

**V Международный Съезд Ассоциации  
Когнитивно-Поведенческой Психотерапии  
CBT FORUM**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ**

**10 – 12 мая 2019 года**

**Санкт-Петербург**

**Москва**

**Санкт-Петербург**

**СИНЭЛ**

**2019**

УДК 615.851(063)

ББК 53.57я43

П99

**Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии (Санкт-Петербург). Международный съезд (5; 2019).**

V Международный Съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, 10-12 мая 2019 года, Санкт-Петербург-Москва : СВТ FORUM : сборник научных статей . – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2019. – 64 с.

Посвящ. двадцатилетнему юбилею Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии.

**ISBN 978-5-6042429-4-0.**

© Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

© Ковпак Д. В

## СОДЕРЖАНИЕ

**К 170 ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ АКАДЕМИКА ИВАНА ПЕТРОВИЧА ПАВЛОВА ..... 10**

*Ковпак Д. В.*

**РУМИНАЦИЯ И «ПУСТЫЕ УСИЛИЯ»..... 20**

*Бурно А. М., Некрасова С. В., Курилович Е. А.,  
Петрухина Н. С.*

**ГЕНЕРАЛИЗАЦИОННЫЙ КОМПОНЕНТ  
В КОРРЕКЦИИ ФОБИЧЕСКОЙ  
СИМПТОМАТИКИ..... 22**

*Киреева В. А., Долганова О. А., Логинова И.О.*

**СТОЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ КЛИНИКИ НЕВРОЗОВ,  
СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ  
БОЛЬНИЦА № 7 ИМ. АКАДЕМИКА  
И. П. ПАВЛОВА», 1919-2019 ГГ. .... 28**

*Ковпак Д. В., Палкин Ю. Р.*

**СХЕМА-ТЕРАПИЯ КАК «НЕОТЛОЖНАЯ  
ПОМОЩЬ» В СТАЦИОНАРНОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ  
И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ..... 42**

*Кулаков С. А.*

**НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД  
В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ  
ПСИХОТЕРАПИИ: КОНЦЕПЦИЯ  
КОГНИТИВНЫХ СТИЛЕЙ..... 52**

*Чаузова Е. Е., Шошина И. И.*



## **Организационный комитет**

### ***Ковпак Дмитрий Викторович,***

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

### ***Ковпак Алиса Игоревна,***

Кандидат психологических наук, директор по развитию Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, руководитель сети КПТ-центров ВеСВТ.ru.

### ***Каменюкин Андрей Геннадьевич,***

Заместитель председателя Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, директор Клиники лечения депрессий и фобий.

### ***Ерухимович Юлия Александровна,***

Врач-психотерапевт, руководитель программ обучения Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии.

### ***Ласкова Юлия Олеговна,***

Психолог КПТ-центра ВеСВТ, ведущая психообразовательных программ и тренингов, переводчик, член Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии (АКПП).

### ***Чаузова Елена Евгеньевна,***

КПТ-специалист в центре ВеСВТ, ведущая тренингов, лекций и мастер-классов, член Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии (АКПП).

***Киселёва Елена Николаевна,***

Психолог-консультант, член Ассоциации когнитивно-поведенческой терапии.

***Каменецакая Мария Владимировна,***

Психолог-консультант, член Ассоциации когнитивно-поведенческой терапии.

## От Председателя

Дорогие друзья и уважаемые коллеги, данный сборник мы подготовили к юбилею нашей Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, которой в этом году исполнилось уже двадцать лет! Мы отмечаем этот юбилей в рамках представительного СВТ форума и V Международного Съезда нашей Ассоциации.

Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии (АКПП) была создана в 1999 г. на базе Клиники Неврозов (7-й Санкт-Петербургской Городской психиатрической больницы — СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. академика И. П. Павлова») им. И. П. Павлова. Она была организована Д. В. Ковпаком, Ю. Р. Палкиным, А. В. Курпатовым и другими врачами психиатрами и психотерапевтами при поддержке главного врача этой клиники и одновременно главного специалиста по психотерапии Комитета по Здравоохранению Правительства г. Санкт-Петербурга О. Е. Кашкаровой для популяризации и развития когнитивно-поведенческой терапии в России. В последующие годы активное участие в развитии Ассоциации принимали участие А. Г. Каменюкин, А. И. Ковпак, Ю. А. Ерухимович, профессор А. П. Федоров, В. Г. Ромек, Е. А. Ромек, С. А. Замалиева, А. М. Бурно, М. А. Зрютин, О. М. Радюк, М. В. Земляных и многие другие специалисты. АКПП успешно прошла регистрацию в Министерстве Юстиции в 2012 году. В 2016 году Ассоциация получила государственную лицензию на дополнительное профессиональное образование. Наша Ассоциация является аффилированным членом Европейской ассоциации поведенческих и когнитивных терапий — ЕАВСТ.

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии на 2019 год насчитывает более тысячи членов, 20 отделений и 24 регулярных программы обучения в регионах России, а также за ее рубежом и объединяет профессионалов в области психического здоровья: психиатров, психотерапевтов и психологов. АКПП имеет единомышленников в регионах нашей

страны, ближнего и дальнего зарубежья, является организатором 10 научно-практических конференций и проводит более 250 образовательных мероприятий в год. Отдельные члены Ассоциации прошли обучение в Институте Бека в Филадельфии (США), Институте Эллиса в Нью-Йорке (США), Оксфордском Центре КПТ (Британия) и других мировых и европейских центрах преподающих когнитивную и поведенческую терапию. Многие члены Ассоциации регулярно посещают европейские и мировые конгрессы ассоциаций когнитивной и поведенческой терапии.

У Ассоциации (АКПП) есть официальный сайт на русском языке [associationcbt.ru](http://associationcbt.ru), и на английском — [associationcbt.org](http://associationcbt.org).

АКПП проводит обучающие программы по КПТ разных уровней — Базовый, Продвинутый и Супервизионный, каждый из которых включает в себя более 200 часов теории, практики и супервизии каждый. Эти обучающие программы с 1999 г. прошли более чем в 32 городах России, Белоруси, Эстонии, Казахстана и других стран. Ознакомиться с региональными представительствами и их руководителями можно на странице «Отделения». Расписание отделений и городов расположено в разделе «Мероприятия». Ассоциация имеет официальный канал в YouTube, где размещаются видео с мероприятий, обучающие курсы, видео отчеты и другие материалы.

АКПП принимает участие в международных социальных проектах. В 2012-2013 гг. АКПП совместно с фондом «Позитивная волна» проводила работу по превенции СПИДа и коррекции психоэмоциональных нарушений у ВИЧ позитивных граждан в России и Эстонии в рамках проекта трансграничного сотрудничества Евросоюза и России. В ноябре проходит ежегодный Международный день людей, переживших самоубийство близкого человека. Этот День был инициирован American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) — Американским Фондом по превенции самоубийств в 1998 году. В 19 ноября 2016 года к странам-участникам Международного дня людей, переживших самоубийство близкого человека присоединилась и Россия.

Наша Ассоциация прошла большой путь, развиваясь как организация от инициативной группы специалистов на базе психиатрической больницы, до организации, ставшей второй по численности в РФ среди психотерапевтических Ассоциаций, с тысячами активных сторонников и приверженцев когнитивно-поведенческой терапии по всей стране и ближнему зарубежью, с десятками филиалов и сотнями мероприятий в год, в тесном сотрудничестве с многими ведущими ВУЗами и организациями России, ближнего и дальнего зарубежья.

Это замечательное развитие стало возможным благодаря важности и ценности миссии — развитию когнитивно-поведенческой терапии и формирования сообщества профессионалов высокого научно-практического уровня подготовки и компетенций, которой служит Ассоциация, самоотверженности ее сотрудников и команды организаторов, и конечно активности всех членов Ассоциации, ее партнеров и сподвижников. Благодарим вас за ваш выбор, поддержку и помощь. И поздравляем всех с юбилеем, двадцатилетием Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии!

## **К 170 ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ АКАДЕМИКА ИВАНА ПЕТРОВИЧА ПАВЛОВА**

***Ковпак Д. В.***

***Кафедра общей, медицинской психологии  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Ассоциация  
Когнитивно-Поведенческой Психотерапии***

Иван Петрович родился в Рязани 26 сентября 1849 года. Это был первый ребенок из десяти, родившихся в семье Павловых. Мать Варвара Ивановна (девичья фамилия Успенская) воспитывалась в семье священнослужителей.

Мальчика обучали грамоте с восьмилетнего возраста, но в школу он пошел в 11. Причиной тому послужил сильный ушиб, полученный при падении с лестницы. У мальчика пропал аппетит, сон, он стал худеть и бледнеть. Домашнее лечение не помогало. На поправку дело пошло тогда, когда измученного болезнью ребенка увезли в Троицкий монастырь. Его опекуном стал гостивший в доме у Павловых игумен божьей обители.

Здоровье и жизненные силы удалось вернуть, благодаря гимнастическим упражнениям, хорошей еде и чистому воздуху. Игумен был образованным, начитанным и вел аскетическую жизнь. Книгу, подаренную опекуном, Иван выучил и знал наизусть. Это был томик басен Крылова, который впоследствии стал его настольной книгой. В обширной отцовской библиотеке как-то Иван нашел книжку Г. Г. Леви с красочными картинками, раз и навсегда поразившими его воображение. Называлась она «Физиология обыденной жизни». Прочитанная дважды, как учил отец поступать с каждой книгой (правило, которому в дальнейшем сын следовал неукоснительно), «Физиология обыденной жизни» так глубоко запала ему в душу, что и, будучи уже взрослым «первый физиолог мира», при каждом удобном случае на память цитировал оттуда целые страницы.

Решение о поступлении в духовную семинарию в 1864 г. принято Иваном под влиянием духовного наставника и родителей. Здесь он изучает естественные науки и другие интересные предметы. Активно участвует в дискуссиях. На протяжении всей жизни он остается заядлым спорщиком, неистово сражается с противником, опровергая любые аргументы оппонента. В семинарии Иван становится лучшим учеником и дополнительно занимается репетиторством.

Окончив в 1864 году рязанское духовное училище, Павлов поступил в рязанскую духовную семинарию, о которой впоследствии вспоминал с большой теплотой. На последнем курсе семинарии он прочитал небольшую книгу «Рефлексы головного мозга» профессора И. М. Сеченова, которая перевернула не только его мировоззрение, но всю жизнь. В 1870 году он поступил на юридический факультет Санкт-Петербургского университета, но буквально через 17 дней после поступления Иван Петрович перешёл на естественное отделение физико-математического факультета Санкт-Петербургского Университета, с потерей стипендии из-за этого перехода. Приходилось прирабатывать частными уроками, переводами, в студенческой столовой налегать главным образом на бесплатный хлеб, сдабривая его для разнообразия горчицей, благо его давали сколько угодно. Позже успешный студент достаивается уже императорской стипендии. Физиология становится его основным интересом и увлечением, а с третьего курса уже главным приоритетом. В 1873 г. Павлов приступает к исследовательским работам над легкими лягушки. В соавторстве с одним из студентов, под руководством Ильи Фаддеевича Циона пишет научную работу о том, как нервы гортани влияют на кровообращение. Как замороженный, слушал студент Павлов объяснения профессора. «Мы были прямо поражены его мастерски простым изложением самых сложных физиологических вопросов, — напишет он позже, — и его поистине артистической способностью ставить опыты. Такой учитель не забывается на всю жизнь. Под его руководством я делал свою первую физиоло-

гическую работу». Вскоре вместе со студентом М. М. Афанасьевым изучает поджелудочную железу. Исследовательской работе присуждается золотая медаль.

