

XI Международный Форум  
Ассоциации когнитивно-  
поведенческой  
психотерапии СВТ FORUM 2025

Сборник научных статей

Санкт-Петербург  
2025

УДК 159.9  
ББК 88.1  
К57

XI Международный Форум Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии СВТ FORUM 2025: сборник научных статей. — СПб.: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, 2025. — 300 с.

ISBN 978-5-6051899-1-6

Сборник научных статей к XI-му Форуму когнитивно-поведенческой терапии 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. 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. В статьях отражены как успехи в развитии диагностических возможностей КПТ, так и примеры развития практических инструментов психотерапевтической работы.

ISBN 978-5-6051899-1-6



9 785605 189916 >

© Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, 2025  
© Авторы статей, 2025

## *Редакционная коллегия*

**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.

**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 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, директор КПТ-центров BeCBT.

## СОДЕРЖАНИЕ

Приветственное слово президента Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии .....	7
<i>Фрэнк М. Даттилио</i> Слишком поздно для того, чтобы сделать нобелевским лауреатом: дань уважения Аарону Т. Беку, M.D.....	9
<i>Антонова Н. В.</i> Когнитивно-поведенческий коучинг команд: модели и оценка эффективности .....	16
<i>Бадал В. А.</i> Когнитивно-поведенческая модель языковой тревожности: новый подход к пониманию страха общения на иностранном языке у взрослых.....	25
<i>Ботнарь А. Г.</i> Нейробиологические механизмы эмоциональной обработки в когнитивно-поведенческой психотерапии: теоретический анализ и перспективы дальнейших исследований.....	38
<i>Бузина Т. С., Кубекова А. С.</i> Возможности когнитивно-поведенческой психотерапии при гипертонической болезни.....	49
<i>Галигабаров П. В.</i> Практики осознанности в когнитивно-поведенческой арт-терапии стресса .....	52
<i>Граница А. А., Зепсен А. А.</i> Аксиомы когнитивно-поведенческой терапии .....	59
<i>Денисова В. Г.</i> Терапевтический диалог аргументативного типа.....	65
<i>Дергачева А. В., Ковпак Д. В.</i> Родительский стресс и стратегии совладания с ним у работающих и неработающих матерей .....	78
<i>Егоренкова Ю. Н., Муртазин А. И.</i> Терапия, ориентированная на потребности как терапия для восстановления в кризисном периоде .....	89

---

<i>Егоренкова Ю. Н., Муртазин А. И.</i> Терапия, ориентированная на потребности, в игровом групповом формате .....	102
<i>Жукова Ю. В., Лобков Ю. Л.</i> Некоторые аспекты организации психологической помощи студенческой молодежи приграничного региона в ходе специальной военной операции с применением техник когнитивно-поведенческой психотерапии .....	113
<i>Земляных М. В., Изотова М. Х., Карголь И. В.</i> Проявления травматического стресса в условиях современных конфликтов и возможности использования когнитивно- поведенческого подхода для оказания психологической помощи .....	119
<i>Карголь И. В., Ковпак Д. В.</i> Стратегии когнитивно-поведенческой психотерапии при хронической боли и посттравматическом стрессовом расстройстве: новые перспективы лечения .....	132
<i>Карголь И. В., Семашкина И. Н.</i> Особенности эмоциональных схем у женщин, страдающих бесплодием .....	142
<i>Кащеева А. Н.</i> Роль семейной когнитивно-поведенческой терапии в лечении подростков с расстройствами пищевого поведения.....	151
<i>Киселев А. В., Ковпак Д. В.</i> Особенности когнитивных искажений у обучающихся когнитивно-поведенческой терапии, гештальт-терапии и психоанализа .....	160
<i>Ковпак А. И.</i> Метаподход к лечению психических расстройств .....	166
<i>Ковпак Д. В., Зрютин М. А., Муртазин А. Н., Граница А. С.</i> Разработка теста «Шкала удовлетворенности потребностей» .....	169
<i>Ковпак Д. В., Муртазин А. И., Зрютин М. А.</i> Элементы технологии когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности .....	182

---

<i>Козлов М. Ю.</i>	
КБТ 2024: геймификация, роботы-терапевты и мета-анализы ....	203
<i>Марковская Г. Г., Тысячнюк А. С., Иванова К. И.</i>	
Границы самораскрытия психолога-консультанта в медиа: на примере М. Линехан.....	207
<i>Мунькин М. Л.</i>	
Когнитивные слои в терапевтических отношениях: модель распределенного внимания психотерапевта.....	215
<i>Пастрамаджиу М. С., Ковпак Д. В.</i>	
Исследование взаимосвязи уверенности в себе и когнитивных искажений.....	228
<i>Рубцова Ю. Г.</i>	
Пролонгированное расстройство горя — новый и не всегда очевидный диагноз, сложности диагностики.....	238
<i>Семенычева А. Ю.</i>	
Применение когнитивно-поведенческой терапии в обучении студентов медицинского колледжа .....	252
<i>Ханина Е. В.</i>	
Работа с потребностями и ценностями в системном когнитивно-поведенческом коучинге пар (КПК-С пар) .....	260
<i>Алавердова Л. Л.</i>	
Принципы и методы организации групп поддержки открытого типа для горящих .....	281

## **ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ПРЕЗИДЕНТА АССОЦИАЦИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Уважаемые коллеги и дорогие друзья, мы очень рады новой встрече с вами! Последние несколько лет наглядно показали, что неопределенность — это состояние, в котором необходимо научиться жить, строить планы и реализовывать их. Когнитивно-поведенческая терапия дает нам широкие ресурсы для активного решения подобных задач, помогая формировать функциональную гибкость, жизнестойкость и антихрупкость для адаптации и развития, в качестве альтернативы застреванию и опустошению.

Наш СВТFORUM 2025 в этом году посвящен сильным сторонам когнитивно-поведенческой терапии, поскольку сама действительность показывает необходимость более активного использования человеком своего потенциала и ресурсов, развития проактивной позиции как в терапии, так и в жизни. Формирование умений, навыков и компетенций традиционно является сильной стороной КПТ, базирующейся на теориях научения и являющейся обучающей технологией, использующей развитие навыков самопомощи и реализующей на практике слоган практической психологии, который подразумевает необходимость клиенту и пациенту стать психологом и психотерапевтом для себя самому. Ясность когнитивной модели, структурированность и прозрачность технологии КПТ активно способствует реализации данной стратегии. А многочисленные клинические исследования и большое количество собранных данных эмпирически подтверждают научные модели современной КПТ. С особым удовольствием хотим подчеркнуть возрастающее количество исследований и научных работ, проведенных за последнее время членами Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, результаты которых нашли отражение и работах, представленных в данном сборнике.

Помимо обучения и получения информации, мы понимаем, что не менее важной составляющей этого ежегодного мероприятия является встреча коллег — как для обмена опытом, формирования различных коллабораций и совместных проектов, так и для эмоциональной поддержки, теплоты встреч с давними друзьями и товарищами, душевной атмосферы, заряжающего оптимизмом и энергией взаимодействия с отечественными коллегами и зарубежными специалистами.

Я и мои коллеги, все, кто принимает участие в организации и проведении Форума, желаем вам активного участия в работе SVTFORUM 2025, обсуждении актуальных проблем, обмене опытом, совместном поиске решений, дружеском кулуарном общении, в поиске новых интересных знакомств и профессиональных связей и всего того, что может помочь вам в нелегком, но очень важном деле — помощи людям.

Традиционно представляем вашему вниманию сборник научных трудов членов Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, статьи в котором наглядно иллюстрируют активное развитие когнитивно-поведенческой терапии в разных областях научного знания, практических и прикладных дисциплинах.

**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*

## СЛИШКОМ ПОЗДНО ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ СДЕЛАТЬ НОБЕЛЕВСКИМ ЛАУРЕАТОМ: ДАТЬ УВАЖЕНИЯ ААРОНУ Т. БЕКУ, M.D.

**Фрэнк М. Даттилио**

*Медицинская школа Перельмана Пенсильванского университета  
и медицинская школа Гарварда*

Оригинальная статья Ф. М. Даттилио на английском языке была опубликована в журнале *The Behavior Therapist* (2025) Vol. 48, No. 3, pages 525–529.

Фрэнк Даттилио, PhD, APPP, является клиническим профессором психиатрии (в области психологии) в медицинской школе в Перельмана Пенсильванского Университета (г. Филадельфия, штат Пенсильвания, США). Он также преподает в Гарвардской медицинской школе в Бостоне. Автор хотел бы поблагодарить коллег Стивена С. Холлона, PhD, и Кита С. Добсона, PhD, за их полезные комментарии к предыдущей части этой статьи. У автора нет конфликта интересов или финансирования, о котором он мог бы рассказать.

Есть люди, кто верит, что человек на самом деле умирает дважды. В первый раз, когда их организм перестает функционировать и они испускают последний вздох. Во второй раз, когда их имена перестают упоминаться. Хотя с некоторыми людьми это может быть так, другие явно являются исключением.

В этом, 2025 году, исполняется 20 лет со дня кончины Аарона Темкина Бека, бесспорной иконы в области психиатрии, психопатологии и психотерапии. Известный друзьям и родственникам как Тим, Бек оставил после себя выдающиеся научные исследования и теоретические разработки в области оценки психического здоровья и лечебных мероприятий, которые по-прежнему широко используются специалистами в области психического здоровья по всему миру. Его разработка когнитивной терапии была поддержана как исследователями, так и клиницистами для лечения некоторых наиболее серьезных эмоциональных расстройств, включая депрессию, самоубийства и различные психические заболевания. Его ранние теории изменили подход к концептуализации, оценке и лечению депрессии и в настоящее время являются наиболее изученной формой психотерапии в мире (Simon, 2022).

Ноябрь, месяц смерти Тима, по иронии судьбы совпадает с приблизительным временем, когда Комитет по присуждению премий Альфреда Нобеля в Стокгольме, Швеция, ежегодно объявляет лауреатов своей престижной премии в области физиологии и медицины, которая присуждается достойным лауреатам с 1901 года. Каждый год, когда комитет

объявляет об этом, я ловлю себя на том, что размышляю о наследии Тима и о том влиянии, которое его работа оказала на мир. За свою выдающуюся 70-летнюю карьеру Тим Бек получил множество наград, в том числе научную премию “За выдающиеся достижения” от Американской психологической ассоциации в 1990 году и премию Хайнца в области человеческого развития за «новаторские открытия» в области психопатологии в 2001 году. В 2006 году он также получил премию Альберта Ласкера за клинические медицинские исследования — высшую награду в области медицины, которую часто считают предшественницей Нобелевской премии.

Удивительно, но он так и не получил Нобелевскую премию, хотя в свое время попал в шорт-лист для рассмотрения после того, как был выдвинут и одобрен такими известными коллегами и исследователями, как Стивен Д. Холлон, PhD, (личное сообщение от 24.12.12). Но он так и не продвинулся дальше рассмотрения, и, к сожалению, Нобелевский комитет не присуждает премию посмертно.

Вскоре после того, как Тим получил премию Ласкера, я спросил его, не считает ли он, что это может стать предпоследним шагом на пути к получению Нобелевской премии по медицине. Он криво улыбнулся, как иногда делал, и заметил: «Традиционно ее присуждают тем, кто работает в области точных наук, таких как биология, химия или физиология» (личное сообщение, 15.11.07). Я был озадачен этим заявлением. Когда это область психиатрии считалась «мягкой наукой»? Разве она не соответствовала требованиям истинной науки? Тот же научный метод, который дал нам квантовую механику и антибиотики, подтвердил замечательную эффективность КПТ путем тщательного наблюдения, проверки гипотез и эмпирической проверки.

Однако Тим был прав, поскольку лишь небольшое число психиатров и психологов в мире когда-либо получали такое высочайшее мировое признание. В 1927 году житель Вены Юлиус Вагнер-Яурегг (Julius Wagner-Jauregg) стал первым психиатром, получившим Нобелевскую премию за его работу по индуцированному лихорадочному заболеванию для лечения психозов и неврологических последствий сифилиса (Weiss, 2019). Психиатр, нейробиолог и биофизик Эрик Р. Кандел (Eric Richard Kandel) был удостоен премии много лет спустя, в 2000 году, за свою работу о физиологических основах хранения памяти в нейронах (Kandel, 2006). Несколько психологов также получили Нобелевскую премию. В 1981 году Роджер У. Сперри (Roger Wolcott Sperry) получил премию за свои открытия, касающиеся функциональной специализации полушарий головного мозга. Даниэль Канеман (Daniel Kahneman) был удостоен Нобелевской премии по экономике

в 2002 году в знак признания его исследований в области психологии и экономики, в которых особое внимание уделялось тому, как люди принимают решения. Наконец, в 2014 году нейробиолог Джон О' Киф (John O'Keefe) получил премию за открытие клеток, которые образуют систему позиционирования в мозге.

Таким образом, из множества Нобелевских премий, присужденных с 1901 года, только пять были присуждены психиатрам и психологам, несмотря на признание этой области как отрасли медицины с середины 19-го века (Шортер, 1997). Победители, как правило, работают в гораздо более ограниченной области биологических или физиологических наук, связанной с разумом или умственными процессами.

Важно отметить, что в целом на рассмотрение Нобелевского комитета было выдвинуто много выдающихся кандидатов, большинство из которых внесли свой вклад в выдающиеся достижения в области медицины и науки. Следовательно, как можно себе представить, конкуренция всегда была довольно оживленной.

Тем не менее, многие из нас, кто тесно сотрудничал с Тимом, несомненно, считают, что он принадлежал к тому же классу, что и его предшественники, которые получили премию, но, к сожалению, были обойдены вниманием. Почему он так и не был удостоен этой чести, останется загадкой. Нобелевский комитет никогда не публикует подобную информацию.

### **Критерии Нобелевской премии**

Критерии для присуждения Нобелевской премии очень специфичны. Согласно решению Нобелевского комитета по физиологии и медицине имени Альфреда Нобеля (<https://www.nobelprize.org>), премия в области физиологии или медицины присуждается лицам, совершившим «открытие, имеющее большое значение в науке о жизни или медицине», которое принесло значительную пользу человечеству. Это означает, что открытие должно быть новаторским, менять парадигму и оказывать явное положительное влияние на здоровье человека.

Ключевые критерии для присуждения Нобелевской премии гласят следующее:

**Важное открытие:** Исследование должно представлять собой крупный прорыв в области физиологии или медицины.

**Польза для человечества:** Открытие должно заметно улучшить здоровье человека или понимание биологических процессов.

**Смена парадигмы:** Не за достижение результатов на протяжении всей жизни: Премия присуждается за конкретное открытие, а не за общий вклад

исследователя в течение всей его жизни, и это открытие должно было существенно изменить взгляды ученых на ту или иную область медицины.

**Высококачественное исследование:** исследование лауреата должно быть эмпирически обоснованным и тщательно проводиться на основе убедительных экспериментальных данных.

### Процесс отбора лауреатов

Лауреат Нобелевской премии по медицине или физиологии выбирается в ходе процесса выдвижения кандидатур, в ходе которого эксперты предлагают кандидатуры, отвечающие требованиям. Затем эксперты Нобелевской ассамблеи Каролинского института в Стокгольме, Швеция, голосуют за наиболее достойного кандидата, основываясь на его значительном вкладе в область медицины или физиологии. Выбор лауреата не основан на простой рейтинговой системе. скорее, это всесторонняя и обстоятельная оценка результатов исследований кандидата (<https://www.nobelprize.org>).

Работа Тима квалифицируется как «смена парадигмы» в том смысле, что она отошла от традиционных методов психотерапии и психофармакологии. Изменение парадигмы повлекло за собой более пристальное внимание к искажениям, в которые избирательно вовлекаются люди и которые генерируют настроение и физиологические нарушения.

Учитывая соответствие достижений Тима существующим критериям присуждения премий, разработка его теорий в области терапевтического лечения, особенно при депрессии, была поистине «новаторской». Работа Тима квалифицируется как «парадигмальный сдвиг» в том смысле, что она отошла от традиционных методов психотерапии и психофармакологии. Смена парадигмы включала в себя более пристальное внимание к искажениям, в которые избирательно вовлекаются люди, что приводит к эмоциональным и физиологическим расстройствам. Тим разработал методы «коллаборативного эмпиризма» и «когнитивной реструктуризации», чтобы помочь пациенту проверить правильность своих убеждений, используя логику пациента и его собственные наблюдения за миром или его воспоминания (Бек, 1952, 1963, 1964; Бек и др., 1979). Тим обнаружил, что помощь людям в изменении их мышления и поведения также непреднамеренно влияет на нейрофизиологию их настроения. Миллионы людей получили пользу от КПТ, оказав явное положительное влияние на их психическое здоровье.

Теория когнитивной терапии существенно изменила представления исследователей и практиков в области психического здоровья о настроении, тревоге и психопатологии. В результате практики уделяют больше внимания изменениям, обращаясь к когнитивным, поведенческим и аффективным

компонентам. Это особенно верно в отношении реструктуризации схем, которая направлена на устранение иногда жестких систем убеждений, которые укоренились в сознании человека и в значительной степени способствуют дисфункциональному настроению и поведению.

Исследования Тима отличались высочайшим качеством и включали в себя строгие методологии и убедительные доказательства, подтверждающие результаты. Он был убежденным эмпириком. Цитируя его мемуары в более раннем издании «Поведенческого терапевта» (*Behavior Therapist*) (Hollon & DeRubeis, 2021), «Тим был прежде всего эмпириком; его не волновало, какой окажется истина, но он хотел знать правду, какой бы она ни была» (стр. 428). Эмпирическое исследование Тима в ходе ранних клинических испытаний, сравнивающее когнитивную терапию с фармакотерапией, служит истинным эталоном эффективности когнитивной терапии при депрессии (Blackburn et al., 1981; Cuijpers et al., 2013; Rush et al., 1977). Его новаторская работа в области депрессии, суицида, тревожности и других расстройств значительно продвинула клиническую область вперед по сравнению с тем, что было до 1980-х и 1990-х годов (Холлон, 2021). Подводя итог, можно сказать, что Тим определенно соответствовал существующим критериям, установленным Комитетом по присуждению Нобелевской премии (Бек, 2019; Бек и Флемминг, 2021).

### **Человек сострадания**

Древние греки никогда не писали некрологов, они задавали только один вопрос после смерти человека: «Есть ли у них сострадание?» Несмотря на то, что Тим был прилежным исследователем, педагогом и клиницистом, он также был очень сострадательным человеком.

Эмпирическое исследование Тима в ходе ранних клинических испытаний, сравнивающее когнитивную терапию с фармакотерапией, служит истинным эталоном эффективности когнитивной терапии при депрессии.

Его белоснежные волосы и фирменные галстуки-бабочки вполне соответствуют его простодушному стилю общения с людьми. Тим давал советы многим из нас, кто с ним работал, особенно когда мы больше всего в них нуждались. Обычно это происходило в незапланированные моменты, когда мы тащились по снегу, возвращаясь в клинику с обеда, или во время других случайных перерывов. Я вспоминаю случай, когда я напряженно работал с одним пациентом, и он сказал: «Люди, страдающие когнитивными искажениями, иногда смотрят в бинокль не с той стороны». Его мудрый совет навел меня на мысль о другом подходе, который я мог бы применить. Жизненные советы Тима всегда были для меня желанным откровением.

Если говорить более серьезно, то, когда в 1990-х годах я заболел вирусной невропатией, известной как синдром Гийена-Барре, Тим позвонил мне домой, чтобы узнать, как у меня дела. Он поделился своим знакомством с моим расстройством, поскольку сам сталкивался с ним не понаслышке, поскольку много лет занимался неврологией, прежде чем начать работать в психиатрии. Я был поражен его чуткостью и сочувствием к моей физической боли, которая временами могла быть невыносимой. Он вежливо пожурил меня за то, что я слишком много работаю, и сказал, что мне нужно сбавить обороты. Он сказал: «У всех нас бывают плохие времена в жизни, Фрэнк, но обычно они пробуждают нас к тому хорошему, на что мы не обращали внимания». Как обычно, Тим был прав.

В то время как Нобелевские премии присуждаются за революционные достижения, комитет не обратил внимания на одну из самых впечатляющих терапевтических инноваций 20—го века — ту, которая появилась не только в лаборатории, но и в кабинете сострадательного психиатра, который прислушивался к тому, что на самом деле говорили его пациенты. Как терапевт, Тим несомненно знал свой инструмент и умел заставить его работать. Тим Бек никогда не был удостоен Нобелевской премии и никогда не жаловался на это. Но я думаю, что дело не столько в завоевании призов, сколько в жизни, с которой мы сталкиваемся на своем пути, пока живем на этой земле. Мне нравится думать, что Тим был достоин гораздо более достойной награды — чести спасти бесчисленное количество жизней и уменьшить человеческие страдания благодаря своим неустанным исследованиям и клиническим усилиям. В любом случае, это было его истинным стремлением: сделать мир лучше, чем он его нашел.

Великий Аарон Т. Бек оставил миру огромный арсенал терапевтических средств и вмешательств в качестве руководства для того, чтобы помочь другим помочь самим себе. Он был маяком света для всех нас, и его память, несомненно, будет почитаться еще долгое время. За свою доблесть и гуманизм Тим навсегда останется в наших сердцах как наш «Благородный лауреат» (*прим. науч. редактора* — игра слов — Noble Laureate, как здесь использовал Ф. Даттилио, переводиться как благородный лауреат, что созвучно на английском языке словам Nobel Laureate — нобелевский лауреат, как он озаглавил свою статью).

### Список литературы

1. Bech, A.T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry: Journal of the Study of Interpersonal Processes*, 15, 305–312.

