с достижениями, укрепляет ее самооценку и воспринимаемую оценку от других людей. Девушка становится более оптимистичной, чувствует себя энергичной и менее подавленной. Доведенное до крайности, ее состояние можно было бы считать гипоманиакальным.

Со временем ее ожидания и самооценка стабилизируются. Ее состояние становится менее эйфоричным, она начинает концентрироваться на мысли о том, что может не оправдать своих ожиданий и не соответствовать правилам юридической школы. Предположим, что в соответствии с опытом многих других студентов она не очень хорошо учится на первом курсе. Ее самооценка (и воспринимаемая оценка другими людьми) тесно связана с успехом. В этом случае она начинает сомневаться в своих возможностях, и ее уверенность в своей способности закончить аспирантуру снижается. Она испытывает резкое снижение своей самооценки. Тот же набор убеждений, который определяет постановку целей, участвует в обработке концепции успеха (например, «Так как я сделал хорошо, все будут довольны») или неудачи (например, «Так как я сделал плохо, я недостаточно умен, чтобы добиться успеха»)

в достижении промежуточных или конечных целей. Оценка (или девальвация) образа себя основывается на условных убеждениях. В то время как успех активизирует веру в положительный результат, для отрицательного результата верно обратное.

По мере того как негативные убеждения (и схемы) о себе активируются, девушка все более пессимистично относится к вероятности того, что она достигнет своей цели. Этот сдвиг в самооценке отражает сдвиг в сторону более негативных убеждений, которые, как правило, искажают интерпретацию событий. Доведенные до крайности, ее искаженные когниции могут быть ассоциированы с реактивной депрессией. Тяжесть депрессии может коррелировать с разницей между ее первоначальными ожиданиями и текущей оценкой своей работы.

Биполярная и эндогенная депрессия

Серьезной проблемой для психологической теории клинических расстройств является способность деконструировать такие заболевания, как биполярное расстройство и нереактивная депрессия. Эти расстройства исторически считались эндогенными, потому что они, по-видимому, возникают без каких-либо триггерных факторов. Кроме того, в отличие, например, от реактивной депрессии, эти эндогенные состояния плохо реагируют на попытки контролировать себя в случае мании или противостоять негативному мышлению во время депрессии.

Отклонения в постановке целей и развитии формируют основу для мании и депрессивных расстройств. В случае мании нормальная реакция на успех, связанная с режимом саморазвития (нормальная экспансивность и положительная самооценка), трансформируется в избыточную экспансивность и самооценку. В случае эндогенной депрессии реакция на неудачу приводит к пониженной самооценке. Эндогенная депрессия и биполярное расстройство, таким образом, отделяются от режима саморазвития личности, превращаясь в автономные образования, непроницаемые для факторов окружающей среды.

Режим самозащиты

Второй важный режим или сектор личности, режим самозащиты, формирует основу для тревожных расстройств и паранойи. Этот режим обычно связан с ранним выявлением опасной ситуации (например, протосхемы), эскалацией степени угрозы и мобилизацией

для противодействия угрозе. Традиционная модель «сражайся или беги» проявляет себя в ответ на обычные угрозы повседневной жизни, а типичной аффективной реакцией является тревога или гнев.

Режим самозащиты определяет характеристики опасной ситуации и диктует соответствующие правила для снижения угрозы. Убеждения в виде правил могут быть сформулированы, например, так: «Незнакомые люди в состоянии алкогольного опьянения опасны, поэтому я должен держаться от них подальше». Такие правила обычно адаптивны, если они не преувеличены. Поскольку выживание зависит от точного определения опасных стимулов, лучше иметь ложные положительные результаты, чем ложные отрицательные. Следовательно, существует чрезмерная предвзятость, которая приводит к ошибкам, но в долгосрочной перспективе приносит пользу. Поэтому некоторая степень беспокойства присутствует во многих ситуациях.

Оценка угрозы в потенциально опасной ситуации зависит от оценки риска по отношению к индивидуальным ресурсам (Beck et al. 1985). Внутренние ресурсы включают в себя копинг-стратегии и доступную помощь от других людей. Внешние ресурсы включают в себя других людей, а также профессиональных помощников. Выраженная в терминах риска интенсивность тревожной реакции зависит от субъективной вероятности и тяжести вреда. Различные стратегии охранительного поведения являются адаптивными и действуют для защиты человека от физического или психологического вреда. Нормальные реакции на рискованные события трансформируются в психологические проблемы, когда восприятие индивидом риска и фактическая степень опасности преувеличены, а доступность защитных ресурсов сведена к минимуму. Это искажение приводит к охранительному поведению, которое может сохранить проблему и способствовать ее переходу в клиническое расстройство. Таким образом, естественное беспокойство о том, чтобы быть в центре внимания, может перерасти в страх оказаться в общественном месте, беспокойство по поводу публичных выступлений или, в крайнем случае, в паранойю. Адаптивное беспокойство по поводу заражения может перерасти в микробную фобию. Одно из наиболее неприятных клинических расстройств, генерализованное тревожное расстройство, имеет тенденцию сохраняться, потому что основной страх постоянно активизируется. В случае социального тревожного расстройства человек, считающий себя социально неприспособленным, может чувствовать себя униженным во всех социальных взаимодействиях и может быть обеспокоен отказом со стороны партнера. Как обсуждалось ранее,

копинг-стратегии, используемые людьми для предотвращения или снижения тревожности, могут приводить к сохранению расстройства. Например, проверка того, выключена ли духовка или вода, попытка избавиться от навязчивых идей и бегство из комнаты из-за страха потерять контроль эффективны в краткосрочной перспективе, однако в долгосрочной перспективе такое поведение, как правило, усиливает тревожное расстройство.

Резюме

ГКМ предполагает, что клинические расстройства, которые имеют общие базовые процессы, могут быть дифференцированы по характеру их дисфункциональных убеждений. Схемы, играющие центральную роль в обработке информации, отражают различные убеждения, ожидания, оценки и атрибуции и служат для упорядочения повседневного опыта. Когда обработка информации искажается, другие системы (например, аффективные, мотивационные, поведенческие) начинают функционировать дезадаптивно, вызывая симптомы клинических расстройств. Обработка информации зависит от двух взаимодействующих подсистем: автоматической системы и рефлексивной системы обработки информации. Стимулирующие события первоначально обрабатываются протосхемами, которые обеспечивают предварительную оценку стимулов с помощью автоматической системы. Рефлексивная система, поддерживаемая процессами внимания, уточняет или корректирует значение или продукт протосхем. Схемы обладают рядом характеристик, имеющих прямое значение для трансформации адаптивного функционирования в неадаптивное. Активированные дисфункциональные схемы связаны с психологическими симптомами. Схемы могут быть изменены в ответ на мощную новую информацию (например, терапевтические вмешательства). Адаптивно модифицированные схемы деактивируют дисфункциональные схемы, что приводит к уменьшению симптомов. Теория режимов используется для учета более сложных аспектов индивидуального функционирования, таких как достижение целей. Режимы отражают интегрированные сети когнитивных, аффективных, мотивационных и поведенческих паттернов, которые формируют подсекторы личности. Режимы саморазвития и самозащиты учитывают проактивное целеполагание и аспекты самозащиты личности. Аберрации режима саморазвития объясняют симптомы мании и внутренней депрессии, а аберрации режима самозащиты — симптомы тревоги и паранойи.

Хотя основное внимание ГKM сосредоточено на когнитивном уровне, полное понимание этиологии и лечения психопатологии требует многоуровневого подхода, основанного на процессах (Forgeard et al., 2011). С этой целью предполагаемая роль искаженных схем в ГKM рассматривается в контексте различных генетических, нейробиологических и экологических моделей психопатологии.

Клиническое применение генеративной когнитивной модели

Прикладной компонент ГKM основан на базовой предпосылке когнитивной терапии, согласно которой дисфункциональное мышление приводит к увеличению эмоционального дистресса и дезадаптивному поведению. Хотя ГKM предполагает, что различные клинические расстройства имеют общие базовые механизмы, эти расстройства можно надежно отличить по конкретным стимулам и содержанию убеждений.

Обширный объем исследований подтверждает предположение ГKM о том, что конкретные дисфункциональные убеждения специфичны для определенных расстройств. Хотя полный обзор литературы по специфичности убеждений выходит за рамки этой статьи, приведем несколько примеров. Люди с депрессией предсказуемо делают чрезмерные обобщения о своем опыте, например, интерпретируют небольшую ошибку на работе как свидетельство того, что они некомпетентны во всех областях своей жизни. Они обычно сообщают о дисфункциональных убеждениях, таких как «я никчемный, нелюбимый, некомпетентный или беспомощный» (Dozois et al., 2009; Jarrett et al., 2012). Дисфункциональные убеждения, особенно те, которые связаны с перфекционизмом, автономией и самокритикой, также ассоциированы с биполярным расстройством (Alloy et al., 2009; Pavlickova et al., 2013). Убеждения, связанные с тревогой, обычно характеризуются угрозой, опасностью и/или уязвимостью. У людей с социальным тревожным расстройством может возникнуть мысль: «То, что я говорю, вероятно, прозвучит глупо» (Schulz et al., 2008), а люди с паническим расстройством могут заметить, что их пульс учащается, и у них возникает мысль, что что-то не так с их сердцем (Teachman et al., 2010). Люди, борющиеся со злоупотреблением психоактивными веществами, могут поддерживать такие убеждения, как «Жизнь без употребления скучна» или «Я не заслуживаю выздоровления» (Crits-Christoph et al., 2003).

Люди с ипохондрией, скорее всего, будут сообщать о дисфункциональных убеждениях, связанных со здоровьем, таких как: «Я не уверен, что смогу справиться с какой-либо серьезной проблемой

со здоровьем, которая может возникнуть у меня в будущем» и «Я считаю, что, вероятно, в какой-то момент в будущем у меня возникнет хроническое заболевание» (Fergus, 2013). Исследования людей с расстройствами пищевого поведения показывают, что эти люди склонны поддерживать определенные убеждения, такие как «Я неприятный человек», «Я себе не очень нравлюсь» и «Я скучный» (Cooper et al., 2006). Недавнее исследование показало, что люди с психотическими расстройствами имеют такие негативные убеждения, как «Если вы не можете сделать что-то хорошо, в этом мало смысла», и эти убеждения опосредуют когнитивные нарушения, негативную симптоматику и неэффективное функционирование при шизофрении (Grant & Beck, 2009).

Помимо четких доказательств взаимосвязи между дисфункциональными убеждениями и клиническими расстройствами, впечатляющий объем исследований обеспечил прямую эмпирическую поддержку основной предпосылки когнитивной терапии, которая гласит, что изменения в убеждениях приводят к изменениям в поведении и эмоциях. Важность когнитивной терапии была обнаружена для ряда расстройств, включая серьезное депрессивное расстройство (Quilty et al., 2008), биполярное расстройство (Тоттерделл и др., 2012), психотические расстройства (Staying et al., 2013), генерализованное тревожное расстройство (Donegan & Dugas, 2012), посттравматическое стрессовое расстройство (Kleim et al., 2013), паническое расстройство с агорафобией или без нее (Hofmann et al., 2007), специфическая фобия (Raes et al., 2011), социальная фобия (Goldin et al., 2012), обсессивно-компульсивное расстройство (Woody et al., 2011), сексуальные расстройства (ter Kuile et al., 2007), расстройства пищевого поведения (ter Kuile et al., 2002), нарушения сна (Schwartz & Carney, 2012) и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (Crits-Christoph et al., 2003).

Обзор практической модели

ГКМ, которая опирается на фундаментальные исследования когнитивных и поведенческих процессов, общих для психологических расстройств (Harvey et al., 2004; Mansell et al., 2009; 2008), определяет четыре взаимодействующих компонента: ситуацию, искаженные убеждения, фокус внимания и дезадаптивное поведение (см. рис. 2).

Прикладная генеративная модель предполагает, что психопатология инициируется и поддерживается, когда компоненты, активизируемые



Рисунок 2

Генеративная когнитивная модель подчеркивает общие когнитивные и поведенческие процессы в психопатологии. Психопатология является репрезентацией взаимодействия между событиями окружающей среды, поведением, фокусом внимания и убеждениями, а уникальные особенности ментальных расстройств вытекают из содержания убеждений.

схемой (например, убеждения, фокус внимания и дезадаптивное поведение), запускаются стимулами и взаимодействуют друг с другом. Триггерные стимулы могут отражать широкий спектр возможных событий, начиная от отдельных внешних событий, таких как отказ или отверженность, провал экзамена или увольнение, до конкретных контекстов, таких как пребывание в лифте, пребывание в толпе или публичное выступление. Внутренние события, например воспоминания, мысли, размышления или соматические ощущения (боль в груди или потливость), также могут действовать в качестве активирующих стимулов. Триггерные стимулы активируют скрытые схемы, которые определяют содержание текущей когнитивной обработки. После активации дезадаптивные схемы препятствуют нормальной обработке информации и искажают убеждения, связанные с событием-стимулом. Искаженная обработка информации приводит к дополнительным когнитивным нарушениям в интерпретации и обработке информации (например, беспокойство и/или руминации), а также к отклонениям во внимании, памяти и поведении.

Применяемая модель предполагает, что нарушения в одной области (например, убеждения, фокус внимания или поведение) взаимодействуют с деятельностью в других областях. Например, в случае социального тревожного расстройства человек может при входе в переполненную столовую (внешний раздражитель) активировать схему с убеждением «Моя ценность зависит от того, что другие думают обо мне» и подумать: «Люди заметят, что я неловкий». Активированное убеждение может повлиять на фокус внимания человека таким образом, что он может

обратить внимание на определенные внутренние ощущения (например, покраснение или дрожь) и интерпретировать это как свидетельство того, что другие будут видеть и тщательно изучать его ощущения. Например, у человека, вспоминая неловкую ситуацию в прошлом, когда он уронил поднос в столовой, может возникнуть мысль: «Я избавлю себя от потенциальной неловкости и поем дома». Взаимодействие между убеждениями и фокусом внимания может привести к такому неадаптивному поведению, как эскапизм, отказ от действия, чтобы избежать негативной оценки. Уход из кафетерия мог бы стать успешной краткосрочной стратегией и был бы негативно подкреплён вероятностью того, что человек испытает немедленное облегчение. В долгосрочной перспективе бегство или избегание будут поддерживать убеждения и связанную с ними тревогу, препятствуя возможности собирать доказательства фактической способности индивида функционировать в условиях социума.

В таблице 1 показаны типичные стимулирующие события и примеры соответствующих убеждений и дезадаптивного поведения, которые обычно ассоциируются с различными типами расстройств.

Таблица 1

Применение генеративной когнитивной модели при различных психических расстройствах

Расстройство	Стимулы	Убеждение	Поведение
Депрессия	Утрата/отрицание	«Ничто из того, что я делаю, неправильно»	Социальная изоляция
Биполярное расстройство	Чувствует себя более энергичным	«Я могу делать много вещей одновременно»	Начинает сразу с нескольких чрезмерно амбициозных проектов
Психотическое расстройство	Слышит голоса	«Я не могу остановить их»	Изолируется

Генерализованное тревожное расстройство	Неопределенность	«Вероятно, произойдет что-то плохое»	Избегает ситуаций, ищет утешения, прокрастинирует, избыточно планирует
Посттравматическое стрессовое расстройство/ острое стрессовое расстройство	Напоминание о травме	«Мир опасен, и у меня нет сил защитит себя»	Избегает провоцирующих факторов или воспоминаний
Паническое расстройство с агорафобией или без нее	Физическое ощущение	«Мое сердце колотится; у меня, вероятно, сердечный приступ»	Избегает ситуаций и действий
Специфическая фобия	Представление пугающего стимула	«Я в опасности»	Избегает опасного стимула
Социофобия	Социальная угроза	«Если я попытаюсь заговорить, то буду выглядеть глупо»	Избегает социальных ситуаций или взаимодействия с другими людьми
Обсессивно-компульсивное расстройство	Общественный туалет	«Я рискую заразиться смертельной болезнью»	Избегает контаминации и увлекается чрезмерным компенсаторным поведением
Соматоформное расстройство	Физическое ощущение	«Эта боль невыносима»	Избегает работы
Ипохондрия	Физическое ощущение	«Что, если это рак?»	Ищет подтверждения (например, медицинское тестирование)

Сексуальные расстройства	Близость	«Я не смогу удовлетворить партнера»	Избегает близости
Расстройства пищевого поведения	Образ веса/тела	«Я был бы счастливее, если бы весил меньше»	Ограничивает калории, контролирует вес, избегает совместных приемов пищи, чрезмерно тренируется
Нарушения сна	Время	«Я не смогу работать завтра, если не засну прямо сейчас»	Постоянно контролирует время
Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	Поход на вечеринку	«У меня был напряженный день, поэтому я заслуживаю немного выпить»	Употребляет алкоголь/ психоактивные вещества

ГКМ служит образцом для концептуализации типичных активирующих стимулов и связанных с ними убеждений и поведения. При всех расстройствах основное внимание уделяется ситуации, убеждениям и поведению. Таблица не является исчерпывающей и иллюстрирует распространенные расстройства и связанные с ними стимулы, убеждения и поведение.

Интервенции

Цель прикладной модели состоит в том, чтобы предоставить клиницистам полезный инструмент для разнообразных ситуаций. Применяемая модель позволит клиницистам быстро разрабатывать концептуализации конкретных случаев для различных клинических проявлений. Кроме того, клиницисты могут применять модель для получения конкретных теоретически обоснованных интервенций для лечения. Каждый компонент модели представляет собой мишень для терапевтического вмешательства; однако многие вмешательства перекрываются и, вероятно, влияют на остальные компоненты. Человек, обращающийся за лечением, может предъявлять жалобы, связанные с одним компонентом модели (например, ситуацией, убеждениями,

фокусом внимания или поведением) или комбинацией всех четырех. Мы предполагаем, что обращение к одному компоненту приведет к уменьшению симптомов; однако наиболее точным и перспективным терапевтическим подходом будет такой, который работает с каждым из компонентов. В следующих разделах приведены примеры воздействий, связанных с такими компонентами ГKM, как убеждения, фокус внимания и поведение.

Интервенции на уровне убеждений. Интервенции, направленные на убеждения, вытекают из теоретической модели, описывающей роль искаженных убеждений в постановке целей. С самого начала целью терапии является определение и постановка достижимых целей, которые служат дальнейшей мотивации человека во время лечения.

Интервенции, направленные на искаженные процессы рассуждения, предназначены для оценки убеждений и предположений, которых придерживаются отдельные люди. Кто-то может проявлять чрезмерный страх смущения или унижения, как в случае с социальным тревожным расстройством, или убеждение, что единственный способ избежать преследования — сохранять агрессивную позицию, как это иногда бывает при посттравматическом стрессовом расстройстве. В любом случае когнитивная реструктуризация используется для выявления и оценки ошибочных убеждений и интерпретаций (Beck, 1995; Wright et al., 2006).

Клиницист может использовать психообразование для того, чтобы помочь людям научиться определять свои основные убеждения и связанные с ними модели мышления, а также различать мысли, чувства и поведение. Для людей, которым трудно идентифицировать свои мысли, работа с образами может стать полезным инструментом для распознавания мыслей, таких как негативные ожидания, связанные с определенной ситуацией. Как только люди научатся различать мысли, чувства и поведение, им может быть рекомендовано сосредоточиться на фактах, а не на чувствах, чтобы избежать потенциальных ловушек эмоционального мышления.

Были разработаны многочисленные стратегии, способствующие когнитивной реструктуризации, помогающие людям рассмотреть альтернативные объяснения и проверить свои убеждения (Beck, 1995; Wright et al., 2006). Управляемое открытие (умелый распрос, позволяющий людям прийти к собственным выводам относительно полезности или обоснованности их мыслей и поведения) используется для максимизации потенциальной выгоды от рассмотрения

альтернативных точек зрения (Dobson, 2009). Были разработаны различные рабочие листы (например, «Лист записи мыслей»), чтобы помочь людям научиться распознавать, анализировать и изменять неточные мысли и образы (Greenberger & Padesky, 1995). Когда в клинической картине доминируют убеждения об ответственности, заполнение круговой диаграммы может помочь человеку изучить мысли, связанные с его ролью в данной ситуации (Beck, 1995). Как только человек усвоил точную мысль, ему может быть предложено записать измененную мысль на карточке (т. н. «копинговые карточки»), чтобы усилить важность новой мысли и помочь ему применить мысль по поводу ситуаций вне сеанса терапии (Beck, 1995).

Поведенческие тесты основаны на использовании опыта обучения для изучения и изменения убеждений (Dobson & Hamilton, 2004). Упражнения нужны для того, чтобы помочь людям избавиться от негативных мыслей в отношении конкретного стимула. Такие предсказания, как «Другие будут смеяться надо мной», «У меня случится сердечный приступ» или «Я не смогу терпеть боль», можно проверить с помощью поведенческих экспериментов, чтобы уменьшить негативные интерпретации неоднозначных ситуаций и оценить нереалистичные ожидания и маловероятные исходы. В качестве альтернативы людям можно поощрять к развитию и активизации позитивных адаптивных мыслей для работы с событиями повседневной жизни. Во многих случаях клиницисты находят целесообразным помогать людям определять и исключать охранительное поведение. В некоторых случаях человек, который сталкивается с опасной ситуацией, будет приписывать свою способность ориентироваться в ситуации охранительному поведению (Wells et al., 1995). Клиницисты могут предложить поведенческие эксперименты, которые явно требуют, чтобы люди воздерживались от использования своего охранительного поведения. Благодаря управляемому открытию люди могут понять, что использование определенного поведения не связано с уменьшением опасного исхода.

Интервенции, направленные на фокус внимания. Некоторые когнитивные вмешательства нацелены на изменение фокуса произвольного внимания и памяти при клинических расстройствах (Teasdale et al., 1995). Сначала определяется содержание и значение фокуса внимания. С этой целью можно использовать несколько стратегий; например, тщательный анализ дневника мыслей может указывать на смещение внимания и связанные с этим когнитивные

искажения. Владея этой информацией, клиницист может помочь человеку изменить его фокус и придаваемое значение, увеличив диапазон стимулов, на которые человек обращает внимание, или практикуя акт освобождения от стимулов. Изменение фокуса внимания может быть достигнуто с помощью использования простых поведенческих экспериментов, направленных на расширение кругозора (например, заставить социально тревожного человека поднять глаза, когда он входит в переполненную комнату), или путем наблюдения и перенаправления внимания с бесполезных мыслей. С помощью практики, интервенций, основанных на майндфулнесс (например, медитации), люди могут научиться активно переключаться или развивать концентрацию произвольного внимания к новым или к другим стимулам (Fresco et al., 2010). Со временем эти интервенции могут помочь человеку изменить свой фокус внимания и значение, придаваемое определенным стимулам.

Поведенческие интервенции. Многие люди приходят на терапию, когда замечают, что поведение, на которое они полагаются, чтобы справиться с эмоциональным расстройством, начало оказывать влияние на их деятельность. При многих психологических расстройствах цель состоит в том, чтобы поощрять адаптивное поведение или снижать неадаптивное поведение. Поведенческие методы, как правило, используются совместно с когнитивной реструктуризацией для достижения долгосрочных изменений (Wright и др., 2006).

Мониторинг и анализ деятельности человека часто помогает определить ключевые модели поведения. С помощью журнала активности клиницисты могут помочь пациентам понять взаимосвязь между мыслями, настроением и поведением. В некоторых случаях может быть важно выявлять и поощрять просоциальное поведение или рекомендовать участие в приятных или значимых мероприятиях. Например, люди в депрессии часто сообщают, что они замкнуты и заняты очень узким кругом дел. Они, скорее всего,отреагируют на более активное участие в большем количестве приятных и/или значимых видов деятельности (т. н. поведенческая активация), чтобы расширить возможности для позитивного подкрепления и оценки негативных убеждений о себе, других и мире.

Другие поведенческие вмешательства включают в себя использование образов, расслабление, отвлечение внимания или применение конкурирующего поведения для противодействия дисфункциональному поведению. Для людей, пытающихся выполнить сложные задачи, могут

применяться градуированные задания, которые помогают им разбить задачу на более мелкие, более управляемые части (Beck, 1995). Кроме того, люди часто извлекают выгоду из поведенческих упражнений или ролевых игр в группах, что повышает ощущение собственной востребованности и эффективности.

ГКМ — это шаблон, который может быть адаптирован для конкретных дисфункциональных мыслей, активируемых схемой, чтобы уменьшить эмоциональное расстройство и дезадаптивное поведение. Цель ГКМ состоит в том, чтобы оказать продолжительное влияние на дисфункциональные убеждения, специфичные для расстройств, опираясь на комбинацию когнитивной реструктуризации, модификации фокуса внимания и поведенческих вмешательств.

Клинический случай

Девятнадцатилетний Луис, студент колледжа, проснулся от громкого стука в дверь своей квартиры. Он посмотрел на часы — было три утра — и начал что-то говорить своей девушке, прежде чем вспомнил, что она решила остаться на ночь у одного из своих друзей. С растущим чувством страха Луис встал с кровати, открыл дверь и увидел двух мужчин в костюмах, которые показали ему свои удостоверения. Луис вскоре узнал, что его девушка покончила с собой, прыгнув под поезд.

Через год после смерти девушки Луис записался на прием к когнитивно-поведенческому терапевту. Во время сеанса специалист работал с Луисом, пытаясь собрать информацию о его клиническом состоянии и любых существенных аспектах его истории жизни, чтобы пролить свет на возможные предрасполагающие и провоцирующие события. Луис сказал, что после самоубийства девушки он не чувствовал себя нормально. Он сообщил, что большую часть времени чувствует себя «на взводе» и «подавленным», перестал заниматься спортом, проводит мало времени со своими друзьями, которые знали его умершую подругу, все время чувствует усталость, хотя спит по 10–12 часов в сутки, ему трудно сосредоточиться в школе, «постоянно срывается», когда находится среди людей, ему часто снятся неприятные сны, и он выпивает от шести до восьми алкогольных дринок каждую ночь, чтобы заснуть. Терапевт также узнал, что, когда Луису было семь лет, его младшая сестра погибла в автомобильной аварии. Луис упомянул, что он должен был находиться в одной машине со своей сестрой в тот день, когда она погибла, и что ему потребовалось много времени, чтобы смириться с ее смертью.

Чтобы понять его текущие реакции на конкретные стимулы и события, врач попросил Луиса подумать о времени, когда он обычно чувствует себя хуже всего. Луис сообщил, что хуже всего он чувствует себя вечером, когда остается один в своей квартире. Терапевт спросил его, какие конкретные мысли приходят ему в голову в это время. Луис ответил, что у него есть повторяющиеся мысли, такие как: «Я никогда больше не буду счастлив», «Нет смысла сближаться с людьми» и «Я должен был знать, что она собирается покончить с собой».

Специалист проанализировал информацию, собранную в ходе оценочного интервью, и использовал ГКМ в качестве шаблона, чтобы разработать предварительную концептуализацию случая Луиса. Терапевт прояснил компонент убеждений в модели и построил концептуализацию случая, основанную на том, как Луис думает о себе, других, мире и будущем. Специалист отметил несколько примеров искаженного мышления, таких как искаженные ожидания относительно будущего («Я никогда не буду счастлив»), чрезмерная генерализация («Нет смысла сближаться с людьми») и эмоциональные рассуждения («Я должен был знать, что она собирается покончить с собой»).

Потом он определил фокус внимания Луиса, спросив его, чем он занимается в своей повседневной жизни. Луис обратил внимание, что он проводит много времени «в своей голове», думая о том, как плохо он себя чувствует, и обдумывая каждый аспект своих отношений с девушкой, а также отметил повторяющиеся тревожные сны о ее самоубийстве.

Наконец, терапевт изучил поведение, которое, по словам Луиса, он демонстрировал после самоубийства своей подруги. Луис отметил несколько видов поведения, которые, по его мнению, помогли ему справиться с эмоциональным расстройством (например, употребление алкоголя перед сном, изоляция от друзей и семьи).

Рассмотрев все компоненты ГКМ, специалист разработал предварительную концептуализацию, которая помогла сформулировать симптомы депрессии и посттравматического стрессового расстройства Луиса, а также план лечения. Терапевт поделился предварительной концептуализацией с Луисом и предположил, что, возможно, развившиеся после смерти сестры убеждения предрасположили его к дисфункциональному мышлению и депрессии. Клиницист предположил, что после самоубийства его подруги любые дисфункциональные убеждения, возникшие у Луиса после смерти

сестры, могли активироваться, и он некритически принял их за истину. Эти дисфункциональные убеждения, возможно, сделали Луиса уязвимым для искаженной интерпретации событий и фокуса внимания на этом. Более того, эти дисфункциональные убеждения, вероятно, повлияли на его повседневные мысли, что оказало негативное влияние на настроение и, в свою очередь, привело к более негативным мыслям. Этот цикл, вероятно, был усилен склонностью Луиса избегать людей и определенных мест, что не давало ему возможность оценить точность своих негативных мыслей или переживать позитивные жизненные события. В этом смысле карту симптомов Луиса можно рассматривать как взаимосвязь ситуаций, искаженных убеждений, фокуса внимания и поведения.

Специалист убедился, что Луис понял концептуализацию, объяснение когнитивной модели и структуру когнитивной терапии. Они использовали концептуализацию для разработки конкретных целей лечения и плана для достижения этих целей. Луис и терапевт совместно определили три основные цели:

а) выявить, изучить и изменить неточные или бесполезные мысли Луиса о своем будущем и других людях;

б) изучить мысли о его предполагаемой роли в самоубийстве подруги;

с) повысить уровень его социального взаимодействия.

Во время курса терапии специалист смог адекватно определить симптомы депрессии Луиса и посттравматического стрессового расстройства, используя ГКМ для выбора, обоснования и оценки эффективности конкретных интервенций. Терапевт посвятил значительное количество времени тому, чтобы помочь Луису изучить доказательства его мыслей. В частности, значительное количество сеансов было посвящено изучению мыслей Луиса о том, что он должен был знать, что его подруга склонна к самоубийству. Терапевт использовал когнитивную реструктуризацию, чтобы помочь Луису изучить доказательства и принять модифицированную мысль о том, что желание его подруги покончить с собой было чем-то, чего он не мог предсказать. Со временем Луис смог самостоятельно модифицировать свои мысли, чтобы они были более точными и полезными.

Луис пришел к пониманию того, что в его жизни много близких людей, которые заботились о нем, и что для него важно поддерживать эти отношения. Луис согласился постепенно повышать свою социальную активность, что позволило ему пересмотреть свое убеждение о невыносимости видеть друзей, знавших его девушку.

В течение терапии Луис добился значительного прогресса в достижении своих целей и сообщил о снижении выраженности симптомов. Ближе к концу лечения Луис продолжал работать над снижением потребления алкоголя перед сном. Он самостоятельно разработал поведенческий эксперимент, чтобы проверить свою мысль о том, что ему «потребуется вечность, чтобы заснуть без выпивки». Несмотря на то что Луис по-прежнему сомневался в необходимости новых романтических отношений, он отметил, что восстановил связь со своими старыми друзьями.

Обсуждение и будущие направления исследований

Мы рассказали о ГКМ, которая может быть использована для понимания и лечения широкого спектра психологических расстройств. ГКМ включает в себя и расширенную теоретическую модель, которая рассматривает феноменологию психологических расстройств, и упрощенную практическую модель, помогающую терапевту сформулировать быструю концептуализацию отдельного случая.

В контексте теоретической модели мы рассматриваем психологические проблемы как результат гиперболизации убеждений, аффектов и поведения, которые обычно помогают в решении проблем и достижении целей. Проблемы возникают, когда убеждения значительно искажены. Нарастающая спираль когнитивных предубеждений усиливает аффект и превращает адаптивное поведение в дезадаптивное. Совокупность дезадаптивных убеждений, аффектов и поведения вызывает симптомы расстройства.

Термин «убеждение» включает в себя кластеры ожидания, оценки, воспоминаний и образов, которые формируют содержание когнитивных схем. Схемы представляют собой центральную структуру в обработке информации, в то время как их содержание (убеждения) определяет их значение. Схемы имеют градиент активации от скрытой до сильно заряженной. При активации схемы меняется ее интенсивность (от низкой к высокой), при этом состояние нормальной адаптации может смениться психологическим расстройством, и в этом случае соответствующие убеждения, аффективные реакции и поведение становятся сверхзначимыми.

Когда в схемы вводится новая информация, противоречащая искаженным убеждениям, схемы могут быть дезактивированы, и симптомы могут ослабнуть. Модификация убеждения с помощью этого

метода может происходить с помощью конкретных интервенций или неспецифических факторов терапии. Точное влияние лекарств на улучшение симптомов не изучено.

Почему клинические состояния рецидивируют? Исследования показали, что, если основные убеждения существенно не изменяются, их можно активировать заново (Segal et al., 2010). Облегчение симптомов связано с уменьшением степени убежденности в искаженном мышлении; однако убеждение остается латентным до тех пор, пока не активируется снова. При когнитивной терапии происходит долгосрочная модификация убеждения, о чем свидетельствует отсутствие рецидивов и нереактивность убеждений.

Концепция режимов решает вопрос о том, как модели убеждений, аффектов и поведения объединяются в клинические сущности. Два режима личности — режим саморазвития и режим самозащиты — описывают проактивную постановку целей и аспекты поведения, связанные с самозащитой, соответственно. Аберрации режима саморазвития и режима самозащиты создают основу для мании и эндогенной депрессии, а также для тревоги и паранойи соответственно.

ГКМ может помочь улучшить существующую систему классификации психических расстройств. Акцент ГКМ на убеждениях, специфичных для расстройств, в сочетании с учетом общих основополагающих процессов может помочь повысить надежность диагностики и решить проблемы сопутствующей патологии. Несколько направлений исследований указывают на важную роль убеждений в постановке диагноза. Исследования показали, что конкретные убеждения соответствуют конкретным расстройствам личности, описанным в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (4-е издание DSM-IV-TR; Am. Psychiatr. Assoc., 2000; Bhar et al., 2012). Фурнье и др. (Fournier et al., 2012) провели факторный анализ Опросника дисфункциональных убеждений (PBQ), который показывает, что кластеры убеждений, соответствующих конкретным личностным диагнозам, разделены на релевантные факторы. Обширный объем исследований (представленных ранее) обеспечивает убедительные доказательства роли дисфункциональных убеждений в отношении практически каждого клинического расстройства. Более того, наш предыдущий обзор литературы выявил впечатляющее количество исследований по терапии, демонстрирующих когнитивное опосредование результатов лечения с использованием золотого стандарта в медиационном анализе (Kraemer et al., 2002). Включение убеждений

в качестве критериев, специфичных для расстройств, должно повысить точность диагнозов и, следовательно, повысить надежность диагностики. Мы предполагаем, что наша гипотеза может быть проверена с помощью исследований надежности, которые включают убеждения в список диагностических критериев.

В конечном счете ГKM может предоставить альтернативную нозологическую «рамку» для классификации пациентов. Учитывая недавние исследования, описывающие биологические корреляты когнитивной модели (Beck, 2008; Disner et al., 2011), будущие исследования могут быть направлены на интеграцию ГKM с биологическими процессами (Forgeard et al., 2011). В этом смысле ГKM соответствует инициативе «Исследовательские критерии доменов» (RDoc) Национального института исследований в области психического здоровья (Insel et al., 2010). RDoc является крупной инициативой, направленной на содействие разработке более однородной и этиологически значимой нозологии психических расстройств в качестве альтернативы DSM-IV-TR (Am. Psychiatr. Assoc., 2000). ГKM потенциально может быть единственной эмпирически подтвержденной общей теорией психопатологии.

ГKM особенно хорошо подходит для эмпирического исследования, учитывая, что компоненты легко поддаются исследованию. Хотя существуют убедительные доказательства когнитивного опосредования результатов лечения, в будущих исследованиях следует продолжать проводить медиационный анализ для изучения механизмов терапевтических изменений. Аналогичным образом предстоит еще много работы с точки зрения уточнения нашего понимания того, как убеждения, устойчивый фокус внимания и поведение взаимодействуют для прогнозирования симптоматики на поверхностном уровне. С этой целью исследователям необходимо будет совершенствовать оценку ключевых общих и конкретных процессов (Clark & Taylor, 2009). Оценка этих процессов может быть использована для проведения важных исследований, изучающих механизмы терапевтических изменений.

Необходимым шагом в разработке ГKM будет проведение исследований, которые сравнивают применяемую модель с индивидуальным подходом к когнитивному лечению и конкретно исследуют, какие воздействия или набор воздействий приведут к наибольшим различиям в результатах лечения различных расстройств (Clark & Taylor, 2009).

Несмотря на доказательства того, что когнитивная терапия является эффективным и действенным методом лечения большого количества расстройств (Butler et al., 2006; Hofmann et al., 2012, 2013; Hofmann & Smits, 2008), усилия по распространению этой информации не так успешны.

Важным фактором этого может быть то, что индивидуальные подходы к терапии могут иметь непредсказуемые последствия, препятствующие широкому применению когнитивной терапии в обычных клинических условиях. Применяемая модель может помочь в обучении и распространении когнитивно-поведенческой терапии, выступая в качестве дополнительной альтернативы традиционным протоколам. Эта модель может быть эффективным с точки зрения затрат и времени способом обучения врачей и лечения пациентов с сопутствующими заболеваниями. Будущие исследования должны определить, приведет ли такой глобальный подход к обучению когнитивной терапии к эффективному приобретению клинических навыков для лечения различных психологических расстройств. Также необходимы исследования, чтобы определить, какие пациенты лучше всего подходят для когнитивно-поведенческой терапии и лучше всего реагировали бы на лечение конкретных расстройств этим методом (Clark & Taylor, 2009).

Хотя ГKM применима к большинству расстройств оси I DSM-IV-TR у взрослых (Am. Psychiatr. Assoc., 2000), в будущих исследованиях следует изучить применимость модели к расстройствам личности и расстройствам, возникающим в детском и подростковом возрасте.

Наконец, возможно, что генеративный когнитивный подход к пониманию и лечению психических заболеваний сыграет важную роль в лечении и профилактике субклинических состояний. Важно рассмотреть положительное влияние, которое может оказать включение ГKM как компонента гигиены психического здоровья в курс медицинского образования. При таком использовании практическая ГKM может в конечном итоге снизить стигматизацию и помочь людям, находящимся в группе риска или в субклинических состояниях.

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ АДДИКЦИИ. РОЛЬ УБЕЖДЕНИЙ И МЕНТАЛЬНЫХ ОБРАЗОВ

Денис Александрович Автономов

медицинский психолог; Московский НПЦ наркологии ДЗМ

Аннотация. Представлено описание феномена аддикции преимущественно через оптику когнитивного подхода. Показана роль дисфункциональных убеждений и ментальных образов во влечении к наркотикам. Представлены вмешательства из арсенала когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), предназначенные для профилактики рецидива у лиц с синдромом зависимости.

Ключевые слова: наркотическая зависимость, алкогольная зависимость, аддиктивные расстройства, крейвинг, убеждения, ментальные образы, когнитивно-поведенческая терапия, психотерапия.

Введение

Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ — это психические и поведенческие расстройства, возникшие в результате употребления психоактивных веществ (ПАВ) как легальных (алкоголь, табак), так и нелегальных, включая и лекарственные средства, вызывающие клинически и функционально значимые нарушения здоровья и поведения [16].

«Аддикция» («синдром зависимости») — термин, используемый для обозначения наиболее тяжелой формы расстройства употребления ПАВ: это хроническое, рецидивирующее заболевание, которое проявляется в компульсивном поиске и употреблении ПАВ, потере контроля при попытке сократить употребление и развитии негативного эмоционального состояния при внезапном прекращении или лишении доступа к ПАВ [6].

В случае аддикции наблюдается переход на автоматизированные когнитивные процессы, игнорирующие обратную связь и отражающие сдвиг в настройках обучения (поведенческая компульсивность). Наблюдается ослабление когнитивного контроля и планирования, которое происходит, несмотря на постепенную девальвацию вознаграждения, когда желание получения награды постепенно «отрывается» от ее субъективной гедонической ценности (повышение чувствительности к предвкушению) [6, 16].

Стимулирующее воздействие ПАВ на систему вознаграждения в ЦНС побуждает потребителей искать и принимать наркотики. Как следствие

регулярного приема ПАВ, наступает нейроадаптация — положительное подкрепление (эйфория, чувство удовольствия) ослабевает, и возрастает роль ПАВ в нейтрализации негативных эмоциональных состояний (уменьшение тревоги, печали, скуки — отрицательное подкрепление) [6, 17]. Крейвинг (аддиктивное влечение, тяга к ПАВ) — стержневой мотивационный компонент синдрома зависимости [14].

Изменения в функционировании головного мозга в результате неоднократного употребления ПАВ отмечаются на молекулярном, клеточном, структурном и функциональном уровнях [16]. Эти нарушения проявляются в нейрокогнитивных особенностях, характеризующих зависимость: ослабление высокоуровневых, «нисходящих» волевых процессов планирования и самоконтроля и усиление «восходящей», автоматической, аффективной регуляции. Эти изменения проявляются в устойчивой мотивации продолжать использовать ПАВ, несмотря на вредные последствия. Главная проблема «зависимости» — это рецидив, определяемый как возвращение к неконтролируемому потреблению ПАВ после попытки отказа [11]. Крейвинг, по-видимому, является основным фактором, приводящим к рецидиву зависимости [5]. Рецидив наиболее вероятен в начальном периоде лечения и воздержания от ПАВ. Со временем вероятность рецидива уменьшается, но никогда не достигает нуля.

Аддикция с точки зрения когнитивного подхода

Базовые основы когнитивной теории психопатологии, заявляющей, что в основе психологических нарушений лежит искаженное мышление, происходящее из дисфункциональных убеждений, были разработаны более 55 лет назад, подтверждены эмпирически и подкреплены рядом исследований [2]. Когнитивная модель (cognitive model) рассматривает процесс и содержание мышления как причины психологических проблем индивида. В 1962 году Альбертом Эллисом была представлена модель «АВС», которая впоследствии многократно уточнялась как им самим, так и другими когнитивистами, в частности Ароном Беком [12].

В модели «А → В → С» первое звено цепочки «А» — это активатор (триггер), то, что инициирует, запускает процесс, «В» — это убеждения (beliefs), представления о ситуации и интерпретации, которые люди делают относительно активатора «А». И, наконец, «С» — это телесные (физиологические) реакции, эмоции и действия (поведение). А. Эллис постулировал, что эмоциональные и поведенческие последствия возникают из-за «В» — убеждений об активирующих переживаниях.

«Аддикция» поддерживается благодаря убеждениям — стабильным и устойчивым когнитивным процессам, которые, будучи однажды сформулированными, нелегко изменяются посредством опыта [17]. Зависимые люди являются носителями убеждений, которые поддерживают употребление ПАВ, препятствуют отказу от них и способствуют рецидиву после попытки бросить.

Изначально подкрепляющие эффекты веществ закладываются в памяти как мотивационно заряженные когнитивные схемы-убеждения (одобрение, положительная оценка, «лайк»). Формируются связи между представлениями о поведении и результатами такого поведения. Со временем эти убеждения (например, «Наркотики — это весело!») становятся более прочными и начинают функционировать в автоматическом режиме. Активация этих когнитивных схем как в одну сторону («наркотики» = «расслабление»), так и в другую («расслабление» = «наркотики») мотивирует на продолжение употребления ПАВ [1].

Основатель КПТ А. Бек выделил три дисфункциональных убеждения лиц, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них:

— «Мне станет хорошо» («Это дает мне плюсы» — положительное подкрепление).

— «Это помогает мне» («Это уменьшает негатив» — отрицательное подкрепление).

— «Могу себе это позволить» (убеждения о вседозволенности, позволяющие перейти от размышления к действию) [17].

Триггеры активируют убеждения, связанные с позитивными ожиданиями в результате употребления ПАВ («Мне станет хорошо»), и/или инициируют запуск мыслей об облегчении, которое им принесет ПАВ. Как результат возникает аффективный побуждающий ответ — крейвинг. Запуск крейвинга приводит к активации убеждения — «Я могу себе это позволить», разрешающего перейти от желания к действиям по поиску и употреблению ПАВ [17].

Основатель РЭПТ А. Эллис выделял два наиболее распространенных иррациональных убеждения у пациентов с зависимостью:

— «Мне это сойдет с рук!» («I can get away with it!»).

— «Это не имеет значения!» («It won't matter!») [4].

Согласно Ф. Михлер Бишоп, другие распространенные убеждения «зависимых» включают в себя:

— «Я заслуживаю это (алкоголь или наркотики)!»

— «Я все равно напьюсь, так зачем себя мучить?»

— «Я больше не могу выносить это чувство! Выпивка поможет мне!»

— «Это действительно несправедливо. Все пьют!»

— «Я должен иметь возможность делать то, что я хочу, когда я хочу!» [3].

Концептуальный подход РЭПТ подчеркивает, что разочарования и проблемы являются неизбежной частью человеческого существования. Однако зачастую люди воспринимают эти простые неприятности как «конец света» (драматизация), как «ужасные» и «невыносимые» события (непереносимость фрустрации), которых «не должно быть» (требовательность). Как результат возникает или усиливается эмоциональный и поведенческий дистресс, мотивирующий употреблять алкоголь или наркотики, иллюстрируя тем самым роль иррационального мышления в патогенезе аддикции.

Мышление — это деятельность, которая осуществляется в закрытом пространстве психического аппарата. Мышление связано с репрезентациями, фантазиями и определенными видами эмоций и чувств, которые активируются в процессе работы нейронов ГМ. Традиционно образные ментальные репрезентации противопоставлялись абстрактным лингвистическим репрезентациям, однако эти «языковые» репрезентации конституируются (или, по крайней мере, обязательно сопровождаются) ментальными образами [13]. Так, согласно «теории двойного кодирования» постулируется наличие двух когнитивных подсистем, где в одной аналоговые коды используются для мысленного представления образов, а в другой символические коды используются для формирования мысленных представлений [13]. Мы мыслим посредством внутреннего монолога (или вербальные мысли) и ментальных образов (mental imagery) или сенсорных мыслей (sensory thought), которые глубоко переплетены друг с другом. Когнитивные процессы — это сложные взаимодействия вербальной и невербальной (образной) системы, специализирующейся на работе с нелингвистическими объектами и событиями (см. рис. 1).

Термин «ментальные образы» обозначает представления, вызываемые из памяти и приводящие к повторному переживанию исходной версии стимула или созданию какой-то новой комбинации стимулов. Ментальные образы — одни из основных психических феноменов, который позволяет нам запоминать, планировать будущее, ориентироваться и принимать решения. Визуальные образы в целом доминируют, однако ментальные образы могут задействовать все органы чувств [15].

Образы эмоциональных событий могут активировать вегетативную нервную систему аналогично сенсорному восприятию тех же самых



Рис. 1. Мышление: вербальные мысли и ментальные образы

событий, что приводит к физиологическим ответам организма. Так в ситуации, предшествующей рецидиву, зависимый индивид повторно переживает мысленный образ, связанный с предвкушением и/или результатом употребления ПАВ. Образ часто сопровождается интенсивными телесными реакциями (потливость, сердцебиение, сухость во рту или, напротив, слюнотечение, чувство «опьянения», ощущение, что внутри все сжимается, и т. д.).

Согласно «теории вторгающихся представлений», мысленные образы составляют основу желаний и побуждений не только «патологических», но и физиологических (например, мыслей о еде) [8, 9]. Ментальные образы можно рассматривать как ключевой компонент когнитивных процессов, связанных с крейвингом [8]. Так, образы во время крейвинга регистрировали 81 % пациентов; сильное желание практически неизменно сопровождается яркими и мультисенсорными ментальными образами [7].

Пациенты наркологической клиники, оказавшись в ситуации высокого риска, зачастую в своем уме видят не картинку — статичный образ, а «гифку» (GIF) — динамическую последовательность из нескольких «зацикленных» кадров со специфическим содержанием, ассоциированным с объектом зависимости или с результатом употребления (например, сцены «прихода», эффекта воздействия ПАВ, образа холодного напитка или глотка и пр.) [1]. Решение «употребить» под влиянием яркого мысленного образа принимается легко, а торможение решения (отмена инициации) представляется чрезвычайно затруднительной задачей, с которой многие пациенты не справляются (см. рис. 2).

Ментальные образы, связанные с аддикцией, обычно сопровождаются навязчивыми вербальными мыслями, убеждениями, оправдывающими

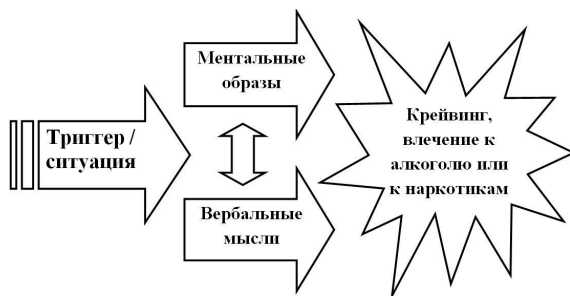


Рис. 2. Взаимосвязь триггера, ментальных образов, вербальных мыслей и крейвинга по Д. А. Автономову (2021) [1]

или разрешающим употребление («Один раз!», «Завтра брошу!», «Да и черт с ним!»). С точки зрения КПТ не триггер сам по себе вызывает крейвинг (желание, побуждение), а набор ментальных образов, убеждений относительно события-триггера, которые возникают у субъекта.

Практика терапии в рамках когнитивной модели

Когнитивный подход признает роль убеждений и дефицит навыков совладания в продолжении злоупотребления ПАВ. Терапия направлена на реструктуризацию системы убеждений, которые имеют мотивационное значение [10]. Целью вмешательства является профилактика рецидива, осуществляемая путем просвещения, выявления триггеров, оспаривания и замены дисфункциональных убеждений на адаптивные.

Необходимо научить пациентов, как анализировать эпизод влечения к алкоголю или наркотикам, определив, что послужило «триггером» (см. табл. 1) [1]. Под триггерами понимаются любые эмоциональные состояния или событийные факторы, которые привели к активации крейвинга.

Далее мы просим пациентов вспомнить, что именно они увидели своим «внутренним взором», и предлагаем нарисовать соответствующую картинку. Затем помогаем реконструировать внутренний диалог, дословно записав, какие именно мысли приходили в голову пациенту.

Таблица 1

**Анализ триггеров, образов, мыслей, силы и продолжительности
крейвинга по Д. А. Автономову**

Триггер, ситуация	Образы, «картинки» в голове»	Мысли, «внутренний диалог»	Сила (от 1 до 10) и длительность тяги (в минутах)	Что именно вы сделали, чтобы не «сорваться»? Какой инструмент совладания применим?
Опишите ситуацию как бы со стороны, от третьего лица, только факты без эмоций и мыслей	Что именно вы увидели своим «внутренним взором», нарисуйте тут картинку	Напишите ход ваших мыслей. Какие мысли пришли вам в голову?		

Пациенту следует оценить интенсивность влечения к ПАВ по 10-балльной шкале, указать, сколько времени она продолжалась и как ему удалось с ней справиться. Далее с образами, зафиксированными в результате выполнения этого упражнения, можно работать с помощью техник арт-терапии — вырезать их, наклеить на чистый лист бумаги и нарисовать продолжение. Например, мы предлагаем пациентам дорисовать серию комиксов про то, что, по их мнению, может случиться дальше. Задача — творчески развить историю из одного образа, разорвав зацикленность и превратив «гифку» в «диафильм», в котором есть начало, середина и финал — последствия употребления. Как правило, получается серия кадров с хорошим началом и печальным концом из серии «ожидание — реальность» [1].

Для выявления убеждений мы внимательно анализируем мысли пациентов относительно употребления наркотиков. Промежуточные убеждения эвристичны — это правила, предписания и инструкции, на основании которых возникают тактики. Многие промежуточные убеждения зависимых лиц буквально «лежат на поверхности» и доступны для дальнейшей работы. Совместно с пациентом «отфильтровав» его убеждения относительно ПАВ, мы подвергаем их пристальному рассмотрению и анализу. Так, информация, полученная в результате анализа колонки «Мысли, внутренний диалог», может пролить свет на дисфункциональные убеждения пациентов о наркотиках, об употреблении, о контроле и о восприятии самого себя в контексте аддикции [1]. В дальнейшем специалист может провести работу по оспариванию дисфункциональных убеждений.

Итак, когнитивно-поведенческие вмешательства представляют собой комплекс структурированных методик, основанных на когнитивной модели и теории социального научения, необходимых для изменения поведения, связанного со злоупотреблением ПАВ. Задача специалиста — помочь пациенту увидеть, как под воздействием триггера активируются его ментальные образы и дезадаптивные убеждения. В процессе психотерапии пациент может убедиться в искаженном характере старых схем и сформировать новые, более адаптивные убеждения («Я свое уже выпил», «Я не могу употреблять наркотики без вредных последствий», «Тяга — это просто реклама», «Справлялся раньше, справлюсь и сейчас» и т. д.) и обнаружить более рациональные способы думать о себе, о ситуациях, о других людях, будущем и мире в целом [1, 2].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Автономов, Д. А., Дегтярева, Т. П. Когнитивно-поведенческая терапия аддикций: от теории к практике // Наркология. 2021. 20(11): 60–67. DOI: 10.25557/1682–8313.2021.11.60–67.
2. Beck A. T. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective // Archives of general psychiatry. 2005. Vol. 62. №. 9. P. 953–959.
3. Dryden, Windy, and Michael E. Bernard, eds. REBT with diverse client problems and populations / Springer, 2019.
4. Ellis A. et al. Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers / Pergamon Press, 1988.
5. Evren C. et al. Clinical factors associated with relapse in male alcohol dependents during six-month follow-up // KlinikPsikofarmakolojiBülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2010. Vol. 20. №. 1. P. 14–22.
6. George O., Koob G. F. Individual differences in the neuropsychopathology of addiction // Dialogues in clinical neuroscience. 2017. Vol. 19. №. 3. P. 217.
7. Kavanagh D. J., May J., Andrade J. Tests of the elaborated intrusion theory of craving and desire: Features of alcohol craving during treatment for an alcohol disorder // British Journal of Clinical Psychology. 2009. Vol. 48. №. 3. P. 241–254.
8. Kavanagh D. J., Andrade J., May J. Imaginary relish and exquisite torture: the elaborated intrusion theory of desire // Psychological review. 2005. Vol. 112. №. 2. P. 446.
9. May J. et al. Less food for thought. Impact of attentional instructions on intrusive thoughts about snack foods // Appetite. 2010. T. 55. №. 2. P. 279–287.
10. McCusker C. G. Cognitive biases and addiction: an evolution in theory and method // Addiction. 2001. Vol. 96. №. 1. P. 47–56.
11. McLellan A. T. et al. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation // Jama. 2000. Vol. 284. №. 13. P. 1689–1695.