Учебное заведение студент Павлов заканчивает на год позже, в 1875-м, так как остается на повторный курс. На исследовательскую работу уходит много времени и сил, поэтому выпускные экзамены он заваливает. По окончании учебного заведения Ивану всего 26 лет, он полон амбиций, его ждут прекрасные перспективы. Он специализировался по физиологии животных у И. Ф. Циона, возглавившего после И. М. Сеченова кафедру в Медико-хирургической академии. Именно у Циона Павлов перенял виртуозную оперативную технику. Будучи от рождения левшой, как и его отец, Павлов постоянно тренировал правую руку и в результате настолько хорошо владел обеими руками, что, по воспоминаниям коллег, «ассистировать ему во время операций было очень трудной задачей никогда не было известно, какой рукой он будет действовать в следующий момент. Он накладывал швы правой и левой рукой с такой скоростью, что два человека с трудом успевали подавать ему иглы с шовным материалом».

После получения в 1875 году звания кандидата естественных наук Павлов поступает на 3-й курс Медико-хирургической академии (ныне Военно-медицинская академия, ВМА), одновременно (1876-1878 годы) работает в физиологической лаборатории профессора К. Н. Устимовича и ассистирует ему на операциях, изучает физиологию кровообращения. Труды этого периода высоко оценены С. П. Боткиным. Профессор приглашает молодого исследователя поработать в своей лаборатории. Здесь Павлов изучает физиологические особенности кровеносной и пищеварительной систем. По окончании ВМА в 1879 году Павлов оставлен заведующим физиологической лабораторией при клинике С. П. Боткина.

В лаборатории С. П. Боткина Иван Петрович проработал 12 лет. Биография ученого этого периода пополнилась

событиями и открытиями, которые принесли мировую славу. Настала пора для перемен. Добиться этого простому, человеку в дореволюционной России было не легко. После неудачных попыток судьба дает шанс. Весной 1890 года Варшавский и Томский университеты избирают его профессором. А в 1891-м ученого приглашают в Университет экспериментальной медицины для организации и создания отдела физиологии. До конца жизни Павлов бесценно руководил этой структурой. В университете проводит исследования физиологии пищеварительных желез, за что в 1904-м получает Нобелевскую премию.

Павлов очень мало думал о материальном благополучии и до женитьбы не обращал на житейские проблемы никакого внимания. Бедность начала угнетать его только после того, как в 1881 году он женился на ростовчанке Серафиме Васильевне Карчевской. Познакомились они в Петербурге в конце 1870-х годов. Серафима Карчевская родилась в семье военного врача Василия Авдеевича Карчевского, служившего на Черноморском флоте. Мать будущей жены Ивана Петровича, Серафима Андреевна Карчевская, урожденная Космина, была из старинного, но обедневшего, дворянского рода. Ей удалось получить высшее педагогическое образование. Всю жизнь мать Серафимы Васильевны преподавала в гимназии, став потом её директором; вырастила пятерых детей одна, так как Василий Авдеевич довольно рано умер, оставив жену почти без средств. Дочь Серафима (домашнее, а потом и Павлов, чтобы не путать с матерью, называли её Сара) решила пойти по стопам своей матери и отправилась в Санкт-Петербург поступать на Высшие женские педагогические курсы, которые она закончила, став учителем математики. Серафима Васильевна преподавала в сельской школе только в течение одного учебного года, после чего вышла замуж за И. П. Павлова в 1881 году, посвятив свою жизнь заботам о доме и воспитанию четверых детей: Владимира (1884—1954), Веры (1890—1964), Виктора (1892—1919) и Всеволода (1893—1935). Родители Павлова не одобрили

этот брак, так как семья Серафимы Васильевны была бедна, и к тому времени они уже подобрали для сына невесту — дочь богатого петербургского чиновника. Но Иван настоял на своём и, не получив родительского согласия, с Серафимой отправился венчаться в Ростов-на-Дону, где жила её сестра. Деньги на их свадьбу дали родственники жены. В Ростове-на-Дону Павлов бывал и несколько лет жил дважды: в 1881 году после свадьбы и в 1887 году вместе с женой и сыном. Оба раза Павлов останавливался в одном и том же доме, по адресу: ул. Большая Садовая, 97. Дом сохранился до настоящего времени. На фасаде установлена памятная доска. Следующие десять лет Павловы прожили очень стеснённо. Младший брат Ивана Петровича, Дмитрий, работавший ассистентом у Менделеева и имевший казённую квартиру, пустил молодожёнов к себе.

После длительной борьбы с администрацией Военно-медицинской академии (отношения с которой стали натянутыми после его реакции на увольнение Циона) Павлов в 1883 году защитил диссертацию «О центробежных нервах сердца» на соискание степени доктора медицины. Он был назначен приват-доцентом в академию, но вынужден был отказаться от этого назначения в связи с дополнительной работой в Лейпциге с Гейденгайном и Карлом Людвигом, двумя наиболее выдающимися физиологами того времени. В 1884-1886 годах Павлов был командирован для совершенствования знаний за границу в Лейпциг, где работал в лаборатории у В. Вундта. Летом 1877 года он работал в городе Бреслау, в Германии с Рудольфом Гейденгайном, специалистом в области пищеварения и лаборатории Карла Людвига.

В 1890 году Павлов избран профессором и заведующим кафедрой фармакологии Военно-медицинской академии, а в 1896 году — заведующим кафедрой физиологии, которой руководил до 1924 года. Одновременно (с 1890 года) Павлов — заведующий физиологической лабораторией при организованном принцем А. П. Ольденбургским Институте экспериментальной медицины.

Учёный любил отдыхать вместе с супругой в городке Силламяэ (ныне Эстония), где с 1891 г. вплоть до революции они снимали самую большую дачу на весь летний сезон, на три месяца — июнь, июль, август. Она находилась в местечке Тюрсамяэ во владениях А. Валдманна. По утрам Иван Петрович работает в цветнике. Он удобряет почву на клумбах, высаживает и поливает цветы, меняет песок на дорожках. Днем семья уходит по ягоды или по грибы, вечером обязательны велосипедные прогулки. В 11 часов дня Павлов собирает свою городошную компанию для игры в городки. В основную группу входят сам Павлов, профессор-технолог Д. С. Зернов, художники Р. А. Берггольц и Н. Н. Дубовской.

Павлов более 10 лет посвятил тому, чтобы получить fistулу (отверстие) желудочно-кишечного тракта. Сделать такую операцию было чрезвычайно трудно, так как изливавшийся из желудка сок повреждал своим кислотным составом кишечник и брюшную стенку. И. П. Павлов так сшивал кожу и слизистую, вставлял металлические трубки и закрывал их пробками, что никаких эрозий не было, и он мог получать чистый пищеварительный сок на протяжении всего желудочно-кишечного тракта — от слюнной железы до толстого кишечника, что и было сделано им на сотнях экспериментальных животных. Проводил опыты с мнимым кормлением (перерезание пищевода так, чтобы пища не попадала в желудок), таким образом, сделав ряд открытий в области рефлексов выделения желудочного сока. В своих исследованиях Павлов использовал методы механистической и холистической школ биологии и философии, которые считались несовместимыми. Как представитель механицизма Павлов считал, что комплексная система, такая, как система кровообращения или пищеварения, может быть понята путем поочередного исследования каждой из их частей; как представитель «философии целостности» он чувствовал, что эти части следует изучать у интактного, живого и здорового животного. По этой причине он выступал против традиционных методов

вивисекции, при которых живые лабораторные животные оперировались без наркоза для наблюдения за работой их отдельных органов.

Считая, что умирающее на операционном столе и испытывающее боль животное не может реагировать адекватно здоровому, Павлов воздействовал на него хирургическим путем таким образом, чтобы наблюдать за деятельностью внутренних органов, не нарушая их функций и состояния животного. Мастерство Павлова в этой трудной хирургии было непревзойденным. Более того, он настойчиво требовал соблюдения того же уровня ухода, анестезии и чистоты, что и при операциях на людях.

За 10 лет Павлов, по существу, заново создал современную физиологию пищеварения. В 1903 году 54-летний Павлов сделал доклад на XIV Международном медицинском конгрессе в Мадриде. И в следующем, 1904 году Нобелевская премия за исследование функций главных пищеварительных желёз была вручена И. П. Павлову. Он стал первым российским Нобелевским лауреатом, с формулировкой «за работу по физиологии пищеварения, благодаря которой было сформировано более ясное понимание жизненно важных аспектов этого вопроса». В речи на церемонии вручения премии К. А. Г. Мернер из Каролинского института дал высокую оценку вкладу Павлову в физиологию и химию органов пищеварительной системы. «Благодаря работе Павлова мы смогли продвинуться в изучении этой проблемы дальше, чем за все предыдущие годы, — сказал Мернер. — Теперь мы имеем исчерпывающее представление о влиянии одного отдела пищеварительной системы на другой, т. е. о том, как отдельные звенья пищеварительного механизма приспособлены к совместной работе».

В Мадридском докладе, сделанном на русском языке, И. П. Павлов впервые сформулировал принципы физиологии высшей нервной деятельности, которой он и посвятил следующие 35 лет своей жизни. Такие понятия как подкрепление (англ. reinforcement), безусловный и условный рефлекс

сы (не совсем удачно переведённые на английский язык как «unconditioned» и «conditioned reflexes», вместо «conditional») стали основными понятиями науки о поведении.

Затем последовало соответствующее постановление Советского правительства, и Павлову построили институт в Колтушах, под Ленинградом, где он и проработал до 1936 года.

Советская власть, несмотря на критичное отношение Павлова к приходу к власти в стране большевиков, высоко оценила работы и роль в науке И. П. Павлова. Его труды так же оценил и лично В. И. Ленин. Для академика и всех сотрудников создавались благоприятные, способствующие плодотворной работе, условия. Лабораторию при советской власти модернизировали в Физиологический институт. К 80-летнему юбилею ученого был открыт институт-городок под Ленинградом, его труды печатались в лучших издательствах.

При институтах открывались клиники, приобреталось современное оборудование, увеличивался штат сотрудников. Павлов получал средства из бюджета и дополнительные суммы для расходов, испытывал благодарность за такое отношение к науке и собственной персоне.

Особенностью методики Павлова было то, что он видел связь между физиологией и психическими процессами. Работы о механизмах пищеварения стали отправной точкой для развития нового направления в науке. Исследованиями в области физиологии Павлов занимается более 35 лет. Ему принадлежит создание методики условных рефлексов.

Эксперимент, названный «собака Павлова», состоял в изучении рефлексов животного на воздействия извне. В ходе него после сигнала метрономом собаке выдавалась еда. После сеансов у собаки начиналась выделяться слюна без еды. Так ученый выводит понятия рефлекса, формирующегося на основе опыта.

В 1923-м вышло первое описание двадцатилетнего опыта над животными. В науке Павловым сделан самый серьезный вклад в познание функций мозга. Результаты исследо-

ваний, поддержанных советским правительством, оказались ошеломляющими.