2. Beck, A.T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324–333.
3. Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 9, 561–571.
4. Beck, A.T. (2019). A 60-year evolution of cognitive theory and therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 14(1), 16–20. <https://doi.org/10.1177/1745691618804187>.
5. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *The cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
6. Beck, J.S., & Fleming, S. (2021). A Brief History of Aaron T. Beck, M.D. and Cognitive Behavior Therapy. *Clinical Psychology in Europe*, 3(2), 1–7. <https://doi.org/10.32872/cpe.6701>.
7. Blackburn, I.M., Bishop, S., Glen, A.I.M., & Whalley, L.J. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *The British Journal of Psychiatry*, 139(3), 181–189. <https://doi.org/10.1192/bjp.139.3.181>.
8. Cuijpers, P., Hollon, S.D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behavior therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? *BMJ Open*, 3(4).
9. Hollon, S.D. (2021). Aaron Beck and the history of cognitive therapy: A tale of two cities (and one institute). In W. Pickren (Ed.), *Oxford Research Encyclopedia of History of Psychology*. Oxford University Press.
10. Hollon, S.D., & DeRubeis, R.J. (2021). Aaron Temkin Beck: In Memoriam. *The Behavior Therapist*, 44(8), 427–429.
11. Kandel, E.R. (2006). *In search of memory: The emergence of a new science of mind*. W. W. Norton.
12. Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1(1), 17–37.
13. Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley & Sons.
14. Simon, C.C. (2002). Thanks to managed care, evidence-based medical practices are changing ideas about behavior. Cognitive therapy is the talking cure of the moment. *Washington Post*, Sept. 3, pp 1–8. <http://washingtonpost.com/wp/dyn/articles/A26812.2002sept2.html>.
15. Weiss, K J. (2019). First Psychiatrist accepts Nobel prize 1927. <https://www.psychiatric-times.com/view/first-psychiatrist-accepts-nobel-prize-medicine-december-1927>.

*Перевод Д. В. Ковнака (Translated by D. V. Kovpak)*

*Авторское право 2025 года принадлежит Ассоциации поведенческой и когнитивной терапии (Copyright 2025 by the Association for Behavioral and Cognitive Therapies).*

# КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ КОУЧИНГ КОМАНД: МОДЕЛИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

*Антонова Наталья Викторовна*

*Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»*

**Аннотация.** В статье рассматривается применение когнитивно-поведенческого коучинга в работе с командами. Приводится определение коучинга команд, дифференцируются групповой и командный коучинг. Описаны процессы групповой динамики, что может быть полезно также для групповых коучей. Анализируются существующие модели когнитивно-поведенческого коучинга команд и возможности их применения. Приводится авторская модель оценки эффективности когнитивно-поведенческого коучинга команд. Описан кейс из практики проведения когнитивно-поведенческого коучинга команд и результаты оценки эффективности коучинга в evidence-based методологии.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческий коучинг, коучинг команд, СВС-ТС, модели СВС-ТС, оценка эффективности СВС-ТС.

В условиях быстрых социальных изменений и повышения конкуренции организации стремятся повышать эффективность. В последние годы все более популярным способом организации деятельности сотрудников становится командная форма организации труда. Это связано с ускорением всех процессов и деятельности в целом, в результате которого решение различных задач проходит в формате краткосрочных проектов, а не длительно существующей потоковой деятельности. Так как команда существует относительно короткое время (обычно несколько месяцев, пока длится проект), ей необходимо быстро достичь эффективности, а это означает, что нужно быстро пройти этапы развития группы, которые в обычных условиях группы проходят за гораздо более длительный период. В связи с этим и понадобился специфический способ сопровождения и развития команд — коучинг команд (или командный коучинг).

В психологии под малой группой понимают совокупность людей (от 3 до 15 человек), объединенных общей целью. Как правило, для формирования группы необходима общая деятельность. Если такой общей деятельности и соответственно общей цели нет, ее организуют для запуска групповой динамики. Например, для формирования малой группы в школьном классе это может быть сбор металлолома, участие в конкурсе песни и т.п. В организациях могут организоваться различные соревнования между подразделениями. Важным признаком малой группы является возможность каждому члену группы общаться с каждым (отсюда следует ограничение

в численности группы), а также наличие групповой динамики (Андреева, 2017).

Содержанием процессов групповой динамики являются:

- 1) развитие группы;
- 2) дифференциация структуры группы;
- 3) процессы лидерства и борьбы за власть;
- 4) нормообразование — в группе формируются общие нормы;
- 5) групповое давление — группа начинает давить на своих членов, не согласных с общегрупповыми нормами, для достижения единства и консолидации;
- 6) конформизм — эффект присоединения к нормам и ценностям группы для сохранения ее единства;
- 7) сплоченность — увеличение взаимосвязанности и взаимозависимости членов группы;
- 8) процессы принятия решений (Андреева, 2023).

Начальный уровень развития малой группы А.В. Петровский назвал «диффузная группа», высший уровень развития группы — «коллектив» (Петровский, 1982). Позже вместо термина «коллектив» стал использоваться термин «команда» как более соответствующий современным реалиям быстрых социальных изменений.

Под командой понимается группа высокого уровня развития, обладающая следующими свойствами: 1) временный характер существования — команды существуют краткосрочно, во время работы над проектом, затем распускаются; 2) наличие общей цели деятельности: при этом эта цель является единой для всех членов команды; 3) наличие четких границ команды; 4) наличие четкого распределения ролей; 5) высокий уровень взаимозависимости членов команды — когда результат каждого зависит от общего результата, и наоборот. В связи с высокой степенью взаимозависимости команды обычно более ограничены в численности, оптимальное количество человек в команде от 5 до 8 (Клаттербак, 2008).

Для коуча важно дифференцировать групповой коучинг и коучинг команд. Групповой формат — достаточно традиционный формат работы помогающего специалиста, коуча или психотерапевта. В формате группы каждый ее участник работает над собственной целью. Между участниками групповой работы происходит взаимодействие, и важной задачей группового коуча является задача управления групповой динамикой. Однако при этом результат для каждого участника группы будет индивидуальным.

Если же мы имеем дело с командой, цель будет одна общая для всей команды, и результат также единый общекомандный. Таки образом, в командном

коучинге клиентом будет команда как единое целое, а не отдельный человек. Командный коуч также управляет групповой динамикой, но основной его фокус — развитие команды и ее переход на следующую стадию развития.

Для анализа развития команды обычно используется модель Такмана — Джексона (Tuckman, 1977). В данной модели выделяются следующие стадии развития команды:

1) Формирование команды (forming) — на этом этапе коуч имеет дело не с командой, а с малой группой, и его задача — запустить процессы групповой динамики и перевести команду на следующие стадии развития;

2) Стади конфликтов или «притирки» членов команды (storming). На этой стадии часто возникают противоречия и конфликты между членами команды. Коучу важно вывести эти противоречия на уровень осознания и обсуждения и помочь команде преодолеть конфликты.

3) Нормирование (norming) — формирование общегрупповых норм, достижение сплоченности и ценностно-ориентационного единства. На этом этапе уже повышается эффективность работы команды. Коуч может способствовать дальнейшему росту и сплоченности команды.

4) Эффективное функционирование (performing) — на этот этап команда достигает высочайшего уровня эффективности и решает задачи проекта. Коуч сопровождает команду и помогает ей преодолевать возникающие разногласия для сохранения эффективности.

Существуют различные теоретические подходы к коучингу команд, основные из которых следующие:

- Коучинг команд на основе позитивной психологии (Positive psychology team coaching, PPTC)
- Когнитивно-поведенческий коучинг команд (Cognitive behavioural team coaching, CBTC)
- Solution — focused Team coaching (SFTC)
- Конструктивистский подход (на основе теории личностных конструктов Дж.Келли)
- Системный подход (P.Hawkins)
- Интегративные модели

Как мы видим, большинство из них так или иначе относятся к когнитивно-поведенческому подходу и используют когнитивную модель.

### **Когнитивная модель организации и команды**

В социальной и организационной психологии организация рассматривается как система разнообразных элементов, основными из которых являются (Леонова, 2013):

- Система индивидов, входящих в состав организации (индивидуальный уровень)
- Система межличностных отношений и групп внутри организации (групповой уровень)
- Система лидера
- Система организационных процессов

Все элементы взаимосвязаны и взаимозависимы, и изменение какого-либо из данных элементов приводит к изменению системы в целом, что часто не учитывается при планировании интервенций.

С точки зрения когнитивно-поведенческого подхода, все эти подсистемы имеют в основе своего функционирования когнитивную модель — то есть систему убеждений, на основе которой выстраивается поведение отдельных людей и организационное поведение в целом.

Таким образом, мы имеем в организации следующие системы убеждений:

- Система убеждений отдельных членов организации
- Групповая система убеждений (которая будет различаться в разных отделах, например, сравните систему убеждений бухгалтерии и маркетингового отдела);
- Система убеждений лидера
- Общеорганизационные убеждения, которые составляют основу организационной культуры.

Таким образом, когнитивная модель может использоваться на каждом этапе развития команды для анализа текущих ситуаций в жизни команды (модель ABCDE).

### **Модели когнитивно-поведенческого коучинга в работе с командами**

Когнитивно-поведенческий коучинг (КПК) традиционно используется в основном в индивидуальном формате, и имеет доказанную эффективность при работе, например, с психологическим благополучием, стремлением к достижению целей и другими переменными. Когнитивно-поведенческий коучинг (Neenan, Palmer, 2001; Neenan, Dryden, 2002; Palmer, Szymanska, 2007 и др.) основывается на устоявшихся принципах и практике когнитивно-бихевиоральной теории и терапии (например, Beck, 1976, 2005; Ellis, 1962; Антонова, 2025).

Палмер и Шиманска (Palmer, Szymanska, 2007) описывают когнитивно-поведенческий коучинг как «интегративный подход, который сочетает в себе использование когнитивных, поведенческих, образных методов и стратегий решения проблем в рамках когнитивно-поведенческой системы, чтобы позволить коучу достичь своих реалистичных целей» (2007, стр. 86).

Командный коучинг определяется как «прямое взаимодействие с командой, направленное на то, чтобы помочь ее членам скоординированно и с учетом задач использовать свои коллективные ресурсы для выполнения работы команды» (Hackman, Wageman, 2005, стр.269). Дэвид Клаттербак (Клаттербак, 2008) определяет командный коучинг как процесс «помощи команде в улучшении производительности и процессов, с помощью которых достигается производительность, посредством рефлексии и диалога» (2008, с.77).

В когнитивно-поведенческом коучинге разработаны специальные модели для работы с командами.

Хакман и Вагеман (Hackman, Wageman, 2005) предложили трехфакторную модель командного коучинга, сделав акцент на трех факторах его эффективности: 1) функции, которые коучинг выполняет для команды; 2) время, когда коучинг будет наиболее эффективен для команды; 3) условия проведения командного коучинга.

Дэвид Клаттербак (Клаттербак, 2008) выделил следующие этапы командного коучинга:

- 1) определение необходимости улучшения/изменения;
- 2) наблюдение и сбор доказательств;
- 3) побуждение к постановке и достижению личных целей;
- 4) помощь в планировании путей достижения целей;
- 5) создание возможностей для отработки желаемых навыков;
- 6) наблюдение в действии и предоставление объективной обратной связи;
- 7) помощь команде в преодолении неудач.

Хульгрен, Палмер и О'Риордан (2013) разработали модель PRACTICE) когнитивно-поведенческого коучинга команд на основе модели С.Палмера PRACTICE (модель индивидуального когнитивно-поведенческого коучинга). Модель PRACTICE применяется для работы с принятием решений и показала высокую эффективность (Palmer, 2008).

Для принятия решений в команде и анализа командных убеждений предлагается многоступенчатая модель, при этом элементы модели распределяются по трем-четырем сессиям командного коучинга (табл. 1).

Таблица 1. Программа PRACTICE CBTC для команды

<b>Коучинг-сессия 1</b>
<p><b>P — Problem</b> <b>R — realistic goal</b></p> <p>На первой сессии прорабатываются цели и заключается командный контракт. Члены команды определяют проблемы, которые хотели бы решить в процессе коучинга, а также формулируют достижимые цели на коучинг. Они могут проводить коллективное голосование и решают, какие области должны быть приоритетными. Анализируются когнитивные искажения и убеждения, ограничивающие принятие решений.</p> <p>Вопросы, которые коуч использует на этой сессии: Какой вопрос или проблему, или тему вы хотите обсудить? Что бы вы хотели изменить? Есть ли исключения, когда это не является проблемой? Как вы узнаете, что ситуация улучшилась? По шкале от 0 до 10, где «0» - никак, а «10» - решено, насколько вы близки к решению проблемы или вопроса сегодня? Есть ли искажения или можно ли взглянуть на проблему или вопрос по-другому? Представьте себе, что вы проснетесь завтра утром, а этой проблемы (или вопроса, или беспокойства) больше не будет, что вы заметите нового?</p>
<p><b>Коучинг-сессия 2</b> <b>A — alternative decisions</b> <b>C — consequences</b> <b>T — target</b></p> <p><b>Выработка альтернативных решений и учет последствий</b> Команда генерирует идеи для различных решений, рассматривает различные последствия и оценивает полезность каждого решения. Могут использоваться различные варианты мозгового штурма.</p> <p>Возможные вопросы коуча: Каковы возможные варианты? Давайте запишем их. Что может произойти, если вы выберете этот вариант? Насколько он полезен? Эффективен? Оцените полезность каждого решения по шкале от 0 до 10</p> <p><b>Выбор наиболее осуществимого варианта решения</b> Пятый шаг включает в себя работу с наиболее практичным и полезным решением. Теперь, когда мы рассмотрели возможные решения, какое решение (решения) является наиболее целесообразным или практичным?</p>

**Коучинг-сессия 3.****IC — implementation of chosen solution**

Реализация выбранного решения (решений). Команда прорабатывает план реализации решений. На это может потребоваться более чем одна сессия.

**Коучинг-сессия 4.****E — evaluation****Оценка**

На последней сессии коучинга команда оценивает свои результаты перед всей командой и обсуждает, какие выводы можно сделать из работы команды. Принимаются решения о том, как двигаться дальше и как использовать полученный материал в дальнейшей работе в команде.

Возможные вопросы:

Насколько успешной была сессия коучинга?

Оцените успешность сессии по шкале от 0 до 10

Чему вы научились в процессе коучинга?

Что вы узнали о себе как команде?

Можем ли мы закончить коучинг сейчас или вы хотите рассмотреть или обсудить другой вопрос или проблему?

### **Модель оценки эффективности когнитивно-поведенческого коучинга команд**

Для оценки эффективности когнитивно-поведенческого коучинга команд в evidence-based методологии мы используем опросник, который применяется на этапе согласования контракта (до вхождения в коучинг) и через 2 недели после окончания командного коучинга.

Выбор переменных для оценки обусловлен результатами диагностического интервью, которое мы проводим с заказчиком и с командой. Переменные выбираются в зависимости от сформулированного запроса на командный коучинг.

Мы рекомендуем оценить следующие параметры командной эффективности:

- 1) Оценка стадии развития команды (по Такману-Джексону)
- 2) Оценка социально — психологического климата в команде
- 3) Оценка распределения ролей в команде (по Белбину)
- 4) Оценка стиля лидерства (любая подходящая модель)
- 5) Особенности коммуникации в команде
- 6) Конфликтный потенциал в команде
- 7) Тип организационной культуры, соотношение реального и желаемого типа культур (по Камерону — Куинну).

Однако выбор конкретных методик для оценки подбирается в каждом случае индивидуально в зависимости от запроса.

### **Пример апробации модели когнитивно-командного коучинга и оценки его эффективности в evidence-based методологии\***

Запрос заказчика: повысить эффективность команды.

После диагностического интервью с заказчиком были выявлены следующие проблемные зоны в команде: низкий уровень ответственности, проактивности и вовлеченности членов команды, что мешало им эффективно выполнять проектные заказы. Соответственно, эти переменные были выбраны как критерии командной эффективности. Были подобраны методы для их оценки:

1) Для определения уровня вовлеченности, ответственности и проактивности была выбрана методика «Утрехтская шкала увлеченности работой», UWES. (Адаптация: Д. А. Кутузова),

2) для определения уровня ответственности применялась методика «Диагностика симптомокомплекса ответственности», ОДЛСО. (И. А. Кочарян, Адаптация: Е. С. Старченкова,

3) проактивное поведение оценивалось с помощью методики «Проактивное совладающее поведение», PCI (Адаптация Е.С.Старченкова).

Для реализации целей проекта была разработана программа когнитивно-поведенческого коучинга команды, включающая модели: PRACTICE CBTC (как основная), G-ADCDE, SPACE. Командные сессии проводились 2 дня по 4 часа.

### **Результаты**

Для оценки сдвига был использован критерий Вилкоксона. Были выявлены значимые различия по шкалам «Поглощенность деятельностью» (шкала методики UWES) между измерениями «До» и «После» ( $U=3$ ,  $p<0,05$ ), а также по шкале «Этичность» (методики ОДЛСО) между замером «До» реализации части программы и «После» нее ( $U=4$ ,  $p<0,05$ ). Остальные изменения оказались незначимыми статистически.

Вывод: можно говорить об ограниченном положительном влиянии проведенного командного коучинга на параметры, выбранные в качестве показателей эффективности. Отсутствия сдвига по другим шкалам может быть связано с краткосрочностью программы (рекомендуется увеличить

---

\* Проект реализован командой учащихся программы ДПО «Коучинг в организации» НИУ ВШЭ Лосевой О.В., Терегуловой Л.Ф., Фроловой М.А. в рамках выпускной работы

длительность программы до 4 сессий), а также взаимодействием командных и личных целей участников, что не было учтено в данной программе.

Таким образом, когнитивно-поведенческий коучинг команд может быть эффективным инструментом повышения командной эффективности, однако при реализации таких проектов следует тщательно проводить первичное диагностическое интервью и корректно формулировать переменные для оценки эффективности, что требует от коуча не только мастерства в коучинге, но и владения evidence-based методологией.

### Список литературы

1. Андреева Г.М. Социальная психология. М.: Аспект Пресс, 2017.
2. Андреева И.Н. Социальная психология. Новополюцк, Полоц. гос. ун-т имени Евфросинии Полоцкой, 2023.
3. Антонова Н.В. Психологическое консультирование: когнитивно-поведенческий подход. М.: Юрайт, 2025.
4. Клаттербак Д. Командный коучинг на рабочем месте. Технология создания самообучающейся организации. М.: Эксмо, 2008.
5. Организационная психология. /Под ред. А.Б. Леоновой. М.: Инфра-М, 2013
6. Петровский А. В. Личность. Деятельность. Коллектив. М.: Издательство политической литературы, 1982.
7. Neenan M., Palmer S. Cognitive behavioural coaching. //Stress News, 2001, 13(3), pp.15–18.
8. Beck A.T. The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. //Archives of General Psychiatry, 2005, 62, pp.953–959.
9. Ellis, A. Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, NJ: Citadel. 1962
10. Hackman J.R. Wageman R. A theory of team coaching. //Academy of Management Review, 2005, 2, pp.269–287.
11. Neenan M. & Dryden W. Life coaching: A cognitive behavioural approach. London: Brunner-Routledge. 2002.
12. O’Riordan S., Palmer S., Hultgren U. Can cognitive behavioural team coaching increase well-being? //The Coaching Psychologist. 2013, 9. Pp. 100-110.
13. Palmer S. The PRACTICE model of coaching: Towards a solution-focused approach. Coaching Psychology International, 2008. 1(1) ,pp. 4–8.
14. Palmer S. & Szymanska, K. Cognitive behavioral coaching: An integrative approach. In S. Palmer A. Whybrow (Eds.), Handbook of coaching psychology: A guide for practitioners. London: Sage. 2007.
15. Tuckman B.W., Jensen M.A. Stages of small-group development revisited. Group and Organization Studies 2, 1977, no. 4: pp. 419–27.

# КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ЯЗЫКОВОЙ ТРЕВОЖНОСТИ: НОВЫЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ СТРАХА ОБЩЕНИЯ НА ИНОСТРАННОМ ЯЗЫКЕ У ВЗРОСЛЫХ

*Бадал Вероника Александровна*  
*Московский Институт Психоанализа*

**Аннотация.** Исследование посвящено изучению психологических факторов, влияющих на страх общения на английском языке у взрослых вне академического контекста. В работе применяется когнитивно-поведенческий подход для анализа связи между языковой тревожностью, когнитивными искажениями, перфекционизмом, социальной тревожностью и уверенностью в себе. В исследовании приняли участие 66 респондентов в возрасте от 21 до 60 лет. Результаты показали значимые корреляции между уровнем страха общения на английском языке и когнитивными искажениями (особенно катастрофизацией и преувеличением опасности), перфекционизмом, социальной тревожностью и низкой уверенностью в себе. На основе полученных данных предложена когнитивно-поведенческая модель языковой тревожности и заложена основа для разработки программы психологической помощи на базе когнитивно-поведенческой терапии. Исследование вносит вклад в понимание психологических механизмов языкового барьера у взрослых и открывает перспективы для разработки новых стратегий его преодоления.

**Ключевые слова:** языковая тревожность, страх общения на иностранном языке, когнитивные искажения, перфекционизм, социальная тревожность, уверенность в себе, когнитивно-поведенческая терапия, взрослые обучающиеся, английский язык, междисциплинарное исследование, андрагогика.

## Введение

Страх общения на иностранном языке является серьезным барьером, препятствующим эффективному использованию языковых навыков в реальных ситуациях. Несмотря на активное изучение языковой тревожности в зарубежной психолингвистике, в российском контексте, особенно вне академической среды, тема остается недостаточно исследованной. [6] Актуальность исследования обусловлена растущей потребностью взрослых людей в уверенном владении английским языком для профессиональных и личных задач. Это требует не только развития языковой компетенции, но и преодоления психологических препятствий, в частности тревожности и страха ошибок.

Методологической основой исследования выбран когнитивно-поведенческий подход, доказавший свою эффективность при работе с тревожными расстройствами [1, 2, 8, 9, 11, 14, 15]. Применение его к проблеме

языковой тревожности позволяет интегрировать психологические и лингводидактические знания для разработки практических стратегий помощи. В исследовании использовались психодиагностические методики и статистический анализ.

Цель исследования — изучить особенности когнитивных искажений, перфекционизма, социальной тревожности и уровня уверенности в себе у взрослых, испытывающих страх общения на английском языке, и на этой основе заложить принципы программы психологической поддержки с использованием методов КПТ. Объект исследования — психологические особенности взрослых, испытывающих страх общения на английском языке вне учебной среды. Предмет исследования — когнитивные искажения, перфекционизм, социальная тревожность и уверенность в себе.

Гипотеза исследования — взрослые, испытывающие страх общения на английском языке, имеют специфический профиль когнитивных искажений, перфекционизма, социальной тревожности и уверенности в себе, который отличается от профиля взрослых с менее выраженным страхом общения на английском языке.

Практическая значимость заключается в разработке анкеты для оценки страха общения и формировании основ программы помощи изучающим на базе когнитивно-поведенческой терапии. Новизна — в предложении первой в российском контексте когнитивно-поведенческой модели языковой тревожности, ориентированной на взрослых вне академической среды.