-
12. Muran J. C. A reformulation of the ABC model in cognitive psychotherapies: Implications for assessment and treatment // *Clinical psychology review*. 1991. Vol. 11. P. 399–418.
 13. Paivio A. *Mental representations: A dual coding approach* / Oxford University Press, 1990.
 14. Sinha R. The clinical neurobiology of drug craving // *Current opinion in neurobiology*. 2013. Vol. 23. №. 4. P. 649–654.
 15. Thomas N. (2014). Mental imagery. *The Stanford encyclopedia of philosophy*. [Электронный ресурс]. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2021/entries/mental-imagery/> (Accessed: 01.12.2021).
 16. Volkow N. D., Koob G. F., McLellan A. T. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction // *New England Journal of Medicine*. 2016. Vol. 374. №. 4. P. 363–371.
 17. Wright F. D. et al. *Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale* // NIDA research monograph. 1993. Vol. 137. P. 123–123.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОГО КОУЧИНГА

Наталья Викторовна Антонова

доцент, кандидат психологических наук;

Национальный исследовательский университет

«Высшая школа экономики»

Аннотация. В статье анализируется проблема оценки эффективности когнитивно-поведенческого коучинга. Рассматриваются исследования, проведенные в рамках нового научного направления Coaching Psychology (психология коучинга). Выделяются два основных подхода к оценке эффективности коучинга: оценка «по процессу» и «по результату». Приводится модель формирующей оценки коучинга в организации. Делается вывод о наличии проработанной доказательной базы эффективности когнитивно-поведенческого коучинга, но при этом необходимости дальнейших исследований на российской выборке и преодолении существующих ограничений.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческий коучинг, оценка эффективности коучинга, методы оценки эффективности, модель оценки эффективности коучинга.

В настоящее время активно развивается коучинг как вид помогающей деятельности. Обращение к коучингу связано с несколькими факторами современной жизни: 1) возрастающая неопределенность осложняет принятие решений; 2) развитие потребностей современного человека приводит к тому, что люди все чаще стремятся к самоактуализации и поиску своего места в жизни, своего призвания; 3) появилась потребность в помощи, связанной не столько с решением проблем, сколько с построением дизайна своей жизни и развития своего потенциала. При этом практика коучинга остается довольно разрозненной и опирающейся в большей степени на интуицию и мастерство самого коуча, чем на научно обоснованную методологию.

В последние годы, однако, активно развивается также новое направление в психологии — Coaching Psychology (психология коучинга), целью которого является развитие коучинга как научно обоснованной (evidence-based) практики.

Coaching Psychology (психология коучинга) как прикладная область психологии сформировалась в 2002 году, когда С. Пальмер, сотрудничавший в этой области с Э. Грантом, выступил на ежегодной конференции Британской психологической Ассоциации с идеей

создания специальной группы (Special interest Group) психологии коучинга (Coaching Psychology) в рамках подразделения консультативной психологии (Division of Counseling Psychology, DCoP). Аналогичная группа Coaching Psychology Interest Group была создана в рамках Австралийского психологического общества. Затем был основан Форум психологии коучинга (Coaching Psychology Forum), который проводил конференции и воркшопы по психологии коучинга. В 2004 году был основан первый специализированный научный журнал по психологии коучинга *The Coaching Psychologist*. Специальные выпуски по психологии коучинга стали появляться и в других журналах: *Occupational Psychology, Selection & Development Review* и т. д. В 2004 году также был создан журнал *International Coaching Psychology Review*.

Грант и Пальмер описали психологию коучинга как научную область, направленную на повышение психологического благополучия и результативности в сфере личной жизни и работы (Grant, Palmer, 2002). Психология коучинга опирается на модели коучинга, технологии обучения взрослых или психологические подходы. Таким образом, психология коучинга объединяет различные подходы к коучингу как помогающей практике на основе теории психологии и педагогики (андрагогики). Стефен Пальмер дал следующее определение психологии коучинга: «Психология коучинга — отрасль академической и прикладной психологии, которая фокусируется на повышении производительности, стимуляции развития и благополучия людей» (Palmer, 2002). Объект психологии коучинга — коучинг как помогающая практика для поддержки и фасилитации развития и роста клинически здоровых людей. Предмет психологии коучинга — психологические механизмы эффективности коучинга.

В рамках психологии коучинга стали активно проводиться исследования, направленные на оценку его эффективности в целом, а также отдельных технологий. Основным подходом, показавшим высокую эффективность, оказался когнитивно-поведенческий коучинг (КПК).

КПК является интегративным подходом, сочетающим в себе использование когнитивных, поведенческих, имагинативных и ориентированных на решение техник и стратегий в рамках когнитивно-поведенческого подхода для того, чтобы клиенты могли достичь своих реалистичных целей (Palmer, Szymanska, 2007). Этот подход также опирается на методы когнитивно-поведенческой терапии и внедряет их в структуру коуч-сессий. Постулатом когнитивно-

поведенческого подхода является идея о том, что реакция на события определяется их интерпретацией, а не самими событиями (Karas & Spada, 2009). Изучая и переоценивая некоторые из менее конструктивных и адаптивных мыслей и установок, можно выработать и протестировать альтернативные точки зрения и модели поведения, которые могут быть более эффективными при решении проблем и достижении целей (Neenan & Palmer, 2013). Когнитивно-поведенческий коучинг ограничен по времени и направлен на достижение цели.

Основное отличие КПК от когнитивно-поведенческой терапии заключается в том, что в центре внимания находятся неклинические проблемы и задачи, акцент делается на улучшении благополучия (а не на уменьшении плохого самочувствия); КПК, как и любой другой подход в коучинге, сфокусирован на достижении цели, а не на работе с проблемой (Karas & Spada, 2009). Ориентация на проблему и цель описана довольно подробно в новой концепции режимов помогающих специалистов. Режим коррекции дисфункции ассоциируется с психотерапевтической модальностью, где специалист сфокусирован на дисфункциональных убеждениях и мыслях, стремится к реструктуризации глубинных убеждений и полной концептуализации кейса клиента. В режиме, ориентированном на позитивные изменения, работа сфокусирована на позитивных будущих изменениях и развитии, в фокусе внимания находится адаптивный опыт, мысли и убеждения, которые подкрепляются в ходе взаимодействий с клиентом; проводится минимально необходимая концептуализация (Ковпак, Ёжиков, 2021). Работа в КПК происходит преимущественно во втором режиме.

Исследования показывают, что подход КПК может быть эффективным при работе с жизненными целями клиентов, а также с целями, связанными с организациями (Grant et al., 2010; Karas & Spada, 2009; Ratiu et al., 2016). Также КПК эффективен для работы с различными целями, касающимися здоровья и личностного развития клиентов (Carvalho et al., 2018). Программы когнитивно-поведенческого лайф-коучинга улучшают показатели общего психического здоровья, качества жизни, достижения цели. При этом было изучено влияние когнитивно-поведенческого лайф-коучинга на показатели метапознания: уровень саморефлексии клиента снижается, что может быть связано со снижением показателей «деструктивной» рефлексии и сосредоточении именно на шагах по направлению к цели, а уровень показателей инсайта при движении к цели повышается (Grant, 2003). В сфере бизнес-коучинга было выявлено, что ориентированный на решение когнитивно-

поведенческий коучинг может повысить производительность и эффективность работы сотрудников организации, снизить стресс и способствовать повышению психологической устойчивости на рабочем месте. Таким образом, КПК может быть результативен для повышения работоспособности и благополучия, а также служить профилактикой снижения вероятности усталости и выгорания, связанных со стрессом (Grant, 2017). Рассмотрим подробнее некоторые исследования эффективности КПК.

Дж. Грин и коллеги (Green et al., 2006) оценили влияние 10-недельной групповой когнитивно-поведенческой программы лайф-коучинга на стремление к цели, благополучие и надежду. В исследовании приняли участие 56 человек без клинических диагнозов: 42 женщины и 14 мужчин. Участники были случайным образом разделены на две группы: коучинговую и контрольную группу из списка ожидания. Программа коучинга была основана на ориентированной на решение когнитивно-поведенческой модели «Тренируй себя» («Coach Yourself») с использованием методов самокоучинга (Green & Grant, 2002). Благополучие, достижение цели и надежда были измерены до и после завершения коучинговой программы в обеих группах, еще три измерения для коучинговой группы было произведено в течение 30 недель после окончания коучинговых сессий для проверки долгосрочного эффекта. Результаты показали, что прохождение коучинговой программы привело к значительному повышению показателей ценности стремления к цели, субъективного благополучия, психологического благополучия и надежды. Причем более высокий уровень этих баллов, по сравнению с измерением, проведенным до участия в программе, оставался на том же уровне в течение 30-недельного периода после завершения коучинга.

Значительным вкладом этого исследования в изучение эффективности КПК стал рандомизированный контролируемый дизайн, а также рассмотрение долгосрочного эффекта программы коучинга. Кроме того, исследование содержало ссылку на руководство, используемое для реализации программы коучинга. Тем не менее исключение 10 участников из коучинговой группы можно рассматривать как существенный недостаток исследования, что привело к значительной диспропорции в количестве участников между двумя группами.

Использование когнитивно-поведенческого подхода в сфере лайф-коучинга также рассматривалось в исследовании Караса и Спада (Karas & Spada, 2009). Авторы создали программу коучинга с использованием когнитивно-поведенческих методов для преодоления прокрастинации

и проверили ее эффективность. В исследовании участвовало семь человек, и использовался план прямой А-В репликации: после того как один участник получил вмешательство и эффект, программа была воспроизведена и протестирована на следующем участнике. Измерения общей прокрастинации и откладывания принятия решений проводились до и после прохождения программы коучинга, а также во время последующих оценок через три и шесть месяцев после ее завершения. Результаты показали заметное снижение баллов для обоих типов прокрастинации, которые сохранялись в течение периода наблюдения по завершении программы.

В работе было представлено обоснование для всех областей вмешательства, выбранных для создания протокола коучинга, что было ключевым преимуществом наравне с тем фактом, что исследователи представили подробный план программы и произвели достаточный контроль побочных переменных. Возможным недостатком было отсутствие контрольной группы и небольшое количество участников.

Грант и коллеги (Grant et al., 2009) оценивали эффективность программы коучинга для руководителей и старших менеджеров в секторе медсестер крупного австралийского агентства общественного здравоохранения. Программа коучинга включала один общий семинар по развитию лидерских качеств и четыре индивидуальных занятия с участниками. Авторы использовали рандомизированный контролируемый дизайн с листом ожидания и двумя группами. Были сделаны два среза измерения для каждой группы с интервалом в 10 недель, использовались как количественные, так и качественные методы измерения (шкалы и интервью). Результаты показали повышение психологической устойчивости и благополучия на рабочем месте в результате проведения данной программы. Влияние программы на показатели депрессии, стресса и тревоги не было значимым, так как по каждой из переменных для одной из групп показатели значительно улучшились, а для другой существенных результатов обнаружено не было. Вероятно, имели значение побочные переменные, которые не были проконтролированы. Преимуществом данного исследования является наличие качественного дизайна с контрольной группой и наличие нескольких измерений в ходе исследования. Кроме того, исследователи представили часть протокола, используемого для сессий. Среди возможных ограничений стоит отметить ограниченность выборки (выборка состояла в основном из женщин), небольшое количество коучинговых сессий и недостаточный контроль побочных переменных.

Ратио и коллеги (Ratiu et al., 2016) изучали эффективность когнитивно-поведенческого коучинга в управлении: исследователи оценивали влияние программы когнитивно-поведенческого коучинга на менеджеров среднего звена в компании, производящей электронное оборудование в Румынии. Программа основывалась на подходе КПК и была направлена, с одной стороны, на развитие лидерских навыков, навыков уверенного общения, умения мотивировать подчиненных и, с другой стороны, на развитие стратегий управления стрессом и эмоциональной регуляции. Результаты показали наличие статистически значимого увеличения переменной «индивидуального внимания» (имелось в виду такое поведение, когда менеджеры проявляют интерес к потребностям развития каждого из подчиненных). Также наблюдалось значимое повышение способности использовать условное вознаграждение во взаимодействии с подчиненными и самооценки эффективности руководства. Переменная «способность руководителей вдохновлять и мотивировать своих подчиненных» значимо не изменилась. Достоинствами данного исследования являются создание хорошо разработанной программы, направленной как на индивидуальные потребности клиентов, так и на потребности организации, использование психометрических инструментов для измерений, а также специфика выборки руководителей. Среди ограничений следует отметить отсутствие контрольной группы и уход нескольких участников, а также отсутствие публикации протокола или его части для коучинговых сессий.

Коучи, как правило, работают с клиентами без клинических диагнозов. Однако эффективность КПК как дополнительного инструмента была изучена и в области клинической практики. Так, Ониечи и коллеги (Onyechi et al., 2016) исследовали влияние программы когнитивно-поведенческого коучинга на симптомы депрессии в выборке стационарных пациентов с диабетом 2-го типа в мегаполисе Онитша штата Анамбра, Нигерия. Исследование проводилось по схеме «претест-посттест» в рандомизированной контрольной группе. В исследовании приняли участие 80 пациентов с диабетом 2-го типа, которые были случайным образом распределены в лечебную и контрольную группы. Первичными показателями были опросник депрессии Бека (Beck's Depression Inventory-II) и контрольный список наблюдения депрессивных симптомов у пациентов с диабетом. Результаты показали, что исходный уровень депрессивных симптомов был одинаковым в контрольной и лечебной группах, участие пациентов в программе КПК значительно снизило депрессивные симптомы в группе лечения по сравнению с контрольной группой в конце

вмешательства. Влияние программы когнитивно-поведенческого коучинга на симптомы депрессии у пациентов из группы лечения сохранялось в течение шести месяцев по сравнению с контрольной группой. Таким образом, когнитивно-поведенческий коучинг может применяться также для облегчения клинических симптомов.

В последнее время в связи со сложившейся эпидемиологической обстановкой в мире актуально проведение исследований в области КПК с помощью дистанционных технологий. Лунгу и коллеги исследовали эффективность когнитивно-поведенческого коучинга, осуществляемого с помощью видеосвязи или телефона. Были изучены ретроспективные данные 289 респондентов, которые обращались за поддержкой в области эмоционального здоровья через пособие для психического здоровья, предлагаемое работодателем. Изменения воспринимаемого стресса и благополучия в ходе программы измерялись с помощью шкалы воспринимаемого стресса (PSS) и шкалы психического благополучия Уорвика — Эдинбурга (WEMWBS) соответственно. Также оценивались уровни достоверных изменений и удовлетворенности программой коучинга. Примерно 61,9 % ($n = 289$) участников продемонстрировали достоверное улучшение по любому из показателей (Lungu et al., 2021). Таким образом, КПК может быть эффективен при дистанционной работе со снижением уровня субъективного стресса и повышением уровня субъективного благополучия.

Приведенные исследования использовали дизайн формирующего эксперимента, когда КПК применялся как инструмент изменения выбранных исследователями переменных (стресс, благополучие и т. п.). Предполагается, что эффективность коучинга заключается в получении результата — изменении этих переменных. Возможен также и другой дизайн — «по процессу», когда оценивается не разница между тем, что было, и тем, что стало, а сам процесс коучинга в процессе его проведения. Лоуренс и Уайт (Lowrence and Whyte, 2013) разработали модель оценки организационного коучинга, которую назвали «Модель часовой башни для оценки коучинга первых лиц организации» (Clocktower Model of executive coaching evaluation). В данной модели выделяются шесть уровней (или этапов) оценки эффективности коучинга в организации: 1) выверка целей коучинга; 2) оценка мотивации коуча и его вовлеченности, планирование коучем интервенций на основе этой оценки; 3) методология коучинга и ее адекватность целям коуча; 4) поведение коуча; на этом уровне используются объективные методы оценки (различные шкалы, наблюдение, метод 360); 5) результаты компании — здесь оцениваются объективные показатели компании и их

изменение после проведения коучинга; б) ROI — финансовая эффективность коучинга в компании, которая подсчитывается по определенным формулам. Таким образом, в данной модели применяются как качественные, так и количественные методы оценки, а также оценивание «по результату» и «по процессу» (формирующее оценивание). Наличие четких критериев эффективности и обоснованных показателей вызывает доверие у заказчиков организационного коучинга.

Таким образом, КПК имеет достаточную доказательную базу эффективности, однако большинство проведенных исследований имеют те или иные ограничения. В целом исследования эффективности коучинга затрудняются из-за сложности подбора релевантной выборки, необходимости проведения большого количества сессий с каждым участником, контроля побочных переменных, сложностью сохранения единообразия проведения сессий разными коучами. Все исследования проводились на зарубежных выборках, в России подобных исследований не было.

Для формирования коучинга как научно обоснованной практики важно проводить исследования его эффективности на российской выборке, с тщательно продуманным дизайном и контролем побочных переменных. Для этого необходимо разработать методологию КПК, протоколы, необходимые для воспроизводимости коуч-сессий, а также методы оценки КПК для различных целей его применения.

Финансирование

Публикация подготовлена в ходе проведения исследования (№ проекта 22-00-014) в рамках Программы «Научный фонд Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ)» в 2022 г.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ковпак, Д., Ёжиков, А. Системный когнитивно-поведенческий коучинг: понятие и основы методологии. VII Международный съезд Ассоциации когнитивно поведенческой психотерапии CBTFORUM: сборник научных статей. СПб., 2021. С. 117–148.
2. Carvalho, M., Matos, M. G., & Anjos, M. H. Cognitive-behavioural coaching: applications to health and personal development contexts. *EC Psychology and Psychiatry*, 2018, 7(3), 119–129.
3. Grant A., Palmer S. Coaching Psychology. Workshop and meeting held at the Annual Conference of the Division of Counselling Psychology, British Psychological Society, Torquay, 2002. 18 May.
4. Grant A. It takes time: A stages of change perspective on the adoption of workplace coaching skills. // *Journal of Change Management*. 2010. Vol. 10. № 1. P. 61–77.

5. Grant A. ROI is a poor measure of coaching success: towards a more holistic approach using a well-being and engagement framework // *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*. 2012. Vol. 5. № 2. P.112.

6. Grant A. The efficacy of executive coaching in times of organisational change // *Journal of Change Management*. 2014. Vol. 14. № 2. P. 258–280.

7. Grant A., Green L., Rynsaardt J. Developmental coaching for high school teachers: executive coaching goes to school // *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 2010, Vol. 62. № 3. P. 151–168.

8. Grant, A. M. (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 31(3), 253–263.

9. Grant A.M., Curtayne L., Burton G. (2009). Executive coaching enhances goal attainment, resilience and workplace well-being: a randomised controlled study *The Journal of Positive Psychology*. 2009. Vol. 4. № 5. P. 396–407.

10. Grant, A. M. Solution-focused cognitive-behavioral coaching for sustainable high performance and circumventing stress, fatigue, and burnout. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 2017. 69 (2). P. 98.

11. Green S., Oades L.G., Grant A.M. Cognitive-behavioral, solution-focused life coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope // *The Journal of Positive Psychology*, 2006, 1(3): pp. 142–149. DOI: 10.1080/17439760600619849

12. Green, L. S., Oades, L. G., Grant, A. M., «Coach yourself» life coaching group manual. Wollongong, NSW: University of Wollongong, Illawarra Institute for MentalHealth, 2002.

13. Karas, D., & Spada, M. M. Brief cognitive-behavioural coaching for procrastination: a case series. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 2009, 2(1), 44–53.

14. Lawrence P, Whyte A. Return on investment in executive coaching: a practical model for measuring ROI in organisations // *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*. 2014. Vol. 7. № 1. P. 4–17. DOI: 10.1080/17521882.2013.811694.

15. Lungu, A., Boone, M. S., Chen, S. Y., Chen, C. E., & Walser, R. D. (2020). Effectiveness of a cognitive behavioral coaching program delivered via video in real world settings. *Telemedicine and e-Health*.

16. Neenan, M., & Palmer, S. (Eds.). *Cognitive behavioural coaching in practice: An evidence based approach*. Routledge, 2013.

17. Onyechi, K. C. N., Eseadi, C., Okere, A. U., Onuigbo, L. N., Umoke, P. C., Anyaegbunam, N. J., ... & Ugorji, N. J. Effects of cognitive behavioral coaching on depressive symptoms in a sample of type 2 diabetic inpatients in Nigeria. *Medicine*, 2016, 95(31).

18. Palmer, S., & Szymanska, K. Cognitive behavioural coaching. *Handbook of coaching psychology*, 2007, 86–117.

19. Ratiu L., David O.A., Baban A. Developing Managerial Skills Through Coaching: Efficacy of a Cognitive-Behavioral Coaching Program/ *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2016, 34(4). P. 244–266. DOI: 10.1007/s10942-016-0256-9.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ КОУЧИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ СВОИХ ЦЕЛЕЙ: ПОНЯТИЕ, ОСНОВЫ МЕТОДОЛОГИИ, ПРАКТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Андрей Сергеевич Василевский
психолог-консультант, коуч

Ксения Сергеевна Попова
бизнес-психолог, коуч, тренер-методолог

Аннотация. В статье предлагается рассмотреть коучинг как процесс сопровождения человека в определении и достижении своих целей с использованием знаний о мышлении и поведении, что дает достаточно ясное представление о сути коучингового процесса как для коуча, так и для клиента. Гармоничное сочетание трех составляющих этого процесса (эвристической, фасилитационной и психологической, реализуемых в формате направляемого открытия) и формирует тот уникальный синергетический эффект коучинга. Когнитивно-поведенческий подход рассматривается в качестве психологической составляющей и включает системное использование трех компонентов: концептуализации кейса клиента (когнитивной карты), когнитивной модели и когнитивно-поведенческих техник. В рамках практической модели когнитивно-поведенческого коучинга рассмотрен авторский вариант табличного представления концептуализации кейса.

Ключевые слова: коучинг, когнитивно-поведенческий коучинг, концептуализация кейса, методология, практическая модель, когнитивная карта, когнитивные уровни и поля, личностный смысл, ценности, значимая цель, когнитивная модель, эвристика.

Понятие цели и ее значимость в жизнедеятельности человека

Отношение к цели, как и ее понимание, в психологии были и остаются неоднозначными. Начнем с физиологических теорий, в которых накоплен богатый экспериментальный материал, позволяющий глубже осмыслить и понять нейрофизиологические основания цели и целенаправленного поведения. Здесь следует отметить доклад «Рефлекс цели», сделанный И. П. Павловым еще в 1916 году [1], теорию функциональных систем П. К. Анохина [2], физиологию активности Н. А. Бернштейна [3].

По И. П. Павлову: «Рефлекс цели — стремление к обладанию определенным раздражающим предметом, понимая и обладание, и предмет в широком смысле слова. Вся жизнь есть осуществление одной

цели — именно, охранения самой жизни, неустанная работа того, что называется общим инстинктом жизни. Этот общий инстинкт, или рефлекс жизни состоит из массы отдельных рефлексов... Рефлекс цели имеет огромное жизненное значение, он есть основная форма жизненной энергии каждого из нас. Жизнь только того красна и сильна, кто всю жизнь стремится к постоянно достигаемой, но никогда не достижимой цели или с одинаковым пылом переходит от одной цели к другой. Вся жизнь, все ее улучшения, вся ее культура делается рефлексом цели, делается только людьми, стремящимися к той или другой поставленной ими себе в жизни цели» [1].

В бихевиоризме понятие цели как детерминанты поведения из рассмотрения долгое время исключалось [4]. Бихевиорист Б. Скиннер рассматривал поведение в терминах «стимул», «реакция», «подкрепление» [5, с. 114]. При таком представлении поведение теряет свою целенаправленность. Основы необихевиоризма, заложенные Э. Толменом в книге «Целевое поведение животных и человека» (1932), изменили отношение к цели. Он показал, что поведение — это целостный акт, характеризуемый направленностью на цель, пластичностью и селективностью [6].

В когнитивистских исследованиях цель рассматривается как важная станция на пути решения проблем и планирования действий. Человеку как активно ориентирующемуся в мире существу нужны цели, на них опирается его познавательная активность. Цели — это как бы маяки, указывающие направления действия, поэтому формулирование и переформулирование целей является ведущей когнитивной деятельностью [7].

По мнению О. К. Тихомирова, понятие «цель» становится одним из центральных понятий лишь той психологической науки, которая рассматривает сознательную деятельность человека в качестве основного объекта изучения [8].

В психологической теории деятельности А. Н. Леонтьева «цель — это представленный заранее результат, к которому стремится мое действие» [9, с. 434].

Согласно Д. А. Леонтьеву, цель выступает связующим звеном в структуре человеческой активности. Она соединяет как процессы самоопределения (выбор цели или отказ от нее, где цель выступает как зависимая переменная), так и процессы достижения («волевая» фаза, где цель выступает как переменная независимая) [10].

Согласно теории «саморегуляции направленного действия» Чарльза Карвера и Майкла Шейера, принятие целей (goal engagement) выступает

как жизненная необходимость: «Люди живут, определяя цели и перемещаясь между ними, а также определяя антицели и держась от них подальше» [11, с. 346]. Под «саморегуляцией» понимается процесс регулирования системы самой себя за счет реагирования на отклонение процесса от заданных параметров. У каждого человека могут одновременно существовать и несвязанные между собой цели, которые могут находиться в отношениях конфликта либо конкуренции; в последнем случае речь идет об их упорядочении во времени. Ч. Карвер [12] обращает специальное внимание на процессы лавирования между целями (coasting) и формулирует в качестве главной проблемы саморегуляции решение вопросов их приоритетности.

Представители направления позитивной психологии М. Чиксентмихайи и Дж. Накамура [13] отмечают, что Карвер и Шейер не задаются вопросом, откуда берутся цели. Чиксентмихайи и Накамура предлагают в качестве альтернативы другой, более, с их точки зрения, адекватный критерий — субъективные переживания. Они отмечают, что в раннем онтогенезе очевидна ориентация действий на достижение именно позитивных переживаний, а не целей. С их точки зрения, высшим критериальным параметром выступает прошлый опыт переживаний, а обратная связь касается переживаний текущих; если текущие эмоциональные переживания позитивнее прошлых, то целью становится сохранение нынешнего состояния, если они, с учетом прошлого опыта, оцениваются как неудовлетворительные, то целью становится изменение. В своей работе М. Чиксентмихайи и Д. Накамура отмечают: «Действие ведет к переживанию, которое ведет к аффекту, который ведет к целям... Когда мы начинаем осознавать цели и их иерархические отношения между собой, у нас начинает формироваться личность... Личность есть сумма целей, которые строит субъект (на основе обратных связей от переживаний и аффектов)» [Там же].

Способность к осознанной постановке целей — особенность человека. Однако накапливаются данные о том, что цели неодинаковы по своим последствиям для мотивации и деятельности. В частности, в многочисленных исследованиях К. Шелдона, Т. Кассера, Р. Райана и коллег было показано, что цели, имеющие внутренний характер (отражающие интерес к самой деятельности, а не ее внешним результатам), являются более сильными мотиваторами и приводят к более высоким уровням психологического благополучия, по сравнению с внешними целями (направленными на результаты деятельности, которая сама по себе не увлекает). В последние годы Шелдон ввел

понятие согласия (конкордантности) целей с личностью, описывающее степень, в которой цель интегрирована в общую структуру личности. Ряд исследований показал психологические преимущества личностно-конкордантных целей по сравнению с неконкордантными. Феноменология конкордантности целей пересекается с феноменами, описанными в связи с понятием аутентичности, увлеченности и личностного смысла в различных исследовательских традициях [10].

В статье А. Бека и Э. Хэйг «Достижения в области когнитивной теории и терапии: генеративная когнитивная модель» описываются два режима, один из которых в форме позитивного или негативного саморазвития имеет прямое отношение к целям: «До этого момента мы использовали концепцию реагирования на стимулы для объяснения дезадаптивного, а также адаптивного поведения. Однако люди не только движимы событиями, но и выполняют основную роль в создании событий для самих себя (Эпиктет). Значительная часть человеческой деятельности обусловлена самостоятельно поставленными целями и добровольно взятыми на себя обязательствами. Теория режимов имеет отношение к системе когнитивных, аффективных, мотивационных и поведенческих паттернов и может быть использована для объяснения достижения жизненных целей и управления другими вызовами жизни или проблемами. Режимы представляют собой консолидированные убеждения, правила и ожидания, заложенные в схему, а также сложные концепции, такие как самооценка. Вместе эти компоненты функционируют как единая система» [14].

Как видим, понятие «цель» в психологической науке трактуется по-разному. Цель — это:

- осознанный образ будущих результатов [5, 16];
- идеальный или реальный предмет сознательного или бессознательного стремления субъекта;
- представление о желаемом будущем состоянии [4];
- специализированные планы, в которых преследуется определенный исход [17];
- главный критерий должного [18];
- закодированное в мозге отображение или модель потребного будущего [3];
- опережающее отражение [2].

Опираясь на психологический аспект этого понятия, мы предлагаем следующее определение цели, которое далее будем использовать в данной статье:

Цель — это осознанный конкретизированный образ желаемого результата (в виде предмета, состояния или процесса), обусловленный возможностями, ценностями и личностным смыслом человека.

Формирование этого образа происходит в процессе самоопределения и целеопределения: прояснения потребностей, ценностей, установок, смыслов, преодоления трудностей, связанных с ситуацией неопределенности и выбором из нескольких вариантов. Это также процесс отделения «своих» целей от «чужих». Еще большая конкретизация этого образа происходит в процессе сверки цели с предполагаемым процессом ее достижения как совокупности волевого компонента [18], действий и ресурсов, необходимых для реализации желаемого результата.

Очевидно, что изучение понятия «цель», а также процессов определения и достижения целей, имеет очень большое значение для психологической науки и служит основой для таких помогающих практик, как коучинг. Постановка экологических, лично значимых, аутентичных целей, а также их успешное достижение видятся важным аспектом психического здоровья людей и одним из способов профилактики психических расстройств.

Наличие целей и целенаправленная деятельность важны для физического и психического здоровья человека, так как могут служить фактором приобретения уверенности и спокойствия, предвкушения результатов и радости от достижения цели. С другой стороны, постановка избыточно амбициозных и неаутентичных целей, следование сверхценностям, демонстративный процесс достижения целей могут привести к игнорированию своих естественных потребностей, нарушению жизненного баланса и угрозе для психического и физического здоровья. Именно поэтому для коучинга крайне важной задачей является не просто ориентация на достижение целей, а прежде всего на определение своих целей, то есть целей, которые находятся в соответствии с ценностями, личностным смыслом, потребностями, а также являются экологичными в более широком понимании ситуации.

Место коучинга среди других видов профессиональной деятельности, способствующих определению и достижению целей

Приведем некоторые виды профессиональной деятельности, которые способствуют определению и достижению людьми своих целей:

- тренинг;
- фасилитация;
- наставничество/менторство;

- консультирование;
- психотерапия.

У коучинга большое количество самых разнообразных определений и способов разделения с перечисленными выше видами деятельности. Наиболее часто это разделение пытаются провести по:

- степени директивности специалиста;
- направленности внимания к прошлому или будущему;
- соотношению активности и ответственности специалиста и клиента;
- глубине психологической работы;
- проявлению экспертности со стороны специалиста и клиента;
- специфике взаимоотношений «взрослый — ребенок» или «субъект — объект/субъект — субъект»;
- состоянию клиента (благополучное и неблагоприятное).

Однако эти характеристики не позволяют определить принципиальные границы между вышеперечисленными видами профессиональной деятельности и помочь клиенту сделать правильный выбор.

Почти во всех определениях коучинга, которые мы рассмотрели, говорится о достижении целей, которые находятся скорее вне субъекта коучинга — в виде некой «внешней» цели, задачи, желаемого результата, решения, определенных поведенческих проявлений клиента по отношению к внешнему миру. Мы предполагаем, что коучинг в основном ориентирован на достижение именно «внешних» целей: конкретных и ограниченных определенным контекстом и ситуацией. Именно в этом мы видим ключевое отличие коучинга от психологического консультирования и психотерапии, основной целью которых является изменение психического состояния или устранение психического расстройства в его когнитивных, эмоциональных, поведенческих, физиологических аспектах, которые значимы в широком спектре ситуаций, а также имеют пролонгированный эффект. Если основной задачей коучинга становится изменение состояния человека или решение какой-то психологической сложности, то происходит подмена понятий и неизбежно появляется соблазн перехода в психологическое консультирование и терапию, потому что инструментарий и формат взаимодействия с клиентом в этих видах профессиональной деятельности более эффективен для решения таких задач. Следуя этой логике, нет смысла делить клиентов на «коучинговых» и «терапевтических». Клиент может сформулировать свою цель так, что фокусом внимания станет психическое расстройство, дисфункция,

состояние, а может сформулировать так, что главным будет поиск внешних ресурсов и ситуативное решение задач для достижения «внешних» целей, при этом работа с сопутствующими психологическими сложностями останется на втором плане. По сути, этот выбор делает сам клиент, но специалист может объяснить разницу в формулировках и пояснить, какое значение этот выбор оказывает на формат работы, использование методов и техник, а также на тактику и стратегию работы. При этом в коучинге могут применяться приемы и техники из терапии, а в терапии — коучинговые инструменты. Не вид деятельности определяет их использование, а степень их уместности и эффективности для решения той или иной задачи в каждый момент сессии, наличие согласия и готовности клиента, а также степень владения ими специалистом.

При сравнении коучинга с такими видами профессиональной деятельности, как тренинг, фасилитация, консультирование, наставничество/менторство, принципиальное различие можно увидеть в аспекте аутентичности цели и/или в степени внимания к мышлению и поведению клиента. Первое различие заключается в том, что для коучинга очень важен принцип работы только со значимыми и аутентичными целями клиента, в то время как для вышеперечисленных видов деятельности аутентичность цели хоть и важна, но не является абсолютным условием [19]. Второе различие состоит в том, что коучинг предполагает значительное внимание на сессии к особенностям мышления и поведения клиента, что для других видов деятельности может быть весьма полезным, но не обязательным элементом. Третье различие в том, что вышеперечисленные виды деятельности предполагают экспертную роль специалиста в области задач клиента, а значит, на специалисте лежит значительная доля ответственности за выбор направления и результат работы, что выражается в его ведущей позиции по отношению к клиенту, тогда как в коучинге основная ответственность за выбор направления и результат лежит на клиенте.

Можно перечислить многие другие отличительные аспекты коучинга, а также подчеркивать сопутствующие позитивные изменения в клиенте, но мы выделили самые принципиальные и, исходя из этого, предлагаем следующее определение:

Коучинг — это вид профессиональной деятельности по сопровождению человека в определении и достижении своих целей с использованием знаний о мышлении и поведении.

Если говорить о когнитивно-поведенческом коучинге, то из трех аспектов когнитивной модели (ситуация, когниции, реакции) именно

на исследовании и изменении ситуации концентрируется работа коуча и клиента. Поиск решений, ресурсов, возможностей ведется в ситуативном разрезе с помощью эвристических и фасилитационных приемов, но параллельно коуч отмечает и отражает когнитивные и поведенческие особенности клиента, следуя за его описанием ситуации и размышлениями. Осознание и учет этих особенностей клиентом позволяют ему не только более качественно и целостно понять ситуацию, но и сформировать когнитивные и поведенческие альтернативы, которые созвучны его целям, ценностям и личностному смыслу.

Процесс исследования как основа когнитивно-поведенческого коучинга

Информация и представления о себе, о людях, об окружающем мире, о прошлом, настоящем и будущем, а также о каждой конкретной ситуации у любого человека в значительной степени ограничены и искажены [20]. Это связано со множеством факторов, как объективных (нестабильность, неопределенность, сложность, неоднозначность мира), так и субъективных (биологических, психологических, социальных). Дефицит информации и ее искажения приводят к ошибкам в оценке ситуации, затрудняют поиск и определение своих целей, задач и вариантов действий. Мы используем известное выражение А. Коржибски: «Карта не есть территория. Модель мира — не сам мир, но хорошая карта структурно подобна территории, и в этом ее польза» [21]. Если использовать метафору карты и территории, то карта — это субъективная информация человека о себе и об окружающей среде, а территория — объективная реальность, в которой человек живет. Субъективность восприятия и интерпретации информации может в значительной степени нивелироваться при наличии хороших метакогнитивных способностей (мы их называем «топографическими»), которые позволяют всесторонне исследовать ситуацию и нанести достаточно точные знаки для ориентирования на конкретной территории: локализовать точку отправления, точку назначения и проложить удобный путь между ними. Однако уровень развития этих способностей может быть недостаточным для успеха в тех или иных ситуациях.

Следует отметить, что важной чертой когнитивного подхода в терапии и консультировании являются его диагностические возможности. Нам видится, что именно эта составляющая, которую в когнитивно-поведенческом коучинге лучше называть исследовательской, и придает ему высокую эффективность.

Известно, что для эффективного решения любых проблем необходимо сначала определить проблемное пространство [22].

Проблемное пространство — это не только внешние обстоятельства окружающей среды, но также и внутренней среды человека — отношения, ценности, убеждения, смыслы, а также физиологические особенности организма. С другой стороны от проблемного поля находится поле решений. Оно содержит предположения о желаемом развитии ситуации, альтернативы, ресурсы, возможности, знания, позволяющие сначала преобразовать проблему в задачу, а затем решить ее. Если имеющейся информации о проблемном поле или о поле решения недостаточно или она искажена, то решения оказываются неадекватными и ошибочными. Мышление, которое дает нам информацию о проблемном поле, может принципиально отличаться от мышления, которое создает поле решений. Именно поэтому для поиска решения желательно использовать способ мышления, отличный от того, который создал проблемное поле. Новый способ мышления, как правило, характеризуется более широкой перспективой и отстраненностью от проблемного поля.

В своей основе коучинговый процесс можно представить как совместное широкое и детальное исследование всех полей когнитивной карты клиента с тем, чтобы уточнить ее, заметить то, что было недоступно вниманию из-за искажений восприятия и стереотипов мышления. Коуч как эксперт в области мышления представляет клиенту свой ресурс «топографических», то есть психологических знаний и умений. Вопросы коуча направлены не на прояснение клиентской карты и территории для себя, а на прояснение той информации, которая может стать источником новой информации или новой интерпретации для клиента (направляемое открытие и осознание).

При этом можно выделить следующие исследовательские задачи коуча:

Задача 1: способствовать более широкому исследованию клиентом ситуации. Только клиент принимает решение о широте исследования и о его результатах, но коуч помогает расширять поле этого исследования и замечать конфликты и противоречия.

Задача 2: замечать и отражать клиенту когнитивные аспекты, маркеры которых коуч слышит у клиента: несоответствия, слепые зоны, систематические искажения, стереотипное мышление, аспекты когнитивной модели и т. п. Здесь есть большое поле для повышения экспертизы коуча — изучение типов когнитивных искажений, распространенных паттернов и привычек мышления и поведения, эвристических суждений по Дэниелу Канеману и Амосу Тверски,

влияния специфических социокультурных аспектов. Однако важно заметить, что коуч скорее отражает, а не настойчиво фокусирует внимание клиента на этих моментах или предлагает свою интерпретацию. Фокусировка на когнитивных аспектах по инициативе коуча оправдана только по согласованию с клиентом и только тогда, когда они многократно повторяются и являются наиболее вероятной причиной отсутствия прогресса на сессиях.

Три составляющих когнитивно-поведенческого коучинга: эвристическая, фасилитационная, психологическая

Эвристическая составляющая. Во многом исследование «карты и территории» сопровождается применением эвристических техник, так как несоответствия, неточности и слепые зоны человек обнаруживает часто вопреки своей логике, привычному стилю мышления без директивных внешних подсказок, а значит — в результате открытия. Эвристика как метод решения сложных задач и проблем позволяет найти решения и стратегии действий в ситуациях, когда исходных данных недостаточно для выработки единственного правильного решения, но не гарантирует правильности этих решений и действий. Это объясняет, почему клиент с одним и тем же запросом, но с разными коучами может прийти к очень разным результатам. Эвристику можно также рассматривать в виде направляемого открытия или способа обучения.

В Древней Греции под эвристикой понимали систему обучения, практиковавшуюся Сократом, когда учитель приводит ученика к самостоятельному решению какой-либо задачи, задавая ему наводящие вопросы. Путем особых вопросов и рассуждений Сократ помогал собеседнику самостоятельно приходить к постановке и решению проблемы, в результате истина открывалась не только ученику, но и учителю [23]. В умении вести подобную беседу, притом что коуч не знает истины или правильного решения, заключается искусство коуча как соучастника процесса исследования, который способствует самостоятельности, широте поиска и активности клиента. Именно в эвристическом понимании коучинга видится принципиальная разница между коучингом и консультированием (экспертным, психологическим). При консультировании эксперт исследует ситуацию в значительной степени для своего понимания, в коучинге — в основном для понимания клиента, что определяет эвристическую сложность вопросов (сильные или продвигающие вопросы в коучинге). Важно, чтобы, отвечая на такие

вопросы, клиент не проговаривал хорошо известную ему информацию, а узнавал что-то новое о ситуации и о себе.

Сложность эвристического подхода заключается в том, что нет какого-либо единого алгоритма или принципа для гарантированного результата, а есть только общие правила создания условий для активизации эвристического мышления человека и набор направлений исследования/техник, которые можно сгруппировать следующим образом:

1. Создание расширяющего, разностороннего, диссоциированного, дистанцированного взгляда на ситуацию:

— мыслительные усилия в сторону расширения или конкретизации: модель SMART; а что/как/какие еще; как можно еще это сформулировать; как сформулировать короче; почему важно; почему сейчас; как поймешь/почувствуешь достижение цели; в твоей ли это зоне контроля; какие приоритеты; от чего зависит;

— метапозиция и перспектива: ролевая, функциональная, временная, ситуативная, информационная;

— структурно-семантический анализ: прояснение слов, фраз; обращение внимания на языковой стиль и структуру речи;

— логический анализ и синтез: SWAT-анализ, декартовы координаты, диспуты (логический, реалистический, прагматический);

— поиск баланса и мышление в континууме: колесо баланса, взвешивание факторов, шкалирование;

— рассмотрение биопсихосоциальных аспектов;

— обращение к опыту.

Следует отметить, что даже без применения каких-либо техник сам процесс беспрепятственного безоценочного, но при этом сфокусированного и напряженного мышления клиента в течение сессии, перевода внутренней речи клиента во внешнюю в присутствии другого человека является минимальным и иногда достаточным условием для успеха эвристических усилий клиента. Это объясняет удивительный факт, что любая коуч-сессия вне зависимости от проявленного профессионализма коуча и примененных техник, как правило, приносит тот или иной значимый результат для заинтересованного и активного клиента при соблюдении общих условий хорошей коммуникации, а именно: этичности, неманипулятивности, хорошего владения языком, на котором говорит клиент, его понятийным аппаратом, учет социокультурного аспекта, уровня абстракции и метафоричности. То, что сейчас называют «коучинговым стилем» менеджмента и коммуникации, часто относится к общим навыкам коммуникации, которые имеют большое значение не только в коучинге.

2. Создание условий для перехода клиента в состояние позитивного мышления, интереса, уверенности, творчества, вызова и потока (режим саморазвития). Человек способен как ограничить себя и свои возможности, так и найти ресурсы, открыть возможности в себе и окружающей среде. Важным условием активного творческого мышления человека является приобретение уверенности в своих возможностях, своих ресурсах, в ресурсах окружающей среды, принятие себя, сложившихся обстоятельств, своего выбора, вера в дружелюбность людей и мира. Коуч на протяжении сессии создает для клиента атмосферу принятия, доверия, оптимизма, веры в свои силы, в ресурсность мышления, в возможности, которые стоит увидеть и активно использовать. Коуч, как правило, искренне разделяет и сам пользуется этим настроением (часто для его характеристики используют принципы, известные как принципы Милтона Эриксона), который становится ресурсом для клиента. Создание таких условий не должно быть манипулятивным действием коуча ни по отношению к себе, ни по отношению к клиенту.

Главный результат исследования с применением эвристических приемов и отражением когнитивных аспектов — это формирование у клиента более полной и непротиворечивой карты реальности, ощущения понимания ситуации и более широкого диапазона выбора. Вторичная польза — это приобретение клиентом метакогнитивных навыков, навыков нешаблонного, более гибкого, творческого и активного мышления, а также приобретение уверенности в своих силах, в ресурсности и открытости мира.

Фасилитационная составляющая. Слово «фасилитация» в английском языке встречается преимущественно в психологическом контексте как производное от глагола *facilitate* — облегчать, помогать, способствовать.

«Фасилитация — это повышение скорости или продуктивности деятельности индивида вследствие актуализации в его сознании образа другого человека, выступающего в качестве соперника или наблюдателя за действиями данного индивида» [24].

Для поиска лучшего решения психологически нужен другой человек. При этом только исследования ситуации и поиска решения недостаточно для того, чтобы в конце сессии был получен ощутимый результат в виде сформулированных достаточно четко сложностей, цели, вариантов решений, плана действий, итога. Фасилитационная задача коуча — поддерживать динамику и структурировать сессию, следуя интересам

клиента для того, чтобы он пришел к осязаемому результату. По нашим наблюдениям, коучинговые сессии характеризуются значительно большей динамичностью по сравнению с терапевтическими сессиями именно благодаря более выраженной фасилитационной роли коуча. Без значительных фасилитационных усилий коучинговая сессия превращается в сеанс руминации клиента вслух рядом с коучем, в результате чего появляются инсайты, но значимых когнитивных и поведенческих изменений клиента после сессии часто не происходит. Как говорится, обо всем поговорили, но ни к чему не пришли. Фасилитация может заключаться в помощи клиенту более кратко и четко формулировать свои мысли, визуализировать, выделять ключевые моменты, перечислять варианты, применять ранжирование, делать выводы, подводить итоги, а также в своевременном напоминании клиенту о целенаправленности и прагматичности сессии.

Хорошо известные коучинговые модели по сути являются фасилитационными процедурами, которые можно использовать не только для коучинга, но и в целом для организации любого процесса постановки и достижения цели. Например, одна из самых распространенных моделей в коучинге — это модель GROW: Цель (Goal), Текущая реальность (Current Reality), Варианты или препятствия (Options or Obstacles), Твердое намерение (Will). Если строго следовать подобным моделям, то, скорее всего, коуч в самом начале сессии будет вынужден настойчиво предложить клиенту четко сформулировать общую цель (в идеале — по модели SMART), обозначить желаемый результат сессии, далее коуч будет вынужден ограничивать размышления клиента по времени, отмечать уход в сторону (согласно своей интерпретации или воспринимая слова клиента буквально), в конце сессии коуч поможет клиенту составить план действий и подвести итоги. Это довольно непростая работа и для коуча, и для клиента, но представляющая собой скорее фасилитационную сессию, которая помогает клиенту справиться с мыслями, осуществить строгие логические операции с имеющейся информацией, сформулировать формальную цель и быстро спланировать свои действия. К сожалению, часто такие сессии не приводят клиента к реализации действий и достижению целей по очевидным причинам: цель «чужая», план нереалистичный, внешний или внутренний конфликт никуда не делся, ресурсов недостаточно, препятствия слишком велики.

Данные модели важно знать коучу, но лучше следовать им только вслед за готовностью клиента и в том направлении, в отношении

которого клиент уже определился (этап «Подготовка», согласно транстеоретической модели Дж. Прохазки) [25]. Несмотря на то что самым важным результатом коучинговой сессии можно считать готовность клиента совершить первый шаг и последующие действия после сессии, во многих случаях сессия может свестись к осознанию чего-то, нахождению баланса, лучшему пониманию себя и ситуации.

Психологическая составляющая. Последняя по порядку, но не по важности составляющая, которая может совсем не ощущаться на сессии, но в то же время быть ключевой для определения клиентом своей цели и ее достижения. В мире сейчас активно развивается очень широкое направление «Психология коучинга» (Coaching Psychology), в котором коучинг рассматривается с позиций психологической науки, определяется психологическая основа тех или иных коучинговых методов и техник, происходит взаимовыгодный обмен теоретическими и практическими знаниями между психотерапевтическими направлениями и коучингом [26].

Мы рассмотрим коучинг в когнитивно-поведенческой парадигме, но сначала ответим на вопрос: зачем коучингу нужна психологическая составляющая? У людей, которые приходят в коучинг, достаточно часто есть в том числе и некоторые психологические сложности, которые мешают им определить свои цели и достичь их. Коуч, у которого есть психологические знания, может стать ресурсом этих знаний для клиента в той степени, в какой это будет способствовать определению и достижению клиентом своих целей. Для достижения целей важно, чтобы у клиента произошли достаточно значимые когнитивные и поведенческие изменения как на сессии, так и после нее. Наличие психологической составляющей в коучинге значительно повышает вероятность, устойчивость и глубину этих изменений.

С точки зрения когнитивно-поведенческого подхода, коуч предполагает, что у клиента могут быть конфликты на разных когнитивных уровнях (знания, убеждения, ценности, личностный смысл), поэтому для клиента большое значение имеет исследование этих уровней. Как сказал А. Эйнштейн, «невозможно решить проблему на том же уровне, на котором она возникла. Нужно стать выше этой проблемы, поднявшись на следующий уровень». Более подробно использование КПП в коучинге будет рассмотрено в следующих разделах.

Гармоничное сочетание трех составляющих в коучинге — эвристической, фасилитационной и психологической — создает синергетический эффект и формирует тот уникальный вид помогающей деятельности, который называется коучингом.

Есть еще одна составляющая в коучинге, которая несет вспомогательную функцию, — это экспертиза в области задач клиента и жизненный опыт коуча, которые при всех рисках ухода коуча из формата коучинга в консультационный формат могут повысить эффективность коуч-сессии благодаря тому, что коуч будет лучше понимать контекст ситуации клиента и его язык. Эта составляющая определяет виды коучинга: бизнес-коучинг, executive-коучинг (коучинг высших руководителей) и т. д.

**Когнитивная модель, концептуализация кейса клиента
(когнитивная карта) и когнитивно-поведенческие техники
как основа методологии и практической модели когнитивно-
поведенческого коучинга**

Реализация когнитивно-поведенческого подхода (далее КПП) в коучинге включает системное использование как минимум трех компонентов — концептуализации кейса клиента (для клиента: «когнитивная карта», далее КК), когнитивной модели (далее КМ) и когнитивно-поведенческих техник. Целесообразность использования этих компонентов задается принципами, а их грамотная реализация — компетенциями когнитивно-поведенческого коучинга (далее КПК). Важной отличительной чертой КПК от многих других направлений коучинга является прозрачность его психологической системы, методов и техник для клиента; более того, в процессе КПК коуч стремится делегировать клиенту самостоятельную работу с ними.

Почему совместное открытое использование когнитивной модели, концептуализации кейса и когнитивно-поведенческих техник помогает клиенту в определении и достижении своих целей? На материале практического мышления А. Е. Фомин описывает процесс решения проблемы следующим образом: «Когда специалист осознал проблему, он находится в положении сказочного героя, которому надо «пойти туда, не знаю, куда, и найти то, не знаю что». Вот почему при разрешении проблемы профессионалу нужно обязательно выяснить то, что ему известно, и то, что он должен найти. Тогда проблема становится задачей, в которой определено данное (известное) и искомое (неизвестное). Переход проблемы в задачу в мышлении специалиста предполагает постановку им целей своей работы. Процесс формулирования целей деятельности является неотъемлемым звеном в работе профессионала-практика. Неслучайно практическое мышление, которое регулирует такого рода деятельность, рассматривается в психологических

исследованиях как процесс создания планов, поиска схем действий, разработки целей деятельности» [27, с. 52].

Мы выделяем следующие принципы КПК, которые определяют необходимость использования КК, КМ и когнитивно-поведенческих техник:

1. Ориентация на цели: коучинговый процесс направлен на решение задач или проблем, на определение и достижение целей клиента.

2. Эмпирический подход: сверка с реальностью в процессе исследования опыта и мышления.

3. Прагматичность: выбор методов и структуры коучингового процесса, которые помогут привести к осязаемому результату наиболее быстрым и легким путем.

4. Директивность: помощь клиенту в определении цели и следовании по направлению к ней до тех пор, пока он не захочет осознанно изменить направление или цель.

5. Структурированность: наличие когнитивной карты, целеполагания, повестки сессии, плана действий.

6. Операционализация: концентрация на фактах и конкретных действиях, а не на общих рассуждениях, намерениях, метафорах, а также измеримость результата, чтобы изменения были заметны для клиента.

7. Гармоничное сочетание трех составляющих: эвристической, фасилитационной и психологической в строгом следовании за интересом, уровнем готовности и осознанности клиента.

8. Ответственность и активность клиента: необходимое условие для сохранения коучингового формата взаимодействия коуча и клиента. Коуч открывает и делегирует клиенту все механизмы коучинга в рамках дидактического элемента, преследуя стратегическую цель коучинга — приобретение клиентом коучингового стиля мышления, который будет помогать ему в решении многих последующих сложностей без коуча.

Соблюдая принцип ответственности и активности клиента, коуч в начале работы с клиентом (обычно на ознакомительной сессии и до контракта) знакомит его с КМ, принципами КПК и порядком работы на сессии с использованием КК.