Ни один из русских ученых того времени, даже Менделеев, не получил такой известности за рубежом. «Это звезда, которая освещает мир, проливая свет на еще не изведанные пути», — говорил о нем Герберт Уэллс. Его называли «романтической, почти легендарной личностью», «гражданином мира».

Будучи любителем гимнастики, организовал «Общество врачей — любителей физических упражнений и велосипедной езды», где был председателем.

С 1931 года И. И. Павлов официально руководил научной работой «Психотерапевтического диспансера (с амбулаторией и стационаром)» на 15 линии Васильевского острова (Психотерапевтического Института, а в настоящее время «Клиники Неврозов» — СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 им. академика И. П. Павлова»). Хотя сами его научные беседы, проходившие по средам и получившие название Павловские «среды», вошли в практику с 1929 г. и продолжались до 1935 г. В их работе большое внимание уделялось профессиональной, методологической, мировоззренческой подготовке молодой научной смены. Именно здесь, в «Клинике неврозов» Иван Петрович объяснял врачам и своим коллегам физиологам, как его теория о первой и второй сигнальных системах может быть непосредственно применена в клинической практике и каковы возможности ее более широкого использования для психотерапевтического эффекта на примерах разбираемых пациентов, что явилось крупнейшим вкладом не только в физиологию и медицину, но и психологию и психотерапию. Именно на основе понятий условных рефлексов, первой и второй сигнальных систем выросло не только когнитивно-поведенческое направление психотерапии, но и появился научный фундамент у всей практической клинической психологии и психотерапии. Поэтому Иван Петрович заслужил присуждения ему и второй и третьей Нобелевских

премий. Второй за «атомарный» уровень поведения — теорию условных рефлексов, давшей посыл формированию и развитию поведенческой терапии. Третьей (оставшейся, как и вторая, лишь потенциальной) Нобелевской премией Павлова является его гениальное прозрение — создание теории и прояснение роли первой и второй сигнальных систем, как основы «поля работы» и самого «инструментария» любого направления психотерапии, и, в первую очередь, когнитивно-поведенческого.

После смерти И. П. Павлова его ближайшие ученики и последователи — Л. А. Орбели, К. М. Быков, А. Г. Иванов-Смоленский, Б. Н. Бирман, С. Н. Давиденков, Ф. П. Майоров, Л. Б. Гаккель, А. О. Долин, Н. А. Крышова и другие с увлеченностью переданной учителем продолжили его дело.

Академик Иван Петрович Павлов скончался 27 февраля 1936 года в Ленинграде. В качестве причины смерти указывается пневмония или яд. Отпевание по православному обряду, согласно его завещанию, было совершено в церкви в Колтушах, после чего в Таврическом дворце состоялась церемония прощания. У гроба был установлен почётный караул из научных работников вузов, втузов, научных институтов, членов пленума Академии и других. Похоронен Иван Петрович на мемориальном кладбище Литераторские Мостки.

## **РУМИНАЦИЯ И «ПУСТЫЕ УСИЛИЯ»**

***Бурно А. М., Некрасова С. В.,  
Курилович Е. А., Петрухина Н. С.***

Задачей нашего пилотного исследования было выяснить имеет ли смысл говорить о связи тревожно-депрессивной руминации с «пустыми усилиями».

Под пустым усилием в нашем терапевтическом подходе «Терапия пустого усилия» понимается попытка прямым усилием воли, то есть без специальных техник и алгоритмов совершить что-либо, кроме сокращения мышцы или кратковременного передвижения фокуса внимания. Предполагается, что только эти два элементарных волевых акта поддаются непосредственному контролю. Пустое усилие больше, чем когниция, потому что представляет собой стремление, то есть попытку действия. Сама эта попытка основана на когниции (метакогниции) в виде веры в то, что такое действие возможно. По нашим исследованиям присутствие пустого усилия в общем переживании всегда делает его непродуктивным и тягостным. Наоборот, устранение пустого усилия, например, в результате терапевтического вмешательства всегда приводит к ощущению освобождения, облегчения, внезапному решению проблем или принятию.

Наша гипотеза состоит в том, что по крайней мере в некоторых случаях, руминация представляет собой осложненную пустым усилием естественную попытку ответить на определенный жизненно-важный для пациента вопрос. Например, «Мог ли я избежать ошибки?», «Болен ли я страшным заболеванием или не болен?», «Справлюсь я с задачей или не справлюсь?» и т.д. Пустое усилие (обычно не осознаваемое) при этом состоит в том, чтобы ответить на этот вопрос немедленно, несмотря на то, что здесь и сейчас отсутствует информация, необходимая для возникновения ответа. То есть ответить на вопрос волевым, насильственным образом, «заставить свой мозг выдать решение». Мы также предпо-

ложили, что в тех случаях, когда пациент без специального расспроса не ощущает собственного «вопрошания», оно все же имеет место, но пациент насильственно выбирает (и осознает) только одно из возможных решения вопроса. И должен снова и снова возвращаться и непродуктивно руминировать именно потому, что у него остаются сомнения. То есть насильственный вывод не обладает внутренней легитимностью, и поэтому не может быть основой конструктивного поведения.

(Наша гипотеза об устройстве руминации перекликается с известными теориями о возникновении этого феномена, но имеет и отличия.)

На сегодняшний день в исследовании участвовало 32 пациента с депрессивными и тревожными расстройствами непсихотического уровня и не являющимися реактивными по критериям К.Ясперса (депрессивный эпизод в рамках РДР или БАР2, ипохондрическое р-во, тревожно-депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство). Все пациенты получили по одной терапевтической сессии (1-2 часа). Психотерапевтическое воздействие состояло в выявлении и осознании пустого усилия и когнитивно-поведенческой дискуссии, направленной на доказательство невозможности его осуществления.

В 19 случаях пациенты признали попытку решить «нерешаемый здесь и сейчас вопрос» (или веру в возможность это осуществить и желание это сделать). В 13 и этих 19 случаях наличие пустого усилия в переживании было еще более очевидно, поскольку терапевтическое вмешательство принесло быстрое локальное, симптоматическое облегчение и резкое уменьшение или исчезновение руминации хотя бы на несколько часов.

Результаты этого небольшого исследования дают веские основания предположить, что в существенной части случаев тревожно-депрессивная руминация связана с пустым усилием в виде попытки ответить на нерешаемый здесь и сейчас вопрос и то, что в этих случаях терапевтическое устранение пустого усилия полезно для пациентов. Представляется логичным проведение более широких исследований.

## **ГЕНЕРАЛИЗАЦИОННЫЙ КОМПОНЕНТ В КОРРЕКЦИИ ФОБИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ**

*Киреева В.А., Долганина О.А., Логинова И.О.  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего  
образования «Красноярский государственный  
медицинский университет имени профессора  
В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации*

Данная работа посвящена изучению клинико-психологических особенностей коррекции фобической симптоматики. Актуальность и новизна данного исследования обусловлены изучением генерализационного компонента, как распространения тревожной симптоматики на всю жизнь человека и влияния изолированной работы с фобическими симптомами на общий уровень тревоги у пациента.

По концепции Спилберга, тревога разделяется на два элемента, один из них тревога - реальная, при которой грозит опасность, и тревога, как свойство личности, выражающееся в повышенном беспокойстве. В данной работе будет рассматриваться фобия во взаимосвязи с тревожностью, в отсутствии реальной опасности.

Тревога, как механизм, защищающий нас тысячелетиями от опасности, которая грозила древнему человеку, надежно укрепилась в нашей психике. Защитная реакция, в виде страха и фобий, образовалась под влиянием опасной среды, в которой человеку приходилось существовать. У современного человека нет такого количества опасности в ежедневной жизни, необходимости постоянно быть на чеку, охраняя свою жизнь и жизнь своей семьи, но тревога осталась, а вместе с ней происходят преобразования в тревожные расстройства.

Одним из таких видов тревожного расстройства является изолированная фобия, которая определяется как боязнь определенной ситуации или стимула. «Порядка 12% людей имеют изолированные фобии». Гидрофобия – одна из разновидностей изолированных фобий, определяемая как боязнь воды, купания в открытых водоемах или бассейнах.

Генерализация как вид когнитивного искажения был сформулирован Аароном Беком, определяемый как обобщение на основании единичного случая, в контексте данной работы рассматривается как элемент взаимосвязи изолированной фобии и уровня тревоги, работа с первой позволяет воздействовать на уровень тревоги опосредованно.

Исследования Дыханян Л.Б., Каменской Е.Н. рассказывают об индивидуальном уровне тревожности: при высоких ее показателях – низкие показатели удовлетворенности качеством своей жизни, средние же показатели тревожности связаны с высоким уровнем удовлетворенности, так же подчеркиваются значительные изменения по эмоциональным компонентам удовлетворенности.

Целью данной работы стало исследование взаимосвязи между уровнем тревоги, наличием фобических симптомов и уровнем жизненной удовлетворенности.

Для данного исследования была выбрана когнитивно-поведенческая терапия в качестве метода для коррекции фобической симптоматики. Когнитивно-поведенческая терапия показала отличные результаты в лечении фобий и тревоги по данным ВОЗ, а так же Министерством Здравоохранения США. Результаты данных исследований показывают стойкость сохранения результатов в течение 6 месяцев после завершения терапии.

В зарубежных исследованиях Hofmann SG показывает влияние когнитивно-поведенческой терапии на качество жизни: эффективность терапии затрагивает психологические и физические сферы жизни.

Одним из обзоров в коррекции фобий методами когнитивно-поведенческой терапии является публикация

Ruhmland, M. & Margraf, J., в которой отмечается эффективность методов экспозиции, которые и будут использованы в исследовании.

Была исследована группа людей: 20 человек с гидрофобией по шкале тревоги Бека, шкале депрессии Бека и индексу жизненной удовлетворенности Паниной. В исследуемой группе проводилось тестирование до и после работы с изолированной фобией. Анализ группы до начала работы показал повышенные показатели по шкале тревоги и низкие значения по шкале депрессии. Индекс жизненной удовлетворенности зафиксировал средние и низкие показатели.

	тревога	депрессия
1	21	6
2	25	7
3	19	6
4	29	10
5	28	4
6	31	10
7	21	4
8	27	8
9	19	7
10	28	9

Для коррекции фобической симптоматики был выбран формат групповых занятий, в группе из 10 человек. Групповые занятия были распланированы на 4 теоретических занятия и 2 практических занятия, в основу которых лег метод экспозиции, основанный на воздействии на структуру страха, сначала активируя ее, а затем, предоставляя новую информацию, которая не подтверждает патологические, нереалистичные ассоциации, лежащие в основе фобии.

Занятия начались со знакомства с основными принци-

пами когнитивно-поведенческой терапии, а именно с моделью ABC А.Бека, изучением связи между мыслями и реакцией человека. Испытуемые получили домашнее задание по ведению дневника СМЭР, по отслеживанию мыслей, которые предшествуют реакции страха и паники в воде. Второе занятие - проверка домашнего задания и обсуждения дневника, проведение когнитивного диспута, разделение на рациональные и иррациональные мысли и работа с опровержением иррациональных автоматических мыслей. Третье групповое занятие было направлено на создание новых рациональных мыслей, которые уменьшают уровень тревоги. Четвертое занятие – подготовка к экспозиции и изготовление копинг-карточек, которые помогают справиться с дезадаптивными мыслями. Занятия проходили с периодичностью в 1 неделю, продолжительностью до 2 часов.