## Методы

Исследование опиралось на комплексный методологический подход, включающий анкетирование, психодиагностические методики и статистическую обработку данных. В исследовании приняли участие 66 взрослых в возрасте от 21 до 60 лет, изучающих английский язык для профессиональных и личных целей вне академической среды. Участие было добровольным, набор проводился через социальные сети.

Инструменты:

1. Авторская анкета, разработанная на основе практического опыта и работы М. Яйич-Новгородец и И. Чагаль [12], включала 20 утверждений, отражающих проявления страха общения.

2. Опросник когнитивных ошибок (CMQ) в адаптации А.Е. Боброва, Е.В. Файзрахмановой. [3]

3. Шкала социальной тревожности Либовица (LSAS) в адаптации И.В. Григорьевой, С.Н. Ениколопова. [5]

4. Краткая шкала страха негативной оценки (BFNE) в адаптации И.В. Григорьева, С.Н. Ениколопова. [5]

5. Трехфакторный опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогоровой, Т.Ю. Юдеевой. [4]

6. Тест уверенности в себе В.Г. Ромека. [10]

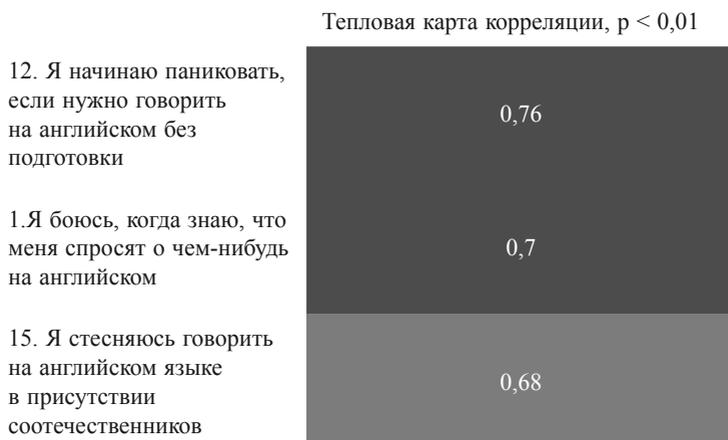
Опрос проводился онлайн через Google Forms. Участники последовательно заполняли все методики, включая авторскую анкету. Для обработки данных использовались: описательная статистика, корреляционный анализ (коэффициент Спирмена), сравнительный анализ (U-критерий Манна-Уитни), оценка надежности (коэффициент  $\alpha$ -Кронбаха). Статистическая обработка данных проводилась в программной среде SPSS.

### Результаты

Анализ данных выявил значимые связи между страхом общения на английском языке и исследуемыми психологическими феноменами. Поскольку стандартизированные методики оценки языковой тревожности у взрослых вне учебного контекста отсутствуют, была использована шкала субъективного уровня страха общения (от 1 до 10), а также авторская анкета из 20 утверждений, отражающих разные аспекты языковой тревожности.

Анкета продемонстрировала высокую внутреннюю согласованность ( $\alpha$ -Кронбаха = 0,94) и значимую корреляцию с субъективной оценкой уровня страха общения. Ряд утверждений, приведенных на Диаграмме 1, показали особенно высокую корреляцию и могут использоваться в качестве сокращённой версии анкеты, например, для быстрой диагностики в практике преподавания.

*Диаграмма 1. Наиболее сильные корреляции утверждений анкеты со шкалой субъективного страха общения*



17. Я стараюсь избегать ситуаций, где мне нужно общаться на английском

0,68

3. Я смущаюсь добровольно отвечать на вопросы на английском языке

0,66

4. Я стесняюсь первым начать беседу на английском языке, даже если мне это остро необходимо

0,65

11. Я совсем не уверен в себе, когда говорю на английском языке

0,65

19. Я стесняюсь говорить на английском в присутствии родственников и друзей

0,65

Шкала субъективного уровня страха общения

Значимая положительная связь в ходе анализа данных исследования была установлена между отдельными компонентами страха общения и когнитивными искажениями (Таблица 1). Особенно выраженными оказались корреляции с такими искажениями, как катастрофизация и преувеличение опасности — они усиливают тревожные реакции и страх ошибок. Хотя суммарный балл по шкале когнитивных искажений коррелировал с уровнем страха умеренно, данные указывают: чем больше выражены искажения в мышлении, тем выше вероятный уровень тревожности при общении на английском. Респонденты с высоким уровнем страха склонны интерпретировать ошибки как угрозу, приписывать собеседникам негативную оценку и персонализировать реакции других.

Таблица 1. Анализ сильных корреляционных связей при  $p < 0,01$  между когнитивными искажениями и уровнем страха общения на английском языке

Утверждение	Шкалы				
	Персонализация	Морализация	Катастрофизация	Преувеличение опасности	Шкала когнитивных ошибок
Я смущаюсь добровольно отвечать на вопросы на английском языке				0,31	
Я стесняюсь первым начать беседу на английском языке, даже если мне это остро необходимо	0,32		0,33	0,43	0,37
Я нервничаю, когда понимаю не всё, что мне говорят			0,41		
Я боюсь, что кто-то заметит мои ошибки		0,35	0,47		0,32
Уровень страха и тревоги при общении по сумме вопросов			0,32		

Среди всех изученных факторов наибольшая сила корреляции была выявлена с перфекционизмом, особенно с подшкалами «Озабоченность оценками» и «Негативное селектирование» (Таблица 2). Эти данные согласуются с результатами по когнитивным искажениям: для перфекционистского мышления также характерны катастрофизация и повышенная чувствительность к ошибкам. Наши результаты подтверждают трактовку перфекционизма как трансдиагностического феномена [7]. Взрослые с выраженным страхом общения, как правило, устанавливают для себя завышенные стандарты владения языком и сосредотачиваются на возможных неудачах, что усиливает тревожные ожидания.

Таблица 2. Корреляции между перфекционизмом и страхом общения ( $p < 0,01$ )

Утверждение	Шкалы		
	Перфекционизм общий	Озабоченность оценками	Негативное селектирование
Я расстраиваюсь, когда меня переспрашивают или просят повторить	0,43	0,41	0,39
Мое сердце начинает сильно биться, когда мне задают вопрос на английском языке		0,39	
Я боюсь, что окружающие будут смеяться над моим английским	0,39	0,39	
Уровень страха и тревоги при общении по сумме вопросов	0,40	0,40	

Так как общение на языке является ситуацией социального взаимодействия, в исследовании была проанализирована связь страха общения, социальной тревожности и страха негативной оценки. Здесь также был выявлен ряд значимых корреляций. Наиболее сильная связь была обнаружена между страхом ошибок и социальной тревожностью (Таблица 3). Это подчёркивает необходимость комплексного подхода при оказании психологической помощи изучающим язык. Полученные данные отражают тесную связь между страхом общения на английском языке и более общими проявлениями социальной тревожности.

Таблица 3. Корреляции между социальной тревожностью, страхом негативной оценки и страхом общения (\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ )

Утверждение	Шкала страха негативной оценки	Шкала социальной тревожности
Я боюсь, что кто-то заметит мои ошибки	0,47**	
Я нервничаю и волнуюсь в обществе с носителями английского языка	0,30*	
Я стесняюсь говорить на английском в присутствии родственников и друзей»		0,29*

Я стесняюсь своего акцента	0,30*	
Уровень страха и тревоги при общении по сумме вопросов	0,31*	0,30*

Исследование показало обратную связь между страхом общения и уровнем уверенности в себе (Таблица 4). Участники с выраженным страхом демонстрировали низкие показатели самооценки и социальной смелости, что подтверждает важность эмоциональной поддержки при работе с тревожностью. Полученные результаты подчеркивают, что развитие уверенности в себе способствует снижению страха негативной оценки и может служить важной частью психологической помощи.

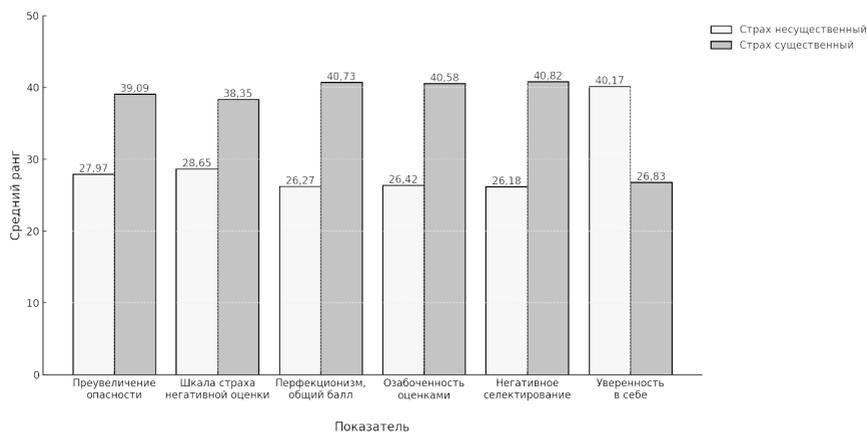
Таблица 4. Корреляции между уверенностью в себе и страхом общения  
(\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ )

Утверждение	Уверенность в себе	Социальная смелость
Я боюсь, что окружающие будут смеяться над моим английским	-0,33**	
Я стесняюсь первым начать беседу на английском языке, даже если мне это остро необходимо	-0,29*	-0,29*
Я расстраиваюсь, когда меня переспрашивают или просят повторить»	-0,27*	
Я нервничаю и волнуюсь в обществе с носителями английского языка		-0,27*
Я стесняюсь говорить на английском языке в присутствии соотечественников	-0,27*	
Уровень страха и тревоги при общении по сумме вопросов	-0,27*	-0,28*

Сравнительный анализ групп с высоким и низким уровнем страха общения (разделение по медиане) выявил статистически значимые различия по ряду ключевых показателей (U-критерий Манна-Уитни), которые

отражены на Диаграмме 2. Участники с выраженным страхом демонстрировали более высокие значения по шкалам преувеличения опасности, страха негативной оценки, перфекционизма, социальной тревожности, а также низкую уверенность в себе. Эти данные подтверждают гипотезу о существовании специфического психологического профиля у взрослых с высоким уровнем языковой тревожности.

*Диаграмма 2. Значимые различия между двумя группами с низким и высоким уровнем страха общения ( $p < 0,05$ )*



### Обсуждение

Полученные данные позволяют уточнить психологическую природу страха общения на английском языке у взрослых. Корреляционные связи между тревожностью, когнитивными искажениями, перфекционизмом, социальной тревожностью и низкой уверенностью в себе подтверждают комплексный характер языковой тревожности [16, 19]. Для более глубокого понимания феномена была предложена первая в российском контексте модель когнитивной концептуализации страха общения (Таблица 5). Модель может быть применена в психологической практике и образовательных программах, направленных на преодоление языкового барьера у взрослых.

Таблица 5. Модель когнитивной концептуализации страха общения на английском языке

Компонент	Содержание
Ключевые убеждения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Я недостаточно способен к изучению языков»</li> <li>• «Ошибки недопустимы и означают некомпетентность»</li> <li>• «Люди всегда негативно оценивают мое владение языком»</li> </ul>
Условные предположения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Если я сделаю ошибку, все будут думать, что я глупый»</li> <li>• «Чтобы быть успешным, я должен говорить на английском идеально»</li> <li>• «Если я не могу выразить свою мысль сразу, лучше вообще молчать»</li> </ul>
Компенсаторные стратегии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Избегание ситуаций общения на английском языке</li> <li>• Чрезмерная подготовка перед разговором</li> <li>• Использование только простых фраз и конструкций</li> </ul>
Типичные ситуации-триггеры	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимость спонтанного общения на английском</li> <li>• Выступление перед аудиторией на английском языке</li> <li>• Общение с носителями языка</li> </ul>
Автоматические мысли	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Я сейчас точно сделаю ошибку и опозорюсь»</li> <li>• «Они думают, что мой английский ужасен»</li> <li>• «Я никогда не смогу свободно говорить на этом языке»</li> </ul>
Эмоции	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тревога, страх, стыд, разочарование</li> </ul>
Физиологические реакции	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Учащенное сердцебиение, потливость, напряжение в мышцах, «ком в горле»</li> </ul>
Поведение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Избегание разговора или минимизация участия</li> <li>• Говорение очень тихо или быстро</li> <li>• Чрезмерное извинение за ошибки</li> </ul>
Последствия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Усиление негативных убеждений о своих способностях</li> <li>• Снижение мотивации к изучению языка</li> <li>• Ограничение возможностей для практики и улучшения навыков</li> </ul>

Для системного понимания выявленных связей нами была предложена интегративная модель языковой тревожности, объединяющая когнитивные искажения, перфекционизм, социальную тревожность и уверенность в себе. Модель демонстрирует, как эти факторы взаимодействуют, усиливая или смягчая страх общения, и может быть использована как основа для построения когнитивно-поведенческих интервенций (Таблице 6). Она требует дальнейшей валидации и доработки, но уже сейчас позволяет интерпретировать полученные данные и закладывает основу для практической психологической помощи.

Таблица 6. Интегративная модель факторов языковой тревожности

Фактор	Проявления	Влияние на страх общения на английском языке	Связь с другими факторами
Когнитивные искажения	Катастрофизация, персонализация, преувеличение опасности	Усиливают страх ошибок, искажают восприятие ситуации	Повышают перфекционизм и тревожность, снижают уверенность
Перфекционизм	Высокие стандарты, страх ошибок, самокритика	Повышает тревожность, ведёт к избеганию общения	Связан с когнитивными искажениями и тревожностью, снижает уверенность
Социальная тревожность	Страх негативной оценки, избегание, повышенное самосознание	Усиливает страх использования языка, ограничивает возможности практики	Усиливает когнитивные искажения, взаимодействует с перфекционизмом, снижает уверенность в себе
Уверенность в себе	Позитивная самооценка, готовность к риску, устойчивость к неудачам	Снижает страх, поддерживает активную языковую практику	Смягчает негативное влияние остальных факторов

Выявленные в исследовании положительные корреляции между страхом общения и когнитивными искажениями (катастрофизация, персонализация, преувеличение опасности) подтверждают важную роль когнитивных факторов в формировании языковой тревожности. Эти данные согласуются с когнитивной моделью социальной тревожности [15] и подчёркивают необходимость работы с дисфункциональными убеждениями в процессе преодоления языкового барьера.

Связь между перфекционизмом и страхом общения на английском языке подтверждает результаты предыдущих исследований [17, 18, 21, 22, 23] и подчёркивает необходимость учёта социально предписанного перфекционизма, особенно с учётом российской культурной специфики [4]. Значимая положительная корреляция между социальной тревожностью и страхом общения на языке подтверждает, что последний может рассматриваться как частный случай ситуативной социальной тревожности

[19, 20]. Это открывает возможности применения методов, направленных на снижение социальной тревожности, в языковом обучении. Обратная связь между уверенностью в себе и уровнем страха подтверждает значимость развития самооффективности, что соответствует теории Бандуры [13]. Таким образом, психологическую работу, направленную на повышение уверенности в себе целесообразно включать в программы обучения навыкам общения на иностранном языке.

Сравнительный анализ подтвердил наличие специфического психологического профиля у взрослых с выраженным страхом общения, что может лечь в основу более точной диагностики и индивидуализированных интервенций. В то же время исследование имеет ограничения: небольшой объём выборки, самоотчётные методики и корреляционный дизайн, не позволяющий делать окончательные выводы о причинно-следственных связях.

Будущие исследования могут включать лонгитюдные и экспериментальные дизайны, а также учитывать культурную специфику и охватывать разные контексты. Перспективным направлением является дальнейшая разработка и апробация программы психологической помощи, интегрирующей методы когнитивно-поведенческой терапии и принципы андрагогики в обучении взрослых английскому языку.

На основании полученных данных была разработана примерная структура программы психологической помощи, однако её описание не включено в данный текст в связи с ограничениями объёма статьи. Программа требует доработки и дальнейшей апробации. Это станет следующим шагом в развитии междисциплинарного подхода к обучению взрослых иностранным языкам с использованием методов когнитивно-поведенческой терапии.

### Список литературы

1. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии [Текст] / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. — СПб. : Питер, 2019. — 448 с.
2. Бек, Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям [Текст] / Дж. Бек; пер. с англ. А. Соломиной. — СПб. : Питер, 2019. — 416 с.
3. Бобров, А. Е. Опросник когнитивных ошибок как инструмент оценки компонентов патологической тревоги [Текст] / А. Е. Бобров, Е. В. Файзрахманова // Доктор. Ру. — 2017. — № 8 (137). — С. 59–65.
4. Гаранян, Н. Г. Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии [Текст] / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Т. Ю. Юдеева // Консультативная психология и психотерапия. — 2018. — Т. 26. — № 3. — С. 8–32.
5. Григорьева, И. В. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)» [Текст] /

И. В. Григорьева, С. Н. Ениколопов // Национальный психологический журнал. — 2016. — № 1 (21). — С. 31–44.

6. Каяво, В. А. Языковая тревожность как проблема в обучении иностранному языку и факторы ее возникновения: анализ теоретических и эмпирических исследований [Текст] / В. А. Каяво // Педагогическое образование в России. — 2021. — № 4. — С. 41–50.

7. Каменюкин, А. Г. Перфекционизм как трансдиагностическая мишень [Текст] / А. Г. Каменюкин // Вестник Московской международной академии. — 2021. — № 1. — С. 166–173.

8. Ковпак, Д. В. Страхи, тревоги, фобии... Как от них избавиться? Практическое руководство психотерапевта [Текст] / Д. В. Ковпак. — СПб. : Наука и Техника, 2020. — 288 с.

9. Лихи, Р. Свобода от тревоги: справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой [Текст] / Р. Лихи. — СПб. : Питер, 2021. — 368 с.

10. Ромек, В. Г. Тест уверенности в себе [Текст] / В. Г. Ромек // Психологическая диагностика. — 2008. — № 1. — С. 59–82.

11. Уэллс, А. Когнитивная терапия тревожных расстройств: практическое руководство и случаи из практики [Текст] / А. Уэллс. — М. : Когито-Центр, 2019. — 552 с.

12. Яйич-Новгородец, М. Иноязычная тревожность в овладении русским языком как иностранным [Текст] / М. Яйич-Новгородец, И. Чагаль // Вопросы психолингвистики. — 2021. — № 2 (48). — С. 179–198.

13. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control [Текст] / A. Bandura. — New York : Freeman, 1997. — 604 p.

14. Beck, A. T. Beck Anxiety Inventory [Текст] / A. T. Beck, R. A. Steer. — San Antonio : The Psychological Cooperation, 1993.

15. Clark, D. A. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice [Текст] / D. A. Clark, A. T. Beck. — New York : Guilford Press, 2020. — 628 p.

16. Dewaele, J. M. Foreign language anxiety and multilingualism: A theoretical and empirical review [Текст] / J. M. Dewaele, P. D. MacIntyre // Language Teaching. — 2016. — Vol. 49 (4). — P. 564–577.

17. Flett, G. L. Perfectionism in Language Learners: Review, Conceptualization, and Recommendations for Teachers and School Psychologists [Текст] / G. L. Flett, P. L. Hewitt, C. Su, K. D. Flett // Canadian Journal of School Psychology. — 2016. — Vol. 31 (2). — P. 75–101.

18. Gregersen, T. Language Learning and Perfectionism: Anxious and Non-Anxious Language Learners' Reactions to Their Own Oral Performance [Текст] / T. Gregersen, E. K. Horwitz // The Modern Language Journal. — 2002. — Vol. 86 (4). — P. 562–570.

19. Horwitz, E. K. Foreign and second language anxiety [Текст] / E. K. Horwitz // Language Teaching. — 2010. — Vol. 43 (2). — P. 154–167.

20. Horwitz, E. K. Foreign Language Classroom Anxiety [Текст] / E. K. Horwitz, M. B. Horwitz, J. A. Cope // Language Anxiety: From Theory and Research to Classroom Implications / Eds. E. K. Horwitz, D. J. Young. — Englewood Cliffs : Prentice-Hall, 1991. — P. 27–39.

---

21. Stoeber, J. Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges [Текст] / J. Stoeber, K. Otto // Personality and Social Psychology Review. — 2006. — Vol. 10. — No. 4. — P. 295–319.

22. Wang, Y. The Relationship between Perfectionism and Social Anxiety: A Moderated Mediation Model [Текст] / Y. Wang, J. Chen, X. Zhang, X. Lin, Y. Sun, N. Wang, J. Wang, F. Luo // International Journal of Environmental Research and Public Health. — 2022. — Vol. 19. — No. 19. — Article 12934.

23. Wang, K. Perfectionism as a Predictor of Anxiety in Foreign Language Classrooms among Russian College Students [Текст] / K. Wang, T. Permyakova, M. Sheveleva, E. Camp // ECPS - Educational Cultural and Psychological Studies. — 2018. — Vol. 18. — P. 127–146.

# НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ В КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

*Ботнарь Анастасия Георгиевна*

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии  
им. В. М. Бехтерева (студент)*

**Аннотация.** Настоящая статья посвящена анализу нейробиологических механизмов эмоциональной обработки в контексте когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Рассматриваются основные нейронные сети и области мозга, участвующие в процессах эмоциональной регуляции, в частности, дефолтная сеть мозга (DMN), исполнительная сеть контроля (CEN) и сеть салиентности (SN). С помощью данных функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) демонстрируются изменения активности этих сетей до и после КПТ у пациентов с тревожными расстройствами (ТР). Особое внимание уделяется взаимосвязям между децентрацией (способностью психологически дистанцироваться от своих мыслей и эмоций) и позитивной переоценкой (когнитивной стратегии пересмотра ситуации) для снижения уровня эмоционального дискомфорта. Исследуется роль предиктивной обработки информации мозгом через механизмы минимизации ошибки предсказания. Показано, что высокий уровень эмоционального интеллекта связан с активностью медиальных частей DMN и способностью эффективно регулировать эмоциональные процессы через взаимодействие крупномасштабных нейронных сетей.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), эмоциональная регуляция, нейронные сети (DMN, CEN, SN), миндалина, дорсолатеральная префронтальная кора, предиктивная обработка, децентрация, mindfulness.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), тревожные расстройства остаются в настоящее время одной из самых распространенных групп психических заболеваний [8]. Эти расстройства характеризуются сложным сочетанием физиологических, когнитивных, поведенческих и соматических симптомов, которые существенно снижают качество жизни пациентов. Например, у людей с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) наблюдается хроническая и неконтролируемая тревога, которая проявляется в виде беспокойства, часто связанного с нереалистичными ожиданиями негативных событий в будущем и сопровождающегося такими дополнительными признаками, как утомляемость, нарушение концентрации внимания, раздражительность, мышечное напряжение и нарушения сна в течение шести и более месяцев [9].