Системообразующим элементом КПК является концептуализация кейса клиента (КК). Структура и принцип карты используется для того, чтобы представить коучинговый процесс не как линейный алгоритм с четко определенной последовательностью и направленностью этапов и задач, а как поле для активного и самостоятельного исследования, верификации и осознания клиентом в той очередности и полноте,

которая для него удобна и возможна. С нашей точки зрения, метафора когнитивной карты весьма уместна, так как отражает то, что реальность и мышление невероятно сложны, в них переплетаются одновременно огромное количество схем, реализуется, сменяя друг друга, масса динамических механизмов. Вот почему более эффективная стратегия для достижения «внешних» целей — это исследование карты во всей ее неограниченной широте и сложности без фокусирования на какой-то общей доминирующей схеме или значимой информации, но исходя из контекстуальной и ситуативной значимости.

В рамках практической модели КПК, предложенной авторами этой статьи, можно рассмотреть табличный вариант представления КК, как на схеме 1. Вертикально расположенные поля этой таблицы представляют когнитивные уровни, а горизонтально расположенные — процесс перехода от текущей ситуации к значимой цели в будущем.

Клиент заинтересован в том, чтобы коуч помогал ему замечать моменты, когда в его словах, эмоциях и поведении проявляются убеждения, ценности и личностный смысл. Это помогает клиенту выстроить целостную и непротиворечивую КК не только в горизонтальном разрезе (ситуация — образ желаемого будущего — цель — действия/ресурсы/препятствия), но и в вертикальном (образ желаемого будущего/цель — знания — ценности — личностный смысл). Если на этих уровнях нет согласованности и вся система не целостна, то это отрицательно влияет на уровень мотивации и уверенности клиента. Коучу не стоит акцентировать внимание клиента на каком-либо

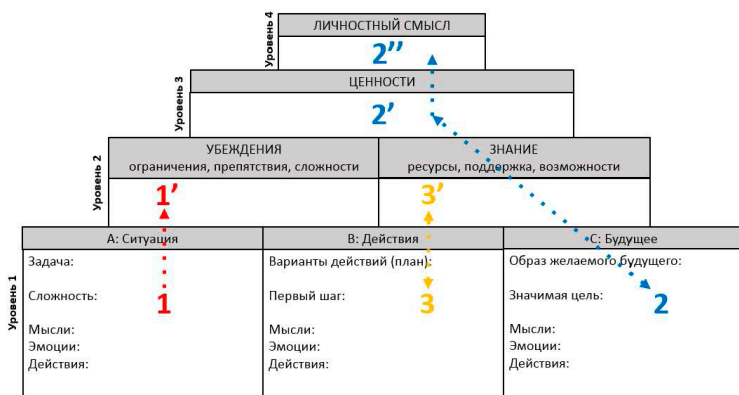


Схема 1. Когнитивная карта клиента (концептуализация кейса)

когнитивном аспекте больше, чем в этом заинтересован клиент при решении своей задачи.

Верхние уровни карты — личностный смысл и ценности. Они соотносятся, с одной стороны, с Я-концепцией и потребностями человека (уровни выше, не указанные в этой таблице), с другой — со знаниями, желаемым будущем и значимой целью (уровни ниже). Формулировки личностного смысла и ценностей очень важны для проверки аутентичности целей, приобретения мотивации и уверенности в правильности своего выбора. Перефразируя известную фразу В. Э. Франкла, можно сказать так: «Если знаешь, в чем смысл и что действительно ценно для тебя, то всегда найдешь способы, как этого добиться». Наиболее близко для понимания этой карты определение личностного смысла, данное Д. А. Леонтьевым: «Личностный смысл — это индивидуализированное отражение действительного отношения личности к тем объектам, ради которых разворачивается ее деятельность, осознаваемое как «значение для меня» [17]. Содержательно ценности очень тесно связаны с личностным смыслом. Процесс осознания и формулирования клиентом своих ценностей в коучинге имеет такое же значение, как и в терапии принятия и ответственности: «Терапевт, ведомый ценностями, работает с клиентами, пытаясь помочь им выстроить жизнь со смыслом и предназначением, вступая в связь с самым важным» [28, с. 44]. В терапии принятия и ответственности ценности — это «свободно выбранные, вербально конструируемые последствия непрерывных, динамических, эволюционирующих моделей поведения, которые в основном и подкрепляют это поведение, являясь неотъемлемой частью ценностного поведенческого паттерна» [29, с. 64].

Нижний уровень карты — ситуативный. На этом уровне происходит исследование текущей ситуации и желаемого будущего. Помимо логических и эвристических техник, здесь уместно применение когнитивной модели в виде разбора ситуаций, которые во временной перспективе направлены от настоящего (ситуация сложности) к ближайшему будущему (ситуация действия) и более отдаленному будущему (ситуация достижения цели). Коуч помогает клиенту вообразить будущие ситуации, что обычно не представляет сложности, так как у любого человека есть опыт, на который он может опереться. Таким образом, эти ситуации представлены по горизонтали в виде временных срезов, каждый из которых имеет связь с вышерасположенными когнитивными уровнями. Использование когнитивной модели в каждом из этих полей позволяет клиенту расширить исследование ситуации,

повысить осознанность, усвоить эту модель и осуществить когнитивную реструктуризацию.

Средний уровень карты (уровень 2) — это то, что либо способствует, либо мешает реализации ценностей и личностного смысла. Мы намеренно не используем такие слова-ярлыки убеждений, как дисфункциональные — функциональные, адаптивные — дезадаптивные, рациональные — иррациональные, расширяющие — ограничивающие. Маркировка подобными ярлыками, с нашей точки зрения, не отвечает целям коучинга по следующим причинам:

1. Данные слова обладают оценочностью, а значит, противоречат нейтральной безоценочной позиции коуча.

2. Данная маркировка может способствовать свехобобщению и ригидности мышления, если применяется механистически и внеситуативно. Пояснение клиенту ситуативности этой маркировки может быть слишком сложным для восприятия и понимания.

3. Сочетание слова убеждение (англ. *belief* — также *вера*) со словами рациональный/функциональный/расширяющий/адаптивный звучит абсурдно, так как убеждение/вера по своему значению уже предполагает иррациональность и ограниченность мышления, что в одних ситуациях будет помогать, а в других мешать, снижая адекватность действий и эмоций, адаптацию и скорость реакции.

Альтернативой убеждениям может быть такое понятие, как «знание», в котором учитывается контекст, вариативность и многоаспектность ситуаций, основой которых являются проверяемые факты, рациональное мышление, результаты экспериментов и которые эмоционально нейтральны. В левой части карты указываются убеждения, так как они больше соответствуют сложившейся ситуации (на основе опыта прошлого и настоящего), в правой — верифицируемые знания, которые помогут достижению цели. Знание в силу своей опоры на логику и факты способствует приобретению клиентом уверенности в правильности и успехе своих действий, но не благодаря слепой вере, а благодаря лучшему видению и пониманию ситуации. Во многом данное разграничение можно рассматривать как результат работы мышления в одной из двух систем обработки информации, которые Д. Канеман назвал Системой 1 и Системой 2 [30].

Клиенту можно предложить следующие метафоры для облегчения восприятия табличного представления когнитивной карты:

1-й уровень — путь: вы прокладываете его на своей карте из точки А (аспекты текущей ситуации) к точке С (значимая цель в желаемом

будущем) через промежуточные точки В (препятствия, ресурсы, действия).

2-й уровень — убеждения и знания: оптика, через которую вы рассматриваете территорию, то есть ситуацию (факты и интерпретация).

3-й уровень — ценности: источники света, которые освещают эту территорию и помогает на ней ориентироваться.

4-й уровень — личностный смысл: маяк, который задает направление вашего движения (почему это важно для вас).

Следует заметить, что предложенная схема не является моделью личности и не стремится к исчерпывающему описанию кейсов клиентов. Она выполняет прагматическую, процессуальную, контекстуальную задачу коучинга — помочь клиенту исследовать свою картину мира и свое текущее положение в ней, а также свериться с «территорией» в точках, которые наиболее значимы для определения и достижения своей цели. Этими точками могут быть сформулированные:

- задача и ее сложность;
- образ желаемого будущего;
- значимая цель;
- ресурсы, препятствия и варианты действий (план);
- ближайшая задача/первый шаг;
- ценности;
- личностный смысл.

Задача коуча — помогать клиенту в исследовании и лаконичной формулировке этих моментов и занесении их в КК.

Важным аспектом исследования ситуации клиента в КПК является применение КМ в каждом из полей нижнего уровня КК — это ситуативные срезы, но направленные не в прошлое, как в концептуализации когнитивной терапии, а в будущее.

Поле А: исследование КМ позволяет клиенту не только более полноценно понять текущую ситуацию или состояние «здесь-и-сейчас» (если что-то происходит прямо на сессии), но и определить, какой аспект КМ является для клиента ведущим: когнитивный, эмоциональный/физиологический, поведенческий.

Поле С: позволяет сформировать полноценный образ желаемого будущего, начиная исследование КМ с ее ведущего аспекта. Например, если ведущей для клиента является эмоциональная сторона, то можно предложить клиенту представить, что он уже находится в желаемом эмоциональном состоянии, и задать вопросы: «Какие мысли будут способствовать этим эмоциям или сопровождать их?», «Что вы будете

делать для того, чтобы эти эмоции появились?»

Поле В: для успешного коучинга очень важна готовность клиента совершить первый шаг в направлении к своей цели, поэтому для повышения вероятности этого шага важно, чтобы клиент представил его в виде КМ. Спросите, какие мысли помогут клиенту совершить действия, какие мысли и эмоции последуют после этого.

Задача коуча как «топографа» в процессе исследования клиентом полей А, В и С — замечать, отражать и заносить в карту когнитивные и поведенческие аспекты (особенности мышления, убеждения, когнитивные искажения, противоречия, стереотипы и т. п.), которые он замечает у клиента. Наиболее вероятно, что при исследовании текущей ситуации клиент будет проговаривать убеждения, при исследовании образа желаемого будущего — ценности и личностный смысл, при исследовании вариантов действий, с одной стороны, убеждения, ограничения, препятствия, сложности, с другой — ресурсы, знания, возможности, источники поддержки. Коуч отражает их клиенту, способствует лаконичным формулировкам и заносит в карту.

Итог работы клиента — приобретение когнитивной и поведенческой целостности. В движении к образу желаемого будущего, к своим ценностям, к личностному смыслу человек реализует свои потребности.

При использовании КМ и КК важно учитывать принцип прагматичности, а также принцип ответственности и активности клиента. Если какие-то поля остаются незаполненными или применение КМ мешает поиску решения, эвристике, динамике сессии, позитивному и активному настрою клиента, то приоритет за сохранением коучингового формата и коучинговых отношений. Эти поля могут быть заполнены или уточнены позже как самим клиентом, так и с помощью коуча на следующей сессии. Цель коучинга — не заполнить когнитивную карту исчерпывающими и точными данными, а использовать ее лишь как вспомогательный инструмент для отражения значимых моментов и дальнейшей верификации с клиентом. Коуч — это «топограф», задача которого вносить данные, обнаруженные и сформулированные клиентом, и постоянно верифицировать их с ним. При этом мы считаем, что использование когнитивной модели должно быть компонентом каждой сессии КПК и самым важным приобретением клиента в коучинге.

Выводы

Высокоразвитая психика людей позволяет активно исследовать среду, создавать образ желаемого будущего, определять цели, задачи и совершать последовательные действия в соответствии со своими убеждениями, ценностями, личностным смыслом и потребностями. Это позволяет человеку не просто адаптироваться к изменениям среды, а обеспечивать опережающую экспансию в этой среде и саморазвитие. Возможно, именно эти качества психики обусловлены «рефлексом цели», про который говорил И. П. Павлов, и соответствуют режиму саморазвития по А. Беку и Э. Хэйг [14].

Когнитивно-поведенческий коучинг ценен как инструмент не только определения и достижения своих целей, но и формирования метакогнитивных навыков, расширения поведенческого репертуара, активизации творческого мышления, приобретения уверенности в себе, в людях, в позитивном будущем. Во многом это происходит благодаря смене контекста, в котором происходит коучинг, когда человек:

- переосмысливает проблемы и препятствия в значимые цели и возможности;
- меняет убеждения на знания в результате гибкого творческого рационального мышления;
- использует прагматичный подход;
- задумывается о ценностях и о позитивном восприятии себя, мира и будущего;
- находит личностный смысл в своих действиях;
- разбивает путь на реалистичные, но достаточно сложные действия и фокусирует внимание на первом шаге.

Как правило, для серьезных и устойчивых изменений в мышлении и поведении требуется многосессионный подход. Не у всех клиентов может быть целевая потребность, временные и финансовые ресурсы для многосессионного индивидуального коучинга, поэтому стоит рассмотреть возможности вынесения дидактических элементов, процесса формирования метакогнитивных навыков, создания позитивного деятельностного контекста в формат групповой работы и поддержки, тогда коучинг может стать элементом более комплексной и доступной услуги, направленной на то, чтобы помочь людям реализовать свой потенциал и вести более полноценную жизнь.

В настоящий момент авторами данной статьи проводится апробация вышеописанной методологической разработки в рамках написания магистерской диссертации программы «Психология в бизнесе» (НИУ ВШЭ, Москва) под руководством Н. В. Антоновой.

Апробация методологической разработки в бизнес-среде происходит в рамках исследования (№ проекта 22-00-014) в рамках программы «Научный фонд Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ)» в 2022 г.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Павлов И. П. Рефлекс свободы. СПб.: Питер, 2001. 432 с.
2. Анохин П. К. Философские аспекты теории функциональной системы. М.: Наука, 1978. 400 с.
3. Бернштейн Н. А. Физиология движений и активность. М.: Наука, 1990. 496 с.
4. Субботин В. Е. Контроль и планирование поведения // Современная психология / под ред. В. Н. Дружинина. М., 1999. С. 373–396.
5. Тихомиров О. К. Психология мышления. М.: Академия, 2002. 288 с.
6. Ждан А. Н. История психологии. От Античности до наших дней: учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Академический проект, 2004. 576 с.
7. Дернер Д. Логика неудачи. М.: Смысл, 1997. 243 с.
8. Тихомиров О. К. Понятие «цель» и «целеобразование» в психологии // Психологические механизмы целеобразования. М.: Наука, 1977. С. 5–20.
9. Леонтьев А. Н. Лекции по общей психологии / под ред. Д. А. Леонтьева, Е. Е. Соколовой. М.: Смысл, 2000.
10. Леонтьев Д. А. Развитие личности в норме и в затрудненных условиях: вызовы и ресурсы // Культурно-историческая психология. 2014. № 3. С. 97–106.
11. Carver C., Scheier M. On the Self-Regulation of Behavior. N.Y.: Cambridge University Press, 1998.
12. Carver C. Self-regulation of Action and Affect // Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications / R. Baumeister, K. D. Vohs (Eds.). N.Y.: Guilford, 2004. P. 13–39.
13. Csikszentmihalyi M., Nakamura J. Emerging goals and the self-regulation of behavior // Advances in social cognition. Vol. 12: Perspectives on behavioral self-regulation / R. S. Wyer (Ed.). Mahwah (NJ): Erlbaum, 1999. P. 107–118.
14. Beck A. T., Haigh E. A. P. Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model // Annual Review of Clinical Psychology. 2014. Vol. 10. P. 1–24.
15. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл; Академия, 2004. — 352 с.
16. Солсо Р. Когнитивная психология. СПб.: Питер, 2002. — 592 с.
17. Леонтьев Д. А. Цель в структуре регуляции деятельности // Современная психология мышления: смысл в познании: тезисы докладов научной конференции, посвященной 75-летию со дня рождения О. К. Тихомирова. М.: Смысл, 2008. С. 66–68.
18. Аверина А. Ж., Александрова Л. А., Васильев И. А., Гордеева Т. О., Гусев А. И., Дергачева О. Е., Г Иванченко. В., Калитеевская Е. Р., Курганская М.

В., Лебедева А. А., Леонтьев, Д. А. Мандрикова Е. Ю., Митина О. В., Осин Е. Н., Плотникова А. В., Рассказова Е. И., Фам А. Х., Шапкин С. А.. Личностный потенциал. Структура и диагностика. М.: Смысл, 2011. 607 с.

19. Григорьев Д. А. Бизнес-тренинг: как это делается. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2014. 216 с.

20. Попов А. Ю., Вихман А. А. Когнитивные искажения в процессе принятия решений: научная проблема и гуманитарная технология // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2014. Т. 7, №. 1. С. 5–16.

21. Korzybski A. Science and Sanity: An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics. N.Y.: Institute of General Semantics, 1994.

22. Аверкин Р. Г., Александров И. О. Психология: учебник для техн. вузов / Р. Г. Аверкин, Н. А. Алмаев, И. О. Александров и др.; под ред. В. Н. Дружинина. СПб.: Питер, 2000. 608 с.

23. Нерсисянц, В. С. Сократ. [Текст] / В. С. Нерсисянц. М.: Изд. Группа «ИНФРА М»; Норма, 1996. 305 с.

24. Петровский А. В., Ярошевский М. Г. Психологический словарь: научное издание / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. 2-е изд., расш., исправ. и доп. Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. 512 с.

25. Прохазка, Ю; Норкросс, JC. Системы психотерапии: транстеоретический анализ. 6-й редактор Австралия: Thomson/Ручьи; 2007. ISBN 978-0-495-00777-7.

26. Palmer S., Whybrow A. Handbook of Coaching Psychology: A Guide for Practitioners. London and New York: Routledge, 2018.

27. Фомин А.Е. Ум практика: от проблемы к плану, от плана к действию. Калуга: КГПУ, 2007. 368 с.

28. Дженна Лежен, Джейсон Луома. Ценности в терапии. Практическое руководство для терапевта: как помочь клиенту исследовать ценности, повысить психологическую гибкость и жить более осмысленной жизнью. Киев: Диалектика, 2022. 336 с.

29. Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

30. Канеман Д. Думай медленно... Решай быстро. М.: АСТ, 2013. 710 с.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПАР

Анжелика Викторовна Васильева
психолог, преподаватель Ассоциации КПП

Аннотация. Статья посвящена теме разработки необходимого инструментария для работы с парой, который интегрирует когнитивную и системную модели. Предлагается инструментарий для работы с парой: цикл взаимодействия и концептуализация.

Ключевые слова: концептуализация, когнитивно-поведенческая психотерапия пар и семей, цикл взаимодействия.

Мыслительные процессы членов семьи всегда считались важными во многих направлениях семейной терапии. Например, техника рефрейминга в стратегическом подходе позволяет изменить точку зрения человека на иную, порой даже противоположную. Метод «обсуждение проблем» в терапии, ориентированной на решение, помогает вырабатывать эффективные модели мышления и поведения. Работа с «уникальными эпизодами» в нарративном подходе ставит под сомнение сложившиеся убеждения и раскрывает сильные стороны человека.

Но ни один из перечисленных подходов не применял концепции и системные методы когнитивно-поведенческой терапии. Например, концептуализировать когниции членов семьи, отражая их взаимное влияние друг на друга в рамках семейной системы. К сожалению, применение концептуализации, которая представлена Джудит Бек, ограничено в первую очередь из-за того, что в ней не учитываются системные эффекты, проявляющиеся в парах и семьях. Таким образом, назрела необходимость разработки инструментария для работы с когнициями членов семейной системы, интегрирующего преимущества когнитивного и системного подходов.

Системный подход рассматривает семью как совокупность элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом и образующих определенную целостность. Все части и процессы семейной системы взаимовлияют и взаимообуславливают друг друга.

Благодаря таким специалистам, как Фрэнк Даттилио, в когнитивно-поведенческую терапию при работе с семьей и парой были

интегрированы концепции и методы из различных направлений семейной психотерапии: границы системы, иерархия, способность семьи адаптироваться к изменениям (жизненные циклы), функции и механизмы семьи, правила и роли и др.

Когнитивная работа с парой или семьей проводится в контексте системного подхода и подразумевает следующее:

- восприятие характеристик семьи и пары как единого целого;
- выявление циклов взаимодействия и признание взаимного и разнонаправленного влияния членов семьи друг на друга;
- обращение особого внимания на взаимодействие между членами семьи и взаимосвязь ожиданий, убеждений и полномочий.

До настоящего момента в арсенале специалиста не было представлено удобной формы самоотчета для пары, которая аналогично протоколу СМЭР (автор — Д. В. Ковпак) отражала бы когнитивные, эмоциональные и поведенческие реакции индивидов в конкретной ситуации, но с учетом взаимного влияния внутри пары или семьи, объединяя когнитивную модель и системный подход. Соответственно, отсутствует и подходящая форма концептуализации.

В связи с этим мною были разработаны такие инструменты для работы с парой в рамках когнитивно-поведенческой терапии, как:

- ЦИКЛ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, который является формой самоотчета;
- КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ для работы с парой, которая составляется на основе выявленных циклов взаимодействия в паре и информации, полученной в ходе диагностического интервью.

Данные инструменты позволяют репрезентовать на уровне модели паттерны взаимодействия в паре, сохраняя логику концептуализации, разработанной в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии А. Бека.

Рассмотрим подробнее каждый из инструментов.

Цикл взаимодействия

В индивидуальной работе важной задачей является обучение человека навыку отслеживания мыслей и образов в повседневной жизни. При работе с парами эта задача сохраняется, но также добавляется необходимость развития навыка эмпатии и распознавания своих потребностей. Это осуществляется в том числе за счет размышлений о потребностях, автоматических мыслях и чувствах партнера в гипотетической манере.



Рис. 1. Цикл взаимодействия

На диагностическом этапе цикл взаимодействия (рис. 1) помогает решить следующие задачи:

- зафиксировать проблемы пары в конкретный момент времени;
- выявить возникающие автоматические мысли, потребности, чувства и компенсаторные стратегии;
- определить значимые для пары темы (содержание конфликтов) и триггеры;
- определить сильные стороны взаимодействия;
- провести психообразование, познакомить с когнитивной и системной моделями;
- проанализировать поведенческие стратегии пары и показать им цикл взаимодействия,
- побудить клиентов осознать взаимное влияние друг на друга;
- развить осознанность и способность размышлять о потребностях, автоматических мыслях и чувствах партнера в гипотетической манере.

Цикл взаимодействия отражает привычные паттерны пары. Он может быть как негативным, отражающим конфликты пары, так и позитивным, отражающим эффективное взаимодействие.

При работе с циклом взаимодействия паре предлагается заполнять предложенную форму сначала отдельно друг от друга, а затем сверять свои размышления с партнером. Для анализа ситуации, которую пара предлагает для обсуждения, важное значение имеет цепочка событий, состоящая из внутренних переживаний пары (неудовлетворенных потребностей, автоматических мыслей и их значений, чувств) и проявленных дисфункциональных поведенческих реакций (компенсаторных стратегий). С одной стороны, важно, кто из партнеров первым среагировал на ситуацию, а с другой — при распределении

ответственности за состоявшийся конфликт необходимо учитывать то, какотреагировал второй партнер, который становится полноправным соучастником возникшего конфликта, так как демонстрирует дисфункциональные паттерны и поддерживает запустившийся цикл взаимодействия. Полный разбор проводится непосредственно на сессии, на которой специалист обучает пару эффективному ведению данной формы самоотчета.

Концептуализация

На основании существующей диаграммы когнитивной концептуализации Дж. Бек была разработана концептуализация для работы с парой (рис. 2). Данная модель концептуализации отражает когнитивную модель двух человек и включает в себя не только историю семьи, значимые данные детства каждого, глубинные убеждения и промежуточные убеждения, но и историю, и статус пары, и установки и убеждения относительно разных сфер и потребностей каждого члена пары (иерархия, функции семья, коммуникация и др.), и систему компенсаторных стратегий, отражающую системный подход.

Несмотря на то что убеждения и установки пары относительно разных сфер и потребностей предположительно являются более

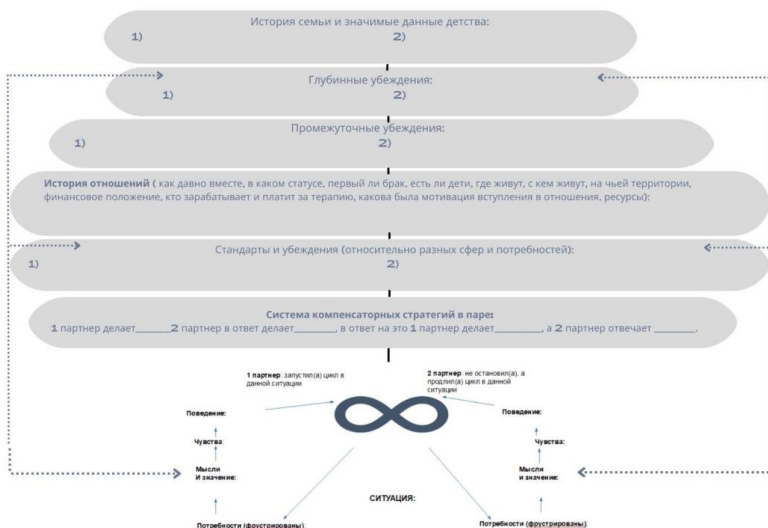


Рис. 2. Концептуализация в КПТ при работе с парой.

широкими базовыми аспектами мировоззрения человека (глубинные убеждения/схемы), было принято решение выделить их в отдельную категорию в диаграмме по двум причинам:

- отразить конкретные конфликтные сферы в паре;
- акцентировать убеждения, сформированные непосредственно в данной паре.

В результате представленная когнитивная концептуализация пары позволяет специалисту собрать воедино и проанализировать не только систему убеждений каждого из членов пары, но и значимые параметры семьи, такие как жизненный цикл, иерархия, границы семьи, функции семьи, механизмы семьи, коммуникативные навыки и др.

Данные инструменты позволяют интегрировать опыт, накопленный в семейной психотерапии и консультировании, с когнитивной моделью и сделать работу специалиста более эффективной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Даттилио Франк М. Когнитивно-бихевиоральная терапия с парами и семьями. Практическое руководство для психологов. Форум, 2016.
2. Бек Аарон Т. Одной любви недостаточно: Как пары могут преодолевать недопонимание, урегулировать конфликты и решать проблемы во взаимоотношениях с помощью когнитивной терапии. Диалектика, 2021.
3. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. СПб.: Питер, 2018.
4. Минухин, С., Фишман Ч.. Техники семейной терапии. Класс, 1998.
5. Боуэн М. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика. Когнито-центр, 2015.
6. Уорден М. Основы семейной психотерапии. СПб.: Прайм-Еврознак, 2005.

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ СТРАТЕГИЙ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Марианна Михайловна Главатских

кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, конфликтологии и психоанализа УДГУ

Ольга Александровна Мошкова

психолог, аспирант УДГУ, преподаватель Ассоциации КПП

Аннотация. В данной статье рассматривается влияние когнитивных стратегий «Самоподдержка», «Требования», «Отвлечение» на выраженность стресса в начале адаптации и через шесть месяцев после начала обучения в медицинском вузе. Показано увеличение влияния когнитивных стратегий в выраженности стресса в течение шести месяцев с начала адаптации.

Ключевые слова: когнитивные стратегии, стресс, адаптация.

Изучению проблем стресса посвящены работы А. М. Столяренко, В. Н. Дружинина, В. А. Бодрова, Н. Е. Водопьяновой, Е. А. Сергиенко, Н. В. Тарабриной, М. А. Холодной, В. Е. Орла, Е. С. Старченковой, Т. Л. Крюковой, А. Б. Леоновой, А. С. Кузнецовой, В. А. Ганзена, Л. А. Китаева-Смыка, Ю. А. Александровского, С. Г. Юнусовой, В. Н. Колесникова.

Термин «стресс» впервые появился в работах Уолтера Кеннона по исследованию реакции «бороться или бежать», а начало концепции стресса связано с именем Г. Селье и его 74-строчной заметкой от 4 июля 1936 года.

Из множества определений стресса наиболее употребляемо понимание стресса как неспецифической реакции организма на воздействие, нарушающее гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма. Введенное позднее Р. Лазарусом понятие об эмоциональном стрессе отражает связь стресса с активацией познавательной деятельности, посредством которой происходит сопоставление степени угрозы и возможности для ее преодоления.

Стресс сопровождается изменениями во внутреннем мире или внешней среде, к которым необходима адаптация. Совладание со стрессом может проявляться в форме психологической защиты или копинга.

В теории когнитивно-поведенческого подхода эмоциональные, телесные и поведенческие реакции в определенной ситуации

опосредованы когнитивными процессами — системой убеждений, схем (А. Бек, У. Найсер, А. Эллис). В отечественной психологии используется понятие образа как многоуровневой системы, преломляющей внешние воздействия (А. Н. Леонтьев, С. Д. Смирнов, Н. И. Леонов). Характеристики образа, схемы, убеждений как промежуточного компонента, опосредующего комплексы реакций в ситуации, позволяют рассматривать их как синонимичные понятия.

В нашем исследовании мы рассматривали влияние когнитивных стратегий на выраженность стресса. Под когнитивными стратегиями мы понимаем набор убеждений, направленных на разрешение ситуации или выход из нее.

Цель исследования: изучить влияние когнитивных стратегий на выраженность стресса в разные периоды адаптации к обучению в медицинском вузе.

Выборка, методики и методы исследования. В исследовании приняло участие 100 студентов, обучающихся на I курсе Ижевской государственной медицинской академии.

Методом свободного ассоциативного эксперимента были выявлены убеждения студентов в ситуации неудачи, которые далее оценивались студентами (метод шкалирования). В результате факторного анализа были выявлены группы убеждений и исследована их согласованность. В итоге были получены шесть групп когнитивных стратегий, а именно: «Самоподдержка», «Принятие ошибки», «Временная перспектива», «Отвлечение», «Требования», «Самокритика».

Для оценки выраженности стресса использовалась методика «Шкала психологического стресса PSM-25» Н. Е. Водопьяновой.

Исследование выраженности стресса проводилось в начале адаптации и через шесть месяцев после начала обучения.

Метод количественной обработки данных: корреляционный (критерий Пирсона) и дисперсионный анализы, данные соответствуют нормальному распределению (достоверность критерия Шапиро-Уилка изучаемых показателей имеет значение $p > 0,05$).

Результаты корреляционного анализа между показателем «стресс» и когнитивными стратегиями в начале обучения представлены в таблице 1.

В начале адаптации с выраженностью стресса оказались связаны когнитивные стратегии «Самоподдержка», «Требования».

Таблица 1

Коэффициенты корреляции между показателем «стресс» и когнитивными стратегиями студентов в начале обучения

№	Когнитивные стратегии	Стресс	
			Р
11	Самоподдержка	-0,267	0,020
22	Требования	0,256	0,026

В начале адаптации чем более выражена у студентов когнитивная стратегия «Требования», тем более выражен стресс. Такие студенты в ситуации ошибки и затруднения более склонны предъявлять к себе нереалистичные требования. При этом чем более выражена когнитивная стратегия «Самоподдержка», тем менее выражен стресс. Такие студенты в ситуации ошибки и затруднений более склонны поддерживать себя, не переносить проблемную ситуацию на характеристику личности в целом.

Результаты корреляционного анализа между показателем «стресс» и когнитивными стратегиями через шесть месяцев после начала обучения представлены в таблице 2.

Таблица 2

Коэффициенты корреляции между показателем «стресс» и когнитивными стратегиями студентов через шесть месяцев после начала обучения

№	Когнитивные стратегии	Стресс	
			Р
1	Самоподдержка	-0,220	0,005
2	Требования	0,541	0,001
3	Отвлечение	0,299	0,008

Через шесть месяцев после начала адаптации с выраженностью стресса оказались связаны когнитивные стратегии «Самоподдержка», «Требования», «Отвлечение». Чем более выражены у студентов когнитивные стратегии «Требования», «Отвлечение», тем более выражен стресс. Такие студенты в ситуации ошибки и затруднений более склонны предъявлять к себе нереалистичные требования и отвлекаться от проблемной ситуации. Аналогично результатам в начале обучения можно трактовать связь стресса со стратегией «Самоподдержка».

В модель регрессии в качестве возможных предикторов зависимой переменной «стресс» у студентов были включены когнитивные

стратегии, коррелирующие с ней. Результаты линейной регрессии методом пошагового включения представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения всех независимых переменных

Зависимая переменная	Предикторы Константа		Коэффициенты регрессии					F	p
			B	β	t	p			
Стресс	1	Самоподдержка	89,036	-2,040	-0,258	-2,351	0,021	5,487	0,006
	2	Требования		2,129	0,247	2,245	0,028		

Регрессионная модель ($F=5,487$; $p=0,006$) и регрессионные коэффициенты предикторов «Самоподдержка» ($t=-2,351$ при $p=0,021$) и «Требования» ($t=2,245$ при $p=0,028$) являются статистически значимыми. При этом 13,2 % дисперсии переменной «стресс» студентов объясняется влиянием данных предикторов.

Уравнение множественной линейной регрессии имеет следующий вид: Стресс = $89,036 + 2,129 \cdot (\text{Требования}) - 2,040 \cdot (\text{Самоподдержка})$.

Когнитивные стратегии «Самоподдержка» и «Требования» влияют на величину стресса и могут быть использованы для его прогноза в начале обучения.

Таблица 4

Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения через шесть месяцев после начала обучения студентов

Зависимая переменная	Предикторы Константа		Коэффициенты регрессии					F	p
			B	β	t	p			
Стресс	1	Требования	42,559	4,462	0,435	4,166	0,001	14,426	0,001
	2	Самоподдержка		-2,810	-0,301	-2,912	0,005		
	3	Отвлечение		2,222	0,237	2,091	0,040		

Результаты линейной регрессии методом пошагового включения через шесть месяцев после начала обучения студентов представлены в таблице 4.

Регрессионная модель ($F=14,426$; $p<0,001$) и регрессионные коэффициенты предикторов «Требования» ($t=4,166$ при $p<0,001$), «Самоподдержка» ($t=-2,912$ при $p=0,005$), «Отвлечение» ($t=2,091$ при $p=0,040$) являются статистически значимыми. При этом 34,6 % дисперсии переменной «стресс» студентов объясняется влиянием данных предикторов.

Уравнение множественной линейной регрессии имеет следующий вид: Стресс = $42,559 + 4,462*(\text{Требования}) - 2,810*(\text{Самоподдержка}) + 2,222*(\text{Отвлечение})$.

Когнитивные стратегии «Требования», «Самоподдержка», «Отвлечение» влияют на величину стресса и могут быть использованы для его прогноза в начале обучения.

Когнитивные стратегии начинают вносить свой вклад в течение шести месяцев с начала адаптации. Можно выделить пато- и санокогнитивные стратегии в зависимости от их влияния на выраженность стресса (увеличивают, уменьшают соответственно). Увеличивая долю самоподдержки, можно снижать стресс.

Безусловно, каждый студент в ситуации начала обучения в вузе проходит адаптацию и сталкивается со стресс-факторами; выявленные связь и влияние когнитивных стратегий на выраженность стресса открывают перспективы для дальнейших исследований связи когнитивных стратегий и эмоциональных состояний в период адаптации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
2. Бек Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. СПб.: Питер, 2018. 416 с.
3. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
4. Гаранян Н. Г. Практические аспекты когнитивной терапии // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3.
5. Диджузеппе Р., Дойл К., Драйден У., Бакс У. Рационально-эмотивно-поведенческая терапия. СПб.: Питер, 2021. 480 с.
6. Ковпак Д. В. Вклад отечественных ученых в развитие когнитивно-поведенческой терапии / I Международный Съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии. СПб.: Синэл, 2015. С. 28–36.
7. Ковпак Д. В. Диагностика в когнитивно-поведенческой терапии //

Сборник научных статей / VII Международный Съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии. СПб.: Синэл, 2021. С. 100–116.

8. Колесников В. Н., Мельник Ю. И. Управление стрессом и психическая саморегуляция. Петрозаводск: ПетрГУ, 2020. 49 с.

9. Леонов Н. И. Конфликт, конфликтность и поведение в конфликте. Ижевск, 2002, 253 с.

10. Леонов Н. И., Главатских М. М. Психология социального мира: Учебное пособие. Ижевск: НИПЦ «ERGO», 2006. 132 с.

11. Леонов Н. И. Психология конфликтного поведения. Автореферат диссертации на соискание ученой степени ДПН. Ярославль, 2002.

12. Леонова А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2000. № 3. С. 4–22.

13. Леонтьев А. Н. Психология образа // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 1982. № 3. С 26–38.

14. Найсер У. Познание и реальность. Смысл и принципы когнитивной психологии. М.: Прогресс, 1981. 232 с.

15. Смирнов С. Д. Мир образов и образ мира // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 1981. № 2. С. 15–30.

16. Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика. М.: ЮНИТИ ДАНА, 2002. 607 с.

17. Селье Г. Стресс без дистресса / пер. с англ.; общ. ред. Е. М. Крепса. М.: Прогресс, 1979. 124 с.

18. Николаева Е. И. Психофизиология. Психофизиологическая физиология с основами физиологической психологии. М.: ПЭР СЭ; Логос, 2003. 464 с.

19. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. Л.: Медицина, 1970. С. 178–208.

20. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М.: Наука, 1983. 356 с.

21. Щербатых Ю. В. Экзаменационный стресс. Воронеж: Студия ИАН, 2000. 120 с.

22. Юнусова С. Г., Розенталь А. Н., Балтина Т. В. Стресс. Биологический и психологический аспекты // Ученые записки Казанского государственного университета. 2008. Т. 150, кн. 3.

23. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / Под. ред. А. Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко. М.: Институт психологии РАН, 2011. 512 с.

ТЕРАПИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РОДИТЕЛЕЙ И ДЕТЕЙ. ИНТЕГРАЦИЯ ИГРОВЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПРИЕМОВ

Анна Всеволодовна Дмитриева

психолог; аспирант кафедры практической психологии НГПУ им. К. Минина

Аннотация. В статье описывается один из методов терапии детско-родительских отношений — тренинг детско-родительского взаимодействия, разработанный доктором Шейлой Эйберг (США). Этот подход к семейной терапии детей дошкольного возраста и их родителей включает интеграцию традиционных техник детской игровой терапии в поведенческую структуру родительско-детского взаимодействия. Обсуждается эффективность для лечения широкого круга детских проблем.

Ключевые слова: детско-родительские отношения, проблемное поведение, дошкольники, терапия взаимодействия родителей и детей, тренинг детско-родительского взаимодействия.

Терапия взаимодействия родителей и детей (ТВРД) — это семейно-ориентированная терапия, основанная на поведении, призванная помочь улучшить отношения между родителями и детьми посредством взаимодействия. В этой модальности ориентированное на ребенка взаимодействие может способствовать развитию эффективных методов воспитания и уменьшению поведенческих проблем, а также может привести к более крепким семейным отношениям.

Терапия организована в виде тренинга, предназначенного для коррекции поведения дошкольников в возрасте от 2 до 7 лет и снижения уровня родительского стресса. Метод совмещает средства традиционной игровой терапии с инструментами поведенческой детско-родительской терапии. Тренинг предназначен для психологов и работников социальной сферы для работы с проблемными семьями, в том числе в работе с детьми с проблемным поведением, с расстройствами аутистического спектра, с семьями групп риска.

Эта психотерапевтическая модель показала свою эффективность в лечении деструктивных поведенческих расстройств у маленьких детей, а также тех, которые находятся в группе риска, подверглись жестокому обращению и/или у которых есть проблемы с соблюдением правил поведения. Родители, которые ищут терапию, чтобы помочь себе и своим детям или улучшить семейное взаимодействие, могут найти этот подход полезным.

Развитие ТВРД

Метод ТВРД был первоначально разработан Шейлой Эйберг в начале 1970-х годов, когда она защитила докторскую диссертацию по детской психологии. Другими заметными участниками разработки метода являются Шерил Макнил, Тони Хембри-Кигин, Энтони Уркиза, Робин Гурвич и Беверли Фандерберк.

Во время первоначальной разработки подхода Эйберг стремилась объединить методы игровой и поведенческой терапии. Для эффективной интеграции концепций обеих методологий были необходимы объединяющая теория и новая структура. В качестве теоретической базы были использованы теория социального научения, теория привязанности и теория стиля воспитания, основанная на исследованиях Дайаны Баумринд. Эйберг также расширила работу Констанс Ханф, которая разработала двухэтапную поведенческую программу для обучения матерей с детьми, имеющими отклонения в развитии, чтобы сформировать объединяющую структуру для ТВРД.

Эйберг впервые назвала свой подход PCIT, когда в 1974 году подала заявку в Ассоциацию по борьбе с алкоголизмом, наркоманией и психическим здоровьем, чтобы проверить его эффективность. В течение следующих трех десятилетий положительные результаты исследований и последующее финансирование со стороны Национального института психического здоровья способствовали дальнейшему расширению и изучению PCIT. Сегодня метод широко признан одним из самых эффективных и эмпирически подтвержденных форм терапии в мире.

Структура ТВРД

Типичная программа ТВРД состоит из двух этапов — ориентированного на ребенка (фаза укрепления отношений) и ориентированного на родителя (дисциплинарная стадия с тренировкой навыков, помогающих ребенку соблюдать правила). Разработан подробный протокол тренинга для каждой сессии каждого этапа работы. Количество встреч варьируется от 8 до 20, продолжительность каждого этапа — 5-6 недель.

В начале программы терапевт проводит беседу с родителями о ключевых принципах и методах для каждого этапа. Затем терапевт, используя одностороннее зеркало или находясь в том же помещении, наблюдает, как родители играют со своими детьми, используя навыки и приемы, которым их научили. В это же время терапевт может проводить

непосредственное обучение родителей с помощью аудио-приемопередающих устройств. Целевое поведение родителей и детей отслеживается, фиксируется в таблице результатов и на графике от сессии к сессии, чтобы определить прогресс, достигнутый участниками.

Фаза укрепления отношений учит родителей, как свести к минимуму негативные характеристики в отношениях. Это также направляет их в развитии нового поведения и навыков общения, которые обеспечивают поддержку и поощрение детям.

На этапе обучения дисциплине и соблюдению правил в этом подходе особое внимание уделяется эффективным и безопасным дисциплинарным методам, которые затем можно использовать, чтобы помочь ребенку улучшить взаимодействие путем устранения симптомов, ведущих к негативному поведению и укреплению желательного поведения. Родителям рекомендуется применять эти навыки на практике до тех пор, пока они не смогут легко ими пользоваться в повседневной жизни. Дети, участвовавшие в ТВРД, часто хорошо адаптируются, и во многих семьях наблюдается значительное улучшение поведения ребенка и отношений между родителями и детьми.

Конечная цель этого подхода — помочь привести негативное поведение ребенка к более позитивному. В ТВРД у родителей есть возможность освоить новые навыки, которые могут помочь им стать более способными обеспечить заботу, воспитание и благоприятную среду для своего ребенка.

Методы ТВРД

Методы обучения ТВРД *in vivo* специально разработаны, чтобы помочь взрослым улучшить свои родительские и языковые навыки, а также помочь детям научиться лучше контролировать свое поведение и эмоции.

Ключевым инструментом ТДРВ является так называемый «прямой коучинг» (*direct coaching*) диады «родитель — ребенок», который имеет ряд преимуществ по сравнению с недирективными методами терапии. Во-первых, родительские ошибки исправляются в режиме реального времени, до того, как родитель начнет практиковать их дома. Во-вторых, терапевт, наблюдая диаду в действии, имеет возможность составить полную картину и учесть в работе индивидуальные особенности ребенка, а также получить обратную связь и от родителя, и от ребенка. В-третьих, родитель получает поддержку терапевта в начале применения новых для него навыков и знаний.

Во время фазы улучшения отношений, также называемой «взаимодействием, направляемым ребенком», работа осуществляется на улучшение и укрепление связи между родителем и ребенком. Ребенок решает, какие действия или игрушки будут использоваться для игры, и под руководством терапевта родитель подыгрывает, используя специальные навыки положительного подкрепления, ранее полученные от терапевта.

Эти навыки представлены аббревиатурой PRIDE:

— Похвала: ребенка хвалят за хорошее или соответствующее поведение.

— Рефлексия: слова ребенка повторяются и расширяются родителями, что способствует общению.

— Подражание: родителей учат выказывать одобрение, подражая тому, что делает их ребенок.

— Описание: родители описывают, что делает ребенок, чтобы помочь ему увеличить словарный запас и показать, что они (родители) обращают внимание на действия ребенка.

— Удовольствие: родители демонстрируют энтузиазм в отношении деятельности ребенка.

В рамках обучения родителей поощряют игнорировать любое негативное поведение, которое не является серьезным или вредным. Их также учат воздерживаться от использования негативных слов (таких, как «нельзя», «не могу», «нет» и т. д.), критики и сарказма. Как только родитель овладевает этими навыками в необходимой степени, что отслеживается по критериям, программа обычно переходит ко второму этапу.

На этапе дисциплины и соблюдения правил (взаимодействие под руководством родителей) лидерство берет на себя родитель. В рамках этого процесса родители учатся давать ребенку прямые, простые для понимания инструкции с четкими и последовательными последствиями для послушания и непослушания. Если ребенок послушен, родитель хвалит его, например: «Спасибо, что собрал свои игрушки». Если ребенок не соблюдает правила, родитель выдает предупреждение о тайм-ауте, например: «Собери свои игрушки или ты пойдешь на тайм-аут». Дальнейшее несоблюдение приводит к выполнению специальной процедуры тайм-аута.

Исследования ТВРД

Эффективность ТВРД была продемонстрирована в ряде исследований. В исследовании 2011 года детей в возрасте от 8 до 10 лет,

у которых были определенные языковые нарушения, дети, участвовавшие в ТВРД, продемонстрировали больший языковой прогресс, чем контрольная группа. Во втором исследовании, проведенном в 2011 году, 150 матерей с историей жестокого обращения с детьми или с высоким риском жестокого обращения с ними были разделены на две группы. Одна группа участвовала в ТВРД, а другая группа была поставлена в лист ожидания. После 12-недельного периода у матерей, участвовавших в ТВРД, наблюдалось лучшее взаимодействие родителей и детей, и они сообщали об улучшении поведения ребенка и собственном меньшем стрессе.

Согласно исследованиям, ТВРД может быть особенно полезен для:

- формирования позитивного взаимодействия родителей и детей;
- разработки позитивных стратегий воспитания детей;
- снижения вероятности физического и словесного насилия над ребенком;
- уменьшения проблем с поведением ребенка (гнев, агрессия, неповиновение и т. д.);
- развития навыков общения и взаимодействия в семье.

У детей, которые участвуют в ТВРД, может развиться более высокая самооценка, наблюдается меньше гнева и разочарования, улучшение социальных, организационных и игровых навыков, чувство безопасности и спокойствия, а также более эффективное общение. Родители обычно изучают последовательные, предсказуемые методы воспитания и могут чувствовать себя более уверенно, когда имеют дело с поведенческими проблемами детей, будь то публичное пространство или дом.

Проблемы и ограничения ТВРД

ТВРД — это метод, основанный на доказательствах, который считается эффективным подходом к лечению множества проблем. Однако в некоторых ситуациях этот вариант работы с семьей может быть не рекомендован. Если родители практически не контактируют со своими детьми, ТВРД может быть не показан. Родители, у которых есть нарушения слуха или речи или которые испытывают серьезные проблемы с психическим здоровьем, могут практически не увидеть улучшения от ТВРД. Кроме того, ТВРД не рекомендуется, если родители испытывают проблемы со злоупотреблением психоактивными веществами или подвергались сексуальному или физическому насилию.

Таким образом, подход ТВРД считается эффективным методом решения общих детских поведенческих проблем (таких, как агрессия,

неповиновение, вспыльчивость и непослушание) и оказывает наибольшее влияние на детей в возрасте от 2 до 7 лет. ТВРД способствует установлению здоровых отношений между родителями и детьми, широко используется во многих семьях из групп риска, в работе с приемными семьями, но ТВРД может быть полезна любой семье, испытывающей трудности во взаимодействии между родителем и ребенком.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Токарская Л. В., Лаврова М. А., Бакушкина Н. И., Галасюк И. Н., Коряков Я. И., Пасечник О. Н., Пермякова М. Е., Хлыстова Е. В., Чегодаев Д. А., Шинина Т. В. Детско-родительское взаимодействие и развитие ребенка раннего возраста / под ред. Л. В. Токарской: коллективная монография. Екатеринбург, 2019. 206 с.
2. Марковская И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. СПб.: Речь, 2005. 150 с.
3. Allen J., Marshall C. R. Parent-child interaction therapy (PCIT) in school-aged children with specific language impairment/ Allen J., Marshall C. R. // *International Journal of Language and Communication Disorders*. 2011. 46(4). P. 397–410.
4. Bagner D. M., Eyberg S. M. Parent-Child Interaction Therapy for Disruptive Behavior in Children with Mental Retardation: A Randomized Controlled Trial // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2007. Vol. 36. № 3. P. 418–429.
5. Does Parent-Child Interaction Therapy Reduce Future Physical Abuse?: A Meta-Analysis / S. Kennedy [et al.] // *Research on Social Work Practice*. 2016. Vol. 26. № 2. P. 147–156.
6. Enhancing Parent-Child Interaction Therapy With Motivational Interviewing Techniques / A. N'zi [et al.] // *Cognitive and Behavioral Practice*. 2017. Vol. 24. № 2. P. 131–141.
7. Fernandez M.A., Butler A.M., Eyberg S.M. Treatment Outcome for Low Socioeconomic Status African American Families in Parent-Child Interaction Therapy: A Pilot Study // *Child & Family Behavior Therapy*. 2011. Vol. 33. № 1. P. 32–48.
8. Hembree-Kigin T. L., McNeil C. B. Parent-Child Interaction Therapy. Boston, MA: Springer Science & Business Media LLC, 2013. 169 p.
9. Parent-Child Interaction Therapy: A Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and Parent Stress / M.E. Cooley [et al.] // *Journal Of Family Social Work*. 2014. Vol. 17. № 3. P. 191–208.
10. Parent-Child Interaction Therapy with Behavior Problem Children: One or Two Years Maintenance of Treatment Effect in the Family / S. M. Eyberg [et al.] // *Child & Family Behavior Therapy*. 2001. Vol. 23. № 4. P. 1–20.
11. Thomas R., Zimmer-Gembeck M. Paren-Child Interaction Therapy // *An Evidence-Based Treatment for Child Maltreatment*. 2012. Vol. 17. № 3. P. 253–266.

ЗНАЧЕНИЕ НАВЫКОВ И КОМПЕТЕНЦИЙ ТЕРАПЕВТОВ В ПОСТРОЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ И РАБОЧЕГО АЛЬЯНСА В КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Дмитрий Викторович Ковпак

врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии им. И. И. Мечникова, президент Ассоциации КПП, член Международного консультативного комитета Института Бека, член правления Международной Ассоциации КПП

Ольга Александровна Мошкова

психолог, аспирант УДГУ, преподаватель в Ассоциации КПП

Аннотация. В статье рассматривается роль терапевтических отношений в эффективности когнитивно-поведенческой терапии, значение общетерапевтических и специфических навыков терапевтов в построении терапевтических отношений и создании рабочего альянса, взаимосвязь общетерапевтических и специфических навыков в терапевтическом процессе.

Ключевые слова: терапевтические отношения, рабочий альянс, общетерапевтические навыки, специфические навыки.

Одним из ведущих компонентов психотерапии в целом и когнитивно-поведенческой терапии в частности являются терапевтические отношения.

Терапевтические отношения — один из главных компонентов психотерапии; на протяжении многих лет их активно исследовали. Целевая рабочая группа Американской психологической ассоциации подготовила большой обзор публикаций по этой теме (Norcross, 2002; Norcross & Lambert, 2011a, 2011b). В контексте когнитивно-поведенческой терапии данный вопрос неоднократно рассматривался в статьях и книгах (e.g., Kazantzis, Cronin, Dattilio & Dobson, 2013; Kazantzis, Dattilio & Dobson, в печати). О роли терапевтических отношений идут жаркие споры. Одни утверждают, что именно этот фактор ответственен за большую часть терапевтических изменений; другие называют его «необходимым, но недостаточным» для достижения прогресса (A. T. Beck et al., 1979). Хорват, Дел Ре, Флюкигер и Саймондс (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011) провели метаанализ исследований терапевтических отношений в контексте разных подходов и выявили умеренные, но надежные отношения между альянсом и результатом психотерапии — независимо от модели психотерапии [3].

Терапевтические отношения представляют собой нечто большее, чем просто условия для психологического вмешательства, — это важное условие эффективной работы. Поскольку взаимодействие «клиент — терапевт» происходит в контексте терапевтических процессов и вмешательств, можно даже сказать, что все в рамках сессии находится во взаимодействии, не говоря о том, что все терапевтические эффекты обусловлены общими факторами (Kazantzis, Cronin, Norton, Lai & Hofmann, 2015) [11].

В отличие от социальных отношений, терапевтические отношения сосредоточены на потребностях и целях клиента. Формирование терапевтических отношений построено на качественном рабочем альянсе.

Бордин [7] концептуализировал рабочий альянс как состоящий из трех частей: задач, целей и связей. Задачи — это то, что, по мнению терапевта и клиента, необходимо выполнить для достижения целей клиента. Цели — это то, что клиент надеется получить от терапии в связи с имеющимися проблемами. Связь формируется из доверия и уверенности в том, что задачи приблизят клиента к его целям.

Для оценки взаимоотношений пациента и профессионала в терапии было разработано несколько шкал, включая Инвентаризацию Рабочего альянса (WAI), Инвентаризацию отношений Барретта-Леннарда и шкалы Калифорнийского альянса психотерапии (CALPAS). Шкала для оценки взаимоотношений (STAR) была специально разработана для измерения терапевтических взаимоотношений в психиатрии сообщества или в рамках оказания медицинской помощи в условиях сообщества.

Исследования рабочего альянса показывают, что он является сильным предиктором результатов психотерапии или консультирования клиента [8].

Важности построения терапевтических отношений уделялось отдельное внимание уже в первом руководстве по когнитивно-поведенческой терапии (Beck et al., 1979), и сами терапевтические отношения признаются одним из главных компонентов когнитивно-поведенческой психотерапии (A. Beck, J. Beck, K. Dobson).

