



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии



МИР КПТ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ
ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ
КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ

CBT

FORUM X

25 | Ассоциации
ЛЕТ | когнитивно-
поведенческой
психотерапии

X Юбилейный Международный Форум
Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Санкт-Петербург
24 — 26 мая 2024 года

ISBN 978-5-6051899-0-9



9 785605 189909 >

Санкт-Петербург
2024 года

Х Международный
Форум Ассоциации
когнитивно-поведенческой
психотерапии
CBTFORUM

Сборник научных статей

Санкт-Петербург

24-26 мая 2024 года

Санкт-Петербург

2024

УДК 815.851(082)

ББК 53.574.4я43+53.574.5я43

Д37

X Международный Форум Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии SVTFORUM: сборник научных статей. — СПб.: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, 2024. — 128 с.

ISBN 978-5-6051899-0-9

Сборник научных статей к Юбилейному X-му Форуму Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии посвящен современному состоянию и развитию когнитивно-поведенческой терапии в России и в мире, теоретическим основаниям новых концепций, анализу практического применения когнитивно-поведенческого подхода к научным исследованиям в области диагностики и клинической практики, базирующихся на принципах КПТ-подхода. Значительная часть статей посвящена теме потребностей, отражающих их роль в формировании системы убеждений и отношений, мотивов и драйвов, которые при дисфункциональном варианте развития вносят важный вклад в формирование дистресса и патогенеза психических расстройств, а в функциональном - резильентности и саногенеза.

© Авторы статей, 2024

Редакционная коллегия

Зрютин Максим Александрович, медицинский психолог, аккредитованный супервизор и руководитель Поволжского отделения Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, сертифицированный клиницист Института Бека (Beck Institute CBT Certified Clinician, BICBT-CC), сертифицированный схема-терапевт по стандартам ISST.

Карголь Ирина Викторовна, психолог, сертифицированный клиницист Института Бека (Beck Institute CBT Certified Clinician, BICBT-CC), директор образовательных программ, аккредитованный супервизор и руководитель Центрально-Черноземного отделения Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии.

Ковпак Алиса Игоревна, кандидат психологических наук, директор по развитию Ассоциации когнитивно поведенческой психотерапии, клинический психолог КПТ-центров BeCBT, руководитель онлайн-платформы BeCBT.online, председатель редакционной коллегии.

Ковпак Дмитрий Викторович, президент Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, 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 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.

Корягина Ксения Юрьевна, клинический психолог, операционный директор Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии.

Лебедева Ольга Викторовна, главный специалист отдела образовательных программ Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, сертифицированный бизнес-тренер.

СОДЕРЖАНИЕ

Приветственное слово президента Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии	6
Интегративный когнитивно-поведенческий коучинг как инструмент повышения субъективного благополучия: evidence-based подход	8
<i>Антонова Наталья Викторовна</i>	
Особенности психотерапии парафилий при шизотипическом расстройстве	14
<i>Введенский Георгий Евгеньевич</i>	
Ценности пользователей соцсетей с разным уровнем интернет-зависимости	18
<i>Власова Тамара Александровна</i>	
Прояснение ценностей и их реализации в конкретных действиях в рамках когнитивно-поведенческой арт-терапии, интегрированной с коучингом	29
<i>Галигабаров Пётр Валерьевич</i>	
Какой диспут лучше?	34
<i>Граница Александр Станиславович, Зепсен Александр Андреевич</i>	
Возможности психотерапии быть частью доказательной медицины - аргументы за и против	46
<i>Граница Александр Станиславович, Ковпак Дмитрий Викторович</i>	
Применение когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов, страдающих заболеваниями кожи	65
<i>Земляных Марина Веанировна, Кретова Мария Владимировна</i>	
Использование биомаркеров в работе клинического психолога	71
<i>Ковпак Алиса Игоревна</i>	
Когнитивная карта клиента в когнитивно-поведенческой терапии ориентированной на потребности	75
<i>Ковпак Дмитрий Викторович</i>	
Концепция здоровья и качества жизни в когнитивно-поведенческой терапии	82
<i>Ковпак Дмитрий Викторович, Мошкова Ольга Александровна</i>	
Теория привязанности и КПТ	100
<i>Козлов Михаил Юрьевич</i>	
Особенности копинговых режимов, свойственных мазохистическому типу личности	103
<i>Коромылова Оксана Сергеевна</i>	

Использование искусственного интеллекта при анализе когнитивных процессов в психотерапии: настоящее и перспективы.....	107
<i>Кортаевская Елизавета Александровна</i>	
Взаимосвязь толерантности к неопределенности и совладающего поведения на этапе взрослости.....	113
<i>Котова Наталья Константиновна</i>	
Mindfulness-based cognitive therapy в профилактике суицидального поведения.....	119
<i>Тарасова Екатерина Владимировна</i>	
Применение когнитивно-поведенческой терапии для коррекции биполярного аффективного расстройства	123
<i>Янучок Марина Вадимовна</i>	

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ПРЕЗИДЕНТА АССОЦИАЦИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Уважаемые коллеги и дорогие друзья, мы очень рады новой встрече с вами! Особым торжеством стала возможность в этом году отметить вместе сразу два юбилея – уже X Международный СВТFORUM с непрерывной десятилетней традицией встреч на съездах, конгрессах и форумах Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии с коллегами со всей России и международной программой в виде выступлений зарубежных спикеров, экспертов и участников из разных стран и 25-летний юбилей самой Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии.

Этот юбилейный СВТFORUM 2024 мы посвятили теме эволюции и адаптации, как непрерывного процесса развития, открытия нового и переосмысления старого следуя своим устремлениям, осознания себя и использования ресурсов психики и организма человека как открытой сложной динамической системы и раскрытию возможностей взаимодействия и отношений с другими и миром.

Мы продолжаем наши активные взаимодействия с Институтом Бека (Beck institute for cognitive therapy and research, Philadelphia, PA, USA), лично Джудит Бек и всем замечательным коллективом института и вновь организовываем его очные официальные семинары сертификационных курсов на русском языке. За прошедший год они прошли в Стамбуле и Дели, и планируются в очном формате и в других городах и странах с неизменным выдающимся преподавателем - доктором Алленом Миллером (Allen R. Miller, PhD., MBA), одним из самых опытных тренеров и супервизоров в когнитивно-поведенческой терапии, автором пересмотренной шкалы оценки когнитивной терапии (CTRS-R). Члены и преподаватели нашей Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии продолжают активно выступать на международных конгрессах в Европе и Азии, принимают участие в исследованиях и научно-практических разработках в России, ближнем и дальнем зарубежье и активно делятся своими знаниями на очередном СВТFORUM.

Желаем вам активного участия в работе СВТFORUM 2024, получения новых полезных знаний, насыщенного обмена информацией и опытом, обсуждения актуальных проблем, совместного поиска решений, дружеского общения в открытом пространстве Форума с его увлеченными участниками, 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 и приглашенных ученых, исследователей и практиков, работы которых наглядно иллюстрируют активное и многогранное развитие когнитивно-поведенческой психотерапии в разных областях научного знания, практики и прикладных дисциплин. Пусть этот сборник и форум станет для вас

источником вдохновения и новых идей, которые помогут вам в вашей профессиональной деятельности и личной жизни.

Дмитрий Викторович Ковпак,
*президент Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии,
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 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*

ИНТЕГРАТИВНЫЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ КОУЧИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ: EVIDENCE-BASED ПОДХОД

Антонова Наталья Викторовна

Национальный исследовательский университет

«Высшая школа экономики»

Аннотация. В статье анализируются результаты разработки и апробации программы интегративного когнитивно-поведенческого коучинга, как инструмента повышения субъективного благополучия. Использован evidence-based подход для оценки эффективности разработанной программы. В качестве критериев эффективности были выбраны переменные: удовлетворенность жизнью, субъективное счастье, целевые оптимистические атрибутивные стили. Дизайн исследования: формирующий эксперимент. Методики: шкала удовлетворенности жизнью по Динеру, шкала субъективного счастья по Любомирски, шкала целевых оптимистических атрибутивных стилей. Результаты показали значимое изменение по шкалам удовлетворенности жизнью и субъективного счастья, изменений оптимистических атрибутивных стилей не было обнаружено. Делается вывод о продуктивности интегративного когнитивно-поведенческого коучинга для повышения субъективного благополучия и необходимости дальнейших исследований для уточнения возможностей изменения атрибутивных стилей.

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческая терапия, когнитивно-поведенческий коучинг, интегративный когнитивно-поведенческий коучинг, психология коучинга, PITS, PETS, субъективное благополучие, удовлетворенность жизнью, субъективное счастье, целевые оптимистические атрибутивные стили, evidence-based подход.*

Когнитивно-поведенческий коучинг (КПК) является одним из наиболее широко используемых подходов в психологии коучинга ((Palmer & Whybrow, 2006; Palmer, 2013). Он основан на принципах хорошо зарекомендовавшей себя и научно обоснованной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ): эмоции вызываются не ситуациями, а интерпретациями этих ситуаций людьми, которые зависят от привычных паттернов мышления (Palmer & Szymanska, 2007).

Практика когнитивно-поведенческого коучинга (КПК) включает техники, направленные на осознание клиентом своей системы убеждений. Целью КПК является определение способов мышления, которые могут препятствовать работоспособности и благополучию, а также достижению целей. Эти паттерны мышления (их часто называют ограничивающие убеждения) заменяются на убеждения, основанные на фактических данных и отражающие более точно объективную реальность. Мы называем такие убеждения ресурсными. В КПК (Neenan, Palmer, 2001) для обозначения эти видов убеждений приняты названия PITS (performance interfering thoughts – мысли, мешающие эффективной деятельности) и PETS (performance enhancing thoughts – мысли, способствующие эффективной деятельности) КПК доказал свою эффективность в ряде коучинговых программ, например: как способ уменьшить бесполезный перфекционизм и самоограничения (Kearns, Forbes, & Gardiner, 2007); при работе с прокрастинацией (Karag & Spada, 2009); для управления стрессом и развития навыков (Ducharme, 2004), и для решения многих других задач. Несмотря на это, в некоторых исследованиях получены противоречивые данные об эффективности КПК в отношении решения некоторые проблем, например снижения стресса на рабочем месте (Gyllensten & Palmer, 2005).

Диас, Палмер и Нарди (Dias, Palmer, Nardi, 2017) предложили использовать интегративный подход для решения более сложных проблем, включающих эмоционально-

личностный компонент, на основе интеграции КПК, Позитивной психологии и ориентированного на решение подхода (SFBT). Авторы считают, что интеграция принципов позитивной психологии (ПП) и SFBT в КПК поможет когнитивно-поведенческим коучам окончательно уйти от медицинской модели и перейти на язык позитивного подхода, который более приемлем для клиентов, чьи проблемы не связаны с какими-либо расстройствами.

Идея интегративных моделей не является новой. Коучинг сам по себе возник как интеграция различных моделей: гуманистической психологии, ОРКТ, КПТ, позитивной психологии (Brock, 2012). Пальмер предложил интеграцию мультимодального подхода в КПК (Palmer et al., 2003). Пассмор предложил модель интегративного коучинга (IC), в которой работа идет на нескольких уровнях: поведенческом, когнитивном, и бессознательном (Passmore, 2007).

Для целей нашего исследования мы разработали интегративную модель, в которую вошли следующие составляющие:

- 1) Когнитивно-поведенческий коучинг
- 2) Позитивная психология
- 3) SF (ориентированный на решение подход)
- 4) Трансактаналитический подход

Базовой методологической основой программы являлся когнитивно-поведенческий подход. Применялись модели когнитивно-поведенческого коучинга: PRACTICE, G-ABCDEF, а также в некоторых случаях использовалась поведенческая модель GROW. Применялись также техники когнитивно-поведенческого подхода: декатастрофизация, заполнение пустоты, сократовский диалог, направляемое открытие.

Позитивная психология: применяется концепция «здоровой личности» и акцента на позитивные аспекты жизни.

SF – ориентированный на решение подход: использовались техники шкалирования, подачи обратной связи, «волшебные вопросы», ориентация на решение.

Трансактаналитический подход использовался при анализе конкретных ситуаций взаимодействия клиента с окружающими людьми. Сочетание методологии когнитивно-поведенческого подхода, и ТА оказалось продуктивным именно в сфере взаимоотношений. При этом, противоречий в этих методологиях не обнаружены, так как и в КПК, и в ТА используется психообразование в виде объяснения клиенту основной модели (когнитивной модели или модели эго-состояний). Сочетание анализа мыслей и анализа эго – состояний также оказалось продуктивным.

Сферы личности, которые были в фокусе работы на сессиях:

- мотивационная сфера («волшебные вопросы»);
- ценности (специальные вопросы, включающие метафоры);
- убеждения (поиск доказательств (look for the evidence), техника декатастрофизации);
- эмоции (маркировка эмоций (affect labeling), дневник эмоций, модель 4R);
- действия, поведение (поведенческие эксперименты, техники тайм-менеджмента)
- сфера отношений клиента с другими людьми: применялось сочетание техник КПК и ТА.

Evidence-based подход, или доказательный подход, активно разрабатывается в психологии коучинга (Palmer S., Whybrow A., 2006). Доказательный подход означает наличие переменных, которые измеряются для оценки эффективности интервенций. В данном исследовании для оценки эффективности программы интегративного когнитивно-поведенческого коучинга мы использовали модель формирующего эксперимента.

Проблема субъективного благополучия

Благополучие обычно понимается как счастливое и спокойное состояние, без отклонений от нормы. Н. Брэдбурн (Bradburn, 1969) ввел понятие «психологического

благополучия» (psychological well-being), под которым понимал ощущение счастья и общей удовлетворенности жизнью. В качестве показателя психологического благополучия он ввел разницу между позитивными и негативными эмоциями. Если позитивный аффект превышает негативный, человек удовлетворен своей жизнью. Позже Э. Динер (Diener, 1984) ввел понятие «субъективное благополучие» (subjective well-being), которое по содержанию близко понятию «психологическое благополучие». Динер предложил рассматривать структуру субъективного благополучия как взаимодействие трех элементов: удовлетворение, положительные эмоции, отрицательные эмоции. Также он выделил два основных механизма субъективного благополучия: эмоциональный (настроение) и когнитивный (интеллектуальная оценка человеком своей ситуации). Е.Н. Осин и Д.А. Леонтьев разводят психологическое и субъективное благополучие следующим образом: субъективное благополучие определяется субъективной оценкой человеком уровня «позитивности» своей жизни, тогда как психологическое благополучие представляет собой оценку личностных предикторов счастья (Осин, Леонтьев, 2020). Однако во многих исследованиях эти понятия употребляются как синонимичные.

Психологическое (субъективное) благополучие является важным условием эффективного функционирования человека. Низкое психологическое благополучие является признаком дистресса и возможным предиктором депрессии.

К. Данна и Р. Гриффин (Danna, Griffin, 1999) предложили модель для анализа психологического благополучия на рабочем месте. В качестве его предикторов они выделили черты личности (например, тревожность), профессиональный стресс и условия работы. В свою очередь, благополучие на работе влияет как на индивидуальные, так и на организационные переменные (например, производительность, эффективность сотрудника). Эта модель впоследствии использовалась во многих работах (Ilies et al., 2015; Koopmann et al., 2016; Nielsen et al., 2017), таким образом, конструкт «психологическое благополучие» был введен в структуру организационной эффективности. К. Нильсен с соавторами (Nielsen et al., 2017), опираясь на определение Данни и Гриффина, предложили интерпретировать благополучие как состояние психического, физического и общего здоровья сотрудников, включая также их опыт удовлетворенности как на работе, так и вне ее. В исследованиях благополучия на рабочем месте чаще используется термин «субъективное благополучие (SWB), под которым понимается наличие у сотрудника удовлетворенности жизнью, счастья, наличия положительных эмоций и отсутствия негативных эмоций (Eschleman et al., 2010).

Коучинг довольно давно используется для повышения психологического благополучия сотрудников. Так, в исследовании Сьюзи Грин и соавторов (Green et al., 2006), было показано, что когнитивно-поведенческий ориентированный на решение коучинг повышает субъективное благополучие. В исследовании наблюдался значимый рост благополучия по всем шести шкалам шкалы Риффа. Эти результаты согласуются с результатами Гранта (Grant, 2003), в котором было показано повышение всех параметров качества жизни.

Разработка и апробация программы когнитивно-поведенческого коучинга для повышения психологического благополучия сотрудников организации

Цель исследования: разработать программу интегративного КПК для повышения психологического благополучия сотрудников организации.

Со стороны заказчика запрос был обусловлен потребностью повысить эффективность деятельности сотрудников, снижение которой, как было выявлено в ходе диагностического этапа, было обусловлено снижением их психологического благополучия на фоне организационных и социально-экономических изменений.

Работа включала в себя следующие этапы:

1) снятие запроса, интервью с заказчиком;

- 2) диагностические интервью и опросы;
- 3) разработка программы коучинга;
- 4) замер психологического благополучия;
- 5) проведение программы;
- 6) итоговый замер и оценка изменений;
- 7) отчет и рекомендации заказчику.

Выборка: 10 человек в возрасте от 18 до 25 лет (средний возраст 21,1 год; 7 женщин, 3 мужчины).

Методики, которые использовались для оценки психологического благополучия сотрудников:

- 1) шкала удовлетворенности жизнью по Динеру (Осин, Леонтьев, 2020).
- 2) шкала субъективного счастья по Любомирски (Осин, Леонтьев, 2020).
- 3) шкала целевых оптимистических атрибутивных стилей (Гордеева и др., 2019; Sheldon et al., 2020).

Шкала удовлетворенности жизнью является одним из множества инструментов психодиагностики уровня субъективного благополучия. Была выбрана именно эта методика по причине использования Шелдоном в модели конкордантности целей конструкта субъективного благополучия по Динеру. Дополнительной методикой, связанной с определением уровня субъективного благополучия, является шкала субъективного счастья по Любомирски.

Шкала целевых оптимистических атрибутивных стилей выявляет глобальность и стабильность успехов и неудач, связанных с достижением цели. С учетом того, что в рамках коучинга в основном происходит фокусирование внимания на позитивных составляющих цели, а не работа над устранением дисфункции, в дальнейшем будут анализироваться показатели по глобальности и стабильности успехов, а не неудач.

Каждый опросник заполняется 2 раза: до проведения коучинговой программы и после нее. Также после реализации программы респонденты отвечали на три открытых вопроса:

- 1) Какие изменения произошли в Вашей жизни, благодаря участию в данной программе? (если, по Вашему мнению, никаких изменений не произошло, то поставьте «-» в поле ответа)
- 2) Каким образом проявлялась поддержка со стороны коуча? (если, по Вашему мнению, такой поддержки не было, то поставьте «-» в поле ответа)
- 3) Каким образом поддержка со стороны коуча повлияла на реализацию изменений в Вашей жизни? (если, по Вашему мнению, такой поддержки не было, то поставьте «-» в поле ответа).

Результаты

Все клиенты на вопросы о возможных событиях, которых могли повлиять на достижение цели или эффективность коучингового процесса, ответили отрицательно. Иными словами, не было обнаружено побочной переменной, которые могли бы повлиять на результаты исследования.

Для оценки значимости сдвига исследуемых переменных использовался критерий Вилкоксона (табл. 1).

Таблица 1. Оценка значимости различий до и после проведения программ по исследуемым переменным.

Шкала	До	После	V	p
Удовлетворенность жизнью	24	27,7	36	0,01*

Субъективное счастье	21,1	23,7	55	0,005*
Целевая стабильность успеха	4,6	5	10	0,07
Целевая глобальность успеха	4,4	4,6	7,5	0,42

$p \leq 0,01$

Полученные данные демонстрируют значимое увеличение показателей «удовлетворенность жизнью» и «субъективное счастье», что является свидетельством улучшения субъективного благополучия респондентов. Однако, не произошло значимого изменения по шкалам «целевая стабильность успеха» и «целевая глобальность успеха». Возможно, для изменений по этим показателям необходимо больше времени.

Так как выборка у нас была небольшая, мы предприняли также качественный анализ полученных результатов в виде контент-анализа ответов на открытые вопросы.

Были выделены такие категории:

- 1) изменения в жизни
- 2) субъективное восприятие поддержки со стороны коуча
- 3) субъективное восприятие влияния поддержки коуча на осуществление изменений

Большинство клиентов (8 человек) отмечали изменения в жизни в виде новых действий («начало получаться», «реализую план», «стал уделять больше времени», «начал двигаться» и т.д.). Отмечались также когнитивная составляющая изменений («начал понимать», «я приняла для себя») и проявления конгруэнтности («чувствую себя в порядке», «быть в ресурсе»). Также отмечалось нивелирование деструктивных состояний («пропало чувство вины», «перестала бояться», «стала менее тревожно себя чувствовать»). Среди субъективных факторов поддержки со стороны коуча чаще всего выделялась эмпатия («чувствовалась заинтересованность», «поддерживал меня»), а также фасилитация и информирование.

В категории субъективного восприятия влияния поддержки коуча на изменения выделились: наличие чувства уверенности («увереннее стала делать...»), соучастие коуча в изменениях («ощущение, что ты не один двигаешься»), положительные эмоции («ощущение легкости») и мотивация действовать («не уверена, что без поддержки я бы сама начала что-то делать»).

Выводы

Разработанная программа действительно способствует повышению субъективного благополучия, а именно повышению удовлетворенности жизнью и субъективного счастья. В отношении целевой стабильности успеха и целевой глобальности успеха изменений не произошло, возможно, из-за маленькой выборки или непродолжительного времени программы, так как для изменения диспозиций требуются больше времени.

Интегративный подход, на наш взгляд, показывает свою продуктивность и может быть использован в дальнейших исследованиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гордеева Т. О., Сычев О. А., Осин Е. Н., Титова-Грэншам В. А. Краткий опросник оптимистического атрибутивного стиля. // Психологический журнал, 2019. № 40(6), с. 76-86.
2. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Краткие русскоязычные шкалы диагностики субъективного благополучия: психометрические характеристики и сравнительный анализ // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 1. С. 117-142. DOI: 10.14515/monitoring.2020.1.06.
3. Bradburn N.M. The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine Publishing Company, 1969.

4. Brock V. Sourcebook of Coaching History Paperback. CreateSpace Independent Publishing Platform; 2nd edition. 2012.
5. Diener E. Subjective well-being // *Psychological Bulletin*. 1984. V. 95. № 3. P. 542-575.
6. Danna K., Griffin R.W. Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature // *Journal of Management*. 1999. V. 25. № 3. P. 357-384.
7. Dias G.P., Palmer S., Nardi A.E. Integrating Positive Psychology and the Solution-Focused Approach with Cognitive-Behavioural Coaching: the Integrative Cognitive-Behavioural Coaching Model. *European Journal of Applied Positive Psychology*, Vol 1, Article 3, 2017. Pp. 1-8.
9. Ducharme M. J. The Cognitive-Behavioral Approach to Executive Coaching. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 2004. 56(4), 214.
10. Eschleman K. J., Bowling N. A., Alarcon G. M. A meta-analytic examination of hardiness // *International Journal of Stress Management*. 2010. V. 17. № 4. P. 277-307.
11. Grant A. M. (). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. // *Social Behaviour and Personality*, 2003. 31, p. 253-263.
12. Green S., Oades L., Grant A. Cognitive-behavioral, solution-focused life coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope. // *The Journal of Positive Psychology*. 2006. 1. Pp.142-149. 10.1080/17439760600619849.
13. Gyllensten K., Palmer S. The relationship between coaching and workplace stress: A correlational study. // *International Journal of Health Promotion and Education*, 2005. 43(3), 97-103.
14. Ilies R., Aw S.S.Y., Pluut H. Intraindividual models of employee well-being: what have we learned and where do we go from here? // *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2015. V. 24. № 6. P. 827-838.
15. 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), pp. 44-53.
16. Kearns H., Forbes A., Gardiner M. A cognitive behavioural coaching intervention for the treatment of perfectionism and selfhandicapping in a nonclinical population. // *Behaviour Change*, 2007. 24(03), pp. 157-172.
17. Koopmann J., Lanaj K., Bono J., Campana K. Daily shifts in regulatory focus: the influence of work events and implications for employee well-being // *Journal of Organizational Behavior*. 2016. № 37. P. 1293-1316.
18. Neenan M., Palmer S. Cognitive Behavioral Coaching. *Stress News*, 2001. №13. Pp. 15-18.
19. Nielsen K., Nielsen M.B., Ogbonnaya C., Käsälä M., Saari E., Isaksson K. Workplace resources to improve both employee well-being and performance: a systematic review and meta-analysis // *Work and Stress*. 2017. V. 31(2). P. 101-120.
20. Palmer S., Tubbs I., Whybrow, A.). Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of healthrelated goals. // *International Journal of Health Promotion and Education*, (2003. 41(3), pp. 91-93.
21. Palmer S., Whybrow A. The coaching psychology movement and its development within the British Psychological Society. // *International Coaching Psychology Review*, 2006. 1(1), pp. 5-11.
22. Palmer S. Positive and Coaching Psychology: A Paradigm Shift as we focus on enhancing wellbeing and performance instead of illness and despair. Invited paper given at BPS SGCP 4th European Coaching Psychology Conference, Edinburgh, 2013.
23. Palmer S., Szymanska K. Cognitive behavioural coaching: an integrative approach. In: S. Palmer, A. Whybrow (Eds.), *Handbook of Coaching Psychology: a guide for practitioners* (pp. 86-117). Hove: Routledge. 2007.
24. Passmore J. An integrative model for executive coaching. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 2007. 59(1), p. 68.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПАРАФИЛИЙ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

Введенский Георгий Евгеньевич

ООО «Московский городской психонейроэндокринологический центр», г. Москва

Аннотация. В статье рассматриваются особенности проведения психотерапии при лечении парафилий у больных с шизотипическим расстройством. Описывается применение различных методик и проводится сравнение с группой лиц с парафилиями с органическими психическими расстройствами и расстройствами личности.

Ключевые слова: *парафилии, шизотипическое расстройство, психотерапия.*

В зарубежной литературе оценка эффективности КПТ чаще рассматривается в отношении «сексуальных преступников» вообще, не выделяя лиц с парафилиями (Brooks-Gordon et al. 2006) оценивали взрослых, которые были осуждены или предупреждены за сексуальные преступления, обращались за лечением или считались подверженными риску совершения сексуальных преступлений. Они дали определение психотерапии, используемой в группах лиц, совершивших сексуальные преступления: «четко определенная» КПТ имела место, когда в отчете ясно указывалось, что вмешательство включало (1) установление реципиентами связей между своими мыслями, чувствами и действиями в отношении целевых симптомов; (2) коррекция неверных представлений человека, иррациональных убеждений и предубеждений в рассуждениях, связанных с целевыми симптомами; и (3) одно или оба из следующих действий: реципиенты контролируют свои мысли, чувства и поведение в отношении целевых симптомов и/или продвижение альтернативных способов борьбы с целевыми симптомами.

Эффективность КПТ для лиц, совершивших сексуальные преступления, такова, что указывает на умеренное снижение рецидивизма (Losel F. and Schmucker M., 2005), но это оспаривается исследованиями с более длительными периодами наблюдения (Grønnerød S. et al., 2015; Gannon T. et al., 2019) (уровень доказательности C/D).

Двадцатилетний опыт лечения парафилий позволил автору сформулировать главную цель психотерапии и психокоррекции аномального сексуального поведения: реализация поведения, замещающего парафильное, в функции обеспечения эмоциональной саморегуляции. Однако эта проблема может стать актуальной только тогда, когда выработанное поведение перестанет выполнять свою функцию, для чего его паттерн должен быть разрушен. Появление аффективных колебаний или каких-либо других нарушений будет критерием того, что эта задача выполнена. По сути, речь идет об управляемом регрессе психосексуального развития, поскольку «доступ» к симптому, например, расстройства половой идентичности становится возможным только после разрушения фиксированных форм поведения и шаблонов субъективных переживаний, выработанных по механизмам компенсации на более поздних этапах онтогенеза. Следует отметить, что первые двадцать лет работы лечение проводилось в основном лицам с коморбидными психическими расстройствами в виде органического расстройства личности и специфических расстройств личности.

За последние 3 года психотерапия парафилий проведена 8 больным шизотипическим расстройством. Всем больным проведено психологическое исследование полового самосознания. В отличие от ранее пролеченных больных с органическими психическими расстройствами, у которых выявлялись монопарафилии (например, педофилия, эксгибиционизм), у этой группы у 7 пациентов обнаружился полиморфный парафильный

синдром (сочетание нескольких парафилий – фетишизма, мазохизма, садизма, трансвеститского фетишизма) с эгодистоническим отношением к влечению, в одном случае – педофилия. У 7 пациентов проявлялись в виде фантазий в отсутствие поведения. В 4 случаях жалобы больного отражали одну парафилию (например, фетишизм), но в процессе работы в фантазиях появлялись мазохистические, садистические, иногда гомосексуальные тенденции, однако они носили транзитный характер, всегда были эгодистонны, и, как правило, больные справлялись с ними самостоятельно. Все больные принимали психофармакологическое лечение, которое определялось текущим психическим состоянием.

Анализ проведенной работы позволил выделить следующие этапы психотерапии (Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В., 2015):

1. Разрушение паттерна аномального сексуального поведения

Паттерн любого поведения, в том числе и рассматриваемого, можно представить в виде сочетания трех компонентов (совокупностей реакций) - мышечного (двигательного), эмоционального и сенсорного. Предварительной подготовкой пациента к этой стадии является подробное выяснение поведения и переживаний при аномальном сексуальном поведении. Желательно при возможности выяснить природу запускающих и направляющих стимулов, психическое состояние до-, в процессе и после выполнения поведенческого акта. По сути, речь идет о функциональном анализе.

На первом этапе наиболее эффективными показали себя методики «диссоциации», при гомосексуальной педофилии – работа с импринтами. Другой вариант – разрушение мышечного паттерна (коррекция позы и походки).

На этом этапе обязательна проработка всех эпизодов аномального сексуального поведения в памяти. Только у незначительного числа пациентов воспоминания хранились в диссоциированном виде, клинически в этих случаях можно было говорить об эгодистоническом отношении к своему аномальному влечению. «Перевертывание» воспоминаний из ассоциированного в диссоциированный вид (в позицию «наблюдателя») для большинства пациентов оказалось доступно. Еще одной применяемой методикой была EMDR терапия, однако ее эффективность отмечалась у 3 больных, у 2 человек наблюдалась «автоматическая» смена образов по мере утраты сексуального значения. У 3 больных она оказалась неэффективной.

По сути, первый этап работы в рамках КПТ – десенсибилизация, результатом которой является лишение объекта влечения способности вызывать сексуальное возбуждение.

2. Купирование аффективных нарушений

В отличие от ранее лечившихся больных, при шизотипическом расстройстве в большинстве случаев выраженных аффективных нарушений не отмечалось, в одном случае больной с копрофилией жаловался на «скуку», в одном наблюдались выраженные аффективные колебания в течение года, при этом пришлось применять нормотимики и антидепрессанты. В состоянии депрессии актуализировались мазохистические и гомосексуальные переживания, в гипоманиакальных – гетеросексуальное либидо. Этот пациент не имел опыта половой жизни, у остальных больных гетеросексуальное влечение было сохранным.

3. Психокоррекция расстройств половой идентичности

Если рассуждать в рамках КПТ, то это коррекция неверных представлений человека, иррациональных убеждений и предубеждений в рассуждениях, связанных с целевыми симптомами. Однако в прямом смысле такая работа была описана в основном для

коррекции когнитивных искажений при педофилии. При шизотипическом расстройстве один случай педофилии показал наличие своеобразного феномена: спутанности образов реальной девочки с образом половозрелой девушки (больной рассказывал, что когда он видит девочку, как-бы заменяет реальный образ другим и при этом чувствует сексуальное возбуждение). В процессе работы с образом феномен был редуцирован, после чего у больного впервые появилось осознание ребенка как беспомощного человека и запрета на сексуальные действия с ним. У остальных больных проблема этого этапа заключалась (по данным психологического исследования полового самосознания) в негативном или амбивалентном отношении к образу мужчины.

Одной из задач врача на этом этапе заключается в попытке создания “образца” мужского полоролевого поведения. В 2 случаях удалось найти подобный эталон в реальной жизни пациента, в 5 -выбранные персонажи среди актеров. В одном случае пациент отказался от этой работы, мотивировав тем, что не может найти подходящего персонажа. Работу предпочтительно начать с имитативного поведения – подражание позы, походке эталона, и только позже переходить к разыгрыванию поведения в предлагаемых ситуациях.

У 7 пациентов отмечались сложности с имитацией, пациенты терялись, при этом отмечались попытки подробной вербальной характеристики персонажа. Больной с отсутствием опыта гетеросексуальных половых контактов был направлен к психологу на ролевой тренинг, после чего ему удалось совершить половой акт, но без эякуляции.

Другой аспект работы на данном этапе – создание образа будущего, для чего применялась методика из НЛП – «паттерн взмах». В отличие от больных с органическими психическими расстройствами пациенты во всех случаях не испытывали трудностей в этом.

4. Выработка и реализация поведения, замещающего парафильное

По сути, третий этап работы в рамках КПП - одно или оба из следующих действий: реципиенты контролируют свои мысли, чувства и поведение в отношении целевых симптомов и/или продвижение альтернативных способов борьбы с целевыми симптомами.

Поскольку парафильное поведение отмечалось только у одного пациента с копрофилией (обмазывал калом жену, сам нашел замещающее поведение – вставлял пробку в задний проход), а в остальных случаях отмечалось только фантазирование с мастурбацией, основной задачей на этом этапе представлялась выработка способов преодоления фантазий парафильного характера. В 4 случаях больные сами находили стратегии совладания, в 2 случаях вместо борьбы с фантазиями было предложено расслабление и спокойное их принятие, что помогло впоследствии взять их под контроль. В двух случаях было рекомендовано научиться вызывать их самостоятельно, при этом восстанавливалась способность их произвольного прекращения. 4 больных использовали парафильные фантазии для улучшения эрекции в гетеросексуальных актах, что категорически не рекомендовалось врачом, в этих случаях назначались препараты для улучшения эрекции и проблема была решена.

У всех больных проводился шестишаговый рефрейминг (НЛП), у больного без опыта половой жизни – создание новой части. У одного больного все этапы рефрейминга осознавались, но впоследствии выработанные варианты поведения не реализовывались, замещаясь неизвестными другими (больной в это время занимался с психологом расстановками по Хеллингеру). Только в одном случае пациент заметил появление новых вкусовых пристрастий, в остальных случаях варианты поведения остались неизвестными.

Шесть больных наблюдались в течение года после терапии, редкие рецидивы фантазирования отмечены у 2 человек, больные успешно и быстро справлялись с ними.

Следует отметить, что все пролеченные больные обратились сами за помощью, в отличие от предыдущей группы, где часть пациентов находилась на принудительном лечении. Размер выборки не позволяет сделать достоверных выводов о критериях эффективности применения тех или иных методик, но в целом можно говорить о

меньшей предсказуемости их результатов по сравнению с предыдущей группой. Сочетание психотерапии с психофармакологическим воздействием также делает затруднительным оценку эффективности именно психотерапии парафилий при шизотипическом расстройстве.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. - М., 2015. – 456 с.
2. Brooks-Gordon B, Bilby C, Wells H. 2006. A systematic review of psychological interventions for sexual offenders I. Randomised control trials. *J Forensic Psychiatry*. 17(3): 442–466.
3. Gannon TA, Olver ME, Mallion JS, James M. 2019. Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clin Psychol Rev*. 73:101752
4. Grønnerød C, Grønnerød JS, Grøndahl P. 2015. Psychological treatment of sexual offenders against children: a metaanalytic review of treatment outcome studies. *Trauma Viol Abuse*. 16(3):280–290.
5. Losel F, Schmucker M. 2005. The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol*. 1(1):117–146.

ЦЕННОСТИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ СОЦСЕТЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

Власова Тамара Александровна

Центр когнитивно-поведенческой терапии ВеСВТ

Аннотация. В статье рассматриваются ценности пользователей социальных сетей со средним и высоким уровнем интернет-зависимости. Показаны ключевые идеи относительно ценностных ориентаций как зарубежных исследователей, в том числе, работающих с использованием когнитивно-поведенческой психотерапии; так и отечественных. Также дан срез некоторых мыслей относительно того, как работать с пользователями соцсетей с разным уровнем интернет-зависимости, используя техники когнитивно-поведенческой психотерапии.

Ключевые слова: *ценности, ценностные ориентации, иерархия ценностных ориентаций, ценности и смыслы, когнитивно-поведенческая психотерапия, пользователи соцсетей, интернет-зависимость*

Изучение психологических особенностей пользователей социальных сетей вызывает, как минимум, любопытство. Ведь людей, которые используют соцсети с каждым годом становится все больше. Как писал *Джон Сулер*, американский психолог, исследующий тему зависимости в новой виртуальной реальности, что весьма интересно понять и изучить, «каким образом многочисленные лица интернет-зависимости отражают сложность человеческой природы» [11].

Сама парадигма интернета и социальных сетей, как одной из ее составляющих – нейтральна. Очевидно, что есть и положительные аспекты использования виртуальной реальности: широкие возможности для коммуникации с людьми практически со всего мира, для профессионального роста, так как возможна онлайн учеба и работа, для предьявления себя, своей личности, используя инструменты тех же соцсетей, например, посты, stories, reels. В то же время наблюдаются и отрицательные аспекты, наиболее значимым и заметным из которых выступает интернет-зависимость. Но и здесь есть особенность, так как на данный момент неизвестно, является ли интернет аддикция первопричиной, или к ней приводят другие психологические и психические расстройства.

Если говорить о наиболее негативных последствиях интернет-зависимости, то их можно разделить на две категории. Психологические сложности, когда активизируются компенсаторные стратегии, и человек может прекратить общаться с другими людьми, или начать проявлять агрессию по отношению к родным и близким. В наиболее тяжелых случаях это приводит к полной изоляции от внешнего мира.

Ко второй категории относятся физические и физиологические сложности: развитие синдрома карпального канала, из-за того, что человек постоянно пользуется мышкой или тач-падом, мышцы перенапрягаются и происходит туннельное поражение нервных стволов руки; сухость в глазах, мигрени [89], напряжение в спине, плечах и другие. Все это может приводить к тому, что личность в целом, прекращает следить за собой.

Очевидно, что пользователи соцсетей — это уже большое количество людей, у которых возникают психологические сложности на разных этапах жизни. Именно поэтому представляется актуальным изучить их ценности, так как это даст возможность психологам и психотерапевтам помогать им более качественно и эффективно.

Ценностные ориентации. Взгляд зарубежных исследователей

Феномен ценностных ориентаций и ценностей является предметом исследования не только психологии, но и философии, социологии, культурологии и других сфер. Понятие ценностных ориентаций как аналог философского понятия системы ценностей, возникло в

социальной психологии, после чего «перекочевало» в социологию [21]. В теоретических концепциях 2-й половины XX века природа ценностей описывается при помощи двух похожих понятий: «ценностные ориентации личности» - речь о мотивационной составляющей, и «личностные ценности» - смысловая сфера [67].

Рассмотрим, как понимают феномен ценностных ориентаций в зарубежной психологии. Во всех направлениях ценностям уделяется много внимания, но каждый исследователь вкладывал в это понятие что-то свое, что отражалось не только на самом понимании данного феномена, но и на терминологии.

В когнитивной и когнитивно-поведенческой психотерапии, например, предпочитают структурированный и системный подход, поэтому часто ценности представлены в виде списков, с которыми удобно работать как специалистам, так и самим клиентам.

Лихи Р., известный КПП-терапевт, автор многочисленных научных работ, в своей книге «Техники когнитивной психотерапии» предлагает использовать иерархизацию ценностей, при помощи техники «Анализ системы ценностей». Он говорит о том, что анализ и прояснение системы ценностей могут помочь посмотреть со стороны на дисфункциональные промежуточные и глубинные убеждения, с учетом других, обделенных вниманием ценностей. «Так, пациенту, который слишком сосредоточен на доказательстве самооценности через достижения, стоит подумать и о других важных вещах: любви, умении прощать, доброте, любознательности, личностном росте, радости, свободном времени. Можно предложить ему сделать следующий выбор: «Если бы вам пришлось выбирать между возможностью достичь в жизни большего и возможностью дарить больше любви – что бы вы предпочли?»»

Роберт Лихи предлагает дать домашнее задание или план действий клиенту - составить список ценностей. В книге «Техники когнитивной психотерапии» можно найти список из 17 пунктов - представлена в Форме 1, но автор подчеркивает, что человек всегда может добавить собственные [23, с. 186 - 187]

Ценность, которая расстраивает меня сейчас:

Ценность	Ранг (1-17)	Что я могу сделать для реализации этой ценности:
Любовь		
Великодушие		
Семья / близкие отношения		
Профессиональные достижения		
Дружба		
Финансовый успех		
Самооценка		
Личностный рост		
Физическая красота и привлекательность		
Физическое здоровье		
Одобрение со стороны окружающих		
Доброта		
Веселье		
Обучение		
Религия		
Устремления в сфере культуры		
Личная свобода		
Другие:		

Форма 1. Анализ системы ценностей (из книги Роберта Лихи «Техники когнитивной терапии»)

Хайес С., создатель терапии принятия и ответственности, понимает под ценностями – «свободный» выбор. То есть, нет какого-то универсального списка «хороших вещей», потому что для каждого человека это будет что-то свое, опирающееся на личный опыт. «Под «свободным» выбором я подразумеваю выбор, который сделан исключительно вами и не является уступкой или избеганием. Это не что-то, что вы «должны» ценить, потому что так считают ваши друзья, семья или соседи. И не то, что исходит от вашего критикующего ума, который призывает вас выбирать ценности, которые «сделают вас еще лучше».

В книге Стивена Хайеса «Перезагрузи мозг. Решение внутренних конфликтов» есть несколько глав, посвященные теме ценностей [15, с. 276 - 314]. Интересны метафоры, примеры и упражнения, которые приводит автор. Например, упражнение «Побывайте на собственных похоронах», суть которого в том, чтобы поразмыслить о том, что бы вам хотелось оставить после себя. Для этого можно задать себе такие вопросы:

- «Готовы ли вы жить, зная, что все равно умрете?»
- «Готовы ли вы любить, зная, что вам будет больно?»
- «Готовы ли вы дать себе обязательство жить, руководствуясь своими ценностями, зная, что вы не всегда будете соблюдать его?»
- «Станете ли вы достигать успеха, зная, что на пути вас ждут и провалы?» [15, с. 300]

И много других не менее интересных заданий, которые можно делать как на консультациях, так и давать в качестве домашнего задания клиентам [21, 22, 24].

В других направлениях психологии и психотерапии есть свое понимание феномена ценностей. В психоанализе они связаны с некой внутренней истиной о самом себе. Часто упоминается о том, что есть те ценности, которые мы осознаем, а есть те, которые остаются в подсознании, и также влияют на нашу жизнь.

Фрейд З. Психоанализ есть попытка раскрыть истину о самом себе. В этом отношении Фрейд опирается на идеи Будды и Сократа, согласно которым познание истины есть та сила, которая делает человека добродетельным и свободным, или, в терминологии Фрейда – «здоровым» [13, с. 43].

Справедливости ради, хочется сказать, что эти идеи брали за основу многие ученые и мыслители разных времен. Но в каждом отдельном случае подавали их под тем углом, который ярче всего показывал их собственные мысли и концепции. Например, Аарон Бек и Джудит Бек также указывали, что одним из философских базисов когнитивно-поведенческой психотерапии являются некоторые идеи буддизма. Например, слова Будды: «Всё, чем мы являемся, есть результат наших мыслей» - можно сопоставить с концептуализацией в когнитивно-поведенческой психотерапии. Так как «эмоциональное состояние в любой момент времени (как и физические реакции, и поведение) зависит от восприятия ситуации, особенно от мыслей по этому поводу» [2, с. 11]. И через концептуализацию можно представить этот процесс более наглядно, показав причинно-следственные связи между мышлением и реакциями.

Если мы говорим о буддийских духовно-нравственных ценностях, они включают в себя: «понятие истинной жизни, понимание целей общества, понимание счастья, милосердия и сострадания, терпимости, самосознания и мудрости» [10].

Для **Сократа** ценности центральным пунктом своей философии и сформулировал его в виде вопроса о том, что есть благо - а это реализованная ценность — полезность. То есть, ценность и польза — две стороны одной и той же медали.

Фрейд писал не столько о ценностях, сколько о чертах личности, что близко к понятию «личностные ценности». Он разделяет их наборы, в зависимости от ориентации: если мы говорим о прегенитальной ориентации, такой человек жадный, склонен к зависимости, скупой. Если преобладает генитальная ориентация, такую личность можно охарактеризовать как продуктивную, обладающую зрелым характером [13].

Фромм Э. пытался объединить социологический и психоаналитический подход, и писал о том, что есть связь между психикой индивида, ценностями и идеалами общества,

при этом последнее представляет собой «культурное ядро» личности. Исследователь делит ценности на две категории:

1. Религиозные и гуманистические – официально признаны и осознаются;
2. Порожденные социальной системой – действительные, бессознательные. Именно они выступают непосредственными мотивами поведения [14].

Хорни К. противопоставляла идее Фрейда З. о том, что доминирующими элементами в структуре личности являются инстинкты агрессии или либидо, свою собственную, в основе которой лежит коренная тревога, представляющая собой бессознательное чувство беспокойства. Она же выступает основной мотивацией поступков человека. Среди мотиваций психоаналитик выделяла: «потребность в любви и привязанности; стремление к власти, престижу и обладанию; отвращение к соперничеству; невротическое чувство вины» [16, 17].