Несмотря на наличие различных подходов к лечению ТР, включая медикаментозную терапию и техники релаксации, КПТ остаётся наиболее эффективным методом, демонстрирующим свою эффективность в клинических исследованиях. Она помогает пациентам идентифицировать и модифицировать дисфункциональные мысли и убеждения, обучая их новым стратегиям совладания с тревогой, таким как когнитивная реструктуризация, практика осознанности (mindfulness) и техники расслабления [10; 17]. Тем не менее, многие вопросы относительно того, как именно КПТ влияет на нейробиологические основы ТР, остаются открытыми, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований [4; 19].

### Нейробиологические аспекты тревожных расстройств

Исследования с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) продемонстрировали значительные изменения в активности определённых областей мозга после прохождения курса КПТ. Например, у людей с ГТР отмечено снижение активности префронтальной коры, особенно ее вентральной и дорсолатеральной частей [17]. Эти данные соответствуют дуальной модели механизма действия КПТ, согласно которой наблюдается усиление активности областей мозга, участвующих в регуляции эмоций, при одновременном снижении активности лимбической системы [9].

С точки зрения физиологии, люди с ТР часто демонстрируют повышенную активность лимбической системы мозга, особенно миндалина, которая играет ключевую роль в обработке угрожающих стимулов. Трудности с регуляцией эмоций у таких пациентов проявляются в виде гиперактивации островковой доли и снижения активности дорсолатеральной префронтальной коры (см. Табл. 1).

Таблица 1. Нейробиологические аспекты патогенеза тревожных расстройств

Область головного мозга	Функция	Изменения при тревожных расстройствах
Миндалины	Обработка страха и тревоги	Гиперактивация
Префронтальная кора	Регуляция эмоций	Гипоактивация (дорсолатеральная часть)
Гиппокамп	Формирование контекста	Дисфункция
Островковая доля	Регуляция эмоций	Гиперактивация

Такие нарушения приводят к тому, что пациенты с ТР чаще сталкиваются с проблемами в области внимания, памяти и принятия решений. Например, у пациентов с генерализованным тревожным расстройством отмечаются когнитивные искажения, при которых они автоматически направляют внимание на угрожающие стимулы или информацию, что может быть связано с высоким уровнем негативного аффекта [1; 4; 18]. Это приводит к формированию дисфункциональных паттернов мышления, таких как когнитивная ригидность, сужение фокуса внимания, персеверативный стиль мышления в виде тревожных руминаций, постоянный мониторинг опасности и супрессия позитивных мыслей [4]. Такие нарушения затрудняют способность человека адаптироваться к стрессовым ситуациям и эффективно использовать свои ресурсы для управления эмоциями.

Также важно отметить, что ТР часто маскируются соматическими симптомами, такими как головные боли, сердечно-сосудистые нарушения, проблемы со сном и др. По данным исследований, около 48% пациентов с ТР могут предъявлять жалобы на головные боли, включая мигрень или головную боль напряжения. Нарушения сна также являются частым симптомом тревожных расстройств: 60–70% пациентов с ГТР сообщают о трудностях при засыпании и поверхностном характере сна. При этом изменения структуры сна, в частности увеличение времени пробуждений и снижение продолжительности глубокого (дельта-) сна, рассматриваются как адаптационные изменения, связанные с высокой церебральной активацией [4; 9; 15].

Исследования ЭЭГ пациентов с тревожными расстройствами показывают увеличение спектральной мощности во всех диапазонах, особенно в правой фронтальной коре. Это изменение активности указывает на преобладание отрицательных эмоций и повышенную активацию нейронных сетей, связанных с тревогой. Например, повышение тета-ритма в лобных отделах коры может быть связано с дисфункцией гипоталамо-септо-гиппокампальной системы, которая играет важную роль в модуляции эмоциональных состояний. Такие неврологические изменения проявляются у пациентов с ТР и могут быть интерпретированы как маркеры хронической эмоциональной напряженности.

Кроме того, неврологические аспекты ТР включают не только нарушения активности конкретных областей мозга, но и дисфункции крупномасштабных нейронных сетей. Среди них ключевую роль играют дефолтная сеть мозга (DMN), сеть салиентности (SN) и исполнительная сеть контроля (CEN) [4; 12]. DMN связана с осознанным восприятием эмоциональных состояний, автобиографической памятью и формированием поведенческих выходных

сигналов, связанных со страхом и тревогой. SN участвует в распознавании эмоционально значимых стимулов и управлении вниманием, направленным на телесные ощущения. SEN отвечает за переключение задач, рабочую память и регуляцию эмоций, обеспечивая интеграцию различных когнитивных процессов (см. Табл. 2).

В недавно проведенных мета-аналитических исследованиях показано влияние КПТ на активность DMN посредством снижения ее активности при покое и нормализации взаимодействия между DMN и TPN (сеть оперативного решения задач) [12]. Кроме того, установлено, что дорсолатеральная префронтальная кора, связанная с эмоциональной дисрегуляцией, после курса КПТ становится более активной, что способствует улучшению эмоциональной регуляции и снижению уровня тревожности [15].

Таблица 2. Функции нейронных сетей и их изменения при тревожных расстройствах

Нейронные сети	Основные функции	Изменения при ТР	Примечания
DMN	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Осознанное восприятие эмоциональных состояний</li> <li>-Автобиографическая память</li> <li>-Селективная обработка информации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Гиперактивация при покое</li> <li>-Нарушение взаимосвязи между DMN и TPN (сетью оперативного решения задач)</li> <li>-Увеличение активности в медиальных областях коры</li> </ul>	<p>Высокая активность DMN может быть связана с саморефлексией и руминацией. У пациентов с ТР отмечается усиление внутренних размышлений о страхах.</p>
SEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Переключение задач</li> <li>-Рабочая память</li> <li>-Регуляция эмоций</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Гипоактивация дорсолатеральной префронтальной коры</li> <li>-Нарушение контроля эмоций</li> <li>-Снижение способности к когнитивной переоценке</li> </ul>	<p>SEN играет ключевую роль в управлении вниманием и подавлении нежелательных реакций. При ТР снижается эффективность этой сети.</p>

SN	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Распознавание эмоционально значимых стимулов</li> <li>-Регуляция внимания на телесные ощущения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Гиперактивация SN (особенно правой островковой доли)</li> <li>-Чрезмерная фокусировка на угрожающих стимулах</li> <li>-Затрудненное переключение внимания</li> </ul>	<p>SN состоит из двух подсетей: вентральной передней островковой сети (репрезентация тела) и дорсальной передней островковой сети (управление поведением). SN может усиливать связи между миндалиной и префронтальной корой, что затрудняет адаптацию к безвредным стимулам.</p>
----	---	--	--

Важно отметить, что изменения мозговой активности после КПП зависят от типа расстройства и его особенностей. Например, при социальной тревожности наблюдается уменьшение активности в миндалевидном теле и увеличение активности в дорсолатеральной префронтальной коре. У пациентов с паническим расстройством отмечено снижение активации миндалины и дорсолатеральной префронтальной коры, что может быть связано с дисфункцией нисходящего контроля эмоций со стороны префронтальной коры. Кроме того, при хронической тревожности часто наблюдаются нарушения сна: трудности при засыпании, поверхностный характер сна и частые пробуждения. Эти нарушения связаны с увеличением спектральной мощности во всех диапазонах ЭЭГ, особенно в правой фронтальной коре, что указывает на преобладание отрицательных эмоций и повышенную активацию нейронных сетей, связанных с тревогой (см. Табл. 3) [4; 6; 19].

Таблица 3. Изменения активности мозга после КПТ при различных тревожных расстройствах

Расстройство	Изменение акт-ти миндалины	Изменение акт-ти префронтальной коры	Примечания
ГТР	Уменьшение	Увеличение (вентральная и дорсолатеральная части)	Согласуется с дуальной моделью действия КПТ
Социальная тревожность	Уменьшение	Увеличение (дорсолатеральная часть)	Повышается способность к регуляции эмоций
Паническое расстройство	Уменьшение	Уменьшение (в некоторых исследованиях)	Может быть связано с особенностями компенсации

Таким образом, становится необходимым изучить основные наблюдаемые эффекты КПТ: изменение активности мозговых структур, для определения степени воздействия на нейробиологические механизмы с целью нормализации активности лимбической системы, префронтальной коры и взаимодействия между нейронными сетями для лечения тревожных расстройств.

### Механизмы воздействия КПТ на функционирование мозговых структур

В рамках когнитивно-поведенческой психотерапии эмоциональная регуляция рассматривается как один из ключевых процессов, обеспечивающих долгосрочную ремиссию клинических симптомов тревожных расстройств. Этот процесс включает не только метод изменения когнитивных оценок ситуации, известный как когнитивная реструктуризация, но и другие стратегии, такие как предиктивная обработка и децентрация (стратегия принятия) [5; 6]. Нейробиологические исследования демонстрируют, что эти стратегии по-разному влияют на активность мозга.

Например, когнитивная реструктуризация приводит к увеличению активации дорсолатеральной префронтальной коры, что способствует нормализации эмоционального контроля со стороны этой области мозга,

тогда как стратегия принятия вызывает активацию вентральной передней островковой сети, что помогает пациентам психологически дистанцироваться от собственных мыслей и эмоций, а также гибко переосмысливать стрессовые жизненные события [12; 13].

Предиктивная обработка, как один из значимых механизмов эмоциональной регуляции позволяет мозгу производить корректировку выполнения задач через процессы минимизации ошибки предсказания, которые зависят от иерархически организованной внутренней модели мира, поддерживаемой мозгом (см. Рис. 1).

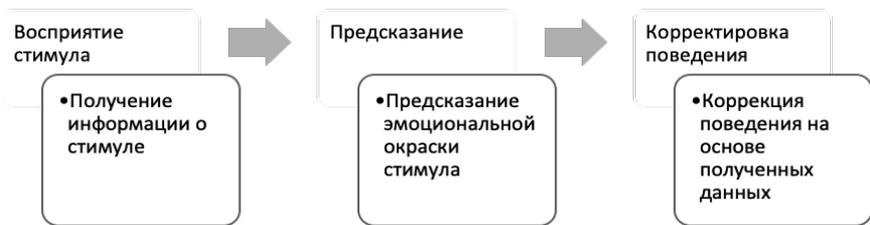


Рисунок 1. Предиктивная обработка информации в мозге

Данный механизм может быть использован для формирования новых паттернов реагирования на стрессовые ситуации, обучая пациентов адаптивным стратегиям управления тревогой [19].

### **Интеграция подходов в лечении тревожных расстройств и их последствия**

Несмотря на различия в подходах, исследования демонстрируют, что КПТ и медикаментозная терапия SSRIs могут иметь схожие эффекты на работу мозга, однако КПТ имеет преимущество в долгосрочной перспективе благодаря устойчивым результатам даже после завершения курса лечения.

В рамках когнитивно-поведенческой психотерапии пациенты научаются идентификации автоматических мыслей и базовых убеждений, а также работе над метакогнитивными убеждениями о тревоге. Основные техники включают диафрагмальное дыхание, позитивные представления и прогрессивную релаксацию мышц, которые помогают снизить уровень физиологического возбуждения. Пациенты также учатся использовать экспозиционную терапию

с целью намеренного столкновения с тревожными ситуациями для формирования устойчивости к ним [17; 18].

Механизмы эмоциональной регуляции в КПТ поддерживаются взаимодействием различных областей мозга. Например, снижение активности миндалины и увеличение активности префронтальной коры после КПТ объясняются нормализацией функций этих областей при управлении эмоциями [15]. Более того, успешное использование стратегий эмоциональной регуляции, таких как осознанность (mindfulness) и когнитивная реструктуризация, связано с улучшением качества жизни и снижением клинических симптомов (см. Табл. 3).

Таблица 3. Сравнение эффективности различных методов лечения тревожных расстройств

Метод лечения	Эффективность	Преимущества	Недостатки
КПТ	Высокая	Не требует медикаментов, долгосрочные результаты	Требует времени и усилий для обучения
SSRIs (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина)	Высокая	Быстрый эффект, удобство применения	Возможность развития зависимости, побочные эффекты
Mindfulness	Средняя	Улучшает осознанность, снижает стресс	Меньшая эффективность без дополнительных техник (например, реконструкции)

Таким образом, можно сделать вывод о том, что КПТ способствует нормализации активности мозговых структур. Эти изменения помогают пациентам лучше понимать и регулировать свои эмоциональные реакции, а также развивать новые, более адаптивные стратегии поведения [17]. Это позволяет предположить, что КПТ может быть более эффективной для формирования устойчивого эмоционального контроля и снижения вероятности рецидива [9]. А сочетание КПТ с фармакотерапией может быть

полезным для некоторых пациентов, особенно если они склонны к более быстрому достижению эффекта через прием препаратов [4].

### Заключение

На основе проведенного анализа можно сделать следующие выводы о перспективах изучения нейробиологических механизмов эмоциональной обработки в контексте когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Несмотря на значительные достижения в понимании того, как КПТ влияет на активность различных областей мозга, многие вопросы остаются открытыми. Хотя исследования с использованием фМРТ показали снижение активности миндалевидного тела и увеличение активности префронтальной коры у пациентов с тревожными расстройствами после курса КПТ, важно продолжить изучение роли дефолтной сети мозга (DMN) и ее взаимодействия с другими нейронными сетями, особенно с сетью внимания (DLN) при коротком времени воздействия на пациентов. Это позволит лучше понять, как именно КПТ способствует изменениям в DMN и других нейронных сетях.

Особенно важным становится дальнейшее исследование эффектов КПТ через призму теории осознанности (mindfulness), которая объясняет, как осознанность помогает пациентам находить смысл в стрессовых ситуациях за счет изменения их эмоциональной реакции.

Ранее было установлено, что практика осознанности может приводить к изменению активации в дорсолатеральной префронтальной коре, тогда как стратегия принятия вызывает активацию вентральной передней островковой сети. Однако необходимы более глубокие исследования для выяснения того, как культурные и гендерные особенности влияют на эффективность КПТ. Это особенно актуально, учитывая значительные различия в проявлениях эмоций между культурами и полами.

Существует необходимость в более детальном анализе механизма действия сети внимания (DLN) и её роли в модуляции активности экстероцептивных сенсорных областей. Также требуют дополнительного изучения процессы, лежащие в основе техник релаксации и самоконтроля, применяемых в рамках КПТ. Например, диафрагмальное дыхание и прогрессивная релаксация мышц могут влиять на нейронные сети по-разному. Особенно интересны случаи, когда эти техники применяются в комбинации с методами mindfulness.

Дополнительное внимание следует обратить на изучение возрастных изменений в структуре и функциях мозга, связанных с развитием эмоционального интеллекта. Это особенно важно для пожилых пациентов, поскольку у них наблюдаются специфические особенности активации

нейронных сетей. Изменения в активности мозга после КПТ зависят от типа расстройства и требуют дальнейшего изучения для создания индивидуализированных подходов к лечению.

Важным направлением будущих исследований является разработка методов раннего выявления тревожных расстройств с использованием электроэнцефалографии (ЭЭГ) и других электрофизиологических методов. На более ранних этапах развития заболевания такие методики позволят начать лечение своевременно, что повысит его эффективность и снизит возможность возникновения рецидива. Интеграция подходов *mindfulness* в традиционную КПТ также требует дополнительных исследований для выяснения точных механизмов их действия. Это может привести к созданию более эффективных комбинированных методик лечения.

Будущие исследования должны быть направлены на комплексный анализ этих факторов для создания более эффективных методов лечения тревожных расстройств с учетом индивидуальных особенностей пациентов. Особое внимание следует уделять разработке новых подходов к лечению, которые могли бы сочетать в себе элементы КПТ, *mindfulness* и приемов работы с эмоциональным интеллектом. Это откроет новые возможности для совершенствования методов психотерапии и повышения ее эффективности.

### Список литературы

1. Мезенцева А.А., Ростовцева В.В., Иمامев Э.Р. Выражение эмоций посредством мимики: эволюционные механизмы и современные методы исследований // Вопросы психологии. — 2024. — Т. 70. — №. 3.
2. Рагозинская В. Г. Нейробиологические основы эмоций // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. — 2017. — №. 4. — С. 138–149.
3. Чипеева Н. А. Нейрофизиологические механизмы эмоционального интеллекта // Психология. Психофизиология. — 2023. — Т. 16. — №. 3. — С. 65–74.
4. Чутко Л. С. и др. Неврологические аспекты тревожных расстройств // Медицинский алфавит. — 2022. — №. 10. — С. 7–11.
5. Adolphs R., Anderson D. J. The neuroscience of emotion: A new synthesis. — 2018.
6. Alpert E. et al. Processes of change in trauma-focused cognitive behavioral therapy for youths: An approach informed by emotional processing theory // Clinical Psychological Science. — 2021. — Т. 9. — №. 2. — С. 270–283.
7. Burgess E. E. et al. A brief mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) intervention as a population-level strategy for anxiety and depression // International Journal of Cognitive Therapy. — 2021. — Т. 14. — №. 2. — С. 380–398.
8. Depression W. H. O. Other common mental disorders: global health estimates // Geneva: World Health Organization. — 2017. — Т. 24. — №. 1.
9. Domínguez-Pérez J., Peñate-Castro W., Rivero-Pérez F. L. Neural Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy Efficacy in Anxiety Disorders: A Scoping Review. — 2025.

10. Erickson T. M., Newman M. G. Cognitive behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: a primer //Expert review of neurotherapeutics. — 2005. — Т. 5. — №. 2. — С. 247–257.
11. Garland E. L. et al. The mindfulness-to-meaning theory: Extensions, applications, and challenges at the attention–appraisal–emotion interface //Psychological Inquiry. — 2015. — Т. 26. — №. 4. — С. 377–387.
12. Guendelman S. Emotion Regulation, Social Cognitive and Neurobiological mechanisms of Mindfulness, from Dispositions to Behavior and Interventions. — 2021.
13. Kiken L. G., Shook N. J. Looking up: Mindfulness increases positive judgments and reduces negativity bias //Social Psychological and Personality Science. — 2011. — Т. 2. — №. 4. — С. 425–431.
14. MacCann C. et al. Emotional intelligence predicts academic performance: A meta-analysis //Psychological bulletin. — 2020. — Т. 146. — №. 2. — С. 150.
15. Picó-Pérez M. et al. Emotion regulation in mood and anxiety disorders: A meta-analysis of fMRI cognitive reappraisal studies //Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. — 2017. — Т. 79. — С. 96–104.
16. Plate A. J., Aldao A. Emotion regulation in cognitive-behavioral therapy: Bridging the gap between treatment studies and laboratory experiments //The science of cognitive behavioral therapy. — Academic Press, 2017. — С. 107–127.
17. Yuan S. et al. Neural effects of cognitive behavioral therapy in psychiatric disorders: A systematic review and activation likelihood estimation meta-analysis //Frontiers in psychology. — 2022. — Т. 13. — С. 853804.
18. Wang Y., Garland E. L., Farb N. A. S. An experimental test of the mindfulness-to-meaning theory: Casual pathways between decentering, reappraisal, and well-being // Emotion. — 2023. — Т. 23. — №. 8. — С. 2243.
19. Wu D., Li J., Wang J. Altered neural activities during emotion regulation in depression: a meta-analysis //Journal of Psychiatry and Neuroscience. — 2024. — Т. 49. — №. 5. — С. E334–E344.

# ВОЗМОЖНОСТИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

**Бузина Татьяна Сергеевна**

*Российский университет медицины*

**Кубекова Алия Салаватовна**

*Астраханский государственный медицинский университет*

**Аннотация.** В статье представлена анализ возможностей когнитивно-поведенческой психотерапии при гипертонической болезни. Среди различных видов психотерапии в лечении психосоматических расстройств в настоящее время преобладает когнитивно-поведенческая терапия. Авторы отмечают, что при лечении гипертонической болезни большое внимание отводится немедикаментозным методам, а именно психотерапии, ее необходимость возрастает, когда гипертоническая болезнь является следствием психологического фактора.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая терапия, гипертоническая болезнь, психосоматические расстройства, психологическая профилактика, артериальное давление, эмоциональное состояние, психотерапевтические практики.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) представляют собой группу патологий, которая включает болезни с функциональным расстройством работы миокарда, сосудов, артерий и вен. В настоящее время гипертоническая болезнь является наиболее распространённым и опасным заболеванием (Hypertensive diseases в рубрике МКБ-10 (I10–I15) в Российской Федерации, при этом ею все больше страдают люди трудоспособного возраста. Гипертоническая болезнь, согласно МКБ-10, относится к рубрике «Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением» (I10-I15). Болезни систем кровообращения в настоящее время по праву считаются эпидемией, которая увеличивает смертность и инвалидизацию трудоспособного населения.

Как уже отмечалось ранее, лечение психосоматических заболеваний сложнее физических болезней, поскольку врачу и медицинскому психологу необходимо понять внутреннюю картину болезни пациента, какие психологические выгоды от нее он получает, какие проблемы позволяет решить данное заболевание. При лечении гипертонической болезни большое внимание отводится немедикаментозным методам, а именно психотерапии, ее необходимость возрастает, когда гипертоническая болезнь является следствием психологического фактора.

С психосоматическими нарушениями можно работать разнообразными методами из разных направлений таких как:

1. Суггестивная психотерапия;
2. Позитивная психотерапия;
3. Когнитивно-поведенческая психотерапия;
4. Символдрама;
5. Транзактный анализ;
6. Телесно-ориентированная психотерапия;
7. Семейная психотерапия;
8. Психоанализ;
9. Нейролингвистическое программирование;
10. Эриксоновский гипноз;
11. Гештальт-терапия и психотерапевтические методы.

Среди различных видов психотерапии в лечении психосоматических расстройств в настоящее время преобладает когнитивно-поведенческая терапия [5]. Когнитивно-поведенческая терапия (cognitive-behavioral therapy) — это направление в психологии, основанное на принципе, что мышление и поведение зависят от привычной (реакции человека, что дает явное понимание о происхождении негативных реакций и предлагает конкретные маршруты нормализации эмоционального состояния [4, 6]. Когнитивно-поведенческий метод обладает следующими достоинствами:

1. Значительная степень структурированности и целеустремленности.
2. Решение четко сформулированных целей.
3. Цель терапии — не поиск причин непродуктивного поведения, а его изменение.
4. Использование принципа «здесь и теперь».
5. Использование принципов обучения для изменения поведения.
6. Эмпирически обоснованная эффективность применения методов.
7. Изменение отношения личности к самой себе, собственным взглядам на жизнь и будущее.