Взаимодействие «клиент — терапевт» происходит в контексте терапевтических процессов, поэтому все происходящее в рамках сессии связано с терапевтическими отношениями (Kazantzis, Cronin, Norton, Lai, Hofmann, 2015) [11].

Ряд авторов определяет терапевтические отношения как обмен между терапевтом и клиентом, который появляется затем, чтобы

поделиться интимными мыслями, убеждениями и эмоциями для содействия изменениям. Данные отношения характеризуются безопасной, открытой, безоценочной атмосферой, которая внушает доверие и уверенность (Nikolaos Kazantzis, Frank M. Dattilio, Keith S. Dobson) [11].

Терапевтический альянс основывается на терапевтических отношениях и представляет собой согласие между клиентом и специалистом относительно терапевтических целей и задач, выполнение которых позволит этих целей достичь, а также формирование связи между терапевтом и клиентом (Borden, 1979). Альянс сочетает волю и мотивацию клиента с увлеченностью терапевта для активизации изменений [8].

Д. Доллард и Н. И. Миллер рассматривали терапевтические отношения как совершенно новую для клиента среду взаимоотношений, в которых обсуждение сложных аспектов своей жизни не приводит к негативным результатам. Напротив, терапевт посредством своего внимания, веры в возможность изменения ситуации, энтузиазма и личного примера воодушевляет клиента на преодоление сложных ситуаций в реальной жизни, способствуя переносу достигнутого в терапевтической среде прогресса в реальную жизнь клиента [6, с. 124].

В этом аспекте важность терапевтических отношений раскрывается с учетом подхода к человеку как к открытой сложной динамической системе, включенной в суперсистемы, а к психотерапии — как к активному системному самоизменению (Ковпак Д. В., 2021) [4], поддерживаемому и сопровождаемому психотерапевтическим воздействием и взаимодействием [4, 5]. Более того, динамика взаимодействия диады «психотерапевт — клиент» прослеживается на каждом этапе развития схемы практической методологии психотерапии: Хаос — Конвенция — Интеграция — Система — Целостность [4]. В рамках этой методологии терапевтические отношения становятся моделью и примером для отношения клиента к самому себе и через полученный в терапии опыт способствуют безусловному самопринятию как стратегической цели терапии большинства клиентов с глубинными убеждениями категории непривлекательности и никчемности (в совокупности составляющими в терминологии и методологии Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии «суперкатегорию» неприятия).

В этом отношении ключевое значение имеет уровень профессиональных навыков и компетенций специалиста.

Для оценки компетенций терапевта в Институте Бека используется шкала CTRS, первая часть которой посвящена оценке общих

терапевтических навыков, а вторая часть — оценке специфических навыков когнитивно-поведенческого терапевта [1, с. 405].

В общих терапевтических навыках данной шкалы оцениваются навыки терапевта по формированию повестки дня, умению запрашивать обратную связь, способности понимать «внутреннюю реальность клиента», межличностной эффективности, сотрудничеству, эффективному распределению времени [1, с. 405].

Одно из наиболее распространенных высказываний касательно терапевтических отношений в когнитивно-поведенческой терапии утверждает, что рядом с клиентом прежде всего важно быть человеком, затем терапевтом, а уже потом когнитивно-поведенческим терапевтом. При этом терапевту важно помнить о том отношении, какое он хотел бы видеть в отношении себя от своего терапевта [1], а принцип гибкости является, пожалуй, наиболее важным не только для когнитивно-поведенческой терапии в целом (в части, касающейся адаптации протоколов, методов и техник к конкретному клиенту), но и прежде всего в отношении терапевта к конкретному клиенту в соответствии с его возможностями к построению отношений и имеющимися дефицитами.

В рамках гуманистического подхода Карл Роджерс определил ряд необходимых и достаточных условий, необходимых для того, чтобы произошли терапевтические изменения. К ним относятся три основных условия: конгруэнтность, безусловное позитивное отношение и сопереживание. Значимость для создания крепкого терапевтического альянса тепла, эмпатии, безусловного положительного отношения к клиенту подтверждена эмпирическими исследованиями (Castonguay & Beutler, 2006) [3].

Роджерс (1957; 1959) описал, что для терапевтических изменений существует шесть необходимых и достаточных условий [9]. Необходимы:

1. Психологический контакт «терапевт — клиент»: между клиентом и терапевтом необходимы отношения, в которых важно восприятие каждым человеком другого.

2. Несоответствие клиента: это несоответствие существует между опытом и осознанием клиента.

3. Конгруэнтность терапевта, или подлинность: терапевт конгруэнтен в терапевтических отношениях. Терапевт глубоко вовлечен, он не «действует» (not «acting») и может опираться на свой собственный опыт (самораскрытие), чтобы облегчить отношения.

4. Безусловное положительное отношение терапевта: терапевт принимает клиента безоговорочно, без осуждения, неодобрения или

одобрения. Это способствует повышению самоуважения у клиента, поскольку он может начать осознавать переживания, в которых его представление о самооценке было искажено или отрицалось.

5. Эмпатическое понимание терапевта: терапевт испытывает эмпатическое понимание внутренней системы отсчета клиента. Точное сопереживание со стороны терапевта помогает клиенту поверить в безусловное уважение терапевта к нему.

6. Восприятие клиента: что клиент воспринимает, по крайней мере в минимальной степени, безусловное позитивное отношение терапевта и эмпатическое понимание.

Как отмечает Джудит Бек, эмпатические высказывания, тщательный подбор слов, тон голоса, выражение лица и язык тела помогут продемонстрировать клиенту свою вовлеченность и понимание [1].

Демонстрация эмпатии, верного понимания внутренней реальности клиента, имплицитная и эксплицитная передача клиенту заботливого и принимающего отношения терапевта помогает клиенту на первых этапах терапии лучше социализироваться в процесс терапии, в середине терапии открывать волнующую проблематику и занимать все более активную позицию в реструктуризации дисфункциональных промежуточных убеждений и изменении дисфункционального поведения, а на более поздних этапах терапии помогает клиенту в изменении самоотношения, перестройки Я-концепции или модификации глубинных убеждений.

Во второй части шкалы CTRS оцениваются специфические навыки когнитивно-поведенческого терапевта по применению техники направляемого открытия, фокусировки на ключевых когнициях и поведении, выбора последовательности стратегии изменений, профессионального применения когнитивно-поведенческих техник, проверки и тщательного совместного подбора плана действий [1, с. 405]. Важно отметить, что и специфические навыки когнитивно-поведенческого терапевта оказывают значимое влияние на формирование и укрепление терапевтических отношений.

Согласно исследованиям, терапевтический союз становится прочнее, когда смягчается симптоматика клиента (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999). Джудит Бек подчеркивает, что «один из лучших способов укрепить терапевтические отношения — качественно и эффективно выполнять свою работу когнитивно-поведенческого терапевта» [1, 9]. Для проведения качественной когнитивно-поведенческой терапии необходима, прежде всего, качественная

диагностика случая, которая начинается с момента первого обращения (сообщение, звонок), оценочной сессии и продолжается на протяжении всего терапевтического процесса.

Диагностика представляет собой сбор, анализ и структурирование большого количества данных, включающих:

— сбор жалоб, формулировку проблем и запроса, постановку целей, сбор анамнезов жизни, заболеваний или проблем клиента, сбор «срезов», отражающих проблематику и сильные стороны клиента (Д. В. Ковпак, 2021) [4, 5];

— проведение анкетирования, тестирования, клинического интервью (А. Бек, Дж. Бек, К. Добсон) [1, 2, 10];

— определение ценностей, стремлений и сильных сторон клиента (А. Бек, Дж. Бек) [1, 2, 10];

— определение потребностей и дефицитов (Д. В. Ковпак, М. А. Зрютин) [4];

— построение концептуализации как «вершины диагностики», отражающей генез проблем (А. Бек, Дж. Бек), сильные стороны клиента (А. Бек, Дж. Бек), социокультурный контекст и потребности (Д. В. Ковпак, М. А. Зрютин) [4].

На основе концептуализации определяются ключевые мишени терапии, строится план терапии, определяются тактика и стратегия лечебных мероприятий и планы действий [4]. Уже на первых этапах диагностики для получения более достоверных и полных данных необходим достаточно высокий уровень доверия клиента к терапевту. В терапевтическом процессе важно постоянное развитие сотрудничества клиента с терапевтом, которое осуществляется посредством согласования модели терапии, пунктов концептуализации, плана лечения и планов действий [4].

Для того чтобы этот пласт терапевтической работы стал возможным, необходимо с первой сессии и на протяжении всего процесса терапии запрашивать у клиента обратную связь. Важно, чтобы эта обратная связь носила не формальный характер, а раскрывала восприятие клиентом процесса терапии в отношении эмоционального комфорта, уровня понимания терапевтом клиента, а клиентом — содержания терапевтического процесса, удовлетворенности терапевтическим стилем, степени возможного доверия к терапевту.

Важно, чтобы обратная связь запрашивалась терапевтом на протяжении всей сессии, а не только в ее завершении. В этом отношении важно отслеживать эмоциональные и телесные изменения

клиента на протяжении всей сессии и уточнять у него мысли и убеждения, активизирующиеся во время сессии, в том числе в отношении процесса терапии и терапевта.

Важной составляющей когнитивно-поведенческой терапии является приверженность клиента к процессу терапии и выполнения им между сессиями плана действий. Когнитивно-поведенческая терапия проходит не только на сессии, но, что важно, также между сессиями. Терапевтический альянс и терапевтические отношения способствуют как согласованию плана действий на наиболее эффективном для данного клиента уровне сложности (в том числе обсуждение процента вероятности его выполнения и невыполнения), так и мотивированности клиента следовать согласованному с терапевтом плану действий.

Поэтому, говоря о необходимых навыках и компетенциях терапевта, мы рассматриваем их не изолированно в части общетерапевтических и специфических навыков, а, напротив, в тесной связи и взаимном развитии. Принимая во внимание вышесказанное, рассмотрим сводную таблицу, посвященную основным навыкам когнитивно-поведенческого терапевта.

Общетерапевтические и специфические навыки когнитивно-поведенческого терапевта

Общетерапевтические навыки	Специфические навыки
Безусловное положительное отношение к клиенту	Диагностика: — использование анкет, тестов, клинического интервью; — сбор анамнезов, «срезов»; — сбор жалоб, формулировка проблем и запроса, постановка целей; — определение ценностей, стремлений, сильных сторон клиента, определение потребностей; — построение и развитие концептуализаций
Внимание	Применение техники направляемого открытия
Оптимальный уровень тепла	Фокусировка на ключевых когнициях и поведении
Эмпатия	Выбор последовательности стратегий изменений
Забота	Профессиональное применение когнитивно-поведенческих техник
Искренность	Планирование экспозиций с учетом охранительного поведения клиента
Гибкость в варьировании стиля	Проверка и совместный подбор плана действий

Понимание «внутренней реальности» клиента	Знание протоколов
Демонстрация вовлеченности и понимания: тщательный подбор слов, тон голоса, выражение лица, язык тела	Гибкость в использовании протоколов
Вера в возможность изменения ситуации	Навыки в решении проблем
Энтузиазм	Помощь клиенту в установлении более активной позиции

Внутренняя свобода	
Способность к сохранению спокойствия	
Формирование повестки дня	
Умение запрашивать обратную связь	
Эффективное распределение времени сессии	

Когнитивно-поведенческий терапевт решает одновременно несколько задач: выстраивание терапевтических отношений, концептуализация, социализация клиента, проверка гипотез, выводы [1]. То есть конечная цель предполагает выстраивание взаимосвязи между всеми элементами терапии, и в самом терапевтическом процессе общие и специфические навыки терапевта выступают в тесной связи. Поскольку каждый клиент уникален, каждые терапевтические отношения уникальны. Наша задача и необходимые для этого навыки и компетенции состоят в том, чтобы обеспечить адаптацию нашей технологии КПТ к особенностям наших клиентов, к каждой из их сильных сторон и способностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. СПб.: Питер, 2018. — 416 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).
2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003.
3. Добсон Д., Добсон К. Научно обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. СПб.: Питер, 2021. — 400 с.: ил. (Серия «Когнитивно-поведенческая психотерапия»).

4. Ковпак Д. В. Диагностика в когнитивно-поведенческой терапии // VII Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб.: СИНЭЛ, 2021. С. 100–116.
5. Ковпак Д. В. Эволюция концепции когнитивно-поведенческой психотерапии. / Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины. Сборник научных трудов, посвященный 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ им. академика И. П. Павлова. СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2000. С. 203–205.
6. Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия: учеб. пособие для вузов. 2-е изд., М.: Юрайт, 2018 — 192 с.
7. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252–260.
8. Capaldi S., Asnaani A., Zandberg L. J., Carpenter J. K., Foa E. B. Therapeutic alliance during prolonged exposure versus client-centered therapy for adolescent Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2016 Oct; 72 (10):1026–36.
9. Gelso, C. J. and Hayes, J. A. (1998). *The Psychotherapy Relationship: Theory, Research, and Practice*. (p. 22–46): John Wiley & Sons: New York.
10. Judith S. Beck *Cognitive Behavior Therapy, Third Edition: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press, 2021.
11. Kazantzis N., Dattilio F. M. and Dobson K. S.: *PSYCHOTHERAPY FOR PSYCHOLOGISTS: Defining the therapeutic relationship in CBT*. Guilford press: UK, 2017. P. 8–19.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ РОДИТЕЛЬСКИХ РЕЖИМОВ В СХЕМА-ТЕРАПИИ

Оксана Сергеевна Коромылова

психолог

Аннотация. В статье рассмотрены особенности присваивания названий дисфункциональным родительским режимам в зависимости от требуемой стратегии работы с ними, предлагается обоснование разграничения дисфункционального родительского режима с направленной на других критикой и копингового режима гиперкомпенсации в зависимости от мотивов критики, а также обозначены случаи целесообразности выделения функционального режима Хорошего родителя.

Ключевые слова: схема-терапия, родительские режимы, внутренний критик, копинги, гиперкомпенсация, хороший родитель, здоровый взрослый.

Схема-терапия при концептуализации случая и в процессе психотерапии опирается в том числе на концепцию режимов функционирования схем (далее — режимов). Режимы — это изменчивые эмоциональные состояния и копинговые реакции: адаптивные (функциональные) и дезадаптивные (дисфункциональные). Одна из целей схема-терапии — помощь пациентам в переключении с дезадаптивных режимов на здоровые [1, 2, 9].

Выделяют четыре основные группы режимов: детские режимы, дезадаптивные родительские режимы, дезадаптивные копинг-режимы и здоровые режимы.

Родительские режимы представляют собой интернализированные ключевые послания, убеждения и суждения значимых других, услышанные ребенком с младенчества [7, с. 61], или интроекты, которые ребенок «заглатывает, не переваривая и не усваивая» [6].

Чаще всего выделяют два дисфункциональных родительских режима: Наказывающий/Критикующий родитель и Требовательный родитель [8, с. 83] и один здоровый родительский режим — Хороший родитель [5]. При этом разными авторами подчеркивается, что данный список режимов не является окончательным, он не фиксирован и открыт для дополнений [7, с. 77].

В последнее время для дисфункциональных родительских режимов вместо термина «Родительские режимы» чаще используется термин «Режимы Внутреннего критика» [7, с. 68]. Это связано с тем, что целью

терапии является объединить под понятием «дисфункциональные родительские режимы» именно дисфункциональные, токсичные убеждения, то есть имеется необходимость подчеркнуть негативный характер данных режимов [7, с. 70]. Удачно подобранный термин, под которым мы объединяем данные убеждения, может способствовать «терапевтическому расщеплению Эго» и помочь сформировать у клиента/пациента эго-дистонное отношение к дисфункциональным убеждениям, понимаемым под данным термином, что может значительно облегчить процесс терапии [4, с. 46]. При этом термин «Родительский режим» клиенты склонны связывать с образами своих настоящих родителей, и это может привести к конфликтам лояльности, поддержать эго-синтонное отношение к дисфункциональным убеждениям. Термин «Внутренний критик» в этом смысле выглядит удачнее. Более того, рекомендуется вместе с клиентом для обозначения дисфункционального родительского режима выбрать свой индивидуальный термин, по возможности такой, который сможет усилить у клиента эго-дистонное отношение к интернализированным дисфункциональным токсичным убеждениям и в итоге поможет изъять, изолировать или заменить эту часть «Я» клиента на более функциональную.

Но не всегда дисфункциональные родительские режимы столь очевидно опасны и разрушительны, что требуют однозначного изъятия или изоляции. Целью терапии может стать не изгнание Внутреннего критика, а его интеграция.

С. Келлогг отмечает, что Внутренний критик в свое время был создан для защиты Внутреннего ребенка [3, с. 127]. То есть рассматриваемые дисфункциональные убеждения были функциональны в прошлом, но они могут не являться функциональными в настоящем. Например, родительское послание «ты плохой» было правдой в условиях той семьи, ребенок был плох для родителей и адаптировался к этому при помощи копингов капитуляция, избегание и гиперкомпенсация, которые также были адаптивными и функциональными в то время в той ситуации. Но в настоящем моменте Внутренний критик дисфункционален (субъективное «плохой» для родителей в прошлом не является объективным в настоящем моменте и в другой, актуальной среде). А человек живет так, как будто «плохой» актуально до сих пор для всех сфер, в которые он включен, и адаптируется при помощи тех же копингов к своему Внутреннему критику, который «неправ» в актуальной реальности и является в данный момент «непереваренным» интроектом из прошлого, в результате чего Внутренний ребенок все так же, как и в детстве, остается с неудовлетворенными потребностями.

Здоровый взрослый — это режим, который сможет проанализировать родительский режим и распознать, что Внутренний критик дисфункционален, ограничить его, «переварить интроект». Кроме того, отмечает С. Келлогг, важно понимать, что Внутренний критик напуган, он боится, что может случиться нечто ужасное, если человек не поступит правильно. Другими словами, это сущность, движимая страхом. Одна из конечных целей индивида, таким образом, — стать родителем не только своему Внутреннему ребенку, но и своему Внутреннему критику [3, с. 128].

При идентификации дисфункциональных родительских режимов порой возникают сложности в различении режима Внутреннего критика, направленного вовне (критика и требования к другим), и копингового режима Гиперкомпенсации (стремление к доминированию и контролю, агрессия, принуждение, в том числе критика и требования к другим людям). Вместе с тем разграничение данных режимов является принципиальным моментом в схема-терапии, так как родительские и копинговые режимы требуют различных подходов в работе.

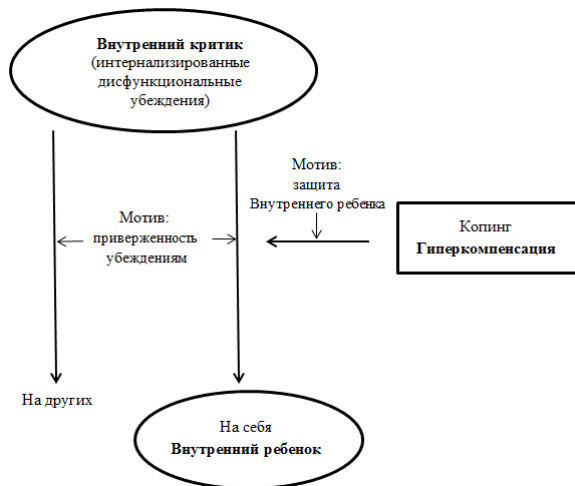
На наш взгляд, при разграничении и идентификации данных режимов определяющими являются мотивы критики.

Внутренний критик — это интернализированные убеждения, позаимствованные от значимых других, и человек, критикуя других или себя в режиме Внутреннего критика, верит в эти убеждения, то есть его мотив — приверженность убеждениям, следование внутренним «правилам».

Задача копингового режима Гиперкомпенсации — не следовать своим убеждениям, а компенсировать ущерб, нанесенный схемой, защитить тем самым Внутреннего ребенка, ослабить напряжение между его Внутренним ребенком и его Внутренним критиком, который может отличаться от того, что представляет собой режим Гиперкомпенсации.

Рассмотрим различие между режимом Внутреннего критика и копинговым режимом Гиперкомпенсации на условном примере. Допустим, мы видим, как один человек критикует другого за времяпрепровождение за компьютерными играми. Если критикующий человек верит в то, что играть в компьютерные игры — плохо, и его цель — выразить свои убеждения, то речь в данном случае идет о Внутреннем критике, направленном на других. Если критикующий человек переживает негативные эмоции, вызванные тем, что его Внутренний критик считает его, например, недостаточно трудолюбивым, старательным и усердным, то критика других за «бесполезные»

компьютерные игры может помочь ему самовозвеличиться и спасти тем самым своего Внутреннего ребенка от непереносимых чувств, вызванных активированной у него схемой. Таким образом, критика других за игры в данном случае основана, в первую очередь, не на убеждениях, а на попытке защититься, речь в данном случае идет о копинговом режиме Гиперкомпенсации (см. рисунок).



Различие в мотивах режима Внутреннего критика и копингового режима Гиперкомпенсации

При работе с клиентом всегда лучше выбирать умеренное количество режимов, чтобы облегчить управление ими [7, с. 63], поэтому часто функциональные убеждения удобно приписать не режиму Хорошего родителя, а режиму Здорового взрослого — с целью сокращения количества режимов [7, с. 70]. Но в некоторых случаях, на наш взгляд, целесообразно все-таки вводить режим Хорошего родителя. Это может быть целесообразно, например, когда клиент ощущает скорее отсутствие внутренних объектов, чем охваченность ими, и таким образом лишен чувства внутреннего направления и надежных ориентирующих ценностей, сомневается в собственной ценности и испытывает недостаток самоуважения не в силу давления Внутреннего критика, а в силу отсутствия надежных интернализованных ориентиров [4, с. 56]. Тогда есть смысл вводить и развивать режим Хорошего

родителя — набор функциональных убеждений и суждений, которые клиент может интернализировать от значимых других и от терапевта.

Таким образом, идентификация родительских режимов в схема-терапии имеет свои значимые нюансы. Важен терминологический ярлык, который мы присваиваем дисфункциональному родительскому режиму, с учетом того, насколько он опасен и подлежит ли резкому осуждению и отвержению или интеграции. Важным является разграничение дисфункционального родительского режима с направленной на других критикой и копингового режима Гиперкомпенсации; основой такого разграничения является мотив направленной на других критики. Также в некоторых случаях целесообразно введение и развитие режима Хорошего родителя, тогда как в других случаях этот режим целесообразно отдельно не выделять, а функциональные убеждения отнести к режиму Здорового взрослого.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах / пер. с англ. Е. Плотниковой; под науч. ред. А. В. Чернико. М.: Научный мир, 2016. 320 с.
2. Касьяник П.М. Диагностика ранних дезадаптивных схем / П. М. Касьяник, Е. В. Романова. СПб.: Изд-во Политехнического ун-та, 2016. 152 с.
3. Келлогг, С. Техника «пустого стула» как механизм изменений. Психотерапевтические диалоги в клинической практике / пер. с англ. Т. А. Исмаил. Киев.: Диалектика, 2021. 272 с.
4. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 480 с.
5. Московский институт схематерапии: <https://www.schema-therapy.ru/>
6. Перлз Ф., Хефферлин Р., Гудмэн П. Практика гештальттерапии. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2001.
7. Рёдигер Э., Стивенс Брюс А., Брокман Р. Контекстуальная схематерапия. Интегративный подход к расстройствам личности, межличностных отношений и эмоциональной регуляции. М.: Научный мир, 2021. 344 с.
8. Холмогорова А. Б. Схема-терапия Дж. Янга — один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 78–87.
9. Янг, Дж., Клоско, Дж., Вайсхаар, М. Схема-терапия. Практическое руководство / пер. с англ. СПб.: ООО «Диалектика», 2020. 464 с.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКОГО КРИЗИСА

Ксения Владимировна Линкевич
кандидат психологических наук

Руслан Олегович Котенко
психолог

Аннотация. В данной статье ставится вопрос о помощи в преодолении творческих кризисов как самостоятельной теме психотерапевтической работы в рамках когнитивно-поведенческого направления. Рассматриваются два типа творческого кризиса — «кризис вдохновения» и «кризис воплощения». Описаны отличительные особенности каждого из них, а также специфические задачи специалиста при работе с ними. Также описаны возможности КПТ подхода в терапии творческого кризиса.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, креативность, творческий кризис.

Востребованность и популярность психологической и психотерапевтической помощи в России возрастает (Исурина, 2021). Люди доверяют психологам, психотерапевтам и психиатрам, что позволяет им все эффективнее справляться с разного рода расстройствами и сложностями («Время страхов», интернет-изд., 2022). Однако на этом фоне все чаще звучит запрос не только на преодоление мешающих реакций и состояний, но и на повышение эффективности в значимых сферах жизни клиента, на повышение качества жизни в целом. Одна из тем, с которой в этом контексте обращаются к нам наши клиенты, — творческий кризис.

Тема творческого кризиса не так часто поднимается в психологической литературе (Бабаева, Судьярова, 2016), в то время как переживание этого состояния может вызывать сильный эмоциональный дисбаланс, о чем можно судить по биографиям и автобиографическим текстам людей творческих профессий — художников, писателей, музыкантов и т. д. (феномен творческого кризиса). В одном из исследований было показано: «Предкризисный этап и сам творческий кризис художники описывают такими словами, как “усталость”, “апатия”, “лень”, “тупик”. Данные этапы художники ассоциируют с депрессивным состоянием, разочарованием (не только в себе, своем творчестве, но и выполняемой работе, окружении), которые ведут к разрушению и самоуничтожению личности» (Вакарина, Васильева, 2021, с. 18). А у наших клиентов,

обычно уже имеющих первичное психическое нарушение или расстройство, творческий кризис может провоцировать усугубление состояния или рецидив.

Несмотря на частое использование людьми творческих профессий и исследователями творчества словосочетания «творческий кризис», ему, как и просто понятию «кризис», сложно дать точное научное определение (Кружкова, 2013). В статье мы будем понимать под творческим кризисом «временный перерыв в творчестве, сопровождающийся мучительными внутренними переживаниями и изменениями в поведении художника» (Феномен творческого кризиса, с. 377).

Творческие кризисы исследуют чаще всего в связи с людьми творческих профессий — художниками, писателями, музыкантами (Вакарина, Васильева, 2021). Однако с подобными переживаниями сталкиваются люди самых разных профессий, и не обязательно при создании произведений искусства. Так, на творческий кризис может пожаловаться программист, который бьется над поиском решения сложной задачи, или человек, который ведет блог и испытывает трудности с созданием контента. Поэтому в своей практической работе мы, опираясь на феноменологический подход, в качестве творческого кризиса рассматриваем любую ситуацию, когда клиент испытывает трудности в своей деятельности, которую сам считает творческой, даже если она напрямую не связана с каким-либо видом искусства.

Важно отметить, что тема творческого кризиса, на наш взгляд, может быть предметом как психотерапевтического, так и коучингового процесса, хотя четкой границы между запросами, направляемыми к коучам, психологам и психотерапевтам, нет (Ёжиков, Ковпак, 2021). Важно обозначить, что далеко не всегда преодоление трудностей в придумывании и реализации творческих идей требует психотерапевтической помощи. Если состояние творческого кризиса не отягощено другими патопсихологическими или психопатологическими состояниями, глубокая терапевтическая работа не будет приоритетным вариантом для клиента.

В данной статье мы рассмотрим работу с творческим кризисом в рамках когнитивной терапии А. Бека. Для этого мы обозначим основные задачи, стоящие перед специалистом в работе с человеком, находящимся в творческом кризисе, предложим пути решения этих задач, а также обозначим ограничения имеющихся в нашем арсенале методов работы.

Задачи психотерапии в ситуации творческого кризиса клиента

В данной статье мы опираемся на опыт работы с 14 клиентами в возрасте от 20 до 35 лет, переживающими творческий кризис. Мы работали с ними индивидуально: семь человек (четыре женщины в возрасте от 20 до 27 лет, трое мужчин в возрасте от 28 до 35 лет) работали с Линкевич К. В. и семь человек (четыре женщины в возрасте от 21 до 25 лет, трое мужчин в возрасте от 22 до 28 лет) — с Котенко Р. О. Из всей выборки пять человек изначально обратились к нам с проблемой в творческой деятельности, в то время как у остальных девяти проблема творческого кризиса возникла в процессе работы. Сферы деятельности, в которых возник кризис, были довольно разнообразны: дизайн, предпринимательство, программирование, современное искусство, художественная фотография, блогинг, сценарное мастерство, музыка, создание авторского обучающего курса.

Сталкиваясь в работе с запросами взрослых клиентов на преодоление творческого кризиса, мы выделили основные задачи в зависимости от его типа: «кризис вдохновения» и «кризис воплощения» (Бабаева, Судьярова, 2016). Поскольку эти два типа кризиса определяются разными этапами единого творческого процесса, то и задачи, стоящие перед психологом или психотерапевтом, не могут рассматриваться в отдельности друг от друга. В данной работе мы представляем результаты анализа собственной психотерапевтической работы.

Кризис вдохновения, который подразумевает «снижение творческой активности и отсутствие новых идей» (Бабаева, Судьярова, 2016, 277), ставит перед помогающим специалистом следующие задачи:

- выявление и коррекция убеждений, приводящих к снижению творческой активности;
- ориентация клиента на использование ресурсов и функциональных стратегий преодоления стресса, связанного с творческим кризисом вдохновения;
- помощь клиенту в расширении спектра используемых методов и источников поиска идей;
- оказание эмоциональной поддержки и валидация эмоций клиента в моменты острых переживаний;
- подкрепление стратегий поведения, которые помогают клиенту продуктивно переживать кризис вдохновения;
- отслеживание психоэмоционального состояния клиента для предотвращения рецидива или усугубления психического нарушения или расстройства, коморбидного состоянию творческого кризиса.

Можно говорить о нескольких типах задач: 1) связанные с стабилизацией эмоционального состояния; 2) с расширением представлений о себе и творческом процессе; 3) задачи, связанные с содержательным аспектом творчества («инструментальные»). Названные задачи решались нами с помощью методов и техник когнитивно-поведенческой терапии, таких как выявление мыслей, их оценка и проверка в реальности, поиск и коррекция логических ошибок и искажений в обработке информации, техники эмоциональной саморегуляции (Лихи, 2020).

Помощь клиенту в преодолении собственно кризиса вдохновения на данный момент не имеет четкого алгоритма — это связано с самой спецификой творческого процесса. Давно описаны этапы порождения творческой идеи: подготовка, инкубация, инсайт, проверка (Wallas, 1926). Но если бы этого было достаточно, мы бы уже умели преодолевать творческий кризис быстро и безболезненно. Творческая деятельность сложна и довольно плохо изучена, мы не можем дать клиенту четкую инструкцию для создания новой идеи (Аллахвердов, 2011), поэтому роль помогающего специалиста ограничивается информированием клиента об имеющихся в науке фактах и гипотезах о процессах мышления, памяти и внимания и в принципе функционирования психики, а также помощью клиенту в совладании со стрессом, сопутствующим кризису вдохновения.

Второй тип творческих кризисов — кризис воплощения — гораздо больше похож на классические психотерапевтические запросы, с которыми когнитивно-поведенческая терапия успешно работает: прокрастинация, сложности в планировании деятельности, мешающие эмоциональные состояния и т. д.

Кризис воплощения, выраженный в том, что «реализация авторской идеи невозможна или затруднена, а также результат не соответствует изначальному замыслу» (Бабаева, Судьярова, 2016, с. 277), приводит к необходимости в процессе психотерапевтической работы решать следующие задачи:

- выявление и коррекция убеждений, мешающих активности по достижению целей и реализации замыслов;
- коррекция эмоциональных состояний, порожденных кризисом вдохновения и усугубляющих кризис воплощения;
- помощь клиенту в переключении из режима поиска идей в режим регулярной, последовательной активности для реализации замысла;
- снижение влияния коморбидных психоэмоциональных проблем на процесс переживания клиентом кризиса воплощения;

— направление клиента к восстановлению повседневной жизненной рутины, которая могла быть утрачена в процессе переживания кризиса вдохновения.

В данном случае мы можем выделить два типа задач: 1) связанные со стабилизацией эмоционального состояния; 2) связанные с организацией своей творческой деятельности. Для их решения нами также применялись техники когнитивно-поведенческой терапии: выявление, оценка и проверка мыслей, оценка допущений и правил, модификация процесса принятия решений, модификация беспокойства и руминаций, выявление и модификация схем, техники эмоциональной регуляции (Лихи, 2020).

Эти задачи очень похожи не те, которые стоят перед специалистом в работе с людьми с разными формами эмоциональных и поведенческих расстройств (Прашко, Можны, Шлепецки, 2015). Только в случае работы с творческим кризисом воплощения важно учитывать, что за время поиска идей и переживания кризиса вдохновения у человека часто формируются паттерны поведения и эмоциональные привычки, которые неизбежно будут влиять на процесс реализации замысла.

У каждого из двух типов творческого кризиса есть свои особенности, которым посвящены следующие два раздела данной статьи.

КПТ творческого кризиса вдохновения

Когда в процессе психотерапии клиент жалуется на творческий кризис вдохновения, специалист встает перед важным вопросом: чем именно можно помочь человеку, который ищет идею, решение задачи, вдохновение? Мы полагаем, что необязательно ограничиваться лишь коррекцией психоэмоциональных состояний, которые испытывает клиент в процессе такого кризиса. Проблему поиска идей можно сделать самостоятельной темой работы с данным клиентом, при этом когнитивно-поведенческая терапия отвечает тем задачам, которые стоят перед специалистом в работе с таким запросом.

Если мы посмотрим на творческий кризис так же, как и на любую другую жизненную сложность (например, потерю работы), стратегия становится ясна. Специалист не будет помогать клиенту найти эту работу; вместо этого стоит исследовать затруднения («страдания»), с которыми столкнулся человек. Это прежде всего состояния, которые возникают в процессе поиска работы, те ресурсы, которыми может воспользоваться человек для более быстрого трудоустройства, те приемы, которые помогут снизить стресс. Решая конкретные жизненные задачи, мы помогаем

клиенту скорректировать систему привычек и убеждений, которые приводят к дезадаптации, что и является одной из важных задач когнитивно-поведенческой терапии (Прашко, Можны, Шлепецки, 2015).

Однако мы заметили, что кризис вдохновения отличается от большинства жизненных проблем, с которыми к нам приходят клиенты, что позволяет рассматривать поиск новых идей в качестве самостоятельной темы работы с клиентом.

Кризис вдохновения обладает следующими чертами, отличающими его от множества других жизненных задач:

1. Отсутствие ясного конечного результата процесса поиска идей. Проблема творчества в том-то и состоит, что мы точно не знаем, что ищем. Когда нам нужно найти ключи на столе, мы очень ясно видим цель и легко отмечаем все, что на нее не похоже. В случае с творческим поиском мы на каждом шаге сомневаемся, то ли мы делаем и приведет ли это нас к желаемому результату, который мы пока что даже не можем ясно себе представить.

2. Недостаточное понимание человеком законов и закономерностей творческого процесса. Для того чтобы сознательно управлять каким-либо процессом, нужно понимать, как он устроен, что может ему способствовать, а что мешать. С одной стороны, у каждого творческого человека есть свои представления о том, как он придумывает что-то новое. С другой — это знание часто является неполным или неточным. На данный момент в научной психологии существует несколько разных моделей организации творческого процесса (Растянников, Степанов, 2011), каждая из которых предлагает свой взгляд на его источники. Эти знания могут быть полезны нашим клиентам для уточнения своих представлений о творческой активности.

3. Невозможность спланировать процесс поиска идей и отслеживать его результативность. В отличие от множества других жизненных проблем, творческий процесс невозможно спланировать. Поскольку поиск озарения, инсайта происходит по большей части бессознательно (Аллахвердов, 2011), мы можем лишь создавать для этого условия, надеясь на то, что они помогут прийти к результату. Однако придется принять тот факт, что количество потраченного на решение творческой задачи времени не будет прямо пропорционально количеству и качеству порожденных идей.

4. Принципиальная невозможность опираться на опыт других людей. Поскольку, как было сказано выше, мы плохо понимаем и не очень эффективно регулируем активность собственной психики в процессе

творчества, опыт других вряд ли поможет пройти кризис вдохновения быстрее и эффективнее, поэтому человек остается один на один с собой, практически лишаясь возможности получить инструкцию к действию со стороны.

5. Наличие большого числа дисфункциональных убеждений о творчестве. В силу того, что творческие процессы чаще всего ассоциируются с созданием произведений искусства, мемуары и дневники художников, писателей, режиссеров и других деятелей искусства становятся источником представлений о том, чем является творческий процесс. Вследствие этого за творческой деятельностью закрепилась слава приносящей страдание, трудной, требующей полной самоотдачи, доступной только особенным людям и связанной с силами, более могущественными, чем человек. Подобные убеждения плохо согласуются с реальностью и приносят эмоциональное страдание, которое и будет являться мишенью когнитивной терапии.

Вероятно, мы перечислили не все особенности творческой деятельности, влияющие на переживание кризиса вдохновения, однако даже названных достаточно, чтобы заметить: процесс решения творческой задачи сильно отличается от многих других жизненных задач.

В связи с этим важной задачей психолога или психотерапевта является грамотное информирование клиента о существующих фактах и гипотезах о процессе творческой активности. Это та информация, которая доступна именно специалистам. Так же как клиенту, страдающему тревожным расстройством, мы рассказываем о том, как работает в стрессе его тело и, в частности, нервная система, человеку, переживающему творческий кризис, необходимо давать информацию о том, с чем он может сталкиваться на своем пути поиска оригинальных идей.

Перечисленные особенности кризиса вдохновения необходимо учитывать при работе с клиентом, чтобы лучше понимать суть его переживаний и проблем. Диспут с мыслями и убеждениями клиента в рамках когнитивной терапии может принимать во внимание описанные особенности, что повысит эффективность работы. Задача когнитивно-поведенческого терапевта — исследование тех дисфункциональных мыслей и убеждений о творческой деятельности, которые успели сформироваться у клиента. Так, некоторые люди убеждены, что любой продукт их творчества может родиться только из одного переживания (например, злости, обиды, ревности,

влюбленности и т. д.), что заставляет их снова и снова воспроизводить этот опыт в своей жизни, даже если это не оправдано иными задачами, кроме творчества. «Я пишу музыку/сочиняю стихи/эффективно работаю, только если страдаю» — типичное высказывание человека, переживающего творческий кризис вдохновения. Подобные убеждения не только не ускоряют процесс поиска идей, но и существенно снижают качество жизни.

Кроме того, когнитивно-поведенческий терапевт обладает широким арсеналом методов и техник, которые помогут клиенту не только лучше справляться со стрессом, вызванным кризисом вдохновения, но и начать лучше понимать саму суть творческого процесса и лично его путь активации творческой деятельности. Для этих целей служит анализ мыслей и убеждений с целью концептуализации его представлений о собственном творческом процессе и его привычных дисфункциональных схем (Бек, 2018). Эта задача имеет самое принципиальное значение, поскольку творческий процесс довольно индивидуален, весьма сложен и мало изучен. В такой ситуации сделать его эффективнее может только сам человек, все больше осознавая свои привычки, реакции, потребности и предпочтения. На наш взгляд, любой человек, занимающийся творчеством, может сделать эту деятельность эффективнее, если будет больше наблюдать за собой и рефлексировать прошлый опыт.

КПТ творческого кризиса воплощения

Когда появляется ясность относительно того, что именно делать, то есть появляется идея или задумка, человек оказывается перед новым вызовом — необходимостью эту идею воплощать. В данном разделе статьи мы рассмотрим причины, по которым кризис воплощения может стать самостоятельной темой в рамках когнитивно-поведенческой терапии, а также обоснуем выбор именно когнитивно-поведенческой терапии в качестве основного метода преодоления кризиса воплощения.

Казалось бы, самое трудное уже сделано — найдено решение творческой задачи. Что может пойти не так? Однако, как показывает практика, трудности только начинаются. Прокрастинация, потеря смысла, чувство опустошенности — вот что может прийти на смену мучительному поиску оригинальной, перспективной идеи.

Как показано в исследовании копинг-стратегий, используемых для преодоления творческих кризисов, «субъективная оценка успешности преодоления творческого кризиса воплощения у людей, профессионально занимающихся творчеством, тем выше, чем в большей степени они

используют активное совладание и планирование. Наряду с этим успешному преодолению творческого кризиса вдохновения помогает использование стратегий, связанных с принятием ситуации» (Бабаева, Судьярова, 2016, с. 278). То есть это два довольно сильно различающихся по своей структуре и задачам процесса, проживание каждого из которых требует разных психологических навыков.

При этом нельзя сказать, что кризис воплощения полностью тождественен проблеме прокрастинации, с которой довольно успешно работает когнитивно-поведенческая терапия (Рызова, 2019). Отметим те отличительные черты творческого кризиса воплощения, которые необходимо учитывать при работе с клиентом:

1. Сомнения в принятом ранее решении. Реализация собственных творческих замыслов всегда сопряжена с сомнениями в выбранной для воплощения идеи. На самом деле процесс поиска идеи не заканчивается переходом к этапу ее воплощения. Человек продолжает решать творческую задачу — сознательно или автоматически, что может тормозить процесс воплощения задумки.

2. Ожидание быстрого результата. Этап поиска идеи бывает весьма длительным и энергозатратным. Вследствие этого к моменту перехода на стадию воплощения человек ожидает, что скоро его творческая активность принесет плоды. Однако это не так: дальше предстоит много технической работы, и конечного результата еще придется подождать. Человек может быть к этому эмоционально не готов и испытывать фрустрацию, сталкиваясь с необходимостью продолжать работу.

3. Необходимость переключиться в другой режим функционирования. Поиск идеи и ее воплощение требуют от человека разных психоэмоциональных состояний, поведенческих паттернов, разных принципов организации жизнедеятельности. Переключение между разными режимами функционирования осложняется еще и тем, что, как было сказано ранее, процесс поиска идей не прекращается, что не позволяет поддерживать равномерную работоспособность в течение всего периода воплощения. Таким образом, сам способ организации работы по воплощению задумки требует отдельного внимания терапевта в ходе работы.

4. Соппротивление делегированию задач. Автор идеи часто очень ревностно относится ко всему, что связано с ее воплощением. В результате этого даже простые технические задачи человек отказывается передавать другим людям, чтобы не потерять ощущение личного авторства, а также чтобы не столкнуться с недостаточно качественным их выполнением.

Разумеется, это затрудняет процесс воплощения идеи. Специалист может вместе с клиентом рассмотреть вопрос его перфекционизма по отношению к реализации идеи.

5. Наличие большого количества страхов относительно процесса и результата творческой деятельности. Когда задача поставлена кем-то другим, часто возникает страх с ней не справиться. Когда речь идет о результате собственного творческого труда, человек может ассоциировать его с собой, а свою оценку продукта деятельности считать оценкой собственной личности. Это порождает сильные страхи, которые могут парализовать активность человека. Работа с тревогой перед оценкой результата творческой активности является одной из задач специалиста.

Очевидно, что плоды творческой деятельности субъективно имеют намного большую ценность, чем результаты пусть и интересной, но выполненной для кого-то другой работы. С одной стороны, личная значимость процесса и результата творческой деятельности мотивирует человека на активность, с другой стороны, может приводить к перфекционизму и дисфункциональному поведению, осложняя процесс реализации идеи, что и лежит в основе кризиса воплощения.

Когнитивно-поведенческая терапия обладает большим набором техник, позволяющих корректировать подобные состояния и убеждения. Поскольку в основе современной когнитивно-поведенческой терапии лежит идея о том, что любое решение человек принимает в обстоятельствах дефицита информации и вынужден опираться лишь на вероятности (Лихи, 2020), такой взгляд будет созвучен переживаниям человека, находящегося в творческом кризисе воплощения. Проверка страхов и убеждений клиента в реальности, а также помощь в принятии неопределенности мира — взаимодополняющие задачи когнитивно-поведенческой терапии творческого кризиса воплощения.

Следующая задача специалиста состоит в том, чтобы помочь клиенту переключиться из режима поиска идей в режим пошаговой реализации плана. Часто у людей, склонных к креативной деятельности, рутинные задачи вызывают страх, раздражение, даже отчаяние. Терапевт может научить клиента приемам эмоциональной саморегуляции, которые помогут не бросить начатое дело, довести его до логического финала. Это требует последовательной и регулярной работы по анализу функциональных и дисфункциональных привычек и поведенческих паттернов, а также освоения приемов эмоциональной саморегуляции.

Преодоление страхов неудачи и негативной оценки — отдельная мишень терапевтической работы. В творческой деятельности высок риск

принятия на свой счет любых оценок результата труда. Например, клиент может считать, что неудачный проект означает его полную профессиональную непригодность. Также некоторые наши клиенты утверждают, что настоящие профессионалы не испытывают страхов и не ленятся. Подобные убеждения, содержащие в себе когнитивные ошибки и искажения, заставляют человека откладывать работу на потом, что только усугубляет его психоэмоциональное состояние. Когнитивно-поведенческий терапевт может помочь клиенту выстроить более реалистичную и функциональную систему представлений о самом себе в контексте творческой деятельности.

Когнитивно-поведенческая терапия является проблемно-ориентированным, высокоструктурированным методом (Бек, 2018), что в ситуации преодоления творческого кризиса воплощения является большим преимуществом. Она позволяет создать внешнюю структуру, на которую клиент сможет опираться в процессе своего творчества и которая дает возможность клиенту не только планировать конкретные действия, но и регулировать свое психоэмоциональное состояние.

Заключение

Творчество — процесс очень сложный и малоизученный, тем не менее это не повод игнорировать его в ходе психотерапевтической работы. Одной из перспектив развития психотерапии можно назвать необходимость «установления более тесной связи между психотерапией и базовыми психологическими дисциплинами» (Холмогорова, 2021, с. 13), и в данном случае именно теории и знания из сферы общей психологии, психологии мышления, психологии креативности могут помочь клиентам эффективнее преодолевать творческие кризисы.

Поскольку творческие кризисы сопровождаются сложными эмоциональными переживаниями, они могут провоцировать или усугублять эмоциональные и поведенческие проблемы, которые невозможно было бы решить, игнорируя тему творческих кризисов наших клиентов. Вследствие этого нам кажется необходимым двигаться от интуитивного представления терапевта о проблемах творческих людей к более последовательному, обоснованному их решению. Изучение особенностей работы с людьми в ситуации творческого кризиса может со временем привести к созданию более четких алгоритмов его преодоления и снижения дистресса клиента в процессе его переживания.

В данной статье мы рассмотрели особенности двух типов творческих кризисов — кризиса вдохновения и кризиса воплощения. Каждый из них требует отдельного рассмотрения и подбора методов и техник

психотерапевтической работы, наиболее соответствующих их специфике. В этом нам видится перспектива развития терапии творческих кризисов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Wallas, G. *The art of thought*. J. Cape: London, 1926.
2. Аллаhverдов В. М. / Гл. 9: Неизбежный путь творчества: от инкубации к инсайту. Творчество: от биологических оснований к социальным и культурным феноменам / под ред. Д. В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2011. С. 175–187.
3. Бабаева Ю. Д. Особенности совладающего поведения в ситуации творческого кризиса / Ю. Д. Бабаева, А. В. Судьярова // Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие: Материалы IV Международной научной конференции: в 2-х томах, Кострома, 22–24 сентября 2016 года / Ответственные редакторы: Т. Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. Кострома: Костромской государственный университет им. Н. А. Некрасова, 2016. С. 276–278.
4. Бек Д. *Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям*. СПб.: Питер, 2018. — 416 с.
5. Вакарина Е. А., Васильева И. В. Семантика переживания художником творческого кризиса // ОмГУ. 2021. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/semantika-perezhivaniya-hudozhnikom-tvorcheskogo-krizisa> (дата обращения: 23.02.2022).
6. Время страхов: спрос на помощь психологов в России вырос в 11 раз за 2 года // Новые известия: ежен. интернет-изд. 2022. 17 янв. URL: <https://newizw.ru/article/general/17-01-2022/vremya-strahov-spros-na-pomosch-psihologov-v-rossii-vyros-v-11-raz-za-2-goda> (дата обращения: 25.02.2022).
7. Исурина Г. Л. Кто обращается сегодня за психологической помощью? / Г. Л. Исурина // Ананьевские чтения — 2021: Материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 19–22 октября 2021 года / Под общ. ред. А. В. Шаболтас. Отв. ред. В. И. Прусаков. СПб.: ООО «Скифия-принт», 2021. С. 101–102.
8. Ковпак Д. В. Системный когнитивно-поведенческий коучинг: понятие и основы методологии / Д. В. Ковпак, А. Ю. Ежиков // VII Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии СВТFORUM: Сб. науч. статей, Санкт-Петербург, 21 мая 2021 года. СПб.: СИНЭЛ, 2021. С. 117–148.
9. Кружкова О. В. Феноменологические проблемы изучения кризисов в развитии человека / О. В. Кружкова // Теория и практика общественного развития. Психологические науки. 2013. № 8. С. 147–151.
10. Лихи Р. *Техники когнитивной психотерапии*. СПб.: Питер, 2020. 656 с.
11. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. *Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств*. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. 1064 с.

12. Растянников А. В., Степанов С. Ю. / Гл. 22: Методы активизации творческого потенциала. Творчество: от биологических оснований к социальным и культурным феноменам / ред. Д. В. Ушаков. Институт психологии РАН, 2011. С. 468–499.

13. Рызова С. В. Влияние прокрастинации на психологическую адаптацию учащейся молодежи и ее психологическая коррекция методами когнитивно-поведенческой терапии: диссертация канд. психол. наук. М., 2019. 142 с.

14. Феномен творческого кризиса: монография / [Т. А. Снигирева и др.]; под общ. ред. Т. А. Снигиревой и А. В. Подчиненова. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2017. 398 с.

15. Холмогорова А. Б. От главного редактора: предсказания А. Т. Бека о будущем психотерапии и опыт российских специалистов // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 8–23.

ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ СУПРУЖЕСКИХ ПАР, НАХОДЯЩИХСЯ В СИТУАЦИИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО КРИЗИСА

Вера Мансуровна Лукьянцева

психолог

Аннотация. Данная работа представляет результаты разработанной методики по выявлению потребностно-мотивационной сферы человека. Такая возможность была обнаружена в процессе семантического анализа опроса, проводимого в рамках исследования по изучению образа мира семьи супружеских пар, находящихся в ситуации межличностного кризиса.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, когнитивная концептуализация, потребности, потребностно-мотивационная сфера, сознание, образ мира, семья, пара, развод, отношения, межличностный кризис.

Интерес к институту семьи связан с неуклонным ростом количества разводов как в мировом сообществе, так и в современной России. По данным Национального центра медицинской статистики США [1], доля разводов на тысячу человек населения Америки достигла в 2017 году величины 2,9, что в два раза больше, чем в 60-е годы XX века. Аналогичная величина для стран ЕС выросла с 1965 года почти в два раза с 0,8 в 1965 до 1,9 в 2016 г. [2]. Что же касается РФ, то, по сведениям ООН [3], она находится на первом месте в мире с долей разводов 5 на тысячу человек населения. Данная ситуация существует, несмотря на то что проведенные отечественными учеными исследования текущего состояния общества позволяют утверждать, что «в российском обществе семья базируется на принципах коллективизма и выступает фундаментальной ценностью» [4, с. 161]. Установленный вывод авторы подтверждают оценками Центра проблемного анализа государственно-управленческого проектирования [5]. Из 16 исследуемых стран у россиян был зафиксирован самый высокий уровень значимости традиционных семейных отношений ($i=74,97$ по 100-балльной шкале). В условиях недостаточно развитой системы семейного психологического консультирования в нашей стране исследования, связанные с этой темой, приобретают особенную актуальность.

В данной статье используются результаты исследования (в рамках защиты магистерской диссертации В. М. Лукьянцевой) «Образ мира супружеских пар, находящихся в ситуации межличностного кризиса».

Представленное исследование проводилось для изучения воздействия, которое оказывает характер межличностных отношений в супружеской паре на образ мира семьи, складывающийся у обоих партнеров. Для этих целей была разработана анкета, методологическое основание которой опирается на наиболее часто цитируемые в научной литературе концепции семейных отношений, а именно: теорию привязанности Д. Боулби; теории, основанные на ролевых моделях поведения, впервые предложенные Я. Морено; теорию семейных систем М. Боуэна; теорию социального обмена Дж. Тибо и Г. Келли.

В теории Боулби привязанность означает «биологический инстинкт, в котором стремление найти близость к фигуре привязанности происходит, когда ребенок чувствует угрозу или дискомфорт» [6]. Такие связи могут существовать и между двумя взрослыми, но между ребенком и опекуном они вытекают из необходимой для выживания подрастающего поколения безопасности и защиты. Модели привязанности, в свою очередь, формируют, но не определяют ожидания человека в более поздних отношениях. В конце 1980-х Синди Хазан и Филипп Шейвер распространили теорию привязанности на отношения в паре [7]. У взрослых были выявлены четыре типа привязанности: безопасная, тревожная (прилипчивая), тревожно-избегающая (робкая) и избегающе-отвергающая (безразличная). Они примерно соответствуют классификации младенцев: безопасные, тревожно-амбивалентные, избегающие и дезорганизованные [8].

Изучение ролевых моделей поведения началось с использования Я. Л. Морено в своей психотерапевтической практике того влияния, которое оказывает на индивида исполнение им той или иной роли [9]. В современных работах по социальной психологии все еще доминирует мнение о том, что роль однозначно определяет реакции и поведение человека [10, с. 250–256]. Сутью ролевой модели поведения является ожидаемый вклад конкретных участников в групповое взаимодействие. Наиболее детально эта тема освещена в работе И. Гофмана «Представление себя другим в повседневной жизни» [11]. Цитируя слова Шекспира «Весь мир — театр», Гофман пишет: «Конечно, не весь мир является театральной сценой, однако нелегко найти важные сферы жизни, для которых это не было бы справедливо» [11, с. 272]. В семье, как в социальной системе, также происходит определенное распределение ролей. Исполнение одной роли, запуская цикл устойчивых реакций, активизирует исполнение других ролей.