Проведение экспозиции было назначено в бассейне с наличием мелкой части, 1.4 метров, где каждый испытуемый может стоять ногами на дне бассейна. Экспозиция была разделена на две части, на первом занятии была поставлена цель спуститься в воду и провести в бассейне около 10 минут. Цели каждого экспозиционного занятия были согласованы на семинарских занятиях. На втором занятии задачей было опустить голову и лицо в воду. Во время экспозиционного занятия потребовались копинг-карточки, которые группа изготовила заранее, при сильной тревоге и беспокойстве выходили из воды, читали карточки. Затем приступали снова к упражнению. На последнем занятии использовались техники мышечной релаксации по Джекобсону.

По истечении запланированных групповых занятий было проведено повторное тестирование по шкале тревоги и депрессии Бека, индексу жизненной удовлетворенности, так же от испытуемых была получена обратная связь по субъективным изменениям, которые произошли после занятий в группе.

	тревога	депрессия
1	16	6
2	21	4
3	17	6
4	24	9
5	20	4
6	21	8
7	17	4
8	22	8
9	17	7
10	20	8

По шкале депрессии наблюдаются незначительные изменения. Шкала тревоги показала уменьшение у каждого испытуемого уровня тревоги. Субъективная оценка состояния после коррекции фобии показала изменения в качестве жизни испытуемых, а именно отмечалось общее снижение напряжения, улучшение настроения и психо-эмоционального состояния. Группа отмечала уменьшение тревоги в других областях жизни, не связанных с гидрофобией, а именно в личных и рабочих отношениях, а так же в восприятии жизненных ситуаций. Индекс жизненной удовлетворенности показал средние показатели и выше (от 25 баллов).

Контрольная группа из 10 человек была протестирована с разницей в 2 месяца по всем шкалам. Показатели контрольной группы были либо без значительных изменений, либо единичные изменения по шкалам тревоги и депрессии, не позволяющие выделить взаимосвязи.

В ходе полученных результатов исследования можно сделать вывод о взаимосвязи: наличие проявлений изолированной фобии предполагает наличие у человека тревожной симптоматики, а так же уменьшение фобических проявлений способствует снижению общего уровня тревоги. Генерализация как распространение тревоги на всю жизнь

человека при наличии фобических симптомов позволяет корректировать не только проявление изолированной фобии, но и общего уровня жизни человека, понижая тревожность в областях, не связанных с фобией. Можно предположить наличие корреляции между показателями жизненной удовлетворенности и наличия фобических проявлений.

Коррекция проявлений изолированной фобии и работа на снижение проявления ее симптоматики позволяет повысить общий уровень жизни человека за счет снижения тревожности. А генерализация – как один из видов когнитивных искажений является и свойством человека с тревожными проявлениями, корректируя изолированные симптомы, может оказывать влияние на области, с которыми не было прямого контакта в работе терапевта.

**СТОЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ КЛИНИКИ НЕВРОЗОВ,  
СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ  
БОЛЬНИЦА № 7 ИМ. АКАДЕМИКА И. П.  
ПАВЛОВА», 1919-2019 ГГ.**

*Ковпак Д. В.*

*Кафедра общей, медицинской психологии  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
Председатель Ассоциации Когнитивно-  
Поведенческой Психотерапии,*

*Палкин Ю. Р.*

*СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая  
больница № 7 им. академика И. П. Павлова»*

В это году мы отмечаем столетие «Клиники неврозов» или СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 им. академика И. П. Павлова», и также 170 летний юбилей Ивана Петровича Павлова. История клиники началась еще в марте 1881 года, с решения немецкого землячества Санкт-Петербурга создать мужскую больницу, посвященную памяти царя-императора Александра II. Александровская мужская больница была торжественно открыта 12 июня 1884 года и до революции работала, как соматический стационар и амбулатория.

После Октябрьской революции базе Александровской больницы был создан госпиталь для психоневротиков Северного района Красного Креста №5, а с 1919 года на его базе был организован Клинический психотерапевтический институт, проводивший исследования в области клиники и терапии неврозов. В структуре института впервые в стране были открыты 50 коек психотерапевтического профиля, а также вскоре был открыт амбулаторный приём больных, страдающих неврозами. В стационарное и амбулаторное отделения принимались лица, пострадавшие на фронтах Гражданской войны, а также гражданские лица, страдаю-

щие истерией с припадками, параличами, грубыми сенсорными расстройствами, а также с субклиническими проявлениями некоторых психических заболеваний.

Клинический психотерапевтический институт был образован в мае 1919 года и до окончания Гражданской войны на 90% обслуживал Красную армию. Институт являлся узкоспециализированным лечебным учреждением, так как «из всех болезней нервной системы в нем лечили одни психоневрозы (истерия, неврастения, психоастения, травматический невроз и другие функциональные расстройства нервной системы)». Институт имел двойное подчинение. В научном плане находился в ведении Наркомпроса РСФСР (20 ставок), а в лечебно-хозяйственном отношении подчинялся Петроградскому горздравотделу (29 ставок). «С 09.08.1926 в институте было 2 отделения — мужское и женское, по 20 человек каждое, и амбулаторное на 100 больных. Палаты рассчитаны на 3—7 человек. Институт имел 5 врачебных кабинетов. При институте функционировал санаторий для нервных больных в Новом Петергофе». Директором Института и главным врачом был назначен А. Б. Залкинд, его ассистентом В.С. Зигель. А. М. Эткинд, подчеркивая изначальную психоаналитическую направленность института, указывает, что его директором был один из родоначальников фрейдомарксизма Арон Борисович Залкинд (1889—1936). Таким образом, в коллективе института существовала конфликтная ситуация между психоаналитиками и сторонниками отечественной психотерапии. Важно подчеркнуть, что, по воспоминаниям Н.Н. Трауготт, в первые годы Советской власти заниматься психоанализом было престижно. Более того, психоаналитики получали значительные преференции в карьере. А вот приверженцы старых «дореволюционных» подходов в психологии и психотерапии, напротив, подвергались обструкции. Причиной тому было покровительство психоанализу со стороны высших руководителей государства, среди которых достаточно упомянуть второго человека партии большевиков Л. Д. Троцкого

го и жену Ленина — Н. К. Крупскую. В конце 1921 года руководство Институтом перешло врачу психотерапевту Вере Самойловне Зигель (1885—1934).

Непсихоаналитическую психотерапию в Клиническом психотерапевтическом институте развивала группа сотрудников под руководством главного врача В. С. Зигель. Она окончила медицинский факультет Лозаннского университета (Швейцария) в 1910 году, работала в ряде европейских клиник. Вернулась в Россию и в 1913 году прослушала курс лекций в Женском медицинском институте (ныне Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова). Одним из лекторов был А. Ф. Лазурский, читавший авторский курс по психологии. В 1914 году Вера Самойловна Зигель по собственной инициативе сдала 25 экзаменов и получила свой второй, теперь уже российский диплом лекаря с отличием. В зачетной ведомости по душевным и нервным болезням — подпись В. М. Бехтерева.

В конце 1921 года в штате Института было уже 8 сотрудников, занимавшихся научно-исследовательской и лечебной деятельностью (из них только 3 врача). Они приступили к активному изучению роли социальной среды в этиологии психоневрозов.

С 1922 года на отчетах Клинического психотерапевтического института стоит одна подпись — В. С. Зигель. В это же время в институте происходит определенная научная революция. В своем отчете В.С. Зигель пишет: «Первоначальный план включения Института в сеть университетских клиник по кафедре психотерапии оказался практически невыполненным по целому ряду оснований, из коих главнейшим было установление новых элементов, отчетливо выявившихся в исследовании вопроса, лишивших Институт возможности пользоваться обычными классическими формулами, предложенными Фрейдом, Адлером и Дьюбуа, и потребовавших радикального пересмотра вопроса. Таким образом, Институт отклонился от первоначальных научно-учебных задач и перешел непосредственно к разработке научно-исследовательских проблем».

В середине 1926 года было решено, что психотерапия жертв Первой мировой и Гражданской войн более не актуальна, и приказом по Ленинградскому губернскому отделу здравоохранения № 77 от 30.07.1926 Психотерапевтический институт реорганизован в Психотерапевтическую больницу «Историческая справка к фонду № 175»

Клинический психотерапевтический институт возник в мае 1919 года из госпиталя для психоневротиков Северного района Красного Креста №5 и до 1922 года, в связи с Гражданской войной, обслуживал на 90% Красную армию. Институт находился в ведении отдела Ученых учреждений и высших учебных заведений Наркомпроса РСФСР, а с 1 сентября 1919 года в лечебно-хозяйственном отношении стал подчиняться Петроградскому Горздравотделу.

С 1922 года институт переходит в подчинение Петроградского управления научных и научно-художественных учреждений - вновь образованного местного органа Главного управления научных учреждений Наркомпроса РСФСР.

В апреле 1922 года, в связи с проведением мер по сохранению и объединению госучреждений институт был передан сначала в Наркомздрав, а за тем, в том же году, перешел в ведение Петроградского (с 1924 г. Ленинградского) губернского отдела здравоохранения. Губздравотдела за неимением кредитов из местных средств перевел его на хозрасчет, на котором он находился до 1 февраля 1925 года, когда он был включен в сеть учреждений Подотдела медпомощи, застрахованным Губэздравотделом.

С 1924 года Клинический психотерапевтический институт называется психотерапевтическим. В соответствии с приказом по Ленинградскому губернскому отделу здравоохранения от 30.07.26 г. №77 Психотерапевтический институт реорганизован в психотерапевтическую больницу.

В связи с изменением административно-территориального деления в стране приказом по Ленинградскому отделу здравоохранения от 08.10.27 г. №1/73 Губздравотдел реорганизован в Леноблздравотдел.

С окончанием гражданской войны основной задачей института стало изучение и лечение психогенных заболеваний. Причем психоневрозы рассматривались как заболевания, исходящие из неправильных взаимоотношений замкнувшейся в себе эгоцентрической личности с окружающей социальной средой. Задачи лечения заключались в установлении и расширении социального комплекса при помощи методов индивидуальной и коллективной психотерапии.

Психотерапевтический институт являлся узкоспециализированным лечебным учреждением, так как из всех болезней нервной системы лечил одни психоневрозы (истерия, неврастения, психастения, травматический невроз и др. функциональные расстройства нервной системы).

С 9 августа 1926 года в институте было два отделения: мужское и женское, по 20 человек каждое и амбулаторное на 100 больных. Платы рассчитаны на 3-7 человека. Институт имел 5 врачебных кабинетов. При институте функционировал санаторий для нервно больных в Новом Петергофе.

В 1928 году больница была переведена в ныне занимаемое ей здание и получила новое наименование «Психотерапевтического диспансера (с амбулаторией и стационаром)». Расширение задач диспансера привело к тому, что с 1931 года он стал именоваться не психотерапевтическим, а невро-психиатрическим, затем психо-неврологическим.