В экзистенциальном и гуманистическом подходах ценностные ориентации занимают ключевое место. Также часто подаются в виде некоей иерархии, и связаны с правом выбора личности.

В теории **Маслоу А.** группы ценностей, куда входят различные блоки потребностей, выстроены в согласованную вертикальную иерархию, а не дихотомию [9].

1. Б-ценности или ценности бытия – высшие ценности, которые характеризуют самоактуализирующихся людей, куда входит целостность, стремление к истине, красоте, добру. Таким личностям присуща уникальность, жизненность, простота, справедливость, порядок, легкость без усилий.

2. Д-ценности или дефицентные, регрессивные ценности – низшие ценности, которые нужны для удовлетворения фрустрированных потребностей. Речь идет об ощущении мира, покоя, безопасности, об адекватном режиме сна и отдыха.

Для достижения гомеостаза сначала нужно удовлетворить дефицентные ценности, а потом уже перейти к высшим Б-ценностям [6, 7, 8].

Франкл В. выделяет три группы ценностей:

- Творчества. Не являются необходимыми, но при этом наиболее естественные и важные. Проявить эти ценности можно через труд, где видна личность человека;
- Переживания. Самое яркое – это любовь, которая «является единственным способом понять другого человека в глубочайшей сути его личности»;
- Отношения. Любое существование «не может быть бессмысленным» [12, с.174], то, как человек относится к чему-либо, и определяет его.

Ценностные ориентации. Взгляд отечественных исследователей

В *отечественной психологии* также есть немало интересных взглядов и концепций на эту тему. Рассмотрим некоторые из них.

Василюк Ф. Е. с научной точностью, и в то же время весьма поэтично пишет о том, что «ценность внутренне освещает всю жизнь человека, наполняя ее простотой и подлинной свободой». Ценности выступают мотивами и источниками осмысленности бытия, которые ведут личность к росту и совершенствованию в процессе последовательного развития. Ценностные ориентации, как динамическая система, представляют собой «психологический орган», особый механизм, который способствует личностному росту и саморазвитию [4].

Братусь Б. С. дает следующее определение ценностям – это «осознанные и принятые человеком общие смыслы его жизни». Исследователь разделяет ценности на личные – осознанные смыслы жизни, и «назывные», то есть те, что декларируются. Это ценности, которые не обладают «золотым запасом» необходимого смысла и эмоционально не задевают личность [3].

Абульханова-Славская К. А. и **Брушлинский А. В.** пишут, что в системе ценностных ориентаций есть функции смысловых представлений — принятие или отрицание, при этом

функция реализации ценностей заключается в усилении или снижении их значимости; удержание или их потеря во времени [1].

Большой вклад в изучение понятия ценностных ориентаций внес *Леонтьев Д.А.* Он выделяет три формы ценностей: «общественные идеалы, предметные ценности и личные ценности» [4, 5]. И говорит о том, что иерархия ценностных ориентаций всегда индивидуальна, имеет полярность, и разграничена на конкретные блоки.

Ядов В.А. разработал диспозиционную концепцию регуляции социального поведения индивида. Человек обладает сложной системой различных диспозиционных образований, организованных иерархически, которые регулируют его поведение и деятельность. Ценностные ориентации формируются, когда личность находится на высшем уровне своего развития. Эта система регулирует поведение и деятельность в ситуациях, которые значимы для индивида, с точки зрения его социальной активности. В них же видно отношение человека к собственным целям и к тем средствам, которые нужны для их удовлетворения [18].

Яницкий О.Н. называет ценностные ориентации особыми психологическими образованиями, которые всегда выстраиваются в иерархию и существуют «в структуре личности только в качестве ее элементов». Ориентация личности на определенную ценность не может быть изолированной, в ней всегда учитывается приоритетность, а также субъективная важность относительно других ценностей [20]. С одной стороны, ценностные ориентации — это предпочтения определенных смыслов как «жизнеорганизующих начал», а с другой, отвержение других ценностей, и соответственно, готовность или неготовность вести себя так, чтобы это согласовывалось с индивидуальной иерархией ценностей.

Исследование ценностных ориентаций у пользователей соцсетей с разным уровнем интернет-зависимости

В опросе приняло участие 68 человек — среди них 50 женщин и 18 мужчин, которые живут в больших городах, в разных странах (Россия, Украина, Грузия и другие). У большинства из них есть одно или несколько высших образований (93,8%), люди в браке (71%), с детьми (56,5%). Возраст – в основном, от 31 до 35 лет.

Для того чтобы провести эмпирическое исследование, была создана авторская анкета, которая дала возможность увидеть не только социально-демографический срез, но и то, в каких социальных сетях больше всего находятся респонденты, сколько времени на это тратят и что именно там делают.

Чаще всего респонденты используют такие соцсети, как Instagram* (признана экстремистской организацией на территории РФ) – 97,1%, ВКонтакте – 62,3% и Facebook* (признана экстремистской организацией на территории РФ) – 40,6%. Исследование проводилось до того, как Instagram и Facebook стали запрещенными соцсетями в России.

На вопрос: «Для чего вы используете соцсети?», ответы распределились следующим образом (см. Рис. 1):

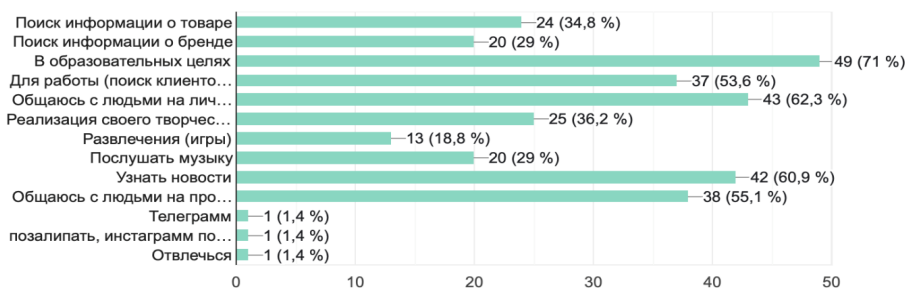


Рис 1. Для чего вы используете соцсети?

Количество времени, которое люди проводят в социальных сетях, учитывая также тот факт, что находятся там люди, в подавляющем большинстве, каждый день (87%), распределилось следующим образом (см. Рис. 2):

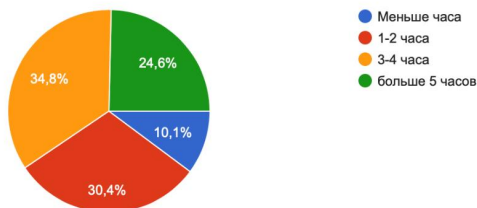


Рис. 2. Диаграмма, показывающая, сколько времени в день респонденты проводят в соцсетях

Об уровне интернет-зависимости

В 1995 году доктор Кимберли Янг разработала тест по определению интернет-зависимости — Internet Addiction Test (IAT) [19], который адаптировала В.А. Лоскутова (Бурова). В этой версии 40 вопросов, на каждый из которых респондентам нужно отвечать, в соответствии с пятибалльной шкалой Ликерта. Подсчет производится суммированием баллов, определяя итоговое значение.

Согласно данному тесту, выделяется три уровня интернет-зависимости:

- Обычный пользователь интернета (20-49 баллов). Эту категорию мы условно назвали низкий уровень интернет-зависимости;
- Некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом (50-79 баллов). Эту категорию назвали средний уровень интернет-зависимости;
- Интернет-зависимость (80-100 баллов). Эту категорию мы назвали высокий уровень интернет-зависимости.

В результате нашего исследования мы не обнаружили респондентов с низким уровнем интернет-зависимости, то есть, обычных пользователей интернета. По остальным категориям данные распределились следующим образом:

- 36 респондентов имеют некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом, то есть, со средним уровнем интернет-зависимости;
- 32 респондента – с интернет-зависимостью, то есть, с высоким уровнем интернет-зависимости.

Наглядно это можно увидеть на гистограмме ниже (см. Рис. 3).



Рис. 3. Гистограмма распределения респондентов по уровню интернет-зависимости

Результаты исследования ценностей пользователей соцсетей с разным уровнем интернет-зависимости

Для выявления ценностей и их иерархии мы использовали методику «Ценностные ориентации» Милтона Рокича, в адаптации Гоштаугаса А., Семенова А. А. и Ядова В. А. [9]. Она основана на прямом ранжировании списка ценностей. Валидность методики косвенно подтверждают результаты, которые были получены при обследовании различных социальных групп.

Классы ценностей делятся на две категории.

1. Ценности-цели – терминальные ценности, в основе которых лежит идея, что конечная цель индивидуального существования человека в том, чтобы стремиться к этой цели.
2. Ценности-средства – инструментальные ценности. Это убеждения, что определенный образ действий или свойство личности – предпочтительнее в той или иной ситуации.

Мы разделили выборку на две категории: респонденты, у которых средний уровень интернет-зависимости. Вторая категория – респонденты с высоким уровнем интернет-зависимости. После чего построили иерархию ценностных ориентаций.

Для респондентов с высоким уровнем интернет-зависимости иерархия по терминальным ценностям выглядит так:



Рис. 4. Распределение по терминальным ценностям в иерархии у респондентов с высоким уровнем интернет-зависимости

Таким образом, для респондентов с высоким уровнем интернет-зависимости на первых местах стоят следующие ценности-средства: здоровье, любовь и счастливая семейная жизнь. На последних местах – творчество, красота природы и искусства, развлечения.

Иерархия по инструментальным ценностям для категории респондентов с высоким уровнем интернет-зависимости выглядит так:

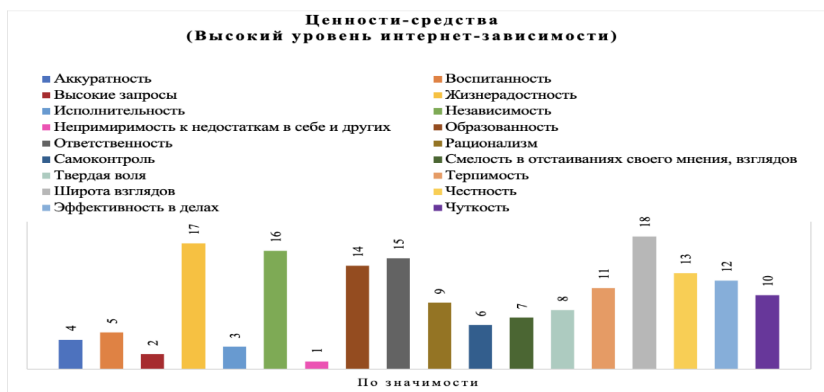


Рис. 5. Распределение по инструментальным ценностям в иерархии у респондентов с высоким уровнем интернет-зависимости

Таким образом, мы видим, что для респондентов с высоким уровнем интернет-зависимости на первых местах стоят следующие ценности-средства: широта взглядов, жизнерадостность, независимость. На последних местах расположились такие ценности, как исполнительность, высокие запросы и непримиримость к недостаткам в себе и других.

Такую же процедуру мы провели для второй категории – со средним уровнем интернет-зависимости — это те люди, у которых есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом. Иерархия по терминальным ценностям выглядит так:



Рис. 6. Распределение по терминальным ценностям в иерархии у респондентов со средним уровнем интернет-зависимости

Таким образом, мы видим, что для людей со средним уровнем интернет-зависимости наиболее значимы такие инструментальные ценности, как психическое и физическое здоровье, любовь, развитие. А наименее важны: творчество, развлечения и счастье других.

Для этой же выборки гистограмма по инструментальным ценностям выглядит так (см. Рис. 11):

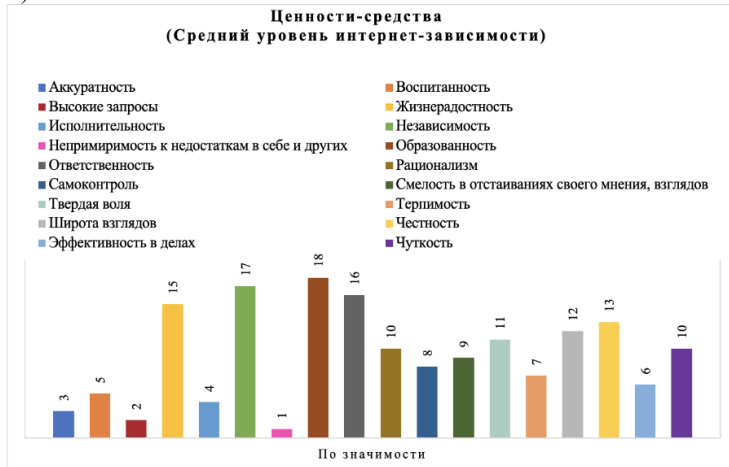


Рис. 7. Распределение по инструментальным ценностям в иерархии у респондентов со средним уровнем интернет-зависимости

Таким образом, для пользователей соцсетей со средним уровнем интернет-зависимости наиболее важны такие ценности-средства, как образованность, независимость и ответственность. Наименее значимы – аккуратность, высокие запросы и непримиримость к недостаткам в себе и других.

Выводы по исследованию

1. Гипотеза, согласно которой при высоком уровне интернет-зависимости на первые места выходят такие ценности, как тяга к развлечениям (в иерархии терминальных ценностей), непримиримость к недостаткам к себе и в других (в иерархии инструментальных ценностей), не подтвердилась, так как для выборки с высоким уровнем интернет-зависимости на первых местах стоят такие ценности, как психическое и физическое здоровье, духовная и физическая близость с любимым человеком – в иерархии терминальных ценностей. В иерархии инструментальных ценностей для данной выборки на первых местах расположились такие ценности, как широта взглядов, жизнерадостность и независимость.

2. По второй частной гипотезе, которая заключается в том, что при более низком уровне интернет-зависимости в иерархии терминальных ценностей будут преобладать такие ценности, как здоровье – психическое и физическое, познание и развитие, творчество, а в иерархии инструментальных ценностей — ответственность, твердая воля, смелость в отстаивании своего мнения, широта взглядов, данные частично подтвердились.

3. Для респондентов со средним уровнем интернет-зависимости на первых местах в иерархии терминальных ценностей стоят: психическое и физическое здоровье, духовная и физическая близость с любимым человеком. На последних местах расположились такие ценности, как творческая деятельность, хотя в гипотезе эта ценность, по идее, должна была быть на одном из первых мест. Кроме того, здесь же видим ценность переживания прекрасного в природе и в искусстве, развлечения, куда помимо необременительного времяпрепровождения, также входит пункт об отсутствии обязанностей.

4. В инструментальных ценностях в иерархии для респондентов со средним уровнем интернет-зависимости, на первых местах: образованность, широта взглядов, высокая общая культура, независимость и наличие чувство долга. Соответственно, данная гипотеза подтвердилась.

О работе с интернет-зависимостью у пользователей соцсетей

При работе с пользователями социальных сетей может возникнуть необходимость выяснить, есть ли интернет-зависимость. В этом случае в индивидуальном психологическом консультировании можно делать акцент на психообразовании.

1. Рассказать о том, что такое интернет-зависимость, причины ее возникновения.
2. К каким негативным последствиям может привести с психологической точки зрения – сложности во взаимоотношениях с родными, близкими и другими людьми; избегание может привести в целом, к тому, что человек прекратит выходить из дому, как крайняя степень социофобии.
3. И какие негативные последствия могут возникнуть, с точки зрения физиологии – развитие синдрома карпального канала, из-за постоянного пользования мышкой или тачпадом, мышцы перенапрягаются, и происходит туннельное поражение нервных стволов руки; сухость в глазах, мигрени [89], напряжение в спине, плечах и другие.
4. Рассказать о взаимосвязи личностных особенностей и развития любого вида аддикции не только в интернете.
5. Выход к ценностям и разговор о том, как мы поступаем, исходя из собственной иерархии ценностных ориентаций.
6. Кроме индивидуального консультирования, можно предложить психотерапевтические группы, в том числе, КПТ группы: по преодолению интернет-зависимости, социальной тревожности, генерализованного тревожного расстройства, депрессии, других расстройств и состояний, которые возникают либо как следствие интернет-аддикции, либо как коморбидная нозология. Благодаря узкой направленности таких групп, их наибольшей эмоциональной безопасности, они могут быть высокоэффективными для данной группы клиентов.

Конечно, есть еще много других вариантов работы с клиентами - тех, кто активно пользуется соцсетями, имеет средние или высоко выраженную интернет-зависимость. Тема требует дальнейшего исследования и накопления знаний для более эффективного выстраивания процесса психологического консультирования и психотерапии.

Когнитивно-поведенческая психотерапия предлагает большой спектр техник и инструментов в этом отношении. А третья волна КПТ, в частности, такие направления как CFT, АСТ, МВСТ и другие углубили не только теоретические аспекты изучения ценностей, но и дают богатый практический инструментарий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова-Славская К.А. Развитие личности в процессе жизнедеятельности // Психология формирования и развития личности. М.: Мысль, 1991. С. 19-44.
2. Бек Д.С. Когнитивная терапия: полное руководство / Пер. с англ. – М.: ООО «ИД «Вильямс», 2006. – С. 28.
3. Братусь Б. С. Аномалии личности. – Мысль, 1988. – Т. 301. – №. 2.
4. Василюк Ф. Е. Понимающая психотерапия как психотехническая система. – 2007.
5. Леонтьев Д. А. Ценность как междисциплинарное понятие: опыт многомерной реконструкции // Вопросы философии. – 1996. – №. 4. – С. 15-26.
6. Маслоу А. Г. Мотивация и личность: [пер. с англ.]. – Издательский дом "Питер", 2009.
7. Маслоу А. Самоактуализация/Абрахам Маслоу // Психология личности: Тексты / [под ред. ЮБ Гиппенрейтер, АА Пузыря]. – М.: Из-во МГУ. – 1982. – С. 108-118.
8. Маслоу А. Самоактуализированные люди: исследования психологического здоровья // Мотивация и личность / Пер. с англ. А.М. Татлыбаевой. СПб.: Евразия, 1999
9. Методика Рокича Ценностные ориентации. (Тест Милтона Рокича. / Исследование ценностных ориентаций М. Рокича. / Опросник ценности по Рокичу) [Электронный ресурс] /. — Электрон. текстовые дан. — Режим доступа: <https://psycabi.net/testy/320-metodika-rokicha-tsennostnye-orientatsii-test-miltona-rokicha-issledovanie-tsennostnykh-orientatsij-n-rokicha-oprosnik-tsennosti-po-rokichu> (дата обращения: 24.02.2022)
10. Мочак-Хаевна Т. Ч. Структура буддийских духовно-нравственных ценностей // Вестник Тувинского государственного университета. Социальные и гуманитарные науки. – 2018. – №. 1. – С. 97-103.
11. Сулер Д. Зависимость от Интернета и беглый взгляд на человеческую природу // Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития/Под ред. АЕ Войскунского. М.: Акрополь. – 2009. – С. 257-259.
12. Франкл В. Десять тезисов о личности // Эзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. – 2005. – Т. 175. – №. 2. – С. 175.
13. Фрейд З. Психология бессознательного. – АСТ, 2010.
14. Фромм Э. Психоанализ и этика. – Издательство " Республика", 1993. – С. 02353-02353.
15. Хайес С., Смит С. Перезагрузи мозг. Решение внутренних конфликтов // СПб.: Питер. – 2014.
16. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Новые пути в психоанализе. СПб.: Питер, 2014. 304 с.
17. Хорни К. Невроз и развитие личности // Собр. соч.: В 3 т. М.: Смысл, 1997. Т. 3. С. 236-684.
18. Ядов В. А. и др. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности: Диспозиционная концепция. – ООО «Центр социального прогнозирования и маркетинга», 2013. – С. 376-376.
19. Янг К. С. Диагноз-интернет-зависимость // Мир интернет. – 2000. – Т. 2. – С. 24-29.
20. Яницкий М. С. Ценностные ориентации личности как динамическая система // Кемерово: Кузбассвузиздат. – 2000. – Т. 204. – С. 227.

21. Hayes S. C. et al. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes //Behaviour research and therapy. – 2006. – Т. 44. – №. 1. – С. 1-25.

22. Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. Acceptance and commitment therapy. – New York: Guilford press, 1999. – Т. 6.

23. Leahy R. L. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide. – Guilford Publications, 2017.

24. Steven C. Hayes What If You Have “Bad” Values? URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/get-out-your-mind/202007/what-if-you-have-bad-values>. Дата публикации: 13.06.2020. (Дата обращения: 24.02.2024).

ПРОЯСНЕНИЕ ЦЕННОСТЕЙ И ИХ РЕАЛИЗАЦИИ В КОНКРЕТНЫХ ДЕЙСТВИЯХ В РАМКАХ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АРТ-ТЕРАПИИ, ИНТЕГРИРОВАННОЙ С КОУЧИНГОМ

Галигабаров Пётр Валерьевич

Аннотация. Цель статьи – показать на практическом примере, как терапевты могут работать с ценностями, придающими релевантность (значимость) конкретным действиям, посредством когнитивно-поведенческой арт-терапии, интегрированной с коучингом. В статье предлагается определение когнитивно-поведенческой арт-терапии (далее — КПАТ) и описывается авторская техника «Вижу цель = действую» с анализом её качественных показателей.

Ключевые слова: *арт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая арт-терапия, ценности, коучинг, SMART, SMARTER, терапия, ориентированная на потребности.*

Введение

В настоящее время не существует единого и всеобъемлющего определения арт-терапии (далее – АТ) вопреки весомому объёму публикаций и теорий. АТ – это понятие, включающее множество разнообразных форм и методов, что затрудняет формирование их единой классификации. Подобное связано с тем, что АТ, как правило, заимствует методологию и теоретические положения подходов, в рамках которых используются её специфические (художественно-выразительные и пластические) приёмы и средства.

АТ следует рассматривать как средство общения между терапевтом и клиентом на символическом уровне, отмечает К. Рудестам. Именно «символичность», то есть способность человека к символизации реальности и к символическим обобщениям, будет использована в описываемой далее КПАТ «Вижу цель = действую».

Как не существует единого определения АТ, так и нет общего наполнения понятия КПАТ. Автор предлагает следующую формулировку: *КПАТ – это интеграция создания и/или использования объектов искусства с идеями когнитивно-поведенческой терапии для помощи клиентам в улучшении и поддержке их психического здоровья.*

Психическое здоровье необходимо трактовать в соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения, как состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

Помощь в решении жизненных проблем и помощь в понимании смысла своей жизни являются единими целями когнитивно-поведенческой терапии (далее – КПТ) и КПАТ. Применение КПАТ позволяет не только переосмыслить и визуализировать дезадаптивные

мысли, порождаемые ими эмоции и поведение (действия / бездействия), но и расширяет набор адаптивных знаний и навыков клиентов: о себе, окружающих, мире в целом. В частности, что будет описано далее, позволяют повысить осведомленность о влиянии собственных жизненных ценностей на достижение конкретных целей человека.

Коучинг, как и КПТ, основан на регламентированном процессе тесного взаимодействия консультанта и клиента, целью которого являются разноплановые изменения в жизни клиента. КПТ является проблемно-ориентированным, использующим майевтику – диалог Сократа (помимо других методов), как и коучинг, инструменты которого можно интегрировать с КПАТ. Концентрация внимания на убеждениях клиента также важна для коуча, как и для КПТ-специалиста. В коучинге особенно при сверке поставленных целей с системой ценностей.

Объединяя КПАТ и коучинг возможно дополнение стандартных терапевтических интервенций, в частности, для прояснения ценностей и их реализации в конкретных действиях.

Далее приведено описание авторской техники КПАТ «Вижу цель = действую» с анализом её качественных показателей, собранных посредством анкетирования (в 2023 году) в рамках группового выполнения техники (3 группы в разные временные периоды): участие приняли 32 человека (женщины - 31 чел.; мужчина – 1 чел.); возраст: от 21 до 63 лет / средний возраст участников – 40 лет; образование: 87% - высшее; 13% - специальное.

Техника «Вижу цель = действую»

Используемые теории и техники: терапия, ориентированная на потребности (Ковпак Д.В., 2023), методика «ценностные ориентации» М. Рокича, техника коучинга SMARTER.

Проводится в рамках личной (оффлайн) и/или групповой встречи. В данной технике клиентам через психообразование и самораскрытие специалиста предлагается использовать составление списка и аппликацию, как форму КПАТ, для:

- выявления жизненных ценностей;
- прояснение самооценки, включающей понимание собственных жизненных ценностей;
- прояснения релевантной (значимой) цели;
- повышения мотивации для достижения цели.

Соответственно, целями описываемой КПАТ является помощь клиентам в идентификации собственных жизненных ценностей, входящих в самооценку человека, и обучение постановке целей с опорой на релевантность (значимость).

Технология проведения (состоящая из двух частей):

Часть первая, 30-40 минут:

1. Клиентам кратко и доступно (с минимальным использованием профессиональных понятий) рассказывается:

- о структуре техники, план работы (см. далее);
- о том, что такое АТ и КПТ, КПАТ;
- о том, что такое «жизненные ценности».

Определения, используемые различными теориями, следует упростить. Например, до следующего: *«Ценности – это удовлетворяющие ваши потребности ответы на вопросы «Зачем я живу» и «Как я этого добиваюсь», мотивирующие вас достигать конкретных целей».*

В зависимости от уровня образования участников и поскольку описываемая техника предлагает рефлексивный выбор ценностей, возможно представить участникам определение, сформулированное терапией, ориентированной на потребности: *«Ценности – вербализованные жизненные принципы, выбранные на рефлексивном уровне обработки».*

информации, необходимые для удовлетворения потребности в создании и поддержании картины мира и в целом потребности в ориентации»;

- приводится пример из жизни специалиста, предпочтительно с демонстрацией результата (первой части), описываемой КПАТ.

Например, автор рассказывает о собственной ценности «здоровье», значимость которой мотивировала изменить график физической активности, отказаться от некоторых вредных привычек;

- предлагается в нижней части листа формата А4 (1/2 листа) составить письменный список жизненных ценностей клиентов, который потом необходимо дополнить визуальными образами – аппликацией из разнообразных журналов, предоставляемых специалистом.

В соответствии с рекомендациями терапии, ориентированной на потребности, выбор жизненных ценностей осуществляется клиентами без использования готового списка.

Практический опыт автора доказал, что при наличии перечня ценностей, клиенты выбирают большее количество, нежели при самостоятельном их осознании и перечислении. Вот перечень некоторых прописанных (и оформленных аппликацией) ценностей участников: комфорт (финансовый или бытовой, или эмоциональный); отдых; саморазвитие (или самопознание, или самооценочность); здоровье; признание обществом; природа; семья, отношения; исследование (или образование); свобода; помощь людям и другие.

Для помощи клиентам в случае затруднения с их стороны, через психообразование и собственный пример (демонстрацию аппликации в том числе) рассказывается о:

- связи жизненных ценностей с потребностями, например, «безопасность» является потребностью и может быть ценностью;

- о том, что жизненные ценности (по классификации Милтона Рокича) разделяются на «терминальные», то есть наиболее предпочтительные конечные цели существования, и «инструментальные», делящиеся на компетенции и моральные средства — идеальные нормы поведения, с примером, например, «семья» отвечает на вопрос «Зачем я живу» и является «терминальной», а «верность» на вопрос «Как себя вести, чтобы сохранить семью» и является «инструментальной» ценностью.

Практический опыт показал большую эффективность применения аппликации, нежели рисования, так как клиентов смущает факт отсутствия навыков живописцев. Поэтому в описываемой КПАТ применяется коллаж. Процесс же поиска иллюстраций, фраз (из заголовков статей, текстов интервью) воодушевляет и увлекает участников. Через аппликацию прописанные ценности (на символическом уровне) получают визуализацию.

Согласно проведённого анкетирования до КПАТ «Вижу цель = действую»:

- 47% знали собственные жизненные ценности;
- 41% скорее знали собственные жизненные ценности;
- 6% не знали собственные жизненные ценности;
- 6% скорее не знали собственные жизненные ценности.

После: 81% знали собственные жизненные ценности; 19% скорее знали собственные жизненные ценности.

Часть вторая, 10-20 минут:

Осуществляется после завершения оформления ½ части листа А4 (на что по практике достаточно 30-40 минут, включая психообразование о сути КПАТ). Участникам предлагается выбрать одну цель, которая позволит приблизиться к реализации одной (или нескольких одновременно) жизненной ценности.

С клиентами проводится психообразование:

- рассказывается о концепции SMARTER в коучинге под запись (на оборотной стороне листа), а именно, даётся расшифровка аббревиатуры с примерами (самораскрытие) коллажа специалиста:

S (specific) – конкретная (например, снизить вес, чтобы надеть новое платье). Конкретные и сложные цели в 90% лабораторных и полевых исследований приводили к более высоким результатам, чем простые цели, цели «приложить все усилия» или отсутствие целей;

M (measurable) – измеримая (например, снизить вес на 5 килограмм до... килограмм);

A (achievable) – достижимая (например, «я могу достичь данной цели, есть опыт»);

R (relevant) – значимая (например, «она поможет реализовать мои ценности, перечисленные в нижней части листа, а именно: красота, здоровье, публичность»). Важно обратить внимание клиентов на взаимосвязь релевантности с первой частью аппликации для дополнительной мотивации и потенциального когнитивного сдвига: «понимание собственных жизненных ценностей позволяет достигать цели»;

T (time-bounded) – ограниченная временем (например, 31 декабря).

Методика SMART была дополнена двумя дополнительными показателями (E, R), которые трактуются, как:

Evaluated, то есть оценка достижения каждого этапа руководителем, поставившим цель (или самим человеком), но в рамках предлагаемой КПАТ «Е» расшифровывается, как «Ecological», то есть цель должна быть экологичной для самого человека и для окружающих (например, без нанесения вреда собственному здоровью). Например, в методике коучинга POSERSE финальная «Е» также обозначает «экологичность»;

R также трактуется или как «Reviewed», то есть просматриваемая и регулярно корректируемая в процессе в зависимости от изменений объективной действительности, или как «Recorder», то есть записанная (в случае данной техники – ещё и сопровождаемая аппликацией). Автор использовал расшифровку R = записанная.

- после психообразования и личного примера (коллажа специалиста), клиентам предлагается описать цель как конкретное действие с привязкой к их жизненным ценностям. Для визуализации предлагается дополнить верхнюю ½ часть листа аппликацией, символизирующей достигнутую цель.

Согласно проведённого анкетирования до КПАТ «Вижу цель = действую»:

- 28% знали, как собственные жизненные ценности (далее – СЖЦ) помогают достигать целей;

- 41% скорее знали, как СЖЦ помогают достигать целей;

- 25% не знали, как СЖЦ помогают достигать целей;

- 6% скорее не знали

После: 66% знали, как СЖЦ помогают достигать целей; 28% скорее знали, как СЖЦ помогают достигать целей; 3% не знали, как СЖЦ помогают достигать целей; 3% скорее не знали.

Рекомендуется оставить 5-10 минут для общего обсуждения результатов КПАТ среди желающих высказаться. Важно учитывать, согласно практики, не у каждого клиента повышается вера в возможность достижения составленной по SMARTER цели. Автор объясняет подобное тем, что участники начинают оценивать собственные возможности адекватно реальности, конкретизируя их в процессе «Вижу цель = действую».

Выводы

КПАТ возможно интегрировать с коучингом и использовать в целях: прояснения ценностей клиентов (в групповой терапии в том числе), входящих в их самооценку; достижения когнитивного сдвига в вопросе взаимосвязи ценностей и эффективности конкретных действий по достижению релевантных (значимых) целей. КПАТ является интеграцией АТ и КПТ.

Эффективность описанной техники «Вижу цель = действую» требует последующего исследования с помощью набора релевантных методик, поскольку представленные результаты анкетирования отражают только субъективное мнение опрошенных участников. А планах автора проведение исследования эффективности с применением необходимых для получения валидных результатов методик.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Старовойтов Андрей Валерьевич Рубежи современной арт-терапии: от теории к практике // Гуманитарные науки. 2015. №4 (32).
2. Рудестам К. Групповая психотерапия – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 384 с.
3. Росал Марсия Л. Когнитивно-поведенческая арт-терапия. – СПб.: Питер, 2022. – 320 с.
4. Виноградова Е.Л. Коучинг и психотерапия: возможности пересечения практик // Консультативная психология и психотерапия. 2010. Том 18. № 1. С. 200–219.
5. Муртазин А.И., Ковпак Д.В. Концепция ценностей в терапии, ориентированной на потребности // IX Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии SVTFORUM: сборник научных статей. – СПб.: Лема, 2023 – 375 с. (226 с.).
6. Хачатрян Азатуи Араовна ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ЦЕННОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ // Innova. 2020. №2 (19).
7. Сальков Алексей Владимирович, Касьяненко-Божок Римма Владимировна, Кувшинова Валерия Сергеевна ИЕРАРХИЯ ЦЕННОСТЕЙ КАК ОСНОВА ЦЕННОСТНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ // Северный регион: наука, образование, культура. 2018. №2 (38).
8. Locke, E. A., Shaw, K. N., Saari, L. M., & Latham, G. P. (1981). Goal setting and task performance: 1969–1980. *Psychological Bulletin*, 90(1), 125–152.
9. Галанов Е.А. АРСЕНАЛ СРЕДСТВ КОУЧИНГА ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ВЕДЕНИЯ БИЗНЕСА // Форум молодых ученых. 2019. №5 (33).
10. Галигабаров Пётр #СамооценкаКамераМотор / Пётр Галигабаров. – (б.м.): Издательские решения, 2021. – 144 с.

КАКОЙ ДИСПУТ ЛУЧШЕ?

*Граница Александр Станиславович
кафедра неврологии с курсами психиатрии,
клинической психологии и медицинской генетики
Казанского федерального университета*

Зелсен Александр Андреевич

Аннотация. Целью статьи является анализ классификации видов диспута в когнитивно-поведенческой терапии. Приводятся результаты собственного исследования по обоснованию авторского подхода к разделению видов диспута. Рассматривается понятие силы аргументации и сравнение видов диспута, исходя из преимуществ и недостатков каждой тактики опаривания. Приводятся результаты эксперимента по опариванию иррациональных убеждений, взятых из списка «Кодекса невротика А. Эллиса». Делается вывод о зависимости эффекта диспутирования от контекста психотерапевтического контракта и содержания когниций клиента.

Ключевые слова: *диспут, иррациональные убеждения, классификация, сила аргумента*

Такой вопрос часто возникает в практике, особенно у начинающего специалиста. В настоящее время когнитивно-поведенческая психотерапия обладает широким набором техник, направленных на решение терапевтических задач. В том числе и техник диспутирования. Разобраться в таком разнообразии непростая задача. В то же время существуют полярные позиции относительно того, какие подходы к работе над проблемами являются наиболее эффективными. Например, в РЭПТ считается ключевым диспут с философией требовательности. В АСТ предлагается акцент на практической стороне предпринимаемых действий, экспериментальная и метафорическая стилистика работы над клиентской проблемой. В метакогнитивных моделях отходят от диспута когниций по содержанию, но опаривание самой идеи в необходимости доверия каждой пришедшей в голову мысли. Все это подчеркивает отсутствие однозначного ответа, с какой стороны стоит подступиться к убеждениям клиента, поскольку каждые из психотерапевтических методов имеют хорошую теоретическую и эмпирическую поддержку.

В нашей статье мы хотим проанализировать литературу по сравнению разных видов диспута, а также поделиться некоторыми результатами собственного исследования, посвященного их сравнению. Опишем ниже кратко дизайн исследования. Ключевой вопрос, на который оно было направлено, изменится ли степень согласия с иррациональным убеждением, если дать ознакомиться с контраргументами? Побочными результатами стало сравнение 6 видов контраргументации между собой и поиск взаимосвязей с согласием с утверждением. В эксперименте приняли участие 115 студентов, 46 психологов, 43 обучающихся когнитивно-поведенческой терапии, 33 пациента с расстройствами невротического уровня. Испытуемых просили оценить согласие с тремя утверждениями по шкале от 1 до 7. Утверждения представляли собой варианты формулировок иррациональных убеждений из «кодекса невротика А. Эллиса»: «человек должен достигать успеха во всех важных делах, иначе он полный неудачник», «абсолютно необходимо чтобы меня любили все значимые для меня люди» и «все мои желания должны сбываться, иначе я буду несчастным». После каждого утверждения предъявлялись 6 контраргументов, по одному из видов: логический, языковой, реалистический, прагматический, эмотивный и метафорический. К каждому контраргументу мы задавали

три вопроса: насколько испытуемый с ним согласен, насколько он ему понятен и насколько он влияет на согласие с утверждением (оценивалось по шкале от 1 до 7 баллов). После оценки всех контраргументов вновь предлагалось оценить согласие с утверждением. Оценка дискриминативности ответов показала, что испытуемые в среднем оценивали изначальное согласие с утверждением ближе к “не согласен”, но такие ответы были в 52,7-67,7% случаев, что делает стимульный материал пригодным для дальнейшего анализа. Полученные результаты будут приведены и обсуждаться ниже по структуре статьи.

Как стоит оценивать силу диспута? Ответ напрямую зависит от выбранной нами цели оспаривания. Целями могут быть: а) переубедить клиента б) прийти к наиболее точному и непротиворечивому описанию реальности в) помочь в достижении терапевтической цели - решение проблем и освоение навыка. Хотя, строго говоря, третья цель может включать в себя первые две, но есть существенные нюансы. Убеждать можно с помощью веских доводов, а можно с помощью софистических уловок и обмана. Последние два способа вступают в противоречие с этическими принципами психотерапии. В то же время убеждение зависит также от условий, в которых оно происходит - эмоциональное состояние, готовность и открытость к обсуждению, а следовательно, и принятию доводов. А это возможно лишь при условии заключенного психотерапевтического контракта и рабочего альянса, которые преследуют терапевтическую цель.

Поиск наиболее точного описания реальности опирается на байесовское мышление, и в настоящее время рассматривается как наиболее перспективная модель принятия решений [1], а также функционирования сознания и психики в целом. Основная идея может быть выражена примерно так: любому утверждению мы придаем вероятностную оценку, которая меняется по мере получения нами новой информации. Например, солнце встанет завтра на востоке. Поскольку так происходило на протяжении всего периода наблюдений за солнцем, то вероятность этого утверждения мы оцениваем как высокую, и, если завтра оно снова встанет на востоке, это немного повысит прогнозируемую вероятность на следующий день. А вот альтернативному утверждению мы придаем меньшую вероятность и не ожидаем ее. Байесовское рассуждение помогает обновлять наши убеждения, а с этой точки зрения процесс диспутирования связан с предоставлением информации, позволяющей переоценить вероятность истинности убеждения. С этой точки зрения сильные аргументы позволяют существенно сдвинуть оценки.

Коллектив когнитивных психологов [2], опираясь на вероятностную теорию аргументации оценивают силу аргумента исходя из вероятности того, что аргумент соответствует именуемой информации о реальном положении дел, а также вероятности того, что из аргумента могут вытекать практические следствия. Например, утверждение клиента «я должен воспринимать всерьез угрозу, потому что очень ее боюсь». Насколько такой аргумент сильный? Во-первых, оценка сильного страха не говорит сама по себе об угрозе, ее вероятности, а именно их стоит рассматривать как высокую степень поддержки необходимости воспринимать ее всерьез. С другой стороны, скорее из-за восприятия всерьез угрозы клиент и сильно ее боится, так как то, что оценивается как маловероятная угроза не вызывает страха и легко игнорируется. Следовательно, вероятность практического вывода, обосновывающего необходимость воспринимать угрозу всерьез, из такого аргумента также низкая.

Другой моделью рассуждений является теория двухпроцессорных рассуждений [3]. Согласно этой модели, существуют две системы рассуждений, обслуживаемые различными нейробиологическими субстратами. Первая система (эвристическая) представляет собой быстрый, параллельный, автоматический процесс, который активирует лобно-височные области и отвечает за суждения, основанные на том, является ли заключение аргумента истинным утверждением (эффект смещения веры). Вторая система (аналитическая) представляет собой медленный последовательный процесс, который активирует область мозга в теменно-затылочных областях и области, связанные с рабочей памятью. Считается, что оценка логической обоснованности дедуктивных силлогизмов зависит от активации

этой второй системы, которая влечет за собой «требующее усилий гипотетическое мышление». Какие из аргументов являются более сильными? Аргументы системы 1, возникают быстрее, но именно там обнаруживается большое число когнитивных искажений (например, таких как эвристика доступности). Для их вскрытия требуется включение системы 2, то есть навык наблюдения и критической оценки собственных когниций. Связь между критическим мышлением и когнитивными способностями не линейна. Bvensley D. [4] показали, что заблуждениям могут быть подвержены самые разные люди в независимости от уровня интеллекта. В то же время способность критически оценивать собственные суждения и входящую информацию способствуют более рациональному мышлению.

Точное и непротиворечивое описание реальности — это цель, которую преследует наука, косвенно это касается и отдельно взятого клиента. Хотя точность и логическая последовательность обычно помогают в достижении целей терапии, только этих критериев бывает недостаточно. Необходимо также оценивать последствия от когниции в реализации ценностей и целей клиента, способов совладания с проблемой. А также более глубокий философский момент - отношение к истине, т.е. привычный для клиента (но почти всегда неосознаваемый) ответ на вопрос «что такое истина и что должно меня убеждать».

В нашем исследовании мы выбрали в качестве оценки эффекта от контраргументов разницу согласия с утверждением до и после аргументации. Средние значение согласия с утверждением после предъявления контраргументов снижались, однако статистически значимые различия были не везде. Они обнаружились в утверждении №1 и в утверждении №2, а согласие с утверждением №3 статистически значимо не менялось (таблица №1):

Таблица №1 Различия между согласием с утверждением до и после предъявления контраргументов

Утверждение	Разница средних	t	p	d-Коэна
1	0.573	6.68	< 0.001	0.451
2	0.223	2.48	0.014	0.167
3	0.001	0.00	1.000	0.000

Особенность дизайна нашего эксперимента в том, что предъявление контраргументов происходило в формальной обстановке, без озвучивания экспериментатором и вне психотерапевтического процесса. То есть мы изучали воздействие именно самих контраргументов, ориентируясь на гипотезу информационного дефицита [5]. Согласно этой модели, доверие к ошибочному утверждению связана с недостатком качественной информации, а предоставление такой информации (модель восполнения дефицита) может изменить доверие к убеждению. С этой точки зрения, доверие к иррациональному убеждению связано, в том числе с отсутствием информации о его слабых сторонах, а диспут приводит к прояснению этих слабостей и раскрытие альтернативных сильных убеждений.

На эффективность аргументации может влиять множество факторов [6]. Это и социальные, и когнитивные, аффективные. Например, эксперимент [7] показал, что субъект сначала реагирует на эмоции, которые доставило ему сообщение, связанное с убеждением, а потом на его содержание. Если новая информация согласуется с имеющимся мнением, то она принимается легко. А если противоречит, то она вызывает неприятное ощущение диссонанса, что может повысить доверие к изначальной мысли и игнорировать противоречащую. Однако в какой-то момент противоречий оказывается так много, что мнение может измениться (достигнет точки опрокидывания в терминах исследователей).

Nyhan [8] исследовали форму подачи информации для восполнение информационного дефицита. Оказалось, что диаграммы действуют эффективнее текста. Эмоциональное состояние в моменте получения информации также коррелировало с корректирующим эффектом. Многие исследователи [6] указывают на важную роль защиты

идентичности при оспаривании. Например, [9] в ходе двух экспериментов обнаружили, что самоутверждение смягчает влияние прежних установок на то, как люди реагировали на корректирующую информацию, что приводит к большей точности убеждений. Этот эффект был особенно заметен среди тех, для кого коррекция шла вразрез с существующими установками. Ли Макинтайр также рассматривает стратегию эмпатического общения при дискуссии самой эффективной [5].

Таким образом, с нашей точки зрения силу диспутирования стоит оценивать прежде всего в разрезе психотерапевтического контракта и конкретных целей, которые обсуждаются на повестке дня. Сильными тактиками диспута будут те, которые наиболее эффективно повлияют на достижение заявленных целей. Такой подход позволяет учесть разные способы оспаривания, оставаясь при этом в рамках этических принципов психотерапии. Например, цель клиента - уменьшить лишнее волнение из-за мыслей о наступлении угрожающего события. Стратегия оценки точности такой мысли, может оказаться действенной. Но также действенным окажется и изменение определения термина "угроза", сравнение последствий волнения и самой угрозы и ряд других. Выбор сильного аргумента во многом будет зависеть от контекста. Также мы предлагаем эмпирическую стратегию - пробовать и обсуждать результаты попыток с клиентом. И конечно, особенности терапевтических отношений, эмпатия и уважительность, являющиеся неотъемлемой частью психотерапии, служат и факторами эффективности оспаривания.