Используемые автором идеи американского психиатра и психолога М. Боуэна основаны на представлении семьи в качестве единой

эмоциональной системы. По его мнению, эмоциональная взаимозависимость семьи отвечает задачам биологического развития человека как вида, способствуя усилению безопасности и развитию каждого ее члена. Усиление внешнего давления на семью может как мобилизовать внутренние ресурсы, так и создать дополнительные проблемы, увеличивая уровень беспокойства. В результате один или несколько участников абсорбируют в себе системную тревогу, становясь уязвимыми для таких проблем, как депрессия, алкоголизм или физические заболевания. М. Боуэн использовал положение о клеточной дифференциации как метафору для описания внутрисемейных взаимоотношений. Он предположил, что люди, функционирующие как здоровые клетки, добиваются наибольшей эффективности, когда они рассматривают себя как автономию, но в то же время и связанную с другими членами более крупного эмоционального организма, каким является семья. Человек с хорошо дифференцированным «я» осознает свою реальную зависимость от других. Его действия воплощают общий интерес группы — это продуманный выбор, а не реакция на давление в отношениях.

В работах, связанных с исследованиями брака и близких отношений, часто используются ссылки на теорию социального обмена. Это направление основывается на теории взаимозависимости Тибо и Келли [12, с. 3–24], которая утверждает, что динамика отношений является следствием процесса социального обмена, понимаемым как чередой издержек и вознаграждений между партнерами и другими участниками взаимодействия. Авторы теории особенно акцентируют внимание на том, что издержки и вознаграждения индивида не могут быть рассмотрены изолированно от вклада в отношения второго партнера. Предполагается, что каждый участник взаимодействия заинтересован в справедливом, по его мнению, учете не только собственных затрат. Поиск справедливости в данном вопросе распространяется им и на второго участника взаимодействия. Следует понимать, что в силу разницы в гендерно-ролевых стереотипах мужчины и женщины по-разному реагируют на возникшую по отношению к ним несправедливость. Для нашей работы представляется важным определить, какие части взаимодействия с семейной системой каждый из опрашиваемых индивидов позиционирует как личную издержку или вознаграждение, а также выявить лексические средства, которые каждый из супругов употребляет в случае несправедливых, по его мнению, издержек или вознаграждений.

Более подробное описание теоретических средств, используемых для исследования в данной работе, описано в статье [13].

В анкетировании, проводимом в рамках исследования, приняли участие шестнадцать супружеских пар (состоящие в браке более трех лет в возрастном диапазоне от 30 до 40 лет), разделенные в дальнейшем на две группы. Первая группа состояла из пар, находящихся в состоянии межличностного кризиса (в дальнейшем по тексту — группа К), во вторую группу попали испытуемые, состоящие в гармоничных отношениях (в дальнейшем по тексту — группа Г). Содержание предъявленных вопросов анкеты раскрывало образ сознания индивида как совокупность семи образов: образ «Я» до вступления в брак, в браке, в детско-родительских отношениях, в актуальных представлениях о себе, в представлениях о другом, образ «Я» в будущем, образ «Мы».

Испытуемым предлагалось написать три ассоциации на каждый из входящих в анкету вопросов. В результате проведенного эксперимента от испытуемых пар было получено более 3000 слов. Дальнейшая работа с данными вытекала из семантики полученных слов и основывалась на введенном А. Н. Леонтьевым понятии «образа мира». В работах Алексея Николаевича образ мира выступает как единая многоуровневая система представлений человека о себе и окружающем его мире и людях, происходящих событиях, отношении к этим событиям. А. Н. Леонтьев показывает, что образ мира включает в себя не только четыре измерения (три пространственных и одно временное), но и еще одно дополнительное квазиизмерение, «в котором открывается человеку объективный мир. Это пятое измерение — смысловое поле, система значений» [14, с. 251]. Присутствие пятого измерения опосредовано тем, что человек не может воспринимать предмет беспристрастно. Благодаря тому, что каждый предмет имеет свое индивидуальное значение у воспринимающего, в сознании индивида образуется многомерный образ мира, его образ реальности. Анализ полученного материала показал, что индивидуальное значение каждой из полученных ассоциаций можно связать с одной из базовых потребностей человека. При соотношении слова с потребностью добавлялся знак «+» или «-» в зависимости от того, насколько достаточно или недостаточно развита данная потребность у индивида. Например, слову «любопытство» присваивалась категория «исследовательская потребность» (использовалась классификация потребностей по В. П. Симонову [15, с. 48–50]) со знаком «+», а слову «глупость» — «исследовательская потребность» со знаком «-». Такой метод обработки данных позволил провести исследование сознания через раскрытие потребностно-мотивационной сферы опрошенных.

В рамках проводимого эксперимента использовалась физиологическая классификация врожденно заданных потребностей (существующие благодаря наличию в мозге определенных нейронных сетей), предложенная П. В. Симоновым [15, с. 48–50]. Выбор именно этой интерпретации опирался на позицию Л. С. Выготского, который считал, что «мы должны изучать не отдельные, вырванные из единства психологические и физиологические процессы, которые при этом становятся совершенно непонятными для нас; мы должны брать целый процесс, который характеризуется со стороны субъективной и объективной одновременно» [16, с. 137].

Данная классификация определяет три базисные группы потребностей: витальные, социальные и идеальные (или потребности саморазвития).

1. К витальным (биологическим) относятся потребности, необходимые для поддержания жизни или существования вида. Это потребности, которые человек может удовлетворить сам, не прибегая к помощи других людей. К ним относятся:

- гомеостатические (дыхание, кровообращение, терморегуляция, сон, бодрствование);
- пищевые, питьевые;
- экономия сил (в гипертрофированной форме — рефлекс лени);
- груминг (уход за телом);
- потребности в безопасности, включающие в себя:
 - оборонительные потребности, подразделяющиеся на:
 - пассивно-оборонительные (страх, тревожность, избегание);
 - активно-оборонительные (агрессия).

2. Социальные потребности опосредованы разнообразием форм взаимодействия с окружающими индивидами (внутривидовое взаимодействие), включают в себя:

- половые;
- родительские;
- детские (стремление к контакту с родителями);
- иерархические (стремление к лидерству или подчинению);
- потребность следовать норме;
- реакция сопереживания (перенос на себя эмоций, связанных с другой особью).

3. Потребности саморазвития (или идеальные потребности) включают в себя:

- исследовательские (сбор новой информации, любопытство);

- подражательные (работают зеркальные нейроны);
- рефлекс свободы;
- игровая (тренировка двигательных навыков);
- потребность преодоления — воля;
- потребность в вооруженности (последние две потребности Симонов выделял отдельно).

Потребность в вооруженности проявляется в процессе приобретения умений, определенных профессиональных или поведенческих навыков. Далее по тексту для большей наглядности указанная потребность будет обозначаться как «потребность в профессии».

Воля в данном случае рассматривается как потребность преодоления препятствий. Дополнительно (для представляемого исследования) из группы витальных потребностей была выделена группа оборонительных потребностей. Из группы социальных — детско-родительские, половые и реакция сопереживания.

В результате классификация проводилась по следующим потребностям:

- витальные;
- оборонительные;
- детско-родительские;
- социальные;
- половые;
- реакции сопереживания;
- саморазвитие.

Полученные данные были объединены в четыре группы: женщин и мужчин, находящихся в гармоничных отношениях (далее по тексту — группа Г_ж, Г_м), а также женщин и мужчин, пребывающих в состоянии межличностного кризиса (далее по тексту — группа К_ж и К_м).

Ниже (рис. 1) представлены соотнесенные по группам потребностей ассоциации, полученные от испытуемых и отражающие аспект восприятия себя до брака.

Хочется обратить внимание на то, что женщины и мужчины, состоящие в гармоничных отношениях (группа Г_ж и Г_м), в аспекте представления себя до брака показывают максимальное значение по шкале «саморазвитие» — 46 и 51 % соответственно. Женщины и мужчины, находящиеся в кризисных отношениях (группа К_ж и К_м), предъявляют по этой шкале 22 и 34 % соответственно. Половые потребности в представлении себя до брака сильнее всего представлены в группе К_ж со значением 17 %, почти вдвое превышая показатели групп К_м

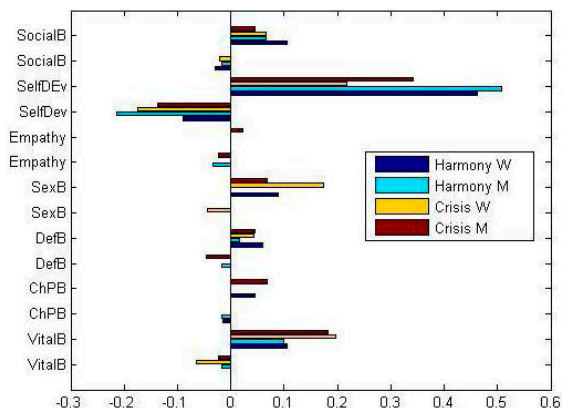


Рис. 1. Образ «Я» до вступления в брак

Обозначения: *SocialB* — социальные потребности, *SelfDev* — потребности саморазвития, *Empathy* — потребности в сопереживании, *SexB* — сексуальные потребности, *DefB* — оборонительные потребности, *ChPB* — детско-родительские потребности, *VitalB* — витальные потребности. *Harmony W* — группа женщин, находящихся в гармоничных отношениях с партнером, *Harmony M* — группа мужчин, находящихся в гармоничных отношениях с партнершей. *Crisis W* — группа женщин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре, *Crisis M* — группа мужчин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре.

и Г_ж (7 и 9 % соответственно). Группа мужчин, состоящих в гармоничных отношениях, не выявила этой потребности в своих воспоминаниях, относящихся к добрачному периоду. Витальные потребности в данном секторе преобладают в парах группы К (18 и 20 %) перед супругами группы Г (10 и 10 %).

Можно сказать, что в представлениях себя до брака женщины группы Г_ж придают большее значение поведению, связанному с саморазвитием и социальному взаимодействию, по сравнению с группой К_ж. Женщины группы К_ж больше значения придают романтическим отношениям того периода и отмечают более выраженное поведение для удовлетворения насущных жизненных нужд. Мужчины группы Г_м придают больше значения программам, связанным с саморазвитием, чем мужчины группы К_м, то время как мужчины группы К_м больше интересуются своими отношениями до брака.

Ниже на рисунке 2 представлены диаграммы, отражающие распределение ассоциативного ряда в аспекте представления себя в браке (социальная роль в семье) для групп К_м, К_ж и Г_м, Г_ж.

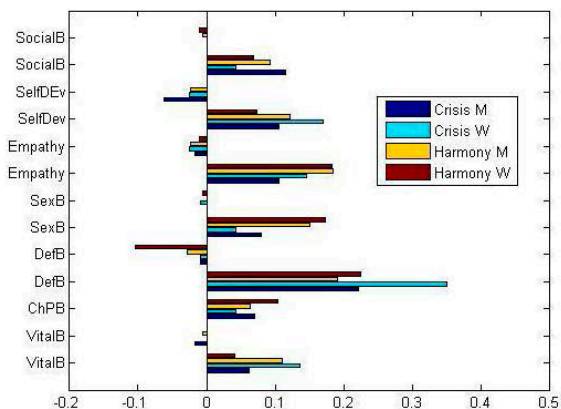


Рис. 2. Образ «Я» в браке

Обозначения: *SocialB* — социальные потребности, *SelfDev* — потребности саморазвития, *Empathy* — потребности в сопереживании, *SexB* — сексуальные потребности, *DefB* — оборонительные потребности, *ChPB* — детско-родительские потребности, *VitalB* — витальные потребности. *Harmony W* — группа женщин, находящихся в гармоничных отношениях с партнером, *Harmony M* — группа мужчин, находящихся в гармоничных отношениях с партнершей. *Crisis W* — группа женщин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре, *Crisis M* — группа мужчин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре.

На графике выделяются высокие значения по шкале «оборонительное поведение» группы К_ж (35 %, тогда как в остальных группах этот показатель варьируется в районе 20 %). В семейных отношениях это может проявляться в агрессивном или тревожно-избегательном поведении. Женщины, входящие в группу Г_ж, предъявили самые высокие показатели (10 %) по шкале «оборонительное поведение», то есть спокойствие, уверенность. По шкале «половое поведение» пары, входящие в группу Г, демонстрируют более чем в два раза высокие показатели (17 и 15 % против 4 и 8 %), нежели у группы К. Максимальное (более чем в четыре раза) различие по этой шкале выявлено между группами К_ж и Г_ж (4 и 17 %).

Можно сказать, что в семейно-ролевых отношениях, по сравнению с группой К_ж, женщины группы Г ощущают себя более спокойными и любимыми, активнее проявляют себя в детско-родительских взаимодействиях, чаще общаются с родственниками. Женщины, входящие в группу К_ж, ведут себя, скорее, конфликтно, проявляют меньше чувств к партнеру и детям, но акцентируют внимание на общебытовых вопросах, имеют более высокую оценку своего интеллектуального развития.

Представления себя в семейно-ролевой системе у мужчин группы Г и К наиболее существенно различаются по шкалам «половое поведение» (15 и 8 % соответственно), «реакция сопереживания» (18 и 11%), «витальное поведение» (11 и 6 %). Можно сказать, что мужчины группы Г делают больший акцент на своих личных отношениях с женщиной, проявляют больше понимания по отношению к близким и активнее участвуют в обеспечении жизнедеятельности семьи.

Рассмотрим распределения для групп К_ж, К_м и Г_ж, Г_м в аспекте, представляющем «Я» в детско-родительских отношениях (рис. 3).

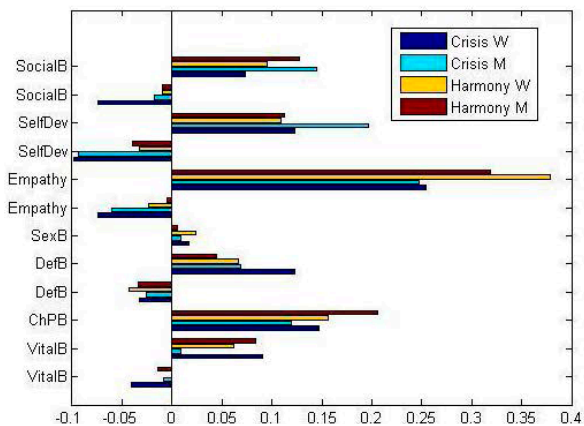


Рис. 3. Образ «Я» в детско-родительских отношениях

Обозначения: *SocialB* — социальные потребности, *SelfDev* — потребности саморазвития, *Empathy* — потребности в сопереживании, *SexB* — сексуальные потребности, *DefB* — оборонительные потребности, *ChPB* — детско-родительские потребности, *VitalB* — витальные потребности. *Harmony W* — группа женщин, находящихся в гармоничных отношениях с партнером, *Harmony M* — группа мужчин, находящихся в гармоничных отношениях с партнершей. *Crisis W* — группа женщин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре, *Crisis M* — группа мужчин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре.

В данном аспекте выделяется значительная разница по шкале «реакция сопереживания» у представителей групп Г_м и Г_ж (32 и 38 %) и групп К_м и К_ж (25 и 25 %). Здесь мы можем вспомнить теорию семейных систем М. Боуэна [17], который подчеркивал важность положительных связей со старшим поколением для построения гармоничных отношений в паре. По шкале «саморазвитие» представители групп К_ж, Г_м, Г_ж показывают примерно одинаковые показатели (12, 11, 11 %), значительно меньшие, чем представители группы Г_м (20 %). Можно сказать, что мужчины, входящие в группу Г, больше нацелены на отношения, связанные с программами развития в данной сфере. По шкале «оборонительное поведение» мужчины групп Г и К предъявили одинаковое значение (7 %), в то время как у женщин группы К оно достигло 12 %, в три раза превышая показатели группы Г (4 %). Получается, что вне зависимости от группы у мужчин выявлен близкий уровень ощущения своей безопасности в сфере детско-родительских отношений. У женщин, наоборот, ощущение своей безопасности в этой сфере значительно зависит от принадлежности к группе К или Г. Можно сделать предположение, что прежде всего женщины подвержены влиянию уровня безопасности, приобретенного в родительской семье, на характер дальнейших супружеских отношений.

Значения по шкале «социальное поведение» у мужчин обеих групп (13, 15 %) почти в два раза превышают значения женщин (7, 9 %). Эти данные могут указывать на то, что в аспекте детско-родительских отношений мужчинам больше, чем женщинам, свойственно придерживаться ролевых моделей поведения. У женщин группы К выявлены отрицательные показатели по этой шкале (7 %), что указывает на определенное неприятие установленных в семье ролевых моделей. По шкале «витальное поведение» минимальные значения показали мужчины, входящие в группу К (1 % против 6, 8, 9 % у представителей других групп). Эти данные можно интерпретировать как заниженное участие мужчин данной группы в процессе материального обеспечения своих детей и родителей.

Рассмотрим (рис. 4) распределение ассоциаций, отражающих представленный в сознании индивида образ своей пары («Мы») для всех групп испытуемых.

Обратим внимание, что у пар группы Г не выявлены значения по положительной шкале оборонительных потребностей. Пары, входящие в кризисную группу, показали значения 13 % у мужчин и 9 % у женщин. Можно предположить, что группе Г свойственно ощущать полную

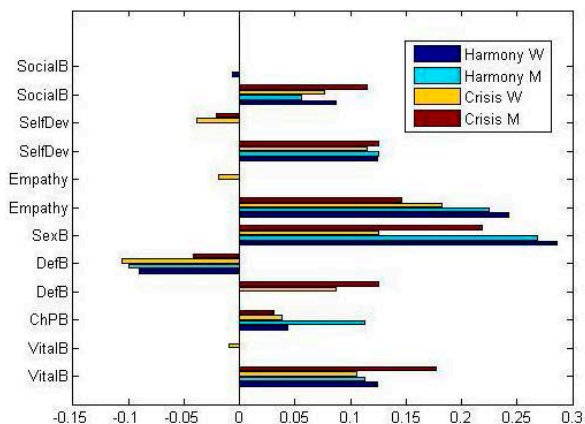


Рис. 4. Образ «Мы»

Обозначения: *SocialB* — социальные потребности, *SelfDev* — потребности саморазвития, *Empathy* — потребности в сопереживании, *SexB* — сексуальные потребности, *DefB* — оборонительные потребности, *ChPB* — детско-родительские потребности, *VitalB* — витальные потребности. *Harmony W* — группа женщин, находящихся в гармоничных отношениях с партнером, *Harmony M* — группа мужчин, находящихся в гармоничных отношениях с партнершей. *Crisis W* — группа женщин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре, *Crisis M* — группа мужчин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре.

безопасность в паре. В парах группы К мужчины чувствуют себя более уязвимыми, чем женщины. Большая разница в значениях по шкале «детско-родительских» потребностей выявлена в группе Г_м — 11 % против 3–4 % в остальных группах. По шкале «половые потребности» минимальные значения показала группа К_ж (13 против 22 % группы К_м, 27, 29 % групп Г_м и Г_ж). Можно сказать, что представление себя в паре как сексуального партнера наименее выражено именно у женщин, находящихся в кризисных отношениях с партнером. Отметим значительную разницу в проявлении социально-иерархических потребностей в восприятии образа «Мы» у мужчин, принадлежащих разным группам (11 и 6 %). Одновременно мужчины группы Г проявляют более высокие значения по шкале потребности сопереживания (23 против 15 %). Можно сказать, что в отношениях в паре мужчины группы Г меньше стремятся к установлению иерархии, склоняясь к созданию более равных, поддерживающих отношений. У женщин эти тенденции более сглажены.

Ниже (рис. 5) рассматривается аспект своей личности («Образ «Я») в актуальных представлениях о себе в группах К_ж, К_м и Г_ж, Г_м.

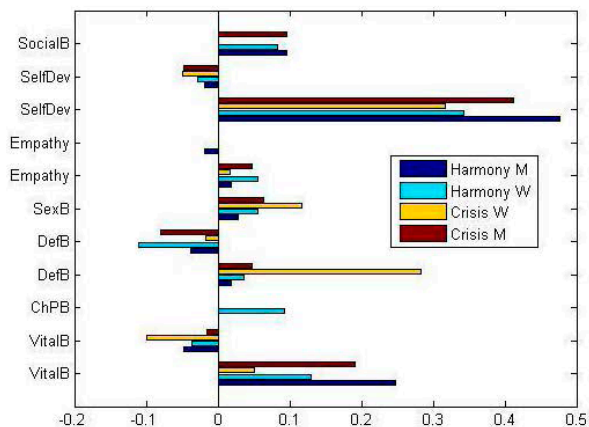


Рис. 5. Образ «Я» в актуальных представлениях о себе

Обозначения: *SocialB* — социальные потребности, *SelfDev* — потребности саморазвития, *Empathy* — потребности в сопереживании, *SexB* — сексуальные потребности, *DefB* — оборонительные потребности, *ChPB* — детско-родительские потребности, *VitalB* — витальные потребности. *Harmony W* — группа женщин, находящихся в гармоничных отношениях с партнером, *Harmony M* — группа мужчин, находящихся в гармоничных отношениях с партнершей. *Crisis W* — группа женщин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре, *Crisis M* — группа мужчин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре.

Прежде всего выделим значительное превосходство над другими группами по шкале «оборонительное поведение» испытуемых группы К_ж (28 и 2 %, 4, 5 % в других группах). Можно сказать, что у женщин этой группы довольно ярко выражено агрессивно-избегательное поведение, они в значительной степени подвержены таким эмоциям, как страх и тревога. У женщин этой группы в отношении себя наименее развиты витальные программы (5 % против 13, 19, 25 %). Можно сказать, что эти женщины проявляют минимальные усилия для решения насущных для своего успешного функционирования вопросов (напомним, что в группу витальных потребностей, по Симонову, входит уход за своей внешностью). Входящие в эту группу женщины не выявили значений по шкале «социальные потребности», что может указывать на отсутствие желания к взаимодействию с другими людьми. Учитывая

высокий уровень оборонительных программ, можно предположить, что женщины группы К считают общение с другими людьми небезопасным для себя. В то же время женщины группы К показывают максимальное значение по шкале «половые потребности» (12 против 6 % у женщин группы Г и 3 % мужчин группы Г, 6 % мужчин группы К). Можно предположить, что женщинам группы К важнее сохранять свою привлекательность для противоположного пола, чем представителям других групп.

На рисунке 6 представлены распределения для групп К_ж, К_м и Г_ж, Г_м, представляющие сектор «Образ «Я» — в актуальных представлениях о другом».

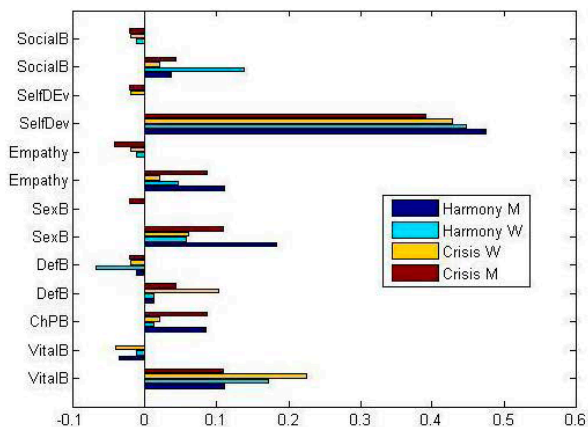


Рис. 6. Образ «Я» в актуальных представлениях о другом

Обозначения: *SocialB* — социальные потребности, *SelfDev* — потребности саморазвития, *Empathy* — потребности в сопереживании, *SexB* — сексуальные потребности, *DefB* — оборонительные потребности, *ChPB* — детско-родительские потребности, *VitalB* — витальные потребности. *Harmony W* — группа женщин, находящихся в гармоничных отношениях с партнером, *Harmony M* — группа мужчин, находящихся в гармоничных отношениях с партнершей. *Crisis W* — группа женщин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре, *Crisis M* — группа мужчин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре.

На данном графике хочется отметить значительное превосходство по шкале «социальные потребности» у женщин группы Г (со значением 14 против 4 %, 2, 2 % в других группах). Мужчины группы Г опережают остальные группы по шкале «половые потребности» (18 против 6 %, 6,

11 %). Исходя из этих данных, можно сказать, что женщины, состоящие в гармоничных отношениях, высоко оценивают социальные достижения партнера, а мужчины в этих парах подчеркивают сексуальную привлекательность своих половинок. Оборонительные потребности женщин группы К в 10 раз превышают эти потребности женщин и мужчин из группы Г. Оборонительные потребности со знаком минус (уверенность, доверие, безопасность) достигают максимального значения в группе Г_ж (6 против 1 %, 1, 2 %). Можно сказать, что образ партнера у женщин, состоящих в гармоничных отношениях, вызывает значительно больше уверенности и спокойствия, чем у женщин другой группы. А у женщин, состоящих в кризисных отношениях, образ партнера вызывает ощущение опасности, активируя комплекс оборонительного поведения. У мужчин, находящихся в разных видах взаимоотношений, рассмотренные тенденции присутствуют в более сглаженной форме.

Ниже (рис. 7) рассматривается «Образ «Я» в будущем» для групп Г_м, Г_ж и К_м, К_ж.

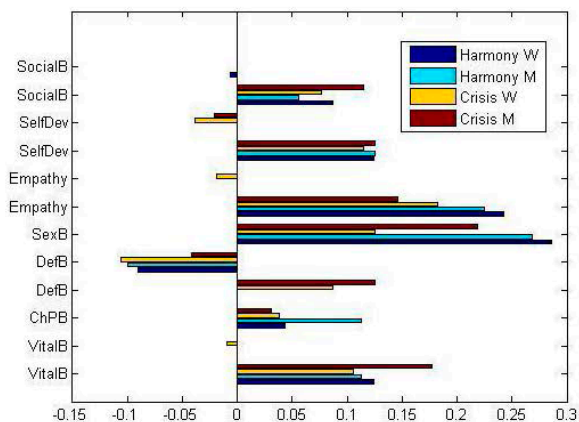


Рис. 7. Образ «Я» в будущем

Обозначения: *SocialB* — социальные потребности, *SelfDev* — потребности саморазвития, *Empathy* — потребности в сопереживании, *SexB* — сексуальные потребности, *DefB* — оборонительные потребности, *ChPB* — детско-родительские потребности, *VitalB* — витальные потребности. *Harmony W* — группа женщин, находящихся в гармоничных отношениях с партнером, *Harmony M* — группа мужчин, находящихся в гармоничных отношениях с партнершей. *Crisis W* — группа женщин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре, *Crisis M* — группа мужчин, находящихся в ситуации межличностного кризиса в паре.

Отметим значительное превосходство показателей мужчин обеих групп по шкале «потребности саморазвития» перед женщинами (44 и 36 % против 21 и 22 %). По шкале «социальные потребности» у мужчин не было выявлено значений. Женщины из обеих групп показали одинаковое значение в 10 %. Эти данные можно интерпретировать так: представляя себя в будущем, мужчины больше заинтересованы в своем общем и профессиональном развитии, меньше принимают во внимание социальные механизмы. Женщины не так сильно заинтересованы в дальнейшем развитии, но выявляют для себя важность социального одобрения. По шкале «оборонительное поведение» традиционно лидируют испытуемые группы К с показателем 16 % у женщин и 11 % у мужчин. По отрицательным значениям этой шкалы группа К_м показала значение 11 %, а группа Г_ж — 6 % (группа Г_ж стабильно показывает довольно высокие показатели по этой шкале по всем сферам жизни после замужества). В группе Г эти показатели составляют 2 % у женщин и 5 % у мужчин. Эти данные могут указывать на высокий уровень тревоги, связанной с будущим, прежде всего у женщин группы К, уверенность в завтрашнем дне женщин группы Г и надежду на обретение спокойствия у мужчин группы К. Кажется понятной связь надежд на будущее спокойствие у мужчин, женам которых присущи развитые программы оборонительного поведения. Также у мужчин группы К выявлены минимальные значения по шкале «витальные потребности» (18 против 28 %, 31, 34 % у представителей других групп). Можно предположить, что у этой группы мужчин стремление к спокойствию отвлекает внимание от насущных материальных нужд. По шкале «половые потребности» лидирует группа Г_ж (13 против 7 %, 7 и 6 % у представителей других групп).

Анализ данных, полученных от групп супружеских пар, находящихся в конфликтных и гармоничных отношениях (по тексту — группа К и группа Г), демонстрирует связь межличностного кризиса с отражением потребностно-мотивационной сферы в сознании индивида. Эта связь была обнаружена во всех аспектах семейной жизни. Отметим в первую очередь более высокие показатели оборонительных программ (страх, агрессия) у пар группы К, выявленные во всех рассматриваемых аспектах. Дополнительно подчеркнем наблюдаемые в представленном исследовании отрицательные корреляции следующих потребностей:

- «оборонительные потребности» и «половые потребности»;
- «витальные потребности» и «реакция сопереживания» (на групповых выборках).

Полученный в результате проведенного эксперимента материал может быть использован как инструмент для проведения диагностики и дальнейшего психологического консультирования супружеских пар. Более детальный анализ потребностей позволит выделить дополнительную информацию относительно как семейной пары, так и отдельного индивида.

Приведем пример. Если выделить из потребностей саморазвития исследовательские потребности и рассмотреть их в сочетании с потребностью сопереживания, можно представить сознание индивида в процессе межличностных отношений. В случае сочетания высокой исследовательской потребности и высокого сопереживания мы наблюдаем самостоятельного человека с большим уровнем сопереживания. При низком уровне исследовательской потребности и небольшой потребности сопереживания будет наблюдаться человек, живущий мнением других и не понимающий проблем окружающий людей.

Используя описанную выше методику и видоизменяя вопросы, предъявляемые в анкете, можно выявить профессиональные характеристики индивида и многие другие качества личности. Например, можно выделить из группы потребностей «саморазвитие» «волевую потребность» и потребность в приобретении профессиональных умений (по П. В. Симонову — «потребность вооруженности» [18]). Одновременно из группы «витальные потребности» вычленим «потребность в экономии сил» (в обиходе — лень) и сравним с предыдущей выборкой. В таком случае соотношение показателей воли и профессионализма, с одной стороны, и лени — с другой, будет указывать на то, как человек будет проявлять себя в профессиональных отношениях.

Прояснение и дальнейшее включение информации о потребностно-мотивационной сфере уже используется для составления когнитивной концептуализации в психотерапевтической практике специалистами КПТ-направления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. NCHS — National Center for Health Statistics [Электронный ресурс] URL: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/marriage-divorce.htm>
2. EUROSTAT Statistics Explained [электронный ресурс] URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Marriage_and_divorce_statistics
3. Организация Объединенных Наций [Электронный ресурс] URL: <https://www.un.org/ru/databases/>
4. Мыскин С. В., Завьялова Н. Б. Социокультурные аспекты семейного насилия. Социология // Журнал Российской Социологической Ассоциации. 2014. № 3.

5. Ценности России: реальность и мифы. Часть I. Центр проблемного анализа и государственно управленческого проектирования. [Электронный ресурс] URL:http://problemanalysis.ru/idea/idea_14.html
6. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. I. Attachment. N.Y.: Basic Books, 1969.
7. Hazan C., Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process // Journal of personality and social psychology. 1987. Vol. 52. № 3. P. 511–524.
8. Hazan C., Shaver P. R. Romantic love conceptualized as an attachment process (англ.) // Journal of Personality and Social Psychology: journal. 1987. Vol. 52, № 3. P. 511–524.
9. Морено, Я. Л. Психодрама / пер. с англ. Г. Пимочкиной, Е. Рачковой. М.: Изд-во Института психотерапии, 2008.
10. Чалдини Р. Психология влияния. СПб., 2019.
11. Гофман И. Представление себя другим в повседневной жизни. М.: Канон-Пресс-Ц; Кучково поле, 2000.
12. Келли Г., Тибо Дж. Межличностные отношения. Теория взаимозависимости // Современная зарубежная социальная психология. М.: Изд-во Московского университета, 1984. С. 61–81.
13. Мыскин С. В., Лукьянцева В. М. Психосемантический аспект образа мира семьи Организационная психолингвистика. Вып. 3 (7). Электронный научный журнал <https://psycholinguistic.ru/>
14. Леонтьев А. Н. Избр. психолог. произведения. М.: Педагогика, 1983.
15. Симонов П. В. Мотивированный мозг. М.: Наука, 1987. 272 с.
16. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 томах, М. :Педагогика, 1982.
17. Бейкен К. Теория семейных систем Мюррея Боуэна. М.: Когито-Центр, 2015.
18. Симонов П. В. Лекции о работе головного мозга. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 1998. 98 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕХНИК ТЕРАПИИ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПРИ КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ ТРЕВОГИ (С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЧАТ-БОТА)

Ирина Сергеевна Лучинкина

психолог; ГБОУВО РК «КИПУ» имени Февзи Якубова

Владислав Геннадьевич Римский

психолог; ГБОУВО РК «КИПУ» имени Февзи Якубова

Аннотация. В статье проанализированы качественные показатели эффективности психологического чат-бота при работе с уровнем тревоги у респондентов, использовавших техники терапии принятия и ответственности (с использованием психологического чат-бота). Чат-бот включает в себя техники разделения, вовлечения, медитацию *mindfulness*, а также технику расширения. Результаты анализа самоотчетов респондентов показали следующую динамику: у респондентов снизился уровень тревоги и сформировался быстрый выход из тревожного состояния без попыток подавления или контроля этого состояния.

Ключевые слова: психологический чат-бот, терапия принятия и ответственности, тревога, *mindfulness*, когнитивное разделение.

Выявленные проблемы доступности психологических услуг заключаются в финансовых возможностях людей, временном факторе и факторе переживания по поводу очных встреч. Более того, на текущий момент не существует стандартизированных виртуальных чат-ботов, учитывающих особенности русскоязычного менталитета.

Согласно данным ВЦИОМ, более 61 % молодежи в возрасте 18–24 лет используют интернет-ресурсы для коммуникативных, профессиональных и образовательных целей. В связи с этим виртуальный психологический чат-бот является эффективной платформой для оказания коррекционной и консультативной помощи. Более 72 % отмечают, что дистанционный формат обучения является эффективным, что свидетельствует об успешной цифровизации деятельности, ранее характерной только для реального пространства.

Также, согласно данным ВЦИОМ, более 67 % россиян, в том числе студенческая молодежь, отметили, что в их учебных или профессиональных организациях нет возможности контакта с профессиональными психологами. В связи с этим вопрос о доступности и необходимости профессиональной психологической помощи ряду молодых людей становится значимым.

С каждым годом на рынок выпускают все больше программных обеспечений, алгоритмов, чат-ботов, способных в какой-то мере дополнить прием у психолога. Учитывая тенденцию цифровизации в современном мире, можно утверждать, что интерес к чат-ботам будет только возрастать.

В настоящее время недостаточно данных, полученных эмпирических путем, об эффективности программных обеспечений и чат-ботов, способных проводить психологическую диагностику и консультации для составления полноценного вывода. Однако уже сейчас можно отследить положительную динамику у людей, которые используют такие модели психологического сопровождения для улучшения своего состояния [1; 2; 3; 6; 7; 9].

Созданный нами психологический чат-бот на основе когнитивно-поведенческого подхода терапии принятия и ответственности включает в себя следующие техники: техники разделения (отделение от мыслей или визуальных образов), техники вовлечения (дыхательная практика, телесная осознанность, медитация *mindfulness*, разделение на «Я-мыслитель» и «Я-наблюдатель»), а также технику расширения. Ниже приведена модель психологического чат-бота [4; 5].

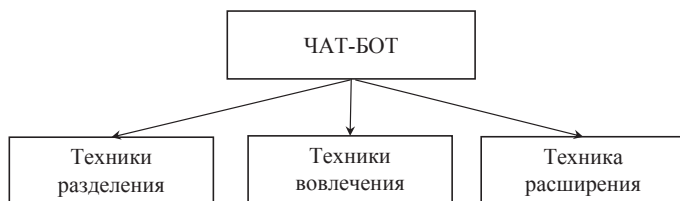


Рис. 1. Модель психологического чат-бота

Также психологический чат-бот отправляет домашние задания для закрепления умений, целью которых являлось снижение уровня тревоги у респондентов.

Анализ самоотчетов респондентов о взаимодействии с чат-ботом

На данном этапе возможен анализ качественных показателей эффективности чат-бота. Респондентам было предложено семь этапов, каждый из которых длился один день и содержал практические техники когнитивно-поведенческого подхода и терапии принятия

и ответственности. Анализ самоотчетов респондентов позволил нам сделать следующие выводы:

1. Наилучший качественный результат по снижению уровня тревоги по самоотчетам респондентов дают техники расширения и вовлечения.

Главной целью техники расширения является прекращение подавления и заглушения своей тревоги и эмоций. Вместо этого тревоге дается свободное пространство в теле. При помощи дыхания и осознанного внимания в теле снимается напряжение [5].

Респонденты отметили, что эта техника оказала на них положительное влияние, и в процессе уровень тревоги действительно снижался: «Намного лучше. Сложно, но лучше»; «Получилось справиться с напряжением, приняла тревогу как часть себя»; «Я чувствую себя спокойнее и сдержаннее»; «Какая-то часть напряжения спала, появилось осознание ощущений, их локализации в теле и их движений»; «Действенная техника».

Целью техники вовлечения является сосредоточение произвольного внимания человека на настоящем моменте: положении тела, дыхании, мыслях и чувствах, которые присутствовали в момент проведения техники, а также обстановке и звуках вокруг [5].

Техника вовлечения оказала положительный эффект на самочувствие респондентов и помогла снизить их уровень тревоги. Респонденты отмечали, что у них получалось отделиться от мысли о тревожном будущем, они начинали чувствовать спокойствие и легкость.

2. Техника «Музыкальные мысли», которая является одной из разновидностей техники разделения, помогла не только отделиться от тревожных мыслей, но и поднять настроение.

Техники разделения помогают человеку справиться с когнитивным слиянием — когда все мысли воспринимаются, как 100-процентная истина и вызывают у человека неприятные ощущения или тревогу. Цель техники «Музыкальные мысли» — отделиться от мысли и постараться увидеть ее в истинном свете, осознать, что это лишь слова в виде предложений в голове, и фактических доказательств им нет [5].

Респонденты отмечали, что эта техника помогла им «перестать поддаваться» негативным мыслям, у них получилось на время забыть о существовании тревоги, а некоторые мысли и вовсе прекратили влиять на самочувствие респондентов в процессе проведения техники.

3. Техника разделения «Телевизор» также оказала позитивное влияние на респондентов, которые сталкивались с негативными мыслями в виде образов. Цель этой техники — перенести образ, который

возникает в мыслях, на воображаемый телевизор и начать искажать картинку, менять цвета, скорость и формат образа. Таким образом происходит процесс когнитивного разделения [5].

Респонденты отмечали, что эта техника помогла им лучше, чем работа с техникой словесного разделения: перед негативной мыслью подставляют фразу «У меня есть мысль, что...».

Ответы респондентов: «Уровень тревоги снизился. Интересная техника. Получилось осознать, что это всего лишь картинки в моей голове»; «Посмотрела на ситуацию с другой стороны, это всего лишь картинки; также снижается тревога»; «От 0 до 10 могу оценить свою тревогу на 1. Она снизилась».

4. Важно отметить, что не все техники оказали эффективное воздействие на респондентов. Техника «истории разума» заключается в том, чтобы дать название мыслям, которые чаще всего возникают в голове и вызывают тревогу. Согласно отзывам респондентов, уровень тревоги значительно не снизился. Предположим, что данная техника способна быть более эффективна в долгосрочной перспективе.

Исходя из полученных результатов анализа самоотчетов респондентов выборки о качественных показателях эффективности чат-бота, выявлено, что техники из когнитивно-поведенческого подхода (терапии принятия и ответственности), включенные в алгоритм чат-бота, способны помочь человеку снизить уровень тревоги, начать осознавать текущий момент и позволять существовать своим мыслям и тревожному состоянию без попытки контроля или его подавления.

Респонденты отмечали качественную позитивную динамику в процессе работы с чат-ботом и после. При более длительной работе и психологическом сопровождении личности могут быть выявлены статистически достоверные различия по показателям уровня тревожности и степени выраженности когнитивных искажений до и после прохождения виртуальной программы психологического сопровождения (с использованием чат-бота).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клейн Б., Шендлей К., Остин Д., Нордин С.. Пилотажное исследование программы «Паника Онлайн» как самоуправляемой терапии Панического Расстройства // Психологическое консультирование. Онлайн. 2010. № 4. С. 49–60.
2. Исследования эффективности online-терапии, психотерапия по Skype [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://adnosiny.by/psihologiya/ssledovaniya-effektivnosti-online-terapii-psihoterapiya-po-skype> (дата обращения: 04.05.21).

3. Меновщиков В. Ю. Состояние и перспективы исследований консультирования и психотерапии в Интернете // Сибирский психологический журнал. 2009. № 33. С. 57–62.
4. Нойфельд В. Mindfulness и Acceptance and Commitment Therapy — направление третьей волны когнитивно-поведенческой терапии // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2013. Т. 4. С. 43–44.
5. Харрис Р. Ловушка счастья /пер. А. Петренко. М.: Эксмо, 2019. — 480 с.
6. Buntrock C., Ebert D. D., Lehr D. et al. Effects of a web-based guided self-help intervention for prevention of major depression in adults with subthreshold depression: A randomized clinical trial. JAMA, 2016, 315(17), p. 1854–1863; doi: 10.1001/jama.2016.4326.
7. Carlbring P., Andersson G., Cuijpers P. et al. Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. Cognitive Behaviour Therapy, 2017, 47(1), p. 1–18; doi: 10.1080/1650673.2017.1401115.
8. De Voogd E.L., Wiers R.W., Prins P. J. M., et al. Online attentional bias modification training targeting anxiety and depression in unselected adolescents: Short- and long-term effects of a randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 2016, 87, p. 11–22; doi: 10.1016/j.brat.2016.08.018.
9. Kumar V., Sattar Y., Bseiso A. et al. The effectiveness of Internet-based cognitive behavioral therapy in treatment of psychiatric disorders. Cureus, 2017, 9(8), e1626; doi: 10.7759/cureus.1626.

КОМПЕТЕНЦИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ТЕРАПЕВТА В ПРАКТИЧЕСКОМ ПРИМЕНЕНИИ — КАРТА РАЗВИТИЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ, КОМПЕТЕНЦИЙ

Дмитрий Викторович Ковняк

врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии им. И. И. Мечникова, президент Ассоциации КПП, член Международного консультативного комитета Института Бека, член правления Международной Ассоциации КПП

Альберт Инзирович Муртазин

врач, клинический психолог, преподаватель Ассоциации КПП

Валентина Алексеевна Кувшинова

психолог-консультант

Аннотация. В когнитивно-поведенческой терапии отсутствуют признанные четкие профессиональные стандарты для применения в практике или для подготовки молодых специалистов. В статье проанализированы системы компетенций в КПП и составлена карта компетенций с необходимыми знаниями и навыками. Также в материале рассматривается взаимосвязь между знаниями, навыками и компетенциями. Составленная карта включает в себя как универсальные компетенции и метакомпетенции, присущие психологам различных модальностей, так и специфические для когнитивно-поведенческой терапии, в том числе дополнительные компетенции для отдельных расстройств: ОКР, ПТСР, ГТР, социальная тревога, паническое расстройство и депрессия.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия, методология, знания, навыки, компетенции, карта компетенций, CTRS, развитие навыков.

Несмотря на широкую распространенность когнитивно-поведенческой терапии (КПП), до сих пор отсутствуют четкие критерии и согласованные сообществом профессиональные стандарты в сфере подготовки КПП-специалистов. Подготовка специалистов с необходимыми навыками и компетенциями является трудной задачей: реальные компетенции варьируются в зависимости от предыдущего опыта и образовательного трека специалиста. Для изменения ситуации целесообразно сформировать ориентиры в виде связанных между собой в единой структуре компетенций для специалистов, которые начинают осваивать данный метод. Таким образом, возможный путь к составлению профессиональных стандартов обучающихся КПП — составление карты

компетенций, основанной на уже имеющихся исследованиях эффективности КПТ, и прояснение самого смысла компетентностного подхода к обучению.

В этой связи важно дать определение понятию «компетенция» и связанным понятиям — «знание» и «навык». Понятие «умение», которое используется в отечественной педагогике, в нашей статье считаем тождественным понятию «навык».

Понятие знания тесно связано с обработкой информации. Во Всемирной энциклопедии по философии дается развернутое определение знания: «Знание — селективная, упорядоченная, определенным способом (методом) полученная, в соответствии с какими-либо критериями (нормами) оформленная информация, имеющая социальное значение и признаваемая в качестве именно знания определенными социальными субъектами и обществом в целом». Знание создается человеком на основе информации и является продуктом его мыслительной деятельности на двух уровнях мышления — автоматическом и рефлексивном. Навыки — это автоматизированные компоненты сознательного действия человека, которые вырабатываются в процессе выполнения этого действия. Навыки (и умения) — это некоторые действия, осуществляемые на основе знания. Знания при формировании навыка отражаются в поведении. Примером является формирование автоматических мышечных паттернов при обучении вождению автомобиля на основе знаний, полученных на теоретических занятиях в автошколе.

В XX веке появилось понимание, что знаний и навыков недостаточно для эффективного обучения. Дискуссия по этой теме в западном научном сообществе началась с работы 1973 года психолога D. C. McClelland, опубликовавшего статью, в которой показано, что «традиционные академические тесты способностей и тесты проверки знания, так же как и школьные уровни и дипломы, не прогнозируют эффективное выполнение работы и достижение личностного успеха». В России при этом еще в первой половине XX века нейрофизиолог и педагог, создатель направления «физиология активности», исследователь биомеханики и анализа движения Н. А. Бернштейн отмечал, что «нет однозначного соответствия между результатом движения и “командами», посылаемыми мозгом к мышцам. Есть однозначное соответствие между результатом движения и “образом потребного будущего”, закодированном в нервной системе». Согласно Н. А. Бернштейну, человек изучает и автоматизирует не «приемы

действия», а алгоритм, то есть навык программируется под конкретную задачу и конкретное окружение. Основное отличие навыка от компетенции заключается в наличии движения к цели или решению проблемы, то есть важное значение приобретает рефлексивный уровень обработки информации (по Аарону Т. Беку). Компетенции — это осознанные и воспроизводимые компоненты профессиональной деятельности. Если навык — это алгоритм, то компетенция — это алгоритм алгоритмов для эффективных действий в постоянно меняющихся условиях окружающей среды. Когнитивно-поведенческий терапевт делает выбор среди имеющихся знаний (интериоризированной информации) и навыков (алгоритма действий) из всего их набора с учетом адекватности текущим биологическим, психологическим и социальным потребностям клиента или пациента, что позволяет достигать результата в работе. Таким образом, компетенции терапевта определяют предложенный А. Беком план когнитивно-поведенческой терапии с учетом когнитивной модели и расширенной модели Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Терапии.

В настоящее время компетентностный подход является ведущим в психологическом образовании и предполагает освоение специалистами умений и навыков, позволяющих действовать в новых и изменяющихся условиях психотерапевтической консультации и курса психотерапии. Но так было не всегда. В начале XX века единственным признанным вариантом развития навыков для терапевтов были личная терапия и практическая работа. Однако даже в наши дни нет достаточных доказательств, что такой подход приводит к эффективности в терапии пациентов.

James Bennett-Levy указывает на отсутствие достаточных доказательств того, влияет ли сама личная терапия специалиста на результаты клиентов. Личная терапия, как правило, происходит в течение определенных периодов времени, внутри которых могут иметь место другие формы нового обучения (например, обучение на основе клинической работы, семинаров, материалов для чтения и супервизии), и результат личной терапии сложно отделить от этих активностей. Также существует ряд переменных, которые могут ослабить влияние личной терапии на развитие терапевта и результат клиента: к примеру, авторы Orlinsky D. E., Schofield M. J., Schroder T., Kazantzis N. обозначают различные мотивации для личной терапии — решение личных проблем или личностного роста, а не в целях обучения (Orlinsky, Schofield, Schroder, Kazantzis, 2011).

В начале 80-х годов XX века рядом авторов (например, Yeaton W. H., Sechrest L.) было отмечено, что компетентный терапевт демонстрирует

следующее: а) соблюдение теоретической основы для проведения терапевтических интервенций; б) способность вовлекать клиента в конструктивные терапевтические отношения; в) умелое использование лечения и достижение с его помощью целей, необходимых для изменений; г) знание того, когда применять и когда не применять терапевтические интервенции (Yeaton & Sechrest, 1981).

Dobson K. S., Kazantzis N. отмечают, что компетенции терапевта с тех пор активно изучаются, в том числе для выявления полезной информации о предикторах успешного исхода лечения (Dobson & Kazantzis, 2003). Выявление фактов, какие именно компетенции ассоциированы с высокой эффективностью терапии при конкретном расстройстве, могло бы помочь преподавателям в создании обучающих программ. Выделение специфических навыков и компетенций для когнитивно-поведенческой терапии также важно для того, чтобы учитывать их в дизайнах исследований КПТ и таким образом проводить исследования эффективности именно КПТ, а не «интегративной» практики. При этом нужно разделять факторы терапии, которые демонстрирует терапевт исходя из своих компетенций при работе с клиентом, то есть в рамках отношений «терапевт — клиент», и компетенции, которые оцениваются в системе отношений «терапевт — супервизор» с помощью соответствующих шкал.

Шкала когнитивной терапии (Cognitive therapy scale), составленная в 1980 году (CTS; Young & Beck, 1980), была первым средством измерения компетентности терапевта в проведении КПТ. CTS (в настоящий момент ее принято называть CTRS — Cognitive Therapy Rating Scale) состоит из 11 пунктов, каждый из которых оценивается по 7-балльной шкале Ликерта (от 0 до 6 баллов). Первая часть шкалы касается общих навыков (например, понимания терапевта, межличностной эффективности), а вторая часть, состоящая из пяти пунктов, касается основных компетенций в когнитивно-поведенческой терапии (например, стратегия изменений, применение когнитивно-поведенческих техник, домашнее задание). Адекватный уровень компетентности определяется оценкой в 40 и более баллов по CTRS (Dobson, Shaw, 1988); в настоящее время для Института Бека адекватный уровень специалиста Certified Clinician — не менее 44 баллов. Шкала актуализируется и дополняется и в настоящее время, в 2022 году ожидается презентация Институтом Бека пересмотренной версии. Также были разработаны и используются иные шкалы для оценки компетенций в КПТ — например, ACCS (Assessment of Core CBT Skills). Шкала ACCS, для сравнения, состоит из восьми доменов (обозначение повестки,

концептуализация, интервенции КПТ, домашние задания, оценка изменений, эффективное использование времени, терапевтические взаимоотношения, двусторонняя коммуникация).

Важно обратить внимание, что в исследованиях выявляется влияние на эффективность терапии универсальных (общих) и специфических факторов терапии, а также факторов, не зависящих от процесса психотерапии. Влияние факторов терапии оценивалось разными исследователями, в данной статье приведены результаты работы Lambert M. J., Ogles B. M. В результате обзоров исследований получены данные, что эффективность терапии зависит, по разным источникам, на 30–70 % от универсальных (общих) факторов, от 1 до 15 % результатов связаны со специфическими факторами; при этом нет данных, полученных отдельно для КПТ.

Dobson K. S., Shaw B. F. в статье 2003 года «The training of cognitive therapists: what have we learned from treatment manuals?» предположили, что способность выстраивать здоровые терапевтические отношения, основанные на опыте, является аспектом функционирования терапевтов, который относительно неизменен в течение обучения, в то время как Horvath выдвинул гипотезу о том, что, хотя способность создавать терапевтические отношения может быть относительно невосприимчивой к обучению, возможно, некоторым терапевтам удастся овладеть навыками поддержания терапевтического альянса. Horvath с коллегами приводит заключение о существовании надежной связи между терапевтическим альянсом и результатом психотерапии.

Существует убеждение, что когнитивно-поведенческая терапия является «механической» и в ней неважны терапевтические отношения. Однако Аарон Т. Бек перечисляет «необходимые, но недостаточные для достижения оптимального терапевтического результата характеристики специалиста»: теплота, уместная эмпатия и искренность. Keijsers G. P., Schaap C. P., Hoogduin C. A. заключают, что специалисты в КПТ используют межличностные навыки в том же объеме, что и представители других направлений терапии.

Nikolaos Kazantzis в своей статье обращает внимание, что компетенции психолога варьируются в зависимости от времени и ситуации, и даже самый опытный практикующий специалист нуждается в постоянном наблюдении и оценке компетентности в практике КПТ.

Newman C. F. разделяет компетенции КПТ-терапевта на фундаментальные, функциональные и развивающие. Фундаментальные компетенции не имеют привязки к методу психотерапии и определяют

«профессионализм» терапевта. Компетентные практикующие КПТ специалисты обладают обширными знаниями научных основ когнитивной теории психологических расстройств и осознают пределы своих компетенций в рассматриваемой области, а также соблюдают этические стандарты, стремятся к саморефлексии и самокоррекции, взаимодействуют со специалистами здравоохранения из других дисциплин. Функциональные компетенции в большей степени связаны с конкретными знаниями и навыками, такими как оценка и диагностика, способность структурировать сессии, обучение клиентов оспариванию дисфункциональных мыслей, концептуализация, применение домашнего задания. Развивающие компетенции относятся к подготовке и непрерывному обучению на протяжении всей жизни терапевта.