Необходимо отметить, что в когнитивно-поведенческой терапии используется техника поведенческой интервенции. В бихевиоральном подходе активно применяются следующие группы техник и методик: методы стимулирования мотивации к изменению поведения, коррекции эмоциональных нарушений, саморегуляции, когнитивного переструктурирования, «погашения» неконструктивного поведения, а также способы развития позитивного поведения.

Медицинский психолог подбирает психологические методы и методики с учетом возраста, вида заболевания, стадийности заболевания,

индивидуально-психологических особенностей и типа реагирования на заболевания больного. В большинстве случаев больному требуется комплексное лечение, то есть как медицинское, так и психологическое. А если медицинский психолог подозревает еще и психиатрические проблемы, например, депрессию, то может направить больного к психиатру. Кроме того, необходимо соблюдать критерии включения пациентов в исследование, протокол работы, требования к квалификации психологов. В работе Солодухина А.В., Серого А.В., Яницкого М.С. и др. [6] отмечается, что когнитивно-поведенческие техники направлены на изменение неадекватных представлений, которые формируются у больного при неправильном информировании или недостаточной осведомленности об особенностях его заболевания.

Таким образом, включение техник когнитивно-поведенческой психотерапии больных гипертонической болезнью способствует эффективности психологического сопровождения, оптимизирует психоэмоциональное состояние (редукция тревожности, эмоциональной неустойчивости).

#### Список литературы

1. Абдуллаева А.С. Методы коррекции и лечения психосоматических расстройств // Психолог. — 2024. — № 3. — С. 70–78. — DOI 10.25136/2409-8701.2024.3.43918.
2. Алёхин А.Н., Дубинина Е.А. Психологические вмешательства при артериальной гипертензии: вопросы обоснованности и эффективности. Артериальная гипертензия. 2018;24(2): 132–144. DOI 10.18705/1607-419X-2018-24-2-132-144
3. Баранов М.Л., Джангильдин Ю.Т., Гаджиева У.Х. Динамика значений качества жизни в оценке эффективности адаптированной модели когнитивной терапии при тревожно-депрессивных расстройствах у пациентов с гипертонической болезнью // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2019. — № 10. — С. 34–38.
4. Костина Л.А., Кубекова А.С. Психологический статус больных гипертонической болезнью. — Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство «Мир науки», 2021. — 103 с. — ISBN 978-5-6046186-4-6.
5. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н., Кобозев И.Ю., Кубекова А.С. Психологические особенности больных психосоматического профиля с различными стратегиями защитно-совладающего поведения // Вестник психотерапии. — 2020. — № 74(79). — С. 97–109.
6. Солодухин А.В., Серый А.В., Яницкий М.С., Трубникова О.А. Возможности методов когнитивно-поведенческой психотерапии в изменении внутренней картины болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца // Фундаментальная и клиническая медицина. 2017. № 1.

## ПРАКТИКИ ОСОЗНАННОСТИ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АРТ-ТЕРАПИИ СТРЕССА

*Галигабаров Пётр Валерьевич*

*член Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии*

**Аннотация.** В настоящей статье рассматриваются возможности снижения стресса посредством вмешательств когнитивно-поведенческой арт-терапии, основанной на осознанности. Приводится определение арт-терапии, основанной на осознанности (Mindfulness-based art therapy, MBAT) и обзор доказательств эффективности названного направления для улучшения и поддержания психологического здоровья человека. Предлагаются две авторские практики для снижения стресса.

**Ключевые слова:** стресс, когнитивно-поведенческая арт-терапия, осознанность, MBAT, арт-терапия, основанная на осознанности, сила воли, музей, раскрашивание, рисование.

Стресс имеет множество определений. В общем его понимают, как все стимулы (физические, социально-психологические), которые вызывают состояние высокой напряженности, физического и психического дискомфорта, потрясения и другие последствия [1, с. 8]: психологические (тревога, страх, проблемы с концентрацией внимания, проблемы с памятью и так далее); эмоциональные (раздражительность, злость, неадекватные ситуации смех или слезы, апатия, перепады настроения и так далее); физические (тахикардия, головные боли, высокое артериальное давление, изменение веса (в плюс или минус), бессонница и так далее); поведенческие (зависимость от меняющих сознание веществ, нарушения в социальном взаимодействии, избегание ранее любимых занятий и так далее)[2][3].

Стрессоры могут быть физиологическими или психологическими. Научные исследования говорят о том, что современный человек только своим мышлением может включить физиологическую систему, предусмотренную природой для реакции на серьезные физические, реально угрожающие жизни воздействия извне [4, с.16-26]. Для некоторых из нас стрессовой ситуацией может стать «тревога по поводу тревоги». В рамках данной статьи в первую очередь будет рассмотрено снижение влияния психологических стрессоров.

Эффективным направлением в помощи совладания со стрессом может стать когнитивно-поведенческая арт-терапия. КПАТ применяется для различных диагностических групп: ПТСР, тревожные расстройства, депрессия, серьезные психические заболевания, поведенческие и эмоциональные расстройства, снижение стресса [5, с. 281–288]. КПАТ —

это интеграция создания и/или использования объектов искусства с идеями КПТ для помощи клиентам в улучшении и поддержании их психического здоровья [6, с. 30].

Также для снижения влияния стресса и предотвращения дистресса используются практики осознанности. На 2025 год осознанность является обязательной составляющей многих современных научно-доказательных модальностей «третьей волны» КПТ:

— АСТ (Acceptance and Commitment Therapy — Терапия принятия и ответственности);

— CFT (Compassion-Focused Therapy — Терапия, сфокусированная на сострадании);

— DBT (Dialectical behavior therapy — Диалектическая поведенческая терапия) и других.

Осознанность (mindfulness) — способность человека целенаправленно фокусировать своё внимание на переживании настоящего момента «здесь и сейчас» и относиться к нему без автоматизма [7]. Когнитивно-поведенческая терапия, основанная на осознанности, которая сочетает в себе идеи КПТ и медитации для формирования непредвзятого отношения к настоящему моменту — это Mindfulness — Based Cognitive Therapy (МВСТ) [8]. МВСТ основан на научно обоснованной программе обучения осознанности — Mindfulness-Based Stress Reduction (МBSR — снижение стресса на основе осознанности) Джона Кабат-Зинна [9].

Исследования показывают эффективность МВСТ и МBSR для обширного круга проблем ментального здоровья, в том числе при депрессивном расстройстве личности [10], в уменьшении зависимости от веществ, вызывающих привыкание [11], в улучшении показателей точности, эффективности внимания, кратковременной памяти [12], в снижении стресса и т.д.

Mindfulness-based art therapy — арт-терапия, основанная на осознанности (МВАТ) — это интеграция создания и/или использования объектов искусства с идеями когнитивно-поведенческой терапии, основанной на осознанности (МВСТ) для улучшения и поддержания психического здоровья человека. Впервые описана в 2009 году Лори Рапппорт в книге «Внимательность и арт-терапии». В источниках также используется наименование — «Арт-терапия, ориентированная на концентрацию». Другое название данного направления — Когнитивно-поведенческая арт-терапия, основанная на осознанности — достаточно громоздкое для употребления, в мировой практике используется аббревиатура МВАТ.

Исследования с помощью МРТ (магнитно-резонансной томографии) показали, как МВАТ позволяет уменьшить физиологические проявления

тревожности в момент стрессовой ситуации [13]. МВАТ приводит к улучшению душевного благополучия детей [14], к росту удовлетворенности отношениями и росту сексуального удовлетворения [15], к снижению стресса среди живущих с ВИЧ / СПИДом [16].

Положительные клинические результаты были получены пилотным исследованием, изучавшим влияние МВАТ на психологические симптомы и уровень счастья у пациентов с мигренью [17]. Анализы показали, что использованная для лечения программа была эффективна в снижении симптомов депрессии и стресса, в повышении ощущения счастья. Важно отметить, что помимо создания объектов визуального искусства и их последующего обсуждения, применялась библиотерапия, музыка, нарратив.

44 пациента с ишемической болезнью сердца приняли участие в МВАТ. Оценивался уровень депрессии, тревожности, гнева и его проявлений. Результаты были проанализированы с помощью двухфакторного дисперсионного анализа повторных изменений и показали значимые положительные эффекты, в том числе эмоциональное расслабление, улучшение психической стабильности [18].

Исследование, проведенное в клинических условиях с декабря 2020 года по февраль 2021 года в Нагпуре Индии, показало значительное снижение уровня психологического стресса и заметное улучшение качества жизни с точки зрения смысла, спокойствия и веры у пациенток с раком молочной железы, проходивших химиотерапию [19]. Женщины получили информацию о принципах и практиках осознанности и выполняли медитации (сканирование тела, фиксацию внимания на дыхании и так далее), продолжительностью 15 минут в сутки; по 30 минут в сутки они занимались раскрашиванием с погружением в процесс.

Эффективность раскрашивания подтверждает и мета-анализ 2022 года [20]: У студентов, которые перед экзаменами раскрашивали или мандалу, или рисунок в клетку, или чистый лист бумаги значительно снизилась тревожность.

Опираясь на указанные выше исследования, можно сделать вывод, что использование психологами, психотерапевтами в индивидуальной или групповой работе МВАТ потенциально позволит повысить психологическое здоровье населения, в частности снизить стресс.

Далее приведены две авторские практики, использующие МВАТ и базирующиеся на названных выше и ниже исследованиях.

40 человек от 18 до 40 лет со склонностью к физической агрессии приняли участие в эксперименте «Тренировка силы воли для сокращения домашнего насилия» в 2009 году [21]. Часть группы в течении двух недель

использовала не ведущую руку открывая двери, чистя зубы, вторая выборка вместо «yeah» (йе) отвечала «yes» (да), а третья была контрольной и жила на автомате. Самоконтроль в первой и второй группах вырос, они стали меньше использовать насилие в моменты, в которые ранее возбуждались, вели себя агрессивно и жестоко.

**Технология выполнения упражнения** «Осознанность вместо агрессии» подходит для самостоятельного осуществления без присутствия специалиста по ментальному здоровью:

— определите свою ведущую руку: правша вы или левша? Если вы амбидекстр и какая-то рука используется реже, её мелкая моторика менее развита, тогда используйте эту руку;

— купите или распечатайте раскраски под фломастеры, карандаши;

— обеспечьте себе спокойное место, заведите будильник, чтобы не отвлекаться на время;

— ежедневно выделяйте себе минимум 10 минут на раскрашивание, используя левую руку, если вы правша, правую, если левша. Во время тренировки самоконтроля «убирайте» ведущую конечность, не оценивайте результаты творческого процесса (хорошо или плохо), сохраняйте беспристрастность и сосредоточенность на процессе.

Исследования предлагаемой практики «Осознанность вместо агрессии», адаптированной с учетом доказанной пользы раскрашивания и смены ведущей руки для снижения стресса и тренировки силы воли, не проводились. Автор планирует их в будущем.

Прежде, чем описать следующую технологию выполнения упражнения для снижения стресса в рамках КПАТ, приведу исследования, доказывающие, что посещение художественных музеев снижает стресс.

Измерение уровня кортизола (гормон стресса) в слюне и анкетирование субъективной самооценки уровня психологического напряжения у здоровых молодых людей «до» и «после» посещения художественной галереи показали значительное снижение уровня кортизола, падение личных ощущений напряжения [22]. Другое исследование с участием 64-х женщин показало, что взаимодействие с творчеством в музее снижает систолическое артериальное давление, потенциально оказывает расслабляющее действие [23]. Также были выявлены такие преимущества художественных музеев как мест для терапии: улучшение памяти, снижение уровня стресса, рост социальной интеграции (среди пожилых и людей с хроническими проблемами психического здоровья, с деменцией, среди социально изолированных) [24].

Созерцание без оценки и осуждения избавляет от абстрактного, оценочного мышления, характерного для депрессивным руминаций [25], дистресса.

Исследования показывают, что контекст арт-объектов усиливает позитивную реакцию, может вызвать приятные эмоции и удовольствие даже от изображений с негативным содержанием. Портрет, скульптура, передающие чувства грусти, могут быть оценены как красивые и производить изменения в центрах, связанных с реакциями вознаграждения, аналогично вызываемым произведениями искусства, передающими радость [24].

**Технология выполнения упражнения «Экскурсия в музей»** подходит для самостоятельного осуществления без присутствия специалиста по ментальному здоровью:

- определите дату и время, посетите музей, галерею с выставкой визуального искусства (картины, скульптуры);

- во время прогулки отключите телефон, чтобы не отвлекал. Если важно соблюдать хронометраж, заведите будильник;

- перед началом экспозиции прислушайтесь к своему эмоциональному состоянию, обратите внимание, о чём думаете прямо сейчас;

- далее попробуйте сконцентрировать всё внимание на текстуре арт-объектов, то есть на узоре, рисунке поверхности. Крапинки, трещинки, волокна, шероховатости, матовость, гляцевитость и тому подобное, воспринимаемое взглядом. Не оценивайте (плохо или хорошо), просто рассматривайте детали. Во время процесса навязчивые мысли и образы могут атаковать ваш разум, отвлекать — это нормально. Возвращайтесь к наблюдению, возможно посредством концентрации на вдохе и выдохе, позволяющем сместить фокус внимания с отвлечений на визуальное восприятие объектов искусства;

- после завершения осмотра снова прислушайтесь к эмоциям внутри и мыслям. О чём сейчас думаете?

Исследования предлагаемой практики «Экскурсия в музей», разработанной с учетом доказанной пользы созерцания без оценки объектов визуального искусства в музеях и галереях, не проводились. Автор планирует их в будущем.

### **Выводы**

Практики осознанности в когнитивно-поведенческой арт-терапии демонстрируют доказанную эффективность в улучшении и поддержании психологического здоровья человека в общем, снижение стресса в частности. Поскольку МВАТ сравнительно молодое направление (с 2009 года), то требуются дополнительные исследования. Предлагаемые авторские практики, хотя базируются на подтвержденных положительных результатах, нуждаются в последующем изучении с помощью набора релевантных методик. В планах

автора проведение исследований эффективности представленных практик для получения валидных итогов.

### Список литературы

1. Водопьянова Н.Е. Стресс-менеджмент: учебник для вузов. 2-е изд., испр. и доп. М.: Изд-во Юрайт, 2023. 283 с.
2. Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 2. С. 8–45. DOI: 10.17759/cpp.2020280202
3. Nakao, M. Somatic manifestation of distress: clinical medicine, psychological, and public health perspectives. *BioPsychoSocial Med* **11**, 33 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13030-017-0119-3>
4. Сапольски Р. Психология стресса. 3-е изд. — СПб.: Питер, 2021 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).
5. Росал Марсия Л. Когнитивно-поведенческая арт-терапия. — СПб.: Питер, 2022. — 320 с.
6. Галигабаров П.В. Прояснение ценностей и их реализации в конкретных действиях в рамках когнитивно-поведенческой арт-терапии, интегрированной с коучингом // X Международный Форум Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии СВТFORUM: сборник научных статей. — СПб.: Международный институт развития когнитивно-поведенческой терапии, 2024. — 129 с.
7. Hinchey, Liza M. 2018. Mindfulness-Based Art Therapy: A Review of the Literature. [Электронный ресурс] // *Inquiries Journal* 10 (05), URL: <http://www.inquiriesjournal.com/a?id=1737> (дата обращения: 10.12.2024).
8. Mackenzie MB, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Trends and developments. *Psychol Res Behav Manag*. 2016;9:125-32. doi:10.2147/PRBM.S63949
9. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion.
10. Crane R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. New York: Routledge; 2017. doi:10.4324/9781315627229
11. Riemann D, Hertenstein E, Schramm E. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Lancet*. 2016;387(10023):1054. doi:10.1016/S0140-6736(16)00660-7
12. Дьяков Д.Г., Слонова А.И. Практики осознанности в развитии когнитивной сферы: оценка краткосрочной эффективности программы Mindfulness-Based Cognitive Therapy // Консультативная психология и психотерапия. 2019 Т. 27 № 1 С. 30—47. doi: 10.17759/ cpp.2019270103
13. Monty, YES, Kash, KM, Kankel, ES, Brainard, G., Wintering, N., Moss, A.S. and ... Newberg, AB (2012). Changes in cerebral blood flow and anxiety associated with an 8-week mindfulness program in women with breast cancer. *Stress and Health: Journal of the International Society for Stress Research*, 28 (5), 397-407. doi:10.1002/smi.2470

14. Sextu, P. and Monk, K. (2013). A bedside theater performance and its impact on the well-being of hospitalized children. *Art and Health: An International Journal of Research, Policy and Practice*, 5 (1), 81-88. doi:10.1080/17533015/2012.712979

15. Khaddouma, A., Gordon, KC, & Bolden, J. (2015). Zen and the Art of Sex: Exploring the connections between mindfulness, sexual satisfaction, and relationship satisfaction in a dating relationship. *Sexual and Therapeutic Relationship Therapy*, 30(2), 268-285. doi: 10.1080/14681994.2014.992408

16. Riley, K. E. and Kalichman, S. (2015). Mindfulness-based stress reduction for people living with HIV/AIDS: a preliminary review of intervention methodologies and trial results. *Review of Health Psychology*, 9 (2), 224-243. doi:10.1080/17437199.2014.895928

17. Demir, V., Erurek, S., and Savash, E. The effect of mindfulness-based art therapy on psychological symptoms and happiness levels in migraine patients: a pilot study. *Curr Psychol* 43, 17664–17672 (2024). <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05634-0>

18. Chan S.H., Lee J.H., Lee H.J., Lee S.H. The effect of mindfulness-based art therapy on psychological symptoms in patients with coronary artery disease. *J Korean Med Sci*. 2018 Mar 19;33(12):e88. doi: 10.3346/jkms.2018.33.e88. PMID: 29542299; PMCID: PMC5852419.

19. Joshi A.M., Mehta S.A., Pande N., Mehta A.O., Rande K.S.. The impact of mindfulness-based art therapy (MBAT) on the psychological state and spiritual well-being of breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Indian Journal of Palliative Care* 2021;27:552-60.

20. Jakobsson Støre, S. and Jakobsson, N. (2022) ‘The Effect of Mandala Coloring on State Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis’, *Art Therapy*, 39(4), pp. 173–181. doi: 10.1080/07421656.2021.2003144

21. Finkel EJ, DeWall CN, Slotter EB, Oaten M, Foshee VA. Self-regulatory failure and intimate partner violence perpetration. *J Pers Soc Psychol*. 2009 Sep;97(3):483-99. doi: 10.1037/a0015433. PMID: 19686003.

22. Clow, Angela. (2006). Normalisation of salivary cortisol levels and self-report stress by a brief lunchtime visit to an art gallery by London City workers. *Journal of Holistic Healthcare*. 3.

23. Mastandrea S., Maricciolo F., Carrus G., Giovanelli I., Giuliani V., Berardi D. Visiting fine art museums can lower blood pressure and stress levels. *Arts Health*. 2018, March 5: 1-10. doi: 10.1080/17533015.2018.1443953. Epub in print. PMID: 31038442.

24. Stefano Mastandrea and colleagues. Art and psychological well-being: the brain's connection with aesthetic emotions, *Front. Psychology*, April 04, 2019 Section: The Science of perception. Volume 10 — 2019 | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00739>

25. Sirota, Natalya & Moskovchenko, Denis & Yaltonsky, Vladimir & Макарова, Инна & Yaltonskaya, A.V.. (2019). Когнитивная терапия депрессивных руминаций. *Cognitive therapy of depressive rumination. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im S S Korsakova*. 119. 62–69. 10.17116/jnevro20191191262.

## АКСИОМЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

*Граница Александр Станиславович*

*кафедра неврологии с курсами психиатрии, клинической психологии и медицинской генетики Института фундаментальной медицины и биологии Казанского федерального университета*

*Зенсен Александр Андреевич*

*Член Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Аннотация.** В статье изучаются исходные предпосылки, на которых строится теория когнитивно-поведенческой терапии. Проанализированы популярные в терапевтической практике сократовские вопросы. Выявлены базовые установки, которые содержатся в формулировках сократовских вопросов. Произведен общеполитический анализ литературы, сделана попытка связать основные положения КПТ с философскими течениями. Составлена систематика выявленных аксиом.

**Ключевые слова:** сократовский диалог, философские предпосылки когнитивно-поведенческой терапии, когнитивная реструктуризация.

В этой статье мы хотим проанализировать явные и неявные базовые тезисы, которые содержатся в теории и практике когнитивно-поведенческой терапии, и связать их с устоявшимися философскими традициями. В заголовок статьи вынесен термин аксиомы. Сделано это с некоторой долей гипертролизации, чтобы подчеркнуть аспект базисности этих тезисов. Для этого используется определение термина «аксиома» сформулированное А. Ивином: это исходное положение какой-либо теории принимаемое в рамках данной теории истинным без требования доказательства и используемое при доказательстве других её положений [1].

Начать исследование мы бы хотели с анализа популярного терапевтического инструмента — сократовских вопросов. С нашей точки зрения, выбор и форма сократовских вопросов в КПТ не произвольны. Хотя подразумевается, что они способствуют направляемому открытию и сами по себе являются методом исследования, но в их основе лежат некоторые тезисы. Мы попробуем проанализировать наиболее популярные сократовские вопросы на предмет того, с какими утверждениями они имеют связь. Полезность такого понимания можно выразить в нескольких тезисах. Во-первых, это может помочь в творческом процессе формулирования вопросов — не просто воспроизведение заученного, а возможность адаптировать вопросы под нужды клиента. Во-вторых, это цельное понимание, как и что исследуется в когнициях клиента. На наш взгляд, такое прояснение может стать следующим шагом в освоении технологии когнитивной реструктуризации.

1. Вопросы, направленные на оценку достоверности когниции:

- Какие есть доказательства (факты) того, что данная мысль верна?
- Какие есть доказательства (факты) того, что она неверна?

В этом блоке вопросов подразумевается, что мысль не может приниматься за истину без соответствующего анализа ее обоснованности. Это отсылка к правилу Лейбница: всякая мысль должна быть достаточно обоснована.