Как можно классифицировать виды диспута? Любые классификации преследуют цель упорядочить явление. На основании предложенного порядка появляется возможность разрабатывать новые техники психотерапии, легче запоминать имеющиеся. Мы проанализируем две классификации, предложенные в популярных практических руководствах: «Практикум по когнитивной терапии» Р. Макмаллина [10] и «Рационально-эмотивно-поведенческая терапия» Ди Джузеппе Р. [11]

Р. Макмаллин предложил разделять техники диспута («техники опровержения» в авторской терминологии) на три вида: мягкие, жесткие и объективные. Первые предполагают низкоэмоциональные, успокаивающие интервенции с целью связывания идей клиента с отсутствием возбуждения. Это может быть оспаривание в состоянии релаксации: введение в легкий транс и последующая экспозиция в воображении в форме повторения раз за разом деструктивной мысли или образа без прямого диспутирования от терапевта; декатастрофизация; «преодолевающие утверждения», т.е. создание серии конструктивных мыслей, которые можно повторять в беспокоящих ситуациях, различные техники постепенной десенсибилизации; «непатологическое мышление», т.е. психообразование и замена негативных пугающих ярлыков («больной», «сумасшедший», «нервный срыв» и т.д.) на нейтральные; «скрытое подкрепление»: обучение клиента разным формам самовознаграждения за использование конструктивных мыслей, к примеру ориентация в воображении на позитивный исход беспокоящей ситуации и внешнее подкрепление (съесть конфеты после замещения иррациональной мысли на рациональную).

Жесткие техники связаны с поиском прямых контраргументов, которые изменят когницию клиента на противоположную и вызовут изменение эмоционального состояния в отличие от мягких техник, которые работают с целевым убеждением косвенно. Другое отличие - жесткие техники реструктурируют когниции через повышение возбуждения, а не понижение, как это делается в техниках мягких. Один из примеров - техника, при которой клиенту предлагается постепенно напрягать мышцы, повышать голос, как можно сильнее попытаться почувствовать гнев и повторять при этом новую мысль. Техника «форсирование выбора» основывается на допущении, что клиент не будет меняться до тех пор, пока не будет вынужден сделать это. Терапевт здесь должен ему помочь: через призывы сосредоточиться на негативных последствиях старого образа мышления и мотивирование к изменениям.

Немало внимания Р. Макмаллин уделяет вопросам диссонанса и консонанса. Диссонанс - такое накопление противоречий, которое не позволяет оставаться со своей

системой убеждений. Человек стремится избавиться от диссонанса и сначала ищет подтверждения своим старым мыслям. Если этих подтверждений недостаточно, либо новые аргументы перевешивают старые, он вынужден прийти к новой согласованной системе убеждений, что вызовет состояние консонанса. Здесь содержится предположение, что человек по умолчанию стремится к последовательности в своем мышлении, т.е. в сущности по природе рационален. С. Пинкер, современный исследователь рациональности с психологических и биологических позиций, разделяет такую точку зрения [12].

Клиент, как правило, приходит в состоянии консонанса - согласованной системе негативных убеждений, в которых он чувствует уверенность и которые приносят ему немало страданий. Цель терапевта – «расшатать» его систему убеждений, вводя его в состояние диссонанса. Ситуация когнитивного вакуума переживается не менее мучительно, чем вера в деструктивные установки, поэтому цель терапевта - создание нового, теперь уже конструктивного, консонанса. Важно не просто оспорить когниции клиента, но и создать с ним альтернативный взгляд на проблему.

К жестким техникам Макмаллин относит и когнитивное наводнение: погружение в беспокоящую ситуацию в воображении и сопутствующие ей мысли. Автор не против и аверсивных техник - обусловливания отвращения: самонаказания за негативные мысли, создание отталкивающих образов, навешивание негативных ярлыков на иррациональные мысли и др. Если мягкие и жесткие техники используют эмоции для изменения убеждений, то объективные техники бесстрастны и хладнокровны.

Объективные техники предполагают скрупулезный разбор убеждений клиента на составные логические компоненты с избеганием субъективных суждений (в этом поможет логическая процедура определения понятий) и их последовательное опаривание через поиск доказательств за и против.

Техника альтернативной интерпретации — это предложение клиенту составить другой рассказ о событиях в нескольких вариантах. Все они должны быть правдоподобными. Критерий выбора здесь - наибольшее количество объективных доказательств.

Под «утилитарными методами» Макмаллин понимает опору на прагматику, т.е. полезность для клиента конкретной мысли. «Деперсонализация Я» - на современном когнитивно-поведенческом языке ее можно, пожалуй, назвать техниками дистанцирования, а на языке стоиков - признание себя подверженным внешним силам. Суть в том, чтобы клиент избавился от излишней персонализации, гиперответственности за происходящее и посмотрел на себя как бы со стороны, взглянув на реальность через призму научного метода или анализа причин происходящих событий.

Какой практический смысл у такой классификации? По мнению Макмаллина, сопротивляющиеся клиенты лучше реагируют на объективные техники, т.к. они не дают вовлекать эмоции в ход диспута. Депрессивные клиенты ищут сочувствие, так что стоит сделать упор на мягкие техники. Клиенту, страдающему от приступов паники подойдут жесткие техники - гнев в ответ на свой страх — это неплохое лекарство.

Подробное описание конкретных способов повлиять на когниции клиента, снабженное многочисленными примерами - кладезь для любого когнитивно-поведенческого терапевта. Классификация, предложенная Макмаллином, однако, не удовлетворяет нас по следующей причине: воздействие на эмоции клиента является здесь единственным критерием, по которому разделяются диспуты. Мягкий предполагает своим средством успокоение, жесткий - возбуждение, объективный - отсутствие всяких эмоций и бесстрастный анализ. Практика же показывает, что любая интервенция в психотерапии может привести не к тому результату, на который она была направлена. К примеру, хладнокровные логические аргументы могут вызвать сильное возбуждение, попытки вести клиента в состояние релаксации вызовут гнев, а «жесткие» техники будут восприниматься клиентом хладнокровно. Мы полагаем, что воздействие на эмоции чаще всего является сопутствующим эффектом, основным средством же служит воздействие на

разум клиента, которое, однако, состоит из множества техник, которые требуется каким-либо образом упорядочить.

В руководстве Ди Джузеппе [12] выделены два основных вида диспута: когнитивный и поведенческий. В когнитивном в свою очередь выделяют вербальные техники (логические, эмпирические, функциональные), эмотивные (эмоционально-ориентированные), а также визуализационные (рационально-эмотивная образность). Хотя в книге прямо это не обсуждается, но можно предположить, что основанием для деления являются психические процессы, который в наибольшей степени задействованы в оспаривании: когнитивные (мышление, речь, воображение) или поведенческие.

При логическом диспутировании изучается семантическая ясность и логическая последовательность в мышлении клиента, насколько иррациональные убеждения следуют из приводимых им доводов. Эмпирическое диспутирование оценивает, насколько убеждение соответствует опыту и знаниям о реальности. Функциональный диспут производит гедонистическую, прагматическую или эвристическую оценку убеждений, изучает насколько убеждение исполняет свою функцию - помогает в достижении целей. Эмотивные техники способствуют вызыванию эмоций клиента, которые помогают преодолеть доверие к иррациональному убеждению. Визуализация усиливает диспут, так как позволяет получить непосредственный эмоциональный опыт от столкновения с обсуждаемой ситуацией. Поведенческий диспут направлен на тренировку нового поведения, исходя из рационального убеждения, что помогает клиенту убедиться в его преимуществах.

Также авторы выделяют 6 стилей осуществления диспута: дидактический, сократический, метафорический и юмористический, замещающем (использование моделей других людей) и самораскрывающемся стилях.

Дидактические стратегии включают использование мини-лекций, аналогий и аллегорий, которые вводятся как утверждения. То есть при этом стиле терапевт выступает в роли дидактика, делящегося некоторым знанием. При сократическом стиле происходит совместный поиск информации и понимание каждого эпизода эмоционального опыта клиента клиентом и терапевтом. Оверхолсер рекомендует использовать открытые вопросы. Они позволяют респонденту думать и рефлексировать, спрашивают его мнение и передают респонденту контроль над беседой. Эти вопросы предусматривают несколько вариантов ответов. Открытые вопросы поощряют творчество относительно рассматриваемого опыта и доказательств, часто приводят к новому взгляду терапевта и клиента на проблему. Этот стиль диспутирования является одним из наиболее распространенных в КПТ, поскольку позволяет осуществить направляемое открытие - переосмысление убеждения, посредством внутренних мыслительных операций клиента, а не за счет запоминания и повторение утверждений терапевта. Однако Ди Джузеппе указывает, что имеются ситуации когда, сократический стиль оказывается менее продуктивным. Они считают, что дидактические обсуждения являются также неотъемлемой частью работы с любым клиентом.

Юмористический стиль также рассматривается как весьма эффективный, который позволяет проводить с большим удовольствием сессии и клиенту, и терапевту. Кроме того, обучает клиента больше дистанцироваться от иррациональных идей и ускоряет процесс оспаривания. Однако авторы предостерегают: целью юмора всегда является иррациональное убеждение, а не клиент. Необходимо оценить это понимание с клиентом и получить его предварительное согласие.

Мы предлагаем несколько иную классификацию тактик диспута - можно воспринимать диспуты как 7 отдельных групп техник: логический, языковой, реалистический, прагматический, поведенческий, эмотивный и метафорический. Такая классификация расширяет подход Ди Джузеппе, и несколько и дополняет ее. Мы постараемся обосновать принципы разделения тактик диспута и показать критерии, на которые мы опираемся для того, чтобы относить техники к тому или иному виду.

В любом убеждении (когниции) можно выделить три фактора, влияющего на доверие к нему: его предпосылки, форму и последствия. В каждом из факторов присутствуют обособленные компоненты, или тактики, которые имеют отличную от других внутреннюю структуру, свод законов или ряд закономерностей, и могут быть применены для оспаривания убеждения и его изменения. В предпосылке мы проводим деление на логические (особенности законов логики и логических операций) и реалистические (эмпирическое обоснование) компоненты. Среди формы мы выделяем языковые (закономерности риторики и лингвистики) и метафоры (традуктивное рассуждение и образность). К последствиям относим эмоциональные реакции и поведение, вытекающие из следования убеждению, а также соответствие этих последствий целям, ценностям и этическим принципам клиента (прагматическая оценка).

Такая классификация кажется нам исчерпывающей, т.к. покрывает, насколько мы можем судить, все возможные способы изменения убеждений: рациональные с опорой на непротиворечивость (логический), факты (реалистический), пользу (прагматический), исследование того, как именно мы описываем ситуацию (языковой); практический, дающий возможность прочувствовать ситуацию опытным путем (поведенческий), активацию эмоциональных реакций (эмотивный) и символическое мышление (метафорический).

С некоторой долей условности можно привязать разные виды диспута к разным концепциям истины из гносеологии. Если перевести эти философские идеи на язык практики КПТ, то получится вопрос «что убеждает клиента в том, что мысль верна, и на какой тип убедительности терапевт может опираться, оспаривая ее», и в этом контексте разные виды диспутов апеллируют к разным типам убедительности. Один из критериев нашей классификации - отношение к истине.

1. На вопрос, что есть истина, когерентная концепция отвечает - то, что внутренне непротиворечиво. На поиске внутренних противоречий, без обращения к новым опытным данным, строится логический диспут.

2. Классическая, или корреспондентская концепция истины предполагает, что истина - то, что соответствует реальности, фактам. На этой концепции строится наука, а в контексте КПТ это реалистический диспут.

3. Конвенциональная концепция истины определяет истину как то, что принято считать истиной в рамках определенного сообщества. На этой идее строится языковой диспут: язык как конвенциональная структура задает восприятие реальности, и изменение языка клиента может привести к изменению взгляда на действительность.

4. Прагматическая концепция строится на, на наш взгляд, грубоватом предположении - истиной стоит считать то, что работает и то, что полезно (в широком смысле). Прагматический диспут также делает акцент на пользу.

5. Поведенческий диспут напоминает идею известного мыслителя «практика есть критерий истины» - человек познает мир настолько, насколько способен его освоить. Видеть марксизм в качестве одной из концептуальных основ когнитивно-поведенческой терапии несколько неожиданно, однако в данном контексте он созвучен идее из КПТ - когницию можно считать измененной, а терапию успешной только в том случае, если изменилось поведение, т.е. клиент освоил новые способы взаимодействия с миром. Впрочем, не секрет, что поведенческая составляющая КПТ строится на бихевиоризме, который тоже можно, с некоторыми оговорками, назвать гносеологической концепцией.

6. Различного рода иррациональные концепции истины, определяющие истину как то, во что нужно верить, что можно только определенным образом почувствовать, интуитивно познать и т.д. можно отнести к эмотивному диспуту: клиент меняет убеждение, исходя из полностью иррациональных посылок. Убедительно для него то, что вызывает эмоции, и то, что вызывает эмоции, убедительно.

7. Метафорический диспут - подтип логической процедуры традукции, т.е. заключения по аналогии. Однако он предполагает яркую образность, что уже не делает его

строго логической процедурой. Мы могли бы с изрядной долей иронии отнести его к концепции эйдосов Платона: через метафору мы подсвечиваем объективно существующую идею, и в таком виде она становится очевидной клиенту. Также можно найти некоторые параллели с философией символизма.

Дополнительным обоснованием классификации может служить результаты нашего исследования. Методом анализа главных компонент параметр «согласие с контраргументами» мы изучили группирование видов аргументации. Во всех трех утверждениях методом параллельного анализа выделялся 1 фактор, на который нагружались контраргументы, мы предположили, что этот фактор связан с постановкой вопроса- «насколько вы согласны с утверждением?». Затем мы вручную фиксировали 6 факторов. Результаты показали, что модель статистически приемлема, когда каждый контраргумент нагружался в диапазоне 0.907-0.988 только на свой фактор. Нагрузки на другие факторы были меньше 0.3.

Затем мы провели подтверждающий факторный анализ с двумя моделями. Первая модель учитывала разделение контраргументов на 3 группы: предпосылки, форма и последствия. Эта модель имела достаточные меры соответствия во всех трех утверждениях: $\chi^2 < .001$, CFI ≥ 0.9 , TLI ≥ 0.9 , SRMR < 0.8 , RMSEA < 0.8 . Затем мы объединили данные трех утверждений и составили шестифакторную модель (поскольку проведение невозможно только на данных одного утверждения). Она оказалась хуже трехфакторной, но имела близкие к нормативным показатели: $\chi^2 < .001$, CFI 0.835, TLI= 0.721, SRMR =0.0629, RMSEA=0.102. Мы связываем снижение качества модели с некоторыми различиями контраргументов одного вида между собой, но применяемых к разным утверждениям. Результаты данной проверки, как и классификацию, стоит проверить в дальнейших исследованиях. Некоторые части одного контраргумента могут содержать одновременно опору на форму, предпосылку и следствие, что представляет определенную методологическую сложность. Например, метафорический аргумент может преподнести отсылку на логический закон, сам по себе быть образным и вызывать конкурирующие с доверием к убеждению эмоции. Поэтому наша классификация не является жесткой и догматичной, и признает наличие перекрывающихся пограничных случаев. В то же время мы считаем ее удобной для систематизации и последующей разработки техник диспута.

Какой вид диспута эффективнее? Данный вопрос, пожалуй, является наиболее важным для прагматической оценки проводимой психотерапии. Однако ответ на этот вопрос остается неоднозначным. Мы столкнулись с трудностями при поиске экспериментальных исследований, пытающихся ответить на этот вопрос. В руководстве Ди Джузеппе указывают, что обучение и выстраивание поведения на основе нового рационального убеждения является наиболее эффективной стороной терапии. То есть авторы при диспуте они рекомендуют сосредоточиться на формировании поведения, основанного на рациональной версии. Также неоднократно упоминается, что именно изменение поведения является показателем того, что клиент действительно отказался от иррационального убеждения и предпочел рациональную альтернативу. Хотя прямого сравнения видов диспутирования в руководстве не проводится, авторы упоминают некоторые сравнительные преимущества. Так, например, утверждается, что эмотивные и образные техники эффективнее вербальных в случае конфликта «умом понимаю, но эмоционально не верю». Мы затрагивали эту тему в нашей статье со схожими эмпирическими основаниями [13].

За пределами КПТ в психологии принятия решений, философии науки, социальной психологии исследования по стратегиям оспаривания весьма обширны. Например, Schmid [14] исследовали стратегии дискуссии с наукоотрицателями. Они сравнивали три стратегии: отказ от дискуссии, предоставление фактов по теме или раскрытие риторических приемов, типичных для отрицания науки. Первая стратегия близка к реалистичному диспуту в терминах КПТ. Вторая стратегия связана с выявлением и коррекцией когнитивных ошибок, таких как избирательность и предвзятость к информации,

конспирологическое мышление, вера в авторитеты и др. Результаты показали, что отказ от дискуссии был худшей стратегией, тогда как вторая и третья были равно эффективны для коррекции убеждений. Ogosz G. [15] сравнивали три стратегии оспаривания убеждения о теории заговора: рациональная аргументация, высмеивание тех, кто верит в убеждение и укрепление эмпатии к адресатам теории заговора. Авторы опирались на концептуализацию Фишбейна и Айзена, о том, что изменение убеждений относится к модификации субъективных вероятностных суждений. Исходя из этой теории, предполагается три способа изменить убеждение: во-первых, можно (а) изменить связь между объектом и атрибутом. Чтобы это сделать, могут быть предоставлены дополнительные логические фрагменты информации или логические шаги, что позволяет нам уточнить логическую структуру, которая может привести к более сложной связи. Во-вторых, можно (б) увеличить дистанцию между собой и теми, кто поддерживает отношения между объектом и атрибутом. Чтобы добиться этого, можно продемонстрировать, что люди, придерживающиеся таких убеждений, характеризуются отрицательными чертами или их считают смешными. Поскольку практически никто не хочет, чтобы другие высмеивали его, аргумент о насмешках может подпитываться защитной функцией эго. В-третьих, можно (в) манипулировать уровнем идентификации между объектом и человеком, который имеет определенный уровень убеждения в заговоре по отношению к объекту. Авторы связывают это с идентификацией с объектом убеждения. Поэтому в данном случае основная цель – не изменить связь между объектом и признаком, а сосредоточиться на сокращении дистанции между собой и объектом теории заговора. Для проверки этих стратегий авторы провели экспериментальное исследование (n=813), разбив участников на 4 группы: контроль, рациональные аргументы, насмешка и эмпатические аргументы. Результаты показали, что приведение рациональных доводов, а также насмешка над теми, кто верит в убеждение, приводило к статистически значимому снижению доверия к предложенным убеждениям о теории заговора.

Экстраполяция выводов таких исследований должна быть крайне аккуратной. Убеждения, с которыми сталкиваются клиенты, касаются личной жизненной истории, их нельзя относить к категории конспирологических или популярных заблуждений. Поэтому поиск эффективных стратегий оспаривания именно в КПТ требует специальных экспериментальных исследований. Кроме того, некоторые из стратегий (например, насмешки) не могут быть применены, так как противоречат этическим принципам психотерапии. В остальном, общий вывод, похоже, сводится к тому, что качественные фактические данные (реалистический диспут) являются эффективными для снижения доверия к убеждениям.

В нашем эксперименте мы сравнили между собой контраргументы, а также их взаимосвязи с согласием после аргументации. Однофакторный дисперсионный анализ показал, что по параметрам контраргументы разных видов различались между собой (таблица №2).

Таблица №2. Однофакторный дисперсионный анализ различий параметров контраргументов

Параметр	F	P	параметр	F	p
согл 3	6.97	< .001	влия 2	2.03	0.073
влия 3	2.46	0.032	пон 1	2.48	0.031
пон 2	9.45	< .001	согл 1	1.49	0.192
согл 2	4.39	< .001	влия 1	1.13	0.346

Статистически значимые различия не обнаружены в согласиях с контраргументами к утверждению №1, и влиянием в утверждениях №1 и «2. В таблице №3 приведены средние значения параметров контраргументов:

Параметр	вид	Среднее 3	Среднее 2	Среднее 1
пон	лог	5.61	5.12	5.51
	мета	5.53	5.84	5.94
	праг	6.12	5.91	5.77
	реал	6.05	6.03	5.85
	эмот	5.97	5.63	5.61
согл	язык	5.78	5.67	5.82
	лог	4.62	4.27	4.96
	мета	4.67	4.33	4.76
	праг	5.09	4.89	4.90
	реал	5.28	4.72	4.82
влия	эмот	4.72	4.66	4.52
	язык	4.52	4.77	4.76
	лог	3.43	3.20	3.65
	мета	3.47	3.27	3.56
	праг	3.90	3.65	3.65
	реал	3.78	3.54	3.74
	эмот	3.71	3.25	3.34
	язык	3.38	3.55	3.73

Можно заметить, что наиболее понятными контраргументами, а также наибольшее согласие и влияние были реалистический и прагматический. Наименьшие оценки получали логические контраргументы.

Во всех вариантах были выявлены корреляции (слабой и умеренной силы) параметров контраргументов с согласием после аргументации и дельтой. Чем, более понятен был контраргумент и насколько с ним были согласны, тем меньшее согласие наблюдалось после предъявления контраргументов. Однако некоторые контраргументы обнаруживали и обратные корреляции с согласием после. Чаще всего это наблюдалось в эмотивных контраргументах. Больше всего корреляций обнаружили реалистический, логический и метафорический контраргумент. А меньше всего эмотивный и прагматический.

Эксплораторный факторный анализ (метод максимального правдоподобия, вращение облимин) показал, что согласие после аргументации имело совместную нагрузку с параметрами реалистического, метафорического, логического и понятностью прагматического контраргументов. Влияние контраргументов в основном нагружались на один фактор, также как и понятность. Согласие и влияния эмотивного, а также согласие и влияние языковых аргументов объединялись в отдельные факторы. То есть эмотивные и языковые аргументы несколько отличались от других видов. А наиболее тесную связь можно обнаружить согласия после аргументов можно обнаружить у реалистического, метафорического и прагматического. Регрессионный анализ дал разнородные результаты для разных утверждений. При расчете мы вводили в качестве ковариатов параметры контраргументов и начальное согласие с утверждением (чтобы скорректировать индивидуальные различия). В качестве зависимой переменной выступало согласие с утверждением после аргументации. Значимыми предикторами считались те, у которых уровень значимости не превышал $p=0.05$. Разные виды (и разные параметры) были предикторами уменьшения согласия с утверждением. В таблице №4 приведены некоторые из них в качестве демонстрации:

Вид	T	p	R ² для всей модели
утв. №1 лог	-2,211	0,028	0,523
утв. №2 праг	-2,835	0,005	0,565
утв. №3 язык	-2,209	0,028	0,4967
утв. №3 эмот	-2,456	0,015	0,4967

Таким образом, результаты нашего исследования указывают на то, что разные виды контраргументов могут по-разному взаимодействовать с утверждениями, а также различаются по средним оценками параметров понятности, согласия и влияния. Наиболее высоко респонденты оценивали реалистические и прагматические. Однозначного лидера по снижению доверия в любом утверждении выявить не удалось. Вероятно, это говорит о подходе контраргумента как ключ к замку к своему утверждению. Реалистические аргументы были наиболее стабильными - имели больше всего корреляций, нагружались совместно с согласием с утверждением на один фактор. Эмотивные аргументы можно считать наименее предсказуемыми, поскольку они чаще других имели прямые корреляции (чем выше согласие с ними, тем выше согласие с утверждением после). Из этого мы можем сделать вывод, что, по крайней мере, в письменной форме такой тип аргументации нужно использовать с большой осторожностью или не использовать вовсе. Возможно, при очной встрече и устойчивом контакте с терапевтом эти аргументы будут работать лучше. Прагматические аргументы показали себя умеренно хорошо - корреляций было меньше, чем в остальных видах диспута, но все они связаны с уменьшением согласия с убеждением. Мы предполагаем, что прагматические аргументы более эффективны, если психотерапевт имеет представление о целях и ценностях клиента. Тогда они станут более точечными. Аргументы о пользе общего характера (а в нашем исследовании они сформулированы были так) могут не дать желаемого результата, т.к. понятие полезности во много субъективно. В то же время сила корреляций была небольшой, что можно объяснить экспериментальным дизайном, учитывающим лишь текстовое воздействие и смещение изначальных ответов к категории несогласия с утверждением (то есть от низкого согласия смещалось еще более низкому). Небольшим был и размер эффекта при сравнении средних значений: в пределах одного балла. Исходя из этого, вывод, что какие-то виды аргументов являются самыми эффективными делать преждевременно, хотя некоторые осторожные предположения сделать можно.

Заключение. В данной статье мы попытались решить две задачи: проанализировать проблему оценки аргументов при диспуте и представить некоторые результаты нашего экспериментального исследования. К сожалению, значительная часть рекомендаций по проведению диспута, представленная в руководствах, обоснована практикой, с редкими ссылками на экспериментальные исследования. В то же время за пределами КПТ таких работ много, поэтому некоторые аналогии проследить возможно. Также стоит отметить, что классификация видов диспута часто является практико-ориентированной и восходит к удобству изложения материала. Мы попытались внести вклад в решение этих проблем экспериментальным исследованием. Наше исследование имеет ряд недостатков и ограничений. Прежде всего, это размер выборки, снижающий мощность. Также необходимо воспроизведение полученных результатов на новой выборке. К данному третьему утверждению стоит относиться с осторожностью, поскольку мы не исключаем, что к третьей группе вопросов респонденты утомлялись, что могло оказать влияние на качество их ответов. Мы выбрали в качестве мишени иррациональные убеждения по А. Эллису, но выбор был несколько произволен, кроме того, мы не были уверены в согласии с ними широкой выборки испытуемых. Методологические такие убеждения обнаруживаются в ходе психотерапевтической беседы, а это не означает согласия при прямом вопросе. Однако

есть и преимущества. Во-первых, насколько нам известно, это первое исследование на русскоязычной выборке в данной предметной области - экспериментальное изучение диспута в КПТ. Второе, мы исследовали отдельный компонент КПТ, вне влияния фактора взаимодействия клиент-терапевт, что позволило оценить действие самих контраргументов. Третье, наши выводы могут показаться тривиальными: что ознакомление с контраргументами снижает доверие к утверждению, что разные виды диспута различаются между собой, что взаимодействие с утверждением зависит во многом от контекста самого утверждения. Однако мы считаем, что любое новое воспроизведение результатов повышает степень доверия к мнению об эффективности техник. Мы надеемся, что новые исследования в этой области дадут ответы на вопросы, которые мы не смогли осветить, а также перепроверят наши данные.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Oaksford M, Chater N. New Paradigms in the Psychology of Reasoning. *Annu Rev Psychol.* 2020 Jan 4;71:305-330. doi: 10.1146/annurev-psych-010419-051132. Epub 2019 Sep 12. PMID: 31514580.
2. Straßer C, Michajlova L. Evaluating and selecting arguments in the context of higher order uncertainty. *Front Artif Intell.* 2023 May 19;6:1133998. doi: 10.3389/frai.2023.1133998. PMID: 37275534; PMCID: PMC10235603.
3. Belekou A, Papageorgiou C, Karavasilis E, Tsaltas E, Kelekis N, Klein C, Smyrnis N. Paradoxical Reasoning: An fMRI Study. *Front Psychol.* 2022 May 2;13:850491. doi: 10.3389/fpsyg.2022.850491. PMID: 35592168; PMCID: PMC9113220.
4. Bensley D. A. Critical Thinking, Intelligence, and Unsubstantiated Beliefs: An Integrative Review // *Journal of Intelligence.* – 2023. – Т. 11. – №. 11. – С. 207.
5. Макинтайр, Ли. Отрицатели науки. Как говорить с плюскоземельщиками, антиваксерами и конспирологами. Москва Inviduum, 2023, 352 с.
6. Ecker, U.K.H., Lewandowsky, S., Cook, J. et al. The psychological drivers of misinformation belief and its resistance to correction. *Nat Rev Psychol* 1, 13–29 (2022).
7. Redlawsk, D.P., Civettini, A.J., & Emmerson, K.M. (2010). The Affective Tipping Point: Do Motivated Reasoners Ever “Get It”? *Political Psychology*, 31, 563-593.
8. Nyhan, B., & Reifler, J. (2019). The roles of information deficits and identity threat in the prevalence of misperceptions. *Journal of Elections, Public Opinion and Parties*, 29, 222 - 244.
9. Carnahan, D., Hao, Q., Jiang, X. & Lee, H. Feeling fine about being wrong: the influence of self-affirmation on the effectiveness of corrective information. *Hum. Commun. Res.* 44, 274–298 (2018).
10. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии: Пер. с англ. — СПб.: Речь, 2001 — 560 с.
11. Диджузеппе Р., Дойл К., Драйден У., Бакс У. Рационально-эмотивно-поведенческая терапия - СПб.: Питер, 2021 - 480 с.
12. Пинкер С. Рациональность: Что это, почему нам ее не хватает и чем она важна / Стивен Пинкер; Пер. с англ. — М.: Альпина нон-фикшн, 2023.
13. Убежден, но не уверен. Что влияет на отношение к когнициям?/ Граница А.С., Зепсен А.А. IX Международный Форум Ассоциации Когнитивно-поведенческой психотерапии SVTFORUM 2023: Сборник научных статей.-СПб.: Лема, 2023-С.
14. Schmid P, Betsch C. Effective strategies for rebutting science denialism in public discussions. *Nat Hum Behav.* 2019 Sep;3(9):931-939. doi: 10.1038/s41562-019-0632-4. Epub 2019 Jun 24. PMID: 31235861.
15. Orosz Gábor , Krekó Péter , Paskuj Benedek , Tóth-Király István , Bóthe Beáta , Roland-Lévy Christine Changing Conspiracy Beliefs through Rationality and Ridiculing Frontiers in Psychology VOLUME=7, 2016 DOI=10.3389/fpsyg.2016.01525

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ БЫТЬ ЧАСТЬЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ - АРГУМЕНТЫ ЗА И ПРОТИВ

Граница Александр Станиславович
кафедра неврологии с курсами психиатрии,
клинической психологии и медицинской генетики
Казанского федерального университета

Ковпак Дмитрий Викторович
кафедра психотерапии
медицинской психологии и сексологии СЗГМУ
им. И. И. Мечникова,
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Аннотация. В статье обсуждается вопрос о возможности применения критериев и подходов доказательной медицины к психотерапии. В качестве примера разбирается когнитивно-поведенческая терапия. Обсуждаются возражения на тезис о распространении общемедицинских требований к психотерапии. Показано, что имеются весомые доводы в пользу соответствия исследований когнитивно-поведенческой критериям научной обоснованности и медицины, основанной на доказательствах. Выдвигаются предложения по дополнению исследований в этой области критериями качества жизни и субъективного благополучия. Приводятся аргументы в поддержку теоретической модели, на которой основывается когнитивно-поведенческая терапия. Анализируются факторы эффективности психотерапии в разрезе обоснования когнитивно-поведенческой терапии. Делается вывод о необходимости продолжения исследований в этой области с признанием как текущих ограничений, так и достижений.

Ключевые слова: *доказательная медицина, когнитивно-поведенческая терапия, обоснованность, сравнение*

Применение критериев доказательной медицины к психотерапии является предметом жаркой полемики. С одной стороны - подходят ли данные критерии для психотерапии, нет ли, в случае их применения, редукции и ограничений, накладываемых ими на психотерапевтический процесс? Не попадут ли в "прокрустово ложе" этих критериев некоторые эффекты психотерапии, выходящие за рамки критериев оценки, применяемых в доказательной медицине? С другой стороны, насколько психотерапия в действительности соответствует этим требованиям? Когнитивно-поведенческая психотерапия часто рассматривается, как «золотой стандарт» именно с точки зрения доказательной медицины [1]. Она рекомендуется клиническими руководствами и крупными медицинскими организациями, даже зачастую рассматривается, как более предпочтительная, чем медикаментозное лечение, или как эффективное дополнение к нему [2]. Однако эта позиция требует аккуратного корректного использования. В нашей статье мы проанализируем аргументы за и против использования критериев доказательной медицины, основанной на доказательствах, при оценке психотерапии. Мы разберем основные возражения и сформулируем ответы на них, используя в качестве примера когнитивно-поведенческую терапию.

Актуальность обсуждения данной темы определяется числом затронутых акторов. Во-первых, разумеется, это клиенты и пациенты, а также их родственники и близкие. При

принятии решения о прохождении психотерапии, необходимо учитывать выделяемые ресурсы - времени, финансов, ментальных и физических усилий, преодоление различных трудностей. Для принятия таких ресурсозатратных решений необходимо доверие предлагаемой перспективе и плану. И это доверие нужно сформировать и обосновать, а желательно еще подкреплять и оправдывать на регулярной основе для сохранения мотивации на продолжение терапии. Поэтому вопрос, насколько вероятно, что эти затраты будут оправданы не праздный, а прагматический и одновременно этический. Забота о пациенте и клиенте - фундаментальная ценность гуманистически-ориентированных методов психотерапии, к которым можно отнести и КПТ. Во-вторых, будущие психологи и врачи психотерапевты, принимающие решение об обучении в когнитивно-поведенческом подходе психотерапии также нуждаются в понимании перспектив и оправданности вложенных ресурсов. Затраты на образование, время, силы и эмоции, связанные с прохождением дидактических и аттестационных процедур, становятся инвестициями с предположением их окупаемости как материальными, так и нематериальными измеримыми результатами, вероятностью достижения целей и реализации ценностей - эффективно помогать людям, быть востребованным специалистом, иметь регулярный достойный финансовый доход и социальный статус и проч. В-третьих, медицинская сфера и система общественного здравоохранения в целом, организующие оказание помощи, распределяющие ресурсы на научные исследования (НИР, НИОКР) и практическое использование психотерапии. Таким образом, данная тема сопряжена с целым рядом актуальных проблем и задач не только психотерапии, но и системы здравоохранения и образования, а также затрагивает более широкий контекст благополучия и социально-психологических аспектов общества.

Зачастую КПТ ассоциируется с когнитивной терапией А. Бека. И хотя большинство исследований действительно связано с этой школой, термин КПТ более широкий и представляет из себя на сегодня зонтичный бренд из нескольких десятков школ, опирающихся на методологию этого подхода психотерапии. Подход КПТ включает в себя множество методов, число которых неуклонно растет. Однако степень их изученности и обоснований механизмов действия остается разной. Причисление к “зонтику” КПТ позволяет распространить доводы в пользу эффективности КПТ и на “молодой” недавно созданный формат отдельной или нескольких школ, что является не совсем корректным с точки зрения доказательной медицины. С другой стороны, имеются свидетельства различий в эффективности разных школ при разных терапевтических задачах. Хотя имеются исследования о схожей эффективности [3] второй и третьей волны школ КПТ при тревожных и депрессивных расстройствах, и некоторых других, имеются и различия. Так терапия, сфокусированная на модификации когнитивных искажений, не демонстрирует преимуществ перед контрольной группой [4]. Диалектико-поведенческая терапия считается эффективным методом помощи при пограничном расстройстве личности и рекомендуется как “золотой стандарт” при данном расстройстве, в отличие от “традиционной КПТ”. Однако недавний обзор указал на низкое качество этих доказательств и небольшую разницу в размере эффектов от разных вмешательств [5]. В 2016 году Уильям О’Донохью и соавторы в статье «Разработка, производство и отчетность о слабых и псевдотестах» [6] заключили, что, хотя «без сомнения, есть довольно хорошие исследования АСТ», они рассмотрели несколько исследований АСТ, которые были «ослаблены и, таким образом, облегчены для прохождения». Ими были перечислены более 30 способов, по которым рассмотренные исследования АСТ были «слабыми или псевдотестами». В том числе они утверждали, что исследования Дж. Грегга и С. Хейса об эффективности АСТ в лечении диабета 2016 года [7] продемонстрировало выборочную отчетность и другие методологические проблемы, которые не позволили устранить предвзятость в отношении подтверждения. Опираясь на концепции философии науки К. Поппера и его критику психоанализа как невозможного для фальсификации, О’Донохью и его коллеги утверждали, что схожим образом исследования АСТ с недостаточной доказательной базой дают ложноположительные результаты [6].

Авторы предлагают более строго подходить к дизайну и инструментарию исследований. Схожая критика высказывается в адрес КПТ в широком смысле. Bandelow считает, что дизайны исследований эффективности КПТ имеют существенные недостатки, особенно в случае сравнения с лекарственным лечением, что не позволяет рекомендовать психотерапию как метод первого выбора [2].

Имеется большое число публикаций, озаглавленных примерно так: “Сравнение подхода N и когнитивно-поведенческой терапии”, которые подразумевают под собой, прежде всего, школу А. Бека. Все это создает некоторую путаницу. С одной стороны, КПТ кажется единым подходом, и все исследования, причисляемые к КПТ могут обобщаться. Это в свою очередь имеет методологический изъян, поскольку технические приемы, протоколы оказания помощи, теоретические модели и даже ценности могут существенно различаться. Кроме того, не учитывается специфика изменений самой когнитивной терапии А. Бека, которая уже давно включает в себя гораздо больше, чем когнитивную переоценку и модификацию когнитивных искажений [8]. На наш взгляд, это отчасти объясняет и критику в адрес КПТ, как исключительно симптом-центрированного и “неглубокого” метода. Хотя более точным было бы считать, что КПТ является гибким подходом, работающим как с актуальными проблемами и симптомами, так и с ценностями и потребностями, с чертами характера и личностью клиента, его жизненным опытом и переживаниями, ориентирована на создание рабочего альянса и партнерских терапевтических отношений. Также школы КПТ действительно имеют разительные отличия в теоретических моделях и собственные, уникальные методик решения терапевтических задач. Это требует уважительной дискуссии и признания самобытности подходов. Следовательно, и поиска собственных аргументов, реализованных в научной парадигме.

Кроме того, нельзя быть уверенными, что находясь в рамках одной школы, разные организации имеют одинаковые стандарты обучения. И также мы не можем утверждать наверняка, что все психотерапевты работают одинаково (в соответствии с теми или иными критериями), даже пройдя обучение в одной организации. Существенным может оказаться и культуральное влияние - особенности региона обучения и проведения психотерапии. Отчасти эта идея подтверждается [9] мета-анализом, в котором сравнивались размеры эффектов применения психотерапии депрессии разных стран. Авторы обнаружили, что в западных странах размер эффекта был ниже, чем в незападных, такая же закономерность прослеживалась при сравнении стран с разным уровнем дохода. Как заключают авторы, более значительные эффекты лечения, наблюдаемые в незападных исследованиях, могут быть следствием высокой гетерогенности дизайна исследований и относительно низкой достоверности. Однако внутри одной подгруппы (географический регион или доход) результаты были более однородными. Стоит отметить, что в данном исследовании психотерапия рассматривалась в широком наборе методов, хотя в половине случаев это касалось именно КПТ “второй волны”. Также авторы отмечают, что внедрение именно КПТ было предиктором более высоких средних значений величин эффекта.

Все эти доводы бросают вызов воспроизводимости результатов исследований и их интерпретации. Поэтому, когда мы читаем или слышим, про обоснованность КПТ, стоит уточнять, о какой именно школе идет речь, какие протоколы помощи там применялись, и даже в каком регионе проводились исследования. С другой стороны, они подчеркивают необходимость дальнейшего изучения отличительных отличий и стандартизации в оказании психотерапевтической помощи, а также адаптации методик психотерапии под соответствующие культуральные особенности.

Число исследований эффективности психотерапии неуклонно растет [10] и безусловным лидером этого роста является КПТ (3501 РКИ, мета-анализов и систематических обзоров). При запросе в агрегаторах научных публикаций “исследование и психотерапия” с высокой вероятностью большинство будет представлено именно в когнитивно-поведенческой парадигме. Фактически, если сформулировать запрос как

“когнитивно-поведенческая терапия при...” и подставить любую клиентскую проблему, то с высокой степенью вероятности можно обнаружить статью на эту тему (в качестве эксперимента можете попробовать). Это создает некоторую ловушку для других модальностей, пробиться сквозь такой массив информации нелегко. И интерес к таким исследованиями поддерживается уже имеющимися традициями выделения финансовых ресурсов, поскольку КПТ признается исследованной и зарекомендовавшей себя качеством исследований. Но и здесь появляется новый вопрос: можно ли по числу исследований судить об эффективности? Нет, нельзя. По сути, самый точный вывод тавтологичен: имеется самое большое число исследований КПТ, следовательно, она самая исследованная. Применение ярлыка «золотой стандарт» к когнитивно-поведенческой психотерапии [1] подразумевает под собой скорее байесовский вывод: совокупность имеющихся данных говорит о том, что КПТ - это лучший из имеющихся вариантов. Он строится на ограниченности сведений об эффективности по другим психотерапевтическим и биологическим методам. Возможно, что существует метод более эффективный, чем КПТ, или он появится в будущем, но поскольку нам он неизвестен, или сведений недостаточно, КПТ принимается за эталон. Это касается целого ряда проблем. В широко известном руководстве по когнитивной терапии Дж. Бек [11] приводится ряд исследований. РКИ подтвердили ее эффективность в лечении депрессии (мета-анализ: Dobson, 1989), тревожных расстройств и фобиях всех видов: генерализованном тревожном расстройстве (Butler, Fennel, Robson, & Gelder, 1991), паническом расстройстве (Barlow, Craske, Gerney, & Klosko, 1989; Beck, Sokol, Clark, Berchick, & Wright, 1992; Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton, & Gelder, 1992), социофобии (Gelernter др., 1991; Heimberg др., 1990), ипохондрическом расстройстве, посттравматическом стрессовом расстройстве (Dancu & Foa, 1992; Parrott & Howes, 1991), обсессивно-компульсивном расстройстве (Salkovskis & Kirk, 1989), расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (Woody др., 1983), расстройств приема пищи (Agras др., 1992; Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & Doll, 1991; Garner др., 1993), проблем в отношениях с партнером (Baucom, Sayers, & Scer, 1990), мигренях и хронических болях (Miller, 1991; Turk, Meichenbaum, & Genest, 1983), при личностных расстройствах (Beck др., 1990; Layden, Newman, Freeman, & Morse, 1993; Young, 1990) и многих других [11]

Систематический обзор, данные которого опубликованы в BMJ Open в 2017 году, показал, что КПТ подкреплена надежными доказательствами эффективной терапии депрессии, аналогичной использованию антидепрессантов второго поколения (45,5% против 44,2%; ОР 1,10; 95% ДИ 0,93 - 1,30). Все остальные сравнения немедикаментозных методов лечения с антидепрессантами второго поколения либо приводили к неубедительным результатам, либо имели существенные методологические недостатки [12]. Высокая эффективность КПТ отмечается в терапии расстройств тревожного [13] и депрессивного спектра [14]. В то же время, лечение диссоциативных и соматоформных расстройств имеет более спорные результаты. Хотя проведено [15] большое число клинических испытаний, прогноз в отношении этих расстройств остается неблагоприятным. Кохрейновский обзор [16] психосоциальных интервенций неутешителен, поскольку качество доказательств низкое. Однако и в том и другом случае, КПТ остается одним из немногих психотерапевтических подходов, в отношении которых имеются сведения для формулирования выводов. Мета-анализы или проведенные РКИ обычно имеют схожее заключение: определенная перспектива метода существует, но стоит быть аккуратными и продолжать исследования в этой области.

Следующий вопрос, а что именно обосновывает наука? С одной стороны, научную обоснованность можно трактовать в терминах доказательной медицины. “Доказательная терапия” стала модным маркетинговым словом. Термин “доказательная терапия” пришел из медицины. Он привлек к себе внимание в 1990-х годах и изначально был призывом к критическому мышлению. Сторонники доказательной медицины признают, что фраза “Мы всегда поступали таким образом” не является достаточным основанием для принятия

медицинских решений. Медицинские решения должны основываться на клиническом опыте, ценностях и предпочтениях пациентов и соответствующих научных исследованиях. Золотым стандартом доказательной медицины в исследованиях, основанных на фактических данных, является рандомизированное контролируемое исследование. Пациенты с определенным психиатрическим диагнозом отбираются случайным образом, их распределяют на группы лечения или контроля, и в ходе исследования эти группы сравниваются. То есть в качестве обоснований и доказательств должны быть проведены специальные исследования по определенному шаблону (рандомизация, ослепление, плацебо-контроль, сравнение разных типов вмешательств между собой), результатом которых является сравнение состояния до и после вмешательства. Если разница в сторону улучшений показателей и она отличается от контроля, то делается вывод в пользу примененной интервенции.

Стоит признать, что качество доказательств эффективности психотерапии, согласно стандартам доказательной медицины, является низким. Статистика по Кокрейновским обзорам (которые часто рассматриваются как эталонные в доказательной парадигме): 47,9% эффект от психотерапии не доказан, в 27,1% обзоров отмечается низкий уровень доказательности, в 20,8% – средний, в 4,2% – высокий уровень [17]. В исследованиях психотерапии меньше выборки [2], что снижает статистическую мощность, ниже степень тяжести заболевания, чем в исследованиях с применением лекарств, отсутствие плацебо-контроля и др. Напомним, что эффекты плацебо представляют собой факторы (например, ожидаемое улучшение), которые связаны с любыми преимуществами, наблюдаемыми в контексте теоретически неактивного лечения [18]. Когда в 20-м веке начали проводиться двойные слепые контролируемые испытания для оценки экспериментальных лекарств, плацебо стало обозначаться инертным веществом, предназначенным для того, чтобы отделять “реальные” биохимические эффекты лекарств от тех, которые вызываются психологическими факторами [19]. Такие условия контроля были разработаны для того, чтобы отличать биологически опосредованные эффекты от любых воздействий, вызванных внешними факторами. В современных дискуссиях о концепции плацебо часто используются оба значения, т.е. плацебо - это методы лечения или их компоненты, а плацебо-контроль - это особые условия в экспериментальных испытаниях методов лечения. За последние десятилетия все чаще предпринимались попытки использовать плацебо-контролируемые исследования при оценке эффективности психотерапии. Мы, как и ряд других авторов, предполагаем, что два основных фактора способствовали применению плацебо-контроля в исследованиях психотерапии: 1) очевидная логика использования плацебо-условий для контроля угроз к внутренней обоснованности (т.е. наблюдаемому улучшению, связанному с факторами, отличными от самого лечения); и 2) желание подражать “золотым стандартам” медицинских исследований, чтобы продвигать психотерапию как научно-обоснованное и законное лечение и, в свою очередь, продвигать профессиональную практику психотерапии. Общая идея заключается в том, что психологическое плацебо может контролировать факторы, которые, как считается, являются побочными по отношению к теоретически важным факторам, ответственным за эффект лечения, точно так же, как таблетки-плацебо контролируют побочные психологические факторы при испытаниях лекарственных препаратов. Другими словами, психотерапевтическое плацебо будет контролировать все терапевтические факторы (например, ожидание, терапевтические отношения, эффект надежды, доверие к лечению) за вычетом специфических методов или процессов (например, воздействие раздражителей, вызывающих страх, работа с переносом в психодинамическом направлении), теоретически обеспечивающих конкретные лечебные преимущества экспериментальной психотерапии. Вторым фактором, способствующим росту интереса к плацебо-контролю в психотерапии, является растущее число рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которых непосредственно сравниваются медикаментозные препараты и психотерапия, как в качестве монотерапии, так и в последнее время в качестве комбинированного лечения.