Классификация навыков и компетенций J. Bennett-Levy, основанная на модели обработки информации, базируется на более ранней декларативно-процедурной модели Binder J. L. и включает в себя три основные системы: декларативную, процедурную и рефлексивную (DPR). Данная классификация отсылает нас к концепции двух уровней обработки информации, предложенной в генеративной когнитивной

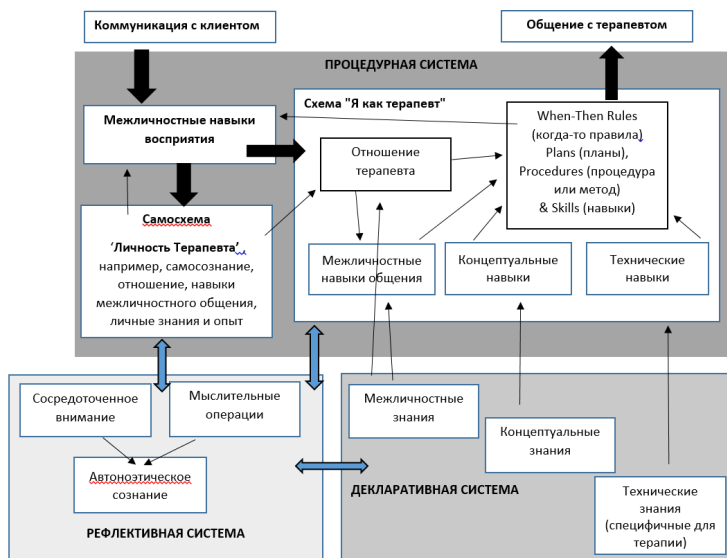


Рис. 1. Модель компетенций J. Bennett-Levy

модели Аароном Т. Беком, и объясняет, как терапевты приобретают навыки после того, как изучат основные концепции.

Эта модель определяет три вида знаний и навыков: концептуальные, технические и межличностные. Концептуальные знания и навыки нужны для использования КПТ-модели и концептуализации; технические знания и умения важны для использования техник КПТ; межличностные знания и навыки могут повлиять на терапевтические отношения.

Мы предполагаем, что для становления компетентного специалиста КПТ является важным усвоение как компетенций, универсальных для разных модальностей, так и специфических для КПТ, в том числе проблема-ориентированных при определенных психических расстройствах. Наиболее полно общие и специфические для КПТ-терапевта компетенции отражены в британской программе Улучшения доступа к психологической помощи — Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). Данная программа была взята за основу нашей классификации в первую очередь благодаря собранным вместе и подробно описанным компетенциям для различных случаев. При этом одни компетенции могут входить в другие для достижения целей при взаимодействии в системе «специалист — клиент». В списке ниже (табл. 1) мы также выделяем метакомпетенции, представляющие из себя группу универсальных компетенций, обеспечивающих эффективную реализацию всех остальных профессиональных компетенций. Метакомпетенции являются надсистемными, надпредметными и могут быть позиционированы как компетенции высшего (творческого, креативного) уровня и могут использоваться для формирования и развития других компетенций.

Карта взаимосвязи компетенций с необходимыми знаниями и навыками (табл. 2) представляет собой обучающий трек, имеющий целью достижение наилучших результатов для клиента. Такая структура могла бы принести значительную пользу при подготовке начинающих специалистов, например для определения освоенных и целевых компетенций, навыков и знаний. Профессиональному сообществу еще предстоит согласовать перечень профессиональных компетенций в КПТ, их типологию и систематику. Данная статья призвана инициировать дискуссию в среде когнитивно-поведенческих терапевтов, направленную на дальнейшее развитие и совершенствование свода компетенций специалиста в области когнитивно-поведенческого направления психотерапии.

Таблица 1

Список компетенций с учетом необходимых знаний и навыков

<p>Универсальные знания, навыки и компетенции</p>	<p>Знания: Понимание проблем психического здоровья. Углубленные знания общей и частной психопатологии, в частности — вариантов терапевтической динамики по каждой нозологической группе клиентов. Способы и методики клинико-психопатологической и экспериментально-психологической диагностики особенностей психического состояния клиента. Способы и методики оценки качественных характеристик психического здоровья клиента. Знание об используемых в отношении данной группы клиентов комплексных лечебно-реабилитационных стратегий, в том числе стратегий сочетания психофармакотерапии с психотерапией. Знание основных концепций и моделей хотя бы одного психотерапевтического подхода, в частности КПТ. Знание терминов, понятий, принципов (валидация, принятие, эмпатия и др.). Понимание показаний для направления на консультацию к другому специалисту (психиатр, невролог, эндокринолог, терапевт и др.). Знание о поддерживающих (патологических) циклах расстройств. Понимание процесса концептуализации.</p>
	<p>Навыки: Применение на практике моделей психотерапевтического подхода, в частности КПТ. Способность к обсуждению и подтверждению правил конфиденциальности и безопасности терапевтической коммуникации. Эмоциональный контакт и доверие. Эмпатическое слушание. Безоценочное принятие. Помощь в выражении чувств и объяснение их в модели терапии. Понимание внутреннего мира клиента. Понимание реакции клиента на терапию. Проявление интереса к клиентскому случаю. Соответствие стилю и темпу клиента с учетом особенностей клиента. Составление иерархии проблем. Согласование запроса и целей терапии. Постановка реалистичных целей. Формирование положительных ожиданий от лечения.</p>

	<p>Способность проводить общую оценку и концептуализацию случая.</p> <p>Способность обсудить с клиентом динамику статуса заявленной им на старте психотерапевтической коммуникации проблемы, сопоставление желаемого и фактически достигнутого результата, позитивное подкрепление достигнутого клиентом результата.</p> <p>Способность обсуждать — по желанию клиента — возможности по дальнейшему сотрудничеству в плане ресурсной поддержки (формат дистанционной либо клубной ресурсной психотерапевтической поддержки) или перехода в формат саногенной, развивающей психотерапии.</p> <p>Проведение процедуры заключения контракта на проведение психотерапии с использованием технологии SMART-модели.</p> <p>Способность оценить уровень мотивации клиента на продолжение психотерапевтического сотрудничества в желаемой для него форме, в том числе в отношении возможности перезаключения контракта на продолжение психотерапевтического сотрудничества в будущем.</p> <p>Оценка терапевтической динамики и фиксация результата конкретной психотерапевтической сессии/блока сессий.</p>
	<p>Компетенции:</p> <p>Активное использование моделей терапии в практике.</p> <p>Установление и поддержание терапевтического альянса.</p> <p>Вовлечение клиента в терапию.</p> <p>Способность выявлять поддерживающий цикл расстройства и определять терапевтические цели в соответствии с ним.</p> <p>Составление индивидуального плана терапии на основе концептуализации, понятного для клиента, разработанного с учетом результатов анализа всей совокупности полученной на диагностическом этапе информации.</p>

<p>Общие когнитивно-поведенческие знания, навыки и компетенции</p>	<p>Знания: Понимание когнитивной модели. Знание концепций и теорий, используемых в КПТ (например, два уровня обработки информации, схемы и режимы, убеждения, уровни мышления и др.). Знание основных когнитивных искажений, используемых в КПТ. Понимание специфики и значения компенсаторных и копинг-стратегий. Знание о ценностях, стремлениях, целях, концептуализации сильных сторон. Знание о специфических шкалах и опросниках. Знание принципов работы в модели СТ-R. Знание особенностей работы при рецидиве.</p>
	<p>Навыки: Сбор жалоб, формулировка проблем и запроса, постановка целей, сбор анамнезов жизни, заболеваний или проблем клиента. Сбор диагностических «срезов», отражающих проблематику и сильные стороны клиента. Проведение анкетирования, тестирования, клинического интервью. Способность объяснить и продемонстрировать когнитивную модель клиенту. Способность проводить психообразование для клиента. Развитие новых способов справляться с дистрессом. Построение концептуализации как «вершины диагностики», отражающей генез проблем, сильные стороны клиента, социокультурный контекст и потребности. Определение ценностей, стремлений и сильных сторон клиента. Определение потребностей и дефицитов. Следование оговоренному содержанию (повестке) сессии. Разделение ответственности за структуру и содержание сессии. Планирование и проверка домашнего задания. Навык завершать интервенции, сессию. Составление плана безопасности.</p>

	<p>Компетенции:</p> <p>Использование результатов опросников и самомониторинга клиента для определения тактики терапии и контроля за результатами.</p> <p>Способность ссылаться на когнитивную модель (в том числе на генеративную когнитивную модель), когда это уместно.</p> <p>Способность динамически использовать диаграммы когнитивной концептуализации, в том числе концептуализации сильных сторон.</p> <p>Способность объяснять используемые техники клиенту и обсуждать с ним их применение.</p> <p>Структурирование сессии, в том числе использование повестки, обобщения и обратной связи в структуре сессии.</p> <p>Обучение клиента самопомощи на основе изученных техник.</p> <p>Составление долгосрочного плана предотвращения рецидивов и помощь в случае рецидива.</p>
<p>Специфические когнитивно-поведенческие знания, навыки и компетенции</p>	<p>Знания:</p> <p>Понимание уровней мышления (автоматических мыслей, промежуточных и глубинных убеждений).</p> <p>Знание о типах и категориях убеждений.</p> <p>Понимание концепции потребностей и связи потребностей с убеждениями.</p> <p>Понимание принципов работы когнитивной реструктуризации.</p> <p>Знание отдельных когнитивных, поведенческих и экспериенциальных техник.</p>
	<p>Навыки:</p> <p>Способность выявлять автоматические мысли.</p> <p>Возможность обнаружить, исследовать и проверить автоматические мысли и образы.</p> <p>Способность выявлять ключевые мысли и образы.</p> <p>Использование управляемого открытия и сократического диалога.</p> <p>Использование техник для когнитивной реструктуризации.</p> <p>Использование техник экспозиции и поведенческих экспериментов.</p> <p>Использование поведенческой активации.</p> <p>Использование работы с мотивационными паттернами и мотивационного интервью.</p> <p>Использование техник майндфулнесс и иной работы с фокусом внимания.</p> <p>Использование экспериенциальных техник.</p>

	<p>Компетенции: Выявление и изменение допущений, отношений и правил. Возможность выявить и изменить глубинные убеждения. Мониторинг и планирование активности клиента (режима дня). Формирование навыка решения проблем. Способность работать с фокусом внимания. Способность использовать в нужный момент времени когнитивные, экспериенциальные и поведенческие техники. Способность планировать и проводить поведенческие эксперименты.</p>
<p>Проблема-центрированные знания, навыки и компетенции (примеры знаний и навыков для отдельных расстройств)</p>	<p>Знания (общие): Понимание симптомов, психологических и социальных трудностей клиентов с определенным диагнозом. Понимание классификации и дифференциальной диагностики между этим заболеванием и другими расстройствами. Знание моделей психологических расстройств. Знание методик тестирования для оценки состояния отдельных расстройств.</p>
	<p>ОКР Знания: Знание и способность опираться на данные клинических и исследовательских результатов, касающихся ОКР. Знание принципов поведенческой терапии с использованием экспозиции и предотвращения ритуалов. Навыки: Составление подробного списка навязчивых идей и ритуалов с использованием стандартизированных методик исследования (например, шкала Йеля-Брауна). Оказание помощи клиенту в преодолении любого нежелания обсуждать навязчивые мысли или образы. Способность оценивать уровень поддержки со стороны семьи и значимых других, а также степень, в которой семья клиента или значимые другие вовлечены в ритуальные действия или облегчают клиенту избегание. Способность проводить прямое наблюдение за клиентом в обстановке, где вероятны избегание и ритуалы (если есть признаки того, что клиенты испытывают трудности с наблюдением своего собственного поведения). Проведение имажинальной экспозиции. Проведение экспозиции in vivo. Работа по предотвращению ритуалов.</p>

	<p>ПТСР</p> <p>Знания: Знание базовых реакций на травму, способность нормализовать реакции клиента.</p> <p>Навыки: Создание доверительных терапевтических отношений через убеждение клиента в том, что все его признания и реакции являются выносимыми для терапевта. Ведение беседы о травме и ее последствиях, в том числе способность выдерживать острые негативные реакции клиента, выносить рассказ клиента о травматическом событии, обеспечивать собственную поддержку для того, чтобы справиться с возникающими тяжелыми чувствами. Проведение пролонгированной экспозиции (имагинальная и in vivo). Когнитивная реструктуризация мыслей и убеждений, связанных с травмой, в том числе прояснение значения травматического события в жизни клиента, его причин и последствий. Использование техник управления стрессом: остановка мыслей, метод самоинструкций, тренинг релаксации, ролевые игры.</p>
	<p>Социальная тревога</p> <p>Знания: Знание когнитивной модели социальной фобии, включая четкое понимание поддерживающих факторов, указанных в модели, например сосредоточенное на себе внимание, восприятие себя как социального объекта и безопасное поведение.</p> <p>Навыки: Составление профиля тревоги. Проведение экспозиций социальной тревоги. Проведение тренингов социальных навыков. Проведение когнитивных реконструкций: переписывание ранних воспоминаний, связанных с текущими навязчивыми и негативными представлениями о себе. Обучение релаксации и самоконтролю при десенсибилизации, управление антиципаторной и постсобытийной обработкой информации.</p>

	<p>Паническое расстройство</p> <p>Знания: Использование знания о модели, лежащей в основе панического расстройства: паника возникает из-за порочного круга, возникающего из-за катастрофического неправильного распределения телесных ощущений, опосредованного interoцептивным обусловливанием (изученная связь между внутренними или внешними сигналами и неожиданной паникой), и поддерживается компенсаторным поведением в виде избегания.</p> <p>Навыки: Создание альтернативных объяснений испытываемых физических или психических ощущений, приводящих к тревоге или панике. Проведение упражнений на индукцию симптомов. Обучение техникам релаксации, включая прогрессивную релаксацию. Проведение поведенческих экспериментов для управления поведением избегания.</p>
	<p>Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)</p> <p>Знания: Знание модели ГТР.</p> <p>Навыки: Обучение самомониторингу. Обучение десенсибилизации самоконтроля (самоконтроль, раннее обнаружение сигналов и прикладная релаксация). Составление профиля тревоги. Нормализация тревожного мышления клиента. Применение дыхательных техник и техник мышечной релаксации и систематическая практика их на сессии и в жизни. Проведение экспозиций фобических объектов и ситуаций. Проведение интроспективных экспозиций. Проведение когнитивной реконструкции. Уменьшение мониторинга приступа паники.</p>

	<p>Депрессия</p> <p>Знания: Знание модели расстройства и моделей суицидального поведения.</p> <p>Навыки: Использование поведенческой активации. Привлечение значимых людей к терапии. Составление антисуицидального плана. Умение отличать суицидальные мысли, намерения и планы. Использование специфических элементов поведенческой активации. Проведение анализа TRAP (триггеров, реакций и моделей избегания). Оказание помощи клиентам в заполнении диаграммы активности. Оказание помощи клиентам в разработке плана действий. Оказание помощи клиентам в выполнении плана действий. Применение методов отвлечения внимания.</p>
Метакомпетенции	<p>Осознанное применение вмешательств и техник терапии. Управление эмоциональным содержанием сессий. Способность выявлять и устранять терапевтические тупики. Самоконтроль терапевта. Способность действовать и поддерживать открытые, конструктивные и взаимовыгодные отношения с коллегами в соответствии с профессиональными и этическими принципами. Установление партнерских, взаимовыгодных и долговременных отношений с дружественными специалистами и службами. Совершенствование навыков через активное обучение, интервизии и супервизии. Конструктивный вклад в развивающую (интервизия, супервизия, балинтовские группы) и помогающую (обеспечение профессиональной среды) деятельность профессиональных психотерапевтических сообществ. Способность самостоятельно оценивать свою работу по шкале CTRS. Завершение терапии.</p>

Таблица 2

Карта взаимосвязи компетенций с необходимыми знаниями и навыками**Универсальные знания, навыки и компетенции**

Компетенции	Навыки	Знания
Активное использование моделей терапии в практике	Применение на практике моделей психотерапевтического подхода	Понимание проблем психического здоровья. Знание основных концепций и моделей хотя бы одного психотерапевтического подхода
Установление и поддержание терапевтического альянса. Вовлечение клиента в терапию	Эмоциональный контакт и доверие. Эмпатическое слушание. Безоценочное принятие. Понимание внутреннего мира клиента. Понимание реакции клиента на терапию. Проявление интереса к клиентскому случаю. Соответствие стилю и темпу клиента (с учетом особенностей клиента). Помощь в выражении чувств и объяснение их в модели терапии. Формирование положительных ожиданий от лечения.	Знание терминов, понятий, принципов (валидация, принятие, эмпатия и др.)
Способность выявлять поддерживающий (патологический) цикл расстройства и определять терапевтические цели в соответствии с ним. Составление индивидуального плана терапии на основе концептуализации	Составление иерархии проблем. Согласование запроса и целей терапии. Постановка реалистичных целей. Способность проводить общую оценку и концептуализацию случая	Понимание процесса концептуализации. Знание о поддерживающих (патологических) циклах расстройств

Общие когнитивно-поведенческие знания, навыки и компетенции

Компетенции	Навыки	Знания
Использование результатов опросников и самомониторинга клиента для определения тактики терапии и контроля за результатами	Проведение анкетирования, тестирования, клинического интервью	Знание о специфических шкалах и опросниках
Способность сослаться на когнитивную модель (в том числе на генеративную когнитивную модель), когда это уместно	Способность объяснить и продемонстрировать когнитивную модель клиенту	Понимание когнитивной модели. Знание концепций и теорий, используемых в КПТ (например, два уровня обработки информации, схемы и режимы, убеждения, уровни мышления и др.)
Способность динамически использовать диаграммы когнитивной концептуализации, в том числе концептуализации сильных сторон	Построение концептуализации как «вершины диагностики», отражающей генез проблем, сильные стороны клиента, социокультурный контекст и потребности. Определение ценностей, стремлений и сильных сторон клиента. Определение потребностей и дефицитов	Знание основных когнитивных искажений, используемых в КПТ. Понимание специфики и значения компенсаторных и копинг-стратегий. Знание о ценностях, стремлениях, целях, концептуализации сильных сторон. Знание принципов работы в модели СТ-R
Способность объяснять используемые техники клиенту и обсуждать с ним их применение	Способность проводить психообразование для клиента	Знание концепций и теорий, используемых в КПТ (например, два уровня обработки информации, схемы и режимы, убеждения, уровни мышления и др.)

Структурирование сессии, в том числе использование повестки, обобщения и обратной связи в структуре сессии	Следование оговоренному содержанию (повестке) сессии. Разделение ответственности за структуру и содержание сессии. Планирование и проверка домашнего задания	
Обучение клиента самопомощи на основе изученных техник. Составление долгосрочного плана предотвращения рецидивов и помощь в случае рецидива	Развитие новых способов справиться с дистрессом. Составление плана безопасности	Знание особенностей работы при рецидиве

Специфические когнитивно-поведенческие знания, навыки и компетенции

Компетенции	Навыки	Знания
Выявление и изменение допущений, отношений и правил. Возможность выявить и изменить глубинные убеждения	Способность выявлять автоматические мысли Возможность обнаружить, исследовать и проверить автоматические мысли и образы. Способность выявлять ключевые мысли и образы. Использование управляемого открытия и сократического диалога	Понимание уровней мышления (автоматических мыслей, промежуточных и глубинных убеждений). Знание о типах и категориях убеждений. Понимание концепции потребностей и связи потребностей с убеждениями
Мониторинг и планирование активности клиента (режима дня). Формирование навыка решения проблем	Использование поведенческой активации. Использование работы с мотивационными паттернами и мотивационного интервью	
Способность работать с фокусом внимания	Использование техник майндфулнесс и иной работы с фокусом внимания	

Способность использовать в нужный момент времени когнитивные, экспериенциальные и поведенческие техники. Способность планировать и проводить поведенческие эксперименты	Использование техник для когнитивной реструктуризации. Использование техник экспозиции и поведенческих экспериментов. Использование экспериенциальных техник	Понимание принципов работы когнитивной реструктуризации. Знание отдельных когнитивных, поведенческих и экспериенциальных техник
---	--	---

Метакомпетенции

Осознанное применение вмешательств и техник терапии
Управление эмоциональным содержанием сессий
Способность выявлять и устранять терапевтические тупики
Самоконтроль терапевта
Способность действовать и поддерживать открытые, конструктивные и взаимовыгодные отношения с коллегами в соответствии с профессиональными и этическими принципами
Установление партнерских, взаимовыгодных и долговременных отношений с дружественными специалистами и службами
Совершенствование навыков через активное обучение, интервизии и супервизии
Конструктивный вклад в развивающую (интервизия, супервизия, балинтовские группы) и помогающую (обеспечение профессиональной среды) деятельность профессиональных психотерапевтических сообществ
Способность самостоятельно оценивать свою работу по шкале CTRS
Завершение терапии

Авторы благодарят за вклад в поиск компетенций Анну Перпер, Ксению Бобкову, Татьяну Кузьмину.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бернштейн Н. А. О ловкости и ее развитии. М.: Физкультура и спорт, 1991. — 11 с. URL: http://elib.gnpbu.ru/text/bernshteyn_o-lovkosti_1991/fs,1/ (дата обращения: 20.02.2022).
2. Болотов В. А., Сериков В. В. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе // Педагогика. 2003. № 10. С. 10.
3. Грицанов. А. А. Всемирная энциклопедия: Философия. М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001. — 373 с.
4. Добсон К., Добсон Д., Научно обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. СПб.: Питер, 2021. С. 400.

5. Катков А. Л. Проект профессионального стандарта специалиста-психотерапевта. URL: https://psy.su/materialy/normativnye_dokumenty/proekt_professionalnogo_standarta_specialista-psihoterapevta_/ (дата обращения: 20.02.2022).
6. Ковпак Д. В. Практическая методология Когнитивно-Поведенческой Терапии // I Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. СПб.: СИНЭЛ, 2015.
7. Ковпак Д. В. Диагностика в когнитивно-поведенческой терапии. VII Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии СВТFORUM: сб. науч. статей, 21 мая 2021 года, Санкт-Петербург / [Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии]. СПб.: СИНЭЛ, 2021.
8. Майер Б. О. Знание, навыки, компетенции: эпистемологический анализ // *Science for Education Today*. 2019. Т 9. № 2. С. 67–79. URL: <http://en.sciforedu.ru/article/3708> (дата обращения: 20.02.2022).
9. *Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model*, Aaron T. Beck, Emily A. P. Naigh — *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2014. 10:1-24 / пер. А. И. Муртазина, А. Ю. Ежикова, под науч. ред. Д. В. Ковпака.
10. Bennett-Levy J., Finlay-Jones. A. The role of personal practice in therapist skill development: a model to guide therapists, educators, supervisors and researchers. // *Cognitive Behaviour Therapy*. 27.03.2018. 47:3. P. 185–205. URL: <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1434678> (дата обращения: 20.02.2022).
11. Chaddock A., Thwaites R., Bennett-Levy J., Freeston M. H. Understanding individual differences in response to Self-Practice and Self-Reflection (SP/SR) during CBT training // *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2014. Vol. 7. № 14. P. 1–17. URL: <http://dx.doi.org/10.1017/S1754470X14000142> (дата обращения: 20.03.2022).
12. Dobson K. S., Kazantzis N. The therapist in cognitive-behavioral therapy: introduction a special section // *Psychotherapy Research*. 2003. Vol. 13. № 2. P. 131–134. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713869635> (дата обращения: 20.02.2022).
13. Kazantzis N. Therapist Competence in Cognitive-behavioural Therapies: Review of the Contemporary Empirical Evidence // *Behaviour Change*. 2003. Vol. 20. P. 1–12. URL: http://journals.cambridge.org/abstract_S0813483900001030 (дата обращения: 20.02.2022).
14. Keijsers G. P., Schaap C. P., Hoogduin C. A. The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies // *Behavior Modification*. 2000. Vol. 24. № 2. P. 264–297. URL: <https://doi.org/10.1177/01454455950194005> (дата обращения: 20.02.2022).
15. Lambert M. J., Ogles B. M. Common Factors: Post Hoc Explanation or Empirically Based Therapy Approach? // *Psychotherapy*. 2014. Vol. 51. №. 4. P. 500–504. URL: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0036580> (дата обращения: 20.02.2022).
16. Newman C.F. Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: foundational, functional, and supervisory aspects // *Psychotherapy Theory Research Practice Training by American Psychological Association*. 2010. Vol. 47. № 1. P. 12–19. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22401996/> (дата обращения: 20.02.2022).

17. Orlinsky D. E., Schofield M. J., Schroder T., Kazantzis N. Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly review and a new study // *Journal of Clinical Psychology*. 2011. Vol. 67. P. 828–842. URL: <https://doi.org/10.1002/jclp.20821> (дата обращения: 20.02.2022).

18. Rønnestad M. H., Orlinsky D. E., Wiseman H. Professional development and personal therapy. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim (Eds.). // *Handbook of Clinical Psychology*, Washington, DC: American Psychological Association. 2016. ol. 5. P. 223–235. URL: https://www.researchgate.net/publication/323439091_The_role_of_personal_practice_in_therapist_skill_development_a_model_to_guide_therapists_educators_supervisors_and_researchers (дата обращения: 20.02.2022).

19. Horvath, A. O. (2001). The therapeutic alliance: Concepts, research and training // *Australian Psychologist*. 2001. Vol. 36.№ 2. P. 170–176. URL: <https://doi.org/10.1080/00050060108259650> (дата обращения: 20.02.2022).

20. Yeaton W. H., Sechrest, L. Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatments: Strength, integrity, and effectiveness // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1981. Vol. 49. P. 156–167. (дата обращения: 20.02.2022).

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. ВКЛЮЧЕНИЕ СЕМЬИ В ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ

Наталья Юрьевна Орехова
психолог

Аннотация. Это руководство содержит рекомендации и помогает изменить существующую структуру, которую разделяют пациент и семья, чтобы достичь более удовлетворительного и здорового функционирования. В ней описаны методы восстановления поведения, вызывающего дистресс у детей с ОКР, и замены заверительного поведения, которые усиливают симптомы ОКР. Когнитивно-поведенческое лечение и EX/PR довольно сложны, и в этом руководстве описано, как семья может помочь своему ребенку, принимая участие в наиболее научно доказанном подходе когнитивно-поведенческой терапии, а именно в применении метода экспозиции и предупреждения реакции (EX/PR).

Ключевые слова: ОКР, КПТ, метод экспозиции и предупреждения реакции, навязчивые идеи у детей и подростков, обсессии, компульсии, заверительное поведение.

За последние годы объем научных данных об ОКР заметно увеличился, и эти исследования помогли выявить, что наиболее эффективным и научно доказательным методом терапии ОКР является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Больше всего научных доказательств получила программа лечения методом EX/RP — экспозиции и предотвращения реакций.

Важно ответить на вопрос: что такое обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)?

Эта проблема характеризуется наличием навязчивых идей и компульсий. Первые состоят из нежелательных навязчивых мыслей («Я не могу прикоснуться к столу, потому что загрязню себя»), ужасных и отвратительных образов («Я не могу выносить этот образ, картина, которая приходит мне в голову, отвратительна») или побуждений («Я выгляжу так, будто собираюсь раздеться перед людьми»), которые обычно описываются как отвергаемые ребенком или подростком. Эти мысли вызывают сильное беспокойство и дискомфорт, и их очень трудно или невозможно подавить. Наиболее часто встречаются навязчивые мысли. У ребенка могут быть повторяющиеся мысли о проблемах, связанных с опасностью или вредом для себя или родителей, микробами и болезнями, опрятностью, домашней работой, сексом и т. д.

Компульсии направлены не на получение удовольствия, а на предотвращение или уменьшение дискомфорта. Обычно это двигательные или психические реакции, которые характеризуются высокой повторяемостью и даже строгостью. Например, страх заражения приводит к нежеланию прикасаться к предметам, мыть руки, заставлять маму мыть их и т. д. Заикленность на том, чтобы не делать ошибок, приводит к тому, что приходится перечитывать школьное домашнее задание, перепроверять его снова и снова, стирать и переписывать.

Обсессивно-компульсивное расстройство в детском возрасте

Различные навязчивые темы могут возникать или меняться в течение расстройства у одного и того же ребенка. Это чувство потери контроля над собственным поведением воспринимается очень интенсивно, хотя это не означает, что боязливое поведение в конце концов осуществляется. В раннем возрасте дети часто не знают, как распознать или объяснить, в чем состоят их навязчивые идеи, а иногда они даже могут описать их как голоса в голове. Наиболее очевидными являются компульсии или ритуалы, которые они выполняют и которые они могут заставить выполнять других.

Как ОКР влияет на семью?

Если у ребенка ОКР, это влияет на повседневную жизнь. Поначалу странное поведение может смущать или расстраивать родителей. Они могут запаниковать, если ребенок капризничает и не может закончить ритуалы. Дети с ОКР могут сделать членов семьи частью ОКР различными способами: стремясь получить уверенность, они постоянно задают родителям один и тот же вопрос и каждый раз требуют ответа. Они могут настаивать на том, чтобы родители, братья и сестры выполняли ритуалы ОКР. Они могут расстраиваться, если им не удастся их выполнить, и это очень напрягает семью, которая чувствует, что не может расслабиться и что семейная жизнь становится дисфункциональной. Родители могут чувствовать, что им приходится изменять повседневную жизнь или уступать требованиям ребенка, чтобы избежать его беспокойства. Родители переживают различные эмоциональные состояния, включая страх, разочарование, раздражительность, чувство вины и печаль. Они часто задаются вопросом, выздоровеет ли ребенок или каким он будет в будущем.

Ключи к общению

Чем больше информации получают родители на сессиях по психообразованию ОКР, тем проще им будет говорить об этом со своим ребенком. Родители могут помочь повысить самооценку своего ребенка, дав ему понять, что проблема заключается в болезни, а не в нем самом. Критика только усиливает тревогу ребенка и делает ОКР гораздо более труднопреодолимым. С другой стороны, когда родители подходят к любой проблеме без осуждения, то они сообщают ребенку, что понимают то, через что он проходит, и что всегда готовы помочь. Дети и подростки с ОКР часто скрывают свои симптомы из-за неуместного чувства стыда или вины.

Как не допустить, чтобы стресс вышел из-под контроля:

— Обратиться за помощью к родственникам и друзьям, которые готовы поддержать.

— Обратиться в группу профессиональной поддержки лично или онлайн.

— Помнить: начальный период — самый трудный, и кажется, что все безнадежно, когда терапия все еще не помогает, но это похоже на бурю перед наступлением затишья. Как только ребенок с помощью родителей дома и с терапевтом на сессиях преодолевает это препятствие, все становится намного лучше.

— Обратиться за терапией, если родителям это необходимо. Родители должны быть спокойны, чтобы создать благоприятный климат для выздоровления ребенка.

— Родители могут поощрять общение, но не настаивать на том, чтобы их ребенок рассказывал больше, чем ему удобно. Со временем, когда лечение начнет действовать, ребенок сможет говорить более откровенно — и когда это происходит, родителям лучше непредвзято выслушать все, что он скажет.

— Пусть ребенок знает, что говорить о неприятных мыслях или чувствах, равно как и о приятных, — это нормально. Не следует давать упрощенных советов, таких как «Не волнуйся!» или «Перестань». Никому так не мешает ОКР, как самому ребенку. Если бы это было легко прекратить, то он, несомненно, уже сделал бы это. Вместо этого родителям лучше дать понять своему ребенку, что они осознают, как это трудно, но уверены, что он сможет преодолеть болезнь.

Заверительные действия

Иногда родители начинают выполнять то, чего ребенок избегает из-за obsессий. Им кажется, что таким образом они могут ему помочь. Они облегчают тревожное состояние ребенка лишь на короткий промежуток времени, способствуя поддержанию избегающего поведения, что в конечном счете вредит ему. Так же как и стремление помочь, негативное поведение близкого окружения способствует подкреплению obsессий и компульсий. Бывает, что близкие люди возмущаются и пытаются предотвратить выполнение ритуального действия. Иногда это приводит к отсрочке ритуалов, которые ребенок наверстает тогда, когда его не будут видеть. У ребенка с ОКР за это время накапливается значительный стресс, в частности из-за того, что его отвергают, и он будет проводить ритуалы дольше и интенсивнее.

Родители, пытаясь помочь, могут сделать ребенка или подростка очень несчастным, если будут постоянно указывать ему, что делать, а чего избегать. Иногда некоторые члены семьи вовлекаются в ритуалы или, напротив, оставляют ребенка одного, чтобы он повторял свои навязчивые действия снова и снова, потому что чувствуют свою беспомощность в отношении происходящего. Лучше всего не потерять контроль над собой и постараться вспомнить, что родители и члены семьи — не единственные, кто страдает от этого расстройства.

Могут ли дети преодолеть ОКР?

С помощью когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) ребенок может приобрести навыки, необходимые для преодоления этой проблемы. Думая о том, чтобы взять ОКР под контроль, а не позволить расстройству контролировать ребенка, важно помнить, что правильное лечение помогает.

Как обозначить, что проблема заключается не в самом ребенке, а в ОКР?

Один из способов сделать это — называть ОКР уничижительным или неприятным прозвищем по выбору ребенка. Критика и другие формы наказания затрудняют процесс выздоровления. Вот почему работа над щедростью, добротой и терпением, по мере того как ребенок вместе с психологом будет применять стратегии терапии методом EX/PR, в долгосрочной перспективе уменьшит симптомы ОКР.

Предпочтительно не давать советов. Большинство детей и так знают, что ОКР не имеет смысла, поэтому напоминание ребенку о том, что его

поведение бессмысленно или глупо, обычно заставляет его чувствовать себя очень плохо. Аналогичным образом давать советы типа «Прекрати это» имеет тот же смысл; никто не ненавидит ОКР больше, чем ребенок с ОКР. Проявление нейтральной позиции поддержки и заверения может помочь снизить тревожность ребенка во время выполнения заданий на экспозицию. Критика или наказание не только усугубляют ОКР, но и снижают мотивацию к прохождению КПТ.

Примеры заверения внутри семьи:

— Стирать одежду специальным мылом.

— Помогать проверить, все ли правильно выключено.

— Ждать, пока ребенок закончит ритуал мытья рук.

— Ждать, пока ребенок закончит убирать определенные вещи в определенном порядке в своей комнате, прежде чем выйти из дома, и др.

Другим важным требованием к семье является не предоставлять ребенку заверения. Большое количество детей просит заверений как от психолога, так и от близких людей. Эти запросы не должны быть удовлетворены. На вопрос «Вы уверены, что ничего не случится?» или «Вы уверены, что все будет в порядке?» члены семьи пациента должны отвечать следующим образом:

— Мы же договорились, что не будем об этом говорить, не так ли?

— Не забывай о том, что твой психолог запретил мне отвечать на подобные вопросы.

— Я понимаю, что у тебя трудный период, я здесь, я с тобой.

— Я люблю тебя, но я не помогу тебе, если отвечу на этот вопрос.

— Я боюсь, что мой ответ не поможет тебе, поэтому я не буду отвечать.

Объяснение ОКР с помощью метафор

Когда школьник собирается сдавать очень важный экзамен в школе, он нервничает. Учитель начинает раздавать экзаменационные листы, и тревога ученика растет, он нервничает больше, боится, что не сможет ответить на вопросы, ему хочется убежать из класса, однако он сидит и ждет. Затем, когда ребенок читает вопросы билета, тревога спадает, потому что он знает на них ответы. Это то же самое, как если бы у ребенка была навязчивая идея; разница в том, что в школьной ситуации он принимает это как норму и мирится с дискомфортом, однако когда приходят навязчивые идеи, ребенок немедленно ищет и принимает меры, чтобы снизить уровень своей тревоги, — он не ждет, пока она пройдет сама.

Иногда мы просыпаемся утром, напевая какую-нибудь песню, через некоторое время нам надоедает постоянно напевать ее, и мы пытаемся выкинуть мотив из головы, но он снова и снова прокручивается в голове. Если мы прикладываем большие усилия, идем на конфронтацию и пытаемся забыть эту песню, то обнаруживаем, что она накрепко зацепилась и остается в нашей голове. То же самое происходит и с навязчивыми мыслями. Они появляются, и чем больше ваш ребенок старается выбросить их из головы, тем больше они повторяются и закрепляются.

Основная идея проста: ОКР — это просто «икота» в мозге, которая приходит и уходит, как облако в небе.

Таким образом, работа с ОКР включает в себя обучение ребенка четырем простым фразам.

Первая: что-то вроде «Это опять ОКР». Иногда дружеское «привет + прозвище» помогает снизить склонность ребенка эмоционально реагировать на симптомы ОКР.

Вторая: «Мой мозг снова икает» — явно признавая, что то, что мы называем ОКР, происходит из-за сбоя в схеме центральной нервной системы.

Третья: «Эта икота неважна» — не предполагает никакого ответа, кроме терпения, поскольку ОКР не имеет смысла.

Четвертая (нацеленная на то, чтобы преуменьшать симптомы, которые пройдут сами по себе, если ничего не предпринимать): «Я лучше займусь чем-нибудь приятным, пока ОКР проходит». Культивирование отстраненности поможет ребенку не беспокоиться о своем ОКР. Родители могут вместе с ребенком заняться чем-нибудь интересным (например, почитать сказку, прогуляться или поиграть).

Термометр страха

Для проверки уровня беспокойства можно использовать термометр страха, который будет измерять температуру дискомфорта и варьироваться от 0 (нет беспокойства) до 10 градусов (очень сильное или крайнее беспокойство). Давайте посмотрим, что мы можем сказать ребенку: «Посмотри на этот термометр, ты можешь сказать нам: если при виде столовых приборов на столе ты сильно нервничаешь, тебе очень плохо или не сильно плохо? Это как термометр: насколько тебе плохо или страшно, когда ты их видишь? Чем хуже, тем больше поднимается температура».

Необходимо хвалить и поощрять ребенка, если отказ от участия в ритуале не вызывает у него тревоги. Родителям не следует резко

прекращать заверительные действия и отказываться от участия в ритуалах. Резкое прекращение не поможет, так как ребенок не выработает стратегий по преодолению возникающего дистресса; оно не уменьшит те симптомы, которые находятся «вне поля зрения», и, что самое важное, не поможет ребенку усвоить стратегии преодоления симптомов ОКР на долгосрочную перспективу.

Вполне нормально, если родители сомневаются в эффективности лечения и испытывают беспокойство. В этом случае рекомендовано обсудить все возникающие вопросы и опасения с врачом, психологом и всеми членами семьи. Если создается ощущение, что лечение вообще не помогает или вызывает неприятные ощущения, необходимо незамедлительно сообщить об этом врачу-психиатру. ОКР трудно держать под контролем, поэтому существует риск получить рецидив, прекратив лечение без предварительной консультации с врачом или психологом.

Необходимый контроль после окончания лечения

В начале лечения многие семьи общаются с врачом не реже одного раза в неделю, чтобы контролировать симптомы, дозировку лекарств и побочные эффекты. По мере выздоровления ребенка контакты становятся реже по усмотрению врача. После выздоровления ребенку рекомендуется посещать своего врача для короткого осмотра регулярно в течение первого года, а затем раз в год. Следует обратиться к врачу, если родители заметили у своего ребенка следующее:

- тяжелые и рецидивирующие симптомы ОКР;
- ухудшение симптомов ОКР, которые «не реагируют» на стратегии, изучаемые в рамках КПТ;
- изменения в действии лекарств;
- новые симптомы другого расстройства — например, панического расстройства или депрессии;
- проблемы в школе, которые могут усугубить ОКР.

Будущее детей с ОКР

Пока ребенок находится в терапии и работает над выздоровлением, родителям предпочтительно разрешить своему ребенку принимать жизнь такой, какой он может, и не давить на него. Следует избегать завышенных ожиданий: со стороны семьи важна поддержка, а не критика. Возможно, у ребенка упадет успеваемость в школе — важно терпеливое отношение

со стороны родителей. По необходимости психолог поможет работать со школой, чтобы сделать ее частью лечебной команды.

Что делать, если ребенок не идет на диалог?

Если ребенок воспринимает участие родителей как вмешательство и не хочет говорить с ними об ОКР, то важно помнить, что это свидетельствует не об отвержении родителей, а лишь о наличии расстройства. Также такое поведение может указывать на очередной этап развития, через который проходят дети, и в этом случае родителям не о чем беспокоиться. Следует отличать плохой день от ОКР и не приписывать все, что идет не так, расстройству. Родителям необходимо позаботиться о себе. Если в доме ребенок с тяжелой формой ОКР, то по возможности по очереди с другими членами семьи стоит удовлетворять потребности ребенка, чтобы ОКР не «выжигало» кого-то одного.

Часто лечение может осуществляться через родителей, особенно у совсем маленьких детей. Душевное состояние родителей, дискомфорт по поводу того, что происходит с их ребенком, плохие отношения между родителями и детьми заставляют психолога вмешиваться непосредственно в работу с ребенком. Если один из двух партнеров не участвует в лечении, то можно договориться, чтобы он/она не вмешивался/ась, и пригласить его/ее к кооперации через некоторое время.

Принципы принятия

Одним из инструментов для приобретения навыков эмоциональной саморегуляции является навык «СТОП»:

С (стоп): остановиться, замереть, не реагировать и не двигаться. Эмоции могут побуждать делать или говорить что-то, не обдумав.

Т (теперь передохни): сделать глубокий вдох, отстраниться от ситуации и контролировать эмоции.

О (осмотрись): определить и осознать, что происходит внутри и вне нас: что происходит здесь и сейчас, какие мысли и чувства я испытываю, что мне говорят сделать или сказать?

П (продолжай с mindfulness): чтобы принять мудрое решение, мы должны интегрировать наши эмоции и мысли, а также наши цели, задачи и ценности и спросить себя, какое действие сделает ситуацию лучше, а какое — хуже?

Люди избегают болезненных мыслей, чувств и ситуаций, когда испытывают страх, гнев, стыд, печаль, потому что думают, что не могут ничего сделать, чтобы изменить это, и что им невыносимо терпеть это чувство в данный момент.

Принятие — это признание фактов такими, какие они есть. Переживания, какими бы они ни были, нравятся они людям или нет, не нужно осуждать, но во многих случаях необходимо отстраниться от них, просто зарегистрировать их и затем отпустить, не реагируя на них, намеренно стремясь культивировать спокойствие и доброжелательную любовь к себе, особенно когда есть страдание. Таким образом, мысли и эмоции ослабевают или теряют свою интенсивность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Прашко Я., Можны П., Слепецки М.. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015.
2. Линехан Марша М. Диалектическая поведенческая терапия: тренинг навыков. Раздаточные материалы и рабочие листы, 2-е изд. М.; СПб., 2020.
3. Alcazar Ana Isabel Rosa. El trastorno obsesivo compulsivo en la infancia. Madrid, 2012.
4. Ricardo Perez Rivera,-Tania Borda. Trastorno obsesivo compulsivo. Buenos Aires, 2019.
5. Josep Tomas, Nuria Bassas y Miguel Casals (eds.). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos obsesivo-compulsivos en paidopsiquiatría. Barcelona, 2004.
6. Edna B. Foa, PhD y Linda Wasmer Andrews. Si su adolescente padece un trastorno de ansiedad.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ: МОДЕЛЬ «ABCDOS»

Олег Михайлович Радюк

кандидат медицинских наук, доцент, независимый исследователь

Ирина Валентиновна Басинская

*старший преподаватель кафедры социальной работы и реабилитологии;
Белорусский государственный университет*

Аннотация. Дано определение понятия «личность» как системы взаимодействующих эмоциональных, когнитивных, мотивационных и поведенческих паттернов индивида. Для проведения диагностики и психотерапии предложено использовать модель «ABCDOS», включающую в себя шесть элементов: А (affects, эмоции), В (behaviors, поведение), С (cognitions, когниции), D (desires, желания), О (organism, организм), S (stimulus/situation, стимулы/ситуация).

Ключевые слова: личность, система, паттерны, КПТ, РЭПТ, ABCDOS.

Если в философском контексте слово «личность» обозначает человека как субъекта культуры и автономного носителя «исторически сложившихся форм мироотношения, которые он реализует в своей деятельности», то в психологии под данным термином понимают индивидуальность человека, прижизненно складывающуюся устойчивую структуру специфических психологических особенностей индивида, лежащую в основе характерных для него форм поведения [1].

В свою очередь, под «индивидуальностью» понимается уникальная совокупность признаков (мыслей, чувств, стремлений, желаний, потребностей, интересов, настроений, переживаний, состояний, поступков, привычек, склонностей, способностей), отличающая данного человека от других людей [2].

Очевидно, что вышеперечисленные признаки индивидуальности могут быть расклассифицированы в зависимости от их принадлежности к различным категориям психических явлений следующим образом:

- когнитивные: мысли;
- эмоциональные (аффективные): чувства, настроения, переживания, состояния;
- волевые (мотивационные): стремления, желания, потребности, интересы, склонности;
- поведенческие (деятельностные): поступки, привычки.

Признак «способности» можно было бы поместить в категорию «поведенческие», так как выявление способностей осуществляется только в процессе анализа особенностей деятельности, однако мы предпочли не включать его в нашу классификацию, поскольку способности являются динамическим признаком («под способностями обычно имеют в виду такие индивидуальные особенности, которые не сводятся к наличным навыкам, умениям или знаниям, но которые могут объяснить легкость и быстроту приобретения этих знаний и навыков» [3, с. 16]), не представляющим интереса для характеристики личности в конкретный момент времени без учета динамики ее развития.

Таким образом, мы получили четыре категории индивидуальных признаков, одна из которых относится к наблюдаемому поведению, а три оставшихся — к традиционно выделяемым группам психических процессов (когнитивных, эмоциональных и волевых). С учетом данных категорий исходное определение понятия «личность» может быть уточнено следующим образом: личность — устойчивая структура когнитивных, эмоциональных и волевых особенностей индивида, лежащая в основе характерных для него форм поведения.

Данное определение во многом подобно формулировке коллег из дальнего зарубежья: личность — абстракция, используемая для объяснения связности и согласованности индивидуальных паттернов эмоций, когнитивных, *желаний и поведения* («personality is an abstraction used to explain consistency and coherency in an individual's pattern of affects, cognitions, desires, and behaviors») [4, с. 37].

Оба определения — модифицированное отечественное и переведенное зарубежное — используют один и тот же набор составляющих: эмоциональные, поведенческие, когнитивные и мотивационные компоненты (см. табл. 1).

Таблица 1

Четыре категории индивидуальных особенностей

№	Символ	Русское название	Английское название	Глагол рус.	Глагол англ.
1	A	Эмоциональные, аффективные	Affects	Чувствовать	Feel
2	B	Поведенческие, деятельностные	Behaviors	Делать	Do
3	C	Когнитивные, познавательные	Cognitions	Думать	Think
4	D	Волевые, мотивационные	Desires	Хотеть	Want

Второй общей характеристикой обоих определений является устойчивость, паттернизированность личностных особенностей (паттерн — повторяющийся образец, шаблон, структура, схема, закономерность, модель, стереотип). Как справедливо отмечает William Revelle [4, с. 37], то, что человек чувствует, думает, хочет и делает, меняется от момента к моменту и от ситуации к ситуации — но, с другой стороны, в эмоциях, когнициях, желаниях и действиях индивида в разных ситуациях и в разное время можно обнаружить одни и те же, характерные для него, паттерны, которые могут быть использованы для распознавания, описания и понимания человека.

Третий общий признак двух определений — системный подход, о котором свидетельствуют наличие структуры, связность и согласованность эмоциональных, поведенческих, когнитивных и мотивационных компонентов друг с другом. Любая система в обязательном порядке включает в себя компоненты и связи между ними [5–7], и они также присутствуют в данной модели. Элементы системы взаимодействуют друг с другом. Изменение одного из элементов неизбежно приводит к изменению состояния других ее элементов.

Взаимосвязь эмоций, когниций, желаний и поведения может быть отображена графически, как показано на рисунке 1.

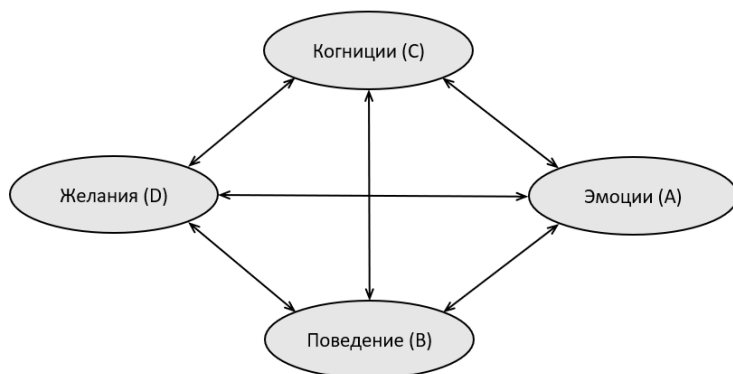


Рис. 1. Системная модель личности: взаимосвязь эмоциональных (А), когнитивных (С), мотивационных (D) и поведенческих (B) элементов системы паттернов

Понимание системного аспекта позволяет дать следующее определение понятия «личность»: система взаимодействующих эмоциональных, когнитивных, мотивационных и поведенческих паттернов индивида.

Три из четырех элементов данной системы — эмоции, когниции, поведение — используются в когнитивной модели А. Бека, диагностической модели А. Эллиса (« $A \rightarrow B \rightarrow C$ ») и протоколе № 1 Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (« $C \rightarrow M \rightarrow \Delta \rightarrow P$ ») на протяжении многих лет [7]. Названия элементов систем в различных моделях приведены в таблице 2.

Таблица 2

Сопоставление элементов систем в различных моделях*

№	Системная модель личности	Модель Эллиса	Модель Бека	Модель АКПП
1	—	A Activating event Активирующее событие	Situation Ситуация	Ситуации / События
2	C Cognitions Когниции	B Beliefs Убеждения	Beliefs Thoughts Убеждения Мысли	Мысли
3	A Affects Эмоции	C _e Emotional consequences Эмоциональные последствия	Emotions Эмоции	Эмоции (эмоциональные реакции)
4	B Behaviors Поведение	C _b Behavioral consequences Поведенческие последствия	Behavior Поведение	Реакции (поведение)
5	—	C _v Vegetative symptoms Physical consequences Вегетативные (физиологические) последствия	—	Реакции (физиология)
6	C Cognitions Когниции	C _c Cognitive consequences Когнитивные последствия [8–10]	—	—
7	D Desires Желания	—	—	—

* Названия даны на английском и русском языках; первым приводится название на языке оригинала.

Как видно из таблицы 2, в системной модели личности отсутствуют два элемента, имеющиеся в моделях когнитивно-поведенческой психотерапии: ситуации (события, стимулы) и физиологические последствия. Их отсутствие объясняется тем, что ни физиологические последствия, ни внешние ситуации/события/стимулы не относятся к собственно личности. В то же время при использовании системной модели личности в психотерапевтических целях ее следовало бы дополнить еще двумя элементами:

— O (от «organism» (организм) — для учета явлений физиологического порядка;

— S (от «situation» (ситуация) или «stimulus» (стимул) — для обозначения внешней по отношению к организму и психике ситуации с присущими ей стимулами, которые оказывают воздействие на человека.

Таким образом, итоговая модель «ABCDOS» будет содержать шесть элементов и являться комбинацией компонентов личности с двумя внеличностными элементами:

— A (affects, эмоции);

— B (behaviors, поведение);

— C (cognitions, когниции);

— D (desires, желания);

— O (organism, организм);

— S (stimulus/situation, стимулы/ситуация).

Взаимосвязь элементов модели «ABCDOS» представлена на рисунке 2.

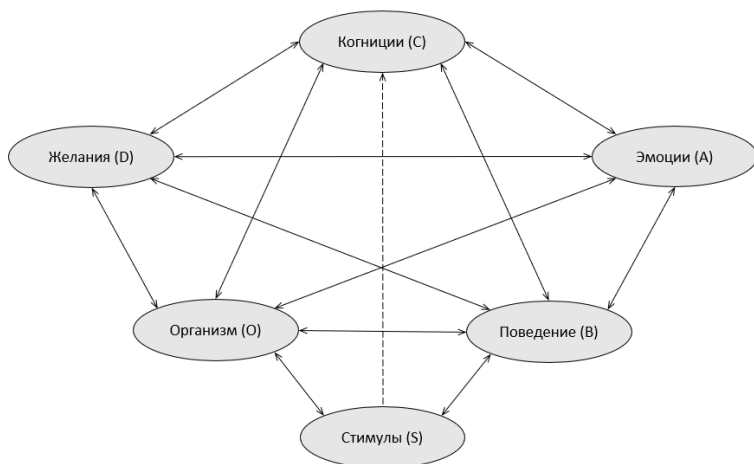


Рис. 2. Взаимосвязь элементов модели «ABCDOS»

Как показано на рисунке 2, отсутствуют связи элемента S с элементами A и D: ни эмоции (A), ни желания (D) не могут ни напрямую повлиять на стимулы (ситуацию), ни подвергнуться непосредственному влиянию внешних стимулов. Связь элементов S и C односторонняя («S→C», обозначена пунктирной стрелкой), поскольку мысли не могут приводить к изменениям во внешнем мире без посредника в виде поведения (B). Все остальные пары элементов модели соединены двусторонними связями.

Один из вариантов описания взаимодействия различных элементов с применением данной модели может выглядеть так: «Стимулы внешнего мира (S), преломляясь через призму мотивации индивида (D), вызывают определенные эмоциональные сдвиги в ту или иную сторону (A). Негативные переживания (A-) заставляют человека думать (C) о том, как от них уйти (B), позитивные (A+) — наоборот — как задержать (B) их подольше. Решение (D), найденное в процессе размышлений (C), материализуется во внешнем мире в процессе деятельности: изменение поведения индивида (B) приводит к изменению стимулов, воздействующих на него (S)».

Выделение мотивационной составляющей (D, «desires», желания) позволяет по-новому взглянуть на долженствования, являющиеся базовым концептом как в рационально-эмотивно-поведенческой терапии (РЭПТ) А. Эллиса, так и в когнитивно-поведенческой психотерапии А. Бека [11].

Долженствования, которые проявляются в виде требований к себе, другим людям и миру в целом, — разве это только когнитивный концепт? Или одновременно когнитивный и мотивационный? Большой толковый словарь русского языка предлагает такие смыслы:

- долженствовать — быть должным, обязанным [12, с. 271];
- должен — обязан (делать что-л., обладать каким-л. качеством) [12, с. 271];
- обязанный — имеющий что-л. своей обязанностью, долгом [12, с. 695];
- обязанность — то, что входит в круг действий, поступков, обязательных для выполнения (согласно закону, общественным требованиям, внутреннему побуждению) [12, с. 695];
- требование — настоятельная просьба, желание, выраженные в категорической форме [12, с. 1341].