Только после обязательного этапа взвешивания достаточности обоснований мы можем выносить суждение о достоверности когниции.

2. Вопросы, направленные на оценку точности прогнозов:

- Насколько вероятно именно такое развитие событий?
- Какова вероятность другого (или других) развития событий?

За вопросами такого типа стоит утверждение, что все события всегда наступают с определенной вероятностью, которая находится в диапазоне от 0 до 100%. Из этого вытекает, что следует рассматривать несколько вариантов развития событий и обосновывать их вероятностное распределение.

3. Вопросы, направленные на поиск альтернативных интерпретаций и точек зрения:

- Какое альтернативное толкование ситуации можно дать?
- Существуют ли другие причинно-следственные связи в этом событии?
- Как вы думаете, другие люди тоже восприняли ситуацию только таким образом? Что они могли бы подумать?

Эти вопросы базируются на идее, что возможных точек зрения на одно и то же событие всегда больше, чем одна. Схожая мысль с поговоркой «сколько людей, столько и мнений». Из этого утверждения следует, что необходимо взвесить обоснованность разных интерпретаций и выбрать ту, что имеет наилучшие обоснования. В какой-то степени это расширение первого блока вопросов, которые изучают одну мысль, до рассмотрения конкурирующих с ними.

4. Вопросы, направленные на определение последствий убежденности в автоматической мысли:

- Как ваши мысли влияют на вас?
- Какие последствия вашей убежденности в автоматической мысли?
- Что произойдет, если вы поменяете образ мысли?
- Что вы теряете из-за этой мысли?
- Чем эта мысль Вам помогает?
- Чем эта мысль Вам мешает?

Данный блок вопросов с одной стороны апеллирует к когнитивной модели-доверие к когниции приводит к эмоциональным и поведенческим следствием. Но с другой предлагает провести прагматическую оценку этих

следствий. При этом подразумевается, что необходимо взвешивать потери и приобретения, а также соответствие личным целям. Хотя напрямую здесь не утверждается, что лучше выбирать мысль с наибольшей выгодой или лучшей разницей выгод и затрат, но для этого мысленно маневра все равно остаётся место. Например, осознав, что из-за мысли клиент многое теряет, но не хочет отказываться от неё полностью, потому что выгода от неё субъективно больше, пускай со стороны может казаться и не так.

5. Вопросы, ориентированные на принятие ситуации и мысли:

— Если произойдёт самое худшее, что Вы станете делать?

— Если такую мысль озвучит ваш ребёнок, друг, партнёр, родственник, что Вы на это ответите?

— Если эта мысль верна, то что тогда Вы предпримите?

Этот блок вопросов подразумевает, что мысли или ситуации в полной мере невозможно контролировать но можно управлять своей реакцией на них, своим ответным поведением. Утверждается, что вместо попытки избежать, более полезно ориентироваться на будущее совладание с неизбежным.

— Если обобщить перечисленное, то ключевыми вопросами, которыми задаются в процессе работы с клиентом это:

— Какая мысль более реалистична и непротиворечива?

— Какая мысль или действие более полезны?

Видно, что в самих формулировках вопросов содержатся некоторые гносеологические предпосылки. Попробуем обобщить их и обозначить. Это эмпиризм, прагматизм и гносеологический оптимизм.

**Эмпиризм** — позиция в теории познания, согласно которой источником и обоснованием всех знаний является чувственный опыт.

Когнитивно-поведенческая терапия не делает столь широких обобщений, однако теоретики (Д. Бек, Р. Макмаллин, В. Роммек, Д. Беннет-Леви и др.) подчеркивают значимость чувственного познания. К нему как к конечной точке отсылает огромное количество методик из поведенческой терапии. Любой поведенческий эксперимент — небольшое научное эмпирическое исследование, оформленное, насколько это возможно, по правилам конкретной области знаний.

Поиск фактов — база, на которую опирается реалистический и поведенческий диспуты. Мы предполагаем, что объективная реальность существует и что её можно познавать. Сложность, как для науки, так и для когнитивно-поведенческой терапии, составляет отделение нейтрального факта от его оценки и интерпретации, глубина и многогранность языка и влияние исследователя на объект изучения.

**Прагматизм** — философское учение, рассматривающее познание как стремление к практическому результату. Мышление — средство для адаптации к окружающей среде. Согласно Ч.С. Пирсу, поведение человека определяется совокупностью устойчивых мнений или верований (beliefs), которые приобретаются в жизненном опыте [3]. Пирс указывал на существование различных видов познания, т.е. формирования и изменения мнений, и самым эффективным из них признавал научный метод: формирование гипотез и проверка их на практике [2]. Истинной будет считаться та мысль, что приносит пользу, т.е. работает в реальности и дает результат.

Идея не просто созвучна КПТ, но составляет её фундамент.

Наконец, **гносеологический оптимизм** — самое общее положение, утверждающее принципиальную возможность познания объективного мира. Если сказать ещё шире — это вера в разум, и классика когнитивной терапии ей пропитана.

Стоит отметить, что в том числе и из идеи существования объективной познаваемой реальности следует также и ролевая позиция «клиент-терапевт» — это равенство мнений и сотрудничество в поиске истины. Ни клиент, ни терапевт не признаются априори носителями истины, но имеют возможность применить схожие методологические приёмы в её поиске и прийти к конвенциональному заключению. В качестве инструментов для её поиска предлагаются эмпиризм, логика и научный метод.

Кроме гносеологических, КПТ, как и любая психотерапевтическая теория, содержит в себе **этические** аксиомы.

КПТ заимствует многие идеи **стоицизма**, философской школы, включавшей в себя онтологию, этику и логику. Принцип, сформулированный Эпиктетом — нас мучают не сами вещи, а наши представления о вещах [4], в сущности и есть дословно концепция ABC, фундамент когнитивной и рационально-эмотивно-поведенческой терапий. Стоицизм, как и КПТ, полагает, что изменение отношения к вещам, во-первых, возможно, а во-вторых, способно изменить настроение (эмоции, реакцию). Стоики идут достаточно далеко и предлагают заботиться о «чистоте» разума, искореняя любые страсти. Разум для стоика обладает высшей ценностью.

Ни РЭПТ, ни когнитивная терапия, и вообще ни один из известных нам авторов в русле КПТ не призывают, однако, отдаться столь ценной стоиками апатии и атараксии. РЭПТ прямо заявляет, что является синтезом эпикуреизма и стоицизма [5]. **Эпикуреизм** провозглашает удовольствие и отсутствие страдания высшей ценностью человеческого существования, от стоицизма же позаимствованы представления о разуме как о благе самом по себе.

Ещё одно теоретическое сходство со стоицизмом, пусть и не стопроцентное — представление о пользе ценностно-ориентированной деятельности. В трудах стоиков употребляется термин «катекон», что в приблизительном переводе звучит как «долг». Но «долг» и в особенности «долженствования» в КПТ признаются излишне жесткими, неадаптивными и в конечном итоге ведущими к несчастью. Марк Аврелий [6] же и другие философы-стоики (доверимся классическому учебнику по истории философии) [7] вкладывали в это понятие важность действия в соответствии со своими внутренними (рациональными) убеждениями. Здесь уместно вспомнить АСТ (терапию принятия и ответственности) [8] с акцентом именно на ценности, а также терапии ориентированы на восстановление и концептуализацию сильных сторон в КПТ.

Кроме того, общая этика психологического консультирования предполагает, что жизнь это благо и что человек волен сам выбирать свою судьбу, ценности и мировоззрение, т.е. транслируются принципы **гуманизма**.

Попробуем систематизировать тезисы, выделенные нами в качестве аксиом:

1. Берущие начало в стоицизме:

1.1. мысль и эмоция это разные сущности

1.2. мысль первична, эмоция производна

1.3. изменение мыслей возможно и может привести к изменению эмоций

Этические аксиомы КПТ:

2. Берущие начало в эпикуреизме:

2.1. стоит стремиться к удовольствию и избегать страдания.

3. Берущие начало в стоицизме:

3.1. важно действовать в соответствии со своими ценностями

4. Гуманистические:

4.1. жизнь это благо и высшая ценность

4.2. доброжелательность и сострадание важны

4.3. люди свободны, и потому вольны выбирать себе мировоззрение

и ценности

4.4 отношения клиента и психотерапевта строятся на равенстве

и сотрудничестве

Гносеологические аксиомы КПТ:

1. Прагматизм: истинно то, что работает на практике и приносит пользу

2. Эмпиризм: истинно то, что подтверждается фактами

3. Гносеологический оптимизм: объективный мир познаваем

**Что произойдёт, если не следовать данным аксиомам?**

Отказ от когнитивной модели (предложенной ещё стоиками) делает бессмысленной работу с когнициями. Без ориентации на ценности имеются

затруднения с прагматической оценкой мыслей и поведения, а также постановкой целей терапии. Без равенства невозможны совместный поиск фактов и направляемое открытие. Без определенной доли гносеологического оптимизма нет смысла искать более реалистичные когниции.

Заключение. Ключевая идея этой статьи состоит в то, что имеются основания, на которые опирается КПТ при проведении диспута и когнитивной реструктуризации, формировании терапевтических отношений и теории. Важно помнить, что технически взаимодействия с клиентом не произвольны. Они находятся, а следовательно эффективны в пределах некоторой системы. Подобно тому, как благодаря аксиомам в математике становится возможным выводить законы, доказывать теоремы и проч., из набора базисных положений выводится практика КПТ. Без их применения или нарушения, КПТ теряет свои ключевые признаки.

#### Список литературы

1. Философия : Энциклопедический словарь / Под ред. А. А. Ивина. — М. : Гардарики, 2004. — 1072 с.
2. Антисери Д., Реале Дж. Западная философия от истоков до наших дней. Том 4 От романтизма до наших дней. — СПб: Пневма, 2003. — 880 с.
3. Пирс Ч. Начала прагматизма / Перевод с английского В. В. Кирющенко, М. В. Колопотина. — СПб.: Лаборатория метафизических исследований философского факультета СПбГУ; Алетей, 2000. — 318 с.
4. Беседы Эпиктета. Перевод с древнегреческого и примечания Г.А. Тароняна. Предисловие Г.А. Кошеленко и Л.П. Маринович. — М: Ладомир, 1997. — Российская академия наук. Институт всеобщей истории. Серия «Античная классика». — 312 с.
5. Диджузеппе Р., Дойл К., Драйден У., Бакс У. Рационально-эмотивно-поведенческая терапия. — СПб.: Питер, 2021. — 480 с.
6. Марк Аврелий Антонин. Размышления / Перев. А.К. Гаврилова. — Ленинград: Наука, 1985. — 246 с.
7. Антисери Д., Реале Дж. Западная философия от истоков до наших дней. Античность и Средневековье / В переводе и под редакцией С А Мальцевой. — СПб: Пневма, 2003. — 688 с.
8. Харрис Р. Полное наглядное пособие по терапии принятия и ответственности: революционные методы и стратегии для содействия глубоким изменениям в поведении клиентов. — М.: Эксмо, 2024. — 432 с.
9. Оверхолзер Дж. Метод Сократа в психотерапии. — Киев.: Диалектика, 2022. — 306 с.
10. Бек Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. 3-е издание. — СПб.: Питер, 2025. — 512 с.
11. Холмогорова А.Б. Философско-методологические аспекты когнитивной психотерапии / Московский психотерапевтический журнал, 1996, № 3.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ДИАЛОГ АРГУМЕНТАТИВНОГО ТИПА\*

*Денисова Виктория Геннадьевна*

*Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,  
международная лаборатория логики, лингвистики и формальной философии*

**Аннотация.** В статье выделяется диалог аргументативного типа, который называется «терапевтическим». Целью такого диалога является выявление когнитивного искажения клиента в ходе психотерапевтической сессии. Обсуждается классификация диалогов Д. Уолтона и Э. Краббе и обосновывается необходимость определения отдельного терапевтического диалога аргументативного типа. Представлен обзор идей Аристотеля об ошибках в рассуждениях, которые нашли также свое продолжение в психотерапевтическом подходе под названием когнитивно-поведенческой психотерапии. Рассматриваются основные виды когнитивных искажений, определенных основателем когнитивно-поведенческой психотерапии А. Беком. Подчеркивается, что работа когнитивно-поведенческого психотерапевта направлена на терапию психических расстройств путем выявления автоматических мыслей клиента, а также изменение его убеждений, в основе которых лежат когнитивные искажения. Мы полагаем, что добавление терапевтического диалога аргументативного типа к уже имеющейся классификации позволит сфокусироваться на прагматических аспектах аргументации, а именно на применении методов аргументации для терапии психических расстройств в клинической практике когнитивно-поведенческого психотерапевта. Исследование, приведенное в статье, находит применение в практике когнитивно-поведенческого терапевта, предоставляя терапевтам теоретическое обоснование целесообразности фокусирования на изменении знания клиента в ходе терапевтического диалога аргументативного типа между самим терапевтом и клиентом. Предлагаются примеры их диалога, где выясняется наличие когнитивного искажения, а также происходит изменение эпистемологического состояния клиента.

**Ключевые слова:** когнитивные искажения, ошибки в рассуждениях, когнитивно-поведенческая психотерапия, классификация диалогов, эпистемология, психические отклонения.

Цель статьи — обосновать необходимость выделения терапевтического диалога аргументативного типа. Такая необходимость продиктована, прежде всего, наличием определенных психотерапевтических задач в практике когнитивно-поведенческого психотерапевта. В 60-х годах XX в. американский психиатр, доктор Аарон Бек (1921–2021) представил теорию когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), формы психотерапии, которая доказала свою

---

\* Статья подготовлена в результате проведения исследования в рамках проекта «Международное академическое сотрудничество» НИУ ВШЭ.

эффективность при терапии широкого спектра психических расстройств. Одним из центральных положений Бека является идея о том, что эмоции и поведение людей определяются мыслями, а не событиями или ситуациями [2, с. 19]. Проанализировав эмпирические данные, полученные в ходе многочисленных экспериментов, а также исходя из своего опыта работы с пациентами, доктор А. Бек обосновал тот факт, что люди интерпретируют свой непосредственный опыт с помощью серии автоматических мыслей, которые могут содержать как позитивное отношение человека к себе, окружающему миру и другим, так и негативное. Автоматические мысли представляют собой неосознанные мысли, возникающие у людей в момент интерпретации происходящего с ними. При взаимодействии с каким-либо объектом или нахождении в некоторой ситуации у человека возникает одно или несколько суждений, описывающих или их отношение к объекту, ситуации или сам объект и ситуацию. Когнитивно-поведенческие терапевты работают не только с автоматическими мыслями, но и с промежуточными и глубинными убеждениями. Промежуточные убеждения представляют собой некоторый набор правил, отношений к чему-либо или кому-либо и допущений, сформулированных клиентом для себя самого на протяжении его жизни. Глубинные убеждения — прочно укоренившиеся представления о себе, других людях и своем окружении, которые человек воспринимает как нечто не подлежащее опровержению. Промежуточные и глубинные убеждения активируют автоматические мысли. В процессе терапии формулируется концептуализация случая, которая представляет собой гипотезу о развитии психического расстройства у пациента, убеждения клиента и заполняется на протяжении всей совместной работы терапевта с клиентом. В статье мы останавливаемся на работе именно с автоматическими мыслями, которые могут содержать когнитивные искажения, наравне с промежуточными и глубинными убеждениями. Именно на выявление автоматических мыслей направлены первые КПТ сессии.

### **Начало исследований ошибок в рассуждениях и когнитивных искажений**

Идея о том, что людям свойственны ошибки в рассуждениях высказана еще Аристотелем (384 г. до н.э.—322 г. до н.э.), который изложил их в своем трактате «О софистических опровержениях» [1]. Стагирит полагал, что ошибки в рассуждениях происходят тогда, когда умозаключение в них похоже на правильное, но таким не является. В самой общей формулировке ошибки в рассуждениях встречаются тогда, когда послышки аргумента не подкрепляют его вывод, или же вывод делают при ложности одной

из посылок или обеих посылок. Мы будем отличать ошибки в рассуждениях от когнитивных искажений, однако отметим, что и те и другие содержат логические ошибки. В то время как ошибки в рассуждениях являются логическими ошибками, когнитивные искажения определяются не только на основании наличия логических ошибок. Наиболее полный список ошибок в рассуждениях с современными наименованиями приводит И. Копи [9], они сгруппированы по четырем типам. В статье [4] мы дополнили семь наиболее часто встречающихся ошибок в рассуждениях из разных типов списка И. Копи примерами из современной практики когнитивно-поведенческого терапевта и подчеркнули, что ошибки в рассуждениях часто (но не всегда) становятся предпосылкой возникновения искаженного убеждения клиента о себе, других людях и окружающем мире.

Первый тип ошибок, который описал И. Копи, — ошибки релевантности, являются наиболее многочисленными и наиболее часто встречающимися. В таких ошибочных выводах посылки аргумента не имеют отношения к заключению. Второй тип ошибок — ошибки неверно построенного индуктивного аргумента. В таких рассуждениях посылки аргумента, хотя и имеют отношение к выводу, настолько сами по себе слабы и недостоверны, что построение вывода из этих посылок не представляется возможным. Третий тип ошибок — ошибки допущений. При ошибочных допущениях в посылках предполагается слишком многое, в то время как логический вывод делают, исходя из этих необоснованных предположений. Четвертый тип ошибок в рассуждениях, описанный И. Копи, а изначально сформулированный Аристотелем, — ошибки двусмысленности. Такой тип ошибок в рассуждениях выделен на основании двусмысленного использования слов или фраз. Какое-то слово или фраза в одной части аргумента имеют значение, отличное от значения того же слова или фразы в другой части аргумента.

Ошибки в рассуждениях и когнитивные искажения — это разные заблуждения, хотя они и пересекаются. Когнитивные искажения мы будем понимать в соответствии с теорией когнитивно-поведенческой психотерапии А. Бека, согласно которой когнитивное искажение проистекает из несоответствующего действительности представления человека о себе, других людях, окружающем мире, при этом когнитивное искажение не обязательно содержит логическую ошибку.

### **Цель терапевтического диалога как выявление когнитивного искажения и определение типа искажения**

А. Бек [6, с. 563] приводит пример вывода, который делает клиентка при виде пуделя: «Собака собирается меня укусить», такая мысль вызывает

у клиентки тревогу. При дальнейшей работе с этой клиенткой он понял, что у нее постоянно возникали мысли такого рода, когда к ней приближалась любая собака. В подобных случаях автоматические мысли представляют собой вывод, где упущена какая-либо посылка. При обнаружении таких автоматических мыслей можно реконструировать силлогизм, по которому клиентка рассуждала перед тем, как прийти к выводу о том, что собака собирается ее укусить. По стандартам силлогистического представления суждений большая посылка звучала бы так: «Все собаки, которые приблизятся ко мне, укусят меня». Меньшая посылка была бы: «Этот объект, обнюхивающий меня, — собака». Вывод был бы таким: «Собака собирается меня укусить». При взаимодействии с внешним миром пациент не вербализует три отдельных шага в силлогизме. Весь процесс сведен к заключительному шагу, или заключению, которое возникает автоматически и не требует каких-либо размышлений или рефлексий. Если большая посылка не истинна, то вывод будет не валидным, даже если пациентка построила валидный силлогизм по всем правилам логики.

Рассмотрим другой пример. Человек, который интерпретирует незначительную неудачу на работе как личную неудачу, может испытывать чувство неполноценности и отчаяния. Если коллеги не пригласили его для участия в новом проекте, у него возникает мысль: «Я — неудачник», которая приводит к возникновению эмоций подавленности или беспомощности.

Бек обнаружил, что люди с психическими расстройствами часто придерживаются искаженных, не согласующихся с действительным положением дел убеждений, которые усугубляют их страдания. Подвергая сомнению и изменяя эти убеждения с помощью методов когнитивной реструктуризации (изменения убеждений), люди могут обрести более реалистичный и позитивный взгляд на себя, других и окружающий мир [12]. Наличие когнитивных искажений негативно повлияют на психическое благополучие человека. Именно работа терапевта с когнитивными искажениями, лежит в основе КПТ.

### **Основные виды когнитивных искажений в когнитивно-поведенческой психотерапии**

Существует несколько типов когнитивных искажений, которые обычно рассматриваются в КПТ. Одно из таких искажений называется «черно-белым» мышлением. Оно наблюдается, когда люди воспринимают ситуации либо как позитивные, либо негативные, без места для серых зон или золотой середины. Например, кто-то может интерпретировать незначительную

ошибку как полный провал, приводящий к утверждению о своей никчемности и безнадежности. В ходе КПТ сессии терапевт помогает клиенту определить и сформулировать свое когнитивное искажение, а также приводит аргументы, оспаривающие истинность убеждения, содержащее когнитивное искажение, например, отмечая, что жизнь редко сводится просто к успеху или неудаче [2].

Еще одно когнитивное искажение, которое выделяется в КПТ, — это «катастрофизация». Катастрофизация включает в себя преувеличение потенциальных негативных последствий ситуации. Например, кто-то может подумать, что отказ начальства в повышении по службе приведет к полному провалу в развитии карьеры и финансовому краху. КПТ терапевт помогает клиенту бросить вызов такому мышлению, поощряя его рассматривать более реалистичные последствия ситуаций. Признавая, что катастрофизация часто бывает необоснованной, люди могут уменьшить свою тревогу и сосредоточиться на более конструктивных мыслях и действиях.

«Сверхообобщение» — это еще одно когнитивное искажение, которое возникает в результате выводов, сделанных на основе ограниченных доказательств или рассмотрении отдельных случаев. Например, если кого-то отвергли в романтических отношениях, он может прийти к выводу, что его нельзя любить, и у него никогда не будет успешных отношений. КПТ терапевт помогает клиенту распознать это когнитивное искажение, путем указания на неверный вывод, указывая на ошибки в рассуждении и доказательствах, подтверждающих его негативные убеждения, а также рассматривая альтернативные объяснения своего опыта. Такой аргументативный процесс в ходе диалога между клиентом и терапевтом позволяет людям избегать нереалистичных и негативных обобщений о себе, своем окружении или своем будущем.

Сам факт того, что пациент обращается к терапевту, говорит о том, что он готов сотрудничать и вести диалог с собеседником, роль которого исполняет терапевт. Таким образом, изначально диалог как речевое взаимодействие имеет все предпосылки к тому, чтобы состояться. Цель, которую стремится достичь пациент посредством диалога, определяется совместно с терапевтом — выяснить какие его (клиента) убеждения связаны с актуальными для него проблемами и психологическим состоянием.