Такие исследования, как правило, основаны на логике и процедурах стандартных плацебо-контролируемых исследований лекарственных средств, включая применение таблеток и плацебо. Исследователи, в попытке обеспечить соответствие плану исследования, иногда пытаются разработать плацебо-психотерапевтические методы параллельно с приемом таблеток-плацебо. Например, Neimberg и соавт. [20] попытались разработать поддерживающее обучение в групповом лечении социального тревожного расстройства в рамках РКИ, которое имело бы сопоставимую достоверность с когнитивно-поведенческой групповой терапией, но не включало бы ни один из “активных” компонентов лечения, следующих из теории и методологии КПТ. Третьим и тесно связанным с этим достижением является использование психотерапии при различных состояниях, которые традиционно лечились лекарствами, и наоборот. Например, КПТ все чаще используется для лечения состояний, традиционно относившихся к фармакотерапии, таких как паническое расстройство [21] и даже шизофрения [22, 23], в то время как медикаментозное лечение все чаще применяется при состояниях, традиционно считающихся уникальной областью психотерапии, такой как посттравматическое стрессовое расстройство. Поскольку критерии FDA в США и аналогичных структур в других странах требуют, чтобы лекарственные препараты демонстрировали превосходство над таблетками-плацебо, можно утверждать, что не меньшие требования должны предъявляться и к психотерапии, что ставит вопрос о том, как наилучшим образом разработать соответствующие условия психотерапевтического плацебо.

На первый взгляд, идея психологических условий плацебо в исследованиях результатов психотерапии интуитивно привлекательна. Однако при дальнейшем рассмотрении быстро становится ясно, что это понятие сопряжено с трудностями из-за практических проблем, связанных с концепцией плацебо даже в медицине, а также многочисленных практических и теоретических проблем, возникающих при попытке применить эту концепцию конкретно к психотерапии, и не в последнюю очередь из-за потенциальных этических проблем, связанных с использованием плацебо. Например, если мы рассмотрим клиническую депрессию, то в нескольких обзорах был сделан вывод о том, что большинство эффектов антидепрессантов воспроизводятся при приеме таблеток-плацебо [24, 25]. Пациенты, которые знают, что они принимают биохимически активный препарат, могут иметь более высокие ожидания улучшения или повышения мотивации из-за таких психологических процессов, как оправдание усилий, когнитивный диссонанс или активация поведения, требующих использования так называемых “активных” плацебо, которые также вызывают побочные эффекты, сходные с антидепрессантами.

В отличие от испытаний лекарственных препаратов, традиционная психотерапия не может проводиться вслепую. Есть примеры попытки решения этой проблемы ослепления, как в случае исследования влияния практик – *mindfulness* [26] применялся активный контроль с имитацией практик осознанности. Но, совсем трудно представить себе ситуацию “двойного ослепления”, в которой не только клиент, но и психотерапевт не знают, что именно в данный момент с ними проводится психотерапия или отвлеченная беседа. В двойном слепом исследовании лекарственного препарата как пациент, так и клиницист не имеют представления о том, получает ли пациент активный препарат или плацебо. В психотерапевтических исследованиях терапевт по определению знает, какое лечение он проводит, и, как правило, знал бы, если бы это считалось плацебо. В связи с этим возникают сложные проблемы предвзятости терапевта и эффекта ожидания, называемого эффектом лояльности [27].

Поскольку предполагается, что состояния, связанные с плацебо, являются инертными и, следовательно, не оказывают своего воздействия непосредственно в результате лечения, некоторые утверждают, что с этической точки зрения нецелесообразно включать такие состояния, когда у участников есть диагностируемые и усугубляющие проблемы [28]. Эти исследователи утверждают, что альтернативные схемы, такие как те, в которых используются сравнительные группы лечения или которые ограничивают число

участников, подвергающихся воздействию потенциально худших условий плацебо, являются более приемлемыми с этической точки зрения.

Многие мета-анализы сравнений психотерапии с обычным лечением или комбинацией медикаментозного и психотерапевтического [29-30], показывают, что присоединение КПТ часто повышает эффективность оказания помощи. На сегодняшний день не теряет актуальности масштабный мета-анализ Hofmann [31], обзорно описывающий применение КПТ практически при всех видах психотерапевтических запросов, во многих из которых была показана эффективность. На наш взгляд, это говорит о возможности использования этих фактов в качестве довода, что исследования эффективности КПТ соответствуют критериям доказательной медицины. Хотя и с оговорками о конкретной проблеме, конкретной возрастной группе и указанием меры надежности данных (по степени качества доказательств).

О чем свидетельствует возражение, что психотерапию нельзя обосновывать наравне с другими медицинскими вмешательствами, которые во многом опираются на позитивизм и эмпиризм, как методологическую основу? По большому счету это возражение говорит о несогласии с критериями, принятыми для оценки эффективности психотерапии. Большинство исследований, о которых упоминалось выше производят оценку исхода из динамики симптомов. Они ограничены короткими временными промежутками и жесткими протоколами, призванными стандартизировать взаимодействие с клиентом.

Критерии оценки эффекта психотерапии упираются в различия медицинской и психологической парадигмы в концептуализации патогенеза психических расстройств. Медицинская парадигма опирается, по крайней мере в текущих условиях развития психиатрии, на клинически заметное снижение симптоматики, как показатель улучшения. Социальная дезадаптация, связанная с заболеванием также рассматривается как симптом и мишень терапии. Психологическая парадигма зачастую не принимает в расчет сами симптомы и предлагает другие: улучшение понимание себя, удовлетворение потребностей, построение жизни в соответствии с ценностями, изменение социального статуса и проч. Также указывается, что некоторые процессы психотерапии принципиально неизмеримы: глубина затронутых чувств, качество выстраиваемых отношений с людьми, разрешений бессознательных конфликтов и т.д. Даже само обсуждение возможности измерений в этой области может трактоваться как кощунство, поскольку низводит уникальность момента взаимодействия клиент-терапевта до отдельных элементов, не способных, отразить всю гамму переживаний. Также изменения могут быть незаметны и встретиться спустя время после самой психотерапии: “догнать клиента”. Отдельно упоминаются и недостатки КПТ (как более симптом-центрированной психотерапии) в сравнении с другими, личностно-ориентированными модальностями психотерапии [32]. Преимуществом указывается большая стабильность во времени именно из-за стойких и глубоких личностных изменений [33]. Конечно, существуют психотерапевтические запросы, которые вообще находятся вне медицинской сферы [17]: семейная терапия, доклинические психологические трудности, улучшение качества жизни и его другие. Однако в психологии, а именно ее инструменты психотерапия в основном использует как методы исследования, существует широкое многообразие методов. Они бывают количественные, качественные [34], и комбинированные, разработаны соответствующие дизайны (например, контент-анализ, структурированное интервью и др.). В том числе, такие методы позволяют сосредоточиться на изучении отдельного случая и его наиболее полного описания. Поэтому вопрос о критериях доказательств для психотерапии не подразумевает сам принципиальный отказ от исследований, а предполагает скорее расширение применяемого инструментария. Также стоит упомянуть, что при заключении психотерапевтического контракта в КПТ часто заявляются другие результаты психотерапии, чем в клинических исследованиях: решение проблем, развитие навыков самопомощи и критического мышления, реструктуризация дисфункциональных убеждений и т.д. Хотя снижение выраженности симптомов является важным, но признается вторичным результатом КПТ: полезнее ориентироваться не на

редукцию эпизодов тревоги, а на адаптивность и удовлетворенность клиентом своей жизнью. Также психотерапия может влиять на одни симптомы, но не влиять на другие. Например, [35] КПТ может снижать выраженность симптомов депрессии при бессоннице, но не влиять на симптомы утомления. Эффект психотерапии может не быть связан с улучшением симптомов, но определяет другие важные для пациента показатели [36]. Например, в многоцентровом исследовании [37] сравнивали стандартную помощь (медицинское лечение) и КПТ+ стандартная помощь при диссоциативных припадках. Разницы в частоте приступов выявлено не было, но в группе, получавшей комбинированную помощь, были отмечены меньшие нарушения трудовой и социальной адаптации, меньший общий психологический стресс и большую удовлетворенность лечением.

Последние десятилетия наблюдается сдвиг от модели «восполнения дефицита» к модели укрепления жизнестойкости и ориентации на ценности и потребности [38-40]. Хотя интуитивно понятно, что снижение симптомов более значимо влияет на качество жизни [41], некоторые данные показывают нелинейность этой связи. Низкое качество жизни может сохраняться даже при минимальной выраженности расстройства [42]. Однако и использование только самооценки удовлетворенности жизнью тоже содержит свои риски. Например, феномен кажущейся эффективности психотерапии [43]. Поскольку уделение времени своим проблемам в рамках регулярного посещения психотерапевта, может влиять на более позитивную оценку своего положения. Однако вне встреч или после завершения терапии качественно образ жизни может не поменяться, а проблемы могут не решиться.

Подводя итог данной части, мы считаем, что само по себе различие в критериях оценок результатов психотерапии не является достаточным обоснованием для отказа от проведения таких исследований, в том числе в рамках парадигмы доказательной медицины. Хотя, безусловно, требует и специальных инструментов исследований, которые были бы ориентированы и на другие показатели.

Является ли измеренный эффект от примененных методов психотерапии доказательством в пользу теоретической модели, лежащей в ее основе? Довольно косвенным. Для обоснования теоретической модели или объяснения механизма психотерапевтических техник нужны соответствующие целенаправленные исследования. Хотя тут возможны варианты: эффект связан не с теорией, но она верная, теория неверная и эффект не связан с ней, теория верная и эффект связан с ней, эффект связан с доверием к теории, независимо от того верна она или нет. В любом случае обоснование теоретической модели необходимо, хотя бы для того, чтобы с ее помощью искать наиболее эффективные методы более целенаправленно.

David и соавт. [1] указывают, что КПТ открыта к изменениям и старается соотносить свои основные теоретические подходы с научными знаниями в области нейронаук. Центральное положение когнитивной модели состоит в том, что когнитивные процессы оказывают существенное влияние на эмоциональные реакции и поведение. Нейробиологические основы эмоциональной регуляции хорошо изучены [44]. Показана роль префронтальной коры в когнитивной переоценке угрожающих стимулов, которая приводит к снижению интенсивности эмоциональных реакций [45]. Skottnik et. al [46] обнаружили, что мысленное моделирование событий имеет общую нейронную основу с эпизодическим воспроизведением памяти, включая сеть пассивного режима и сеть лобно-теменного контроля, что вносит обоснование к применению имажинативных техник. Marwood et. al [47] провели мета-анализ нейронных механизмов и предикторов ответа на психотерапию. Наиболее воспроизводимым результатом было снижение активности передней поясной/параингулярной извилины, нижней лобной извилины и островковой доли в ответ на аверсивные стимулы после психотерапии. Похожие результаты были обнаружены и в других исследованиях [48-50]. Хотя ко всем этим работам подобного типа может быть применен общий аргумент, восходящий к проблеме корреляционных исследований - “после, не значит вследствие”, или в более общем виде - трудной проблеме

сознания [51]. Однако можно заключить, что накапливаются существенные аргументы в сторону нейрональных основ психотерапии, и КПТ в частности.

Когнитивная модель, принятая в школах условной “второй волны”, предполагает также роль убеждений и когнитивных искажений для поддержания и развития психопатологии. Объем эмпирических данных, подтверждающих эту идею обширен [52]. Например, в исследовании [53] изучалась склонность к избыточной атрибуции (“чтение мыслей”), то есть необоснованное приписывание другим людям эмоций и мыслей. В выборке пациентов с пограничным расстройством личности и клинической депрессией один из выводов исследования состоял в том, что выраженность избыточной атрибуции коррелировала с тяжестью симптомов расстройств. Buschmann et al. [54] исследовали связь между симптомами тревоги и депрессии с автоматическими мыслями и иррациональными убеждениями. Результаты показали, что депрессивный аффект был опосредован автоматическими мыслями о самоуничижении. КПТ также же исходит из идеи, что в ходе терапии дисфункциональные убеждения могут меняться. Например, систематический обзор [55] показал изменение дисфункциональных представлений о сне после когнитивно-поведенческой терапии бессонницы. Эффект сохранялся в периоде наблюдения от 3 до 18 месяцев. Когнитивное дистанцирование является распространенной техникой в психотерапии [56]. Она выражается в том, что клиента просят представить, как он наблюдает за проблемной ситуацией со стороны, или предположить реакцию других людей и т.п.. При изучении группы пациентов с депрессией [57] было выявлено, что применение когнитивного дистанцирования было связано с уменьшением негативного и усилением нейтрального мнемонического кодирования. То есть пациенты оценивали такие события как более нейтральные и при извлечении из памяти не ассоциировали с негативными переживаниями. Крупный мета-анализ [58], включивший обзор 26 исследований подтвердил корреляцию иррациональных убеждений и выраженности дистресса при различных психических расстройствах, прежде всего тревожного и депрессивного спектров. Некоторые исследования были направлены на обоснование когнитивной модели через статистическое моделирование. Так, например, в исследовании [59] применялись смешанные линейные модели для поиска предикторов снижения социальной тревоги. Авторы обнаружили, что коррекция избегающего и охранительного поведения, чрезмерного самомониторинга, искажений в оценках вероятности событий статистически значимо предсказывали снижение уровня социальной тревоги. Это расценивалось в качестве подтверждения имеющейся психологической (когнитивно-поведенческой) модели социального тревожного расстройства.

Резюмируя, можно сказать, что многие положения когнитивно-поведенческого подхода опираются на фактические данные, обнаруженные в нейронауках и сфокусированных работах. Экспериментальные исследования также подкрепляют применение различных техник, которые в свою очередь опираются на базовые теоретические предположения. Однако, ко многим идеям стоит относиться именно как к допущениям, скорее мотивирующим на дальнейшие исследования, нежели претендующими на единственно-верное описание действительности. Исторически психологические теории личности возникали из наблюдений и обобщений отдельного наблюдателя-исследователя, будь то З. Фрейд или А. Эллис. Они не являются следствием объективного математического моделирования. Но это не означает, что они ложные. Разработка концепций и инструментария с последующими экспериментами (и их воспроизведения) - обычный путь научного метода. И он как применим, так и необходим в психотерапии

Где очерчиваются границы психотерапии? Возможно, что не так важна правильность теории, а действительным фактором, определяющим эффект психотерапии, является нечто другое? Иначе это можно переформулировать как вопрос о факторах психотерапевтического процесса. Их можно разделить на неспецифические (общие для всех видов психотерапии) и специфические (присущие конкретному методу и

применяемым техникам). С. Розенцвейг начал разговор об общих факторах в статье, опубликованной в 1936 году, в которой обсуждались некоторые методы психотерапии его времени [60]. Дж. Доллард и Н. Э. Миллер в книге 1950 года "Личность и психотерапия" [61] подчеркивали, что психологические принципы и социальные условия обучения являются наиболее важными общими факторам. В 1957 году К. Роджерс опубликовал статью, в которой изложил то, что он считал общими факторами (которые он назвал "необходимыми и достаточными условиями") успешного терапевтического изменения личности, подчеркнув факторы терапевтической взаимосвязи, которые станут центральными в теории личностно-ориентированной терапии. Он предложил следующие условия, необходимые для терапевтических изменений: психологический контакт между терапевтом и клиентом, неконгруэнтность у клиента, искренность у терапевта, безусловное позитивное отношение и эмпатическое понимание со стороны терапевта, а также восприятие клиентом безусловного позитивного отношения и эмпатического понимания терапевта. В 1961 году Д. Франк опубликовал книгу "Убеждение и исцеление" [62], полностью посвященную изучению общих факторов психотерапии и связанных с ней подходов к лечению. Он подчеркивал важность ожидания помощи (компонента эффекта плацебо), терапевтических отношений, обоснования или концептуальной схемы, объясняющей данные симптомы и предписывающей данный ритуал или процедуру для их устранения, а также активного участия как пациента, так и терапевта в выполнении этого ритуала или процедуры.

К неспецифическим факторам терапии обычно относят эмпатию, межличностную эффективность взаимодействия, сотрудничество, рабочий альянс, терапевтические отношения, обратную связь, эффективность использования времени, поддержку, валидацию, нормализацию и т.п. Среди специфических выделяют техники психотерапии, особенности структуры и терапевтического плана, наличие домашних заданий и т.д. Особенно актуальным вопрос о соотношении этих факторов встает вследствие так называемого "эффекта (вердикта) птицы Додо", когда сравнение результатов разных методов психотерапии не обнаруживает существенных различий. Этот вердикт стал знаменит после того, как Л. Люборски и его коллеги опубликовали обзор по эмпирическим исследованиям результатов психотерапии в 1975 году [63]. Их идея заключалась в том, что все виды психотерапии эффективны и стала известна как вердикт птицы Додо, отсылающий к сцене из "Приключений Алисы в стране чудес", процитированной Розенцвейгом в его статье 1936 года. В этой сцене, после гонки персонажей и победы каждого, птица Додо говорит: "все выиграли, и у всех должны быть призы". В последующей психологической литературе на нее часто ссылались как на следствие теории "общих факторов". Это теория о том, что конкретные техники, которые применяются в разных типах и школах психотерапии, служат очень ограниченной цели (например, общему мифу, в который можно верить), и что большая часть положительного эффекта, получаемого от психотерапии, обусловлена факторами, общими для этих школ, а именно терапевтическим эффектом теплых, уважительных и дружелюбных отношений с терапевтом. Мета-анализ Л. Люборски [64] показывает, что размер эффекта, который можно отнести к конкретным методам терапии, составляет всего 0,2, что трактуется как слабые различия между разными подходами. Следовательно, все методы лечения считаются равными и "у всех должны быть призы".

Однако, полемизируя с выводами Л. Люборски, в 1994 г. К. Граве с сотрудниками опубликовали фундаментальный мета-анализ, выдающийся своим качеством и количеством исследованных работ [цит. по 65]. Были собраны опубликованные до 1984 г. исследования с приемлемым научным уровнем (то есть проводились серьезная терапия и статистическое сравнение двух групп пациентов); их оказалось 3500. После тщательного отбора осталось 897 источников; они являются совокупностью научно приемлемых исследований психотерапии взрослых пациентов, опубликованных в течение 30 лет. Все гуманистические, психодинамические и психоаналитические методы вместе исследовались

153 раза. Чаще всего изучались когнитивно-поведенческие методы — 452 исследования; интерперсональные методы — 63; методы расслабления — 114 (релаксация — 66, аутогенная тренировка — 14, гипноз — 19, медитация — 15); эклектические и комплексные методы — 22 исследования. В своем исследовании К. Граве критически отнесся к выводам Люборски и опроверг принцип “птицы Додо” - “не все достойны приза”. Так, Граве с сотрудниками резюмировал результаты исследований следующим образом: положительных показаний для долговременного психоанализа нет, а отрицательные — есть; у пациентов с более выраженной симптоматикой возникает опасность ятрогенных эффектов.

Насколько стойкими будут результаты психотерапии? Организация лонгитюдных дизайнов - сложный и дорогостоящий процесс, поэтому таких исследований существенно меньше, но некоторые данные мы можем упомянуть. Так [66] отмечают что КПТ, межличностная терапия, терапия, основанная на осознанности и поведенческая активация были эффективнее поддерживающей терапии депрессии на отрезке в 24 месяца наблюдения. В исследовании Leuzinger-Bohleber M. et al. [67] сравнивали эффективность долгосрочной КПТ и психоаналитической терапии при хронической депрессии. Исследование предполагало многолетнее наблюдение. Снижение уровня депрессии по шкале Бека в группе КПТ наступило быстрее, но разница между подходами через год была уже несущественной. Эффект сохранялся в обеих группах в период трехлетнего наблюдения, и даже улучшения стали более заметными. Были выявлены различия в числе сеансов: психоаналитических в среднем было 234 сессии, а КПТ 57 (по дизайну исследования число сеансов было на усмотрении психотерапевтов). То есть, в некоторых случаях, близкий итоговый эффект может быть достигнут меньшими затратами, что также стоит учитывать при сравнении психотерапевтических подходов.

В статье [68] представлены результаты мета-аналитических обзоров, исследующих отдельные процессы КПТ. Авторы выявили, что наибольшая эмпирическая поддержка имеется у когнитивных и поведенческих стратегий, как факторов улучшения психотерапии тревожных расстройств и депрессии. Среди сессионных процессов, то самая сильное доказательство были выявлены у рабочего альянса и домашних заданий в качестве предикторов результативности психотерапии [69]. В сетевом мета-анализе сравнивали когнитивную реструктуризацию, поведенческую активацию и комбинированное лечение в рамках КПТ депрессии у взрослых. Все подходы были эффективны по сравнению со списком ожидания и обычной терапией (не психотерапевтической), но не различались между собой [70]. Исследовали компоненты КПТ при ОКР у детей. Было выявлено, что релаксационные техники и отсрочка воздействия обнаруживают эффект только при внедрении других стратегий управления тревогой (когнитивной реструктуризации). Систематический обзор Pompoli et al. [30] анализировал 72 исследования с 4064 участниками с фокусом на компонентах КПТ при паническом расстройстве. Интерцептивная экспозиция и офф-лайн сессии были связаны с большей эффективностью и приемлемостью терапии. Мышечная релаксация и экспозиция в виртуальной реальности демонстрировали более низкую эффективность. Авторы заключают, что дыхательные практики и экспозиция *in vivo*, по-видимому, улучшают переносимость лечения, но оказывают при этом незначительное влияние на эффективность.

Для многих психических расстройств, а также в целом для уровня стресса и качества жизни, весомый вклад вносят социальные факторы. Они могут дополнять и усиливать друг друга, например, более низкий социально-экономический статус связан с большими проявлениями тревожных и депрессивных расстройств. В этом смысле интересен эксперимент, проведенный [71] в Кении. В исследовании приняло участие 5756 семей с низким доходом из сельской местности. Было составлено 4 группы: контрольная, группа, получающая в течение 5 недель когнитивную терапию, адаптированную ВОЗ специально для учреждений с ограниченными ресурсами, группы, получившая однократную выплату в размере 1076 долларов США и группа, в которой участники получили и выплату и

когнитивную терапию. По истечению одного года сравнивалось психологическое и социальное благополучие. Результаты для когнитивной терапии неутешительны - выплаты значимо коррелировали с повышением благополучия, а вот когнитивная терапия практически не повлияла (порядка 10% участников имели улучшения). В группе с выплатами и когнитивной терапии разницы с группой просто выплат обнаружено не было. Конечно, можно привести ряд возражений на данное исследование: специфика выборки, короткая и упрощенная программа психотерапии, проводившаяся неопытными когнитивными терапевтами, и т.д. Однако охват исследования все равно указывает на значительное влияние внешних условий и наличия проблем, не преодолевая которые эффективность психотерапии будет существенно ниже.

Роль терапевтических отношений считается весомой в психотерапии. Удельный вес вклада в результирующую эффективность терапии терапевтических отношений как считает ряд авторов больше чем всех техник вместе взятых (то есть терапевтической техничности). КПТ здесь не является исключением. Полемика о соотношении факторов, связанных с особенностями психотерапии, личностью клиента и рабочим альянсом остается острой. Lambert et al. [72] говорят о 15 % влияния фактора психотерапии на эффективность лечения, другие могут указывать еще более радикальные цифры в 1% [73]. С такой точки зрения может показаться, что не важно, чем именно занимается психотерапевт, важно какие отношения он создает.

В связи с этим активно исследуются как общие факторы психотерапии, так и особенности личности психотерапевта и клиента, определяющие результат. E. Heinonen [74] и соавторы показали, что активные, привлекательные и экстравертные терапевты добились более быстрого уменьшения симптомов при краткосрочной терапии, чем при долгосрочной терапии. Более осторожные и ненавязчивые терапевты добились большего успеха при длительной терапии в течение 3-летнего наблюдения. Более низкая уверенность терапевтов и отсутствие удовольствия от работы предсказывали худшие результаты краткосрочной терапии в долгосрочной перспективе. Эллиотт, Богарт, Вотсон и Мерфи [75] провели метаанализ 82 исследований, в которых изучалась связь между эмпатией терапевта и успехом пациента в конце лечения. Их метаанализ, в котором приняли участие в общей сложности 6138 пациентов, выявил размер эффекта в $d=0,58$, то есть клиент, обратившийся к более эмпатичному психотерапевту, получит результат в 65,7 % случаев. Hill et al. [77] Исследователи даже предлагают рассмотреть изменения критериев компетентности психотерапевта сфокусировавшись на общетерапевтических навыках. Любопытно, что опыт психотерапевта в исследовании [78] не был связан с увеличением эффективности, но в группе более опытных реже было прерывание терапии. Эти данные были воспроизведены в специальном исследовании [79] с привлечением 241 психотерапевтов и 3432 пациентов. При всех операционализациях опыта (время с момента появления первого пациента и количества пролеченных случаев) и результатов терапии (изменение психопатологии, реакция, ремиссия и раннее прекращение) полученные данные указывают на отсутствие связи между опытом терапевтов и результатом терапии. Единственное, что было связано с опытом, это меньшее количество сеансов для достижения схожих результатов.

Определяет ли прохождение личной терапии результативность психотерапевта? Fredrik et al. [80] указывают, что личная терапия является важной для многих психотерапевтов. Опыт личной терапии отмечают как значимый большинством психотерапевтов в исследовании. Хотя КПТ-ориентированные психотерапевты реже обращались к ней: 73,2%, против 97 % в психодинамически-ориентированных подходах. Но достоверной связи между эффективностью и прохождением личной терапии не было выявлено в нескольких исследованиях [81]. Также не было выявлено связи с развитием профессиональных качеств психотерапевта, но была выявлена корреляция с уверенностью в собственной взросшей компетентности [80]. Однако, как справедливо отмечают авторы

статьи, к полученным данным стоит относиться с осторожностью, поскольку обозреваемые работы имели и методологические недостатки.

В завершение укажем, что влияние личности клиента, ожиданий, ресурсов и сути проблемы являются наиболее значимыми для успеха психотерапии [82]. Было продемонстрировано небольшое преимущество по результату лечения и меньшими отказами от психотерапии, если она совпадала с предпочтениями клиентов [83]. Shir [84] показали, что совпадение или несоответствие личностных черт в паре клиент-терапевт и стиля привязанности в терапевтических диадах значимо влияет на результат терапии. Большие психологические ресурсы (например, способность к саморефлексии, регуляции аффектов, гибкому взаимодействию) предсказывали более эффективные рабочие альянсы в конце долгосрочной терапии, в отличие от краткосрочной терапии [85]. Можно заключить, что не все в создании терапевтического альянса стоит возлагать на навыки или качества психотерапевта.

Таким образом, вычленение факторов воздействия конкретного вида психотерапии из множества условий, которые неизбежно действуют на пациента и клиента, является трудоемкой и на сегодня методологически трудно разрешимой задачей. Границы между “техникой” и житейским общением могут быть тонки. Отсюда и дилемма на что стоит обращать внимание в первую очередь и чему стоит обучать будущих психотерапевтов. Помогает ли именно специфическая составляющая когнитивно-поведенческой терапии (как и других терапий), со всем набором ее техник, привязанных к теоретической модели, или большее влияние оказывают неспецифические факторы, персональные характеристики терапевта, эмпатия и позитивные ожидания? Или другие методы и факторы психотерапии “работают” потому, что имплицитно помогают в коррекции дисфункциональных убеждений и поведения? Исчерпывающего ответа, на наш взгляд, пока нет и это требует продолжения исследований.

В текущий момент развития психотерапии, как предполагают авторы, было бы полезнее придерживаться концепции эпистемологического смирения. Эта концепция основана на двух предположениях, которые убедительно подтверждаются исследованиями: психотерапевты и клинические психологи, будь то исследователи, клиницисты или те и другие вместе, склонны к определенным предубеждениям просто в силу того, что они люди, и наука - это наилучший набор методов предосторожности, разработанных человеческим видом для минимизации или преодоления таких предубеждений. Мы надеемся, что будущие исследования, будут и далее приоткрывать завесу незнания относительно эффективности психотерапии и методов ее доказательности. Принципы медицины, основанной на доказательствах, как было показано в нашей статье, имеют свои преимущества и недостатки. Они могут требовать уточнения и адаптации для психотерапии. Но сам подход - ориентированный на скрупулезные свидетельства и экспериментальная парадигма - на наш взгляд, верен и задает ориентир для поиска обоснований самой психотерапии. Со своей стороны мы призываем читателя к скромности и аккуратности при обсуждении вопроса об обоснованности и доказательности КПТ, уважительного отношения к другим психотерапевтическим школам и методам лечения. А это в полной мере соответствует и ценностям самой психотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. David Daniel, Cristea Ioana, Hofmann Stefan G. Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy *Frontiers in Psychiatry* N9,2018 DOI=10.3389/fpsy.2018.00004
2. Bandelow B. The myth that psychotherapy is more effective than pharmacotherapy in anxiety disorders. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2021 Aug;49:116-118.

3. Haller H, Breilmann P, Schröter M, Dobos G, Cramer H. A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. *Sci Rep*. 2021 Oct 14;11(1):20385

4. Rapee RM, MacLeod C, Carpenter L, Gaston JE, Frei J, Peters L, Baillie AJ. Integrating cognitive bias modification into a standard cognitive behavioural treatment package for social phobia: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2013 May;51(4-5):207-15. doi: 10.1016/j.brat.2013.01.005. Epub 2013 Jan 30. PMID: 23435121.

5. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, Faltinsen E, Todorovac A, Sales CP, Callesen HE, Lieb K, Simonsen E. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 May 4;5(5):CD012955. doi: 10.1002/14651858.CD012955.pub2. PMID: 32368793; PMCID: PMC7199382.

6. O'Donohue, William; Snipes, Cassandra; Soto, Cyndy (March 2016). "The design, manufacture, and reporting of weak and pseudo-tests: the case of ACT". *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 46 (1): 37–40.

7. Gregg, J. A., & Hayes, S. C. (2016). The progression of programmatic research in contextual behavioral science: Response to O'Donohue, Snipes, and Soto. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 27-35 doi:10.1007/s10879-015-9312-5

8. Бек Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. 3-е издание - СПб.: Питер, 2024 - 512 с.: ил.

9. Tong L, Miguel C, Panagiotopoulou OM, Karyotaki E, Cuijpers P. Psychotherapy for adult depression in low- and middle-income countries: an updated systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2023 Dec;53(16):7473-7483. doi: 10.1017/S0033291723002246. Epub 2023 Aug 23. PMID: 37609800; PMCID: PMC10951412.

10. Тукаев Р.Д. Доказательные исследования эффективности психотерапии: тренды и результаты. «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология», 2022, том 13, № 3

11. Бек Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. - СПб.: Питер, 2018 - 416 с.: ил. - (Серия «Мастера психологии»). ISBN 978-5-4461-0552-6

12. Gartlehner G., Wagner G., Matyas N., Titscher V., Greimel J., Lux L., Gaynes B. N., Viswanathan M., Patel S., Lohr K. N. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. // *BMJ Open*. — 2017. — 14 June (vol. 7, no. 6). — P. 014912—014912

13. Papola D, Miguel C, Mazzaglia M, et al. Psychotherapies for Generalized Anxiety Disorder in Adults: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(3):250–259. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.3971

14. Boschloo L, Bekhuis E, Weitz ES et al. The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: results from an individual patient data meta-analysis. *World Psychiatry* 2019;18(2):183–191.

15. Espay AJ, Aybek S, Carson A, Edwards MJ, Goldstein LH, Hallett M, LaFaver K, LaFrance WC Jr, Lang AE, Nicholson T, Nielsen G, Reuber M, Voon V, Stone J, Morgante F. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol*. 2018 Sep 1;75(9):1132-1141. doi: 10.1001/jamaneurol.2018.1264. PMID: 29868890; PMCID: PMC7293766.

16. Ganslev CA, Storebø OJ, Callesen HE, Ruddy R, Søgård U. Psychosocial interventions for conversion and dissociative disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 7. Art. No.: CD005331. DOI: 10.1002/14651858.CD005331.pub3. Accessed 22 February 2024.

17. Менделевич В.Д. Доказательная психотерапия: между возможным и необходимым». *Неврологический вестник* — 2019 — Т. LI, вып. 2 — С. 5—12

18. Enck P, Zipfel S. Placebo Effects in Psychotherapy: A Framework. *Front Psychiatry*. 2019 Jun 26;10:456. doi: 10.3389/fpsy.2019.00456. PMID: 31293462; PMCID: PMC6606790.
19. Leber, P. The use of placebo control groups in the assessment of psychiatric drugs: An historical context. *Biological Psychiatry*, 47, 699-706
20. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz LA, Juster HR, Campeas R, Bruch MA, Cloitre M, Fallon B, Klein DF «Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome», *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55(12): 1133-1141. doi:10.1001/archpsyc.55.12.1133.
21. White, K. S., & Barlow, D. H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, (2nd ed.) (pp. 328–379). New York: Guilford Press.
22. Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis*. 2001 May;189(5):278-87. doi: 10.1097/00005053-200105000-00002.PMID: 11379970
23. Бек А., Грант П., Инверсо Э., Бринен А., Периволиотис Д. Когнитивная терапия, ориентированная на восстановление – СПб.: Питер, 2024 – 416 с.: ил.
24. Fisher, S., & Greenberg, R. P. (1989a). The limits of biological treatments for psychological distress: Comparisons with psychotherapy and placebo. Hillsdale, NJ: Erlbaum
25. Kirsch, I., & Sapirstein, G. (1998). Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention & Treatment*, 1, Article 0002a. Available on the World Wide Web: <http://journals.apa.org/prevention/volume1/pre0010002a>
26. Noone C, Hogan MJ. A randomised active-controlled trial to examine the effects of an online mindfulness intervention on executive control, critical thinking and key thinking dispositions in a university student sample. *BMC Psychol*. 2018 Apr 5;6(1):13. doi: 10.1186/s40359-018-0226-3. PMID: 29622047; PMCID: PMC5887193.
27. Luborsky L, Diger L, Seligman DA, et al: The researcher's own therapy allegiances: a "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6:95-106, 1999.
28. O'Leary, K. D. and Borkovec, T. D. 1978. 'Conceptual, methodological, and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research', *American Psychologist* 33 (Sept.) 821–830.
29. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Vinkers C H, Cipriani A, Furukawa T A. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry* 2020;19(1):92–107.
30. Pompoli A, Furukawa TA, Efthimiou O, Imai H, Tajika A, Salanti G. Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2018;48(12):1945-1953. doi:10.1017/S0033291717003919
31. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012 Oct 1;36(5):427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1. Epub 2012 Jul 31. PMID: 23459093; PMCID: PMC3584580.
32. Караваева Т.А., Михайлов В.А., Васильева А.В., Полторац С.В., Поляков А.Ю., Моргачева Т.В., Сафонова Н.Ю. Сравнительное исследование эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) и когнитивно-поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах невротического уровня с инсомнией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2018;118(4-2):60-66
33. Крючков, К.С. Неоконченные споры об эффективности психотерапии: «общие факторы» и «золотой» стандарт // *Новые психологические исследования*. 2021 № 2 С. 100–114. DOI: 10.51217/npsyresearch_2021_01_02_06
34. Улановский А.М. История и векторы развития качественных исследований в психологии. *Методология и история психологии*. 2008 Том 3 Выпуск 2

35. Ballezio A. et al. The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: a systematic review and network meta-analysis // *Sleep medicine reviews*. – 2018. – Т. 37. – С. 114-129.
36. Galvez-Sánchez CM, Montoro CI, Moreno-Padilla M, Reyes Del Paso GA, de la Coba P. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Central Pain Sensitization Syndromes: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2021 Jun 19;10(12):2706. doi: 10.3390/jcm10122706. PMID: 34205244; PMCID: PMC8235706.
37. Goldstein L. H. et al. Cognitive behavioural therapy for adults with dissociative seizures (CODES): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial // *The Lancet Psychiatry*. – 2020. – Т. 7. – №. 6. – С. 491-505.
38. Şahin, E. S., & Voltan Acar, N. (2019). Rational emotive behavior therapy from a new perspective. *Journal of Human Sciences*, 16(4), 894–906. <https://doi.org/10.14687/jhs.v16i4.5821>
39. Ерзин А.И. — Проблема проактивности в психологии здоровья // *Психолог*. – 2014. – № 1. – С. 94 - 124. DOI: 10.7256/2306-0425.2014.1.11536 URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=11536
40. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *J Happiness Stud* 2008;9:13-39.
41. Goracci A., Martinucci M., Kaperoni A., Fagiolini A., Sbaragli C., Corsi E., Castrogio - vanni P. Quality of life and subthreshold obsessive-compulsive disorder // *Acta Neuropsychiatrica*. 2007. 19. 357–361.
42. Nierenberg A.A., Rapaport M.H., Schettler P.J., Howland R.H., Smith J.A., Edwards D., Schneider T., Mischoulon D. Deficits in psychological well-being and quality of life in minor depression: implications for DSM-V // *CNS Neuroscience & Therapeutics*. 2010. 16. 208–216.
43. Латыпов И.В. Поиск научности в психотерапии (размышлизм) // *Теория и практика психотерапии* 2014. №4. С. 88–92.
44. Heatherton, T. F., & Wagner, D. D. (2011). Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in cognitive sciences*, 15(3), 132–139. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.12.005>
45. Ochsner KN, Gross JJ. Cognitive Emotion Regulation: Insights from Social Cognitive and Affective Neuroscience. *Curr Dir Psychol Sci*. 2008 Apr;17(2):153-158. doi: 10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x. PMID: 25425765; PMCID: PMC4241349.
46. Skottnik L, Linden DEJ. Mental Imagery and Brain Regulation-New Links Between Psychotherapy and Neuroscience. *Front Psychiatry*. 2019 Oct 30;10:779. doi: 10.3389/fpsy.2019.00779. PMID: 31736799; PMCID: PMC6831624.
47. Marwood L, Wise T, Perkins AM, Cleare AJ. Meta-analyses of the neural mechanisms and predictors of response to psychotherapy in depression and anxiety. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018 Dec;95:61-72. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.09.022. Epub 2018 Sep 29. PMID: 30278195; PMCID: PMC6267850.
48. Gorka SM, Young CB, Klumpp H, Kennedy AE, Francis J, Ajilore O, Langenecker SA, Shankman SA, Craske MG, Stein MB, Phan KL. Emotion-based brain mechanisms and predictors for SSRI and CBT treatment of anxiety and depression: a randomized trial. *Neuropsychopharmacology*. 2019 Aug;44(9):1639-1648. doi: 10.1038/s41386-019-0407-7. Epub 2019 May 6. PMID: 31060042; PMCID: PMC6785075.
49. Burkhouse KL, Jagan Jimmy, Defelice N, Klumpp H, Ajilore O, Hosseini B, Fitzgerald KD, Monk CS, Phan KL. Nucleus accumbens volume as a predictor of anxiety symptom improvement following CBT and SSRI treatment in two independent samples. *Neuropsychopharmacology*. 2020 Feb;45(3):561-569. doi: 10.1038/s41386-019-0575-5. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31756730; PMCID: PMC6969163.
50. Burkhouse KL, Gorka SM, Klumpp H, Kennedy AE, Karich S, Francis J, Ajilore O, Craske MG, Langenecker SA, Hajcak G, Phan KL. Neural Responsiveness to

Reward as an Index of Depressive Symptom Change Following Cognitive-Behavioral Therapy and SSRI Treatment. *J Clin Psychiatry*. 2018 Jun 12;79(4):17m11836. doi: 10.4088/JCP.17m11836. PMID: 29894598; PMCID: PMC6527365.

51. Chalmers D. J. Moving Forward on the Problem of Consciousness // *Journal of Consciousness Studies*. — Imprint Academic, 1997. — Vol. 4, № 1. — P. 3—46

52. Захарова Майя Леонидовна Особенности дисфункциональных отношений у больных с разными формами невроза // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии*. 2013. №35-2.

53. Burghardt J, Gradl S, Knopp M, Sprung M. Psychopathology and Theory of Mind in patients with personality disorders. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2023 Jun 1;10(1):18. doi: 10.1186/s40479-023-00224-1. PMID: 37259167; PMCID: PMC10234024.

54. Buschmann, T., Horn, R.A., Blankenship, V.R. et al. The Relationship Between Automatic Thoughts and Irrational Beliefs Predicting Anxiety and Depression. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther* **36**, 137–162 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0278-y>

55. Thakral M., Von Korff M., McCurry S. M., Morin C.M., Vitiello M. V., Changes in dysfunctional beliefs about sleep after cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic literature review and meta-analysis, *Sleep Medicine Reviews*, Volume 49, 2020, 101230, <https://doi.org/10.1016/j.smr.2019.101230>.

56. Powers J. P., LaBar K. S. Regulating emotion through distancing: A taxonomy, neurocognitive model, and supporting meta-analysis // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2019. – Т. 96. – С. 155-173.

57. Hayes B, Amritha Harikumar, Lorena A. Ferguson, Eva E. Dicker, Bryan T. Denny, Stephanie L. Leal, Emotion regulation during encoding reduces negative and enhances neutral mnemonic discrimination in individuals with depressive symptoms, *Neurobiology of Learning and Memory*, Volume 205, 2023, <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2023.107824>.

58. Oltean H. R., David D. O. A meta-analysis of the relationship between rational beliefs and psychological distress // *Journal of clinical psychology*. – 2018. – Т. 74. – №. 6. – С. 883-895.

59. Santoft F, Salomonsson S, Hesser H, Lindsäter E, Ljótsson B, Lekander M, Kecklund G, Öst LG, Hedman-Lagerlöf E. Processes in cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Predicting subsequent symptom change. *J Anxiety Disord*. 2019 Oct;67:102118. doi: 10.1016/j.janxdis.2019.102118. Epub 2019 Jul 27. PMID: 31487573.

60. Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415

61. Dollard, John; Miller, Neal E (1950). *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking, and culture*. McGraw-Hill publications in psychology. New York: McGraw-Hill.

62. Frank, Jerome D; Frank, Julia [1961]. *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

63. Luborsky, L., Singer, B., (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of general psychiatry*, 32(8), 995–1008 doi: 10.1001/archpsyc.1975.01760260059004, PMID 239666.

64. Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L. et al. The dodo bird verdict is alive and well—mostly // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002. Vol. 9. No. 1. P. 2–12.

65. Александров А.А. Интегративная психотерапия - Изд. Питер - 2009 - 352 стр.

66. Zhou Y, Zhao D, Zhu X, Liu L, Meng M, Shao X, Zhu X, Xiang J, He J, Zhao Y, Yuan Y, Gao R, Jiang L, Zhu G. Psychological interventions for the prevention of depression relapse: systematic review and network meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2023 Sep 28;13(1):300. doi: 10.1038/s41398-023-02604-1. PMID: 37770471; PMCID: PMC10539522.

67. Leuzinger-Bohleber M. et al. Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term therapy with chronically depressed patients: a controlled trial with

preferential and randomized allocation //The Canadian Journal of Psychiatry. – 2019. – T. 64. – №. 1. – C. 47-58.

68. Kazantzis, N., Luong, H.K., Usatoff, A.S. et al. The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cogn Ther Res* 42, 349–357 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y>

69. Ciharova, M., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Karyotaki, E., Miguel, C., Noma, H., Cipriani, A., Riper, H., & Cuijpers, P. (2021). Cognitive restructuring, behavioral activation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of adult depression: A network meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(6), 563–574. <https://doi.org/10.1037/ccp0000654>

70. Ale, C.M., McCarthy, D.M., Rothschild, L.M. et al. Components of Cognitive Behavioral Therapy Related to Outcome in Childhood Anxiety Disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev* 18, 240–251 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0184-8>

71. Haushofer, Johannes & Mudida, Robert & Shapiro, Jeremy. (2020). The Comparative Impact of Cash Transfers and Psychotherapy on Psychological and Economic Well-being.

72. Lambert, M.J. u. Bergin, A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapy / Bergin, A.E. u. Garfield, S.L. (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.). Wiley, New York

73. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>

74. Laska, K.M., Gurman, A.S., Wampold, B.E. Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective // *Psychotherapy*. 2014 Vol. 51 No. 4 P. 467–481.