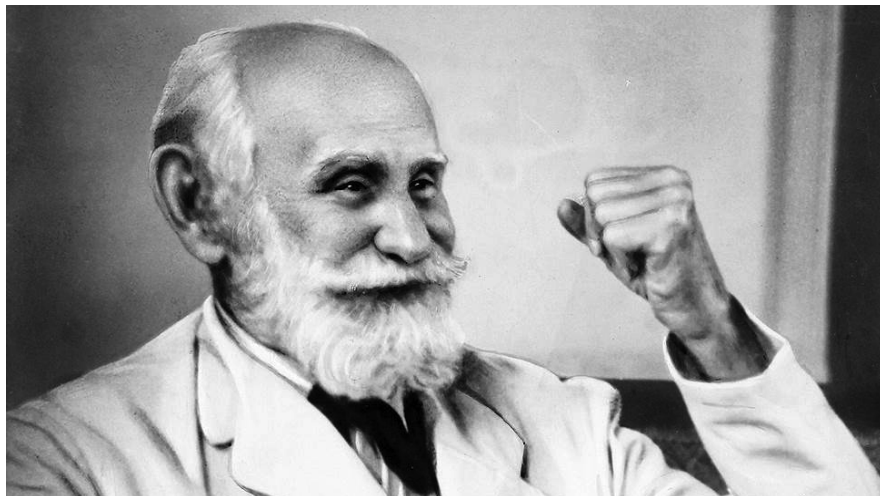
С 1929 года во главе учреждения стала М. М. Суслова, которая руководила им до 1951 года с перерывом на время Великой Отечественной войны. Научной работой диспансера с 1931 года официально руководил И. И. Павлов. Хотя сами его научные беседы, проходившие по средам и получившие название Павловские «среды», вошли в практику с 1929 г. и продолжались до 1935 г. В их работе большое внимание уделялось профессиональной, методологической, мировоззренческой подготовке молодой научной смены. Учение Павлова о первой и второй сигнальной системе явилось крупным вкладом не только в физиологию, но и в психологию и практическую медицину.



*Фото 1. Могила Веры Самойловны Зигель (1885—1934)  
СМОЛЕНСКОЕ ЛЮТЕРАНСКОЕ КЛАДБИЩЕ  
(Санкт-Петербург)*

На проводившихся Павловым разборах пациентов присутствовали как его ученики, так и врачи клиницисты диспансера и сформированного на его основе Объединения (диспансера, его стационара и амбулатории, и лаборатории Всесоюзного института экспериментальной медицины, открытой на его базе). Учение И. П. Павлова о первой и второй сигнальной системе, о которой он дал системное изложение и ее связь с клиникой своим ученикам именно в стенах

Клиники неврозов на примерах разбора пациентов, явилось крупнейшим вкладом не только в физиологию и медицину, но и психологию и психотерапию. Именно на основе понятий условных рефлексов, первой и второй сигнальных систем выросло не только когнитивно-поведенческое направление психотерапии, но и появился научный фундамент у всей практической клинической психологии и психотерапии.



*Фото 2. Академик Иван Петрович Павлов*

После смерти И. П. Павлова его ближайшие ученики и последователи – Л. А. Орбели, К. М. Быков, А. Г. Иванов-Смоленский, Б. Н. Бирман, С. Н. Давиденков, Ф. П. Майоров, Л. Б. Гаккель, А. О. Долин, Н. А. Крышова и другие с увлеченностью переданной учителем продолжили его дело.

В 1934 году руководство Клиникой было поручено профессору С. Н. Давиденкову. В 1936 году на базе диспансера были также развернуты 25 коек Государственного института для усовершенствования врачей (ГИДУВ). Это клиника (как часть Объединения), которой руководил профессор И. С. Вайнберг, занималась изучением функциональной и органической патологией вегетативной нервной системы.

С 1936 года на базе Объединения проводились физио-

логические исследования проблемы сна (И. Е. Вольперт), а позднее с 1950 года (Б. В. Андреев, Я. М. Краевский) в клинике проводилось лечение удлинненным ночным сном.

С 1938 по 1941 гг. больница была клинической базой Института эволюционной физиологии и патологии высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова АМН СССР. Директором Института являлся академик Л. А. Орбели.

В тяжелые годы Великой отечественной войны больницу возглавляла старейший сотрудник Объединения К. М. Воронковская, много сил и внимания уделявшая сохранению клиники, ее кадров и традиций. Постоянным консультантом больницы в то время являлся профессор В. Н. Мясищев, взгляды которого на проблемы психологии отношений оказали в последующие годы особое влияние на наши представления о теории, клинике и терапии неврозов. Он говорил: «Чтобы наложить психологический узор на канву физиологических механизмов, нужно изучить историю формирования человеческой личности и те жизненные трудности, которые перед нею вставали и встают».



*Фото 3. Профессор Владимир Николаевич Мясищев.*

В 1945 году под руководством академика Л. А. Орбели была возобновлена прежняя клиническая работа. Психотерапевтический опыт, особенно в послевоенное время, убедительно доказал, что «чистые» неврозы встречаются редко.

С 1950 года больница стала клинической базой Института физиологии им. И. П. Павлова АМН СССР, с 1951 года находившегося под руководством академика К. М. Быкова.

По инициативе Объединения (Я. Л. Шрайбер), поддержанной руководством горздравотдела, в 1964 году в Ленинграде был на общественных началах организован Психотерапевтический центр, председателем которого стал В. Н. Мясищев. Задачей Центра стало повышение методологических и профессиональных знаний психотерапевтов города. Научные заседания Центра собирали обширную аудиторию психотерапевтов, психиатров, невропатологов, психологов и физиологов. Доклады освещали как частные вопросы психотерапии, так и организационные и глубокие методологические проблемы и решения.

В 1967 году на общественных началах был организован Сексологический Центр, в задачи которого входило расширение сексологической помощи населению, повышение сексологических знаний и квалификации среди врачей, пропаганда идей психогигиены и психопрофилактики половых расстройств.

После более чем двадцатилетнего руководства Клиникой Л. Н. Лежепековой, на должность главного врача Клиники неврозов приходит О. Е. Кашкарова, ставшая впоследствии главным психотерапевтом Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.

С 2009 года и по настоящее время СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 имени академика И. П. Павлова» руководит Ю. Р. Палкин, до этого назначения являвшимся заместителем главного врача по лечебной части этой же клиники.

Гордость Клиники неврозов — это старинное здание, в котором располагается больница. Она находится недалеко

от церкви Успенского подворья монастыря Оптиной пустыни. В нескольких шагах расположилась набережная лейтенанта Шмидта с роскошным видом на Неву. Руководство трепетно относится к культурному наследию предшествующих поколений и, конечно, с особой заботой к памяти академика Ивана Петровича Павлова. В кабинете, где проходили «Павловские среды» сохранили подлинную мебель, на которой сидел Павлов и его коллеги. А во 2 отделении стоит старинный буфет, напоминающий своим видом об ушедшей эпохе. Такое соседство времен создает особую атмосферу покоя и гармонии, благотворно влияющую на состояние пациентов. Уже больше сотни лет городская больница № 7 принимает больных с расстройствами психики. Сегодня, клиника неврозов — это крупный комплекс по оказанию медицинских услуг, связанных с восстановлением и профилактикой психического здоровья. На протяжении многих лет лучшие доктора Петербурга занимаются разработкой и усовершенствованием лечебных программ с высоким коэффициентом эффективности.

СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 имени академика И. П. Павлова» находится в ведении Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, действует на основании устава и приказов Комитета. В свой состав помимо стационара включает: кризисную телефонную службу на три линии круглосуточной связи, укомплектованную врачами-психиатрами и психологами - отделение «Телефон доверия»; кабинет медико-социальной психологической помощи для очного консультирования, также укомплектованный врачами-психиатрами, психотерапевтами и психологами (КМСПП); Городской психотерапевтический центр (ГПТЦ). Стационар на 195 коек (с 29.12.2018 года - 190 коек) круглосуточного пребывания, включает четыре отделения. Профиль коек психиатрический: на них проводится лечение острых состояний у лиц, страдающих непсихотическими формами психических расстройств, а также для оказания специализированной медицинской помощи

гражданам, находящимся в кризисном состоянии. Госпитализация осуществляется в плановом порядке.

Больница включает следующие вспомогательные подразделения: физиотерапевтическое отделение, кабинет лечебной физкультуры, клинико-диагностическую лабораторию, кабинет рефлексотерапии, кабинеты невролога, офтальмолога, функциональной диагностики, аптеку, стерилизационную, пищеблок.

Учреждение имеет договор о безвозмездном обучении курсантов с кафедрой психотерапии и сексологии СЗ ГМУ им. И. И. Мечникова

Городской психотерапевтический центр – организован распоряжением Комитета по здравоохранению № 166-р от 13 июля 1999 года, которым утверждено и «Положение о Городском психотерапевтическом центре». ГПТЦ является структурным подразделением Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская психиатрическая больница №7 имени академика И. П. Павлова». С момента создания ГПТЦ им руководили Н. Д. Дмитриев, А. В. Курпатов, Д. В. Ковпак, В. И. Курпатов и в настоящее время А. М. Демьяненко.

С 29.12.2018 года увеличена мощность Городского психотерапевтического центра (ГПТЦ) с 1400 посещений в год до 3260 посещений в год за счёт расширения штата ГПТЦ, что соответствует Приказу Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи». Продолжено развитие преемственности между стационарной и амбулаторной службой в ГПБ№7, где стационарный этап лечения является первым и становится в течение последних лет более краткосрочным наряду с ростом мощности работы ГПТЦ, специализирующемся на амбулаторном лечении пограничных психиатрических больных.

Коечная мощность больницы за последние годы в целом сокращена с 250 коек до 190, средний койко-день значительно снижается, а количество больных с пограничными формами психических расстройств, пролеченных в ГПБ №7, с

каждым годом растёт. Продолжение лечения в условиях стационар замещающих технологий позволяет решить следующие задачи: дальнейшее снижение среднего койко-дня, увеличение оборота больных на койке без ухудшения качества итогового лечения и снижение феномена «госпитализма» и рентных установок, что часто свойственно для пациентов с психическими расстройствами, а также значительную экономию бюджетных средств. Эти изменения проведены за счёт имеющихся ресурсов самого учреждения без привлечения дополнительных средств.

В учреждении внедрена медицинская информационная система, к которой подключены АРМ всех заведующих отделениями, врачей-психиатров отделений и амбулаторных подразделений, старших медицинских сестёр, приёмного отделения, врача-статистика, аптеки, клиничко-диагностической лаборатории, главного врача, заместителя главного врача. Осуществляется компьютерное заполнение бланков листков нетрудоспособности. Введена электронная амбулаторная карта с электронной записью пациентов. Организована передача лабораторных данных из клиничко-диагностической лаборатории в МИАЦ. Проводятся мероприятия по ведению электронного листка нетрудоспособности.

В настоящее время учреждением проводятся мероприятия по раннему выявлению, медицинской помощи и профилактике пограничных психических расстройств и кризисных состояний, увеличению охвата населения Санкт-Петербурга психотерапевтической помощью и повышению её доступности. Внедрены объективные индикаторы качества психотерапии и психокоррекции для оценки эффективности деятельности врачей-психотерапевтов и медицинских психологов.