Очевидно, что «внутреннее побуждение» в «обязанности» и «желание» в «требовании» указывают на присутствие мотивационной составляющей.

А если это так, то две грани долженствований открывают перед нами перспективы более детальной и глубокой их проработки. Верить в справедливость своих требований (когнитивный уровень) и хотеть их выполнения (мотивационный уровень) — не одно и то же. Можно не очень-то верить, но хотеть. Можно верить, но не сильно хотеть. Можно и искренне считать их (требования) справедливыми и сильно хотеть их выполнения — и в последнем случае невротизирующий эффект иррациональных долженствований, вероятно, будет наиболее сильным, однако данная гипотеза требует научного подтверждения.

Преимуществом модели «ABCDOS» является не только добавление важного мотивационного компонента личности, но и ее гибкость, обусловленная возможностью разной направленности связей между элементами системы. Классическая КПТ (« $A \rightarrow B \rightarrow C$ », « $C \rightarrow M \rightarrow \Theta \rightarrow P$ ») проводит связь от мыслей к эмоциям (« $B \rightarrow C$ », « $M \rightarrow \Theta$ ») и не рассматривает обратное влияние. Но разве оно не является возможным? Известно, что люди с высокой тревожностью склонны к поиску тревожащей информации. Пациенты с депрессией как будто специально подбирают себе угнетающие мысли. И у этого механизма есть давно известное логичное объяснение: «То, что связано с нашими эмоциями, с чувствами, может в силу этого приобрести интерес. Эмоциональные моменты оказывают значительное влияние на направление нашего внимания» [13, с. 421]. Иными словами, эмоции работают как фильтр, направляющий внимание (а вслед за ним и мысли) на объекты, которые соответствуют эмоциональному фону. Модель «ABCDOS» позволяет отобразить такое влияние в виде схемы «эмоции \rightarrow мысли». Взаимное же влияние эмоций и когниций друг на друга будет обозначено как «мысли \leftrightarrow эмоции».

Влияние эмоций на когниции было доказано экспериментально. Многие слова имеют и семантическое (смысловое), и аффективное (эмоциональное) содержание. Если предложить испытуемым вычеркнуть слово, наименее похожее на два других, из перечня «утонуть, упасть, плыть», то некоторые из них оставят в списке слова «утонуть» и «упасть», в то время как другие — «утонуть» и «плыть». Первая пара будет составлена на основе отрицательной аффективной связи, вторая — на основе семантической когнитивной связи. Подобным образом применение эмоционального или когнитивного принципа классификации к перечню «объятия, улыбка, лицо» приведет либо к классификации на основе позитивной эмоциональной окраски («объятия, улыбка»), либо на основе семантического содержания («улыбка, лицо») [14]. Выбор эмоционального критерия при классификации слов коррелирует

с тестами для оценки чувствительности к приятным и неприятным стимулам (англ. «sensitivity to pleasant stimuli» (SPS) и «sensitivity to unpleasant stimuli» (SUPS)). В свою очередь, чувствительность к приятным и неприятным стимулам зависит от обусловленного личностными особенностями эмоционального состояния испытуемого: чувствительность к неприятным стимулам связана с нейротизмом, в то время как чувствительность к приятным стимулам коррелирует с экстраверсией; оба вида чувствительности не зависят друг от друга [14, 15].

Шесть компонентов модели «ABCDOS» могут быть рассмотрены не только все вместе, но и по отдельности, в парах и в сочетаниях по 3, 4, 5 элементов. Только парные сочетания дают нам уже 13 (после исключения пар «желания — стимулы» и «эмоции — стимулы») возможных схем — и это без учета трех (\rightarrow , \leftrightarrow , \leftarrow) возможных вариантов направленности связи между элементами:

- 1) эмоции — поведение;
- 2) эмоции — когниции;
- 3) эмоции — желания;
- 4) эмоции — организм;
- 5) поведение — когниции;
- 6) поведение — желания;
- 7) поведение — организм;
- 8) поведение — стимулы;
- 9) когниции — желания;
- 10) когниции — организм;
- 11) когниции — стимулы;
- 12) желания — организм;
- 13) стимулы — организм.

Множество вариантов сочетаний компонентов модели «ABCDOS» позволяет точно и лаконично обозначать схемы развития патологии в зависимости от ее механизмов (патогенеза). Например, для объяснения формирования плохого настроения при невротической депрессии будет использована схема «мысли \rightarrow эмоции», при эндогенной депрессии — схема «организм \rightarrow эмоции», а при зимней депрессии — схема «стимулы \rightarrow организм \rightarrow эмоции» (недостаток освещения (стимулы) вызывает нарушение функционирования эпифиза (организм), что приводит к депрессии (эмоции)).

Модель «ABCDOS» может быть применена не только для диагностики и концептуализации, но и для планирования психотерапии. Например,

поведенческий диспут, помогающий клиенту опровергнуть свои иррациональные установки посредством изменения поведения, задействует связь «поведение → мысли», в то время как когнитивный диспут использует алгоритм «мысли → мысли». Классическое научение может быть обозначено как «стимулы → поведение» или «стимулы → организм», оперантное — схемой «поведение ↔ стимулы». Когнитивная терапия депрессии будет эксплуатировать схему «мысли → эмоции», но активирующая поведенческая психотерапия при депрессии будет использовать иной вариант: «поведение → эмоции». Экспозиционная терапия при тревожных расстройствах также использует вариант «поведение → эмоции», а внешне идентичные техники, применяемые в рамках КПТ при проведении поведенческих экспериментов, делают акцент на связи «поведение → мысли».

Таким образом, главными преимуществами модели «ABCDOS» в сравнении с существующими подходами являются: 1) выделение в дополнение к когнитивной, эмоциональной и поведенческой составляющим мотивационного компонента личности; 2) гибкость модели, обусловленная как возможностью наличия разнонаправленных связей между элементами системы, так и множеством различных вариантов сочетания элементов.

Благодаря указанным преимуществам модель «ABCDOS» открывает перед исследователями и практиками новые возможности в диагностике и психотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бандуровский, К. В. Личность / К. В. Бандуровский, Д. А. Леонтьев // Большая российская энциклопедия. М., 2010. Т. 17. С. 69–698.
2. Индивидуальность // Большая российская энциклопедия. М., 2008. Т. 11. С. 223.
3. Теплов, Б. М. Избранные труды: В 2-х т. Т. I. : Труды д. чл. и чл.-кор. АПН СССР: in 2 т. / Б. М. Теплов. Вып. 34. Т. 1. М.: Педагогика, 1985. 328 с.
4. Revelle, W. Experimental approaches to the study of personality / W. Revelle // Handbook of research methods in personality psychology / eds. R. Robins, R. C. Fraley, R. F. Krueger. 2007. P. 37–61.
5. Жилин, Д. М. Теория систем: опыт построения курса. Изд. 2-е, исправ. М.: Едиториал УРСС, 2004. — 184 с.
6. Радюк, О. М. Системный подход в когнитивно-поведенческой психотерапии обсессивно-компульсивного расстройства // I Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сб. науч. статей. СПб.: СИНЭЛ, 2015. С. 14–22.

7. Ковпак, Д. В. Диагностика в когнитивно-поведенческой терапии // VII Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии СВТFORUM: Сб. науч.статей, Санкт-Петербург, 21 мая 2021 года. СПб.: СИНЭЛ, 2021. С. 100–116.
8. A synopsis of rational-emotive behavior therapy (REBT); fundamental and applied research / D. David [et al.] // Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy. — 2005. Vol. 23, № 3. P. 17–221.
9. Радюк, О. М. Рационально-эмотивно-поведенческая терапия // Краткосрочные методы психотерапии / ред. В. А. Доморацкий. М., 2020. С. 307–327.
10. Dryden, W. The «ABCs» of REBT II: A preliminary study of errors and confusions made by REBT therapists / W. Dryden // Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2012. Vol. 30, № 3. P. 173–187.
11. Точки соприкосновения в моделях А. Эллиса и А. Бека. / О. М. Радюк [и др.] // Когнитивно-поведенческий подход в консультировании и психотерапии: материалы Междунар. науч.-практ. конф., г. Минск, 5–7 октября 2018 г. Минск: БГПУ, 2018. С. 94–104.
12. Большой толковый словарь русского языка / ред. С. А. Кузнецов. СПб.: Норинт, 2000. 1536 с.
13. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2019. 713 с.
14. Revelle, W. Individual differences in cognition: New methods for examining the personality-cognition link / W. Revelle, J. Wilt, A. Rosenthal // Handbook of individual differences in cognition / Springer. 2010. P. 27–49.
15. Weiler, P. A. Personality and individual differences in sensitivity to affectively valenced stimuli. Northwestern University, 1992.

КОГНИТИВНЫЕ ОШИБКИ И УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ РОДОВ

Полина Сергеевна Рогачёва

психолог

Аннотация. В статье рассматривается исследование связи уровня субъективного благополучия и когнитивных ошибок у женщин в первый год после родов.

Женщинам в первый год после родов наиболее свойственен средний уровень субъективного благополучия, при этом в отдельных сферах жизни может наблюдаться разный уровень удовлетворенности. Также для женщин в этот период характерно стремление соответствовать социальным нормам и общественному мнению, предъявление жестких требований как к себе, так и к другим (когнитивные ошибки: гипернормативность и морализация), а также в умеренной степени присущи склонность ожидать худшего, сгущать краски и «угадывать мысли других людей» (когнитивные ошибки: катастрофизация и чтение мыслей). Было установлено, что наличие таких когнитивных ошибок, как персонализация, упрямство, морализация, катастрофизация, выученная беспомощность и максимализм, имеет обратную статистически значимую связь с уровнем субъективного благополучия у женщин в первый год после родов.

Ключевые слова: субъективное благополучие, материнство, первый год после родов, факторы субъективного благополучия, интенсивное родительство, родительство, когнитивные ошибки.

Введение

Субъективное благополучие входит в ряд понятий, описывающих феномен счастья. Изучение счастья как одного из центральных феноменов жизни человека имеет глубокую историю. Однако, как отмечает Д. А. Леонтьев, многозначность и обширность понятия «счастье» не позволяет полноценно применять его в научных исследованиях. Наряду с иными вариантами (психологическое благополучие, удовлетворенность жизнью, эмоциональное благополучие и др.) понятие «субъективное благополучие» было разработано как более четкий и поддающийся измерению операциональный аналог счастья [1]. Р. М. Шамионов также выделяет субъективное благополучие как психологический феномен, суть которого — стремление личности достичь комфортного внутреннего состояния, ощущения счастья [2, с. 4].

Субъективное благополучие состоит из частных самооценок человеком различных сторон своей жизни. Эта внутренняя (субъективная) оценка и создает ощущение субъективного благополучия [3]. В структуре субъективного благополучия выделяют когнитивный и эмоциональный компонент. Когнитивный компонент представлен удовлетворенностью жизнью, а эмоциональный — положительными и отрицательными эмоциями. Такие понятия, как удовлетворенность жизнью и эмоциональное благополучие, часто рассматриваются авторами как более узкое, конкретное и оценочное понятие, а благополучие (и, в частности, субъективное благополучие) — как более общий термин, охватывающий более широкий спектр процессов и явлений [4].

Субъективное благополучие имеет связь со всеми сферами жизни человека, является объемным, многомерным феноменом, поэтому факторы благополучия могут быть как универсальные, так и крайне индивидуальные для различных сообществ и отдельных людей [5].

Возможность удовлетворить базовые (еда, жилье), а также социальные потребности (общение, уважение окружающих) имеет непосредственное влияние на уровень благополучия. Тяжелые жизненные ситуации (инвалидность, утрата близких, безработица) являются мощным негативным фактором, который может изменять биологическую предрасположенность, о которой говорит теория биологических установок субъективного благополучия. Такие кризисные события вызывают состояние острого стресса, который при длительном воздействии может провоцировать депрессию и иные заболевания [6].

Наиболее выраженными гендерно-специфичными факторами, которые могут оказывать влияние на субъективное благополучие женщин, являются физиологические особенности эндокринной системы и социокультурная проблема гендерного неравенства. Начиная с раннего подросткового возраста, женщины в два раза чаще страдают от депрессивных и тревожных расстройств, что связывают с влиянием эстрогена и прогестерона. Исследователи также предполагают наличие значимой разницы реакции на стресс, также обусловленной биологически [7].

Влияние гендерного неравенства на уровень субъективного благополучия широко изучается в рамках гендерных исследований. В 2018 году был проведен метаанализ, который включил в себя 281 исследование связи гендерного неравенства и субъективного благополучия, а также 264 исследования связи субъективного

благополучия и удовлетворенности работой. Авторами было установлено, что гендерное различие влияет на удовлетворенность работой, но не оказывает воздействия на уровень субъективного благополучия. Также было установлено, что национальное гендерное неравенство, которое определяет Индекс гендерного неравенства (The Gender Inequality Index), достоверно предсказывает то, насколько женщины удовлетворены работой, но не уровень субъективного благополучия женщин [8].

Что касается субъективного благополучия и родительства, то Э. Динер отмечает, что, вероятно, между ними нет прямой связи. Наличие детей само по себе не делает счастливее или несчастнее, большую роль играет множество других факторов [6]. Среди таких факторов важное место занимает наличие социальной поддержки у родителей. Напряженная круглосуточная забота о младенце может приводить к тому, что у родителей не остается сил и времени для поддержания дружеских отношений, что, в свою очередь, сокращает возможности получить необходимую поддержку. Помощь расширенной семьи, а также наличие поддержки окружающих положительно влияют на субъективное благополучие, способствуют снижению стресса и повышают способность к адаптации к материнской роли [9].

В перинатальный период риски развития аффективных расстройств у матерей наиболее высоки. Для перинатальных аффективных расстройств выделяют следующие ведущие симптомы: депрессивное настроение, тревога и ангедония. На основании специфики и времени появления симптоматики выделяют пять подтипов перинатальной депрессии: тяжелая тревожная депрессия, умеренная тревожная депрессия, тревожная ангедония, чистая ангедония и разрешенная депрессия [10].

Гормональные изменения во время беременности, родов и послеродового периода влияют на структурные и функциональные изменения в головном мозге женщины. Лонгитюдное исследование с использованием функциональной МРТ (P. Kim, 2020) показало, что во время беременности и в послеродовой период происходит редукция серого вещества в областях мозга, которые участвуют в процессе социального познания (медиальной префронтальной коре, нижней лобной извилине, верхней височной борозде, веретеновидной извилине), а также в областях поощрения и мотивации (полосатое тело). Исследования показали, что степень этой редукции связана с большей функциональной реакцией мозга женщины на фотографию ее ребенка в дальнейшем [11].

Способность к социальному познанию активно разрабатывается в русле теорий разума или ментализации, которые описывают то, как люди понимают мысли и чувства других. При этом У. Фрит, исследующая вопросы психологии развития, отмечает, что важно различать эмпатию и ментализацию. Ментализация — это именно способность к пониманию эмоций других и способность отслеживать и прогнозировать изменение этих эмоций, а эмпатия носит несколько иной характер и описывает способность чувствовать эмоции других. Эта разница была выявлена в процессе исследований людей с аутизмом. Было выявлено, что за ментализацией и эмпатией стоят разные системы в мозге [12]. Функциональная активность в медиальной префронтальной коре ассоциирована со способностью к социальному познанию [13]. Повышение активности в данных зонах во время беременности с редукцией серого вещества и последующее увеличение серого вещества в послеродовой период может в значительной мере объяснять нейроанатомическую природу сложностей, связанных с аффективными расстройствами, которые могут испытывать женщины в послеродовой период.

В постнатальный период достаточно частыми являются такие симптомы, как перепады настроения, повышенная плаксивость, раздражительность, тревожность, чувство вины, а также другие симптомы, свойственные депрессивному расстройству, однако они проявляются в слабой форме и длятся непродолжительное время (до двух недель). Такое состояние называют транзиторной послеродовой депрессией, в литературе также можно встретить название «беби-блюз». По данным ВОЗ, симптомы транзиторной депрессии испытывают от 30 до 75 % женщин. Состояние транзиторной послеродовой депрессии обычно не имеет серьезных последствий для здоровья и проходит самостоятельно — тем не менее оно является одним из факторов, повышающих риски возникновения послеродовой депрессии [14].

Послеродовая депрессия имеет сходную с большим депрессивным расстройством симптоматику и, в отличие от транзиторной послеродовой депрессии, длится более двух недель и проявляется более выражено, что мешает выполнять рутинные дела и заботиться о ребенке.

Как наиболее значимые факторы послеродовой депрессии в ревью ВОЗ «Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions» выделяют:

- депрессию во время беременности;
- беспокойство во время беременности;

— переживание стрессовых жизненных событий во время беременности или в раннем послеродовом периоде;

— низкий уровень социальной поддержки и наличие депрессии в анамнезе женщины.

Умеренное влияние оказывают такие факторы, как:

— наличие высокого уровня стресса из-за обязанностей по уходу за детьми;

— негативное самоотношение;

— повышенная тревожность матери;

— сложный темперамент ребенка.

Среди менее значимых предикторов послеродовой депрессии выделяют:

— акушерские осложнения и осложнения беременности;

— когнитивные искажения матерей (негативная когнитивная атрибуция);

— качество отношений женщины с отцом ребенка;

— социально-экономический статус женщины [14].

Цель работы: выявление связи между уровнем субъективного благополучия и наличием когнитивных ошибок у женщин в первый год после родов.

Организация и методология исследования

Формирование выборки проводилось в онлайн-формате и с помощью социальных сетей. Участие в исследовании носило добровольный характер и не предполагало материального вознаграждения. Респонденты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Методики исследования были предложены для заполнения в электронном виде. Выборку составили 144 женщины в возрасте от 18 до 45 лет, родившие ребенка в течение 12 месяцев на момент проведения исследования и без наличия диагнозов, предполагающих инвалидность, как у матери, так и у ребенка.

Методологическую основу исследования составили:

1) концепция субъективного благополучия Р. М. Шамянова;

2) концепция когнитивной психотерапии А. Бека;

3) психологическая модель материнства Г. Г. Филипповой.

Методики

Уровень благополучия женщин в первый год после родов был изучен с помощью методики Р. М. Шамянова и Т. В. Бесковой «Диагностика

субъективного благополучия». В данной методике общий показатель субъективного благополучия получается путем суммирования показателей по следующим шкалам: «эмоциональное благополучие», «экзистенциально-деятельностное благополучие», «эго-благополучие», «гедонистическое благополучие» и «социально-нормативное благополучие». Поэтому низкий уровень показателей по одной шкале может компенсироваться высоким уровнем по другой шкале, тем самым влияя на уровень субъективного благополучия в целом.

Когнитивные ошибки испытуемых были исследованы с помощью «Опросника когнитивных ошибок» (авторы: А. Фримен, Р. Девульф, адаптация: А. Е. Бобров, Е. В. Файзрахманова). Эта методика позволяет выявить склонность респонденток к девяти когнитивным ошибкам: персонализация, чтение мыслей, упрямство, морализация, катастрофизация, выученная беспомощность, максимализм, преувеличение опасности, гипернормативность.

Для женщин в первый год после родов наиболее характерен средний уровень субъективного благополучия. Респонденткам в наибольшей степени свойственны высокие уровни субъективного благополучия (внутренней оценки соответствия жизни идеалу) таких параметров, как соответствие социальным нормам общества и личностным ценностям, а также соответствие самой себя (характер, внешность) желаемому идеалу, наличие уверенности и ощущения личностной самосогласованности, а также соответствие эмоционального фона (радостное настроение, оптимизм) желаемому. Несмотря на средний уровень субъективного благополучия, у части респонденток выявлен низкий уровень переживания удовлетворенности бытовыми условиями, уровнем дохода, неудовлетворенности респонденток собой (характер, внешность), затруднениями в самосогласованности личности, возможностями для достижения улучшения качества жизни и эффективности этих усилий, а также удовлетворенности событийно-смысловой насыщенностью жизни. Низкий уровень гедонистического благополучия, эго-благополучия и экзистенциально-деятельностного благополучия имеет существенное влияние на уровень субъективного благополучия в выборке.

Такие когнитивные ошибки, как морализация (23 %) и гипернормативность (22 %), в наибольшей степени выражены в выборке. Несколько в меньшей степени выявлен высокий уровень проявленности таких ошибок, как катастрофизация (15 %) и чтение мыслей (14 %). Наименее выражены у испытуемых следующие когнитивные ошибки:

персонализация (22 %), выученная беспомощность (22 %), максимализм (22 %) и упрямство (19 %).

Выраженность в данной выборке гипернормативности (22 %) и морализации (23 %) может свидетельствовать о том, что женщины в первый год после родов стремятся обезопасить себя от социального порицания путем перфекционистского стремления соответствовать порой негласным нормам и правилам общества (мнение окружающих). Излишняя моральная ответственность, которая может выражаться в конструкциях долженствования, создает внутриличностное и межличностное напряжение, выражающееся в предъявлении как к себе, так и к окружающим нереалистичных требований.

Для выборки также характерно наличие яркой выраженности таких ошибок, как катастрофизация (15 %) и чтение мыслей (14 %). Преувеличение потенциальной или воображаемой угрозы, излишне бурная реакция на проблемы, а также недоверие к окружающим (ожидание обмана) могут вызывать тревожные и панические состояния. Сочетание возможных гормональных факторов и выраженность данной когнитивной ошибки усиливают вероятность появления или усиления тревожности у женщин в первый год после родов. Склонность к «угадыванию» мыслей и намерений окружающих также способствует повышению вероятности неудовлетворительного эмоционального состояния, так как такое когнитивное искажение способствует появлению обид, конфликтных ситуаций и негативному самоотношению.

В наименьшей степени женщинам данной выборки свойственны такие проявления, как стремление брать на свой счет любое замечание, пристальный «поиск» критических замечаний и упреков, самообесценивание, отношение к себе как к беспомощной и слабой, неспособной брать на себя ответственность или менять свою жизнь, крайность в оценках себя и других, амбициозность и потребность в восхищении окружающих, как в награде, негибкость в спорах, а также проявление крайней упрямости «из принципа».

Также была выявлена связь между уровнем субъективного благополучия и такими когнитивными ошибками, как:

- персонализация: $r = -0,29$ при $p < 0,05$;
- упрямство: $r = -0,29$ при $p < 0,05$;
- морализация: $r = -0,47$ при $p < 0,05$;
- катастрофизация: $r = -0,53$ при $p < 0,05$;
- выученная беспомощность: $r = -0,56$ при $p < 0,05$;
- максимализм: $r = -0,38$ при $p < 0,05$.

Установленные обратные связи указывают на то, что наличие вышеуказанных когнитивных ошибок негативно влияет на уровень субъективного благополучия женщин в первый год после родов. Так, чем более женщине свойственны ожидание враждебного к себе отношения окружающих, страх ошибиться, порождающий упрямство, высокий моральный контроль, преувеличение проблем, обесценивание своего «Я» и крайность в оценках, тем ниже уровень ее субъективного благополучия.

Связь субъективного благополучия и таких когнитивных искажений, как «чтение мыслей», «преувеличение опасности» и «гипернормативность», не установлена.

Выводы

1. Для женщин в первый год после родов наиболее характерен средний уровень (73 %) субъективного благополучия. Наибольшую удовлетворенность респондентки испытывают в компоненте социально-нормативного благополучия (74 %) — роль матери является социально одобряемой и согласуется с личными ценностям женщины. Вероятно, женщины удовлетворены собственным социальным статусом матери, а также одобрительной оценкой этого статуса обществом. Высокие показатели по данной шкале могут обеспечиваться тем, что социальный статус матери соответствует как общекультурным, так и индивидуальным ценностям.

2. Удовлетворенность женщин в первый год после родов другими сферами жизни менее высока: удовлетворенность соответствием характера и внешности желаемому идеалу, а также наличие уверенности и ощущения личностной самосогласованности (эго-благополучие — 43 %); положительный эмоциональный фон, преобладание радостного оптимистичного настроения (эмоциональное благополучие — 43 %). Достаточно высокий уровень эмоционального благополучия в выборке может говорить о том, что женщинам в первый год после родов в большинстве случаев удается справиться с возможными сложностями в адаптации к новым условиям, физиологическими факторами послеродового периода, а также распространенными проблемами с самоотношением и с самосогласованностью личности.

3. Низкий уровень удовлетворенности выявлен у четверти всей выборки в области: удовлетворенности бытовыми условиями и уровнем дохода (гедонистическое благополучие — 20 %); удовлетворенности своим характером и внешностью, а также затруднениями в самосогласованности личности (эго-благополучие — 25 %);

удовлетворенности доступными возможностями улучшения качества жизни и оценки эффективности таких своих усилий, а также удовлетворенности событийно-смысловой насыщенностью жизни (экзистенциально-деятельностное благополучие — 20 %).

4. Достаточно высокий процент респонденток с выраженным неблагополучием в компоненте эго-благополучия может говорить о том, что в первый год после родов у женщин могут происходить серьезные трансформации Я-концепции, связанные со сменой социальной роли, образа жизни, а также, что немаловажно, с возможными изменениями на физиологическом (телесном) уровне. Респондентки могут сталкиваться с изменением формы тела, веса, общего физического самочувствия, аффективными гормонообусловленными проблемами. Все это может как повышать уровень эго-благополучия испытуемых, так и понижать, что может объяснить большое количество респонденток в выборке с высоким и низким уровнем эго-благополучия.

5. Низкий уровень гедонистического благополучия, эго-благополучия и экзистенциально-деятельностного благополучия существенно снижает общий уровень субъективного благополучия в выборке. Низкие показатели по этим компонентам могут отражать сложности, связанные с адаптацией к новой социальной роли, низкой готовностью к рутинной заботе о младенце, а также недостатком помощи и инфраструктуры для развития и отдыха женщин в первый год после родов.

6. Для женщин в первый год после родов наиболее присущи такие когнитивные ошибки, как гипернормативность (22 %) и морализация (23 %). Это может свидетельствовать о том, что стремление соответствовать социальным нормам и общественному мнению может приобретать перфекционистскую окраску и выражаться в предъявлении жестких требований к себе и другим. Для выборки также характерно наличие таких когнитивных ошибок, как катастрофизация (15 %) и чтение мыслей (14 %). Склонность ожидать худшего и сгущать краски, а также «угадывать мысли» является фактором, повышающим тревожность и ухудшающим самоотношение респонденток.

7. Для женщин в послеродовой период свойственно повышение тревожности и боязливости, что связано с гормональными изменениями и феноменом нейропластичности [11]. Данные изменения повышают способность матери к социальному познанию и ментализации, что, вероятно, помогает в уходе за младенцем [12; 13]. Влияние экстраверсии и нейротизма на субъективное благополучие отмечается во многих исследованиях [5; 6; 15; 16]. Для женщин с изначально высоким уровнем

нейротизма даже незначительное усиление тревожности может иметь существенное влияние на уровень субъективного благополучия. Данные факторы являются биологически детерминированными и играют важную роль в субъективном благополучии молодых матерей. Когнитивные ошибки влияют на то, как женщины воспринимают те или иные события, тем самым изменяя уровень их субъективного благополучия [6]. Для субъективного благополучия женщин в первый год после родов была установлена статистически значимая обратная связь с рядом когнитивных ошибок. Так, чем более свойственны для женщины ожидание враждебного отношения к себе окружающих (персонализации: $r = -0,29$ при $p < 0,05$), страх ошибиться, порождающий упрямство (упрямство: $r = -0,29$ при $p < 0,05$), высокий моральный контроль и долженствование (морализация: $r = -0,47$ при $p < 0,05$), преувеличение проблем (катастрофизация: $r = -0,53$ при $p < 0,05$), обесценивание своего «Я» (выученная беспомощность: $r = -0,56$ при $p < 0,05$) и крайность в оценках (максимализм: $r = -0,38$ при $p < 0,05$), тем ниже уровень ее субъективного благополучия. Связь субъективного благополучия и таких когнитивных искажений, как «чтение мыслей», «преувеличение опасности» и «гипернормативность», не была установлена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Леонтьев, Д. А. Счастье и субъективное благополучие: к конструированию понятийного пол // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2020. № 1. С. 14–37.
2. Шамионов, Р. М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы. Саратов: Изд-во «Научная книга», 2008. С. 4–21.
3. Куликов, Л. В. Психогигиена личности: Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учеб. пособие. СПб.: Питер, 2004.
4. Галиахметова, Л. И. Благополучие, субъективное благополучие, удовлетворенность жизнью: проблема взаимосвязи // Вестник Башкирск. ун-та. 2015. № 3. С. 1114–1117.
5. Costa, P., McCrae T. R. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being // Journal of Personality and Social Psychology. 1980. Vol. 38. P. 668–678.
6. Diener, E., Oishi, L. Tay, E. Diener, S Advances in subjective well-being research // Nature Human Behaviour. 2018. Vol. 2 (4). P. 253–260.
7. Nolen-Hoeksema, S. Gender differences in depression // Current Directions in Psychological Science. 2001. Vol. 10. P. 173–176.
8. Batz-Barbarich, C. A., Tay L., L., Kuykendall, H. K. Cheung Meta-Analysis of Gender Differences in Subjective Well-Being: Estimating Effect Sizes and Associations with Gender Inequality // Psychological Science. 2018. Vol. 29, iss. 9. P. 1491–1503.

9. Bost, K. K., Cox M. J., Payne C. Structural and supportive changes in couples' family and friendship networks across the transition to parenthood // *Journal of Marriage and Family*. 2002. Vol. 64. P. 517–531.

10. Putnam, K. T. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium / K. T. Putnam, M. Wilcox, E. Robertson-Blackmore, K. Sharkey, V. Bergink, T. Munk-Olsen, S. Meltzer-Brody // *The Lancet Psychiatry*. 2017. Vol. 4 (6). P. 477–485.

11. Kim, P. How Stress can Influence Brain Adaptations to Motherhood. *Frontiers in Neuroendocrinology* // *Journal Pre-proofs*. 2020. P. 7–11. (Pre-proofs; 100875).

12. Theory of Mind. Developmental psychologist Uta Frith on autism, social interaction, and the difference between mentalizing and empathy t [Electronic resource] // <http://serious-science.org> - Mode of access: <http://serious-science.org/theory-of-mind-7939>. — Date of access: 17.11.2021.

13. Van Overwalle, F. Social cognition and the brain: A meta-analysis // *Human Brain Mapping*. 2009. Vol. 30 (3). P. 829–858.

14. Stewart, D. E. Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. [Electronic resource] / D.E. Stewart, E. Robertson, C. L. Dennis, S. L. Grace, T. Wallington // World Health Organization. University Health Network Women's Health Program. — 2003. — Mode of access: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf — Date of access: 20.06.2021.

15. Gomez, V., Allemand M., Grob A. Neuroticism, extraversion, goals, and subjective well-being: Exploring the relations in young, middle-aged, and older adults // *Journal of Research in Personality*. 2012. Vol. 46 (3). P. 317–325.

16. Headey, B. Top-Down Versus Bottom-Up Theories of Subjective Well-Being / B. Headey, R. Veenhoven, A. Weari (n.d.). // *Citation Classics from Social Indicators Research. Social Indicators Research Series* / ed. A. C. Michalos. Dordrecht: Springer, 2005. P. 401–420.

ФИЛОСОФСКИЕ КОНЦЕПЦИИ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВАНИИ СОВРЕМЕННОЙ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Елена Анатольевна Ромек
доктор философских наук, доцент

Владимир Георгиевич Ромек
кандидат психологических наук, доцент кафедры общей
и консультативной психологии;
Донской государственный университет (ДГТУ)

Аннотация. В статье рассматриваются философские концепции, явно либо косвенно лежащие в основании современной когнитивно-поведенческой психотерапии. С точки зрения принципа и практик «заботы о себе» обозначаются ключевые моменты, подчеркивающие важное значение для психотерапии внешних и измеримых изменений в поведении.

Ключевые слова: философские основы психотерапии, забота о себе, когнитивно-поведенческая психотерапия.

Согласно определению Аристотеля, все науки полезнее философии, но нет ни одной прекраснее ее [1; 70]. В классической Античности именно удаленность философии как «науки о первоначалах сущего» от материальной действительности, физического труда, ремесленничества придавала ей статус высшего знания. И, как это часто бывает, то, что некогда было достоинством, в другие времена оказывается пороком: в Новое время — от Ф. Бэкона до Б. Рассела — умозрительность философии стала предметом острой, а порой и беспощадной критики. В качестве «науки наук», «универсального мировоззрения» или универсальной идеологии философия давно сошла с исторической сцены. Справедливо критикуя метафизические претензии философии, ее «ниспровергатели» совершенно упускают из виду важнейшие и, безусловно, общезначимые ее достижения.

Древнегреческая философия в лице Платона и особенно Аристотеля научилась выражать в «чистом», понятийном виде универсальные формы деятельности, благодаря чему были созданы социальные практики и институты, без которых невозможно представить себе функционирование современного общества. К числу таких практик относится культура [2], наука, искусство и психотерапия — безотносительно к тому, считать ли ее наукой или искусством.

В Римской империи I–II веков классическая философия получила еще одно «низкое», с точки зрения Аристотеля, гуманитарно-технологическое приложение в институте «заботы о себе» (или «культуры себя»). Первооткрывателем этой культуры был Мишель Фуко, убедительно доказавший, что дневники, письма и беседы стоиков (Эпиктета, Сенеки, Марка Аврелия и др.) и эпикурейцев обобщали обширную и тщательно разработанную социальную практику, представленную, помимо философских трактатов, разнообразными социокультурными технологиями, общественными институтами и учреждениями [4; 5]. В ее пределах потенциал философско-антропологического знания впервые был использован исключительно в интересах конкретного человека — для полноценного развития его личности.

Содержательно многие эллинистические «техники себя» были заимствованы из классической Античности и остались неизменными в христианских практиках отшельничества, аскезы, монашества, старчества. Однако со стороны цели — освоения отдельным человеком «искусства существования» — они беспрецедентны и уникальны не только для древнего мира, но для всей истории человечества вплоть до XX века. Мы полагаем, что «культура себя» стоиков является прообразом психотерапии, ее социальной, теоретической и «технологической» матрицей. Именно психотерапия реализует в современном мире принцип «заботы о себе».

Важнейшие особенности эллинистических «практик себя» таковы:

1. Их основой выступала философия. Эллинистическая «культура себя» изначально возникла в качестве философского праксиса, гуманитарного приложения классической философии. И стоики, и эпикурейцы считали занятия философией необходимым и достаточным условием заботы о себе, подчеркивая при этом, что изучать ее следует не умозрительно, а практически, на уровне образа жизни. «Философия — не лицедейство, годное на показ толпе, — пишет Сенека Луцилию, — философом надо быть не на словах, а на деле. Она не для того, чтобы приятно провести день и без скуки убить время, нет, она выковывает и закаляет душу, подчиняет жизнь порядку, управляет поступками, указывает, что следует делать и от чего воздерживаться, сидит у руля и направляет среди пучин путь гонимых волнами. Без нее нет в жизни бесстрашия и уверенности: ведь каждый час случается так много, что нам требуется совет, которого можно спросить только у нее» [3, с. 61]. Смысл существования философии мыслители эпохи эллинизма видели

в том, чтобы вести «к счастью, к неподверженности страстям и к благоденствию» каждого обратившегося к ней человека.

Этот принцип позже нашел свое воплощение в одном из постулатов поведенческой терапии, а именно в стремлении не к утонченным умозрительным размышлениям и ментальным практикам, а в ориентации на реальные изменения поведения, поведенческие эксперименты и смелость в реальных поступках.

2. Краеугольным камнем эллинистических «практик себя» было понятие свободы воли — способности человека принимать решения и нести за них ответственность, избавляться от страстей и достойно принимать неизбежное, изменять то, что зависит от него, действовать соответственно обстоятельствам, согласуя свои поступки с собственными убеждениями и целями.

И в своих философских основаниях, и в практическом осуществлении «культура себя» была антидогматичной. Она предостерегала от слепого следования нормам, правилам, представлениям, заветам и т. п., даже если большинство Сената или сам Цезарь считали их единственно верными. Для того и дан человеку разум — этот бесценный дар Бога, чтобы, научившись «пользоваться» им, он мог делать «правильный», то есть ответственный и нравственно оправданный выбор. Поскольку же занятия философией образуют разум, они являются главной «практикой себя».

«Для существа, обладающего разумом, невыносимо только неразумное, а разумное выносимо, — разъясняет Эпиктет. — Однако разумное и неразумное у одного оказывается одним, у другого другим, так же как и благо и зло, полезное и неполезное. Поэтому главным образом нам и нужно образование, чтобы мы научились применять общее понятие о разумном и неразумном к частным случаям согласно природе» [6].

3. Важнейший принцип «искусства существования» был сформулирован Эпиктетом: «Людей расстраивают не события, а то, как они их воспринимают». Страсти (или болезненные эмоции) возникают на почве ложных представлений, убеждений и ценностей человека, преломляющих жизненные обстоятельства таким образом, что они становятся поводом для страданий. Страсти — а стоики разработали одну из наиболее полных классификаций болезненных эмоций — результат ошибок разума. А значит, любой человек, скорректировавший свое мировоззрение с помощью размышления, занятий философией и других «практик себя», способен достойно принимать как дары, так и удары судьбы.

Психотерапия эмоциональных расстройств, основанная на рациональном способе мышления, не нова в истории человечества, но в когнитивной терапии появились ясные и проверенные с точки зрения современной науки приемы и протоколы, детально проработанные для типичных нарушений современного человека. Принципы превратились в технологии. Однако технология без принципа становится застывшей и мертвой конструкцией.

4. В рамках стоической «культуры себя» были созданы разнообразные социокультурные практики, позволяющие человеку изменять свое эмоциональное состояние и всю систему поведения. В практиках самосовершенствования широко использовались этические и метафизические учения, логика, диалектика, сократический диалог, риторические техники, жизнеописания великих философов, телесные и аскетические упражнения и т. п.

Весь этот арсенал плодотворно применяется в современной психотерапии и прежде всего в гуманистической терапии разных направлений. Особенно близки соображения античных философов современной когнитивно-поведенческой психотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аристотель. Метафизика. Соч.: в 4 т. Т. 1. М., 1975.
2. Потемкин А. В., Ромек Е. А. От абстрактно-генерализующей к функционально-генетической концепции культуры // Метафилософские диатрибы (на берегах Кизитеринки). Ростов-на-Дону, 2003. С. 478–492.
3. Сенека Л. А. Нравственные письма к Луцилию. М., 2003.
4. Фуко М. О начале герменевтики себя // Логос. 2008, № 2. С. 72.
5. Фуко М. Технологии себя // Логос. 2008, № 2. С. 102–103.
6. Эпиктет. Беседы // http://www.gramotey.com/?open_file=1269035725#ТОС_id3842182.

РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОТИВАЦИОННОГО ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Константин Владимирович Рыжков

*врач-психиатр, психотерапевт, нарколог, сексолог;
руководитель Ассоциации мотивационного интервью России*

Анастасия Вячеславовна Кучеренко

*клинический психолог;
ведущая образовательных программ
в Ассоциации мотивационного интервью России*

Аннотация. В настоящее время, по данным ВОЗ, отмечается рост числа хронических, соматических заболеваний. При существующей качественной медицине и доступных способах лечения возникает проблема приверженности терапии и соблюдения назначенных рекомендаций, что сказывается на ее эффективности. Мотивация к лечению главным образом предопределяется особенностями отношения к болезни (в том числе стилем реагирования на нее — внутренней картиной болезни) и эффективным взаимодействием специалистов системы здравоохранения с клиентом. Качественные технологии информирования, поддержания и сопровождения клиента на разных этапах отношения к болезни способствуют формированию устойчивых результатов в терапии и улучшению качества жизни в целом.

Ключевые слова: мотивация, мотив, комплаентность, приверженность терапии, мотивация к лечению, соматические заболевания, хронические заболевания, внутренняя картина болезни, транстеоретическая модель.

Проблема приверженности терапии у больных хроническими соматическими заболеваниями к назначаемому врачом лечению привлекает к себе все больше внимания. Всемирной организацией здравоохранения низкая приверженность лечению (или комплаентность) признается «международной проблемой поразительной величины», при этом отмечается, что «приверженность долгосрочной терапии при хронических болезнях колеблется в пределах 50 %» [5]. Стоит отметить, что изначально низкая доля больных, которые придерживаются назначений врача при лечении лекарственными препаратами, высокая клиническая эффективность которых была доказана в специально спланированных рандомизированных клинических испытаниях (РКИ), может становиться еще ниже, под воздействием различных факторов

[1]. Таким образом, существующая низкая приверженность лечению является актуальной проблемой здравоохранения и клинической практики. Без эффективного сотрудничества пациента и врача по вопросам лечения ни своевременная диагностика, ни обеспечение современными лекарственными препаратами не могут быть достаточно эффективными.

При внедрении в лечение современных и эффективных средств терапии при многих хронических соматических заболеваниях, таких как бронхиальная астма, почечная недостаточность, инфекционные заболевания (туберкулез, ВИЧ-инфекции), сахарный диабет и терапии психических расстройств (прежде всего, шизофрении и биполярного аффективного расстройства), смертность остается высокой из-за игнорирования врачебных рекомендаций по приему лекарств и организации лечения [7]. Особое внимание уделяется возрастным пациентам, у которых наряду с существующими заболеваниями может нарушаться когнитивная и эмоциональная сфера, что также создает особые трудности в терапии и соблюдении медицинских назначений.

Феномен комплаентности в основном формируется через призму взаимодействия различных факторов, таких как биологические (влияние последствий терапевтических назначений на организм), социальные (система взаимоотношений между врачом и пациентом, особенности микросоциальной среды пациента), клинические (степень субъективной тяжести симптоматики, характер течения заболевания) [7].

Особое значение в данном направлении имеет отношение клиента к существующему хроническому соматическому заболеванию, определяемое как внутренняя картина болезни (ВКБ). ВКБ как многофакторное и сложное образование включает в себя несколько уровней: волевой, сенситивный, эмоциональный, интеллектуальный, рациональный (В. В. Николаева, 1987). ВКБ определяется личностными особенностями человека, она абсолютно индивидуальна и динамична, как внутренний мир каждого из нас. В настоящее время существует ряд исследований, которые описывают индивидуальные особенности переживания больным своего состояния.

К примеру, концепция В. Д. Менделевича («Терминологические основы феноменологической диагностики») основывается на представлении о том, что тип реагирования на то или иное заболевание формируется в соответствии с двумя характеристиками: объективной тяжестью болезни (определяющейся критерием летальности и вероятностью инвалидизации) и субъективной тяжестью болезни (собственной оценкой больным его состояния).

Личностное отношение к тяжести заболевания рассматривается из социально-конституциональных критериев, под ними подразумеваются гендерные, возрастные и профессиональные различия. Каждая возрастная группа характеризуется существующим реестром тяжести заболевания — это своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

У возрастных пациентов тяжелые психологические реакции при хронических соматических и инвалидизирующих заболеваниях будут предопределяться личной системой ценностей, устремленной на удовлетворение социальных потребностей и определяющихся «благополучием, благополучием, самостоятельностью и др.». Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти, потере трудо- и работоспособности.

Учитывая актуальные потребности подросткового возраста, а именно «удовлетворенности собственной внешностью», можно предположить, что наиболее сложные психологические реакции подростка могут быть обусловлены не объективно угрожающими сохранности организма и жизнедеятельности болезнями с медицинской точки зрения, а теми, которые определенным образом делают его непривлекательным и влияют на внешний вид.

Специфика переживания заболевания определяется с учетом индивидуально-психологических характеристик, из которых можно выделить особенности темперамента (в отношении следующих критериев: эмоциональность, переносимость боли как признак эмоциональности и ограничения движений и обездвиженности), а также особенности характера человека, его личности (мировоззренческие установки, уровень образования).

В настоящее время существует и хорошо описана типология способов реагирования на заболевание пациентом (А. Е. Личко).

Первый блок описывает типы отношения к болезни, при которых не происходит существенного нарушения адаптации: гармоничный, эргопатический, анозогнозический.

Второй блок рассматривает типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, эйфорический, апатический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный дисфорический. Каждый из вышеперечисленных стилей реагирования формирует «особое» отношение к болезни.

Таким образом, формирование комплаентности к терапии базируется на понимании особенностей реагирования клиента в отношении

болезни, стадии готовности к терапии и, безусловно, коммуникативном процессе, который во многом обуславливает эффективность терапевтических мероприятий.

Многие современные научные исследования рассматривают проблемы расстройств комплаентности с позиции транстеоретического подхода, основывающегося на транстеоретической модели (Prochaska et al., 1992), который описывает динамику изменения пациента с позиции смены этапов (стадий) в поведении пациентов и модели принятия мер предосторожности (Weinsten, Sandman, 1992). Следует отметить, что транстеоретическая модель нашла первоначальное применение в индивидуальной работе с аддикциями, а модель принятия мер предосторожности ориентировалась на новые социальные задачи и подразумевала проведение относительно масштабных социальных программ. Также существенным отличием модели принятия мер предосторожности является наличие стадии, когда человек вовсе не подразумевает о наличии того или иного заболевания либо делает осознанный выбор, отказываясь от каких-либо действий, касающихся терапии существующих соматических заболеваний.

Изначально при создании транстеоретической модели изменения поведения были выделены следующие стадии: предобдумывание, обдумывание, действие, поддержание. Затем к четырем вышеперечисленным стадиям была добавлена еще одна — подготовка, которая занимает место между обдумыванием и действием. Таким образом, окончательно сложилась модель из пяти стадий [2; 4; 6]. Ниже приводится характеристика каждой из них.

Стадия 1: предобдумывание. Если рассматривать эту стадию, можно отметить, что человек абсолютно не анализирует перспективу к изменению либо даже не осознает важность в изменении нежелательного или вредного для его здоровья поведения, по крайней мере в ближайшие полгода. Поскольку именно полгода определяется как максимальный срок для планирования каких-либо изменений поведения в будущем, этот период берется в качестве критерия. Хотелось бы отметить, что, находясь на стадии предобдумывания, человек обычно стремится дистанцироваться от контактов, которые могут указать на необходимость в изменении образа жизни. Он не проявляет интереса к предлагаемым методам самопомощи и не склонен к обсуждению своих вредных привычек. Используя термины теории принятия решений, можно сказать, что индивид склонен преувеличивать положительные стороны своего образа жизни и недооценивать степень риска. На этой стадии при некорректно

подобранном стиле интервенций могут возникать различные формы сопротивления клиента (от избегания до агрессии и обесценивания).

Стадия 2: обдумывание. Находясь на этой стадии, человек склонен рассматривать возможность изменить свое вредное для здоровья поведение в ближайшее время (полгода). Индивид обычно испытывает амбивалентность и оценивает аргументы «за» и «против» своего образа жизни как примерно равные (и имеющие высокую ценность). Такие аргументы принято называть «изменяющие» и «сохраняющие» высказывания. Поэтому, хотя обдумывание изменения поведения и имеет место, результаты могут оказаться двойственными. На этой стадии могут отмечаться некоторые процессы изменения, в особенности эмпирические, определяемые.

Стадия 3: подготовка. Эта стадия определяется четким намерением к изменению поведения в течение ближайшего месяца. У человека имеется определенный план, видение, навыки, ресурсы и стимулы, которые могут быть определены в новую форму поведения и в дальнейшем привести к действиям. Обычно на протяжении года перед этим какие-то попытки уже предпринимались, и теперь делаются, может быть, небольшие, но важные шаги в новой попытке изменения поведения. В терминах баланса решений на стадии подготовки «за» перевешивают аргументы «против», хотя и те, и другие все еще высоки. Эмпирические процессы изменения используются интенсивно, но может быть отмечен и некоторый рост бихевиоральных процессов.

Стадия 4: действие.

Эта стадия рассматривает полугодовой период, который характеризуется стабильным сохранением нового стиля поведения. Опасность данного этапа заключается в необходимости избегания индивидом рецидива. На стадии действия наиболее активно протекают бихевиоральные процессы изменения, а степень соблазна быстро убывает.

Стадия 5: поддержание. К этой стадии относится период шести месяцев с момента явного поведенческого изменения до тех пор, когда нежелательное поведение окончательно преодолено. Несмотря на то что уровень соблазна снижается, уверенность в личных изменениях растет, остается также рациональным использование бихевиоральных процессов изменения с целью предотвращения рецидива. Прекращение существования вредной привычки либо нежелательного поведения определяется по полному отсутствию соблазна в любых проблемных ситуациях и по максимальной уверенности в собственной способности предотвратить рецидив в любых условиях.

Таким образом, в основе транстеоретического подхода лежит акцент на динамической составляющей поведения и процессах, сопровождающих его изменения. Благодаря выявлению и диагностике стадий изменения поведения интервенция может быть релевантна именно той стадии, на которой находится человек.

Такое понимание имеющихся у клиентов проблем является полезным для создания терапевтических моделей интервенций с учетом этапов готовности пациента к изменениям, наличия у него амбивалентности в отношении значимых изменений. В то же время личностные особенности клиента формируют необходимость работы с ценностным, когнитивным и мотивационным компонентом. Поскольку из современных существующих методов мотивационное интервью работает именно с внутренней мотивацией и ценностями, мы считаем подход одним из наиболее эффективных.

«Мотивационное интервьюирование — это подход к консультированию, который направлен на выявление, анализ и преодоление амбивалентности в отношении значимых перемен путем задействования внутренней мотивации клиента с целью изменения его проблемного поведения» [3].

За последние годы сфера применения мотивационного интервью расширилась от терапии злоупотребления психоактивными веществами до терапии лиц с ВИЧ-инфекцией, а в последнее время — до лечения различных хронических соматических заболеваний.

Клинический метод мотивационного интервьюирования, впервые описанный в 1983 году, был первоначально разработан в качестве краткого вмешательства для лиц, испытывающих зависимость от алкогольных напитков и психоактивных веществ, при которой низкая мотивация пациента или полное ее отсутствие является общим препятствием для изменения.

В настоящее время более 160 рандомизированных клинических исследований подтверждают эффективность применения мотивационного интервьюирования в клинической практике. Различные заболевания — рак, диабет и ожирение, болезни печени и сердечно-сосудистой системы, а также некоторые психологические проблемы, такие как депрессия, тесно связаны с особыми формами поведения и здоровым образом жизни. Хотелось бы также отметить особую актуальность применения метода в определении и работе с сопротивлением клиента, которое может возникать на различных этапах изменения поведения, в большей степени на стадии предваряющих

размышлений. Учитывая вышеописанные особенности отдельных возрастных групп, важно особым образом выстраивать терапевтические интервенции и процесс коммуникации с такими клиентами.

В данной статье мы акцентируем внимание на значимости интеграции существующей научно обоснованной модели, которая путем активации собственной мотивации пациентов к изменениям и приверженности к лечению формирует возможные изменения поведения с вышеописанной транстеоретической моделью, поскольку любые интервенции специалиста могут быть неэффективны без учета стадии готовности клиента к принятию мер по сохранению собственного соматического здоровья.

Поскольку существующая в настоящее время программа подготовки специалистов, ведущих клиентов с соматическими заболеваниями, недостаточно внедряет накопленный опыт эффективных моделей ведения таких пациентов, авторы статьи считают, что было бы полезным создание программ терапии и обучения персонала модели эффективного взаимодействия с клиентом, направленной на формирование приверженности терапии и профилактике рецидивов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Collins, R. Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the risk of stroke and coronary heart disease / R.Collins, S. MacMahon // *Br. Med Bull.* 1994. № 50. P. 272–298.
2. DiClemente C. C. et al. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1991. № 59. P. 295–304.
3. Miller, William R., and Stephen Rollnick. *Motivational Interviewing: Helping People Change.* 3rd ed. New York: The Guilford Press, 2013.
4. Rollnick S., WR Miller and CC Butler. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior.* New York: The Guilford Press, 2008. 210. ISBN-13:978-1-59.85-612-0.
5. Munneke, M. Adherence and satisfaction of rheumatoid arthritis patients with a long-term intensive dynamic exercise program (RAPIT program) / M. Munneke, Z. de Jong, A.H. Zwinderman et al. // *Arthritis Rheum.* 2003. Vol. 49, № 5. P. 66–672.
6. Velicer W. F. et al. Assessing outcome in smoking cessation studies // *Psychol. Bull.* 1992. № 111. P. 23–41.
7. Кадыров Р. В., Асриян О. Б., Ковальчук С. А. Опросник «уровень комплаентности»: монография. Владивосток, 2014.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Екатерина Владимировна Тарасова

*психолог; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Нижегородской области «Городская клиническая больница № 39»*

Аннотация. В статье проведен обзор исследований, посвященных когнитивно-поведенческой психотерапии пациентов с шизофренией. Описывается структура сеанса и предлагаются методики когнитивно-поведенческой психотерапии для коррекции патологических состояний у больных шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, когнитивно-поведенческая психотерапия, исследования, структура сеанса, методики.

Шизофрения — психическое заболевание, снижающее качество жизни человека. В силу проявлений тяжелых и разрушительных симптомов, препятствующих полноценной деятельности больных, происходят затруднения как в их профессиональной, так и в личной сфере.

Известно, что более 60 % больных шизофренией трудоспособного возраста являются инвалидами (Ustun, Rehm, Chatterji, 1999) [1], поэтому так важно сделать акцент на своевременном лечении и реабилитации пациентов.

Лечение больных шизофренией только антипсихотическими препаратами не всегда определяет полноценное лечение. Существует необходимость в использовании психотерапевтических методов лечения, которые бы в комплексе с медикаментозной поддержкой способствовали продолжительной ремиссии.

Ряд исследований показал, что в качестве таких методов может успешно использоваться когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП) (Chadwick, Trower, 1997) [1].

Когнитивно-поведенческая терапия психотических расстройств начала распространяться в 1980-х годах. До этого шизофрения рассматривалась только как соматическое заболевание, а психологические факторы игнорировались [7].