75. Heinonen E., Lindfors O., Laaksonen M. A., Knekt P., Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy, *Journal of Affective Disorders*, Volume 138, Issue 3, 2012, Pages 301-312

76. Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>

77. Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., & Gelso, C. J. (2017). Therapist Expertise in Psychotherapy Revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7-53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>

78. Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11.

79. Germer, S., Weyrich, V., Bräscher, A.-K., Mütze, K., & Witthöft, M. (2022). Does practice really make perfect? A longitudinal analysis of the relationship between therapist experience and therapy outcome: A replication of Goldberg, Rousmaniere, et al. (2016). *Journal of Counseling Psychology*, 69(5), 745–754. <https://doi.org/10.1037/cou0000608>

80. Fredrik D. Moe & Jens Thimm (2021) Personal therapy and the personal therapist, *Nordic Psychology*, 73:1, 3-28, DOI: 10.1080/19012276.2020.1762713

81. Rønnestad, M. H., Orlinsky, D. E., & Wiseman, H. (2016). Professional development and personal therapy. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & L. F. Campbell (Eds.), *APA handbooks in psychology*. APA handbook of clinical psychology: Education and profession (pp. 223–235). American Psychological Association.

82. Robert G. Johns, Michael Barkham, Stephen Kellett, David Saxon, A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel's (2013) review, *Clinical Psychology Review*, Volume 67, 2019, Pages 78-93

83. Swift JK, Callahan JL, Cooper M, Parkin SR. The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2018 Nov;74(11):1924-1937. doi: 10.1002/jclp.22680. Epub 2018 Aug 8. PMID: 30091140.
84. Shir, R., Tishby, O. (2023). Therapy matchmaking: Patient-therapist match in personality traits and attachment style. *Psychotherapy Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2195054>
85. Heinonen E, Knekt P, Lindfors O. What Works for Whom: Patients' Psychological Resources and Vulnerabilities as Common and Specific Predictors of Working Alliance in Different Psychotherapies. *Front Psychiatry*. 2022 Jul 5;13:848408. doi: 10.3389/fpsy.2022.848408. PMID: 35865305; PMCID: PMC9

ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

Земляных Марина Венировна

*Санкт-Петербургский Государственный
Педиатрический Медицинский Университет*

Кретова Мария Владимировна

*Санкт-Петербургский Государственный
Педиатрический Медицинский Университет*

Аннотация. В статье рассматриваются возможности применения когнитивно-поведенческой психотерапии в работе с пациентами, страдающими заболеваниями кожи. Освещены основные положения и принципы когнитивно-поведенческого подхода. Проанализирована и систематизирована информация по результатам исследований его возможностей и эффективности при лечении заболеваний кожи. Статья носит преимущественно обзорный характер.

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческая психотерапия, автоматические мысли, промежуточные убеждения, глубинные убеждения, заболевания кожи, эмоциональные реакции, поведенческие паттерны, тревога, депрессия, псориаз, атопический дерматит.*

В современной науке понятие «психотерапия» трактуется как основной метод психологической коррекции, состоящий из набора техник и методик, применяемых для изменения психоэмоционального состояния человека, проявляющегося в его поведении, коммуникации и так далее, с целью улучшения его самочувствия и повышения адаптивных навыков в обществе, в процессе установления глубокого личного контакта между специалистом и клиентом путём бесед и обсуждений, для содействия изменениям отношений к социальному окружению и к собственной личности [10, 13].

На сегодняшний день существует три основных психотерапевтических направления: динамическое, экзистенциально - гуманистическое и когнитивно - поведенческое.

Основателем когнитивно-поведенческой терапии считается американский психотерапевт А. Бек. Однако стоит отметить, что становлению и развитию данной психотерапевтической школы способствовали и исследования других учёных когнитивистов и бихевиористов, в том числе И.П. Павлова, Б. Скиннера, Д. Уотсон, А. Эллиса и других. Также, в данном подходе отражены положения учений философов античности, в том числе Сократа, Эпиктета и прочих.

Когнитивно-поведенческая терапия – сфокусированное на формировании и развитии навыков краткосрочное психотерапевтическое направление, основной целью реализации которого является изменение неадаптивных эмоциональных и как следствие поведенческих реакций пациента, через изменение его мышления и привычных поведенческих паттернов [24].

Эффективность применения когнитивно-поведенческой психотерапии при различных психических и соматических расстройствах и заболеваниях, в том числе при тревожных и депрессивных расстройствах, хронических болях, сердечно-сосудистых заболеваниях, заболеваниях желудочно-кишечного тракта и так далее, была неоднократно подтверждена в многочисленных исследованиях [2, 4, 15]. Данный феномен объясним тем, что когнитивно-поведенческая терапия ориентируется на конкретные проблемы, связанные с диагностированным расстройством или заболеванием и поиск решений и действий, призванных помочь пациенту улучшить своё самочувствие через достижение желаемых им результатов и облегчение симптомов [18].

Ключевую мысль когнитивно-поведенческой психотерапии можно описать следующим образом: искажения мышления и неадаптивные стратегии поведения являются источником дистресса для человека и играют весомую роль в развитии и поддержании многих расстройств и их симптомов [18].

Дистресс представляет собой состояние страдания, при котором человек не может адаптироваться к стрессовым факторам и вызванному ими стрессу и выбирает дезадаптивные стратегии для их преодоления (пассивность, аддикции и так далее) [12]. В процессе когнитивно-поведенческой психотерапии дистресс может быть снижен через приобретение новых навыков обработки информации (изменение мышления) и выработку новых поведенческих стратегий совладания со стрессовыми ситуациями [18].

Основной принцип когнитивно-поведенческой психотерапии можно сформулировать следующим образом: высшие психические процессы (память, внимание, мышление и воображение в первую очередь) способствуют формированию понятийных схем, которые формируют определённые поведенческие реакции человека. И понятийные схемы, и поведенческие паттерны поддаются переосмыслению и коррекции. Изменения поведения позволяют приобрести новый опыт, а вместе с ним и новые стереотипы мышления, тем самым изменив эмоциональное состояние человека [2, 6, 11].

Ключевым понятием при работе с мышлением в когнитивно-поведенческой психотерапии является понятие «автоматических мыслей». Автоматические мысли – поток мышления, существующий параллельно с более осознаваемым мыслительным потоком, не осознаваемый без приложения целенаправленных усилий по его восприятию и как правило, кажущийся человеку достоверным несмотря на то, что не всегда корректно отражает объективную действительность. Автоматические мысли обусловлены личной интерпретацией какой-либо ситуации пациентом и во многом определяют его последующие эмоциональные и поведенческие реакции в произошедшем событии и являются отражением более сложных понятий – промежуточных и глубинных убеждений [4].

Глубинные убеждения - ключевые представления человека о себе, других людях и мире, абсолютизированные и обобщённые, обычно формирующиеся в детстве в процессе взаимодействия со значимыми взрослыми и приобретения первого жизненного опыта, активизирующиеся на фоне дистресса [4].

Промежуточные убеждения - отношения, правила и предположения человека, касающиеся самого себя, других людей и мира в целом, на базе которых возникают компенсаторные стратегии совладания с глубинными убеждениями [4].

В процессе когнитивно-поведенческой терапии пациенту важно научиться осознавать свои автоматические мысли, оценивать их достоверность и переосмысливать, тем самым постепенно понимая характерные глубинные и промежуточные убеждения и влияние, которое они оказывают на его эмоциональное состояние и поведение. Такие изменения способствуют формированию навыков асертивности, то есть способностей к поиску приемлемых для человека способов достижения поставленных целей с помощью собственных усилий через выдержку, самообладание, доброжелательные отношения к самому себе и к другим людям, умение открыто и искренне общаться [14].

Возможности применения когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов с различными соматическими патологиями, на сегодняшний день, активно изучаются в медицинской и психологической науке. Исследования показали, что сочетание применения лекарственных препаратов и психотерапии данного направления имеет большую эффективность и даёт более значимые улучшения в состоянии здоровья пациентов, чем исключительно медикаментозного лечения без психотерапевтической поддержки [16, 27].

Согласно положениям когнитивизма и бихеоризма, эффективность применения когнитивно-поведенческой терапии при различных соматических заболеваниях можно обосновать следующим образом: пациент, на основе своих личностных характеристик,

предыдущего опыта и проверенных преодолевающих поведенческих стратегий, создаёт свою собственную позицию по отношению к заболеванию и его последствиям [20]. Таким образом, кроме физических симптомов, являющихся следствием болезни, на её проявление и развитие влияют эмоциональные и поведенческие реакции пациента.

Когнитивно-поведенческую модель реакции больного на серьёзное соматическое заболевание можно описать следующим образом. При столкновении с заболеванием пациент, согласно своим личным и социальным характеристикам (возраст, пол, семейное окружение и прочее), а также жизненному опыту и знаниям, полученным ранее (конкретные пережитые жизненные ситуации, информированность о диагнозе, опыт взаимодействия с медицинскими работниками и иное), формирует определённые представления о себе и своей болезни и эмоционально реагирует на ситуацию заболевания (депрессивные, тревожные реакции, ощущение собственной уверенности и способности справиться и так далее), согласно этим представлениям, что обособывает его поведение по отношению к болезни (адаптация к заболеванию, неадекватные реакции, проявляющиеся в гиперконтроле, пассивном, избегающем, самодеструктивном, защитном и ином подобном поведении) [9].

Общие принципы когнитивно-поведенческой коррекции соматических проблем отражены в исследовании С.А. White [28]. К ним относятся акцентуация внимание пациента на его способности самостоятельно справиться с заболеванием (способность к «самопомощи»); определение «корня проблем», мешающего эффективному лечению; создание реалистичных и адаптивных когнитивных и поведенческих паттернов по отношению к самому себе, заболеванию и к жизни в целом, их поддержание и применение в повседневной жизни; обучение различению между представлением необходимой информации, способствующей эффективному лечению и «заверениями» с помощью ненужной и повторяющейся информации, часто поддерживающей когнитивные искажения; помощь в обучении навыкам, которые способствуют улучшению самоконтроля заболевания и его преодолению; создание профилактических методов [28].

На сегодняшний день, активно изучаются возможности применения когнитивно-поведенческой психотерапии при таких заболеваниях как сахарный диабет, синдром раздражённого кишечника, при сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях, а также при заболеваниях кожи [9, 22, 26].

По данным Всемирной организации здравоохранения, кожными заболеваниями страдает около 22% населения мира. При этом, сочетание дерматологической и психологической патологии составляют от 30 до 60%.

Кожа является видимым человеческим органом и поэтому, дерматологические симптомы могут становиться для пациентов дополнительным источником переживаний. Так, у больных с кожными патологиями может повышаться уровень социальной тревожности, развиваться страх быть непринятым другими людьми, усугубляться чувство одиночества и собственной непривлекательности, что существенно снижает качество жизни и даже может приводить к депрессии и неспособности полноценно включиться в общественную жизнь [22].

Исследование U. Gielер и других [22] показало, что около 25% от всех пациентов с заболеваниями кожи имеют депрессивные, тревожные и соматоморфные расстройства. Из-за социальной стигматизации 12,7% из более чем 3700 пациентов высказались о присутствии у себя суицидальных мыслей и 4% из них сообщили, что они были вызваны именно заболеванием кожи.

Кроме того, были обнаружены следующие связи между психикой и кожей, наиболее характерные для воспалительных дерматозов, в том числе псориаза: 1) психиатрическое заболевание или психологическое расстройство может стать причиной поведения, которое приводит к кожным поражениям (при пограничном расстройстве личности люди наносят себе повреждения, например, порезы; при депрессии часто отмечается нехватка заботы о себе в повседневных поведенческих репертуарах и так далее), 2) систематические

воспалительные заболевания влияют на эмоциональную сферу таким образом, что наблюдается увеличение депрессивной симптоматики, что объяснимо гормональными, иммунными и некоторыми другими связями в организме, 3) ряд психиатрических заболеваний изначально маскируется кожными симптомами (ипохондрия, дисморфическое расстройство, бред заражения, генерализованное тревожное расстройство, социофобия и так далее) [22,25].

Среди основных общих элементов, составляющих содержание психологической коррекции кожных заболеваний с помощью когнитивно-поведенческой терапии, можно выделить обучение пациентов знаниям об особенностях своей болезни и способах её контроля, а также выработку у них навыков контролирования симптомов не только с помощью лекарств, но и с помощью поведенческих действий (например, помощь в выходе из так называемого круга «зуд-расчёсы») [21, 22, 23].

Исследование S. Veugen [17] показало, что индивидуальные сеансы когнитивно-поведенческой психотерапии улучшают физическое и психологическое состояние пациентов с псориазом, в том числе за счёт выстраивания доверительных отношений между пациентом и терапевтом.

Работа D. G. Fortune [21] продемонстрировала, что когнитивно-поведенческая терапия повышает мотивацию пациентов с псориазом к лечению, а также улучшает их самовосприятие в позитивную сторону и помогает сформировать те навыки, которые позволяют лучше справляться с повседневным стрессом.

По данным A. Heratizadeh [23], обучающие когнитивно-поведенческие тренинги позволяют пациентам с атопическим дерматитом более успешно справляться с заболеванием, расширять знания о необходимой терапии и предупреждать формирование хронической стадии болезни.

В исследованиях E.N. Clarke [19] отражено, что самосострадание, формируемое в процессе когнитивно-поведенческой психотерапии, позволяет людям с кожными заболеваниями снизить стресс, связанный с внешними проявлениями заболеваний кожи, улучшить физическое и ментальное самочувствие, ввести в жизнь адаптивные стратегии борьбы со стрессом, в том числе через освоение навыков неосуждения, разговоры о позитивных событиях будущего, эмпатичное отношение к самому себе и уважительное отношение к имеющемуся кожному заболеванию, сосредоточение на текущих жизненных моментах, замену дисфункциональных и отрицательных автоматических мыслей на адаптивные и положительные, введение в повседневную рутину действий, способствующих заботе о физическом и эмоциональном самочувствии, а также проведение времени в поддерживающем окружении (семья, друзья и так далее).

Обобщая, можно предположить, что когнитивно-поведенческая психотерапия является эффективным методом лечения пациентов с различными кожными заболеваниями, дополняющим медикаментозное лечение и позволяющим улучшить их физическое и психическое самочувствие, а также снизить количество проявляемых симптомов и степень их выраженности.

В процессе когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов с кожными заболеваниями может быть выработано поведение, способствующее достижению успехов в лечении, например, связанное с регулярностью и соблюдением правил приёма необходимого медикаментозного лечения, соблюдением необходимых правил питания для улучшения самочувствия и так далее.

Кроме того, работа с мышлением, его изменение и реструктуризация, происходящие в когнитивно-поведенческом психотерапевтическом процессе, могут способствовать снижению тревог пациентов, связанных с заболеванием, снижать уровень самообвинений, которые могут возникать после постановки диагноза, менять их отношение к заболеванию и к себе самим, в том числе через снятие стигматизации с физических и психических страданий пациента, их принятие и учёт при оценке себя и своих действий [1, 3, 19].

Говоря о психологических характеристиках пациентов с кожными заболеваниями, в ряде работ отмечается, что для таких больных характерны повышенная эмоциональная чувствительность (ранимость), тревожность, а также тенденции к аутоагрессии в сочетании с повышенной раздражительностью по отношению к окружающим и стремлением скрыть её, пассивность, склонность к депрессивным состояниям, а также к проявлению вегетативной симптоматики (головная боль, учащённое сердцебиение, изменения уровня артериального давления и так далее), при столкновении со значимыми эмоциональными переживаниями [5, 8].

Наш опыт групповой работы с пациентами, страдающими псориазом, показывает, что им действительно свойственен высокий уровень тревоги, в том числе о состоянии своего здоровья, выраженный в опасениях его ухудшения или же об отсутствии положительной динамики. Депрессивная симптоматика проявляется в самообвинениях (в том числе в чувстве вины за поведение, которое, по мнению пациентов, могло спровоцировать начало заболевания) и в отсутствии веры в успех лечения и в собственную эффективность при реализации действий, способствующих выздоровлению. Кроме того, у пациентов наблюдаются недоверие к медицинскому персоналу (врачам – дерматологам), сомнения в их компетентности и убеждённость в отсутствии желания специалистов помочь им. Таким образом, пациенты оказываются в «ловушке», где ощущают себя не способными повлиять на течение и исход своего заболевания ни с помощью навыков саморегуляции, ни с помощью медикаментозного лечения, назначенного врачом.

В групповой динамике у пациентов наблюдаются желания поделиться переживаниями, однако, нередко возникают и опасения о непереносимости эмоций, с которыми они столкнутся в этот момент, из-за чего многие демонстрируют резкое нежелание продолжать разговор о тех или иных событиях, в том числе аргументируя подлинность своих опасений появляющейся вегетативной симптоматикой, описанной выше.

Наиболее часто встречающиеся поведенческие затруднения у больных псориазом, согласно нашим наблюдениям, касаются вопросов соблюдения определённых правил питания, а также режима приёма назначенных лекарственных препаратов.

Можно предположить, что применение когнитивно-поведенческой терапии у больных псориазом может быть направлено на формирование веры в успех собственного лечения, снятие самообвинений, изменение поведенческих паттернов, мешающих выздоровлению, в том числе через осознание своих когнитивных искажений - систематически повторяющихся ошибок мышления, обусловленных субъективным восприятием индивида, социальными, моральными, эмоциональными и иными стереотипами [7]. Также, существенная часть терапии должна быть направлена на формирование навыка осознания своих эмоций и умения переживать их.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бадри М. Пища для души Абу Зайда ал-Балхи. Когнитивно-поведенческая терапия врача девятого века. - Тбилиси: Международный институт исламской мысли, 2019. - 112 с.
2. Бек А. Когнитивная терапия депрессии: Пер. с англ. - СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
3. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности: Пер. с англ. - СПб.: Питер, 2022. - 448 с.
4. Бек Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям: Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2022. – 416 с.
5. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. – М.: Эксмо, 2003. – 608 с.
6. Когнитивная психология // Учебник для вузов под редакцией В. Н.Дружинина, Д. В. Ушакова.— М.: ПЕР СЭ, 2002. - 480 с.
7. Легостаева Е.С. Методологические предпосылки исследования когнитивных ошибок // Современная наука в теории и практике. Часть IV. - М.: Перо, 2018. - С. 53–72.

8. Менделевич В. Д., Соловьёва С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. - М.: Городец, 2016. - 600 с.
9. Прашко Я., Можны П., Шлепеcki М. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. - 1072 с.
10. Прикладные аспекты современной психологии: термины, концепции, методы // Справочное издание. Автор-составитель Н. И. Конюхов. - М., 1992. - 133 с.
11. Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия // Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Академия, 2002. - 192 с.
12. Селье Г. Стресс без дистресса: Пер. с англ. - М.: Прогресс, 1979. - 123 с.
13. Советский энциклопедический словарь // Под редакцией А.М. Прохорова. - М.: Советская энциклопедия, 1988. - 1600 с.
14. Формирование навыков асертивного поведения: диагностика и коррекция эмоциональных состояний: Методические материалы для психологического практикума // Методические материалы для психологического практикума, составители: Журавлев Д.В., Реверчук И.В., Дамадаева А.С., Галаватских А.С. - Махачкала : Дагестанский государственный университет, 2023. – 31 с.
15. иХолмогорова А.Б., Гараян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. Основные направления современной психотерапии // Учебное пособие под редакцией А.М. Боковой. - М.: Когито-Центр, 2000. – С. 224–267.
16. Beck A., Davis D., Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders - The Guilford Press. 2015. P. 616.
17. Beugen S., Ferwerda M., Spillekom-van Koulik S., Smit J.V., Zeeuwen-Franssen M.E., Kroft E.B., de Jong E.M., Otero M.E., Donders A.R., van de Kerkhof P.C., van Middendorp H., Evers A.W. Tailored Therapist-Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Treatment for Psoriasis: A Randomized Controlled Trial - Psychother Psychosom. 2016. P. 297-307.
18. Brewin. C. R. Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression - Annual Review of Psychology. 1996. P. 33—57.
19. Clarke E. N., Norman P., Thompson A. R. How does self-compassion help people adjust to chronic skin conditions? A template analysis study - Front. Med. 2022.
20. Enright S.J. Cognitive behaviour therapy-clinical applications - British Medical Journal. 1997.
21. Fortune D. G., Richards H. L., Kirby B., Bowcock S., Main C. J., Griffiths C. E. A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy - Br. J. Dermatol. 2002. 146. P. 458–465.
22. Gieler U., Gieler T., Peters E., Linder D. Skin and Psychosomatics – Psychodermatology today. JDDG. 2020. P. 1280-1298.
23. Heratizadeh A., Werfel T., Wollenberg A. Effects of structured patient education in adults with atopic dermatitis: Multicenter randomized controlled trial - J Allergy Clin Immunol. 2017. 140(3). P. 845–853.
24. Kaczurkin A. N., Foa E. B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence - Dialogues In Clinical Neuroscience. 2015. P. 337—346.
25. Senra M.S., Wollenberg A. Psychodermatological aspects of atopic dermatitis - Br J Dermatol. 2014. P. 38–43.
26. Sharif K., Watad A., Coplan L., Amital H., Shoenfeld Y., Afek A. Psychological stress and type 1 diabetes mellitus: what is the link? - Expert Rev Clin Immunol. 2018. P. 1081-1088.
27. Stefan G., Anu Asnaani M.A., Imke J.J., Vonk M.A., Alice T., Sawyer M.A., Angela Fang M.A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta- analyses - Cognit Ther Res. 2012. P. 427–440.
28. White C.A. Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Probleme -The Willey Series in Clinical Psychology. 2000.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОМАРКЕРОВ В РАБОТЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Ковпак Алиса Игоревна

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии,
Центр когнитивно-поведенческой терапии ВеСВТ*

Аннотация. Цели статьи фокусируют на проблемах дополнительной диагностики в процессе психотерапии и психологического консультирования на примере включения в протокол когнитивно-поведенческой терапии тревоги за здоровье исследования биомаркеров, характерных для соматоформного расстройства (телесного дистресса), как наиболее разнообразного по своим симптомам расстройства.

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческая терапия, протокол СВТ-НА, отношение к болезни, биомаркеры, биопсихосоциальная модель, психологическая диагностика, клиническая диагностика, комплайенс, соматоформные расстройства, телесный дистресс.*

Биопсихосоциальная модель является на сегодня общепризнанной и лежит в основе многих медицинских дисциплин, здравоохранении в целом и развитии человека, но особенно активно она используется в психиатрии, психиатрии и клинической психологии. Чтобы успешно применять эту модель, специалисты в области охраны психического здоровья должны обладать определёнными навыками и знаниями для глубокого изучения личности пациента, этиопатогенеза, процессов и структур, связанных с заболеваниями и расстройствами, прогнозирования его развития и разработки оптимальной стратегии лечения, что отражается в их клиническом мышлении [9].

С распространением биопсихосоциальной модели в медицине и психиатрии, а также с развитием холистического подхода к человеку, возникла потребность в квалифицированных клинических психологах в многопрофильных больницах. Клинический психолог обеспечивает психологические и социально-психологические аспекты диагностического, лечебного и восстановительного процессов [5, 6].

Диагностика – это первый этап работы с пациентами в многопрофильной больнице. Она предшествует терапевтическому этапу. Клинический психолог собирает необходимую информацию для всей медицинской бригады с целью уточнения и постановки диагноза, а также использует первичный психологический статус для мониторинга изменений состояния пациента. Психологическая диагностика - одна из ключевых задач клинического психолога. Для ее выполнения требуются глубокие знания не только в области клинической психологии, но и медицины, соответствующей профилю отделения, где работает психолог [1, 6].

В психотерапии и психологическом консультировании, в отличие от общей медицины, помощь основана на принципах коллаборации и паритета ответственности за результат между пациентом и психотерапевтом (клиническим психологом). Они вместе исследуют состояние и сложные ситуации в жизни пациента. Этот процесс коллаборации направлен на совместное изучение психологических механизмов, лежащих в основе симптомов психических расстройств и психологических проблем. Во время сложного процесса психотерапии часто возникает так называемое сопротивление – защитный механизм, который помогает пациентам избегать контакта с болезненными переживаниями, но затрудняет исследование их механизмов формирования симптомов и проблем.

Для формирования качественного контакта, укрепления рабочего альянса и терапевтических отношений, преодоления проблем с вязанными с поведением сопротивлением, формирования устойчивой мотивации на достижение отсроченного

результат психотерапии вместо сиюминутного облегчения от избегания, психолог использует разные функциональные подходы и принципы: эмоциональное присоединение, эмпатию, валидацию чувств, дидактический принцип «маленьких шагов», поддержку, нормализацию, внимание к ресурсам клиента, коллаборацию в формировании плана психотерапии и ее процесса, подкрепление достижений, сократовский диалог и в т.ч. эмпирический диспут [3].

Эмпирический диспут — это процесс проверки убеждений, внутренних правил, установок и паттернов мышления человека на соответствие реальности. Большая часть правил проверяется с помощью моделирования, мысленных или поведенческих экспериментов [2]. Но есть случаи, когда уместно и возможно применить и объективные методы исследования нарушений здоровья, которые назначаются врачом-специалистом для дифференциальной диагностики того или иного заболевания внутренних органов и систем. Например, пациенты с диагнозом соматоформное расстройство (соматический дистресс) имеют субъективно тяжело переживаемые соматические симптомы, сильную тревогу за здоровье или даже ипохондрию. В данном случае необходимы дополнительная диагностика у врача общей практики и врачей специалистов (кардиолога, невролога, гастроэнтеролога и др.) и соответствующие клинические исследования. Нередко после дифференциального диагноза клиент попадает на прием к клиническому психологу с большим количеством результатов клинических исследований, которые могут стать дополнительным источником информации и для клинического психолога.

Отношение к болезни как одна из мишеней психотерапии, влияющая на ее эффективность, характеризуется в том числе объективной и субъективной тяжестью заболевания. Субъективная тяжесть заболевания отражает знания пациента об объективной тяжести заболевания, отношение к нему сквозь призму оценок, значимости для социального статуса, когнитивных искажений, семейной традиции в воспитании того или иного типа отношения к болезни, роль телесных ощущений и выраженность эмоциональных реакций на нее [8]. Объективная тяжесть заболевания – это критерий летальности и вероятности инвалидизации, определяющий степень серьезности заболевания с медицинской точки зрения.

Если ваш пациент имеет соматоцентрированную концепцию болезни или ипохондрический тип отношения к болезни, то нередко он может проявлять активный интерес к обоснованию терапии или даже затребовать предоставление объективных данных для подтверждения точности диагностики и динамики показателей в процессе лечения. Помимо психообразования, проводимого психологом на первых этапах психотерапевтической работы, где объясняются ключевые этиопатогенетические механизмы расстройства, стратегия психотерапии, психотерапевтические принципы и другая полезная для данного пациента информация, объективные данные о собственном соматическом состоянии помогут укрепить психотерапевтический альянс и комплайнс, а также помочь отслеживать динамику состояния по данным лабораторных исследований [7].

С помощью регистрации объективных данных специалист в области охраны психического здоровья может показать пациенту наличие угрозы для здоровья, насколько адаптивны его эмоциональные и поведенческие реакции, соответствует ли его субъективная оценка тяжести расстройства объективным данным исследований, индивидуальной и статистической норме.

Недостаточно изученным и в то же время широко распространенным с разнородной симптоматикой является соматоформное расстройство (соматический дистресс), для которого требуется тщательная дифференциальная диагностика психических и соматических нарушений. Помимо диагноза врача – специалиста для подтверждения диагноза клинический психолог может также использовать дополнительные данные клинических исследований, характерных именно для данного вида психического заболевания. При соматоформных расстройствах такими косвенными показателями могут

быть следующие метаболические биомаркеры: дисбаланс 5-гидроксииндолуксусной кислоты, триптофана, иммуноглобулина E [10, 11].

Принципы когнитивно-поведенческой терапии могут служить основой для надёжных психотерапевтических отношений между специалистом и пациентом, созданию в ходе терапевтических сессий атмосферы доверия и уверенности в процессе лечения и самом себе. Это способствует поддержанию мотивации пациента к выздоровлению, формированию реалистичной картины здоровья и гибкости в управлении процессом лечения. Для работы с данной группой расстройств существует специфический протокол когнитивно-поведенческой терапии для тревоги за здоровье (СВТ-НА), который включает в себя применение основных принципов КПТ к специфике расстройства. Целью работы с телесным дистрессом является принятие соматических ощущений или «симптомов», коррекция отношения к болезням.

1. Оценка текущего состояния пациента и уровня тревоги за здоровье. Психолог определяет степень тревоги, ее причины и сопутствующие симптомы.

2. Идентификация дезадаптивных мыслей и убеждений. Пациент учится распознавать и фиксировать свои дезадаптивные мысли, связанные с тревогой за здоровье.

3. Анализ мышления и поиск альтернатив. Психолог помогает пациенту оценить обоснованность и реалистичность его мыслей, а также помогает найти альтернативные, более рациональные интерпретации и объяснения собственного поведения.

4. Развитие навыков релаксации и снижения стресса. Обучение техникам «скорой помощи», дыхательным упражнениям, мышечному расслаблению, упражнениям майндфулнесс и медитации.

5. Экспозиционная терапия. Пациент постепенно сталкивается с ситуациями, вызывающими тревогу, чтобы научиться справляться с ними и снижать уровень тревоги.

6. Поведенческие эксперименты. Пациент пробует новые способы поведения, которые помогают справиться с тревогой и улучшить свое состояние.

7. Поддержка и мониторинг после психотерапии. Психолог продолжает поддерживать пациента и помогать ему справляться с возможными рецидивами тревожных состояний в виде бустерных сессий.

Также протокол СВТ-НА (когнитивно-поведенческая терапия тревоги о здоровье) может быть гибким инструментом, подстраиваемым под темп работы и возможности пациента, включать в себя разнообразные техники, такие как: техника «издержки и выгоды» от принятия неопределенности, техника «тревожное досье», техника «время для беспокойства», техника декатастрофизации, разработка эмоциональных стратегий и другие. Благодаря этому можно оценивать прогресс психотерапии и корректировать его при необходимости, а также достигать поставленных совместно с пациентом целей. Кроме того, использование протоколов когнитивно-поведенческой терапии позволяет адаптировать и внедрять новые диагностические инструменты и методы психотерапии, методологически не противоречащие биопсихосоциальной модели, такие как дополнительные данные из медицины и клинической лабораторной диагностики [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березин М.А. О статусе медицинского психолога в системе здравоохранения, недостатках системы подготовки клинических психологов и связанных с ними проблемами и перспективах // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2 (13) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 01.07.2015).

2. Диджузеппе Р., Дойл К., Драйден У., Бакс У. Рационально-эмотивно-поведенческая терапия. СПб.: Питер, 2021. 480 с.

3. Добсон К., Добсон Д. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. СПб.: Питер, 2021. 400 с.

4. Ковпак Д. В. Когнитивно-поведенческая психотерапия А.Т. Бека, с. 467–491 // Психотерапия: национальное руководство / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 992 с.
5. Кремлева О. В. Интеграция медицинской психологии в медицину: чья это проблема? // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 1 (12) [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mprj.ru> (дата обращения: 01.07.2015).
6. Русина Н.А. Клинический психолог в системе здравоохранения: проблемы, реалии, перспективы // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 1 (12) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения 01.07.2015).
7. Чижова А.И. Клинико-психологические аспекты патогенеза соматоформных невротических расстройств // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». Челябинск, 2012. Вып. 16, № 6 (265). С. 138–144
8. Чижова А.И. Роль личностных особенностей пациента в терапии соматоформных расстройств // Профилактическая и клиническая медицина. 2011. Т. II. № 2 (39). С. 383–385.
9. Шлычков А.В. Клиническое мышление и врачевание // Международный журнал экспериментального образования. 2010. № 7. С. 143–144. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=542> (дата обращения 29.10.2023).
10. Hennings A., Schwarz M. J., Riemer S., Stapf T. M., Selberdinger V. B., Rief W., Exercise affects symptom severity but not biological measures in depression and somatization - results on IL-6, neopterin, tryptophan, kynurenine and 5-HIAA, Psychiatry Res. 2013 Dec 30;210(3):925-33. doi: 10.1016/j.psychres.2013.09.018. Epub 2013 Oct 3.
11. Maes M., Rief W. Diagnostic classifications in depression and somatization should include biomarkers, such as disorders in the tryptophan catabolite (TRYCAT) pathway // Psychiatry Res. 2012 Apr 30; 196 (2-3): 243–249. doi: 10.1016/j.psychres.2011.09.029. Epub 2012 Feb 24. PMID: 22364930.

КОГНИТИВНАЯ КАРТА КЛИЕНТА В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ПОТРЕБНОСТИ

Ковпак Дмитрий Викторович
кафедра психотерапии
медицинской психологии и сексологии СЗГМУ
им. И. И. Мечникова,
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Аннотация. В статье описываются и методологически рассматриваются основные термины, понятия и конструкты терапии, ориентированной на потребности, модель концептуализации, базирующейся на потребностях, и когнитивная карта клиента.

Ключевые слова: потребности, терапия, ориентированная на потребности, терапия, сфокусированная на потребностях, концептуализация, базирующаяся на потребностях, три ведущих домена потребностей, биопсихосоциальная модель потребностей, фрустрированные потребности, когнитивная карта, репрезентация.

Терапия, ориентированная на потребности, — это системный подход к лечению, изменениям и развитию человека на основе адаптивных, функциональных и конструктивных стратегий удовлетворения его ведущих потребностей. Данная терапия относится к когнитивно-поведенческому направлению психотерапии и применяет весь арсенал его современных методов и техник. Она ориентирована и сфокусирована на выявлении базовых и актуальных потребностей человека в биологической, психологической и социальной сферах его жизнедеятельности. [6]



Рис. 1 Когнитивная концептуализация терапии ориентированной на потребности

Исходя из когнитивной модели А. Бека и диагностической модели А. Эллиса, используя уже более шести десятилетий, мы можем выводить как линейные «простые», так и нелинейные связи в форме концептуализации как системы изучения, обозначения и фиксации в форме, например, когнитивной диаграммы «сложных» связей — проблемно ориентированная концептуализация Дж. Бек (1993) [1,4,5] и концептуализация

«сильных сторон» (Strength-based cognitive conceptualization diagram) Дж. Бек (2018, 2021) [2,9,6]. Диаграмма когнитивной концептуализации отражает систему сложных взаимосвязей ментальных конструкторов человека и внешнего проявления их функционирования в виде его феноменологически регистрируемых эмоций и поведения. Основанием диаграммы когнитивной концептуализации и системы убеждений, отраженных в ней, является глубинное/ые убеждение/ия (ГУ, представленные в виде «Я-концепции» и отраженные в характеристиках, начинающихся с личного местоимения «Я») и релевантные данные жизни и детства, связанные с их формированием.

Концептуализация с опорой на потребности (рис. 1) представляет собой дальнейшую эволюцию когнитивной концептуализации и призвана внести в традиционные виды концептуализации расширение модели генеза глубинных убеждений и схем с использованием опоры на потребности и разделения потребностей на три домена в контексте биопсихосоциальной модели Дж. Энгеля. Данная модель позволяет рассмотреть генез и развитие дисфункциональных убеждений и мыслей всех уровней в тесной взаимосвязи с неудовлетворенными (фрустрированными) потребностями сенситивного периода развития (значимые данные детства) и всей жизни (значимые данные жизни), использовать более точный сбор информации по контексту различных систем разного уровня, в том числе суперсистем, куда включена открытая персональная система человека — семьи как системы (микросоциум) и системы макросоциума (коллектив, этнос, страна, популяция, человечество, цивилизация). К биологическому домену мы относим потребность в выживании (включая потребление питательных веществ, воды, кислорода и прочее) и сохранении физиологического благополучия, потребность в безопасности и иные биологические потребности, к психологическому домену — потребность в познании, развитии и эмоциональные потребности (удовольствие, любовь, игра и т. д.) и иные психологические потребности, к социальному домену — потребность во взаимодействии, в общении, принадлежности (признании, принятии, принадлежности) и иные социальные потребности. Оригинальность представленной концептуализации заключается в том числе в использовании биопсихосоциальной модели потребностей, интегрированной в сложную модель когнитивной концептуализации. Это позволяет репрезентовать на уровне модели феномен человека в качестве сложной, открытой динамической системы и ее генез. Дисфункциональные последствия (реакции) компенсируются так называемыми компенсаторными стратегиями, в которых выделяется целый ряд категорий, описанных в монографии Дж. Бек и требующих отдельного и более подробного описания. Также мы предлагаем рассмотреть и адаптивные стратегии, вытекающие как из анамнеза (ресурсов человека), так и из терапии и текущего актуального релевантного опыта. [4]

Для сбора данных в терапии, ориентированной на потребности, используется когнитивная карта клиента. Термин «когнитивная карта» впервые в научное употребление ввёл американский психолог Эдвард Толмен в 1948 году. Эдуард Чейс Толмен (Edward Chase Tolman) — американский психолог, известный своими работами в области когнитивной психологии и теорией обучения на основе знаков. Он утверждал, что животные и люди учатся не только на основе внешних стимулов и реакций, но и используют когнитивные карты, позволяющие им ориентироваться в пространстве и планировать свои действия. В 1948 году он предположил, что после изучения окружающего пространства в головном мозге животного формируется когнитивная карта, которая помогает в дальнейшем выбирать оптимальный маршрут.

Толмен известен своим экспериментом с лабиринтом, который подтверждал его теорию о наличии когнитивных карт у крыс. В 1948 году он провёл знаменитый эксперимент, в результате которого появилось понятие «когнитивной карты» [7]. В эксперименте Толмена крысы были помещены в сложный лабиринт с множеством коридоров и развилок. После изучения лабиринта в течение нескольких дней, крысы смогли эффективно ориентироваться и находить путь к награде (еде), даже если стандартный путь был заблокирован. Толмен предположил, что крысы формируют «когнитивную карту» или

внутреннее представление лабиринта, которое помогает им ориентироваться. Это было революционным утверждением для своего времени, заставившим пересмотреть подход к психике человека. В тот период времени мало кто из коллег его поддержал; сильными позициями обладало представление бихевиористов: выбор пути осуществляется за счет последовательных двигательных реакций в ответ на внешние стимулы. Только через десять лет был разработан метод, позволивший проверить гипотезу Толмена экспериментально — вживление в мозг животных электродов для длительной записи активности нейронов. Эксперименты Толмена с крысами и его концепция когнитивных карт привели к значительным изменениям в понимании процессов обучения и памяти, стимулировав дальнейшие исследования в области когнитивной психологии и нейрофизиологии. Когнитивная карта по Толмену представляет собой схему, описывающую восприятие объекта отдельным человеком или группой лиц. Она состоит из концептов (отдельных элементов изучаемой ситуации) и дуг (связей между концептами). Концепты изображаются на вершине карты, а дуги показывают взаимосвязь между ними. Сам Толмен не получил Нобелевской премии, но ее получили его ученики и последователи Джон О Киф и супруги Мозеры (Мэй-Бритт (May-Britt Moser) и Эдвард Мозер (Edward I. Moser) в 2014 году. Премия была присуждена им за открытие нейронов в энторинальной коре, обеспечивающих ориентацию в пространстве. Помимо «клеток местоположения» и grid-нейронов в систему «GPS мозга» входят клетки, распознающие положение головы и направление взгляда, а также границы помещения; они тоже расположены в энторинальной коре. Джон О'Киф в 1971 году впервые описал нервные клетки в гиппокампе, реагирующие на положение животного в пространстве. Супруги Мозер фактически являлись учениками О'Киф в 90-е годы, затем, переехав в Норвегию, опубликовали работу в 2005 году, описывающую нервные клетки в соседней с гиппокампом области (энторинальной коре), реагирующие как будто бы на пересечение узлов воображаемой пространственной решетки, то есть на прохождение при движении четко определенных расстояний в определенном направлении. Открытие системы навигации мозга представляет собой качественный сдвиг в науке. Стало понятно как «ансамбли» специализированных клеток, работая в совокупности, обеспечивают высшие нервные функции. «Данное открытие открывает новые перспективы в исследовании других когнитивных процессов, таких как память, мышление и планирование», – указано в пресс-релизе Нобелевской ассамблеи.

Когнитивная карта по Толмену связана с потребностями через концепцию восприятия и взаимодействия человека с окружающим миром. Карта описывает, как человек воспринимает объекты и ситуации, и как это влияет на поведение и действия. Потребности являются одним из ключевых факторов, влияющих на восприятие и формирование когнитивной карты.

Психическая активность включает в себя постоянных процесс репрезентации окружающей действительности, а результатом этого процесса выступают конкретные когнитивные репрезентации, которые могут быть исследованы. В своей работе 1958 года «Science and sanity: an introduction to Non-Aristotelian systems and general semantics» Альфред Коржибски (автор знаменитой фразы «Карта не есть территория») подчеркивал, что прогресс человечества предопределен наличием гибкой нервной системы (проброобраз термина нейропластичность – Д.К.), способной создавать и использовать символические когнитивные репрезентации, или ментальные карты. Обладая языком понятий, мы оказываемся в состоянии создавать карты и модели реальности, которые позволяют суммировать и обобщать опыт, а также передавать его другим. Именно эта способность к обобщению (и говоря сегодняшним языком – когнитивному репрезентированию), как полагал А. Коржибски, объясняет прогресс человека по сравнению с животными, однако ошибки в понимании и использовании соответствующих когнитивных механизмов являются причиной множества проблем человека. Он предпологал, что помочь человеку сможет научение различать когнитивную карту (когнитивную репрезентацию реальности) и территорию (реальность) через более точное и аккуратное использование языка. По

мнению А. Коржибски чрезвычайно важно научить человека как осознавать и расширять свои когнитивные репрезентации. Окружающий мир не является столь ограниченным и лишенным альтернатив, как это видит человек через «призму» своего опыта, репрезентированного в виде когнитивной карты, включающей образ себя, других и мира. Люди затрудняются «увидеть» альтернативные возможности, поскольку они не репрезентированы или кажутся невозможными в их картине мира. Или, говоря языком А. Эйнштейна, наше мышление создает такие проблемы, которые не могут быть решены мышлением того-же типа (или на том же уровне).

В когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности, когнитивная карта и сам процесс картирования относится к процессу сбора данных и диагностики клиентов. Он способствует более полному анализу и более прицельному сбору данных для составления когнитивной концептуализации и более качественного плана терапии на ее основе. Глубинные убеждения отражают «Я-модель» («Я концепцию»), в качестве репрезентации образа себя, интегрированного в «картину мира». Именно, через «призму» «Я модели» человек «смотрит» и выстраивает взаимоотношения со значимыми «Другими» (концептуализированными репрезентациями значимых других) и Миром (формулируемым на основе репрезентации окружающей действительности). Еще в древности философам было ясно, что концептуализация понятия Я автоматически требует определения концепции Другого, как противоположной стороны Я. Однако понятие Другого в чистом виде появилось лишь в конце 18 века — в философии Георга Гегеля. В своей «Феноменологии духа» (1807 г.) он вводит понятие Другого как ключевую составляющую самосознания и объясняет, что утверждение самосознания возможно лишь через признание Другого. Категория Другого появляется в философско-антропологических исследованиях Нового времени в связи с интересом мыслителей к более широкому понятию субъекта, выявление статуса которого происходит за счет его сопоставления с противостоящим ему сущим, второй стороной взаимодействия. Так, классическая европейская философия рассматривает Другого как «другое Я», «моё инобытие», «второе Я» (Р. Декарт, Л. Фейербах, Г.-В.-Ф. Гегель). Концепция М. Хайдеггера представляет Другого как некое «усреднённого Другого». В диалогических теориях М.М. Бахтина, М. Бубера, Х.-Г. Гадамера Другой тождественен понятию «Ты». П. Рикёр различает две разные категории Другого: «другой-ты» и «любой другой». Для Ж.-П. Сартра Другой представляет собой отрицание моего Я, для Э. Левинаса — абсолютную Инаковость, Ж. Делёза — возможность. Для сторонников феноменологического подхода (в отличие, например, от Декарта, который выводит существование я (сogito) из самого субъекта безотносительно Другого и окружающего мира) знание Другого (интуитивное) предшествует самосознанию, а познание Другого, исследование его как объекта приводит нас к познанию собственной сущности. В психоанализе Другой в основном рассматривается как часть собственного Я. Проблема исследовалась такими учеными, как: З. Фрейд, Ж. Лакан, М. Мерло-Понти, Ж.-Л. Нанси, Дж. Г. Мид. Так, например, Лакан в своей теории отталкивается от известной фразы А. Рембо: «Я – это другой». Для Лакана место существования и господства Другого — это сфера бессознательного. Дискурс Другого представлен в общепринятых формах речевой практики большинства, способах выражения (артикуляции) Реального, предлагаемых языком и культурой.

С герменевтическим подходом тесно связано исследование феномена Другого в рамках теории диалогизма (И.О. Лосский, М.М. Бахтин, С.Л. Франк, М. Бубер, К. Ясперс, Л.С. Выготский, Ю. Хабермас, Ю.М. Лотман). По мнению диалогистов, понимание Другого (которое является необходимым шагом на пути понимания себя и гармоничного существования личности) наилучшим способом осуществляется через диалог. Диалогисты уверены, что проблему Другого надо решать не гносеологически, а «через ситуацию общения».

Причем, как пишет российский исследователь И.С. Дорогавцева в своей работе «Проблема Другого в западной культуре»: «успешность, продуктивность коммуникации

зависит от того, насколько развито у участников диалога умение видеть в Другом равноправного партнёра, одновременно признавая его право на различие. В диалоге культур мы сталкиваемся с проблемой множественности норм, ценностей, установок, требующей преодоления этноцентристского мышления» [3].