В рамках программы непрерывного медицинского образования на базе больницы под эгидой Российского общества психиатров, Российской психотерапевтической ассоциации, Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии ежемесячно проводятся научно-образовательные семинары

с клиническими разборами для врачей-психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов Санкт-Петербурга. Совершенствуется программа непрерывного медицинского образования.

Работа Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская психиатрическая больница №7 имени академика И. П. Павлова» (Клиника неврозов) получила высокую оценку по итогам 2016, 2017 и 2018 годов: Клиника неврозов вошла в пятерку лучших государственных клиник по «Рейтингу «Доктора Питера»» в номинации «психиатрия».

Вступая в свой новый век, Клиника неврозов с уверенностью смотрит в будущее, благодаря бережно сохраненным великим традициям и современному подходу к терапии психогенных, связанных со стрессом и пограничных расстройств.

### **Список литературы:**

1. Дмитриева, Л.И. Историческая справка из архива / Л.И. Дмитриева — ЦГАНТД СПб, 2016. — 2 с.
2. Ковпак Д.В. Применение методов когнитивно-поведенческой психотерапии в современной клинической психотерапевтической практике //Сборник статей и тезисов конференции, посвященной 150-летию И.П. Павлова и 80-летию Клиники неврозов. — СПб., 1999. — С. 26-30.
3. Лежепекова Л.Н. К истории «Объединения клинической психоневрологической больницы им. академика И.П. Павлова» (1919-1967 гг.) / Л.Н. Лежепекова, Я.Л. Шрайбер // Вопросы психиатрии и невропатологии: сб. тр. — Л., 1968. — Вып. 13. — С. 88-98.
4. Лежепекова Л.Н. Развитие психотерапии в Клиническом психоневрологическом объединении имени акад. И.П. Павлова, 1919-1969 гг. / Л.Н. Лежепекова, Я.Л. Шрайбер // Неврозы и их лечение: (материалы, посвящ. 50-лет-

нему юбилею Клинического психоневрологического объединения им. И. П. Павлова). — Л., 1969. — С. 4-14.

5. Слабинский В. Ю. Психотерапия реактивных расстройств в Петрограде в 1900-1926 гг. // Ученые записки Университета им. П. Ф. Лесгафта. — 2016. — № 8 (138). — С. 273-278.

6. Эткинд А. М. Эрос невозможного. История психоанализа в России. — СПб.: Медуза, 1993. — 464 с.

## **Схема-терапия как «неотложная помощь» в стационарной реабилитации зависимостей и расстройств личности**

**Кулаков С. А.**

**Медицинская ассоциация «Центр «Бехтерев»,  
Санкт-Петербург**

Психотерапия зависимостей и расстройств личности по-прежнему является сложной медицинской и психологической проблемой. Наше отделение было создано в 2008 году исключительно для лечения зависимостей. Мы столкнулись с ситуацией, когда в Центр стало поступать все больше пациентов, имеющих следующие характеристики:

- двойной диагноз
- низкий реабилитационный потенциал
- высокую степень отчуждения заболевания
- несформированную внутреннюю мотивацию и внешнюю мотивацию (семейную) на трезвость и лечение
- синдром «размытой идентичности» и слабое Я
- наличие структурных дефицитов в личностной структуре
- некритичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам
- несоответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте воздействий среды, социальным обстоятельствам и ситуациям
- неспособность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами
- неспособность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы
- неспособность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств
- непереносимость неопределенности
- слабую переносимость фрустрации

Особое внимание вызывали на пациентов с пограничной организацией личности (ПОЛ), у которых, несмотря на внешнюю компенсацию и отсутствие какой-либо симптоматики, сохранялось «слабое» или «расщепленное Эго» (табл. 1). Это приводит к внезапным декомпенсациям и рецидивам после нескольких лет «спокойного периода». На этапе диагностики мы стали придавать значение наличию структурного расстройства, так как от этого зависели сроки и прогноз лечения. Ряд авторов определяет «структурное расстройство» как ограниченную доступность тех функций, которые являются для человека ключевыми в саморегуляции и регуляции взаимоотношений». «Структурные функции включают в себя способность к когнитивному распознаванию и пониманию своих и чужих эмоций, налаживанию эмоциональных связей с людьми, способность сохранять эмоционально значимые связи, держать себя в равновесии и уметь ориентироваться» (цит. по Крюгер Р., 2008, с.127).

Учитывая, что большинство пациентов с зависимостью имеют средний и низкий структурный уровень, за каждым пациентом закрепляется индивидуальный психолог, который не только контролирует выполнение программных заданий, но и проводит личностно-ориентированную психотерапию, а также совместные семейные сессии и сопровождает пациента после выписки.

Индивидуальная терапия, вскрывающая глубинные или бессознательные феномены (отношение к объектам, привычные формы реагирования на стресс, устранение нарциссического дефицита или других отклонений в индивидуальном функционировании), успешно дополняет групповые формы работы, но ограничена временными рамками. Лечебная программа составляется индивидуально с учетом способностей и потребностей и может быть изменена в процессе лечения, если это необходимо.

**Таблица 1. Психодинамическая нозологическая модель**



Приемы и техники первой и второй волны когнитивно-поведенческой терапии: дневник чувств, план дня, самоанализ, итоги недели, домашние задания органично вошли в нашу программу как, впрочем, и другие реабилитационные центры. «Дневник чувств» работает с переживаниями «здесь и сейчас» и способствует повышению уровня осознания. По сути, работа с «Дневником чувств» является способом конструктивного отреагирования эмоций, эффективно используемой паузой между стимулом (событием) и реакцией пациента. Систематическая работа с чувствами формирует материал для работы с эмоциональной сферой: развитие эмоционального интеллекта пациентов и формирование эффективного способа совладания со стрессом.

Важным направлением личностного вектора развития является исследование и изменение Я-концепции пациента, ее когнитивных, оценочных и поведенческих компонентов.

Самосознание у аддиктов нарушено по многим компонентам (анозогнозия, саморегуляция, самоконтроль, прогнозирование, рефлексия). Рефлексию можно рассматривать как важный критерий психической зрелости, а её формирование в процессе психотерапии и реабилитации как развитие важнейшей способности, утраченной или несформированной в силу тех или иных неблагоприятных обстоятельств. Исследования многих авторов показали, что неадекватность и неразвитость «Я-концепции» может являться причиной наркотизации. Личность зависимых пациентов, утрачивает свою целостность: наряду с «Я-здоровым» формируется «Я-патологическое», которое захватывает и подчиняет себе все больше сфер жизни человека. По сути, пациент совершает выбор между двумя своими «Я» — патологическим и здоровым. Находясь в патологическом личностном статусе, зависимые от ПАВ, так и пациенты с ПОЛ не осознают последствий своего заболевания и не мотивированы на лечение. Формирование внутренней мотивации на личностные изменения — первый шаг к выздоровлению.

Задача пациента — научиться сдерживать или нейтрализовать проявления болезни и развивать здоровую часть личности через реализацию ее потенциалов. В ходе включенного наблюдения мы наблюдали, что у пациентов определяется дефицит проявлений «здорового взрослого» (сотрудничество, дистанцирование, забота о себе и т. д.). Вместе с тем наблюдение за пациентами, поступившими с рецидивами, показало, что механизмы функционирования «зависимого Я» были недостаточно вскрыты и изучены.

В этом плане внедрение схема-терапии, третьей волны когнитивно-поведенческой психотерапии, в реабилитационный процесс оказалось весьма полезным для изучения формирования структуры «зависимого Я» и возможности в кратчайшие сроки научиться понимать как «зависимая часть» их личности способствует личной и социальной неуправляемости. Как известно, «дефекты характера» возникают в результате блокировки потребностей и дефектов

воспитания в детстве — отсюда появление таких режимов или субличностей как «брошенный ребенок», «разозленный ребенок», «импульсивный ребенок», «недисциплинированный ребенок» (рис. 1). Я-состояние «брошенный ребенок» включает в себя защитный процесс интроекции, «разозленный ребенок» — самостабилизацию за счет защитного процесса проекции. Лица с пограничным расстройством личности переключаются между состояниями «брошенный ребенок» и «разозленный ребенок» — таким образом активно реализуют защитный процесс расщепления.

Так, например, у Ивана, 25 лет, запуск режима «импульсивного ребенка» и включение дезадаптивной защиты «отстраняющегося самоуспокоения» (прием ПАВ) произошло в результате активации схемы «Все должно быть стильно сынок». Пациент через несколько месяцев после реабилитации «сорвался», забыв о программных рекомендациях, поддавшись «провокации отца» с нарциссическими установками на жизнь (стильная одежда, машинки, девочки).

Дисфункциональные родительские режимы «требовательный родитель», «карающий родитель» могут быть направлены как на самого пациента (например, самоповреждения), так и вовне. «Саморазрушительное мышление», «внутренний модус наказания» реализует защитный процесс идентификации с агрессором, который трансформирует наносящие вред мысли и переживания значимого человека в собственные разрушительные мысли и чувства.

Примером служит Максим, 17 лет, страдающий паническими атаками. На индивидуальной сессии он выбрал в качестве своего внутреннего критика фигурку «демона», назвав его своим инквизитором. После проигрывания сцены в психодраме, он решил запереть его в сейфе во врачебном кабинете, а «не носить в себе». Такое символическое действие позволяло ослабить «жесткое суперэго» пациента. Если у Максима что-то идет не так, значит, он недостаточно к этому приложил усилия (его мать окончила школу с золотой медалью, успех в жизни был её основной ценностью).

«Наказующий модус» мало интересуют эмоции. В обратной связи другие пациенты сказали, что когда-то симптом помогал ему уменьшить напряжение от критики родителей и добиться их внимания, а теперь мешает ему приспособиться к жизни.

Защита «детских» и «родительских» режимов осуществляется через дисфункциональные режимы совладания, причем чаще это не один, а несколько или перебор защитных построений (табл. 2). Так в одних случаях это может быть изоляция в своей квартире от группы социальной поддержки, в последующем самоповреждение, быстрая езда на автомобиле, употребление ПАВ или использование депрессивной симптоматики как вторичной выгоды симптома, чтобы избежать ответственности. Обращение к психиатрам в такой период приводит к назначению различных фармакологических средств и, если человек еще не был зависим от ПАВ, — создаются идеальные условия для формирования такой зависимости.



Рисунок 1. Режимы ребенка

Фокус на потребностях предоставляет пациенту возможность определить собственные потребности, научиться удовлетворять эти потребности надлежащим, «взрослым» образом. Режим «счастливого ребенка» как «противоядие» деструктивным режимам также ограниченно представлен у пациентов с ПОЛ. Для формирования модуса «счастливого ребенка» и «здорового взрослого» пациент ищет и прописывает в домашних заданиях ресурсы трезвости и выздоровления.