По нашему мнению, цель КПП — устранить дистресс, вызванный психотическими переживаниями, или, по крайней мере, дать пациенту возможность справиться с этим дистрессом, а не полностью излечить.

КПП является необходимым «инструментом» для больных шизофренией, поскольку сессии предполагают достаточно структурированную форму и безопасные границы.

Кроме того, при проведении КПП может быть быстрее снижена беспокоенность пациента, связанная с его патологическим убеждением, и увеличена способность к общению. Часто прогрессом является уже то, что пациент становится социально более активным [1].

В настоящее время большинство руководств по лечению шизофрении рекомендуют использовать КПП (Candida, Campos, Monteiro, Rocha, Paes, Nardi, Machado, 2016) [7].

Были проведены многочисленные исследования, посвященные КПП шизофрении, — например, работа, посвященная раннему вмешательству. МакГорри и др. разработали пакет лечения «раннего вмешательства» для пациентов с психотическими состояниями (McGorry, Edwards, Milhalopolous, 1996). Этот пакет сочетал в себе принципы когнитивно-поведенческой психотерапии, низкие дозы атипичных нейролептиков, а также индивидуальную и групповую поддержку. Особое внимание необходимо уделить сочетанию когнитивно-поведенческой психотерапии с другими психологическими подходами. Бреннер в своей книге «Интегрированная психологическая терапия» описал хорошие результаты, когда поэтапные программы когнитивной коррекции (когнитивная дифференциация, вербальное общение, социальные навыки и межличностное обучение) сочетались с КПП (Brenner, Roder, Hodel, 1994). В краткосрочной перспективе было достигнуто стойкое симптоматическое улучшение.

В исследовании не была включена контрольная группа для учета влияния неспецифических факторов и не было показателей достоверности. Хогарти и его коллеги показали, что сочетание антипсихотических препаратов с семейным психообразованием и обучением социальным навыкам было полезным для улучшения симптомов и уменьшения рецидивов у пациентов с шизофренией, но только в том случае, если пациент лечился дома при поддержке членов семьи (Hogarty, Anderson, Reiss, 1991; Hogarty, Kornblith, Greenwald, 1997). Ученый Друри и его коллеги проверили эффективность КПП при остром психотическом рецидиве (Drury, Birchwood, Cochrane, 1996).

В очень масштабном исследовании группа ученых под руководством Лэвис (Lewis, Tarrier, Haddock, 2002) обнаружила (попыталась воспроизвести методологию Drury), что как курс когнитивно-

поведенческой психотерапии, так и курс поддерживающего консультирования были значительно эффективнее, чем обычное лечение при остром рецидиве первого и второго психотических эпизодов. Когнитивно-поведенческая психотерапия была значительно эффективнее, чем поддерживающее консультирование при лечении слуховых галлюцинаций. Стоит отметить, что были проведены исследования КПП в лечении шизофрении с коморбидной зависимостью от психоактивных веществ. Барроуклаф и др. продемонстрировали, что когнитивно-поведенческая психотерапия может уменьшить симптоматику и связанную с ней зависимость от психоактивных веществ у некоторых пациентов в этой наиболее сложной подгруппе (Barrowclough, Haddock, Tarrier, 2001).

Были проведены исследования, посвященные КПП при коморбидной шизофрении и посттравматическом стрессовом расстройстве. Имеются данные о тесной связи между сексуальным насилием в детстве и хроническими галлюцинациями, устойчивыми к антипсихотикам при шизофрении (Heins, Gray, Tennant, 1990). Такие пациенты часто находятся в депрессии и нередко наносят себе повреждения. К этому следует добавить очень высокий уровень посттравматического стрессового расстройства, возникающего после развития шизофрении в результате экстренного лечения или виктимизации (Mueser, Salyers, Rosenberg, 2001). Высокий уровень возбуждения, возникающий при посттравматическом стрессовом расстройстве, часто поддерживает и увековечивает психотические симптомы. В этих случаях подходы КПП к посттравматическому стрессовому расстройству, включая когнитивную реструктуризацию, необходимо сочетать с методами КПП при психозах [6].

Многочисленные исследования в области применения КПП при лечении шизофрении открывают идеи для дополнительных исследований и реализации программ в практике лечения больных. В России КПП шизофрении является малоизученным феноменом в психотерапии. Существуют единичные исследования, посвященные КПП шизофрении (Еричев А. Н., Моргунова А. М., Коцюбинский А. П.), что подтверждает актуальность представленной темы. Предстоит еще многое изучить и внедрить в практику лечения и реабилитации пациентов с шизофренией, используя интересные зарубежные и отечественные разработки в области КПП.

Как сообщают А. Н. Еричев, А. М. Моргунова, А. П. Коцюбинский (2011), опыт проведения КПП шизофрении, базирующийся на данных

литературы и касающийся в первую очередь ее особенностей при организации индивидуальных психотерапевтических занятий, позволяет подчеркнуть следующие основные моменты терапии:

1) длительность сеанса не должна превышать 45 минут, что обусловлено интенциональными расстройствами данной группы пациентов. При необходимости это время можно сокращать, особенно на начальных этапах психотерапевтической работы;

2) темп продвижения должен быть медленным. Психотерапевту порой приходится сдерживаться и делать паузу на каком-то этапе лечения, чтобы проверить степень понимания пациента;

3) домашние задания должны быть простыми и не объемными;

4) желательно подключение супервизии или участие психотерапевта в балинтовской группе, особенно для начинающих врачей, так как несоответствие ожиданий психотерапевта с реально возможной динамикой пациента может привести врача к ощущению неэффективности его работы и эмоциональному выгоранию (Beck, 2009) [1].

Рассматривая содержательную часть КПП больных шизофренией, отметим, что на первоначальном этапе необходимо работать над построением и укреплением доверительных отношений. Доверие пациента к доктору обеспечивает хорошую приверженность к лечению и помогает больному преодолеть тягостные симптомы.

Далее, вторым важным этапом КПП является психообразование. Пациентам важно предоставить информацию об их заболевании, в деталях изложить особенности течения болезни, а также проводить работу по формированию адекватной внутренней картины болезни, критики к состоянию, опознаванию признаков рецидива, совладанию с некоторыми симптомами заболевания. Разъяснение последствий отсутствия своевременной медицинской помощи будет способствовать сокращению числа рецидивов. Важным элементом психообразования является предоставление пациентам ресурсов сети Интернет, информации о медицинских учреждениях, куда пациент может обратиться за помощью, а также предоставление информации о группах поддержки, которые проходят как очно, так и онлайн на платформах социальных сетей (Facebook, Telegram, vk.com и др.). Кроме того, важно проводить дополнительную работу по снижению уровня стигматизации у больных шизофренией.

Стоит отметить, что основным элементом КПП больных шизофренией является составление когнитивной концептуализации вместе с пациентом. Описание триггерных факторов, ресурсов, глубинных убеждений, оказывающих влияние на актуальное состояние,

позволяет пациентам лучше понимать себя, свои особенности поведения. Концептуализация также помогает психотерапевту найти пути к решению проблемы больного, позволяет наметить конкретные цели сеанса.

После формирования концептуализации важным этапом является выбор конкретных упражнений, методик КПП, соответствующих целям терапии, учитывая при этом актуальное состояние пациента. По материалам литературного обзора и нашего опыта представим некоторые методики работы. Важно помнить, что они не являются стандартом и могут изменяться в зависимости от индивидуально-психологических особенностей больных.

Методы КПП для коррекции патологических состояний у больных шизофренией:

1. Подбор доказательств «за» и «против». Цель — помочь пациентам понять, что интерпретация ситуаций является одной из многих возможных интерпретаций. Применяя эту технику, терапевт должен быть терпеливым, настойчивым и гибким, чтобы побудить пациента к аккуратному тестированию реальности. Часто требуются многократные сеансы и разнообразные домашние задания, направленные на отбор доказательств; в конечном итоге — выбор наиболее адекватного объяснения. Для этого оцениваются свидетельства «за» и «против» множества возможных альтернативных объяснений события и выбирается то, в поддержку которого было больше доказательств [1].

2. Поведенческие эксперименты. В дополнение к вербальным стратегиям когнитивный терапевт может повлиять на бредовый образ мышления, проводя поведенческие эксперименты, чтобы протестировать корректность различных альтернативных интерпретаций событий [1].

3. Постановка другой перспективы. При использовании этого подхода пациенту предлагается поставить себя на место других людей, особенно тех, кому пациенты доверяют, или рассмотреть свои убеждения с возможных других точек зрения [1].

4. Техника ABC. Приобщаясь к модели ABC, пациенты учатся отделять А (активирующее событие, имеющее бредовые интерпретации) от В (собственно интерпретации), что позволяет пациентам осознать влияние бредовых интерпретаций на эмоции и поведение (С) и обнаружить позитивные и негативные последствия данных интерпретаций. Таким образом, каждый пациент составляет модель ABC для собственного убеждения, которая вносится в таблицу [1].

Наглядно модель ABC можно представить следующим образом: за то время, пока пациент слышал голоса, что именно сказал голос (А),

мысли пациента о голосе (В) и что пациент чувствует и делает, когда слышит звук (С). Пациента можно попросить составить такой список. Стоит отметить, что такие убеждения пациентов, как то, что они не контролируют голоса («Ничто не может их разрушить»), голоса сильные («Я должен делать все, что они говорят»), голоса внешние («Голоса — это голоса внешних сил») и правдоподобие голосов («Голоса знают обо мне все»), исследуются с помощью сократического опроса (управляемое открытие). Проверяются доказательства за и против убеждений пациента, пациента могут попросить оценить эти убеждения глазами другого человека, и создаются альтернативные объяснения. Во время терапии оценивается уровень убеждений пациента [7]. Также может быть полезной трактовка этих мыслей только как мыслей с дистанцированием от них.

5. Модификация типичных дисфункциональных мыслей (когнитивных искажений). Недостатки когнитивных функций приводят к дисфункциональным убеждениям (Sarin, Wallin, 2014) [7].

Во время сеанса и в качестве домашнего задания пациент делает стандартную запись мыслей. Врач помогает пациенту проанализировать его мысли и идентифицировать когнитивные искажения в целях последующей их модификации. Для работы с когнитивными дисфункциональными искажениями можно воспользоваться методами подбора доказательств «за» и «против», альтернативных интерпретаций, постановки другой перспективы [1].

6. Копинг-карточки. Составление совладающих карточек для пациента происходит совместно с психотерапевтом. Использование копинг-карточек в повседневной жизни будет способствовать устойчивости больных и ощущению, что у них есть поддержка и опора со стороны семьи, психотерапевта или медицинского персонала, а также осознанию их собственных ресурсов.

7. Обучение контролю стресса и эмоционального состояния. Пациенты с шизофренией отличаются «хрупкостью» психологических защит и низкой стрессоустойчивостью. Необходимо обучать их методам релаксации (релаксация по Джекобсону), аутогенной тренировки для стабилизации психоэмоционального состояния, а также рекомендуется прослушивание релаксационной музыки.

8. Обучение навыкам планирования. Поведенческая активация. Правильный режим дня подразумевает рациональное использование времени. Один из способов планирования: в процессе психотерапии пациенту вместе с врачом необходимо наметить время дня по видам

деятельности. Например, рекомендуется регулярное распределение занятий по часам: прием таблеток — 8.00, завтрак — 10.00, прогулка — 10.30, посещение врача — 12.30. Планирование режима дня необходимо для повышения уровня комплаентности. Распределение событий в течение дня развивает организованность и способность следовать лечению, своевременно принимать лекарства, что является профилактикой рецидива заболевания. Навыки планирования, ведение дневника приема лекарств жизненно необходимы для пациентов указанного профиля. Планирование слишком сложных действий может снизить шансы пациента на успех.

Рекомендуется составить график активности. Он состоит из оценки пациентом (от 0 до 10) уровня успеха в повседневной работе в течение недели. Эта диаграмма уменьшит вероятность того, что пациент забудет задачи, которые ему нравились или оказались успешными до сеанса терапии. Это также помешает им со временем найти эти задачи бесполезными из-за их негативных убеждений. Создание поэтапной структуры задач позволяет более реалистично планировать цели пациента [7].

9. Гармонизация отношений в семье. Работа с семьей. Семейную терапию можно рассматривать как идеальное дополнение к индивидуальной КПП. Разрешение семейных конфликтных ситуаций стрессогенного характера в терапии будут способствовать улучшению состояния. Отношения в семье нередко оказываются триггерным фактором для больного, поэтому беседа психотерапевта со всеми членами семьи, помощь в коммуникации и преодолении трудностей в межличностных отношениях во многом помогают профилактировать ухудшения состояния.

10. Обучение социальным навыкам. У пациентов с шизофренией нарушен контекст понимания социальной ситуации, нередко больные искаженно интерпретируют поведение людей и сами события. В рамках сеансов КПП можно аккуратно провести поведенческие эксперименты в социальном взаимодействии пациентов. Поведенческие эксперименты рекомендуется проводить с больными в состоянии ремиссии. Пациенту вместе с врачом было бы полезно на сеансе рассматривать разные точки зрения на поведение конкретного человека в ситуации. Сделать это можно в форме мозгового штурма, а затем выбрать наиболее подходящую версию.

Когнитивный подход при негативных симптомах аналогичен таковому при депрессии и тревожных расстройствах: сократовский

опрос, запись мыслей, идентификация автономных мыслей, анализ доказательств, создание альтернативных объяснений, когнитивная реструктуризация и пересмотр схем [7].

Центральное место в подходе КПП при шизофрении занимает важность связывания мыслей и чувств по поводу текущих симптомов, а затем переоценка этих мыслей по отношению к этим симптомам. Однако, без сомнения, решающим элементом КПП при шизофрении является формирование доверительного терапевтического альянса. Акцент на вовлечении психотического пациента сохраняется на каждом сеансе. Модель возникновения и поддержания симптомов у пациента всегда тщательно исследуется, прежде чем рассматриваются другие объяснения. Повестка дня для каждого сеанса разрабатывается совместно, но галлюцинации и бред часто занимают первые места в списке. Домашние упражнения необходимы для проверки этих возможных объяснений природы и причины психотических симптомов.

С помощью управляемого исследования психотический пациент часто может отказаться от дисфункциональных объяснений. Например, если пациент считает, что его голоса исходят от сатаны, он, вероятно, почувствует себя более расслабленным, когда обдумает менее пугающие объяснения. Пациенты часто также имеют очень тревожные представления о том, что значит иметь диагноз шизофрения. Поэтому время также тратится на изучение представлений о диагностическом ярлыке шизофрении, чтобы попытаться декатастрофизировать эти мысли, предоставив информацию о более оптимистичных взглядах, недавно опубликованных в отношении долгосрочного исхода болезни.

Работа когнитивно-поведенческой психотерапии должна быть направлена на улучшение приверженности к лечению. Необходимо тщательно изучить отношение пациентов к приему антипсихотических препаратов. Некоторые пациенты стремятся подчиниться, приняв природу болезни. Другие пациенты подчиняются, несмотря на отсутствие полного понимания. Третья группа больных либо беспорядочно использует антипсихотические препараты, либо полностью отказывается от них. Часто это происходит потому, что они просто не видят связи между, например, чувством преследования и приемом лекарств. По мере того как понимание улучшается благодаря использованию поведенческих домашних заданий (например, дневниковый мониторинг действий путем описания мыслей), пациенты часто будут рассматривать другие объяснения, которые намного более совместимы с использованием лекарств. Такие объяснения часто связаны с оценкой высокого уровня

стресса, которому они подвергались в допсихотическом периоде и впоследствии. Затем можно объяснить, что важно принимать лекарства, чтобы помочь справиться со стрессом.

Некоторые мысли нарушают приверженность к лечению, например такие «Я не сторонник таблеток», или «Таблетки означают, что вы плохо справляетесь», или «Я поврежден — никакие таблетки не помогут». С этими установками можно работать непосредственно с использованием анализа доказательств, применяя континуум убеждений и ролевую игру (Turkington, Siddle, 2000). Примером последнего может быть пациент, играющий роль врача, пытающегося убедить одного из своих родственников принять стероиды для лечения тяжелого приступа астмы. Сеансы по приверженности иногда лучше оставить до тех пор, пока не будет получен успешный опыт работы с психотическими симптомами [6]. Кроме того, дневники или подробные воспоминания позволяют выявить триггеры возникновения галлюцинаций или бредовых убеждений [8].

Еще одна особенность КПП при шизофрении, которая отличает ее от других типов психосоциальных вмешательств, заключается в том, что она придает большое значение пониманию начала психотических симптомов с использованием модели уязвимости к стрессу (Zubin, Spring, 1977). Эта модель подчеркивает идею о том, что у всех нас есть способность испытывать психотические симптомы, если мы подвергаемся достаточному стрессу. Однако из-за нашей индивидуальной генетической, физиологической, психологической и социальной уязвимости мы различаемся по нашей уязвимости к психотическому срыву. КПП при шизофрении, которая помогает отличить ее от других более традиционных подходов КПП, заключается в акценте на нормализации психотических переживаний (Zubin, Spring, 1994) [6].

Стоит отметить, что для терапии пациентов с шизофренией рекомендуется составить антикризисный план, в котором обозначить простые стратегии выживания: отвлечение внимания (например, прослушивание музыки), прогулка или сосредоточение внимания на том, что говорят голоса, ведение записей для их изучения. Такой план активно создается при работе с пациентами с пограничным расстройством личности. Больные учатся использовать всевозможные действия для того, чтобы адекватно справляться с интенсивными негативными переживаниями.

Опыт проведения КПП, подкрепленный данными литературы, позволяет утверждать также, что этот вид психотерапии может

проводиться не только в индивидуальной, но и в групповой форме. Особенностью групповой терапии, положительно отличающей ее от индивидуальной, является, кроме возможности лечения большего количества пациентов, еще и то, что члены группы, наблюдая, как другие участники «удерживаются» за совершенно иррациональные убеждения, начинают задумываться над тем, что их собственные убеждения также могут быть иррациональными. Важен и тот факт, что работа в группе включает обратную связь от таких же больных людей, и в большинстве случаев она вызывает больше доверия, чем мнение психотерапевта, «находящегося по другую сторону барьера» (Landa, Silverstein, Schwartz, 2006) [1].

В целом необходимо выстраивать индивидуальный алгоритм использования методов и техник КПП с учетом актуального состояния пациентов. Психотерапевту КПП важно обсуждать информацию о самочувствии пациента совместно с врачом-психиатром и, исходя из полученной информации, реализовывать определенные поведенческие стратегии на сессии. КПП больных шизофренией отличается структурированностью, но в то же время и разнообразием подходов. Для эффективной и результативной работы с представленной категорией пациентов необходима хорошая подготовка психотерапевта, стрессоустойчивость, жизнеспособность, наличие регулярных супервизий (групповых и индивидуальных), а также включенность в полипрофессиональную бригаду специалистов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Еричев А. Н., Моргунова А. М. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом // Российский психиатрический журнал. 2011. С.45–49.
2. Кришталь В. Е., Кришталь А. А. Комплексная система реабилитации больных шизофренией // Таврический журнал психиатрии. 2014. С. 32–35.
3. Мазаева Н. А., Головина А. Г. Шизофрения с ранним началом: мишени психообразования. //Образовательный вестник «Сознание». 2019. С.47-53.
4. Семенова Н. Д., Бурюгина Л. А. Комплексный подход к ведению пациента с шизофренией в амбулаторной практике: психофармакотерапия, психосоциальные вмешательства и мотивация к лечению // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. С. 45–48.
5. Семенова Н. Д. К вопросу о развитии и современном состоянии психосоциальной терапии больных шизофренией // Российский психиатрический журнал. 2019. С. 40–44.

6. Beck A., Turkington D., Dudley R. Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Review. [электронный ресурс]: <https://focus.psychiatryonline.org/doi/epub/10.1176/foc.4.2.223>
7. Kart A., Özdel K. Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Schizophrenia. [электронный ресурс]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8498814/>
8. Kingdon D. G., John C. Cognitive Behaviour Therapy of Schizophrenia: The amenability of delusions and hallucinations to reasoning. [электронный ресурс]: https://www.researchgate.net/publication/15396012_Cognitive_Behaviour_Therapy_of_Schizophrenia_The_amenability_of_delusions_and_hallucinations_to_reasoning.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ИСПОЛНЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Василина Васильевна Шабалина

*клинический психолог; Красноярский краевой клинический онкологический
диспансер А. И. Крыжановского*

Ольга Андреевна Долганина

клинический психолог; преподаватель Ассоциации КПП

Руслан Райнгольдович Руф

*кардиолог; Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого*

Аннотация. Экзистенциальная исполненность описывает особенности интегрального переживания человеком своей жизни в настоящий момент и определяется показателем того, что в жизни человека много осмысленного, он проживает свои ценности, живет с внутренним согласием, его решения и поступки соответствуют его сущности и через них он вносит себя в мир. По мнению ведущего представителя экзистенциального анализа А. Лэнгле, цель экзистенциально-аналитической работы состоит в том, чтобы помочь людям жить и действовать с чувством внутреннего согласия, в котором и проявляется аутентичность человека и его подлинность. Изучение особенностей эмоционального развития человека является крайне важным фактором контакта с собой и благополучия, эмоции оказывают влияние на жизнедеятельность и внутреннее состояние человека в целом. Когнитивно-поведенческая терапия помогает выявить базовые ценности человека и помочь ему планировать деятельность и поведение исходя из утвержденных ценностей. В статье описывается понятие экзистенциальной исполненности, а также приводятся результаты исследования особенностей экзистенциальной исполненности у больных раком молочной железы. Описаны критерии экзистенциальной исполненности: духовность, ответственность, свобода, наличие системы ценностей — ценности творчества, ценности переживания, ценности отношения, смысл. Особое внимание в работе уделено оценке особенностей экзистенциальной исполненности у женщин, больных раком молочной железы, которые могут выступать в качестве ресурсов в психологическом сопровождении лечебного процесса. В основу исследования вошли клинические наблюдения за 60 пациентами со злокачественными новообразованиями молочных желез, получившими комбинированное или комплексное лечение в Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере им. А. И. Крыжановского в 2017–2018 годах. Была разработана и описана психокоррекционная программа

для психологического сопровождения лечебного процесса, основной целью которой являлись: поиск ценностно-личностных смыслов, преодоление страха, тревоги, напряжения, выработка новых жизненных смыслов, преодоление кризиса, создание эффективной позиции и стратегии отношения к болезни.

Ключевые слова: экзистенциальная исполненность, самодистанцирование, самотрансценденция, свобода, ответственность, когнитивно-поведенческая терапия, психологические особенности, психологическая поддержка, злокачественные опухоли молочной железы, жизненный ресурс.

Актуальность

Информация об онкологическом заболевании разрушительна для личности человека, и в связи с этим в последнее время большое внимание уделяется изучению психоэмоционального состояния больных с онкологическими заболеваниями [1].

В структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований женского населения России рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место. Абсолютное число заболевших в 2017 году составило более 71 тысячи — 21,1 % всех опухолей. Прирост стандартизированных показателей заболеваемости РМЖ за последние 10 лет — 22,68 %. 64,5 % больных РМЖ в Российской Федерации получают комбинированное или комплексное лечение [2, 3].

Заболевания такого рода характеризуются не только своей тяжестью, но и препятствуют экзистенциальной исполненности человека, снижая качество жизни. Вследствие этого данное заболевание сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением, приводящим к различного рода психологическим и нервно-психическим расстройствам. Недооценка важности внутреннего мира, личностных особенностей, отношение к заболеванию и лечению не позволяют осуществить целостный подход к лечению болезни, а это, в свою очередь, не позволяет использовать личностные ресурсы в полном объеме [4].

Понятие экзистенциальной исполненности, введенное В. Франклом, описывает субъективные переживания человеком качества своей жизни. Исполненность — это переживание глубокого внутреннего согласия с тем, что имеет место быть, или с тем, что сделано; переживание соответствия этого своей сущности и обстоятельствам [5].

Таким образом, это понятие отражает субъективную оценку личности относительно собственного прошлого. В качестве критериев экзистенциальной исполненности рассматриваются духовность, ответственность, свобода, наличие системы ценностей (ценности

творчества, ценности переживания, ценности отношения), смысл. Это возможно, если человек имеет доступ к своим переживаниям, а также активно участвует в том, что представляется ему ценным. Жизнь с согласием внутри — это экзистенциально наполненная или экзистенциально исполненная жизнь.

Целью исследования явилась оценка особенностей коррекции экзистенциальной исполненности у женщин, больных РМЖ, посредством программы когнитивно-поведенческой терапии, которые могут выступать в качестве ресурсов в психологическом сопровождении лечебного процесса.

Материалы и методы

В основу исследования вошли клинические наблюдения за 60 пациентами со злокачественными новообразованиями молочных желез, получившими комбинированное или комплексное лечение в Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере им. А. И. Крыжановского в 2017-2018 годах. Критерии включения в исследование: гистологически верифицированный диагноз рака молочной железы; I–III стадии заболевания по классификации TNM; возраст пациенток от 30 до 55 лет; достаточный уровень образованности (не ниже среднего специального).

Все больные РМЖ были разделены на две группы: контрольная (n=30) и экспериментальная (n=30). Сравнимые группы были сопоставимы по основным критериям включения.

Для диагностики экзистенциальной исполненности была использована методика «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглер. Методика «Шкала экзистенции» направлена на измерение субъективного переживания экзистенциальной исполненности. Общий показатель экзистенциальной исполненности включает четыре субшкалы:

- самотрансценденция (SD);
- самодистанцирование (ST);
- свобода (F);
- ответственность (V).

Также методика содержит два суммарных показателя:

- персональность (сумма субшкал «самотрансценденция» и «самодистанцирование»);
- экзистенциальность (сумма субшкал «свобода» и «ответственность»).

Статистические расчеты проводились в программе IBM SPSS v.22. Распределение количественных величин проверялось на нормальность

распределения с помощью критерия Шапиро-Уилка. Описательная статистика для нормально распределенных величин представлена в виде среднего значения и его стандартной ошибки ($M \pm m$); для непараметрических — в виде медианы и межквартильных интервалов (Me ($Q1$; $Q3$)). Значимость групповых различий проверялась по t-критерию Стьюдента (при нормальном распределении величины) и по критерию Манна-Уитни (при непараметрическом распределении). Значимость различий параметров до и после эксперимента проверялась путем дисперсионного анализа по критерию Фишера с вычислением внутригрупповой суммы квадратов для повторных измерений. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты

Из таблицы 1 следует, что до проведения эксперимента значимых различий между группами не наблюдалось ни по одному из параметров.

Таблица 1

Показатели в группах до проведения эксперимента

Параметр	Группы		Значимость различий
	Контрольная	Экспериментальная	
SD самодистанцирование	33,1±1,68	33,6±1,27	p=0,813
ST самотрансцендентность	61,0 (49,00; 72,25)	55,0 (45,75; 71,25)	p=0,544
F свобода	45,2±2,49	47,5±1,53	p=0,434
V ответственность	55,2±2,73	59,7±2,37	p=0,212
P персональность	96,0 (73,50; 113,00)	87,0 (77,00; 112,25)	p=0,756
E экзистенциальность	106,5 (74,50; 123,25)	111,0 (93,75; 121,50)	p=0,487
G общий показатель	194,1±7,91	199,0±5,26	p=0,605

Полученные результаты свидетельствуют о том, что по параметрам экзистенциальной исполненности значимых различий не наблюдается. Однако имеется специфика проявления данных параметров в исследуемых группах.

1. Самодистанцирование. Контрольная и экспериментальная группы обладают низкой способностью к самодистанцированию. Это означает, что у них отсутствует дистанция по отношению к самим себе. Можно предположить, что это связано с внутренним смятением (посттравматическое состояние) и потерей ориентации (пациенты не понимают, что с ними происходит). Преобладают навязчивые желания и мысли.

2. Самотрансценденция. Низкий показатель в обеих группах свидетельствует об эмоциональной уплощенности и скудности в отношениях с миром и людьми. Недостаток эмоциональной осознанности делает их беспомощными, неуверенными. Возникающие чувства ощущаются как мешающие и вводят в заблуждение.

3. Свобода. Низкий показатель означает неспособность принимать решения. Препятствия для нарушения свободы как человеческой способности могут иметь различные причины. Страх за будущее, здоровье и нерешительность мешают пациентам принять решение. Преобладает неуверенность в себе, в своих силах и возможностях.

4. Ответственность. Низкий уровень выявлен у контрольной группы. Пациенты не чувствуют персональной включенности в жизнь. Они понимают, что их жизнь не поддается планированию и контролю. Преобладает сдержанность. Чтобы совершить ответственный шаг, им необходимы гарантии, ориентиры и заданность. Средний показатель выявлен у экспериментальной группы. Пациенты больше затронуты соотношением с жизнью и стараются придерживаться обязательного, заботливого обхождения с ней.

5. Персональность. Низкий показатель указывает на закрытость. Их персональные способности блокированы и не используются. Можно предположить, что из-за собственных проблем, душевных нагрузок или личностного расстройства пациенты замыкаются в себе.

6. Экзистенциальность. Низкий показатель у экспериментальной группы свидетельствует о том, что пациентам трудно заниматься собой и менять свою жизнь в лучшую сторону. Преобладает бездействие, связанное с неуверенностью в принятии решений, незнание того, что нужно делать. Малая способность выдерживать нагрузки. Средний показатель у контрольной группы. Это означает, что у пациентов растет степень решимости и ответственности за жизнь. Они стремятся устроить свою жизнь и свой мир.

7. Общий показатель. Низкий показатель в обеих группах указывает на неисполненную экзистенцию. Зацикленность на себе и эмоциональная неспособность к диалогу. Отсутствие ответственной вовлеченности

в жизнь. Под воздействием стресса легче возникают психические расстройства.

Значимых различий у пациентов в отношении экзистенциальной исполненности не наблюдается. Согласно полученным результатам, большинство испытуемых из обеих групп обладают низким уровнем экзистенциальной наполненности.

Для психологической коррекции больных РМЖ с опорой на принцип комплексного подхода была использована программа, включающая когнитивные и поведенческие методы.

Первая часть программы — групповая психологическая работа. Каждое занятие посвящено определенной теме, где посредством когнитивно-поведенческой терапии женщины могут прояснить свои значимые чувства, способы и схемы их формирования, понять природу переживаний и страхов, которые бывает сложно выразить словами. Участницы открыто говорят о том, что их волнует, обсуждают насущные вопросы, которые не всегда можно озвучить родным и близким, обучаются новым способам взаимодействия с окружающим миром и с собой. Обучение техникам когнитивно-поведенческой терапии позволяет прояснить степень реального контроля над собственной жизнью. В кругу людей, которые переживают подобное состояние, в атмосфере доверия и принятия женщины получают поддержку, возможность взглянуть на происходящие события совсем иначе, чем прежде, отвечают себе на вопросы: «Почему важно сейчас научиться справляться с сегодняшним состоянием?», «Что я могу сделать, чтобы поддержать себя в этой трудной жизненной ситуации?», «Как более эффективно научиться выражать эмоции и переживания?» и многие другие. Важным является осознание «я не одна», что дает душевные силы в борьбе с болезнью. После групповой работы участницы имеют возможность получения индивидуальных психологических консультаций в рамках данного проекта.

Длительность программы коррекции — четыре месяца. Частота занятий — три раза в неделю.

После проведения эксперимента наблюдались следующие изменения, представленные в таблице 2.

Таблица 2

Показатели в группах после проведения эксперимента

Параметр	Группы	
	Контрольная	Экспериментальная
SD самодистанцирование	33,9±1,71	44,3±1,48
ST самотрансцендентность	61,0 (52,25; 74,25)	78,0 (65,00; 81,00)
F свобода	47,1±2,37	58,1±1,51
V ответственность	57,5±2,51	67,8±1,47
P персональность	95,0 (76,75; 114,50)	118,5 (101,75; 129,00)
E экзистенциальность	111,5 (80,50; 126,00)	131,0 (109,50; 135,00)
G общий показатель	199,9±7,59	241,6±5,25

По результатам дисперсионного анализа повторных измерений статистически значимыми оказались изменения всех параметров в экспериментальной группе до и после эксперимента, а также различия всех параметров, кроме параметра «персональность», между экспериментальной и контрольной группами.

Таблица 3

Оценка статистической значимости различий после проведения эксперимента

Параметр	Статистическая значимость (p) различий после проведения эксперимента	
	Между контрольной и экспериментальной группами	В экспериментальной группе до и после эксперимента
SD самодистанцирование	0,007	< 0,001
ST самотрансцендентность	0,031	0,001
F свобода	0,013	0,001
V ответственность	0,012	0,048

Р личность	0,087	< 0,001
Е экзистенциальность	0,007	0,004
G общий показатель	0,007	< 0,001

После проведения психотерапевтических мероприятий выявлены следующие изменения по исследуемым параметрам.

Обсуждение результатов

1. Самодистанцирование. Значимые различия, связанные с повышением показателей по параметру, зафиксированы в экспериментальной группе ($p < 0,01$). Повысилась способность перенести внимание от себя вовне и приобрести ясность в отношении ситуации. Увеличилось самообладание и стремление к высоким достижениям.

2. Самотрансценденция. С ростом показателя обогащается эмоциональный внутренний мир и внутренняя способность чувствовать ценностные основания и ориентироваться на них. Пациенты начинают чувствовать эмоциональную внутреннюю соотнесенность и принимать себя вместе со своими желаниями и потребностями (самопринятие — основа для того, чтобы знать, что хочешь).

3. Свобода. У пациентов выросла ясность и прочность в формировании суждения и нахождении решения. На фоне реально возможного пациенты видят самое важное для них — то, на основании чего можно судить, свободно выбирать и решать. Появилась уверенность в своих силах и возможностях.

4. Ответственность. Ответственность достигла высокого показателя. Пациенты действуют с осознанием обязательности этого для себя. Выдерживать процесс воплощения в жизнь собственных замыслов — значит обрести чувство уверенности, что все делается правильно. Проживаемая ответственность является основой для формирования стабильной самооценки. Увеличивающийся показатель по этой субшкале указывает на временное постоянство — способность выдержать.

5. Личность. Увеличилась открытость в общении с самим собой и открытость миру. При этом ST (самотрансценденция) > SD (самодистанцирование), что свидетельствует о сильной эмоциональной

отзывчивости, внутреннем переживании и сочувствии. Может сопровождаться трудностью в установлении дистанции и в сохранении внутреннего свободного пространства.

6. Экзистенциальность. Выявлено повышение способности ориентироваться в этом мире, приходиться к решениям и воплощать их в жизнь, меняя ее таким образом в лучшую сторону. Это означает, что у пациентов растет степень решимости и ответственности за жизнь. Они стремятся устроить свою жизнь и свой мир. Комбинация F (свобода) $< V$ (ответственность) показывает готовность идти в мир, при этом могут возникать проблемы с отграничением и чувство, что ты несвободен, а вынужден (чувство долга). Иногда эти чувства действуют как нагрузка, так как SD (самодетерминация) $< ST$ (самотрансцендентность).

7. Общий показатель. Повысилась способность справляться с самим собой и с миром. Такой образ жизни помогает ориентироваться на чутье в отношении собственных потребностей и задач, а также в отношении требований ситуации, которые согласовываются друг с другом. P (персональность) $< E$ (экзистенциальность), что означает, что пациенты еще относительно слабы в эмоциональных ощущениях, но сильны в осуществлении жизни.

Таким образом, у человека с его развитой персональностью и экзистенциальностью имеется предпосылка для того, чтобы находиться в диалогическом обмене с миром и тем самым прийти к исполнению своей сущностной структуры («экзистенциальное исполнение»).

Эффективность психокоррекционной работы в экспериментальной группе ($n=30$) по повышению уровня экзистенциальной исполненности доказана.

Выводы

Таким образом, проведенное экспериментально-психологическое исследование экзистенциальной исполненности у больных РМЖ позволяет выявить психологические особенности данной категории пациентов и подтверждает эффективность разработанной психокоррекционной программы, основанной на методиках когнитивно-поведенческой терапии для психологического сопровождения лечебного процесса, основной целью которой являлось преодоление страха, тревоги, напряжения, выработка новых жизненных смыслов, преодоление кризиса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карпова Э. Б., Чулкова В. А. Онкологическое заболевание как психологический кризис // Ананьевские чтения. СПбГУ. 2007. С. 556–557.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2018.
3. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2018.
4. Сенина В. С. Психологический статус онкобольного пациента.
5. Лэнгле А. Фундаментальные мотивации экзистенции как действенная структура экзистенциально-аналитической терапии // Экзистенциальный анализ. Бюллетень. 2009. № 1. С. 9–31.
6. Чулкова В. А. Психологическое исследование больных раком молочной железы // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. СПб.: Любавич; 2017. С. 116–127.
7. Кривцова С. В., Лэнгле А., Орглер К. Шкала экзистенции // Экзистенциальный анализ. Бюллетень. 2009. № 1. С. 141–171.
8. Демин Е. В., Гнездилов А. В., Чулкова В. А. Психонкология: становление и перспективы развития // Вопросы онкологии. 2011. Т. 57, № 1. С. 86–91.
9. Калачинская О. А., Васильева О. С. Экзистенциальный подход в процессе реабилитации — необходимое условие для восстановления социального здоровья личности // Северо-Кавказский психологический вестник. 2009. № 2. С. 66–72.
10. Андриященко А. В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине // Психические расстройства в общей медицине. 2011. № 1. С. 14–28.
11. Русина Н. А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2012. № 3. С. 116–123.
12. Давыдов М. И. Психоонкология // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 3. С. 3.
13. Кондаков А. В. Реабилитация женщин после мастэктомии // Вместе против рака. 2005. № 1. С. 14–21.
14. Кузнецова А. А. Эмоционально-аффективные расстройства в структуре отношения к болезни у женщин с онкологической патологией в зависимости от формы лечения // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2008. № 1. С. 14–16.
15. Русина Н. А. Психологические защиты и механизмы совладания: отличия, проявления в психотерапевтической практике, эффективность // Ярославский психологический вестник. М.; Ярославль, 1999. С. 157–173.

СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ТЕХНИКИ КПТ: СВОБОДА ВЫБОРА

Юлия Юрьевна Шавернева

психолог; Адыгейский государственный университет

Аннотация. В исследовании рассматриваются актуальные вопросы интеграции техник КПТ в классическом системном подходе. Современный брак находится в кризисе: более пятидесяти процентов браков распадается, многие люди вообще не создают семьи, но потребность в ее создании не утрачена, люди по-прежнему испытывают дискомфорт от одиночества. Техники КПТ являются незаменимым инструментом для реструктуризации иррациональных мыслей и дисфункциональных паттернов поведения.

Ключевые слова: техники КПТ, системная семейная психотерапия, рефрейминг/реструктуризация мыслей, схема, оспаривание автоматических мыслей, интеграция когнитивно-поведенческих стратегий в системную терапию, семейное окружение.

Проблема интеграции техник КПТ в системном подходе привлекает все большее внимание ученых [11; 14; 15]. Психотерапия детей и подростков тесно связана с рекомендациями относительно работы с родителями и другими членами семьи. Детские проблемы возникают в системном семейном контексте, и, соответственно, члены семьи играют важную роль в инициировании, поддержании, а также обострении детских проблем. Ранние дезадаптивные схемы [19] (брошенности, покинутости, избегания, сверхкомпенсации и т. д.) вызывают общие и устойчивые изменения в семейном контексте и имеют длительный негативный эффект. Здоровое поддержание схем предполагает, что при поступлении новой информации происходит ее корректировка и изменение.

Мы полагаем, что техники КПТ в семейной терапии используются недостаточно широко, и это печально по нескольким причинам. В России подростков к психологу чаще всего приводят взрослые по настойчивой рекомендации учителей [16]. Когнитивные терапевты, работающие с отдельными подростками, редко имеют возможность работать с данной семьей, чтобы вызвать общие и устойчивые изменения в семейном контексте [5; 4; 2; 6].

Ф. Даттилио (1997) многократно отмечал, что когнитивно-поведенческая семейная терапия подчеркивает взаимодействие

познавательной и эмоциональной сфер, действий, поступков и межличностных отношений членов семьи. Кроме того, он выделил четыре основных теоретических положения семейной когнитивно-поведенческой терапии. Во-первых, члены семьи стремятся поддерживать семейную среду и использовать этот гомеостаз для удовлетворения своих потребностей. Во-вторых, когнитивные процессы членов семьи, такие как атрибуции, ожидания, стандарты и сопутствующие когнитивные искажения, влияют на семейную жизнь. В-третьих, проблемы возникают, когда когнитивные процессы блокируют чувство удовлетворенности участников. Наконец, когнитивно-поведенческая терапия предполагает, что обращение к когнитивным компонентам проблемы будет эффективным и действенным способом изменить дисфункциональное мышление, эмоциональные и поведенческие паттерны.

Ф. Даттилио (2001) активно развеивал мифы в отношении того, что КПТ пренебрегает системным подходом в семейной терапии. Он отметил, что когнитивно-поведенческая семейная терапия интегрирует системную перспективу, четко оценивая замкнутость и взаимность отношений. Анализируя структуру конкретной семьи, важно обращать внимание на ее состав и поочередно останавливаться на разных уровнях системы (семья в целом, родительская подсистема, детская подсистема, индивидуальные подсистемы), изучать ее основные параметры (сплоченность, иерархия, гибкость, внешние и внутренние границы, ролевая структура семьи) и оценивать характер проблем (межпоколенные коалиции, нарушения иерархии, завышенные ожидания, выборочное внимание, гиперконтроль, гиперопека, созависимость и т. д.). Поскольку семья является системой, которая находится в постоянном взаимодействии, то любое изменение одной подсистемы, влечёт за собой изменение в других подсистемах и семьи в целом.

Исследователи Гинзбург, Сикленд, Масия-Уорнер и Хедтке (Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C. & Hedtke, K. A. 2004) отметили, что родители могут рассматривать тревогу как катастрофу, видеть свою роль в том, чтобы защищать уязвимых детей, а затем невольно саботировать самооффективность своих детей. Следовательно, дети сомневаются в своей компетентности и избегают активного поведения. Действительно, семьи продвигают правила и неявные коды (схемы, касающиеся когнитивных процессов и содержания поведенческих паттернов) [20].

Семейное окружение является средой, в которой формируются представления, отыгрываются семейные сценарии, связанные с историей

семьи, и формируются паттерны и шаблоны, объясняющие окружающий мир, конструкторы восприятия себя, других людей и мира в целом. Таким образом, складывается набор правил, которые человек поддерживает, в них содержится ранний опыт и прошлые реакции и переживания. По совокупности структурируется устойчивый массив знаний, способный направлять все последующее восприятие человека [1].

Согласно когнитивно-поведенческой точке зрения, семейное окружение — это среда, в которой происходит развитие познавательной сферы детей. Когнитивно-поведенческий семейный терапевт выявляет неправильные интерпретации, модифицирует круговые неадаптивные межличностные паттерны, направляет усилия по решению проблем, помогает членам семьи проверять их предположения и схемы, а также вырабатывает более точные оценки.

Когнитивно-поведенческая семейная терапия показана, когда ошибочные убеждения ребенка иницируются, поддерживаются или усугубляются конкурирующими или дополняющими друг друга убеждениями других членов семьи. Тревога, депрессия и нарушения спектра поведения — все они поддаются когнитивно-поведенческой семейной терапии. Схемы и представления о себе достаточно часто связаны с детским травматическим опытом, отвержением, отсутствием надежной привязанности, ощущения безопасности и чувства собственной значимости.

Существует большое разнообразие терапевтических воздействий — и, работая на системном уровне, важно объяснять нехватку кооперации и прогресса, демонстрировать смысл и функцию сохраняющихся симптомов и паттернов в отношениях. На когнитивном уровне важно распознавать автоматические дисфункциональные мысли и определять различия в ожиданиях и правилах. На поведенческом уровне важно использовать коммуникативный тренинг, обучение ведению переговоров и решению проблем.

В качестве основных техник КПТ используются: валидация (нормализация), экстернализация (вынесение за скобки), переопределение проблемы (позитивный рефрейминг/ реструктуризация), выявление связи проблемы с другими проблемами, интервенции и полезность проблемного опыта. Наиболее эффективными техниками, на наш взгляд, являются: «чудесный вопрос», шкалирование, техника одного шага, терапевтическая метафора, техника комплимента, техника стимулирования активности, домашние задания, коммуникативный тренинг, техника малых шагов, инструкции

и предписания, техника падающей стрелы, сократовский диалог, диспут, техника поведенческого контракта и когнитивной реструктуризации, видео- и библиотерапия, «техника блокнота и ручки», тайм-аут, усиление близости, «услуга за услугу» и «отказ от поиска виноватого». Техники КПТ являются универсальными средствами работы в системном подходе. Наблюдение за взаимодействием супружеских пар во время сеанса обеспечивает необходимые интервенции для позитивной динамики изменения дисфункциональных схем. Эффективность использования названных техник КПТ для практикующего специалиста является очевидной, но с научной точки зрения не имеет достаточной доказательной базы (выборки и контрольных групп). Тем не менее в сочетании с другими подходами техники КПТ являются мощным элементом для реструктуризации иррационального мышления и изменения дисфункциональных паттернов поведения.

Существует множество домашних заданий, которые можно применять в когнитивно-поведенческой семейной терапии. По нашему мнению, Даттилио (2002) совершенно прав в том, что домашние задания повышают осведомленность клиентов, их приверженность выполнению терапевтических изменений и поощряют сотрудничество. Библиотерапия, аудио- и видеозаписи, планирование деятельности, самоконтроль, поведенческие задачи и реструктуризация когнитивных дисфункций являются обычными домашними заданиями. Получение отзывов и резюме от членов семьи также является важным компонентом в использовании техник КПТ в системном подходе.

Для самоконтроля важно получать от клиента регистрацию конкретных физиологических, когнитивных, поведенческих, эмоциональных и межличностных процессов. Запись этих данных обеспечивает плацдарм для вмешательства и якоря для оценки прогресса. Упражнение Даттилио (2000, 2002) «круг восприятия» является одним из наиболее ярких заданий для самоконтроля, которое демонстрирует степень восприятия членами семьи.

Ежедневные записи мыслей в протоколы КПТ (DTR) легко интегрируются в системную семейную психотерапию. Сравнение дневников мыслей для одной и той же ситуации обеспечивает основу для последующего самообучающего и рационального аналитического вмешательства. Важно проверять автоматические мысли в присутствии других членов семьи, чтобы они поддерживали усилия друг друга по реструктуризации.

Научно подтвержденный метод личного самообучения с семьями заключается в том, чтобы члены семьи независимо перечисляли

приемлемые и неприемлемые чувства в семье (генограмма эмоций и чувств, генограмма гнева). Разные члены семьи придерживаются индивидуальных правил эмоционального выражения. Некоторые личные императивы могут быть общими для нескольких членов семьи. Однако другие правила могут противоречить друг другу.

Если методы самообучения в когнитивно-поведенческой семейной терапии обычно используются с отзывчивыми семьями, то с менее отзывчивыми, укоренившимися в дисфункциональных отношениях, необходимы более гибкие методы. Греко и Эйферт (2004) утверждали, что образный и метафорический язык часто является более мощной интервенцией, чем рациональные лингвистические техники. Метафоротерапия способствует пониманию членами семьи и выявлению неадекватных когниций. Метафора предоставляет семьям новый взгляд на их взаимодействие.

В качестве рационального анализа используется упражнение «окно приемлемости», которое выявляет представления семьи об общении и конфликтах, а также закладывает общую основу для эффективного взаимодействия. Приемлемость, свобода действий, проявление чувств в межличностных конфликтах может выражаться в форме большого или маленького окна.

С точки зрения С. Минухина, теория систем произвела революцию или, во всяком случае, существенную смену в парадигме мышления, которая успела произойти в психотерапии за последние сорок лет (Минухин, 1978). По мнению Минухина и Фишман (1981, с. 81), «поведенческое разыгрывание рассматривается как танец в трех движениях»: концептуализация методов и паттернов; эксперименты, которые выявляют дисфункциональные паттерны; трансформация и альтернативные модели поведения [17].

Эмпирические упражнения дают возможность разыгрывать и модифицировать свои дисфункциональные паттерны. Это позволяет сделать скрытые эмоции, когниции и модели межличностного поведения прозрачными.

Сборка или создание чего-либо всей семьей включает в себя предоставление инструкций, следование указаниям, получение обратной связи и выявление уровня толерантности к фрустрации. Изготовление брелока, поделки, модели чего-либо дает представление о том, как в реальной жизни в семье происходит инструктаж, насколько комфортно все чувствуют себя в процессе выполнения задания, как справляются с разочарованием и ошибками, сотрудничают, поддерживают или

принижают друг друга. Выполнение сложной задачи под руководством терапевта дает семьям конкретные ориентиры для изменений и повышает их предполагаемую компетентность. Семьи могут ссылаться на моменты, когда они справились с фрустрацией или дали ребенку свободу потерпеть неудачу, а затем разработали способы распространения своего успеха на другие контексты. Кроме того, успешная работа по достижению общих целей изменяет климат в семье и отражает системные изменения [9].

Настольные, соревновательные, спортивные игры и театральные упражнения являются потенциально продуктивными способами выявления и изменения семейных когниций, чувств и паттернов взаимодействия. Книжки-раскраски могут выступать в качестве когнитивно-поведенческого анализа семейной системы (четкость или расплывчатость инструкций, готовность выполнять простую команду, реакция на контроль, способы поощрения и т. д.). Наконец, задание на раскрашивание предоставляет системную информацию о различных обстоятельствах взаимодействия в семье [10].

Границы системной семейной терапии широки и предлагают огромные возможности для использования техник КПТ. Расширение областей применения техник КПТ связано со многими психотерапевтическими прорывами. В последние десятилетия наблюдается большой интерес к использованию когнитивно-поведенческой терапии в работе с семьями. Когнитивно-поведенческие техники дают возможность совместного построения гипотезы (формулировки) о причинно-следственных связях изучаемой проблемы. При работе с семьей терапия должна включать межличностные, семейные и системные факторы, а также проблемы развития и привязанности, которые чаще всего проявляются с помощью других психотерапевтических модальностей. Когнитивно-поведенческая терапия — это по сути эмпирический процесс совместного открытия этиологии проблемы клиента и привычки, обслуживающей эту проблему [18].

Надежная практическая база использования когнитивно-поведенческой терапии с детьми и семьями, а также растущий клинический опыт ее использования в этих группах имеют огромное значение для обучения [8]. Немногие психологи, к сожалению, имеют базовую подготовку по КПТ и прошли соответствующее обучение. В Адыгейском государственном университете в процессе преподавания дисциплины «Основы психологии семьи и семейного консультирования» для бакалавров и магистров в рамках основных учебно-методических комплексов

и программ активно используются техники когнитивно-поведенческой терапии в практико-ориентированном контексте. Профессионалы в области КПТ уже давно осознали фундаментальную необходимость учета системных факторов, факторов привязанности и развития в работе с клиентами и, как правило, работают выборочно, используя различные техники и эффективные психотерапевтические методы. Системная семейная терапия с использованием техник КПТ развивает навыки самонаблюдения и самомониторинга клиента. Техники КПТ приглашают клиента в рамках поддерживающих терапевтических отношений опробовать когнитивные или поведенческие изменения, которые способствуют поддержанию психологического здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
2. Dattilio, F. M. (2001). Cognitive behavior family therapy: Contemporary myths and misconceptions. *Contemporary Family Therapy*, 23, 3–18.
3. Dattilio, F. M. (1998). Cognitive-behavioral family therapy. In Dattilio, F. M. (2000). *Families in crisis*. In F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Cognitive behavior strategies in crisis intervention* (2nd ed., pp. 316–338). New York: Guilford.
4. Dattilio, F. M. (1997). Family therapy. In R. L. Leahy (Ed.), *Practicing cognitive therapy: A guide to interventions* (p. 409–450). New York: Jason Aronson.
5. Dattilio, F. M. (2002). Homework assignments in couple and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 535–547.
6. Dattilio, F. M., & Epstein, N. B. (2005). Introduction to the special section: The role of cognitive behavioral interventions in couple and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 7–13.
7. Derisley, J (2004) Cognitive therapy for children, young people and families: considering service provision. *Child and Adolescent Mental Health*; 9: 15-20. CrossRef Google Scholar.
8. Dummett, N. (2010). Cognitive-behavioural therapy with children, young people and families: From individual to systemic therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16 (1), 23–36. doi:10.1192/apt.bp.107.004259.
9. Friedberg R. D., (2006). A Cognitive-Behavioral Approach to Family Therapy *Journal of Contemporary Psychotherapy* 36 (4): 159-165 DOI:10.1007/s10879-006-9020-2.
10. Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts*. NewYork: Guilford.
11. Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C., & Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 28–43.
12. Greco, L. A., & Eifert, G. H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an integrative family therapy? *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305–314.

13. Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (Eds.). (2003). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. New York: Guilford.
14. Kendall, P. C. (Ed.). (2000). Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral procedures. New York: Guilford.
15. Leve, R. M. (1995). Child and adolescent psychotherapy: Process and integration. Boston, MA: Allyn & Bacon.
16. Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). Family therapy techniques. Cambridge, MA: Harvard University.
17. Salkovskis, P. M. (2002) Empirically grounded clinical interventions: cognitive-behavioural therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*; 30: 3–9. Google Scholar.
18. Schema Therapy: A Practitioner's Guide Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar Guilford Press, 2006.
19. Waters, T. L., & Barrett, P. M. (2000). The role of the family in childhood obsessive compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 173–184.

Научное издание

**VIII Международный Форум Ассоциации
Когнитивно-Поведенческой Психотерапии
CBTFORUM**

Сборник научных статей

Подписано в печать 21.04.2022 г.
Формат 60x84 1/8. Бумага офсетная. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 14,6. Тираж 400 экз.
Заказ № 5684.

Отпечатано с готового оригинал-макета заказчика
в ООО «Издательство “ЛЕМА”»
199004, Россия, Санкт-Петербург, 1-я линия В.О., д.28
тел.: 323-30-50, тел./факс: 323-67-74
e-mail: izd_lemma@mail.ru
<http://www.lemaprint.ru>