Когнитивная карта клиента N		
Жалобы:	Ключевые жалобы и переживания	
Проблемы:	Гипотезы об убеждениях, лежащих в основе проблем:	
Запросы	Какие ценности отражают запросы:	
Цели клиента	Смыслы достижения поставленной цели:	
Анализ релевантных проблем с помощью СМЭР		
Убеждения		
Промежуточные убеждения (Ф/Д)	Глубинные убеждения (Ф/Д)	
Стратегии поведения		
Компенсаторные	Адаптивные	
Устремления/интересы/желания	Какие потребности отражают?	
Потребности		
Биологические	Психологические	Социальные
Квазипотребности (производные от базовых потребностей)		
Деадаптивные	Адаптивные	
Факторы среды		
Деадаптивные	Адаптивные	
История		
Персональная	Семья	Социума
Ресурсы		
Ресурсы внутренние	Ресурсы внешние	
Цели терапии (в биологической, психологической и социальной сферах)	Критерии достижения цели	
Стратегия и тактика терапии	Задачи и этапы терапии, техники и методики	

Рис. 2 Когнитивная карта клиента терапии ориентированной на потребности, Ковнак Д. В. ©

Описанные в формуляре когнитивной карты разделы описывают различные аспекты исследования системы убеждений и репрезентаций опыта клиента.

Жалобы и ключевые переживания: раздел посвящён описанию проблем и переживаний клиента, с которыми он обратился за консультацией. Проблемы и гипотезы об убеждениях: здесь рассматриваются возможные причины возникновения проблем и предлагаются гипотезы о том, какие убеждения лежат в их основе. Запросы и ценности: раздел фокусируется на определении ценностей и запросов клиента, которые он хочет реализовать в процессе терапии. Цели клиента и смыслы достижения цели: здесь обсуждаются цели клиента и способы их достижения, а также анализируются возможные последствия для клиента. Анализ релевантных проблем с помощью СМЭР: раздел

посвящён использованию анализа при помощи протокола СМЭР для регистрации данных о ключевых событиях, мыслях и мыслеобразах, ключевых эмоциях, физиологических и поведенческих реакциях. Убеждения: раздел рассматривает различные уровни убеждений клиента, включая промежуточные и глубинные убеждения. Стратегии поведения: раздел изучает компенсаторные и адаптивные стратегии поведения клиента, а также его устремления, интересы и желания. Потребности: раздел фокусируется на биологических, психологических и социальных потребностях клиента, а также на квазипотребностях (термин, введенный К. Левиным), производных от базовых потребностей. Деадаптивные и адаптивные факторы среды: раздел исследует влияние внешней среды на адаптацию клиента и предлагает методы для улучшения его адаптации. История: раздел включает персональную историю клиента, историю его семьи и историю социума, в котором он живёт. Ресурсы: раздел обсуждает внутренние и внешние ресурсы клиента, которые могут быть использованы для достижения поставленных целей. Цели терапии: раздел определяет цели терапии в биологической, психологической и социальной сферах, а также критерии достижения этих целей. Стратегия и тактика терапии: раздел описывает стратегию и тактику терапии, задачи и этапы терапии, а также используемые техники и методики.

Таким образом когнитивная карта клиента в когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности, является методом и формой прояснения и регистрации репрезентаций субъективной реальности клиента в виде представлений о себе, других и мире, элементов его системы убеждений, отношений и потребностей. Когнитивная карта клиента помогает собрать важную, значимую и необходимую для формирования когнитивной концептуализации с опорой на потребности и системного плана терапии. Концептуализация является основой для системного плана терапии, позволяя более осознанно, поэтапно и целенаправленно достигать тактических и стратегических целей терапии. В плане терапии, ориентированной на потребности, стратегия подразумевает формирование способов реализации ведущих потребностей и навыков, необходимых для их реализации. При достижении этой цели устраняются механизмы этиопатогенеза расстройств и генеза проблем, связанных с дисфункциональными способами удовлетворения потребностей, с которыми обратился за помощью пациент или клиент.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2018. – 416 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
2. Бек Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. 3-е издание - СПб.: Питер, 2024 – 512 с.: ил. - (Серия «Мастера психологии»).
3. Дорогавцева И.С. Проблема понимания Другого и герменевтика текста в философской мысли XX века // Жанры и типы текста в научном и медийном дискурсе: межвуз. сб. науч. тр. — Вып. А. Г. Пастухов. — Орёл: ОГИИК, Полиграфическая фирма 2006 - С. 39 - 44 ISBN 5-9708-0057-0
4. 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.
5. Ковпак Д. В. Диагностика в когнитивно-поведенческой терапии // VII Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. — СПб.: СИНЭЛ, 2021. — С. 100–116.
6. Ковпак Д. В. Терапия, ориентированная на потребности//IX Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. - СПб: Лема, 2023. – стр. 143 -157.
7. Толмен Э. Когнитивные карты у крыс и у человека. С. 63-69 // Хрестоматия по истории психологии. Под ред. Гальперина П.Я., Ждан А.Н. –М.: Изд-во МГУ, 1980. –364 с.

8. Alfred Korzybski, Science and sanity: an introduction to Non-Aristotelian systems and general semantics - Institute of General Semantics, 1958 – 806 c.
9. Beck Judith S. Cognitive Behavior Therapy, Third Edition: Basics and Beyond. – New-York: The Guilford Press, 2021.

КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Ковнак Дмитрий Викторович
кафедра психотерапии
медицинской психологии и сексологии СЗГМУ
им. И. И. Мечникова,
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Мошкова Ольга Александровна
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Аннотация. В статье проведен теоретический обзор проблемы психического и психологического здоровья в психологии, психиатрии, психотерапии, а также описания паттернов функционального мышления и поведения в методах когнитивно-поведенческой терапии.

Ключевые слова: *психическое здоровье, психологическое здоровье, здоровая личность, когнитивно-поведенческая психотерапия, рациональные убеждения, концептуализация сильных сторон, потребности, самопринятие.*

Современная психотерапевтическая практика ориентирована не только на редукцию симптомов и преодоление психических расстройств, но и на решение внеклинических проблем, адаптацию, жизнестойкость, изменение качества жизни, благополучие, активность, развитие человека и его взаимодействия с другими и миром. Здоровье у человека в целом рассматривается в качестве состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

И даже в случае лечения психических расстройств, Аарон Бек и Джудит Бек подчеркивают, что задача когнитивной терапии состоит в помощи человеку начать жить той жизнью, которую он хотел бы реализовывать, основываясь на своих устремлениях [5; 27]. В практической работе с клиническими симптомами может наступить момент, когда клиент произносит фразу «я знаю, как быть больным, и не знаю, каково это - быть здоровым». Одновременно с этим не только у клиентов, но и у специалистов возникают вопросы о том, как относится к определенным паттернам мышления и поведения. Например, какие потребности важнее - индивидуума или окружающих и как бы поступил условно здоровый человек в определенных ситуациях.

Симптомы психических расстройств изложены медицинских классификациях болезней, таких как DSM-5, МКБ-10, МКБ-11, а концепция здоровья описана ВОЗ в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, сокращенно МКФ. Всеобъемлющая цель МКФ — обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Она вводит определения составляющих здоровья и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия (таких как образование и труд).

Таким образом, домены, имеющиеся в МКФ, могут рассматриваться как домены здоровья и как домены, связанные со здоровьем. Эти домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней: 1) функции и структуры организма (В- Body), 2) активность (А – Activity) и участие (Р – Participation) [32]. Личностные факторы являются составляющей факторов контекста, но они не классифицированы в МКФ из-за больших социальных и культурных вариаций, связанных с ними.

Поскольку большинство методов психотерапии, также как и психиатрии, были изначально сфокусированы на изучение причин расстройств и способов их преодоления, что подчеркивали А. Маслоу, М. Селигман [17; 22] и другие авторы, то проблемам психологического здоровья уделялось не так много внимания как в теориях, так и в исследованиях психотерапии. Вместе с тем, это важные ориентиры и для психотерапевтов и для клиентов в психотерапевтической работе. Например, А. Эллис [28] предложил список таких критериев для ориентации в постановке целей терапии на этапе после преодоления психических расстройств и психологических проблем.

Концепт «здоровье» - область междисциплинарного знания, и в том или ином виде, может рассматриваться с позиций медицины, в частности психиатрии, философии, психологии, психотерапии.

Относительно понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» необходимо отметить, что до настоящего времени в психологической науке не сложилось однозначного подхода как к их определению, так и разграничению: зачастую они используются как тождественные (этой проблеме посвящен теоретический обзор О. А. Баякиной [3]), а некоторые авторы акцентируют внимание на существенные отличия между ними (В. А. Ананьев, И. В. Дубровина) [2;3;13]. И. В. Дубровина предложила следующее разграничение терминов: «Если термин «психическое здоровье» имеет отношение, с нашей точки зрения, прежде всего к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом...» [13]. В контексте разграничения понятий В. А. Ананьев определял «норму» психологического здоровья: «Если для психического здоровья норма - это отсутствие патологии, симптомов, мешающих адаптации человека в обществе, то для определения нормы психологического здоровья важно наличие определенных личностных характеристик. И если заботой психиатра по большей части становится избавление пациента от патологических факторов, то направление действий психолога идет в сторону приобретения человеком полезных свойств, способствующих успешной адаптации. Кроме того, норма психологического здоровья предполагает не только успешную адаптацию, но и продуктивное развитие человека на благо самому себе и обществу, в котором он живет» [2].

В рамках психиатрии и психопатологии проблемы разведения понятий психическое «здоровье – болезнь», («норма – патология») относятся к наиболее сложным и теоретически, и методологически (Б. С. Братусь, Б. Д. Карвасарский) [10; 14; 16]. При этом термин “норма” хоть и может использоваться в психиатрической практике как обозначение здоровья, но не является ему синонимичным. Здесь важно учитывать многочисленные примеры смещения границы между патологическим и непатологическим в зависимости от особенностей самого социума. Психиатры всех времен подчеркивали относительность границ нормы, вспомним, например замечание П.Б. Ганнушкина «...в таком, с одной стороны, хрупком и тонком, а с другой — в таком сложном аппарате, каким является человеческая психика, можно у каждого найти те или иные, подчас довольно диффузные, конституционально-психопатические черты; «гармонические» натуры по большей части есть плод воображения» [11].

В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем одиннадцатого пересмотра психические поведенческие расстройства и расстройства нейрорпсихического развития описываются через синдромы, которые характеризуются клинически значимым расстройством познавательной функции, эмоционального саморегулирования или поведения человека, отражающим дисфункцию в психологических, биологических процессах или процессах развития, лежащих в основе психического и поведенческого функционирования. Эти расстройства или нарушения обычно связаны с дистрессом или ухудшением в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или иной важной области функционирования [34].

Всемирная организация здравоохранения определяет психическое здоровье как состояние психического благополучия, которое позволяет людям справляться со

стрессовыми ситуациями в жизни, реализовывать свой потенциал, успешно учиться и работать, а также вносить вклад в жизнь общества. При этом, ВОЗ, подчеркивает, что психическое здоровье — это гораздо больше, чем просто отсутствие психических расстройств: это неотъемлемая часть индивидуального и коллективного здоровья и благополучия. Психическое здоровье представляет собой индивидуальный для каждого человека непрерывный континуум, в рамках которого человек сталкивается с комплексом факторов разной степени сложности и испытывает разный уровень стресса, что приводит к разным потенциальным социальным и клиническим последствиям. [31; 32; 33]

Отечественный психиатр Ю. В. Каннабих определял душевно здоровым человека с точки зрения общества следующим образом: «когда человек, во-первых (если он не инвалид и не лежит больной), может заботиться о себе, соответственно своему возрасту, умеет примениться к окружающей его обстановке, то есть к общепринятым обычаям..., и, во-вторых, когда всё его поведение (речи, поступки) не только не мешают общей жизни людей, но, наоборот, содействуют общей, так что деятельное участие и сотрудничество этого человека в коллективе является полезным и желательным» [10; 11]. Б. Д. Карвасарский констатировал все большее распространение понимания психического здоровья «не негативным образом - лишь как отсутствие дезадаптации, - а с точки зрения позитивного ее аспекта как способность к постоянному развитию и обогащению личности за счет повышения ее самостоятельности и ответственности в межличностных отношениях, более зрелого и адекватного восприятия действительности, умения оптимально соотнести собственные интересы с интересами группы (коллектива)» [14].

В вышеперечисленных контекстах, психическое здоровье в рамках психиатрии понимается тождественно вышеперечисленным определениям психологического здоровья.

В соответствии с биопсихосоциальной моделью (Дж. Энгель, Дж. Романо) на развитие и поддержание как психических расстройств, так и психического здоровья оказывают влияние три группы факторов: биологические (генетическая предрасположенность, травмы/повреждения, эпигенетика, биогеофизические факторы и механизмы пато- и саногенеза), социальные (микро - и макросоциальная среда - от семьи как системы до больших трудовых и внерабочих коллективов, культуральные, исторические, религиозные, этнические, экономические и т.п. факторы) и психологические (устремления, ценности, убеждения, копинги и проч.).

Влияние самого человека на эти факторы неравнозначно. Так влияние на генетические факторы лишь в некоторой степени возможно через поддержание оптимального функционирования организма. Чаще в общей литературе в таком контексте используется термин здоровый образ жизни (однако сам ЗОЖ находится на пересечении факторов). Влияние на социальные факторы связано с развитием индивида в социальном контексте среды (межличностные отношения, обучение, трудоустройство, карьера и проч.) и иерархических отношений, отчасти влияние на социально окружение возможно через его сознательную смену и/или изменение места жительства и социального окружения (однако решение и способность к такой смене также находится на пересечении факторов). При этом на психологические факторы человек способен оказать значительно большее влияние, чем на предыдущие и значительно большее, чем он сам обычно предполагает.

Преимущественно через влияние на психосоциальные факторы в психотерапии осуществляется работа по преодолению психических расстройств в их психологической составляющей, а также по решению проблем, изменениям и развитию человека. Психотерапия как самостоятельная область знания и практики находится на пересечении психологии, психиатрии, философии, лингвистики, педагогики, а ее методы могут принадлежать как к естественнонаучной, так и гуманитарной парадигме.

Методы, школы и направления психотерапии имеют, как правило, собственную концепцию феномена человека, его личности и порой даже психики со специфическим в связи этими концепциями объяснением механизмов психических расстройств и

психологических проблем, а также методов их преодоления, при этом используют собственную терминологию описания процессов патогенеза, терапии и ее результатов. В них может больше или меньше уделяться внимание полноценному функционированию человека, а само проявление этого явления может осуществляться через описание более успешного преодоления бессознательных конфликтов в психодинамических методах (З.Фрейд, К.Г. Юнг, К. Хорни, А. Адлер), самоактуализацию (К. Роджерс, А. Маслоу) и смысла (В. Франкл) в гуманистических методах, здоровое удовлетворение потребностей (Э. Фромм, Ф. Перлз, П. Гудман, Ж. Робин), взаимоотношения с обществом (Э. Фромм), а также через описание здоровой личности в методах имеющих в основе концепцию личности (З. Фрейд, К.Г. Юнг, А. Адлер, Э.Фромм, Г. Олпорт, К. Роджерс, А. Маслоу), а в рамках методов когнитивно-поведенческого подхода - специфических паттернов в когнитивной, эмоциональной, физиологической и поведенческой сферах - ключевыми из которых выступают рациональные убеждения (А. Эллис), функциональные убеждения (А. Бек, Дж. Бек), позитивные схемы (Дж. Льюис и соавт), оптимизм (М. Селигман), и здоровых форм поведения или полезных навыков (А. Бандура, А. Сальгер).

Здоровая личность с позиций психоанализа (З. Фрейд) использует более зрелые психологические защиты, такие как, например, сублимация, приводящие к более удачному разрешению конфликта между влечениями и интернализированными социо-культурными нормами [23]; с позиций аналитической теории личности (К.Г. Юнг) интегрирует разноплановые тенденции в единое целое [25]; с позиций индивидуальной теории личности (А. Адлер) - проявляет социальный интерес, то есть по-настоящему беспокоится о других, открыт для сотрудничества и взаимодействия с другими, движим чувством эмпатии по отношению к человечеству [1]; с позиций гуманистического психоанализа (Э.Фромм) - использует здоровые стратегии для удовлетворения экзистенциальных потребностей: устанавливает связи через любовь, вместо власти и подчинения; поднимается над пассивным и случайным существованием в «царство целеустремленности и свободы» через созидание взамен разрушения; стремится ощутить мир как собственный дом; свободен и проявляет собственную индивидуальность взамен соответствия толпе, формирует систему ценностей для ориентации в окружающем мире [24]; с позиций гештальт-терапии (Фриц Перлз и Пол Гудман) более здоровым способом удовлетворения потребностей организма является творческое приспособление (вместо пассивной адаптации) - создание новой целостности, исходя из конкретной ситуации настоящего момента принятие решения «здесь и теперь» [18; 21].

В гуманистической психотерапии делается более выраженный акцент на полноценное функционирование психики и понимание здоровой личности. С позиций клиент-центрированной терапии (К. Роджерс) здоровая личность самостоятельно определяет свою судьбу, несет ответственность за выбор, открыта переживаниям, доверяет им и свободно движется в направлении актуализации себя. Самоактуализация - наивысший уровень психического здоровья - процессуальное явление, описывающее постоянное движение личности по пути собственного роста и самосовершенствования. Самопринятие, конгруэнтность, осознанность и рефлексивность, направленность на саморазвитие - основные критерии зрелой личности, а явная или потенциальная способность двигаться к зрелости присутствует в каждом, ожидая условий для своего проявления [19].

А. Маслоу предложил одну из наиболее развернутых концепций здоровья, главный критерий которого «самоактуализация» - полная актуализация возможностей человека.

Согласно Маслоу, каждый человек обладает врожденным стремлением к самоактуализации, а сама она является высшей в иерархии потребностей: физиологических, в безопасности, в любви и чувстве общности, уважении и самоуважении. Маслоу считал, что психологию личности, а также мотивацию лучше изучать на примере выдающихся людей и людей здоровых, нежели людей с невротическими расстройствами [17].

В своем труде «Мотивация и личность» А. Маслоу перечисляет признаки самоактуализирующейся личности:

- точное восприятие реальности - способность верно судить об окружающей действительности, разумно и логически рассуждать, делать более точные прогнозы, опираясь на факты, а не на желания и тревоги;

- стоическое принятие себя и других - принятие человеческой природы со всеми ее недостатками, изъянами и слабостями, без упреков и критики;

- спонтанность - в поведении, мыслях, побуждениях, простота и естественность поведения, выполнение задуманных дел при отсутствии трудностей выполнения общепринятых норм;

- сосредоточенность на проблеме - центрированность скорее на проблеме, чем на себе, поскольку человек не представляет проблемы для самого себя, наличие миссии, цели жизни;

- способность пребывать в одиночестве без всякого ущерба для себя и без ощущения дискомфорта;

- автономия - способность принимать самостоятельные решения, ответственность, дисциплинированность, независимость от расположения окружающих, в том числе и от их симпатии;

- способность сохранять радость новизны - способность снова и снова свежо и наивно переживать простые радости жизни, принимать как чудо то, что для других стало обыденным и привычным;

- переживание причастности к человечеству - переживание глубокого чувства причастности, симпатии и приязни к человечеству в целом, словно все люди - члены одной семьи, большее принятие других, уважение к любому человеку только за то, что он принадлежит к человеческому роду;

- глубокие межличностные отношения - готовность проявить больше любви, понимания, участия, чем считают для себя возможным другие люди;

- демократический характер;

- следование внутреннему этическому кодексу - следование определенным моральным стандартам;

- философский юмор - вышучивание человечества в целом, в частности, людской глупости, попыток возвеличиться, неверного представления о своем месте во Вселенной;

- креативность - творческие способности, изобретательность или оригинальность, причем эти проявления имеют индивидуальные особенности, это не относится лишь к творческим сферам, а в принципе к деятельности (можно говорить о креативных сапожниках, плотниках или служащих), они способны творчески видеть, как дети;

- система ценностей - философское принятие себя, человеческой природы, социальной жизни в целом, а также природы и физической реальности [17].

Поведенческая терапия основывается на теориях поведения и научения. При этом здоровое и болезненное поведение, как результат научения, подчиняются одним и тем же законам, а целью терапии является устранение болезненных форм поведения и научение здоровым и эффективным способам поведения [20].

Теория классического обусловливания (И.П. Павлов) легла в основу условно - рефлексорной терапии (А. Сальтер), в которой более здоровым считалось преобладание возбуждения над торможением, а в качестве способов повышения возбуждения предлагалось 6 техник:

• разговор о чувствах - сознательное произнесение спонтанно испытываемых эмоций, отказ от заранее обдуманных высказываний и разговор о чувствах, возникающих в данный момент;

- «разговор лицом» - невербальное выражение переживаемых чувств;
- противоречие и нападение - отказ от симуляции согласия в случае несогласия, показ своих чувств и противоречие на недоказуемой эмоциональной основе; и хотя может показаться, что это прелятствует разумной полемике, на самом деле, это означает лишь переменение эмоционального содержания среди голых фактов;
- намеренное использование слова «Я» как можно чаще;
- принятие похвалы от других, а также умение хвалить себя «с откровенной наивностью», а также умение хвалить других;
- импровизация - не жить по плану, жить 59 секунд, жить сейчас [30].

Факт фокуса внимания психологии на болезнях и нарушениях отмечал и Мартин Селигман, создатель теории выученной беспомощности и теории оптимизма, подчеркивая важность и другой цели - сделать жизнь благополучных людей еще лучше.

Мартин Селигман в своих экспериментах показал 2 противоположных стиля описания причин неудач и успехов, выделив при этом критерии устойчивости и универсальности.

Оптимистичные люди склонны приписывать неудачи случайному стечению обстоятельств (внешний локус), случившемуся в определенной узкой точке пространства (неуниверсальны) и в определенный момент времени (неустойчивы), успехи они считают личной заслугой (внутренний локус) и склонны рассматривать их как то, что случается всегда (универсальны), почти везде (устойчивы). Пессимисты поступают прямо противоположным образом [22].

Оптимисты меньше подвержены инфекционным заболеваниям, обычно имеют более здоровые привычки, они успешнее проходят собеседования, и даже чаще выигрывают в президентских выборах. Но, самое главное, оптимизму можно научиться [22].

Альберт Эллис и Аарон Бек, труды которых привели к появлению и формированию когнитивно-поведенческого направления психотерапии, показали влияние иррациональных и дисфункциональных паттернов мышления и поведения на психические расстройства. Они также описали критерии здорового мышления и поведения. Здоровое мышление - логичное, гибкое, реалистичное, полезное [6; 7; 8; 12; 28].

Альберт Эллис, создатель РЭПТ, считал основной детерминантой эмоционального дистресса иррациональное мышление. В поддержании эмоционального расстройства ключевую роль играет самоиндоктринизация - повторение и упорное следование иррациональным убеждениям, а не то, каким образом они приобретены [28]. В основе концептуализации РЭПТ находятся 4 иррациональных убеждения: долженствование и его производные: катастрофизация, непереносимость фрустрации и глобальная оценка [28].

Требовательность — это нереальное, абсолютное ожидание того, что события или люди будут такими, какими их хочется видеть человеку. Катастрофизация - преувеличение негативных последствий ситуации до крайней степени, когда неудача становится “ужасной”. Непереносимость фрустрации обусловлена требованиями легкости существования и комфорта и отражает непереносимость дискомфорта. Глобальные оценки человеческой ценности, своей и окружающих, подразумевают, что людей можно оценивать и что некоторые люди ничемны или по крайней мере менее ценны, чем другие [12; 28].

Каждое из иррациональных убеждений имеет свои рациональные аналоги: предпочтение, (переносимая) неприятность, переносимость фрустрации, самопринятие и принятие других.

Очевидно, что человек имеет предпочтения относительно себя, других и реальности, но нет никаких причин, почему так должно случиться (Предпочтение). И это, конечно, плохо, но никак не ужасно (переносимая Неприятность). И хотя это не нравится человеку,

он может это пережить (Переносимость фрустрации). И это означает лишь то, что сам человек и другие - обычные несовершенные люди, но не тотально никчемные (Самопринятие и принятие других).

Эллис считал, что если на первом этапе задача РЭПТ помочь человеку изменить мысли, чувства и способы поведения, которые мешают ему и окружающим быть счастливыми, и помочь ему увидеть, как он своими руками делает себя несчастным, то на втором этапе задача РЭПТ - помочь человеку полнее самоактуализироваться, стать более счастливым, реализовывать свои интересы и ценности [28].

В качестве ориентира для постановки целей на этом этапе терапии могут выступить 13 характеристик здоровой личности:

1. Интерес к себе (Self-interest)

Эмоционально здоровые люди склонны в первую очередь интересоваться собой и ставить свои интересы хотя бы немного выше интересов других. Они в какой-то степени жертвуют собой ради тех, о ком они заботятся, но не чрезмерно и не полностью.

2. Социальный интерес (Social interest)

Социальный интерес обычно рационален и направлен на самосовершенствование, потому что большинство людей предпочитают жить и развлекаться в социальной группе или сообществе. Если они не будут поступать нравственно, защищать права других и способствовать социальному выживанию, то вряд ли создадут такой мир, в котором будут жить сами смогут жить комфортно и счастливо.

3. Самоуправление (Self-direction)

Здоровые люди склонны в основном брать на себя ответственность за свою жизнь и одновременно предпочитают сотрудничать с другими. Они не нуждаются в значительной поддержке или помощи со стороны других, хотя они могут это предпочитать и работать ради этого.

4. Высокая толерантность к фрустрации (High frustration tolerance)

Рациональные люди дают право на ошибку как себе, так и другим. Даже когда им очень не нравится их собственное и поведение других, они воздерживаются от того, чтобы проклинать себя или других, как личности, за неприемлемое или отвратительное поведение.

Эмоционально здоровые люди склонны менять неприятные условия, которые они могут изменить, принимая те, которые они не могут изменить, и обладают мудростью, чтобы понять разницу между ними.

5. Гибкость (Flexibility)

Здоровые и зрелые люди склонны к гибкости мышления, открыты к переменам, не заиклены и плюралистичны во взглядах на других людей. Они не устанавливают жестких, неизменных правил для себя и других

6. Принятие неопределенности (Acceptance of uncertainty)

Эмоционально здоровые люди склонны признавать, что мы живем в мире вероятностей и случайностей, где нет и, вероятно, никогда не будет абсолютной определенности. Они понимают, что жить в таком вероятностном и неопределенном мире зачастую увлекательно, захватывающе и уж точно не ужасно. Им нравится хорошая степень упорядоченности, но они не требуют точно знать, что принесет смерть в будущем или что с ними произойдет.

7. Приверженность к творческой деятельности (Commitment to creative pursuits)

Большинство людей, как правило, становятся здоровее и счастливее, когда они жизненно поглощены чем-то вне себя и желательно, чтобы у них был хотя бы один сильный творческий интерес, а также какое-то важное участие в жизни человека, которое они считают настолько важным, что строят вокруг него часть своей жизни.

8. Научное мышление (Scientific thinking)

Невозможные люди, как правило, более объективны, реалистичны и научны, чем более тревожные. Они способны глубоко переживать и действовать согласованно, но они склонны регулировать свои эмоции и действия путем размышляя о них и оценивая их

последствия с точки зрения того, насколько они ведут к достижению краткосрочных и долгосрочных целей.

9. Самопринятие (Self-acceptance)

Здоровые люди обычно рады тому, что они живы, и принимают себя просто потому, что они живы и обладают некоторой способностью наслаждаться собой. Они отказываются оценивать свою внутреннюю ценность по внешним достижениям или по тому, что думают о них другие. Они выбирают безусловное самопринятие и стараются не оценивать себя. Они наслаждаются, а не доказывают свою значимость.

10. Готовность к риску (Risk-taking)

Эмоционально здоровые люди склонны рисковать и пытаются делать то, что они хотят, даже если есть большая вероятность, что они могут потерпеть неудачу. Они склонны к авантюризму, но не безрассудству.

11. Долгосрочный гедонизм (Long-range hedonism)

Хорошо приспособленные люди стремятся получать удовольствия как в данный момент, так и в будущем, и не часто терпят боль в будущем ради выгоды в настоящем. Они гедонисты, то есть стремятся к счастью и избегают боли, но они полагают, что, вероятно, проживут еще несколько лет и поэтому им лучше думать и о сегодняшнем, и о завтрашнем дне и не заикливаться на сиюминутное удовлетворении.

12. Неутопизм (Nonutopianism)

Здоровые люди принимают тот факт, что утопии, вероятно, недостижимы и что они никогда не смогут получить все, чего хотят, и избежать всей боли. Они отказываются нереалистично стремиться к полной радости, счастью или совершенству или полному отсутствию тревоги, депрессии, самоуничижения и враждебности.

13. Ответственность за собственные эмоциональные нарушения (Self-responsibility for own emotional disturbance)

Здоровые люди склонны принимать на себя большую долю ответственности за свои собственные нарушения, а не обвиняют других или социальные условия в своих саморазрушительных мыслях, чувствах и поведении [28].

Аарон Бек создал 2 метода психотерапии: Когнитивная терапия (1960), СТ-R - терапия, ориентированная на восстановление (2021)

В основе когнитивной терапии лежит когнитивная модель. Когнитивная модель предполагает, эмоции и поведение человека во многом определяются его мышлением (когнициями), следовательно, меняя свое мышление на более реалистичное можно изменить эмоциональное состояние и поведение. Бек выделил несколько уровней мышления по степени центрированности: глубинные убеждения, промежуточные убеждения, автоматические мысли. Центральный уровень - глубинные убеждения - фундаментальные представления о себе, мире и других людях. А. Бек разделил негативные убеждения о себе на 2 широкие категории: связанные с ощущением беспомощности и непривлекательности. Третья категория, связанная с ощущением никчемности, была описана позже (Дж. Бек, 2005) Дисфункциональные промежуточные убеждения описывают предположения и правила, следуя которым человек тщетно пытается компенсировать через неадаптивное поведение (компенсаторные стратегии) свои глубинные убеждения. Таким образом, система воспроизводится вновь. Бек также описал характерные для клинических форм наиболее типичные искажения в обработке информации - когнитивные искажения [4; 6; 7].

СТ-R делает больший упор на устойчивость: определив свои ценности и устремления и начав движение к ним, можно на опыте развить адаптивные убеждения, помогающие переключиться на адаптивный режим функционирования. СТ-R разработан для помощи людям с более тяжелыми психическими расстройствами, такими как шизофрения. Как писал Бек, преодолев бред и галлюцинации, можно за ними обнаружить здоровую личность [5].

Под влиянием СТ-R когнитивная терапия также претерпела изменения и сфокусировала большее внимание (хотя оно было и раньше) на сильные стороны личности, ресурсы, ценности. В дополнение к проблемно ориентированной концептуализации появилась концептуализация сильных сторон, описывающая адаптивные глубинные и промежуточные убеждения и адаптивные поведенческие стратегии [27].

Как отмечает Джудит Бек, многие клиенты, до начала расстройств, были преимущественно психологически здоровы: они были достаточно эффективны, имели в основном хорошие отношения, и жили в среде, которая во многом была безопасной. Если так, то они вероятнее всего развили гибкие, помогающие, основанные на реальности убеждения о себе, их мире, других людях и будущем [там же].

Они, вероятнее всего, видели себя как достаточно эффективных, привлекательных и достойных людей (адаптивные глубинные убеждения - эффективность, привлекательность, достоинство) [там же].

У них были точные и тонкие взгляды о других людях, они видели большинство из них как достойных или нейтральных, или только некоторых как потенциальных обидчиков (но они скорее всего верили, что могли бы защитить себя в достаточной степени) [там же].

Они также видели реалистичным и свой мир как состоящий из микса предсказуемости и непредсказуемости, безопасности и опасности (но они верили, что они смогут справиться с большинством из того, что появится у них на пути) [там же].

Они воспринимали свое будущее так, что у них будет позитивный, нейтральный и негативный опыт (веря, что они смогли бы справиться с неудачей - иногда с помощью других людей - и что в конце концов у них все было бы хорошо) [там же].

Рис.1

Концептуализация сильных сторон (КСС)



Концептуализация сильных сторон, как и проблемноориентированная концептуализация, строится, начиная с оценочной сессии и на протяжении всего процесса терапии. В ней отражаются ситуации, в которых клиент успешно справлялся с трудностями, а помогающие мысли и убеждения могут быть занесены, в последующем, в копинг-карточки, в качестве адаптивных ответов, которые может читать клиент в трудных ситуациях.

В самом процессе терапии делается акцент на том, чтобы помочь клиенту почувствовать себя лучше на текущей сессии, а также отработать с клиентом навык,

который поможет клиенту на предстоящей неделе. Среди прочих, важным навыком терапевта считается умение обоснованно хвалить клиента в течение сессии, он также оценивается в рамках шкалы CTRS-R (пункт «Межличностная эффективность»).

Аарон Бек также описал режимы функционирования: функциональный и дисфункциональный. В функциональном режиме активируются адаптивные паттерны мышления и поведения, помогающие человеку достигать его целей, реализовывать ценности [5; 7; 8].

В схема-терапии Джеффри Янга описывается 5 групп базовых эмоциональных потребностей (в надежной привязанности; свободном выражении эмоций и потребностей; в автономии; в спонтанности и игре; в реалистичных границах), в результате неудовлетворения которых формируются 18 ранних дезадаптивных схем, при активации которых возникают состояния, называемые режимами. 36 режимов объединяются в 4 группы: Дисфункциональные детские режимы, Дисфункциональные критикующие режимы, Дисфункциональные копинговые режимы, Здоровые режимы [26].

К здоровым режимам относятся Счастливым ребенок, Здоровый взрослый, Хороший родитель.

В режиме «Счастливым ребенок» человек ощущает удовлетворение эмоциональных потребностей, он чувствует себя любимым, принятым, самостоятельным, он спонтанен и получает радость от своих занятий [26].

В режиме «Здоровый взрослый» мысли и поведение человека конструктивны: способность взять на себя ответственность, делать выбор, решать проблемы, уважительное отношение к другим, выполнение обязательств, здоровые интересы [26].

В режиме «Заботливый родитель» человек является любящим наставником и защитником «внутреннего ребенка», он сопереживает режиму «Уязвимый ребенок», то есть валидирует, нормализует свои собственные переживания и проявляет самосочувствие, а также понимает и уважает свои потребности; ограничивает импульсивные режимы, то есть свои собственные импульсивные интенции; конфронтрует критикующие режимы, то есть останавливает самокритику и ищет опровержения ей; и развивает режим «Счастливого ребенка» [26].

Позитивный аналог негативной схемы называется ранней адаптивной схемой (РАС) или «позитивная схема» (Lockwood & Perris, 2012). Подобно негативным схемам (Young et al., 2003), позитивные схемы состоят из воспоминаний, когниций, убеждений, телесных ощущений и нейробиологических реакций, касающиеся себя и своих отношений с другими. Однако эти схемы состоят из позитивных функций и адаптивных поведенческих диспозиций, которые возникают в детстве и подростковом возрасте, когда основные эмоциональные потребности человека адекватно удовлетворяются первичными воспитателями. Люди могут иметь несколько противоречивых убеждений о себе и мире. В таком случае эмоции и поведение будут зависеть от того, какая из схем (если таковая имеется) активна в данный момент.

Джон Филип Льюис (John Philip Louis) и его коллеги провели масштабное кросскультурное исследование, в результате которого обосновали существование 14 позитивных схем [29]:

1. Эмоциональная наполненность (Emotional Fulfillment) - способность формировать близкие отношения со значимыми другими, включающие взаимное принятие, любовь, доверие, заботу, тепло, открытость в выражении мыслей, эмоций и потребностей, а также отношение к себе как к достойному любви и уважению.

2. Успех (Success) - отношение к себе как к компетентному, способному, не хуже, а, в некоторых моментах, и лучше, чем другие, в сферах профессиональной, учебной, спортивной, творческой деятельности.

3. Эмпатическая предусмотрительность (Empathic Consideration) - способность учитывать потребности и интересы других людей, спокойное принятие отказов, следование общепринятым правилам и социальным договоренностям.

4. Базовое здоровье и безопасность / Оптимизм (Basic Health and Safety / Optimism) - ощущение себя в безопасности в настоящее и будущее время и относительно жизни вообще, нахождении среди людей, вне дома, финансовой стабильности, здоровья, принимаемых решений, а также способность радоваться тому хорошему, что есть сейчас.

5. Эмоциональная открытость и спонтанность (Emotional Openness and Spontaneity) - способность свободно выражать и обсуждать возникающие эмоции, демонстрировать симпатию приятным людям, вести себя спонтанно там, где уместно.

6. Самосострадание (Self-Compassion) - способность прощать и не критиковать себя за ошибки и неудачи, фокусировать внимание на анализе причин ситуаций и выводов из них, а не на собственных недостатках, быть ориентированным на успех и самоподдержку, относиться к себе как к достойному человеку вне зависимости от достижений.

7. Здоровые границы/ развитое Self (Healthy Boundaries / Developed Self) - восприятие себя самостоятельной, независимой, отдельной от родителей и партнера личностью, следование собственному жизненному пути, самостоятельное принятие решений, сохранение личного пространства без переживания чувства вины за то, что не делится чем-то с близкими.

8. Социальная принадлежность (Social Belonging) - способность комфортно общаться и переживание общности с другими людьми, достаточности социальных связей, ощущение себя принятым в группах, вера в благожелательность других.

9. Здоровый самоконтроль и самодисциплина (Healthy Self-Control / Self-Discipline) - способность к самомотивации и самодисциплине в выполнении полезных, но, возможно, рутинных дел; настойчивость в достижении целей и преодолении трудностей, устойчивость к фрустрации, способность откладывать сиюминутное удовольствие ради будущих достижений.

10. Реалистичные ожидания (Realistic Expectations) - реалистичная оценка своих способностей, принятие себя без условия быть самым лучшим, отведение место для отдыха и удовольствий даже при наличии невыполненных задач, отказ от требования быть совершенным и ответственности за то, что находится вне сферы влияния человека.

11. Самостоятельность (Self-Directedness) - восприятие себя как значимого для других, оценивание себя через систему собственных взглядов, а не мнения окружающих, отношение к себе как к значимому и достойному, без нужды в похвале и подтверждении статуса, способность переживать удовлетворение от результатов своей деятельности, вне зависимости от оценки других.

12. Здоровый интерес к себе/Забота о себе (Healthy Self-Interest / Self-Care) - способность заботиться о близких и принимать их заботу, отношение к своим потребностям и интересам как к важным, не менее важным, чем потребности и интересы других.

13. Стабильная привязанность (Stable Attachment)- способность создавать и поддерживать стабильную и предсказуемую эмоциональную привязанность, доверительные отношения, уверенность в близких связях без необходимости цепляться за них, спокойное отношение к окончанию отношений.

14. Здоровая уверенность в себе/ Компетентность (Healthy Self-Reliance / Competence)- уверенность в своих силах, отношение к себе как к способному самостоятельно справиться с повседневными трудностями и решить возникающие проблемы, доверие своим суждениям. [29].

Таблица 1

Адаптивные убеждения в Когнитивно-поведенческой терапии по Дж. Бек,
рациональные убеждения в РЭПТ Эллиса, позитивные схемы в Схема-терапии Дж. Янга

Категории адаптивных глубинных убеждений в КПТ по Дж. Бек.	Рациональные убеждения в РЭПТ А. Эллиса	Позитивные схемы в схема-терапия Дж. Янга (предложено John Philip Louis и соавт.)
1. Достоинство 2. Привлекательность 3. Эффективность	1. Предпочтение 2. Неприятность 3. Высокая переносимость фрустрации 4. Самопринятие / принятие других	1. Эмоциональная наполненность 2. Успех 3. Эмпатическая предусмотрительность 4. Базовое здоровье и безопасность / Оптимизм 5. Эмоциональная открытость и спонтанность 6. Самосострадание 7. Здоровые границы 8. Социальная принадлежность 9. Здоровый самоконтроль и самодисциплина 10. Реалистичные ожидания 11. Самостоятельность 12. Здоровый интерес к себе/Забота о себе 13. Стабильная привязанность 14. Здоровая уверенность в себе/ Компетентность

В Терапии, ориентированной на потребности (Ковпак Д.В., Зрютин М.А.) используется расширенная когнитивная концептуализация с опорой на потребности [15]. Концептуализация с опорой на потребности интегрирует в традиционные виды когнитивной концептуализации биопсихосоциальную модель потребностей, предлагая расширение модели генеза глубинных убеждений и схем с использованием концепции потребностей. Потребности разделяются на три базовых домена в контексте биопсихосоциальной модели Дж. Энгеля: биологические, социальные, психологические [15].

В данной модели рассматривается генез и развитие как дисфункциональных, так и функциональных убеждений и схем в тесной взаимосвязи с неудовлетворенными и удовлетворенными потребностями в сенситивный период развития человека и в течение последующей жизни. План терапии строится на основе концептуализации случая, а стратегия терапии направлена на формирование способов реализации ведущих потребностей и навыков, необходимых для их реализации. То есть концепция психотерапии строится не только на изменениях привычек мышления и поведения на более функциональные и адаптивные, но также на активизации имевшихся в ресурсе и на развитии и закреплении новых адаптивных способов удовлетворения своих базовых и производных потребностей [15].

В КПТ, и в целом психотерапии, здоровые паттерны мышления и поведения описывается через самопринятие себя, других, мира, реалистичную оценку, и,

соответственно, реалистичные ожидания, способность строить близкие отношения и оставаться автономным, стремление к развитию и реализации, креативности.

Для большего удобства в определении ориентиров психотерапевтической работы как с клинической, так и проблематикой общей жизнедеятельности, мы предлагаем один из возможных вариантов набора критериев здоровых (адаптивных) паттернов мышления и поведения: принятие себя, других, мира, будущего; способность, сохраняя автономию, строить глубокие близкие отношения с избранными другими на основе взаимной любви, валидации, эмпатии, поддержки; способность реализовать себя в избранной деятельности и стремление к наиболее полному реализации потенциала; оптимальная точность восприятия реальности и моделей ее описания, способность удовлетворять собственные потребности с учетом потребностей других, креативность и самоактуализация.

Таблица 2

Здоровые (адаптивные) паттерны мышления и поведения

Самоотношение	
Самопринятие	Отношение к себе как достойному, способному быть любимым другими, эффективному человеку. Принятие своих человеческих слабостей, ограничений и уникальности
Самовалидация	Разрешение себе испытывать и переживать эмоции, и иметь потребности, признание их
Самосочувствие	Способность проявлять сочувствие себе
Самоподдержка	Способность поддерживать себя в новых ситуациях, при решении новых жизненных задач, в ситуациях неопределенности, в ситуациях ошибок и неуспеха
Самоинструирование	Способность осознанно составлять помогающие самоинструкции
Осознавание своих потребностей	Способность осознавать потребности различных уровней
Удовлетворение своих потребностей с учетом контекста ситуации	Способность удовлетворять свои потребности с учетом контекста ситуации и потребностей других
Отношение к другим	
Реалистичное отношение к другим	Отношение к другим как к достойным и нейтральным, и что лишь некоторые люди могут быть потенциальными обидчиками, но с этим возможно справиться Принятие человеческих слабостей ограничений и уникальности других

Эмпатия	Способность к осознанному сопереживанию текущему эмоциональному состоянию другого человека без потери дифференцировки происхождения этого переживания
Здоровые отношения с другими	
Способность создавать отношения с другими людьми	Способность строить глубокие близкие отношения с избранными другими на основе взаимной любви, эмпатии, поддержки, условного понимания и принятия
Сохранение автономии	Собственная система взглядов и предпочтений
Приоритизация потребностей	Умение осознанно выбирать приоритеты удовлетворения потребностей с гармоничным балансом персональной, партнерской и групповой адаптации
Учет потребностей других	Способность учитывать потребности других
Отношение к деятельности	
Самоактуализация	Способность развиваться в избранной деятельности на основе интереса к ней
Реалистичные стандарты, планы, цели	Постановка реалистичных стандартов, планирования и целеполагания, умение ценить уже сделанное, сознательный отказ от перфекционизма, обесценивания и магического мышления
Креативность	Способность находить творческие решения задач. Гибкость и оригинальность в принятии решений и их реализации.
Отдых	Способность выдерживать баланс труда/отдыха
Отношение к миру	
Принятие мира	<p>Баланс предсказуемости и непредсказуемости (разделение на то, что от меня зависит и что от меня не зависит), безопасности и опасности (“но они верили, что они смогут справиться с большинством из того, что появится у них на пути”).</p> <p>Принятие мира как данности (включая смерть, болезни, войны)</p>

Реалистичность в отношении собственных возможностей	Точное понимание того, на что человек может повлиять и на что он повлиять не может. Трезвая оценка своих ресурсов, возможностей и предела компетенций, осознание навыков и способности к обучению.
Отношение к будущему	
Реалистичное отношение к будущему	Отношение к будущему как к соотношению предсказуемости и непредсказуемости, безопасности и опасности с верой в свою способность справиться с большинством из того, что появится у них на пути.