**Таблица 2. Дисфункциональные способы совладания**

Дисфункциональные способы совладания	Примеры
Покорная капитуляция	Пассивная, подчиненная роль
Отстраняющийся защитник	Избегание путем отключения эмоций, изоляция, компульсивное переедание, самоповреждение, психосоматические жалобы, злоупотребление ПАВ
Отстраняющееся самоуспокоение	Трудоголизм, азартные игры, промискуитет, компьютерные игры, употребление ПАВ
Гиперкомпенсация \ доминирование	Надменное, конфликтное поведение, особое к себе отношение, нарушение личностных границ
Угрозы и нападения	Агрессия вербальная или физическая, совершение антисоциальных действий

В домашних заданиях закрепляется понимание пациентами схем и модусов функционирования через перевод проблем в термины режима (табл.3)

**Таблица 3. Пример перевода проблемы в термины режима**

Опишите проблему, над которой надо работать	Возобновление употребления ПАВ
Какая потребность задействована в этой проблеме?	Знать, что я любим
Как задействован режим уязвимого ребенка?	Я чувствую обиду, когда мой партнер меня не понимает
Задействован какой-либо другой детский режим?	Я злюсь и хамлю
Вовлечен ли режим Взрослого?	нет
Включен ли режим Родителя?	Мой внутренний критик говорит мне, что я «унылое говно»
Какие нездоровые механизмы совладания вы включаете?	Я не разговариваю с ней, иногда впадаю в депрессию
Опишите действия, которые вы совершаете на триггер, конфликт	Иногда напиваюсь, были передозировки, чтобы заглушить боль

Как видно из этой таблицы, взрослый режим не включается в ответ на триггер, следовательно, пациенту надо постараться его найти и привести примеры «здоровых» альтернатив.

Важным этапом реабилитации является профилактика рецидива. И здесь схема-терапия может быть полезна. Приведем один из наших методических приемов. Пациента просят определить два-три ведущих триггера из нескольких кризисных ситуаций (табл. 4)

Затем, используя следующий трафарет (рис.2) в качестве домашнего задания, пациента просят заполнить его, обратив внимание на режимы, которые он использовал ранее и на здоровые режимы. Такое сравнение помогает пациенту отойти от старой модели поведения. Естественно, он может использовать после выписки и другие инструменты профилактики рецидива, которые были озвучены на психобразовательной лекции.

**Таблица 4. Примеры кризисных ситуаций срыва**

Типы кризисных ситуаций	Примеры пациента
Непредвиденный триггер	Не смог поехать на работу, так как плохо себя чувствовал, а меня уволили
Социальное отделение	Проблемы с женой, подала на развод и запретила видеться с детьми; Бывшие друзья не понимают моих новых установок
Проблемы на работе	Получил несправедливый нагоняй от начальства
Новые ситуации	Сменил работу, но никак не могу прижиться в новом коллективе
Новые обязанности	Узнал о беременности жены, это привело к сильному стрессу. Я пока не готов становиться отцом»
Экзистенциальный кризис	Меня стало тошнить от моей работы

## Домашнее задание



*Рисунок 2. Основные режимы, которые используются во время действия триггера*

Таким образом, когнитивно-поведенческая психотерапия помогает пациентам “отслеживать”, “схватывать”, “прерывать” свои мысли, чувства, схемы, режимы, поведение. Более глубокое понимание структуры «Зависимого Я» способствует усилению личной мотивации на продолжение лечения. В связи с ограничением времени пребывания пациентов в стационарных условиях схема-терапию можно рассматривать как неотложную психотерапевтическую помощь, служащую фундаментом для применения других психотерапевтических вмешательств.

### **Список литературы:**

1. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах. — М.: Научный мир, 2016
2. Кулаков С. А. Руководство по реабилитации аддиктов. — Издательские решения Ридеро, 2018
3. Крюгер Р. Лечение психодрамой. Теория и практика. — М. Независимая фирма «Класс», 2017
4. Симеоне-ДиФранческо К., Редигер Э., Стивенс Б.А. Схема-терапия супружеских пар. Практическое руководство по исцелению отношений. — М.: Научный мир, 2017
5. Farrell Joan M., Shaw Ida A. Experiencing Schema Therapy from the Inside Out. A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists.— New York- London: THE GUILFORD PRESS, 2018

## **Нейробиологический подход в когнитивно-поведенческой психотерапии: концепция когнитивных стилей**

**Чаузова Е. Е.**

**Институт Физиологии им. И. П. Павлова  
РАН, Центр когнитивно-поведенческой  
психотерапии и консультирования Ве СВТ**

**Шошина И. И.**

**Институт Физиологии им. И. П. Павлова РАН**

Современные неинвазивные методы нейрофизиологии позволяют обнаруживать нейрональные корреляты не только психических расстройств, но и результатов психотерапевтического воздействия, а также соотносить между собой нейрофизиологические и психические особенности человека, что даёт возможность интегративного анализа биологических, социальных и психологических детерминант психического состояния человека [15]. Для современной психотерапии, с точки зрения обоснования её методов и направления развития, стали значимыми исследования нейропластичности мозга, открытие зеркальных нейронов, изучение имплицитной и эксплицитной памяти, открытие, так называемой, дефолт-системы мозга и, конечно, большое количество исследований «До/После», которые продемонстрировали эффект психотерапии на нейробиологическом уровне.

Но особый интерес, на наш взгляд, представляют нейрофизиологические исследования, результаты которых можно было бы использовать для уточнения хода психотерапии, её возможностей и ограничений, подбора психотерапевтических методов, выбора характера взаимодействия с клиентов, что могло бы лечь в основу нейробиологического подхода в психотерапии. К таковым, по нашему мнению, прежде всего, относятся исследования нейрофизиологических механизмов восприятия.

## **Ограничения нейробиологического подхода**

Необходимо иметь в виду, что на сегодняшний день, есть ряд методологических ограничений нейробиологического подхода в психотерапии.

Во-первых, психическая деятельность человека основана на непрерывном взаимодействии мозга с организмом и организма с внешней средой, в целом, тогда как нейрофизиология сосредоточена на изучении отдельного мозга и, на данный момент далека от учёта всех тонкостей взаимодействия человека с внешней средой, включая других людей, например, психотерапевта [14].

Во-вторых, современные нейрофизиологические исследования, по большому счёту, основаны на сопоставлении психических явлений с наиболее яркими изменениями на уровне нейрофизиологии, что приводит к неполной нейрофизиологической картине изменений психического состояния человека [7].

В-третьих, психотерапия представляет собой взаимодействие с субъективным и интерсубъективным опытом человека, в то время как нейрофизиология, изучая объективные биологические процессы, ничего не может сказать о значении и ценности тех или иных событий и людей для конкретного человека, а значит не может описать психический опыт человека в полной мере, по крайней мере, на данный момент [16].

Преодолеть этот феноменологический и методологический разрыв между нейрофизиологией и психотерапией может помочь введение психофизиологических категорий, которые с одной стороны будут описывать особенности и характеристики высших психологических функций, а с другой стороны, будут иметь конкретный нейрофизиологический субстрат. Примером такой категории, на наш взгляд, являются когнитивные стили.

## **Когнитивные стили**

Когнитивные стили представляют собой индивидуально-своеобразные способы переработки информации о своем окружении в виде индивидуальных различий в восприятии, анализе, структурировании, категоризации, оценивании происходящего [4]. В свою очередь, эти индивидуальные различия образуют типичные формы когнитивного реагирования, относительно которых группы людей являются похожими или отличаются друг от друга. Когнитивные стили могут рассматриваться в качестве базовых глубинных характеристик интеллектуальной деятельности человека, оказывающих ключевое влияние на его эмоциональные реакции, стратегии принятия решений, поведенческие и коммуникативные стратегии.

Для того, чтобы определить место когнитивных стилей в когнитивно-поведенческой психотерапии, обратимся к терминологическому аппарату когнитивно-поведенческой психотерапии и рассмотрим базовый протокол СМЭР, предназначенный для работы с первичными мыслительными шаблонами [1]. Согласно ему, наши эмоциональные (Э), физиологические и поведенческие реакции (Р) возникают вследствие нашей собственной оценки (М) того или иного события (С). По сути, когнитивные стили представляют собой описание особенностей процесса актуализации когнитивных схем, с помощью которых мы оцениваем то или иное событие и принимаем решение, т.е. процесса между «С» и «М». И, безусловно, эти особенности, детерминированные на нейрофизиологическом уровне, оказывают влияние на реакции, как эмоциональные, так и поведенческие.

Когнитивный стиль «Полезависимость/Полезависимость» и его нейрофизиологическая основа

Выделяется множество когнитивных стилей, но одним из наиболее изученных является стиль «Полезависимость/Полезависимость», характеризующий степень, в которой индивидуальная перцепция находится под влиянием

янием видимого поля, способность преодолевать сложно-организованный контекст, или, другими словами, степень ориентации человека при принятии решений на имеющиеся у него знания и опыт, а не на внешние ориентиры, если они вступают в противоречие с его опытом [4].

Так, лица с полнезависимым когнитивным стилем с позиций психологии характеризуются, как способные активно структурировать зрительное поле, отделять объект от контекста. Эти способности рассматриваются, как свидетельство аналитичности восприятия [2; 30]. Стиль полнезависимости характеризуется противоположно. Полнезависимые люди в силу большей ориентации на внешнюю среду и взаимодействие с ней демонстрируют набор социальных навыков, менее заметный у полнезависимых людей. С другой стороны, полнезависимые люди демонстрируют больше навыков когнитивного анализа и структурирования, чем полнезависимые лица. [33].

Также в отдельную группу выделяются лица с мобильным полнезависимым и полнезависимым стилем. Предполагается, что они в зависимости от требований ситуации могут демонстрировать психологические характеристики, свойственные полнезависимому и полнезависимому когнитивному стилю.

В результате исследований было установлено, что этот когнитивный стиль имеет под собой нейрофизиологическую основу, а именно экспериментально показано, что доминирование полнезависимого или полнезависимого когнитивного стиля связано с характером взаимодействия механизмов глобального и локального анализа изображений, которые включают нейронные сети, образованные преимущественно магноцеллюлярными и парвоцеллюлярными каналами [5; 6; 10].

Крупноклеточные магноцеллюлярные и мелкоклеточные парвоцеллюлярные каналы берут начало в сетчатке с проекциями через латеральное колеччатое тело таламуса к различным слоям зрительной коры. Они являются основ-

ными каналами, обеспечивающими первичную фильтрацию зрительной информации, которую далее разным способом используют нейроны дорзального и вентрального пути [28; 29].

Магноцеллюлярные каналы более чувствительны к низким пространственным и высоким временным частотам [19; 24] и обеспечивают быстрое проведение информации к нейронам преимущественно дорзального пути головного мозга [23; 3]. Парвоцеллюлярные каналы более чувствительны к высоким пространственным и низким временным частотам [31; 18; 8; 11; 10]. Они обеспечивают медленное, по сравнению с магноцеллюлярными нейронами, проведение информации преимущественно к нейронам вентрального пути, пролегающего через нижневисочную зону коры головного мозга [23].

Обрабатывая информацию о стереопсисе, контуре, положении в пространстве, движении и его направлении, нейроны магносистемы обеспечивают пространственное зрение [21; 22] и играют ведущую роль в обработке информации о глобальной организации стимула [12; 10], в процессах «предвнимания» [11; 12; 10], анализе движения [13].

Волокна парвоклеточной системы передают всю цветную и высококонтрастную черно-белую информацию [20] и играют ведущую роль в процессах выделения отдельных объектов и деталей объектов, то есть локального анализа зрительного поля [10].

Дорзальный и вентральный потоки, в свою очередь, дают проекции в префронтальную и височные доли, соответственно. На всех уровнях этих путей существуют петли обратной связи [26; 17; 25; 8].