### **Терапевтический диалог аргументативного типа как отдельный тип диалога**

Терапевтический диалог аргументативного типа может быть представлен в качестве отдельного вида диалога, цели которого пересекаются с целями некоторых известных диалогов в классификации Д. Уолтона и Э. Крabbе [13].

Д. Уолтон дает следующее определение: «аргументация — это использование рассуждения в диалоге (беседе), обмен мнениями между двумя сторонами, автором и адресатом, где общей для обеих сторон задачей является достижение цели определенного типа диалога путем совместного рассуждения. Такая аргументация, по сути, является диалогическим понятием, включающим две стороны, которые рассуждают вместе» [14, с. 605].

Логика, согласно Уолтону, используется не только для построения правильного рассуждения, последовательного применения правил вывода в аргументах, но и в более широком контексте, применительно к диалогу. Д. Уолтон и Э. Краббе подчеркивают важность цели, для которой предположительно был использован аргумент в диалоге. Выделяя терапевтический диалог аргументативного типа, мы указываем на цель, объединяющую участников такого диалога, отличную от целей, определенных самими участниками. В классификации Д. Уолтон и Э. Краббе выделяется 6 типов диалогов, а именно информативный, эристический, переговорный, убеждающий, делиберативный и научный. Блэк и Хантер отмечают, что такая классификация типов диалогов представлена в соответствии с тремя характеристиками: исходной ситуацией, из которой возникает диалог; главной целью диалога, к которой присоединяются все участвующие агенты; и личными целями каждого отдельного агента [7, 8].

Одним из типов диалога, выделенным Д. Уолтоном и Э. Краббе, является научный диалог (*inquiry*). Научный диалог фокусируется на поиске знаний, понимания и общего смысла. Она включает в себя дискуссии, которые побуждают людей обмениваться различными точками зрения, оспаривать предположения и исследовать новые идеи. Этот тип диалога обычно наблюдается в образовательных учреждениях, при совместном проведении исследований и мозговых штурмах. Исследовательский диалог способствует творчеству, критическому мышлению и более глубокому пониманию сложных тем. Участие в подобном диалоге позволяет отдельным людям вникать в предмет и разрабатывать инновационные решения совместными усилиями [10]. В научном диалоге агентам необходимо сотрудничать для поиска новых знаний.

К научному типу относится обучающий диалог [13], предполагающий передачу знаний, навыков и информации от одного человека к другому. Это обычно наблюдается на учебных занятиях, в программах обучения и в отношениях наставничества. Учебный диалог требует четкой коммуникации, эффективной демонстрации и обратной связи для облегчения обучения и развития.

Мы предлагаем рассмотреть терапевтический тип аргументативного диалога как разновидность такого обучающего диалога, где стороны

действуют сообща для того, чтобы обрести новое знание. Поскольку целью терапевтического диалога аргументативного типа является не только обмен информацией, но и коррекция когнитивных искажений, то такой тип диалога требует отдельного рассмотрения и определения в дополнение к уже известным типам диалогов.

В ходе КПТ сессий одним из действенных приемов выявления когнитивного искажения является направляемое открытие (guided discovery) [2, 5]. Такой прием согласуется с основополагающим принципом КПТ — совместным эмпиризмом, то есть исследованием опыта клиентом и терапевтом. Изначально терапевт стремится выяснить, насколько автоматическая мысль искажена. Некоторые автоматические мысли могут оказаться верными, то есть соответствовать действительному положению дел. Для выяснения того, искажена ли мысль, применяется сократовский метод, или иначе метод «майевтика», использовавшийся древнегреческим философом для поиска истины в своих беседах с учениками, другими философами, софистами. В ходе такой беседы Сократ задавал вопросы своим собеседникам, последовательно отвечая на которые, собеседники Сократа приходили к постижению той или иной истины. Вопросы являются важными и действенными инструментами для коррекции когнитивных искажений. Использование вопросов в диалоге направлено на помощь клиенту распознать и объективно исследовать свои представления и мысли.

Обычно Сократ начинает свое вопрошание с «что»-вопроса, например, «Что такое знание?» «Что такое искусство?» Далее Сократ использует, по большей части, «да-нет» вопросы. Высказываясь о том, что он ничего не знает, Сократ говорит, что у него нет фактуальной информации. Такая неосведомленность Сократа является иллюстрацией отсутствия основополагающих знаний в той или иной области. Он, по сути, показывает, что для того, чтобы задавать оперативные «да-нет» вопросы не требуется фактической информации. Финский логик Я. Хинтикка, посвятивший несколько монографий сократовской эпистемологии, отмечает, что Сократ должен обладать знанием другого рода, а именно стратегическим [11, с. 98]. Сократ не использует в своих аргументах ничего, что бы ему не сообщил его собеседник, и он не должен все знать, но он должен знать, какой вопрос ему следует задавать. Подобно Сократу действует и терапевт в рамках КПТ сессий: он может использовать вопросы определенных типов для того, чтобы выявить и определить когнитивное искажение.

### **Роль аргументов и контраргументов в терапевтическом диалоге**

Вначале терапевтического диалога клиент высказывает свои убеждения в форме утверждений. Его утверждения могут быть о себе, об окружающем мире или о будущем. Поскольку он заранее знал, что обращается за помощью, то он настроен на изменение своего психического состояния. Его утверждения о себе часто будут носить негативный характер: они содержат отрицание вроде «не есть» или негативные оценки чего-либо. Цель терапевта — это выявление и коррекция имеющихся убеждений клиента о себе, окружающем мире или будущем. Коррекция убеждений необходима по причине того, что имеющиеся убеждения клиента являются причиной определенного психического состояния.

Как правило, такие убеждения сформулированы как следующие утверждения: «Я так разволнуюсь, что все провалю», «Я — зануда. Она — скандалистка.», «Когда меня критикуют, это говорит о том, что я — посредственность. Когда я получаю признание и одобрение окружающих, это не доказывает того, что я способная.» и др. Задача терапевта состоит в том, чтобы показать необоснованность этих утверждений. Терапевтический диалог достигает своей цели тогда, когда клиент соглашается с тем, что у него имеется когнитивное искажение. Если же клиент не соглашается с тем, что у него есть когнитивное искажение, то мы будем говорить, что терапевтический диалог не достиг цели.

Цель аргументации в терапевтическом диалоге — это изменение эпистемологического состояния клиента. Диалог считается завершенным, когда эпистемологическое состояние клиента меняется как вследствие принятия контраргументов терапевта о несоответствии аргументов автора действительности, так и вследствие ответов на вопросы терапевта.

Познавательная функция аргументации, а именно помощь клиенту в обнаружении недостоверного представления о действительности, дополнена нами корректирующей функцией — коррекцией когнитивного искажения, которая осуществляется в процессе терапии.

#### **Определение 1.**

Когнитивное искажение по эпистемологическому основанию — это убеждение агента, не соответствующее действительности.

#### **Определение 2.**

Под выявлением когнитивного искажения мы понимаем изменение эпистемологического состояния агента, при котором он соглашается, что его изначальный тезис в форме убеждения о себе, окружающем мире или будущем является ложным.

### Определение 3.

Коррекция когнитивной ошибки по эпистемологическому основанию — это изменение убеждений клиента с помощью последовательного задавания вопросов терапевтом, а также с использованием дидактических приемов, указывающих на несоответствие знаний клиента о действительном положении дел.

Коррекция, также как и выявление когнитивного искажения подразумевает совместный эмпиризм терапевта и клиента. Здесь соответствие действительности тестируется контрагументами терапевта в терапевтическом диалоге, а также самим клиентом, когда он выдвигает аргументы в поддержку своего тезиса или же атакует контраргумент терапевта.

В терапевтическом типе аргументативного диалога аргументы высказываются клиентом для защиты своего убеждения. Убеждение клиента может быть как искаженным, так и не искаженным. На начальном этапе диалога клиент защищает свое убеждение, а терапевт высказывает контраргументы, которые призваны проверить соответствие действительности убеждений клиента, и указать на ложность убеждений, если они не соответствуют действительности.

Рассмотрим модели терапевтического диалога аргументативного типа, в котором происходит выявление когнитивного искажения.

### Модель терапевтического диалога аргументативного типа

#### Модель 1. Когнитивное искажение «Катастрофизация».

Эта ошибка встречается тогда, когда агент предсказывает, что даже при наличии более вероятных сценариев развития событий, его будущее или будущее его окружения будет негативным.

ВР (Вылечу с работы)	Клиент (К)	Терапевт (Т)
ВР1	Я вылечу с работы.	Люди не вылетают с работы просто так. Была ли для этого какая-то причина?
ВР2	Я забыла ключ от офиса и не могла его открыть пока не пришел начальник.	Это был один случай нарушения дисциплины. Одного случая нарушения дисциплины достаточно для того, чтобы уволили?

ВР3	Но я на прошлой неделе забыла заполнить бланки отчетности, которые от меня требовал отдел снабжения.	Вы забыли заполнить бланки отчетности, но не вылетели с работы, не так ли?
ВР4	Нет, я не вылетела с работы из-за того, что забыла заполнить бланки отчетности.	Видите, в случае нарушения дисциплины Вас не уволили.
ВР5	Да, не уволили. Но я уверена, что уволят сейчас. Это уже второе нарушение.	Когда человека хотят уволить, то с ним разговаривают о вероятном скором увольнении. Согласны?
ВР6	Думаю, да. Со мной никто не разговаривал об увольнении.	Если с Вами не разговаривали об увольнении, то вероятность увольнения не составляет 100%? Это означает, что утверждение «Я вылечу с работы» — ложно.
ВР7	Нет, не составляет.	Ваше убеждение «Я вылечу с работы» представляет собой когнитивную ошибку, которую принято назвать «катастрофизацией».

В своих контрагументах терапевт использует вопросы помимо последовательного приведения собственных высказываний в качестве дидактического приема. Он действует подобно Сократу — задает «да-нет» вопросы, чтобы дать возможность клиенту самому изменить свое знание о действительном положении дел, понять несостоятельность своего убеждения, а также узнать о том, что его убеждения содержат когнитивную ошибку. Диалог заканчивается, когда клиент признает наличие когнитивного искажения.

#### Модель 2. Когнитивное искажение «Черно-белое мышление».

Когнитивное искажение черно-белое мышление проявляется в утверждениях клиента, когда человек видит мир в черно-белых тонах: «Если я не буду жить в загородном доме, то я — неудачница. Если я не женат, то меня никто не любил и не полюбит».

НР (НР — не взяли работать)	Клиент	Терапевт
НР1	Я был на собеседовании и меня не взяли на работу, значит я — бездарный. Меня бы взяли на работу, если бы я был способным.	Действительно ли не берут на работу из-за бездарности? Или имеются другие причины в отказе?
НР2	Если бы я был способным, они не нашли бы другой причины, чтобы меня не взять на работу.	На работу могли не взять из-за того, что у Вас слишком высокое образование. Это называется переквалифицированный работник.
НР3	Я никогда не думала об этом. Разве можно отказать из-за переквалификации!	Из-за высокой квалификации работнику скоро будет неинтересна работа, и он сам уволится. Это может послужить причиной отказа.
НР4	Да, значит, если мне отказали при устройстве на эту работу, это может не означать, что это из-за того, что я — бездарная.	Совершенно верно. Ваше убеждение «Я был на собеседовании и меня не взяли на работу, значит я — бездарный. Меня бы взяли на работу, если бы я был способным.» представляет собой когнитивное искажение, которое принято называть «черно-белое мышление».

Приведенная выше модель выявления когнитивного искажения «черно-белое мышление» представляет собой серию высказываний, состоящую из тезиса клиента, а потом последовательные контраргументы терапевта. Такая последовательность выявления когнитивного искажения будет одинаковой для всех видов искажений. Терапевт приводит достоверные опытные данные, которые не согласуются с убеждением клиента. Соответственно, происходит изменение эпистемологического состояния клиента, и он принимает наличие когнитивного искажения после высказанных терапевтом контраргументов. Диалог считается достигшим цели.

### Заключение

Мы обратили внимание на то, что выявление когнитивного искажения осуществляется в ходе диалога между клиентом и терапевтом. В таком диалоге аргументативного типа терапевт помогает клиенту определить несоответствия действительности его убеждения или убеждений о себе, других или окружающем мире. Мы назвали такой вид аргументативного спора «терапевтическим» и определили цели такого диалога, как пересекающиеся с целями известных диалогов в классификации Д. Уолтона и Э. Краббе, но также содержащим не определенную ранее цель, а именно — коррекция когнитивного искажения. Дополнение классификации Д. Уолтона и Э. Краббе терапевтическим диалогом позволяет определять новые задачи в уже известном научном типе диалога.

Мы следуем идее о том, что в диалоге не только «рождается истина» или происходит доказательство той или иной точки зрения, но и осуществляется изменение эпистемологического состояния участника такого диалога. Приведенные примеры моделей двух терапевтических диалогов аргументативного типа иллюстрируют высказывания агентом-клиентом своих аргументов, а также высказывания ряда контраргументов агентом-терапевтом в отношении исходного тезиса клиента. Отметим, что контраргументы могут быть сформулированы как в форме утверждений, так и в форме вопросов.

Результаты нашего теоретического исследования применимы для терапии психических расстройств. Клиент, высказывающий суждение вначале терапевтического диалога, имеет определенный набор знаний о себе, других и окружающем мире. Контраргументы терапевта, а также ответы самого клиента на вопросы терапевта приводят к тому, что эпистемологическое состояние когнитивного клиента меняется, и он признает наличие когнитивного искажения.

### Список литературы

1. Аристотель. О софистических опровержениях / пер. с древнегреч. М.И. Иткин // Аристотель. Сочинения: в 4 т. / общ. ред. З.Н. Микеладзе. Т. 2. М.: Мысль, 1978. С. 533–594.
2. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия от основ к направлениям / пер. с англ. А.В. Соломина // под ред. Д.В. Ковпака. СПб.: Питер, 2018.
3. Бэкон Ф. Новый Органон // Сочинения в 2-х тт. Т. 2. / Сост. Л.Л. Субботина. М.: Мысль, 1978. С. 5–214.
4. Денисова В. Г., Ковпак Д. В. Логические основания когнитивно-поведенческой психотерапии // Вестник психофизиологии. 2023. № 1. С. 68–79. DOI: 10.34985/f1949-1960-4937-и

5. Диджузеппе Р., Дойл К., Драйден У., Бакс У. Рационально-эмотивно-поведенческая терапия / пер. с англ. О. Шилова; под ред. Е. Власовой. СПб.: Питер, 2021.
6. Beck A. T. Thinking and depression: 2, Theory and therapy. Archives of General Psychiatry. 1964. Vol. 10. P. 561–571.
7. Besnard P., Hunter A. Elements of Argumentation. Cambridge, Mass.: The MIT Press, 2008.
8. Black E., Hunter A. An inquiry dialogue system. Auton Agent Multi-Agent Syst. 2009. Vol. 19. P. 173–209. DOI:10.1007/s10458-008-9074-5
9. Copi Ir. Introduction to Logic. London: Macmillan and co., 1961.
10. Eemeren F. van, Grootendorst R. A Systematic Theory of Argumentation: the pragma-dialectical approach. New York: Cambridge UP, 2004.
11. Hintikka J. Socratic epistemology: explorations of knowledge-seeking by questioning. New York: Cambridge University Press, 2007.
12. Knapp P., Beck A. Cognitive Therapy foundations, conceptual models, applications, research. Revista brasileira de psiquiatria. 2008. Vol. 30. Suppl 2. P. 54–64.
13. Walton D. Types of Dialogue, Dialectical Shifts and Fallacies. Argumentation Illuminated. 1992. P. 133–147.
14. Walton D. How Can Logic Best be Applied to Arguments? Logic Journal of the IGPL (Interest Group on Pure and Applied Logic). 1997. Vol. 5. P. 60.

# РОДИТЕЛЬСКИЙ СТРЕСС И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С НИМ У РАБОТАЮЩИХ И НЕРАБОТАЮЩИХ МАТЕРЕЙ

*Дергачева Александра Викторовна*  
Московский институт психоанализа

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

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования родительского стресса у матерей детей от рождения до трех лет в контексте их трудовой занятости. Анализируются особенности родительского стресса, стратегии совладания с ним, а также их взаимосвязь у работающих и неработающих матерей. В исследовании приняли участие 131 женщина в возрасте от 19 до 48 лет, воспитывающих детей в возрасте от 0 до 3 лет. Сравнительный анализ показал, что уровень родительского стресса выше у неработающих матерей по сравнению с работающими, а среди работающих матерей более высокий показатель родительского стресса отмечается у матерей работающих из дома. Кроме того, установлено, что работающие матери чаще используют стратегию планирование решения проблем. Корреляционный анализ в общей выборке показал отрицательную связь родительского стресса со стратегиями положительная переоценка и планирование решения проблем, положительную — со стратегиями бегство-избегание, конфронтация, принятие ответственности. У неработающих матерей выявлена более сложная структура взаимосвязей, отражающая их большую вовлеченность в родительскую роль. Выявлена значимая взаимосвязь родительского и воспринимаемого стресса матерей.

**Ключевые слова:** родительский стресс, стратегии совладания, копинг-стратегии, воспринимаемый стресс, материнство, матери детей от рождения до трех лет, трудовая занятость, работающие и неработающие матери.

Современные социально-экономические изменения, эволюция роли женщин на рынке труда и рост общественных ожиданий в отношении родительства создают значительные стрессовые нагрузки для матерей, занимающихся уходом за маленькими детьми. На пике популярности такие явления как «интенсивное материнство», «осознанное материнство», «вовлеченный родитель». Информационная среда (социальные сети, блоги и проч.) предоставляет женщине помощь и поддержку, но в то же время подталкивает женщину к сравнению себя и своего ребенка с другими. Так выполнение материнской роли часто сопряжено с воспитанием «успешного ребенка» «идеальной матерью». Кажется, воспитание детей требует больше времени, ресурсов и усилий, чем раньше.

В зарубежных исследованиях проблема родительского стресса изучается давно (Р. Лазарус, К. Дитер-Деккард, Р. Абидин), однако в отечественной науке она освещена недостаточно. Хотя в последние годы интерес к этому вопросу возрос (С.С. Савеньшева, Ю.В. Мисиюк, Л.В. Петрановская, Е.Ю. Чеботарева и др.), актуальность исследования особенностей родительского стресса и стратегий совладания с ним у матерей остается высокой.

Обратимся к феномену родительского стресса. Наиболее влиятельными учеными, заложившими основу для дальнейших исследований родительского стресса, являются Г. Селье и Р. Лазарус. Теория стресса Г. Селье предоставила фундаментальное понимание физиологических реакций на стресс и их влияние на здоровье. В свою очередь когнитивная теория стресса Р. Лазаруса подчеркивает значимость субъективной оценки стрессовых ситуаций и процесса совладания с ними, что находит прямое применение в контексте родительства, а также помогает понимать индивидуальные различия в восприятии родителями стрессовых ситуаций.

Р. Абидин разработал влиятельную теорию родительского стресса, основанную на системном подходе к пониманию этого явления. Его работы акцентируют внимание на сложных взаимодействиях между родительскими обязанностями, характеристиками ребенка и внешними стрессорами. С точки зрения Р. Абидина, родительский стресс — это негативная реакция в отношении себя и/или ребенка, возникающая при оценке уровня загруженности родительской ролью [14], а также нарушение баланса между восприятием требований родительства и существующих ресурсов для решения задач родительства [15].

К. Дитер-Деккард похожим образом определяет родительский стресс. Он указывает, что «родительский стресс воспринимается как негативные чувства по отношению к себе и к ребенку или детям, и по определению эти негативные чувства напрямую связаны с требованиями родительства» [18, с. 315]. К. Дитер-Деккард утверждает, что родительский стресс является универсальным феноменом, который в той или иной степени переживают все родители, независимо от их личных характеристик, особенностей детей, социально-экономического статуса или уровня доступной поддержки [18].

Рассматривая феномен родительского стресса, важно учитывать факторы и условия, способствующие его усилению или снижению. Одним из таких факторов является трудовая занятость. В современном обществе женщина имеет все больше возможностей для реализации своих карьерных ожиданий. Согласно данным статистики, уровень занятости женщин, имеющих детей, в России стабильно растет [9]. При этом трудовая занятость матери может

стать как фактором дополнительного стресса, вызванного нехваткой времени и балансируанием между выполнением обязанностей родителя и обязанностей на работе, а может стать и дополнительным ресурсом, дающим женщине реализацию в иной сфере и возможность переключиться с роли родителя. Исследования в этой области неоднозначны. Часть исследований говорит о позитивной роли трудовой занятости [2, 11, 12, 20], а некоторые исследования не выявляют значимых различий [22].

Стратегии совладания, используемые матерями могут выступать внутренним механизмом для совладания со стрессом. Анализ исследований свидетельствует о том, что выбор матерями определенных стратегий совладания со стрессом существенно влияет на их адаптацию к родительской роли и психологическое благополучие. Стратегии, такие как планирование решения проблемы, положительная переоценка способствуют снижению уровня родительского стресса [16, 12]. В то же время стратегии, такие как бегство-избегание, поиск социально поддержки и сосредоточение на эмоциях, могут усугублять стрессовые переживания и препятствовать успешной адаптации [12, 21].

Целью нашего исследования стало изучение особенностей родительского стресса и стратегий совладания с ним у работающих и неработающих матерей детей от рождения до трех лет.

Гипотезы исследования: 1) уровень родительского стресса выше у неработающих матерей по сравнению с работающими; 2) существуют различия в совладающем поведении работающих и неработающих матерей; 3) существует связь между уровнем родительского стресса и способами совладающего поведения матерей.

Выборку эмпирического исследования составила 131 женщина в возрасте от 19 до 48 лет (средний возраст — 32,82 года), воспитывающих детей в возрасте от 0 до 3 лет с разным образовательным и семейным статусом, проживающих на территории Российской Федерации.

Методики исследования: опросник «Шкала родительского стресса» «Parental Stress Scale» (PSS) (J.D. Berry, W.H. Jones, 1995) адаптация Ю.В. Мисюк, И.В. Тихонова [8], опросник «Шкала воспринимаемого стресса-10» (Perceived Stress Scale-10), S. Cohen et al., 1983; адаптация А.А. Золотаревой [4], методика «Опросник способов совладания» (WCQ) Р. Лазаруса и С. Фолкман, адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляевой [5], стандартизация НИПНИ В.М. Бехтерева [3], социально-демографическая анкета.