Функциональные убеждения, схемы, поведение присутствуют в разной степени у каждого человека, а также могут быть им сформированы и укреплены, и могут быть развиты в большей степени по сравнению с текущим уровнем. Как отмечает Джудит Бек, значительные изменения, а также преодоление выраженных симптомов психических расстройств, решается в КПТ посредством небольших, но регулярных последовательных (часто ежедневных) шагов и усилий. Это такие действия, как например, конструктивное использования копинг-карточек и тренировка новых правил, отношений и ожиданий, развитие навыка себя поддерживать и поощрять, развитие навыка получать удовольствие, и многие другие.

Многие клиенты обращаются в психотерапию не только для преодоления симптомов психических расстройств или для решения актуальных проблем, но и для улучшения качества жизни и отношений, а также они могут посещать терапию и после решения основной проблематики, относясь к ней, скорее, как к психогигиене и развитию себя. Многие навыки клиенты, конечно, могут использовать и применяют самостоятельно. Нам кажется полезным в качестве первоначального ориентира для клиентов, не осознающих первоначально свои цели, желания и устремления использовать компендиум описания паттернов функционального адаптивного здорового мышления и поведения, для ориентации клиента и терапевта в том, в достаточной ли степени сформированы навыки резильентности и саногенеза, системного жизненного баланса, а также применяются ли человеком тропные и адекватные техники и методики для их развития. Конечно, данная тема и сопутствующие вопросы требуют проведения дальнейших многочисленных исследований, для прояснения и подтверждения ведущих адаптационных и саногенных механизмов формирующих и поддерживающих системное здоровье человека и его гармоничное отношение с собой, другими и миром.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адлер А. Индивидуальная психология. – СПб.: Питер, 2022. – 256 с. – (Серия «Мастера психологии»).
2. Ананьев, В. А. Психология здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
3. Баякина О. А. Соотношение понятий психического и психологического здоровья личности // Известия Самарского научного центра РАН. 2009. №4-5.
4. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2018. – 416 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).

5. Бек А., Грант П., Инверсо Э., Периволиотис Д. Когнитивная терапия, ориентированная на восстановление. - СПб.: Питер, 2024. - 416 с.: ил.
6. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003.
7. Бек А. Т. 60-ти летняя эволюция когнитивной теории и терапии// VIII Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. – Санкт-Петербург: Лема, 2022. – стр. 7- 16.
8. Бек А.Т., Хейг Э. Достижения в области когнитивной теории и терапии: генеративная когнитивная модель // VIII Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. – Санкт-Петербург: Лема, 2022. – стр. 17-52.
9. Братусь Б. С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии. – 1997. – № 5. – С. 3–20.
10. Братусь Б.С. Аномалии личности, М.: Издательство «Мысль», 1988
11. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М.: Издательство “Медицина”, 1964
12. Диджузеппе Р., Дойл К., Драйден У., Бакс У. Рационально-эмотивно-поведенческая терапия. – СПб.: Питер, 2021. – 480 с.
13. Дубровина, И. В. О воспитании психологической культуры школьников / И. В. Дубровина // Вестник практической психологии. – 2009. – № 3(8) – С. 43–48
14. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. – СПб, 2004. – 960 с.
15. Ковпак Д. В. Терапия, ориентированная на потребности//IX Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. - СПб:Лема, 2023. – стр. 143 -157.
16. Косенко Н.А., Красильников Г.Т., Косенко В.Г., Агеев М.И., Шулькин Л.М., Гридина Ю.В., Фарафонов С.А., Цагараева Е.К. Современные критерии разграничения психической нормы и патологии // Кубанский научный медицинский вестник. 2016. №2.
17. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. / Пер. с англ. - СПб.: Питер, 2019. - 400 с. – (Серия «Мастера психологии»)
18. Робин Жан-Мари Быть в присутствии другого: Этюды по психотерапии - М. Институт Общегуманитарных исследований, 2008. – 288 с.
19. Роджерс К Клиентцентрированная терапия- М.: Издательство Института Психотерапии, 2007 г.
20. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия: учеб. пособие для вузов/2-е изд., М.: Юрайт, 2018 - 192с.
21. Перлз, Ф., Гудмен П. Теория гештальт-терапии - М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. - 384 с.
22. Селигман М Как научиться оптимизму: Измените взгляд на мир и свою жизнь . – М.: АЛЬПИНА ПАБЛИШЕР, 2013. – 338 с.
23. Фрейд З. Введение в психоанализ. - М.: Издательство: Эксмо-Пресс, 2018 г.
24. Фромм Э. Здоровое общество – М.: Издательство АСТ, 2014. – 482 с
25. Юнг К. Г. Архетипы и коллективное бессознательное – М.: Издательство АСТ, 2023
26. Янг Д., Клоско Д., Вайсхаар М. Схема-терапия – СПб.: ООО “Диалектика”, 2020. – 464 с.
27. Beck Judith S. Cognitive Behavior Therapy, Third Edition: Basics and Beyond. – New-York: The Guilford Press, 2021.
28. Ellis, Albert. The practice of rational emotive behavior therapy Second Edition / Albert Ellis, Windy Dryden. – New-York: Springer Publishing Company, 1997
29. Louis John P., Wood Alex M., Lockwood George, Moon-Ho Ringo Ho, Ferguson Eamonn Positive Clinical Psychology and Schema Therapy (ST): The Development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to Complement the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3) April 2017

30. Salter A. Conditioned reflex therapy, 1951
31. Доклад о психическом здоровье в мире: охрана психического здоровья: преобразования в интересах всех людей. Краткий обзор [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022
32. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, Всемирная Организация Здравоохранения, 2001
33. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
34. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, Chapter 06; Geneva: World Health Organization; Version: 09/2020.

ТЕОРИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ И КПТ

Козлов Михаил Юрьевич

*ГБУЗ ДЗМ Психиатрическая клиническая больница №4
им П. Б. Ганнушкина;*

*Медицинский психолог Отделения Медико-Психологической
Помощи ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина,*

Аннотация. Представлен краткий обзор исследований, посвященных связи когнитивно-поведенческой психотерапии и теории привязанности.

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческая психотерапия, теория привязанности, рабочий альянс, психологическое консультирование, терапевтические отношения.*

В последние годы накопился достаточный массив данных о роли отношений привязанности как в развитии психической патологии, так и в избавлении от нее. Мета-аналитическое исследование показывает, что нарушенные типы привязанности являются фактором риска для развития множества заболеваний, в том числе больших эндогенных психозов (БАР и шизофрения) [1]. Кроме того, не вызывает сомнений тезис, что важным, если не ведущим, терапевтическим фактором стоит считать терапевтические отношения, которые в силу своей природы попадают под влияние внутренних рабочих моделей, наряду со всеми другими типами взаимоотношений (родительских, партнерских, дружеских) [2]. Все это заставляет практиков и исследователей обращать внимание на способность клиентов выстраивать и поддерживать отношения, в том числе терапевтические. Недавно было показано, что при проведении КПТ агорафобии, по мере снижения чувствительности к тревожным стимулам, избегающего поведения и улучшения навыков эмоционально-волевой саморегуляции - постепенно снижалась и выраженность избегающего и тревожного типа привязанности. Вероятно, успешная психотерапия оказывает нисходящее воздействие на внутренние рабочие модели [3]. Кроме того, есть указания, что людям с различными типами привязанности подходят различные модификации КБТ при наличии одного и того же диагноза (ГТР), было установлено, что при высоком уровне тревоги привязанности - сочетание когнитивно-поведенческой и интерперсональной, психотерапии показывало лучшие результаты в отношении симптомов ГТР [4]. Вероятно, что более симптом-ориентированный подход, не уделяющий достаточно внимания межличностным процессам (качеству рабочего альянса), порождает ключевые переживания о недостаточной вовлеченности, а в крайнем случае пренебрежения, отвержения или инвалидации специалистом тех трудностей, которые испытывает пациент с небезопасными внутренними рабочими моделями. Исследования так же показывают, что известные когнитивные искажения (избирательность, черно-белые категории), которые часто обнаруживаются в процессе работы с пролонгированным (или осложненным) гореванием - являются специфическими паттернами автобиографической памяти и самоидентификации, уходящими корнями в нарушенные типы привязанности, сформированные под влиянием ранней травмы отношений [4]. Вероятно, при недостаточной эффективности когнитивных и поведенческих интервенций, может иметь место конфронтация с глубоко укоренившимися паттернами поведения и восприятия, нуждающихся в применении экспириенциальных и интерперсональных техник. Одним из направлений когнитивно-поведенческой психотерапии 3-й волны, специализирующемся на экспириенциальных техниках, является подход «схема-терапии». Одним из принципов этого направления является проявление т. н «ограниченного родительства» (реперентинг), что по сути

является обращением к паттернам детско-родительской привязанности. В исследовании, посвященном роли «ранних дезадаптивных схем», тревоги и типологии привязанности, было показано, что небезопасная привязанность и тревожность полностью опосредуются доменами схем отвержения (депривация, покинутость, недоверие, дефективность, социальная отчужденность) и схем направленности на других (покорность, самопожертвование, поиск одобрения) [5]. Таким образом, учет типа привязанности при работе с тревожными пациентами имеет достаточно высокое значение не только при выборе тактики психокоррекции, но и для превенции дропаута, выстраивания доверительных, эмоционально корригирующих отношений. О самостоятельной важности терапевтических отношений известно давно, однако только в последние декады появляются работы изучающие терапевтические отношения через призму теории привязанности. Основные тезисы звучат так: чувство безопасности клиента во время психотерапии имеет решающее значение; собственное чувство безопасности терапевта значительно способствует положительным терапевтическим результатам; чувство небезопасной привязанности может быть эффективно снижено в ходе терапии, о чем уже было сказано выше.

Теория привязанности описывает динамику самых разных типов взаимоотношений, тем любопытнее исследование, проведенное итальянскими коллегами посвященное сексуальной жизни пациенток с нервной анорексией проходящих лечение с помощью интенсивной когнитивно-поведенческой психотерапии (СВТ-Е). Авторы предположили, что небезопасные типы привязанности замедляют восстановление сексуальной жизни у пациенток, проходящих лечение, так 2-х летний, лонгитюдный анализ показал значительное снижение симптомов нервной анорексии в процессе терапии и восстановление половой жизни. Однако только у 45% испытуемых с ремиссией полностью восстановилась сексуальность: эти женщины сообщали о значительно более низких показателях избегания [7].

Вероятнее всего, именно избегающий тип привязанности, в отличие от тревожного наиболее часто приводит к снижению качества отношений за счет множественных реакций внутреннего и внешнего избегания и эмоционального подавления. Однако, другое исследование, длившееся более 15 лет, в ходе которого изучались 60 детей (от 6 до 21 года), разделенных на 4 группы по стилям привязанности (безопасный, избегающий, амбивалентный и дезорганизованный) сравнивались по выраженности ранних дезадаптивных схем. Было показано, что среди участников с амбивалентной и тревожной привязанностью были более распространены и выражены дезадаптивные схемы. Авторы резюмируют, что высокая тревожность по поводу отвержения, негативный взгляд на себя и проявления личностного дистресса, являются продуктом формирования ранних дезадаптивных схем на фоне небезопасных типов привязанности [8].

Выводы: теория привязанности позволяет по-новому взглянуть на феномен терапевтических отношений, что особенно важно в работе когнитивно-поведенческого психолога, в работе которого высок удельный вес технических приемов, развития специфических когнитивных и поведенческих навыков, психологических практик и пр. Однако клиенты с небезопасными типами привязанности, почти всегда попадают в категорию «сложных», с которыми не всегда работает функциональный, проблемно-ориентированный подход, не адресующийся в прошлом и текущему опыту взаимоотношений. Скрининг доминирующей внутренней модели привязанности может помочь оптимизировать терапевтическую стратегию и предотвратить преждевременное прекращение терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Carr S. C., Hardy A., Fornells-Ambrojo M. Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum: A meta-analysis // *Clinical Psychology Review*. – 2018. – Т. 59. – С. 145-158.
2. Sroufe L. A., Fleeson J. Attachment and the construction of relationships // *Relationships and development*. – Psychology Press, 2013. – С. 51-71.
3. Zalaznik D., Weiss M., Huppert J. D. Improvement in adult anxious and avoidant attachment during cognitive behavioral therapy for panic disorder // *Psychotherapy Research*. – 2019. – Т. 29. – №. 3. – С. 337-353.
4. Maccallum F., Bryant R. A. A cognitive attachment model of prolonged grief: Integrating attachments, memory, and identity// *Clinical psychology review*. – 2013. – Т. 33. – №. 6. – С. 713-727.
5. Bosmans G., Braet C., Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? // *Clinical psychology & psychotherapy*. – 2010. – Т. 17. – №. 5. – С. 374-385.
6. Mikulincer M., Shaver P. R., Berant E. An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes // *Journal of personality*. – 2013. – Т. 81. – №. 6. – С. 606-616.
7. Cassioli E. et al. Avoidant attachment style moderates the recovery of healthy sexuality in women with anorexia nervosa treated with enhanced cognitive behavior therapy (CBT-E): A 2-year follow-up study // *The journal of sexual medicine*. – 2022. – Т. 19. – №. 2. – С. 347-355.
8. Simard V., Moss E., Pascuzzo K. Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 2011. – Т. 84. – №. 4. – С. 349-366.

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГОВЫХ РЕЖИМОВ, СВОЙСТВЕННЫХ МАЗОХИСТИЧЕСКОМУ ТИПУ ЛИЧНОСТИ

Коромыслова Оксана Сергеевна

Аннотация. В статье рассмотрены уникальные стратегии копинговых режимов, свойственные мазохистическому типу личности. Расширено и дополнено существующее в современной литературе по схематерапии представление о стратегиях избегающих и гиперкомпенсирующих копинговых режимов.

Ключевые слова: *схематерапия, копинговые режимы, Избегающий Защитник, Самобичующий Гиперконтролер, мазохистический тип личности, мазохизм.*

Актуальность исследования копинговых режимов в схематерапии у людей с мазохистическим типом личности обусловлена тем, что мазохистический тип личности имеет свои специфические особенности, отличные от других типов личности, которые, на наш взгляд, на современном этапе слабо отражены в литературе по схематерапии. Тем не менее, учет особенностей копинговых режимов, присущих этому типу личности, может увеличить эффективность оказываемой этим людям психологической помощи. Кроме того, копинговые режимы, свойственные мазохистическому типу личности, могут использоваться и другими типами личности, поэтому данная информация может оказаться полезной при работе с любыми клиентами.

Схематерапия при концептуализации случая и в процессе психотерапии опирается, в том числе, на концепцию режимов функционирования схем. Режимы – это изменчивые эмоциональные состояния и копинговые реакции: адаптивные (функциональные) и дезадаптивные (дисфункциональные). Одна из целей схематерапии – помощь пациентам в переключении с дезадаптивных режимов на здоровые.

Выделяют четыре основные группы режимов: дезадаптивные детские режимы, дезадаптивные родительские режимы, дезадаптивные копинговые режимы и здоровые режимы [1, 2, 7].

Копинговые режимы формируются в результате того, что пациенты сталкиваются в детстве со сложными, почти невыносимыми ситуациями, и у них нет адекватной модели, демонстрирующей здоровые взрослые стратегии совладения. Эти режимы «защищают» от болезненных ситуаций и эмоций в детском и подростковом возрасте и помогают совладать с трудными ситуациями и эмоциями. Для этих режимов с их когнитивными, эмоциональными и поведенческими паттернами характерно то, что они были «адаптивными» в детстве в соответствующей среде, то есть зачастую они так или иначе помогали пациентам выжить. Однако сейчас, в изменившемся контексте, эти копинговые режимы уже не являются адаптивными или являются таковыми лишь в краткосрочной перспективе и очень ограниченном наборе ситуаций и, скорее, приносят пациентам проблемы в повседневной жизни. Дезадаптивные копинговые режимы помогают справиться с болезненными эмоциями в моменте, однако в долгосрочной перспективе важные потребности не удовлетворяются. Именно поэтому эти режимы являются дезадаптивными, и для того, чтобы пациенты могли вести здоровую и самостоятельную жизнь, в процессе терапии необходимо ограничивать влияние этих режимов, так как они ухудшают качество жизни [5, с. 56].

Каждый дезадаптивный копинговый режим имеет в своем арсенале как минимум одну, но чаще – несколько дезадаптивных моделей или стратегий поведения. На наш взгляд, мазохистический тип личности при этом имеет помимо прочих свои особенные модели и стратегии поведения, которые слабо освещены в современной литературе по схематерапии.

Когда современные авторы говорят о мазохизме без ссылки на сексуальный контекст, они обычно имеют в виду моральный мазохизм, которому свойственны паттерны страдания, самодеструктивности, саморазрушения, самоповреждения, самообесценивания и выражения жалоб. Индивиды с мазохистскими чертами характера имеют склонность навлекать на себя болезни, несчастные случаи, оказываться в униженном положении, принижать и умалять свои достоинства [6, с. 191].

При этом необходимо отметить, что термин «мазохизм», используемый психоаналитиками, не означает любви к боли и страданию. Человек, ведущий себя мазохистически, терпит боль и страдает в сознательной или бессознательной надежде на некоторое последующее благо [3, с. 334]. То есть, мазохистические паттерны в данном случае являются копинговыми режимами с точки зрения схематерапии.

Рассмотрим особенности избегающего копинга, а именно режима Избегающего Защитника, присущего людям с мазохистическим типом личности. Цель данного режима – не сталкиваться с негативными эмоциями и конфликтами. Как правило, пациенты переключаются в режим Избегающего Защитника, чтобы избежать воображаемых или реально ожидаемых негативных эмоций и конфликтов. Пациенты в этом режиме также могут избегать важных встреч, выполнения обязательств и социальных контактов (например, походов в различные учреждения, звонков, встреч с людьми) [5, с. 82].

При активации или риске активации режима Уязвимого или Сердитого Ребенка пациент переключается в режим Избегающего Защитника и просто-напросто не идет в эмоциональную ситуацию или преждевременно из нее выходит. Избегающее поведение часто запускается не осознанно, а скорее автоматически. При этом за избеганием стоит режим Уязвимого или Сердитого Ребенка, который может активироваться в процессе взаимодействия с другими людьми и реальными ситуациями (внешними стимулами) или собственными частями, например, режимом Карающего, Требовательного Критика или Критика, внушающего вину (внутренними стимулами) [5, с. 83].

На наш взгляд, людям с мазохистическим типом характера могут быть присущи особые стратегии избегания, основанные на том, чтобы создать себе страдание, которое поможет оправдать избегание. Например, они могут что-нибудь испортить, сломать что-нибудь ценное, спровоцировать конфликт со значимыми людьми, или в конце концов заболеть, и тем самым обеспечить себе довольно сильное страдание, которое позволит справиться с Внутренним Требовательным Критиком и даст моральное право и разрешение избежать эмоционально тяжелой ситуации и снять с себя вину и ответственность за это избегание, посчитать себя жертвой обстоятельств.

На наш взгляд, выделение данных стратегий Избегающего Защитника, связанных со страданием, присущих людям с мазохистическим типом личности, крайне важно, так как эти стратегии легко спутать с другими режимами. Например, можно изучать конфликт клиента сам по себе, как включающий в себя и триггер, и реакцию на него, а можно рассматривать его как способ избежать другого пугающего клиента события (стратегию избегающего копинга), то есть рассматривать этот конфликт как реакцию на совершенно посторонний триггер, не имеющий к данному конфликту прямого отношения, и это будут принципиально разные подходы в работе.

Рассмотрим особенности гиперкомпенсационного копинга, а именно режима Самобичующего Гиперконтролера, присущего людям с мазохистическим типом личности. Человек, использующий режим Самобичующего Гиперконтролера, может атаковать себя, причинять себе вред, подвергать депривации и критиковать ради «самоусовершенствования» или минимизации стыда, нападок и унижений со стороны других и Внутреннего Критика.

Режим Самобичующего Гиперконтролера обеспечивает иллюзию контроля и безопасности через:

- 1) ощущение умиловления критикующих или искупления «вины»;

2) охранительное поведение с использованием самоповреждения для создания выносливости и устойчивости к боли, чтобы было не так плохо, когда другие неизбежно отвергнут или причинят вред;

3) выступая в качестве буфера против непредсказуемости эмоциональной боли и ощущения бессилия, связанных, прежде всего, с отвержением или насилием.

Может получать удовлетворение от того, что сам контролирует наказание и депривацию, не позволяя другим навязывать это. «Если я буду достаточно бичевать себя, у меня все получится». «Если я знаю, что я плохой, то я становлюсь лучшим человеком только за то, что признаю это» [4].

На наш взгляд, эти стратегии режима Самобичующего Гиперконтролера для мазохистического типа личности можно дополнить.

В психоанализе выделяют несколько измерений мазохистического отреагирования. Все эти виды отреагирования, на наш взгляд, могут соответствовать стратегиям гиперкомпенсационного копинга (Самобичующего Гиперконтролера) у личности мазохистического типа. Рассмотрим их подробнее.

Провокация. Движимые большей частью бессознательно, саморазрушительные действия включают в себя элемент попытки справиться с ожидаемой болезненной ситуацией. Например, если некто убежден, что все авторитетные фигуры рано или поздно из прихоти наказывают тех, кто от них зависит, и находится в хроническом состоянии тревоги, ожидая, что это произойдет, провоцируя затем ожидаемое наказание, он тем самым уменьшает тревогу и вновь обретает уверенность в своем влиянии: по крайней мере, время и место страдания выбрано им самим [3, с. 337].

Умиротворение. «Я уже страдаю, поэтому, пожалуйста, воздержитесь от дополнительного наказания». А также при хронической тревоге и паталогическом ожидании неприятностей: «Неприятность уже произошла, теперь можно расслабиться и почувствовать себя в безопасности, ничего плохого больше не произойдет». Данная стратегия может подкреплять саму себя, то есть человек, создавая себе страдание и предполагая, что больше страданий не произойдет, скорее всего убеждается в своей правоте и бессознательно утверждает в ощущении, что созданное самостоятельно страдание оберегает его от других, неконтролируемых страданий.

Экзгибиционизм. «Обратите внимание: мне больно». В таком случае пострадать – может означать для человека получить немного заботы, а заболеть – значит привлечь к себе внимание.

Избегание чувства вины. «Смотрите, что вы заставили меня сделать!». «Это не я плохой / не я виноват, а ты».

Таким образом, избегающие и гиперомпенсирующие копинговые режимы, свойственные маохистическому типу личности, могут иметь стратегии, отличные от рассмотренных в современной литературе. Принятие во внимание данных стратегий важно для успешной эмпатической конфронтации с данными режимами, а значит и в целом для эффективности психотерапии с людьми, имеющими мазохистический тип личности, или с людьми, периодически использующими данные копинги.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах / Перевод с англ. Е. Плотниковой; под научной редакцией А.В. Черникова. М.: Научный мир, 2016. 320с.
2. Коромылова О.С. Идентификация родительских режимов в схема-терапии // VIII Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии CBTFORUM: сборник научных статей. 2022. С. 121-125.

3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 480 с.
4. Московский институт схематерапии: <https://www.schema-therapy.ru/>
5. Райс Н., Фогель Ф. Эмпатическая конфронтация в схема-терапии. С рабочими материалами / пер. с нем. М.: Научный мир, 2022. 296 с.
6. Хрушкова К.А. Теоретические аспекты изучения выученной беспомощности мазозистского типа личности // Научные междисциплинарные исследования. 2020. С. 188-193.
7. Янг, Дж., Клоско, Дж., Вайсхаар, М. Схема-терапия. Практическое руководство: Пер. с англ. СПб.: ООО "Диалектика", 2020. 464 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ АНАЛИЗЕ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПСИХОТЕРАПИИ: НАСТОЯЩЕЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Кортаевская Елизавета Александровна

Санкт-Петербургский Государственный Университет

Аннотация. Когнитивные процессы важны для нашего «восприятия» мира и того, как мы его интерпретируем, а также для того, что мы помним о мире. Наша обработка влияет на наш взгляд на мир и наши реакции, а также на то, как мы видим самих себя, что, в свою очередь, влияет на наше благополучие, общение, самоуважение и качество жизни в целом. Когнитивные искажения лежат в основе всей психопатологии и могут рассматриваться как общие факторы; однако исследования показывают, что различные расстройства определенным образом формируют эти предубеждения. Искусственный интеллект (ИИ) может помочь в оценке и диагностике когнитивных паттернов и расстройств. Алгоритмы машинного обучения могут быть обучены распознавать паттерны в данных о пациентах, что позволяет более точно ставить диагноз и планировать индивидуальное лечение. Кроме того, ИИ может помочь в мониторинге и отслеживании прогресса на протяжении всей терапии, позволяя врачам соответствующим образом корректировать вмешательства. В данной статье представлена попытка сделать краткий обзор современных исследований симбиоза искусственного интеллекта и влияния когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) на когнитивные процессы. Более комплексный подход к анализу когнитивных процессов в психологии поможет улучшить терапию и обеспечить большее понимание когнитивных процессов и психического здоровья в целом. Сотрудничество между психологами и экспертами по ИИ может помочь обеспечить ответственную и этичную разработку и применение ИИ в этой области. Актуальным становится также вопрос о необходимости психотерапии для самого ИИ, поскольку ИИ обучается на обширных наборах данных, охватывающих широкий круг людей.

Ключевые слова: *психотерапия, когнитивные процессы, когнитивно-поведенческая психотерапия, искусственный интеллект, этика, должностное поведение, компенсация, избегание, когнитивная реструктуризация.*

Технология искусственного интеллекта (ИИ) играет решающую роль в различных научных и технологических областях, позволяя моделировать поведение человека и выполнять специализированные когнитивные задачи в конкретных областях применения. Отрасль здравоохранения, особенно в области психического здоровья человека, может значительно выиграть от использования потенциала искусственного интеллекта для улучшения и модернизации практики. По мере того, как мы углубляемся во внедрение искусственного интеллекта в психологическое здравоохранение, становится первоочередным изучение существующих возможностей этой технологии. Ответственное внедрение требует от нас не только изучения этических и социальных последствий расширения использования ИИ в области психического здоровья, но и установления симбиотических отношений, при которых ИИ расширяет набор инструментов, доступных для оказания помощи профессионалам, а не заменяет их полностью. Однако возникает уместный вопрос: если ИИ обучается на обширных наборах данных, охватывающих разных людей, нужна ли ИИ психотерапия? Другими словами, если мы полагаемся на ИИ, чтобы помочь нам в области психического здоровья, может ли сам ИИ пройти терапию для решения этических проблем? В конце концов, психологам и психотерапевтам необходимо проходить индивидуальную терапию в рамках своего профессионального развития и постоянно участвовать в непрерывном образовании.

Когнитивная психология играет значительную роль в изучении машинного обучения и искусственного интеллекта. С другой стороны, психоанализ больше фокусируется на исследовании использования наборов данных и их влияния на отдельных людей. И искусственный интеллект, и когнитивная психология стремятся постичь тонкости познания и суть поведения посредством исследований, тестирования и построения моделей, имитирующих то, как человеческий разум обрабатывает сложную информацию. Эти модели учитывают фундаментальные когнитивные функции, такие как внимание, память и восприятие. Когнитивные нарушения являются фактором, способствующим различным психическим расстройствам. Исследования в области клинической психологии, нейропознания, генетики и психиатрии сосредоточены на понимании когнитивных процессов [1]. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — это эффективный подход, направленный на косвенное или прямое изменение когнитивных процессов. Вполне вероятно, что успешное внедрение традиционной КПТ приводит к автоматическим изменениям в когнитивной обработке [2]. КПТ нацелена на исправление когнитивных ошибок и дисфункциональных убеждений, что, в свою очередь, воздействует на когнитивные схемы и влияет на автоматическую обработку как внешней, так и внутренней информации [3]. Область когнитивной обработки охватывает различные процессы, такие как восприятие, внимание, рабочая память, ассоциации, оценка, интерпретация, запоминание, рефлексия и опыт. Эти когнитивные функции взаимосвязаны и создают сложную сеть взаимодействий [4].

Органы чувств человека играют жизненно важную роль в сборе информации из окружающей среды, инициируя процесс восприятия. Эта перцептивная информация затем обрабатывается и интерпретируется когнитивной системой. Чтобы эффективно ориентироваться в этом потоке информации, внимание действует как фильтр, избирательно фокусируясь на соответствующих стимулах и подавляя отвлекающие факторы. Рабочая память функционирует как динамическая система хранения, позволяющая нам активно манипулировать информацией и сохранять ее при выполнении различных задач. Он служит временным рабочим пространством, где мы можем обрабатывать и систематизировать данные для немедленного использования [3].

Интерпретация — это когнитивный процесс, который придает смысл и значимость полученной информации. Именно посредством интерпретации мы формируем наше понимание и восприятие окружающего мира. Воспоминания, с другой стороны, служат ориентиром для определения того, что заслуживает нашего внимания, а что можно отфильтровать. Они играют решающую роль в оценке стимулов и ситуаций, позволяя нам выносить суждения, основанные на предыдущем опыте.

На процессы нашего внимания сильно влияют наши воспоминания и опыт, которые служат основой для навигации в постоянном потоке информации. Однако важно отметить, что не вся информация, достигающая порога нашего внимания, будет сохранена в памяти. Существует избирательный процесс, при котором сохраняется только наиболее релевантная и значимая информация и она становится доступной для последующего поиска [5]. Рефлексия включает в себя акт обдумывания прошлых событий или проблем, часто сопровождаемый самоанализом. Тревога, с другой стороны, относится к постоянным мыслям и опасениям по поводу возможных будущих результатов, приводящим к состоянию беспокойства и дурных предчувствий.

Когнитивные искажения являются основополагающими факторами при всех формах психопатологии и считаются общими элементами. Однако исследования показали, что различные расстройства проявляют эти предубеждения по-разному [5]. Взаимосвязь между эмоциями и когнитивной обработкой является фундаментальным аспектом функционирования человека. Эмоции охватывают широкий спектр аффективных состояний, которые охватывают когнитивные, физиологические и поведенческие проявления, играя решающую роль в адаптивных реакциях. Однако в контексте

психических расстройств эмоции могут утрачивать свою адаптивную ценность, что приводит к нарушениям нормального функционирования когнитивных и эмоциональных взаимодействий. Эта дисгармония может привести к неадаптивному поведению, такому как склонность к чрезмерному избеганию при тревожных расстройствах, которые увековечивают вредный цикл. Распознавание и понимание этой эмоционально-когнитивной динамики важно для разработки эффективных вмешательств и разрыва порочных кругов, которые поддерживают неадаптивное поведение [2]. Предрассудки играют решающую роль в сложном ландшафте развития расстройств. Эмоции оказывают всепроникающее влияние на весь спектр обработки информации, однако, что интересно, некоторые психические расстройства, по-видимому, сталкиваются с отчетливыми предубеждениями. Примечательно, что люди с тревожными расстройствами проявляют выраженный дефицит внимания и интерпретации, в то время как те, кто находится в состоянии депрессии, испытывают изменения в памяти, которые становятся чрезмерно обобщенными, со склонностью отдавать предпочтение негативным стимулам перед позитивными. В свете этих интригующих закономерностей можно было бы задаться вопросом: можно ли использовать машинное обучение, используя мощь таких алгоритмов, как k-ближайшие соседи (kNN), для выявления и тщательного изучения этих предубеждений? Используя такие передовые методы, можно свести к минимуму этические трудности и снизить неотъемлемые риски, связанные с взаимодействием с людьми, находящимися в критических условиях. Этот инновационный подход обладает огромным потенциалом для облегчения выявления и понимания этих предубеждений, в конечном счете помогая в разработке более целенаправленных вмешательств и максимизируя благополучие тех, кто страдает психическими расстройствами [2].

Инновационные подходы и вмешательства, такие как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и методы, основанные на осознанности, нацелены на когнитивные процессы для улучшения самочувствия [4]. КПТ революционизирует сферу автоматической обработки эмоциональной информации, трансформируя способ взаимодействия людей со своими мыслями и чувствами. Когда дело доходит до обработки внимания, влияние КПТ, по-видимому, зависит от конкретных предубеждений, которые пациенты испытывают до начала лечения. Глубокое влияние автоматических когнитивных процессов на результаты лечения подразумевает, что изменение когнитивной обработки представляет собой жизненно важный компонент эффективности КПТ, проясняющий лежащие в ее основе механизмы работы. Примечательно, что модификация этих автоматических процессов оказывает благоприятное воздействие на траекторию лечения, открывая многообещающие перспективы при широком спектре психических расстройств [2]. Основываясь на убедительных когнитивных теориях, постулируется, что эти преобразующие эффекты обладают значительным потенциалом для улучшения терапевтического пути для бесчисленного множества людей. Заслуживающим внимания достижением в области когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) является компьютерная когнитивно-поведенческая терапия (ККПТ). Было проведено исследование, в ходе которого оценивалась эффективность ККПТ по сравнению с традиционной КПТ. Исследование показало, что ККПТ, который включает в себя онлайн-модули для развития основных поведенческих навыков наряду с пятичасовым терапевтическим контактом, не уступает традиционному курсу КПТ. Важно отметить, что традиционный курс КПТ включал более восьми дополнительных часов контакта с терапевтом [6].

Если больше говорить о помощниках, а не об автономных системах, но можно привести пример приложение Qualia [9], которое предлагает пользователям возможность документировать свои мысли, ситуации и эмоции, используя протокол СМЭР в рамках когнитивно-поведенческой терапии. Оно предоставляет платформу для диалога с виртуальным ассистентом, позволяя людям записывать и анализировать свой опыт на ежедневной основе. Эта практика позволяет идентифицировать триггеры негативных эмоций и моделей поведения в различных ситуациях, позволяя пользователям распознавать

и самостоятельно изменять свои реакции. Хотя интеграция искусственного интеллекта в приложения клинической психологии обещает повысить качество медицинской помощи, важно отметить потенциальные риски, связанные с использованием исключительно этих инструментов в острых состояниях.

По мере продолжения прогресса в этой области и внедрения этих технологий в медицинскую практику появляются все больше возможностей для персонализированной поддержки психического здоровья и улучшения результатов [10]. Виртуальные "терапевты" используют продвинутый алгоритм социального интеллекта, позволяющий им адекватно реагировать, не полагаясь исключительно на мнение эксперта или контекст. В дополнение к этому алгоритмическому подходу аватары используются в качестве дополнительного метода для выявления и лечения психических расстройств. Например, пациент, испытывающий слуховые галлюцинации, может вступить в диалог с цифровым представителем, который воплощает голос и руководство терапевта. Посредством этого взаимодействия аватар, работая в тандеме с терапевтом, стремится постепенно облегчить негативные симптомы, связанные с психозом. Эти инновационные подходы обещают улучшить результаты лечения пациентов и расширить охват психиатрической помощи [11]. Они также используются при лечении шизофрении в качестве дополнительного метода к медикаментозному лечению [12].

Интерактивные занятия с интеллектуальными агентами играют решающую роль в проведении терапии для детей с аутизмом. Эти дети часто сталкиваются с трудностями в понимании последствий своих действий, особенно в социальных взаимодействиях. Интеграция интеллектуальных агентов допускает различные формы взаимодействия, предоставляя этим детям ценную возможность получать обратную связь и извлекать уроки из своего опыта. Благодаря интерактивным сессиям терапевтические вмешательства могут быть адаптированы к уникальным потребностям каждого ребенка, способствуя его развитию и совершенствуя социальные навыки. Этот инновационный подход открывает многообещающие возможности для поддержки детей с аутизмом и содействия их общему росту и благополучию [13].

Появление онлайн-платформ для психотерапии, несомненно, расширило доступность ресурсов по охране психического здоровья. Однако эта возросшая доступность вызывает обоснованные опасения относительно потенциального снижения качества предоставляемой психологической помощи. Поскольку виртуальная терапия становится все более распространенной, необходимо следить за тем, чтобы люди, обращающиеся за поддержкой в области психического здоровья, не оставались уязвимыми перед неадекватными онлайн-ресурсами. Крайне важно решить эти проблемы путем внедрения надежных мер по обеспечению качества, установления надежных стандартов аккредитации и продвижения этических принципов на онлайн-платформах охраны психического здоровья. Соблюдая правильный баланс между доступностью и качеством, мы можем в полной мере использовать потенциал онлайн-возможностей в психотерапии, обеспечивая при этом благополучие тех, кто обращается за психиатрической помощью [14].

Эффективность онлайн-психологических и образовательных инструментов может быть ограничена в предоставлении персонализированной и клинически значимой информации пользователю. Кроме того, эти инструменты часто отличаются качеством и точностью. Важно понимать, что, хотя эти ресурсы могут быть ценными, они могут не в полной мере отражать нюансы и индивидуальные потребности каждого пользователя. В результате следует проявлять осторожность, полагаясь исключительно на эти инструменты без руководства и опыта подготовленных специалистов. Учитывая эти ограничения, люди могут принимать более обоснованные решения и обращаться за соответствующей поддержкой, соответствующей их уникальным обстоятельствам и требованиям [15]. Кто будет отвечать за надлежащее использование ассистента в качестве терапевта - скорее всего, сам человек, который отвечает за свое здоровье.

Кроме того, важно отметить, что ИИ не обладает способностью точно определять, когда человек находится в кризисной ситуации или нуждается в услугах альтернативного лечения. Это создает значительные этические и клинические проблемы, поскольку остается неясным, кто будет нести юридическую ответственность за любые потенциальные последствия, вытекающие из этих неточностей. В результате крайне важно проявлять осторожность и признавать ограничения, связанные исключительно с ИИ в таких ситуациях. Вмешательство человека и его суждение, наряду с технологией искусственного интеллекта, могут помочь снизить эти риски и обеспечить надлежащий уход и поддержку [16]. При изучении инструментов, направленных на облегчение симптомов и оказание поддержки психическому здоровью, возникает заметная обеспокоенность по поводу потенциального неправильного использования этих помощников. По мере роста популярности и распространенности технологий охраны психического здоровья разработчики этих инструментов экономически мотивированы проводить исследования, которые поддерживают популяризацию их вмешательств, предоставляя, казалось бы, обнадеживающие «доказательства» их жизнеспособности и эффективности. Однако это может непреднамеренно подвергнуть людей рискам и неопределенности [15].

В настоящее время отсутствует руководство и рекомендации по разработке, проектированию, использованию и регулированию технологий искусственного интеллекта в области психического здоровья. Это отсутствие распространяется на инструменты, которые позволили бы интегрировать искусственный интеллект с существующими технологиями и практиками психологов и психиатров, а также на нормативную базу, регулирующую их внедрение. Кроме того, существует недостаток понимания того, как профессионалы могут эффективно взаимодействовать с ИИ в своей повседневной практике, и отсутствует подготовка по правильному использованию ИИ в этом контексте.

Однако важно отметить, что искусственный интеллект уже обладает возможностями, позволяющими ему оценивать физиологические характеристики путем анализа динамических изменений температуры человека, глазодвигательной активности и сердцебиения. Искусственный интеллект может проводить сеансы онлайн-терапии и оказывать ценную помощь практикующим терапевтам до, во время или после сеансов психотерапии.

Важно ответственно подходить к его внедрению, принимая во внимание этические соображения и необходимость симбиотических отношений между ИИ и профессионалами в этой области. Искусственный интеллект следует рассматривать как инструмент расширения спектра доступных ресурсов, а не как полную замену человеческого опыта. Чтобы попробовать гарантировать, что терапия остается эффективной и способствует значимой связи, разумным может оказаться сбалансированный подход, включающий как взаимодействие с человеком, так и технологическую поддержку. Эта комбинация позволяет дополнить уникальные преимущества ботов межличностными нюансами и симпатическим резонансом, которые могут обеспечить только люди, а также рассмотреть ситуацию, в которой человек становится психотерапевтом для ИИ или ИИ становится терапевтом для самого себя и можно ли судить по когнитивным искажениям ИИ о его «психическом этическом здоровье»?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
2. Becker, Eni S. (2017). *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* || *Cognitive Processes in CBT.*, 77–106. DOI:10.1016/B978-0-12-803457-6.00004-0.

3. Blanchette, I., & Richards, A. (2010). The influence of affect on higher level cognition: A review of research on interpretation, judgement, decision making and reasoning. *Cognition and Emotion*, 24, 561-595.
4. Stopyra, Marion A., Simon, Joe J., Rheude, Christiane and Nikendei, Christoph. "Pathophysiological aspects of complex PTSD – a neurobiological account in comparison to classic posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder" *Reviews in the Neurosciences*, vol. 34, no. 1, 2023, pp. 103-128.
5. Michael E. Thase, Paul McCrone, Marna S. Barrett, Tracy D. Eells, Stephen R. Wisniewski, G.K. Balasubramani, Gregory K. Brown, Jesse H. Wright; Improving Cost-effectiveness and Access to Cognitive Behavior Therapy for Depression: Providing Remote-Ready, Computer-Assisted Psychotherapy in Times of Crisis and Beyond. *Psychother Psychosom* 26 August 2020; 89 (5): 307–313. DOI:10.1159/000508143.
6. Masri R. Y., Mat Jani H. Employing artificial intelligence techniques in mental health diagnostic expert system // International conference on computer & information science (ICCIS). 2012. Vol. 1. P. 495–499. DOI: 10.1109/iccisci.2012.6297296]. Medical robot RP-VITA.
7. Robots and new technologies: a website. URL: <https://robroy.ru / mediczinskij-robot-rp-vita.html> (date of application: 02/26/2024).
8. The Qualia. URL <https://becbt.online/post-view/37> (date of application: 04/24/2024)
9. Ienca M. Ethical design of intelligent assistive technologies for dementia: a descriptive review / M. Ienca et al. // *Science and Engineering Ethics*. 2017. Vol. 24 (4). P. 1035–1055. DOI: 10.1007/s11948-017- 9976-1.
10. Craig T. K. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial / T. K. Craig et al. // *The Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5 (1). P. 31–40. DOI: 10.1016/ s2215-0366(17)30427-3.
11. Bain E. E. Use of a novel artificial intelligence platform on mobile devices to assess dosing compliance in a phase 2 clinical trial in subjects with schizophrenia / E. E. Bain et al. // *JMIR mHealth and uHealth*. 2017. Vol. 5. No 2. P. e18. DOI: 10.2196/mhealth.7030.
12. Costescu C. A., Vanderborgh B., David D. O. Reversal learning task in children with autism spect- rum disorder: a robot-based approach // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014. Vol. 45 (11). P. 3715–3725. DOI: 10.1007/s10803-014-2319-z.
13. Zeavin, H. (2022). Therapy with a human face. *Dissent*, 69(1), 11–15. <https://doi.org/10.1353/dss.2022.0002>.
14. Laura Eltahawy, Todd Essig, Nils Myszkowski, Leora Trub, Can robots do therapy?: Examining the efficacy of a CBT bot in comparison with other behavioral intervention technologies in alleviating mental health symptoms, *Computers in Human Behavior: Artificial Humans*, Vol. 2 (1), DOI:10.1016/j.chbah.2023.100035.
15. Pham, K. T., Nabizadeh, A., & Selek, S. (2022). Artificial intelligence and chatbots in psychiatry. *Psychiatric Quarterly*, 93, 249–253. DOI:10.1007/s11126-022-09973-8.
16. Roesler, C. (2017). Tele-analysis: The use of media technology in psychotherapy and its impact on the therapeutic relationship. *Journal of Analytical Psychology*, 62(3), 372–394.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ И СВОЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ НА ЭТАПЕ ВЗРОСЛОСТИ

*Котова Наталья Константиновна
Московский институт психоанализа*

Аннотация. Анализируется отношение к неопределенности, показана специфика реактивного и проактивного совладания. Представлены результаты соотношения совладающего поведения и толерантности, интолерантности к неопределенности, реактивного и проактивного совладания между собой. Исследование было проведено на взрослых людях 25-55 лет. Показано, что с возрастом возрастает как толерантность к неопределенности, так и интолерантность к неопределенности. Впервые сравнительное возрастное исследование показало связь выбора стратегий проактивного копинга с социально-демографическими данными (пол, возраст, семейный статус). Данные результаты могут использоваться в практической работе.

Ключевые слова: *толерантность к неопределенности, интолерантность к неопределенности, копинг, совладающее поведение, реактивный копинг, проактивное совладание.*

В настоящее время происходит объективное усложнение окружающего мира. Это усложняется новыми вызовами окружающего мира (пандемия COVID-19, СВО, санкции). Это служит основанием для формирования новых представлений о себе и мире. Изменения социального пространства современного человека определяет копинг как процесс совладания с неопределенностью (Белинская Е. П., 2022). Для выбора копинг- стратегий важна оценка и ориентация в ситуациях неопределенности. В данной работе проводилось исследование совладающего поведения с точки зрения реактивного и проактивного копингов. Реактивные копинги – это совладание с событиями, которые уже произошли, его целью является компенсация потерь или вреда (Schwarzer R., 2002). Проактивное совладание используется для обнаружения и предотвращения вероятных угроз личным целям (потенциально укрощающие стрессоры, следовательно, неопределенные) (Greenglass, 2002). Расширение репертуара применяемых копинг стратегий делают индивида более гибким и адаптивным (Кузнецова А. С., 2019). Толерантность к неопределенности рассматривается как ресурс в создании собственных точек опоры в жизни, интолерантность определяется как тенденция воспринимать неопределенные ситуации как источник угрозы, как трансдиагностический фактор уязвимости ряда психологических расстройств: связана с развитием тревожных (в т. ч. генерализованное тревожное расстройство, социальная тревожность), фобических расстройств, расстройств пищевого поведения, агарофобии, депрессии, ПТСР (Dugas, Freeston, & Ladouceur (1997), Dugas et al. (1998), Freeston, Rhe´aume, Letarte, Dugas, & Ladouceur (1994), Wolfradt et al. (1999), McEvoy, Hyett et al. (2019); Shihata, McEvoy, Mullan, & Carleton (2016); ряд исследований показывает роль интолерантности к неопределённости у людей с РАС (C. V. Conner et al. (2022).