Таким образом, магно- и парвоцеллюлярные каналы и их взаимодействие определяют структуру получаемой информации об объектах, обеспечивают их опознание и принятие решения на лобном уровне коры, а также разницу в восприятии и обработке информации, и, в конечном итоге, влияют на эмоциональные и поведенческие реакции.

## **Стратегия когнитивно-поведенческой психотерапии в зависимости от когнитивного стиля**

Разница во взаимодействии механизмов локального и глобального анализа у полезависимых и полenezависимых лиц может обуславливать появление различных когнитивных искажений.

Так доминирование глобального анализа у полезависимых лиц может привести к возникновению когнитивных искажений, в основе которых лежит недостаточный анализ детальной информации об объектах и менее развитые навыки когнитивного структурирования стимулов. В свою очередь, доминирование локального анализа увеличивает риск когнитивных искажений, связанных с излишним фокусированием на детальной информации и недостаточными навыками взаимодействия со средой и учёта её влияния. И, действительно, ряд исследований показывают, что полезависимые люди в неопределенной или угрожающей ситуации демонстрируют более простые, неспециализированные формы защит без когнитивной переработки опыта, тогда как полenezависимым лицам в похожих ситуациях свойственны формы защиты, ориентированные на преобразование опыта и выстраивание более или менее связной картины события [32].

Также возникновению и усилению когнитивных искажений могут способствовать личностные характеристики, свойственные лицам с разными когнитивными стилями. Так, эмпатия, чувствительность к внешним воздействиям, легкость вступления в диалог, склонность к коллективной работе и поиску компромиссов, в большей степени свойственные полезависимым лицам, могут в определенных условиях трансформироваться в излишнюю импульсивность, подверженность влиянию, трудности в принятии решения. В свою очередь, оборотной стороной независимости в принятии решения, устойчивости к внешнему влиянию, авто-

номии, стрессоустойчивости и контроля над выражением эмоций, свойственными полнезависимым лицам, является ригидность и инертность, излишняя критичность к мнениям других людей, малообщительность, эмоциональная дистанция с людьми.

Необходимо добавить, что с точки зрения концепции полнезависимого/полнезависимого стиля наиболее адаптивными являются лица с мобильным полнезависимым и полнезависимым стилем, поскольку они отличаются способностью к переключению с одного механизма восприятия информации на другой в зависимости от контекста. Это подтверждает наше исследование, в результате которого было показано, что группа лиц с мобильным полнезависимым и мобильным полнезависимым когнитивным стилем имеет достоверно более высокое положение в статусной иерархии и стабильное положение в системе межличностных отношений, по сравнению с группой лиц с полнезависимым когнитивным стилем вне зависимости от руководящего статуса.

Разная природа когнитивных искажений, лежащих в основе неэффективных эмоционально-поведенческих реакций и, как следствие, психоэмоциональных расстройств, подразумевает различные стратегии психотерапии. Так, для полнезависимых клиентов, психотерапевтическая стратегия скорее будет представлять собой дедуктивный анализ «от общего к частному» с особым вниманием к деталям, ускользнувшим от внимания клиента, тогда как для полнезависимых клиентов это будет, скорее, индуктивный анализ от «частного к общему» с упором на прояснение общего контекста, связей и тенденций развития. Что касается образовательного компонента когнитивно-поведенческой терапии, то её целью становится развитие тех когнитивных и поведенческих навыков, которых не хватает представителю полнезависимого или полнезависимого человека для более адаптивного поведения, что позволит ему войти в мобильную группу. Так для полнезависимых людей это будут когни-

тивные упражнения, направленные на развитие навыков когнитивного структурирования, внимания к деталям и удержания внимания, а для полнезависимых людей — навыки взаимодействия с внешней средой в самом широком смысле.

## **Выводы**

Таким образом, использование концепции когнитивного стиля «Полезависимость/Полнезависимость» позволяет более эффективно использовать инструменты когнитивно-поведенческой психотерапии, опираясь на понимание того, что мы не просто корректируем когнитивные искажения, но ещё и имеем возможность тренировать навыки восприятия и оценки на нейрональном уровне.

Безусловно, несмотря на большое количество исследований, посвященных когнитивному стилю «Полезависимость/Полнезависимость», ещё недостаточно известно о степени его влияния на структуру психоэмоциональных расстройств, эффективность тех или иных психотерапевтических направлений, относящихся к когнитивно-поведенческому подходу, психотерапевтических возможностях коррекции когнитивного стиля.

Несмотря на то, что ещё недостаточно известно о нейрофизиологических коррелятах других когнитивных стилей, на наш взгляд, очевидно, что концепция когнитивных стилей представляет собой удобный инструмент для связывания психических феноменов и процессов с их нейрофизиологической основой в интересах психотерапии.

## **Литература**

1. Ковпак Д. В. Страхи, тревоги, фобии... Как от них избавиться? Практическое руководство психотерапевта + техники релаксации на DVD. — СПб: Наука и Техника, 2014. — 288 с.

2. Кочетков В.В., Скотникова И.Г. Индивидуально-психологические проблемы принятия решения. — М.: Наука, 1993. — 141 с.
3. Куликовский Я.Дж., Робсон Э. Пространственные, временные и хроматические каналы: электрофизиологическое обоснование // Оптич. журн. — 1999. — Т 66. — № 9. — С. 37-52.
4. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2004. — 384 с.
5. Шошина И.И. Локальный и глобальный анализ изображений в норме и при шизофрении. Дисс... д. б. н., 03.03.01. — СПб. — 2014. — 371 с.
6. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е. Механизмы глобального и локального анализа зрительной информации при шизофрении. — СПб.: Изд-во ВВМ, 2016. — 300 с.
7. Beutel ME, Stern E, Silbersweig DA. The emerging dialogue between psychoanalysis and neuroscience: neuroimaging perspectives. *J Am Psychoanal Assoc* 2003 Summer; 51. — С. 773-801.
8. Butler P.D., Martinez A., Foxe J.J., Kim D., Zemon V., Silipo G., Javitt D.C. Subcortical visual dysfunction in schizophrenia drives secondary cortical impairments // *Brain*. — 2007. — Vol. 130. — P. 417-430.
9. Butler P.D., Silverstein S.M., Dakin S.C. Visual perception and its impairment in schizophrenia // *Biological Psychiatry*. — 2008a. — Vol. 64. — P. 40-47.
10. Calderone D.J., Hoptman M.J., Martinez A. et al. Contributions of low and high spatial frequency processing to impaired object recognition circuitry in schizophrenia // *Cereb. Cortex*. — 2013. — Vol. 23. — P. 1849-1858.
11. Conci M., Tollner T., Leszczynski M., Muller H.J. The time-course of global and local attentional guidance in Kanizsa-

- figure detection // *Neuropsychologia*. — 2011. — Vol. 49. — P. 2456-2464.
12. De la Rosa S., Choudhery R.N., Chatziastros A. Visual object detection, categorization, and identification tasks are associated with different time courses and sensitivities // *J. Exp. Psychol. Hum. Percept. Perform.* — 2011. — Vol. 37. P. 38-47.
  13. De Souza J.F. X., Dukelow S.P., Gati J.S., Menon R.S., Andersen R. A., Vilis T. Eye position signal modulates a human parietal pointing region during memory-guided movements // *J Neurosci.* — 2000. — Vol. 20. — P. 5835-5840.
  14. Fuchs T. Mind, leaning, and the brain. *Philos Psychiatry Psychol* 2002. C. 261-264
  15. Fuchs, T. Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Current Opinion in Psychiatry* 2004, 17. C. 479-485.
  16. Henningsen P, Kirmayer LJ. Mind beyond the net: implications of cognitive neuroscience for cultural psychiatry. *Transcult Psychiatry* 2000; 37. C. 467-494.
  17. Kéri S., Antal A., Szekeres G. Visual information processing in schizophrenia: evidence for the impairment of central mechanisms // *Neurosci. Lett.* — 2000b. — Vol. 293. — P. 69-71.
  18. Keri S., Antal A., Szekeres G., Benedek G., Janka Z. Spatiotemporal visual processing in schizophrenia // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* — 2002. — Vol. 14. — P. 190-196.
  19. Kulikowski J. The role of P and M systems: psychophysical aspects, in *Seeing Contour and Colour* // Eds J Kulikowski, C Dickinson, I Murray. — Oxford: Pergamon Press, 1989. — P. 232-237.
  20. Lee B., Pokorny J., Smith V., Martin P., Valberg A. Luminance chromatic modulation sensitivity of macaque ganglion cells and human observers»' *Journal of the Optical Society of America.* — 1990. — Vol. 7. — P. 2223-2237.

21. Livingstone M.S., Hubel D.H. Psychophysical evidence for separate channels for the perception of form color movement and depth. *J. Neurosci.* — 1987. — Vol. 7. — P. 3416-3468.
22. Livingston M.S., Hubel D.H. Segregation of form, color, movement, and depth: anatomy, physiology, and perception // *Science.* — 1988. — Vol. 240. — P. 740-749.
23. Merigan W. H., Maunsell J. H. R. How parallel are the primate visual pathways? // *Ann Rev. Neuroscience.* — 1993. — Vol. 16. — P. 369-402.
24. Regan D. Human Perception of Objects: Early Visual Processing of Spatial Form Defined by Luminance, Color, Texture, Motion, and Binocular Disparity. —Sunderland, Ma: Sinauer, 2000. — 577 p.
25. Skottun B. C., Skoyles J. Contrast sensitivity and magnocellular functioning in schizophrenia // *Vision Res.* — 2007. — Vol. 47. — P. 2923-2933.
26. Sawatari A., Callaway E.M. Convergence of magno and parvocellular pathways in layer 4B of macaque primary visual cortex // *Nature.* — 1996. — Vol. 380. — P. 442-446.
27. Shoshina I. I., Shelepin Yu. E. Effectiveness of Discrimination of the Sizes of Line Segments by Humans with Different Cognitive Style Parameters// *Neuro-science and Behavioral Physiology.* 2014. — V. 44. — Issue 7. P. 748-753.
28. Shapley R. Visual sensitivity and parallel retinocortical channels // *Annu Rev. Psychol.* — 1990. — Vol. 41. — P. 635-658.
29. Shapley R. Parallel cortical channels // In: *Application of Parallel Processing in Vision* / Ed. by J.R. Brannan. — Amsterdam: North-Holland, 1992. — P. 3-36.
30. Song C., Schwarzkopf D., Rees G. Interocular induction of illusory size perception // *Neurosci.* — 2011.: [://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2202-12-27.pdf](http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2202-12-27.pdf).

31. Thiele A., Dobkins K. R., Albright T. D. Neural correlates of chromatic motion perception. *Neuron*. — 2001. Vol. — 32. P. 351-358.
32. Witkin H. Psychological differentiation and forms of pathology // *J. of Abnormal Psychology*, 1965. — V. 70. — P. 317-336.
33. Witkin HA, Goodenough DR Field dependence and interpersonal behavior. *ETS Res Bull Ser 1: I*, 1976a -78.

Подписано в печать 19.04.2019г.  
Печать цифровая. Бумага офсетная.  
Формат 60х90/16  
Усл. печ.л . 4.  
Гарнитура Georgia  
Тираж 170 экз. Заказ № 190419/01

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