В качестве методов исследования использовались опросник способов копинга Р. Лазаруса, С. Фолкман в адаптации Е. В. Битюцкой, (2015); опросник проактивного совладающего поведения (копинга) в адаптации Е. П. Белинской, А. В. Вечерина (2018); шкала толерантности/интолерантности к неопределённости Баднера в адаптации Т.В. Корниловой, М.А. Чумаковой (2014). Также были получены социально-демографические данные: пол, возраст, семейное положение, наличие детей, уровень образования. В исследовании приняли участие мужчины и женщины в возрасте 25-55 лет (среднее – 39,98), 176 человек (50 мужчин, 126 женщин). Обработка результатов проводилась с

использованием методов описательной статистики, сравнительного и корреляционного анализа с использованием статистического пакета R.

Результаты исследования

Исследование толерантности/интолерантности к неопределенности. Для 55,68% взрослых характерно умеренное стремление к ясности, неготовности принять новый опыт, умеренная склонность к регламентации жизни и тревоги. Для 48,3% взрослых возможны сложности в стремлении к изменениям, новизне, выходу за рамки принятых ограничений. С возрастом повышается как толерантность, так и интолерантность к неопределенности, что указывает на готовность увидеть, с одной стороны, в неопределенности выбор, опыт, возможность, с другой стороны, указывает на высокий уровень тревожности к новому, неизвестному.

Исследование проактивного совладания. Проактивное совладание находится на достаточно высоком уровне, однако средние значения ниже результатов, полученных на похожих возрастных группах [2, 6]. В период средней взрослости люди чаще выбирают такие стратегии проактивного совладания как рефлексивное преодоление и стратегическое планирование. Молодые люди предпочитают разделять чувства с другими, ищут сочувствия. Мужчины чаще прибегают к советам, информации. Взрослые, имеющие своих детей, реже используют такую стратегию совладания как поиск эмоциональной поддержки, что может мешать более быстро и эффективно разрешать ситуацию за счет своего окружения. Взрослые, имеющие высшее образование, предпочитают выбирать стратегическое планирование и превентивное преодоление.

Исследование реактивного совладания. Частота использования копингов находится на уровне выше среднего, кроме самоконтроля. Предпочитаемыми стратегиями реактивного совладания взрослых в период средней взрослости являются следующие: уход, избегание; фантазирование и надежда на внешние силы, дистанцирование, противостояние. Стратегию совладания «фантазирование и надежда на внешние силы» чаще выбирают мужчины и молодые люди. Взрослые с высшим образованием, реже используют пассивные способы реагирования (фантазирование, избегание, дистанцирование).

По результатам корреляционного анализа критерием Спирмена были выявлены взаимосвязи реактивного и проактивного совладания. Результаты исследования представлены в Таблице 1. Проактивное преодоление имеет положительную взаимосвязь с позитивной переоценкой ситуации ($r=0,469$ при $p=0,001$), самообвинением ($r=0,216$ при $p=0,01$), фантазированием ($r=0,203$ при $p=0,01$). Данные результаты противоречивы: с одной стороны усилия по формированию общих ресурсов связаны с принятием ответственности за сложившуюся ситуацию, с другой стороны связано с перекладыванием ответственности на внешние силы. Возможно, это связано с политическими и социальными изменениями, невозможностью использовать привычные способы совладания. Рефлексивное преодоление имеет отрицательную связь с дистанцированием ($r=-0,222$ при $p=0,01$), слабые связи на уровне тенденции с позитивной переоценкой, противостоянием и самоконтролем ($r=0,182$; $r=-0,188$; $r=-0,186$ при $p=0,05$). Уменьшение значения ситуации, сдержанное поведение, активное противостояние ситуации связаны со сложностью в размышлении о возможных поведенческих альтернативах, в анализе ситуации и имеющихся ресурсах.

Стратегическое планирование связано с изменением отношения к ситуации, сосредоточении на своем личностном росте ($r=0,294$ при $p=0,001$). Предвосхищение потенциальных стрессоров связано с изменением отношения к ситуации ($r=0,249$ при $p=0,001$), отсутствием желания, чтобы ситуация разрешилась сама ($r=-0,163$ при $p=0,05$). Поиск советов и обратной связи от своего социального окружения связан с переключением внимания, активным досугом, развлечениями, алкоголем, едой ($r=0,321$ при $p=0,001$), самокритикой, использованием извинений для исправления ситуации ($r=0,231$ при $p=0,01$),

изменением отношения к ситуации ($r=0,175$ при $p=0,05$). Регуляция эмоционального дистресса через разделение чувств с другими, общения связана с принятием ответственности, самокритикой ($r=0,289$ при $p=0,001$), изменением отношения к ситуации ($r=0,264$ при $p=0,001$), использованием социальных связей ($r=0,199$ при $p=0,01$).

Таблица 1

Результаты статистического анализа взаимосвязи реактивного и проактивного совладания

	проактивное преодоление	рефлексивное преодоление	стратегическое планирование	превентивное преодоление	поиск инструментальной поддержки	поиск эмоциональной поддержки
планомерное решение	0.07	0.015	0.02	-0.011	0.017	0.018
обращение за поддержкой	0.147	-0.014	0.149*	0.065	0.14	0.199**
положительная переоценка	0.469***	0.182*	0.294***	0.249***	0.175*	0.264***
противостояние	-0.002	-0.188*	0.094	-0.096	0.155*	0.159*
самоконтроль	0.149*	-0.187*	-0.133	-0.144	0.043	0.065
самообвинение	0.216**	-0.069	0.018	-0.08	0.231**	0.289***
фантазирование и надежда на внешние силы	0.203**	-0.087	-0.028	-0.163*	-0.087	0.032
дистанцирование	0.076	-0.222**	0.059	-0.026	0.112	0.027
уход, избегание	0.056	0.013	-0.03	-0.015	0.321***	0.15*

Примечание: статистически значимыми значениями будут при $p=0,05$ $r = 0,16$, значения обозначены *; при $p=0,01$ $r = 0,210$, значения обозначены **; при $p=0,001$ $r = 0,266$, значения обозначены ***)

Стратегическое планирование связано с изменением отношения к ситуации, сосредоточении на своем личностном росте ($r=0,294$ при $p=0,001$). Предвосхищение потенциальных стрессоров связано с изменением отношения к ситуации ($r=0,249$ при $p=0,001$), отсутствием желания, чтобы ситуация разрешилась сама ($r=-0,163$ при $p=0,05$). Поиск советов и обратной связи от своего социального окружения связан с переключением внимания, активным досугом, развлечениями, алкоголем, едой ($r=0,321$ при $p=0,001$), самокритикой, использованием извинений для исправления ситуации ($r=0,231$ при $p=0,01$), изменением отношения к ситуации ($r=0,175$ при $p=0,05$). Регуляция эмоционального дистресса через разделение чувств с другими, общения связана с принятием ответственности, самокритикой ($r=0,289$ при $p=0,001$), изменением отношения к ситуации ($r=0,264$ при $p=0,001$), использованием социальных связей ($r=0,199$ при $p=0,01$).

Результаты анализа взаимосвязей толерантности/интолерантности к неопределенности и совладающего поведения.

Для определения взаимосвязей был проведен корреляционный анализ (корреляция Спирмена) и сравнительный анализ групп с различным уровнем толерантности (высокая, средняя, низкая) и интолерантности к неопределенности (высокая, средняя, низкая) с использованием критерия Крускалла-Уоллеса.

Сравнительный анализ групп с различным уровнем толерантности к неопределенности показал, что взрослые, рассматривающие ситуации неопределенности как выбор, развитие, используют активные способы реагирования, направленные на себя (самоконтроль, самообвинение). Взрослые с умеренно выраженным уровнем принятия неопределенности выбирают отвлечение, уход из ситуации. При отсутствии выраженного стремления к изменениям, новизне, готовности идти непроторенными путями, люди выбирают превентивное преодоление.

Сравнительный анализ групп с различным уровнем интолерантности к неопределенности показал, что взрослые, для которых характерны стремление к ясности, упорядоченности во всем, высокая тревожность в ситуациях неопределенности, чаще выбирают отвлечение, уход из ситуации, ищут советы в окружении, реже выбирают

положительную переоценку ситуации, проактивное преодоление, стратегическое планирование, превентивное преодоление.

Результаты корреляционного анализа представлены на рисунке 1.

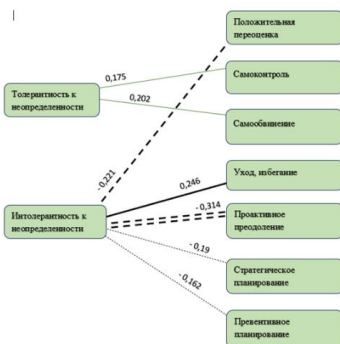


Рис. 1 - Взаимосвязь толерантности и интолерантности к неопределенности со стратегиями совладающего поведения

В результате корреляционного анализа не выявлены взаимосвязи толерантности к неопределенности с проактивным совладанием. Испытуемые не склонные к деструктивной тревоге, способные активно воздействовать на неопределенные ситуации, способные видеть в неопределенности возможности имеют тенденцию к сдержанному проявлению чувств и эмоций, берут ответственность на себя, вероятно появления самокритики ($r = 0,175$ $p=0,05$; $r = 0,202$ $p=0,05$). Личность с низким уровнем деструктивной тревожности, не склонная к жесткой регламентации прилагает достаточно усилий по формированию ресурсов для достижения значимых целей, стремиться к личностному росту, имеет тенденцию к созданию продуманного целеориентированного плана действий, к использованию превентивных стратегий (накопление, страхование, забота о здоровье) ($r = -0,314$ $p=0,001$; $r = -0,19$ $p=0,05$; $r = -0,162$ $p=0,05$). Высокая тревожность, склонность к жесткой регламентации повышает вероятность избегания, переключения с трудной ситуации на другие виды активности (развлечения, активный отдых, спорт, сон, еда, алкоголь и пр.) ($r = 0,246$ $p=0,01$). С попытками преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста, приложением усилий по самосовершенствованию связана тенденция снижения регламентации жизни и избегания дихотомической оценки ситуаций ($r = -0,221$ $p=0,01$).

При корреляционном анализе в группе с низкой толерантностью выявлена взаимосвязь на уровне тенденции толерантности к неопределенности и превентивного преодоления. Рассмотрение ситуации как возможности выбора, развития без деструктивной тревоги связана с предвосхищением стрессоров, подготовке действий по нейтрализации негативных последствий ($r = 0,228$ $p=0,05$).

В группе с низкой интолерантностью к неопределенности выявлены отрицательная взаимосвязь интолерантности к неопределенности и проактивного копинга ($r = -0,462$ $p=0,01$) и слабая отрицательная взаимосвязь на уровне тенденции интолерантности к неопределенности и стратегического планирования ($r = -0,361$ $p=0,05$). В группе с высокой интолерантностью к неопределенности выявлена отрицательная слабая взаимосвязь на уровне тенденции интолерантности к неопределенности и самоконтроля ($r = -0,31$ $p=0,05$); выявлены положительные взаимосвязи со стратегическим планированием ($r = 0,39$ $p=0,01$)

и эмоциональной поддержкой ($r = 0,387$ $p=0,01$). Данный анализ показывает противоречивые результаты в разрезе стратегического планирования: высокая регламентация жизни и тревожность могут приводить к более продуманным целям и действиям по их достижению.

Выводы: Половина участников исследования не готова к принятию нового опыта, неопределенных ситуаций, склонны к регламентации своей жизни.

Мужчины предпочитают искать совета, поддержки у социального окружения, склонны к уходу в мечты, перекладыванию ответственности на внешние силы, Взрослые, имеющие детей, реже прибегают к разделению чувств с другими, сочувствию.

Предпочитаемыми стратегиями реактивного совладания взрослых в период средней зрелости являются следующие: уход, избегание; фантазирование и надежда на внешние силы, дистанцирование, противостояние.

Существует положительная взаимосвязь толерантности к неопределенности с самообвинением и самоконтролем, а низкая толерантность к неопределенности с превентивным преодолением. Интолерантность к неопределенности положительно связана с уходом из ситуации и отрицательно – с положительной переоценкой ситуации, проактивным преодолением, стратегическим планированием и превентивным преодолением.

Данные результаты могут быть использованы в практике психологами, коучами, в индивидуальной и групповой работе. Также результаты могут являться основанием для дальнейших исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белинская, Е. П. Осознанность и совладание: неоднозначность взаимосвязей / Е. П. Белинская // Психология стресса и совладающего поведения: устойчивость и изменчивость отношений, личности, группы в эпоху неопределенности: материалы VI Международной научной конференции (Кострома, 22-24 сентября 2022 г.) / Сост. Е.В. Тихомирова, А.Г. Самохвалова. Кострома, 2022. – С. 60-64. – EDN ZXIJEL.

2. Белинская Е. П., Вечерин А. В., Агадуллина Е. Р. Опросник проактивного копинга: адаптация на неклинической выборке и прогностические возможности// Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 192–211. doi: 10.17759/psycljn.2018070312

3. Битюцкая, Е. В. Опросник способов копинга: методическое пособие. М.: ИИУ МГОУ, 2015. – 80 с. ISBN 978-5-7017-2494-3

4. Корнилова, Т. В., Чумакова М. А. Шкалы толерантности и интолерантности к неопределенности в модификации опросника С. Баднера // Экспериментальная психология. 2014. № 1. С. 92–110

5. Кузнецова, А. С. Трудовой стресс и проактивные копинг-стратегии среднего медицинского персонала на начальном этапе пандемии COVID-19 / А. С. Кузнецова, М. В. Гущина, М. А. Титова // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2021. – № 2. – С. 199-236. – DOI 10.11621/vsp.2021.02.10.

6. Емельянова, Т. П. Проактивный копинг и толерантность к неопределенности у предпенсионеров с разным уровнем жизнестойкости / Т. П. Емельянова, Е. Н. Викентьева // Вестник РГГУ. Серия: Психология. Педагогика. Образование. – 2023. – № 1. – С. 12-29. – DOI 10.28995/2073-6398-2023-1-12-29.

7. Mobilis in mobili: личность в эпоху перемен / Под общ. ред. Александра Асмолова. — М.: Издательский Дом ЯСК, 2018. — 546 с., вклейка в конце книги. ISBN 978-5-907117-24-2

8. Buhr K., Dugas M. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry, *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 20, Issue 2, 2006, Pages 222-236, ISSN 0887-6185, <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.12.004>.

9. Cobos P. L., Quintero M. J., Ruiz-Fuentes M., Vervliet B., López F. J. The role of relief, perceived control, and prospective intolerance of uncertainty in excessive avoidance in uncertainty-threat environments, *International Journal of Psychophysiology*, Volume 179, 2022, Pages 89-100, ISSN 0167-8760, <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2022.07.002>.
10. Conner C. M., Kim P. S., White S. W., Mazefsky C. A. The role of emotion dysregulation and intolerance of uncertainty in autism: Transdiagnostic factors influencing co-occurring conditions, *Research in Developmental Disabilities*, Volume 130, 2022, 104332, ISSN 0891-4222, <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104332>
11. Greenglass E. R. *Proactive coping // Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges* / ed. by E. Frydenberg. London, 2002
12. Hebert, Elizabeth A.; Dugas, Michel J. (2018). Behavioral Experiments for Intolerance of Uncertainty: Challenging the Unknown in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.07.007>
13. Schwarzer R., Taubert S. *Tenacious Goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping*, 2002

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

*Тарасова Екатерина Владимировна
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Нижегородской области
«Городская клиническая больница №39»*

Аннотация. В статье рассматривается направление Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Проведено описание характеристик суицидального поведения. В статье приведены примеры практик Mindfulness для коррекции суицидального поведения.

Ключевые слова. *суицид, поведение, практики осознанности, психотерапия, «третья волна», mindfulness.*

Проблема суицидального поведения в последние годы становится все более острой. Суициды нередко встречаются среди подростков и молодежи, а значит, смертельной опасности подвергаются люди трудоспособного возраста, что негативно отражается на социально-экономической сфере жизнедеятельности. Страдания людей подталкивают специалистов по психическому здоровью искать и разрабатывать новые методы по профилактике и предотвращению суицидального поведения. Одним из таких современных методов когнитивно-поведенческой терапии «третьей волны» является Mindfulness-Based Cognitive Therapy.

«Третью волну» характеризуют выходом за пределы когнитивной сферы психики человека, с использованием концептов осознанности, принятия и сострадания, хорошо известных в буддизме и, так называемых, восточных практиках. К настоящему времени концептуально mindfulness достаточно далеко ушел от своих восточных корней, вписался в контекст западной психотерапии, практической психологии и даже нейронауки. Сегодня говорят о существовании самостоятельного mindfulness approach (майндфулнесс-подхода) в психотерапии. В Institute for Meditation and Psychotherapy используется самое краткое определение «Mindfulness – осведомленность о настоящем моменте с его принятием» [2]. Mindfulness обычно передается термином «безоценочное осознание». Это процесс, при котором внимание направляется на настоящий момент, человек воспринимает то, что сейчас происходит в его внутреннем или внешнем мире, и стремится при этом к безоценочности и принятию. Он входит в роль доброжелательного и любопытного наблюдателя, который созерцает внутренние процессы, но не отождествляет себя с ними и не дает им себя поглотить. Соответственно, и негативные мысли и чувства он наблюдает с принятием, не критикуя себя за них и не пытаясь их подавить. Внимание направляется на непосредственное восприятие через пять органов чувств, мысли и чувства наблюдаются в их текучести. При этом практикующий сознательно противостоит тенденции нашего ума оценивать, критиковать, искать причины, планировать и т.д., а развивает в себе способность принимать то, что сейчас есть, как нечто ценное и проходящее [2].

Осознанность дает нам возможность не отождествлять себя с мыслями и чувствами, не впадать в одержимость ими, а исследовать свой опыт глубинным и осознанным вниманием. Одной из ключевых составляющих практик осознанности является сопереживающее, со-чувствующее, сердечное отношение к себе, которое, как показывают исследования, служит защитным фактором в переживании дистресса (Leary et al., 2007) [6].

Таким образом, задача терапии, основанной на осознанности, «вернуть человека в настоящее», этот метод фокусирует внимание человека на проживании настоящего момента для того, чтобы избавить его от избыточной

стереотипичности и автоматизированности мышления, содержащего дисфункциональные паттерны [2].

В многочисленных исследованиях на уровне метаанализа доказана эффективность терапии, основанной на осознанности, в лечении различных психических расстройств [5]. Получены данные о связи осознанности с более высоким уровнем удовлетворенности жизнью, жизнестойкостью (Brown, Ryan, 2003), психологическим благополучием, оптимизмом, компетентностью, самоконтролем (Brown, Ryan, 2009), позитивной самооценкой, эмпатией (Dekeyser, Raes, Leijssen, 2008) [5].

Осознанность как психологический конструкт обладает большим объяснительным потенциалом, а как форма терапевтической интервенции — значительной эффективностью в отношении разных форм психической патологии [5].

Главным применением этой терапии является лечение и предотвращение депрессии.

У значительного числа пациентов наблюдалась существенная редукция симптомов депрессии. В исследованиях отмечается факт, что многие пациенты продолжают использовать техники осознанности после прохождения курса МВСТ убеждаясь в их полезности (Finucane, Mercer, 2006) [2].

Еще одной точкой приложения Mindfulness-Based Cognitive Therapy является суицидальное поведение.

Механизм повторяющихся суицидальных попыток похож на механизм возникновения рецидива при депрессии: с каждой новой попыткой все меньше стрессовых воздействий необходимо для возобновления суицидального поведения (Joiner, Rudd, 2000) [2].

Центральным аспектом суицидального поведения считается непреодолимая психологическая боль, связанная с потерей, крупным поражением, неприятием и др. При активном переживании подобных ощущений восприятие перестает быть чувствительным к возможностям позитивного исхода. Внимание такого человека становится предельно избирательным к сигналам реальности и сосредоточивается на тех, что подтверждают уверенность в безвыходности положения. Чувство безнадежности и беспомощности, поддерживаемое особым вниманием к негативным сигналам, — это своеобразная автономная система мышления, характерная для депрессии и суицидального поведения при ней в частности (Williams, Swales, 2004) [5].

Пациенты не способны взглянуть на свои негативные переживания как на проходящие, они пребывают в ощущении, что эти неприятные чувства и есть истина, неизменяющаяся и постоянная [4].

Размышления, сфокусированные на негативных переживаниях, «отбрасывают» пациента не только в прошлое, но также заставляют прогнозировать будущее в пессимистичном свете, основываясь на выводах о собственной беспомощности (Nolen-Hoeksema, 1991). Такой человек живет «где угодно», только не в настоящем: его пугает прошлое, он тревожится по поводу будущего и несмотря на то, что к действительности подобные мысли не имеют никакого отношения, эти переживания становятся его непосредственной реальностью [4].

Стоит отметить, что некоторые авторы рассматривают суицидальный акт как высшую форму избегания в отношении невыносимых переживаний (Baumeister, 1990). В практиках осознанности акцент делается на наблюдение и принятие актуального переживания вне зависимости от его валентности, что может повысить толерантность к фрустрации и тягостным внутренним состояниям (Frewen et al., 2008; Hayes et al., 2006) [6].

W. Kuyken с соавт. выдвигают предположение, что навыки осознанности и безоценочного принятия опыта нивелируют связь между негативными эмоциями и специфическими паттернами мышления. Таким образом, даже при активации дисфункциональных мыслительных паттернов посредством переживания неприятных ощущений человека, будучи осведомленным о значении происходящего, сможет отреагировать на это спокойно. В ряде исследований был продемонстрирован эффект

осознанности в качестве средства профилактики суицидального поведения. Некоторые модели суицидального поведения (Hargus, Crane, Barnhofer et al., 2010; Williams, Swales, 2004) включают такие его аспекты, которые подразумевают возможность помощи путем обучения навыкам осознанности. В исследовании (Hargus, Crane, Barnhofer et al., 2010), посвященном выяснению эффекта осознанности больных депрессией с опытом суицидального поведения, просили описать ощущения, предшествующие их последним мыслям о смерти или попыткам самоубийства. Было обнаружено, что в случае традиционного лечения воспоминания пациентов о предшествующих суицидальному поведению ощущениях становились менее конкретными и более обобщенными, что свидетельствует о повышении когнитивной реактивности и риска рецидива. После прохождения обучения навыкам осознанности существенных изменений в восприятии прошлого опыта также не произошло (хотя незначительное повышение конкретности имело место), однако показатели осведомленности, что испытываемые ощущения являлись предвестниками суицидального поведения, существенно повысились [5].

Авторы исследования (Hargus, Crane, Barnhofer et al., 2010), делают вывод, что культивирование большей осведомленности и осознанности позволяет обратить внимание на сигналы о развивающемся суицидальном поведении в прошлом и, как следствие, суметь вывить их в будущем, чтобы отреагировать на них без подавления и осуждения, т. е. без действий, которые способствуют укоренению и развитию негативных симптомов [5].

Когда мы расцепляемся, дистанцируемся от мыслей, они значимо снижают влияние на нас и перестают жестко детерминировать наше поведение [2]. Такому дистанцированию обучают практики осознанности. Отстраненность от мыслей позволяет человеку взглянуть на ситуацию шире и рассмотреть её с разных точек зрения, что позволяет не вовлекаться в деструктивные действия.

Осознание и принятие опыта предполагает занятие субъектом метакогнитивной, наблюдающей позиции по отношению к своему опыту и внутреннему осмыслению его. В результате этого мысли воспринимаются как переходные, несущественные ментальные события, а не как точное представление реальности. Этот процесс некоторые исследователи называют децентрацией, или когнитивной гибкостью (*Segal, Kennedy et al., 2006; Raes, Dewulf et al., 2009*). В обоих случаях речь идет об отношении к мысли как просто мысли, а не как онтологическому отражению действительности [5].

Mindfulness-Based Cognitive Therapy включает различные практики, позволяющие корректировать поведения людей с суицидальными намерениями и попытками.

Предлагается применять различные медитативные практики, среди которых техники сосредоточения на собственных телесных ощущениях, дыхательные практики, упражнения, тренирующие внимательность, основанные на движениях из йоги (*Segal, Williams, Teasdale, 2002*) [4].

Наряду с очными сессиями неотъемлемой частью терапии является самостоятельная работа вне группы: участникам рекомендуется тратить не менее 45 мин в день на тренировку осознанности своей повседневной рутинной деятельности посредством прослушивания специально подготовленных голосовых записей для медитации. Помимо этого, медитативный эффект можно черпать в обыденных ситуациях: принимая ванну, выйдя на прогулку, слушая приятную музыку (*Sipe, Eisendrath, 2012*). Несомненным плюсом является тот факт, что любой повседневный опыт в рамках данного подхода становится объектом для тренировки навыков осознанности [4].

Стоит отметить, что практики осознанности, активно внедряющиеся сегодня в образовательную и медицинскую сферы, отражают определенный образ жизни, оказывающийся целительным при состояниях тревожности, депрессии, саморазрушения в силу того, что ориентированы на полноту жизни в настоящем [6].

Таким образом, Mindfulness-Based Cognitive Therapy играет значимую роль в коррекции суицидального поведения. Практики осознанности позволяют осуществлять профилактику деструктивного поведения, расширяют свободу выбора действий,

увеличивая арсенал поведенческих стратегий. Mindfulness требует регулярной практики, ежедневные занятия являются залогом успешного преодоления сложных жизненных ситуаций в будущем. Люди с суицидальным поведением очень чувствительны к окружающим стрессам, любого рода неприятности дестабилизируют их и поэтому важно вырабатывать устойчивость с помощью практики Mindfulness, чтобы сохранять жизнеспособность. В целом, практики осознанности позволяют улучшить качество жизни людей с суицидальным поведением. В связи с этим целесообразным является продолжение исследований в области Mindfulness-Based Cognitive Therapy.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кабат-Зинн Дж., Куда бы ты ни шел – ты уже там: Медитация полноты осознания в повседневной жизни/Пер. с англ. М. Белобородовой. – М.: Независимая фирма «Класс», Издательство Трансперсонального института, 2001. – 208 с.
2. Ковпак Д.В. Использование «третьей» волны когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении и профилактике суицидального поведения // Вестник Московской международной академии. – 2021. №2. С. 39-54.
3. Лайнен, Марша М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ. - М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2008. - 592 с.
4. Пуговкина О.Д. Mindfulness-based cognitive therapy: когнитивная психотерапия, основанная на осознанности в лечении хронической депрессии // Современная терапия психических расстройств. – 2014. №2. С. 26-31.
5. Пуговкина О.Д., Шильников З.Н. Концепция mindfulness (осознанность): неспецифический фактор психологического благополучия // Современная зарубежная психология. –2014. № 2. С.18-28.
6. Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Банников Г.С. Практика осознанности в профилактике суицидального поведения подростков (обзор зарубежных исследований)// Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. –2019. №2. С.121-144.
7. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. Teasdale J.D, Segal Z.V., Williams J. et al. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000. Vol. 68, pp. 615—623.
8. Segal Z.V., Williams J., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press, 2002.

ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Янучок Марина Вадимовна

Аннотация. Целью данной статьи является рассмотрение биполярного аффективного расстройства и эффективности когнитивно-поведенческой терапии для коррекции данного типа заболевания. Биполярное аффективное расстройство является хроническим и тяжелым психическим заболеванием, характеризующимся эпизодами мании, гипомании, депрессии или смешанного состояния, которые чередуются с периодами ремиссии. В статье рассматривается основной протокол и техники по коррекции БАР и преимущества когнитивно - поведенческой терапии перед другими методиками. Статья подчеркивает важность применения КПТ в комплексном лечении Бар у пациентов.

Ключевые слова: *биполярное аффективное расстройство, когнитивно-поведенческая терапия, мания, депрессия, поведенческая реструктуризация, поведенческая активация, мониторинг симптомов, автоматические мысли.*

Биполярное аффективное расстройство (БАР) является хроническим и тяжелым психическим заболеванием, характеризующимся эпизодами мании, гипомании, депрессии или смешанного состояния, которые чередуются с периодами ремиссии. Оно является одним из наиболее распространенных психических расстройств в мире, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2019 году биполярным расстройством страдает около 45 миллионов человек в мире. Это составляет примерно 0,6% мирового населения. Сообщается, что 15 до 19 % пациентов с БАР кончают жизнь самоубийством Гудвин и Джемисон (Goodwin и Jamison, 1990). Поэтому важно оказывать своевременную помощь людям, имеющим расстройство БАР и совершенствовать приемы и методы работы с таким расстройством.

Ранее биполярное расстройство входило в понятие маниакально-депрессивного психоза. Немецкий психиатр Эмиль Крепелин был один из первых кто обратил внимание на то, что помимо общего психоза наблюдается цикличность и некоторые отличия проявлений этого состояния. Современные исследователи выделяют депрессивный эпизод, рекуррентную депрессию (повторяющиеся депрессивные эпизоды) и биполярное аффективное расстройство, которое сопровождается депрессивными или маниакальными эпизодами. Диагностика БАР основана на критериях Международной классификации болезней (МКБ-10, МКБ-11) или Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5), а также на клиническом собеседовании и психометрических шкалах. В современных диагностических руководствах нет единого консенсуса по отношению к биполярному аффективному расстройству. Например, в МКБ-10 отдельно не выделяют биполярное расстройство второго типа, его относят к другим расстройствам биполярного спектра, а как расстройства вынесены мания и гипомания. В МКБ-11 сделано разделение биполярного расстройства на первого и второго типов. Необходимо отметить, что этиология и патогенез БАР до конца не изучены. И включают в себя комбинацию генетических, окружающих, психосоциальных, поведенческих и биологических факторов [2]:

- с генетической точки зрения наличие у членов семьи и родственников биполярного расстройства значительно повышает риск наследования.
- с точки зрения окружающей среды физическая или эмоциональная травма, особенно полученная в детстве, также может быть значительным фактором. Было неоднократно установлено, что сильный психологический стресс способствовал наступлению маниакального или депрессивного эпизода. Существенные события в жизни, такие как

финансовые потери, проблемы в отношениях, на работе могут способствовать возникновению БАР или вызвать эпизоды.

- с биологической точки зрения дисбаланс в нейромедиаторах, таких как серотонин, дофамин, норадреналин способствует колебаниям настроения и другим симптомам. Исследования с использованием изображений показали, что у людей с биполярным расстройством могут быть различия в структуре мозга, включая области, отвечающие за регуляцию настроения и контроль импульсов [3].

Биполярное расстройство оказывает также существенное негативное влияние на жизнь в социуме. Симптомы биполярного расстройства могут быть разнообразны и меняться от эмоциональных подъемов во время маниакальных (гипоманиакальных) эпизодов до эмоциональных спадов во время депрессивных эпизодов. При мании с психотическими симптомами появляются формальные и содержательные расстройства мышления — бредовые интерпретации. Маниакальный бред особым образом влияет на личность больного. Человек чувствует себя способным выполнить исключительную миссию, осуществить невероятные действия, превышающие человеческие возможности. Самооценка меняется, человек не распознает, что уровень критического и оценочного мышления снижен. Для состояния мании характерны грандиозные идеи, чрезмерная болтливость, может появиться паранойяльный бред, отражающий повышенную раздраженность и недоверие, и постоянное напряжение. Редко могут появляться галлюцинации. Наблюдается существование периода активной гипомании. Гипомании, в отличие от мании, менее заметны. Это такой подъем психического состояния, который не сопровождается психотическими симптомами. То есть нет ни бреда, ни галлюцинаций, нет существенного нарушения функционирования в обществе.

В депрессивных эпизодах могут проявляться эмоциональные симптомы, такие как постоянная грусть, состояние пониженного настроения или чувство отчаяния и безнадёжности на длительный период. Также появляются состояния ангедонии, когда люди теряют интерес к ранее приятным занятиям. Когнитивные симптомы включают в себя пессимистическое отношение к жизни и неопределенность в принятии простых решений. Зачастую люди могут испытывать чувства бесполезности или вины, полагая, что они не заслуживают любви и успеха. В некоторых тяжелых случаях могут возникнуть суицидальные мысли или даже попытки суицида. Поведенческие симптомы могут включать ощущение усталости или заторможенности, может наблюдаться бессонница или наоборот чрезмерная сонливость. Могут присутствовать колебания в весе (значительная потеря или набор) из-за изменений в пищевых привычках. Встречаются и смешанные эпизоды, в которых проявляются симптомы мании, гипомании и депрессии одновременно. Биполярное аффективное расстройство часто сопровождается коморбидными состояниями такими как, синдром дефицита внимания, расстройства пищевого поведения, злоупотребление и зависимость от алкоголя и других психоактивных веществ. Кроме того, существует высокая коморбидность БАР с соматическими заболеваниями. Например, неврологические заболевания встречаются у 96% клиентов с биполярным расстройством, что усложняет лечение и влияет на эффективность терапии и качество жизни клиентов [].

В современной медицине фармакотерапия и психотерапия часто используются одновременно и являются неотъемлемыми составляющими для полноценной жизни в обществе. Медикаментозное лечение распространено и считается эффективным, но не всегда обеспечивает желаемый результат. Клиенты часто подвержены стагнации и стигматизации по поводу приема лекарств, испытывают побочные эффекты, принимают нерегулярно или меньше необходимого, что приводит к неэффективному лечению. Кроме того, клиенты продолжают испытывать трудности в социальной адаптации и восстановлении качества жизни даже при приеме лекарств.

С учетом многофакторного воздействия биполярного расстройства на психоэмоциональное и физическое благосостояние, возникает вопрос о корректной

психотерапевтической работе. Особое внимание следует уделить методам, направленным на улучшение качества жизни клиентов, восстановление их социальной адаптации. Таким методом является когнитивно – поведенческая психотерапия (КПТ). Это интегративный подход, который сочетает в себе элементы когнитивной и поведенческой терапии. Основная цель КПТ - помочь клиентам осознать и изменить дисфункциональные мыслительные паттерны и поведенческие реакции, и выработать необходимые навыки для эффективного управления своим состоянием []. Преимущества КПТ по сравнению с другими видами психотерапии и психофармакотерапии при БАР заключаются в следующем:

- существуют четкие цели, этапы, техники и критерии оценки эффективности;
- концептуализация случая, разработка плана терапии совместно с клиентом. План учитывает особенности когнитивных процессов и поведения клиентов с различными расстройствами, в том числе при БАР;
- активное сотрудничество с клиентом. Человек вовлечен в процесс лечения, стимулируется его мотивация, вырабатывается ответственность и самостоятельность;
- доступный и безопасный формат терапии, которая не требует длительного пребывания в стационаре и не имеет побочных эффектов, связанных с применением психотропных препаратов.
- выдаются оговоренные и подобранные домашние задания для закрепления навыков и улучшения самоконтроля, которые клиент проделывает вне сессий;
- поведенческая терапия весьма эффективна в управлении коморбидными состояниями, которые часто сопровождают биполярное расстройство;
- комплексный подход КПТ к проблемам клиента помогает более эффективно управлять не только самим расстройством, но и сопутствующими факторами, что в конечном итоге повышает общую эффективность лечения.

Когнитивно – поведенческая психотерапия при БАР является одним из наиболее изученных и эмпирически подтвержденных видов психотерапии. КПТ эффективна как в остром периоде (Krober, 1988, 1992, Lam и др., 1999, Scott, 2001, 2003), так и в профилактике рецидивов, что улучшает качество жизни человека страдающего биполярным расстройством, а также способствует уменьшению симптоматики коморбидных состояний. Основными пунктами когнитивно- поведенческой терапии при биполярном расстройстве можно выделить:

- когнитивная реструктуризация выполняется как при депрессивном или тревожном расстройстве. Важно идентифицировать когнитивные искажения, а затем критически оценить их эффективность и правдивость. Изменение негативных автоматических мыслей влияет на эмоциональное состояние и формирует новые паттерны поведения. В контексте БАР, где во время эпизодов мании и депрессии происходит смещение когнитивных процессов в полярные стороны, КПТ способствует выявлению и коррекции искаженных мыслей и негативных убеждений, которые могут привести к экстремальным эмоциональным реакциям и деструктивному поведению. При мании когнитивное реструктурирование не поможет, т.к. человек настолько не сосредоточен и не критичен, что с ним невозможно вести сократический диалог. При гипомании с помощью типичных автоматических мыслей пациенты переоценивают способности и возможности, недооценивают риски, у них постоянно возникают идеи и планы;

- поведенческое моделирование помогает формировать более адаптивные стратегии поведения. Они помогают справиться с проблемами, возникающими во время эпизодов депрессии или мании (гипомании), что улучшает качество жизни и снижает уровень стресса и тревоги. Клиент учится навыкам саморегуляции и приспосабливаться к обстоятельствам. Поведенческая адаптация включает такие аспекты, как регуляция сна, физическая активность, режим питания и приема лекарств, социальная поддержка, хобби, релаксация, решение проблем и др.;

- социальные навыки интенсивнее развиваются с помощью когнитивно-поведенческой терапии. Фокусируясь на изменении мыслительных паттернов и поведенческих стратегий, способствует лучшей социальной адаптации в обществе. Уменьшая стигматизацию и поддерживая вовлеченность в социум, специалист создает благоприятные условия для того, чтобы пациент научился справляться с конфликтами, улучшал свои межличностные отношения и получал поддержку от близких. Немалую роль играет коммуникация с близким кругом людей. Например, если человек склонен к импульсивным тратам, то один из вариантов попросить члена семьи взять контроль над финансовыми расходами на период мании;

- профилактический эффект связан с изменением образа жизни и модификацией основных когнитивных схем. Пациент мониторит ранние симптомы и осознает необходимость проходить лечение.

В целом, терапевтический подход при взаимодействии с клиентами, страдающими от биполярного расстройства, должен адаптироваться к эпизодам и симптоматике. В маниакальной фазе активируются когнитивные структуры, связанные с повышенной самооценкой, оптимизмом, грандиозностью, импульсивностью и риском. В депрессивной фазе - когнитивные структуры, связанные с низкой самооценкой, пессимизмом, беспомощностью, виной и безнадежностью. В книге «Когнитивно-поведенческая терапия биполярного расстройства. Руководство психотерапевта» Майкла В. Отто (Michael W. Otto, 2021) очень детально описан подход и способы применения когнитивно-поведенческого подхода к терапии биполярного расстройства в разные периоды болезни. Обращаясь к ней, можно выделить ключевых этапов протокола:

1. Образовательный компонент предполагает психообразование. Пациенту предоставляется информация о природе БАР, о симптомах и факторах, которые могут способствовать началу эпизода. Психообразование также направлено на формирование мотивации к лечению и сотрудничеству. В дальнейшем образовательный компонент помогает распознавать продромальный период и разрабатывать стратегии для смягчения симптомов. Например, если человек начинает чувствовать, что он затормаживается, то применяется поведенческая активация, побуждающая к действиям. Например, больше ходить, гулять, общаться. И наоборот, если человек чувствует, что он перевозбужден, напряжен, взвинчен, то в этот момент предлагается никуда не спешить, полежать в горячей ванне с пеной, сделать практику осознанности и т.д.

2. Работа с автоматическими мыслями необходима на всех этапах протокола, чтобы сформировать новые паттерны поведения. Используется сократовский диалог во время сессии. Для отслеживания негативных автоматических мыслей вне сессии пациента просят вести записи или используется протокол СМЭР.

3. Мониторинг настроения заключается в регулярном заполнении специальных дневников или шкал, позволяющих клиентам отслеживать свое настроение, сон, активность, стресс, события и триггеры, а также связанные с ними мысли и чувства. Помогает пациентам увидеть закономерности и связи между различными симптомами, а также выявить ранние признаки эпизодов и принять необходимые меры, чтобы предотвратить рецидив.

4. Планирование для маниакальных эпизодов и подготовка к мании. КПТ помогает клиентам разрабатывать стратегии для управления этими импульсами и предотвращения негативных последствий. На сессии можно спланировать как клиент может поддерживать

свою обычную ежедневную рутину и уровень активности, даже при значительно увеличенной энергии и сильных желаниях заниматься захватывающей деятельностью. После ослабления мании необходимо обработать эмоциональные и социальные последствия эпизода. Сосредоточится на конфликтах в отношениях. Терапевт может выступать в качестве инициатора для всплеска и успокоения эмоций, определения чувства вины и выяснения отношений.

5. Поддержка принятия лекарств. Когда возникают трудности с приемом лекарств по назначению, терапевт выясняет причину. Например, в период острой мании пациенты бросают лечение и, если до этого был создан терапевтический альянс, терапевту будет проще убедить человека продолжить прием лекарств. Если человек негативно относится к постоянному приему лекарств, терапевт может помочь оценить плюсы и минусы приема лекарств и сравнить их с последствиями отказа от приема лекарств.

6. В терапии депрессивных эпизодов при биполярном расстройстве акцентируется внимание на дисфункциональных мыслях пациента и их последующая реструктуризация. Этот процесс сопровождается поэтапным повышением активности у клиента. Важно, чтобы пациент вел запись своей деятельности в течение дня. Этот метод используется с целью предоставления пациенту возможности оценить свою успешность в реализации действий и измерить уровень удовлетворения, полученного от этих действий, по шкале успеха. Еще одна техника — это разработка моделей (самовознаграждение). Научиться поощрять себя за определенные результаты материально или в виде интересных развлечений. Эта чрезвычайно важная стратегия нуждается в неоднократном подкреплении.

7. Управление конфликтами один из наиболее важных приемов. Межличностные конфликты, недооценка, критика и неудовлетворенное желание быть принятым являются наиболее распространенными психологическими стрессорами, предшествующими обострению заболевания. Обучение навыкам коммуникации и управления межличностными критическими ситуациями имеет важное значение для социализации в обществе. С пациентом следует подробно обсуждать коммуникативные проблемы и при необходимости записать последовательность коммуникации, а также репетировать альтернативные способы взаимодействия. В качестве домашнего задания пациенту можно поручить тренировать коммуникативные навыки и предоставить результаты на следующем сеансе.

8. Развитие навыков управления со стрессом и гневом помогает справиться с конфликтными ситуациями. Популярными техниками являются релаксации, медитация и позитивное мышление. Релаксация является важной стратегией для легкого расстройства настроения. Медитация может помочь остановить спираль депрессивного или гипоманиакального опыта. Снижение возбуждения (при гипомании) или тревоги (в начале депрессии) необходимо регулярно тренировать.

9. Профилактика рецидивов является важной частью протокола. Воспроизведение каждого из стратегий и достижений пациента за период терапии помогают закрепить адаптивные паттерны поведения. Клиенту рекомендуется провести сеанс через неделю самостоятельно, так как он обучен и знает подход, структуру сеанса и паттерны, направленные на повышение благополучия, которые рассматривались в период терапии. Это не означает конец терапии, учитывая хронический и циклический характер биполярного расстройства. Профилактика помогает пациенту научиться самостоятельно проводить сессию, а психолог будет выполнять роль супервизора.

Когнитивно-поведенческая терапия при биполярном аффективном расстройстве является эффективным подходом, подтвержденным множеством исследований. Необходимо отметить, что биполярное аффективное расстройство затрагивает миллионы людей по всему миру, влияя на их повседневную жизнь, отношения и способность функционировать в социуме. когнитивно-поведенческая терапия представляет собой эффективный метод коррекции биполярного расстройства в сочетании фармакотерапией.

Она помогает пациентам улучшить коммуникативные навыки, справляться с межличностными конфликтами и регулировать эмоции. Результаты взаимодействия КПТ с бар подтверждают ее значимость в лечении данного психического заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. — Санкт-Петербург: Питер, 2018. — 416 с.
2. Д. Бек. Когнитивная терапия для сложных случаев. Киев: “Диалектика” — Вильямс, 2020. — 432 с.
3. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. и др. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. — М.: Ин-т гуманитарных исследований. 2015. – 1072 с.
4. Майкл В. Отто, Норин А. Рейли-Харрингтон, Джейн Н.Коган, Од Энен, Роберт О.Кнауз, Гари С.Сакс. Когнитивно-поведенческая терапия биполярного расстройства. Руководство психотерапевта. — Киев: “Диалектика”, 2021. — 288 с.
5. К. Добсон, Д. Добсон. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. — Санкт-Петербург: Питер, 2021. — 400 с.
6. Clark, D and Beck, A. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders, The Guilford Press. 2010 — 641 с.
7. Еричев А. Н., Моргунова А. М. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом // Российский психиатрический журнал. 2011 — 45–49.
8. Ковпак Д. В. Страх... Тревога... Фобия... Вы можете с ними справиться. — СПб: Наука и Техника, 2019. – 368 с.
9. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials, Chiang KJ, Tsai JC, Liu D, Lin CH, Chiu HL, Chou KR. — PLoS One. 2017. 4:12 – 19
10. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative, Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. — Arch Gen Psychiatry. 2011 68(3):241-51

Научное издание

**X Международный Форум Ассоциации
когнитивно-поведенческой психотерапии
CBTFORUM**

Сборник научных статей

Подписано в печать 27.04.2024
Формат 60 × 84/16 Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 7,4.
Тираж 700 экз.

Отпечатано в ООО «Издательство «Лема»
В.О., 1-я линия, д. 28.
Тел.: 323 67 74 323 30 50
izd_lemma@mail.ru