Методы математико-статистической обработки данных: расчет показателей описательной статистики, коэффициент ранговой корреляции

Спирмена, U-критерий Манна-Уитни, многомерный критерий Краскела-Уоллеса.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ уровней родительского стресса в представленной выборке показал, что у 39,69% респондентов уровень родительского стресса находится ниже средних значений, 58,02% респондентов испытывают умеренный родительский стресс, уровень выше среднего обнаружен у 2,29% респондентов. Средний уровень родительского стресса по выборке составил 45,55 баллов ( $SD = 10,02$ ), что соответствует 50,61% от максимально возможного. Полученные данные свидетельствуют об умеренном уровне стресса женщин, связанного с выполнением родительской роли. При этом показатель по субшкале «родительские стрессоры» является одним из самых выраженных в исследовании ( $M (SD) / \% \text{ от max значения} = 18,84 (4,18) / 62,8\%$ ), что говорит о достаточно высоких требованиях, предъявляемых матерями к родительской роли. Средний показатель по шкале «потеря контроля» ( $M (SD) / \% \text{ от max значения} = 12,05 (3,35) / 60,25\%$ ) свидетельствует о значительном уровне переживаний матерей, связанных с утратой возможности управления своей жизнью. При этом такие субшкалы, как «родительский ущерб» ( $M (SD) / \% \text{ от max значения} = 9,96 (3,05) / 39,84\%$ ) и «родительская неудовлетворенность» ( $M (SD) / \% \text{ от max значения} = 5,89 (2,06) / 39,26\%$ ) находятся на границе минимального значения и среднего уровня. Результаты позволяют констатировать, что большинство женщин в основном удовлетворены тем, как складываются их отношения с детьми и им часто достаточно ресурсов для соответствия их требованиям, предъявляемым родительской ролью. Изучение уровневых характеристик родительского стресса матерей по сравнению с данными других российских исследований [1, 6, 7, 10, 13] показывает, что показатели стресса находятся также в среднем диапазоне, но в среднем на 6 баллов выше. Принимая во внимание результаты исследований [18, 19], показывающих, что родительский стресс матерей, имеющих детей более старшего возраста, ниже, можно предположить, что такие показатели связаны с возрастными характеристиками детей, поскольку в нашем исследовании участвовали матери детей от рождения до трех лет, а в сравниваемых исследованиях матери детей до 18 лет.

Уровень воспринимаемого матерями стресса может характеризоваться как умеренный. Его выраженность составляет 21 балл ( $SD = 5,44$ ) (или 52,5% от максимального значения). Среднее значение 13,66 ( $SD = 3,85$ ) по субшкале «дистресс» и 7,34 балла ( $SD = 2,17$ ) по субшкале «совладание» указывает на то, что матери в основном испытывают умеренное напряжение относительно происходящих в их жизни событий и обладают достаточными

навыками совладания, чтобы в большинстве случаев справляться с трудностями.

Сравнительный анализ уровня родительского стресса у работающих и неработающих матерей выявил значимые различия в общем уровне родительского стресса ( $p < 0,01$ ) — их уровень выше у неработающих матерей. Можно предположить, что позитивная роль занятости связана с возможностью матери переключаться с родительской роли на роль профессиональную. Среди отдельных показателей родительского стресса выявлены значимые различия по показателям «родительский ущерб», «родительские стрессоры», «потеря контроля» ( $p < 0,05$ ) — их уровень также выше у неработающих матерей. Показатель «родительская неудовлетворенность» находится на уровне статистической тенденции ( $p < 0,089$ ). Интересными являются показатели по субшкалам «родительский ущерб» и «родительская неудовлетворенность»: более высокие значения по этим субшкалам у неработающих матерей указывают на недостаток таких ресурсов, как удовольствие от исполнения родительской роли и удовлетворение собой как родителем. Можно предположить, что работающие матери проводят со своими детьми меньше времени и могут подходить к этому времени более осознанно, что усиливает их эмоциональную отдачу и удовлетворенность родительской ролью. В то же время неработающие матери, находясь с ребенком больше времени, чаще сталкиваются с трудностями воспитания и негативными эмоциями, что может снижать их удовольствие и удовлетворенность собой как родителем. Помимо этого, сильный фокус на роли матери может приводить к завышенным ожиданиям и самокритике.

При заполнении социально-демографической анкеты респонденты — работающие матери отвечали на вопрос о формате своей работы и указывали, работают ли они из дома, вне дома или в гибридном формате. Для изучения уровня родительского стресса в зависимости от формата работы выборка работающих матерей была разделена нами на три группы по данному признаку. Значимые различия установлены в группах матерей, работающих из дома и матерей работающих вне дома по показателям родительского стресса ( $p < 0,05$ ), родительских стрессоров и потере контроля ( $p < 0,01$ ) — показатели выше в группе матерей работающих из дома.

Результаты исследования стратегий совладания среди женщин представленной выборки показали, что наиболее выраженной стратегией является стратегия бегство-избегание, а наиболее редко используются стратегии положительная переоценка, принятие ответственности и самоконтроль. По всем стратегиям совладания уровень использования характеризуется как умеренный.

Сравнительный анализ степени выраженности использования стратегий совладания у работающих и неработающих матерей выявил достоверные различия в исследуемых группах работающих и неработающих матерей по стратегии планирование решения проблем, чаще данную стратегию выбирают работающие матери ( $p < 0,01$ ). Указанные различия могут быть связаны с тем, что на работе женщины регулярно сталкиваются с задачами, требующими анализа и поиска оптимальных решений. Эти навыки, которые они развивают в профессиональной сфере, могут переноситься в их личную жизнь. Также работающие матери зачастую имеют меньше свободного времени, поэтому они вынуждены организовывать свою деятельность так, чтобы успевать совмещать работу, уход за ребенком, домашние обязанности и личные дела. По остальным стратегиям значимых различий в группах не установлено, однако некоторые тенденции (например, по стратегии положительная переоценка ( $p = 0,084$ )) заслуживают дальнейшего исследования.

Корреляционный анализ взаимосвязей в общей выборке выявил наибольшее количество связей с уровнем родительского стресса и его компонентами у стратегии положительная переоценка. Она отрицательно связана с общим уровнем родительского стресса, родительским ущербом, родительскими стрессорами, потерей контроля и родительской неудовлетворенности ( $p < 0,01$ ). Также отрицательные связи выявлены у стратегии планирование решения проблемы: с общим уровнем родительского стресса, родительским ущербом ( $p < 0,01$ ) и родительской неудовлетворенностью ( $p < 0,05$ ). Таким образом, более частое использование стратегий положительная переоценка и планирование решения проблемы связаны с более низкими уровнями стресса, с другой стороны, возможно, что при очень высоком уровне стресса женщины меньше прибегают к таким стратегиям. Что касается значимых положительных связей, то таких больше всего выявлено у стратегии бегство-избегание (с общим уровнем родительского стресса, родительским ущербом, родительскими стрессорами и потерей контроля ( $p < 0,01$ )) и конфронтацией (с общим уровнем родительского стресса ( $p < 0,05$ ), родительскими стрессорами ( $p < 0,01$ )) и потерей контроля ( $p < 0,05$ ). Кроме того, положительные корреляционные связи выявлены у стратегии принятие ответственности с показателями общего родительского стресса и родительским ущербом ( $p < 0,05$ ). Таким образом, мы видим, что существует связь как положительная, так и отрицательная между используемыми матерями стратегиями совладания и их уровнем родительского стресса.

Нами был проведен корреляционный анализ показателей родительского стресса и стратегий совладания по группам работающих и неработающих

матерей. В обеих группах стратегия бегство-избегание значимо положительно связана с уровнем родительского стресса, как и в общей группе.

В группе неработающих матерей выявлена положительная связь уровня родительского стресса и стратегии принятия ответственности (показатели по шкалам общий родительский стресс и ( $p < 0,05$ ) и родительский ущерб ( $p < 0,01$ )). Отрицательные корреляционные связи установлены между показателями родительского стресса и стратегиями планирование решения проблемы (общий уровень родительского стресса ( $p < 0,05$ ), родительский ущерб ( $p < 0,05$ ), родительская неудовлетворенность ( $p < 0,01$ )) и положительная переоценка (общий уровень родительского стресса ( $p < 0,01$ ), родительский ущерб ( $p < 0,01$ ), родительская неудовлетворенность ( $p < 0,01$ )). Кроме того, у неработающих матерей корреляционный анализ показал, что существуют положительные значимые связи ( $p < 0,05$ ) между такими компонентами родительского стресса и стратегиями совладания, как: конфронтация и родительские стрессоры, конфронтация и потеря контроля, дистанцирование и родительские стрессоры, самоконтроль и родительские стрессоры.

В группе работающих матерей обнаружена значимая положительная связь родительского стресса и стратегии конфронтация ( $p < 0,05$ ) и значимая отрицательная связь стратегии положительная переоценка и показателем по шкале потеря контроля ( $p < 0,05$ ).

В целом можно отметить меньшее количество связей по группам в сравнении с общей выборкой. Помимо этого, у неработающих матерей обнаруживается большее количество значимых и более тесных связей, чем у работающих с разными стратегиями совладания, что может свидетельствовать о их более высокой степени включенности в выполнение родительской роли.

Помимо этого, корреляционный анализ позволил обнаружить значимую связь ( $r = 0,637$ ,  $p < 0,01$ ) между уровнем родительского стресса матерей и уровнем воспринимаемого стресса. Положительная корреляция указывает на тесную взаимосвязь этих двух видов напряжения, при которой стресс в одной области жизни усиливает стресс в другой. Это свидетельствует о том, что общий стрессовый фон, вызванный такими факторами, как профессиональные, бытовые или межличностные трудности, может существенно влиять на материнскую роль и наоборот, высокий уровень родительского стресса матери может увеличивать ее повседневный стресс.

**Выводы.** В данном исследовании были выявлены особенности родительского стресса и стратегий совладания с ним у работающих и неработающих матерей детей от рождения до трех лет. Проведенный анализ позволил сформулировать следующие выводы.

Было выявлено, что родительский стресс у матерей представленной выборки относится к области средних значений. Наибольшую выраженность имеют два показателя: «родительские стрессоры» и «потеря контроля», наименьшую «родительский ущерб» и «родительское неудовлетворение». Полученные данные позволяют говорить о том, что, несмотря на значительные требования, предъявляемые к матерям в процессе выполнения родительских обязанностей, большинство из них оценивают свои ресурсы как достаточные для преодоления возникающих трудностей.

Уровень воспринимаемого стресса тесно связан с уровнем родительского стресса, что свидетельствует о взаимном усилении напряжения в разных сферах жизни. Родительский стресс не существует обособленно и это подчеркивает значимость анализа общего стрессового фона при работе с родительским стрессом.

Мы обнаружили значимые различия в уровне родительского стресса в исследуемых группах. Уровень родительского стресса выше у неработающих матерей по сравнению с работающими, что подтверждает первую гипотезу исследования. Это может быть связано с отсутствием возможности переключаться с родительской роли на профессиональную. Выявлены значимые различия по уровню родительского стресса в группах матерей, работающих из дома и работающих вне дома. Показатели стресса выше у матерей, работающих из дома.

Матери в исследуемой выборке демонстрируют использование широкого диапазона способов совладающего поведения, но наиболее выраженной стратегией является бегство-избегание, при этом степень использования по всем стратегиям совладания характеризуется как «умеренное». Сравнительный анализ степени предпочтительности стратегий совладания в группах работающих и неработающих матерей показал статистически значимые различия в использовании стратегии планирование решения проблемы, чаще данную стратегию выбирают работающие матери.

Исследование взаимосвязи родительского стресса и стратегий совладания показало положительную связь родительского стресса и стратегии бегство-избегание как в общей выборке, так и в группах. Также в общей выборке положительно связаны с уровнем родительского стресса стратегия конфронтация и принятие ответственности, отрицательно — стратегии положительная переоценка и планирование решения проблем. У неработающих матерей в общем обнаружено больше значимых связей между стратегиями совладания и родительским стрессом, что может отражать их большую вовлеченность в родительскую роль. Для них характерны положительные связи родительского стресса и стратегии

принятия ответственности, и отрицательные со стратегиями положительная переоценка и планирование решения проблем. У работающих матерей выявлена значимая связь с такой стратегией, как конфронтация, что может быть связано с навыками, полученными в профессиональной среде. Можно сделать вывод, что уровень родительского стресса связан с более активным использованием различных стратегий совладания, а следовательно стратегии совладания могут выступать определенным внутренним ресурсом женщины для снижения уровня родительского стресса.

Поскольку проблема родительского стресса почти не изучена на российской выборке, необходимо продолжать изучение факторов родительского стресса и его последствий как для родителей, так и для детей. Практически значимой является разработка программ профилактики родительского стресса для родителей и людей, планирующих ими стать. Представляется важным в будущем обратить внимание на исследование родительского стресса у матерей в контексте чувства вины и удовлетворенности материнством. Кроме того, актуальной задачей является изучение особенностей родительского стресса у отцов, что позволит получить более полное представление о данном феномене в рамках семейной динамики.

#### Список литературы

1. Большакова А. И., Савенышева С. С. Особенности самоотношения и родительский стресс у матерей детей раннего возраста // Петербургский психологический журнал. — 2022. — № 38. — С. 27–47.
2. Василенко В. Е., Савенышева С. С., Заплетина О. О. Родительский и повседневный стресс у матерей детей раннего и дошкольного возраста // Консультативная психология и психотерапия. — 2021. — Т. 29. — № 4. — С. 27–48.
3. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю., Новожилова М. Ю., Вукс А. Я Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов– Санкт-Петербург: НИПНИ им. Бехтерева, 2009. — 38 с.
4. Золотарева А. А. Психометрические свойства русскоязычной версии Шкалы воспринимаемого стресса (версии PSS-4, 10, 14) // Клиническая и специальная психология. — 2023. — Т. 12. — № 1. — С. 18–42.
5. Крюкова Т. Л., Куфтяк Е. В., Замышляева М. С. Адаптация методик, изучение совладающего поведения Way of Coping Questionnaire (Опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкмана) // Психологическая диагностика. — 2005. — № 3. — С. 57–76.
6. Миссюк Ю. В. Изучение родительского стресса и способов совладания с ним у женщин в контексте интенсивного материнства // Общество: социология, психология, педагогика. — 2022. — № 6 (98). — С. 110–115.

7. Мисиюк Ю. В., Тихонова И. В., Хазова С. А. Интенсивное материнство в контексте родительского стресса // Вопросы психологии. — 2022. — Т. 68. — №. 3. — С. 71–81.

8. Мисиюк Ю. В., Тихонова И. В. Русскоязычная версия «Шкалы родительского стресса»: результаты первичной оценки внутренней надежности и валидности // Общество: социология, психология, педагогика. — 2022. — №. 9 (101). — С. 58–66.

9. Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2023 — 2030 годы, утвержденная распоряжением Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. № 4356-р URL: <http://static.government.ru/media/files/ilHtVCKhskBAE9DAflD3Akpd787xАОс4.pdf> (дата обращения 31.07.2024).

10. Петрановская Л. В., Чеботарева Е. Ю. Родительский стресс российских матерей и его связь со стилем привязанности // Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции по психологии развития (чтения памяти ЛФ Обуховой) «Возможности и риски цифровой среды». — 2019. — С. 306–310.

11. Савенышева С. С., Заплетина О. О. Родительский стресс матерей детей раннего и дошкольного возраста: роль социально-демографических факторов // Мир науки. Педагогика и психология. — 2019. — Т. 7. — №. 6. — С. 53. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/65PSMN619.pdf> (дата обращения: 03.06.2024).

12. Савенышева С. С., Марачевская М. В., Мигунова К. Ю. Родительский стресс и копинг-стратегии у работающих и неработающих матерей детей раннего возраста // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. — 2019. — Т. 25. — №. 4. — С. 113–117.

13. Севастьянова У. Ю. Особенности стресса и базисных убеждений родителей детей с нормативным развитием и с ограниченными возможностями здоровья // Общество: социология, психология, педагогика. — 2023. — №. 12. — С. 77–84.

14. Abidin R.R. The determinants of parenting behavior // Journal of Clinical Child Psychology. 1992. — Vol. 21 (4). — P. 407–412.

15. Abidin R.R. Parenting stress index—fourth edition (PSI-4) // Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. — 2012. — P. 1–16.

16. Bushman, B. B., & Peacock, G. G. «Does Teaching Problem-Solving Skills Matter?: An Evaluation of Problem-Solving Skills Training for the Treatment of Social and Behavioral Problems in Children» // Child & Family Behavior Therapy — 2010. — Vol. 32. — № 2. — P. 103–124.

17. Crnic K.A., Booth C.L. Mothers' and fathers' perceptions of daily hassles of parenting across early childhood // Journal of Marriage and the Family. — 1991. — Vol. 56. №. 4. — P. 1042–1050.

18. Deater-Deckard K. Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions // Clinical Psychology: Science and Practice. — 1998. — Vol. 5 (3). — P. 314–332.

19. Deater-Deckard K., Scarr S. Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences? // Journal of Family Psychology. — 1996. — Vol. 10. — P. 45–59.

20. Matvienko-Sikar K., Murphy G., Murphy M. The role of prenatal, obstetric, and postpartum factors in the parenting stress of mothers and fathers of 9-month old infants // *Journal of Psychosomatic, Obstetrics and Gynecology*. — 2017. — Vol. 39. № 1. — P. 47–55.

21. Solem M.-B., Christophersen K.-A., Martinussen M. Predicting parenting stress: Children's behavioural problems and parents' coping // *Infant and Child Development*. — 2011. — Vol. 20. — P. 162–180.

22. Yeo K.J., Teo S.L. Child behavior and parenting stress between employed mothers and at home mothers of preschool children // *Procedia — Social and Behavioral Sciences*. — 2013. — Vol. 90. — P. 895–903.

# ТЕРАПИЯ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА ПОТРЕБНОСТИ КАК ТЕРАПИЯ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ В КРИЗИСНОМ ПЕРИОДЕ

*Егоренкова Юлия Николаевна*

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

*Муртазин Альберт Инзирович*

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Аннотация.** В статье обсуждается вопрос о возможности применения терапии, ориентированной на потребности, в практике сопровождения клиентов, проживающих кризисы, а также для профилактики развития негативных последствий кризисных ситуаций. В качестве примеров приведены нормативные и ненормативные кризисы. Более подробно рассмотрен возрастной кризис у женщин в возрасте 40–55 лет. Работа с потребностями клиентов может быть частью плана терапии у клиентов, переживающих кризис. Терапевты могут работать с потребностями клиента для улучшения результатов терапии. Кратко приведены теоретические основы терапии, ориентированной на потребности [5]. Рассмотрены практические стратегии изменения поведения и адаптации клиента в кризисных ситуациях с ориентацией на потребности, а также позитивный образ будущего как основа желания адаптироваться к новым условиям.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая психотерапия, потребности, терапия, ориентированная на потребности, терапия, сфокусированная на потребностях, концептуализация, биопсихосоциальная модель потребностей, образ будущего, устремления, кризис, возрастной кризис.

## **Сильные стороны КПТ: универсальность в применении**

Когнитивно-поведенческая терапия — эффективный современный метод лечения депрессии, тревожных состояний, посттравматического стрессового расстройства и других психических расстройств [9].

Когнитивно-поведенческая психотерапия отличный инструмент **профилактики** и помощи клиентам без нозологий в поддержании их психического здоровья.

Психическое здоровье в соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения это 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 [8].

В статье рассмотрены расстройства адаптации у психологически и физически благополучных людей, которые по стечению обстоятельств

попадают ненормативные кризисы или ожидаемо входят в нормативные, в частности возрастные кризисы.

Профилактика развития посткризисных проблем важна для современного общества. Финансовые, общественные, социальные изменения происходят стремительно. В таких условиях высокий стресс воздействует на человека непрерывно, и под его натиском страдают люди, которые составляют основу трудоспособного населения.

Экономически целесообразно разрабатывать программы профилактики психологического благополучия для тех людей, кто может долго оставаться эффективным членом общества, если вовремя получит психологическую помощь и психообразование.

Помощь в решении жизненных проблем и помощь в понимании смысла своей жизни являются едиными целями когнитивно-поведенческой психотерапии (далее КППТ) [3] и терапии ориентированной на потребности (далее КПТОП).

### **Терапия, ориентированная на потребности: интуитивно понятно и узнаваемо**

Понятие потребности активно изучали, в частности, А. Маслоу, А.Н. Леонтьев, В.Н. Мясищев, С.Л. Рубинштейн, Ж. Нюттен и др. известные исследователи.

Потребность — состояние, присущее живым организмам, выражающее их зависимость от объективных условий существования и развития, которое выступает источником мотивации к действиям и побуждает взаимодействовать с другими. Потребности связаны с наличием у человека чувства неудовлетворенности, которое обусловлено дефицитом того, что требуется [5].

Терапия, ориентированная на потребности — это системный подход к лечению, изменениям и развитию человека на основе адаптивных, функциональных и конструктивных стратегий удовлетворения его ведущих потребностей (Ковпак Д. В., 2023). КПТОП относится к когнитивно-поведенческому направлению психотерапии и применяет весь арсенал его современных методов и техник.

В обзорной статье «Терапия ориентированная на потребности» [5] отражены результаты рабочей группы КПТОП Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии в составе Ковпак Д.В., Зрютин М.А., Муртазин А.И. Представлены:

— основные термины и понятия терапии, ориентированной на потребности;

— обзор научной литературы об исследованиях феномена потребностей;  
— описана оригинальная модель концептуализации, базирующейся на потребностях, с их распределением по трем доменам: биологические, психологические и социальные потребности.

Биопсихосоциальная модель (Д. Л. Энгель, 1977) основана на идее, что болезнь и здоровье являются результатом взаимодействия между биологическими, психологическими и социальными факторами. На развитие человека и на развитие его жизненных трудностей в разной степени влияют следующие три аспекта:

- физические аспекты (биология);
- психологические аспекты (личность);
- социальные аспекты (социальная среда).

Концептуализация с опорой на потребности в когнитивно-поведенческом подходе выглядит знакомой и интуитивно понятной, однако понадобилось время, чтобы она была представлена в форме диаграммы когнитивной концептуализации с базисом из биологических, психологических и социальных потребностей [10].

### **Кризис: когда жизнь разделилась на до и после**

Жизнь человека наполнена множеством ситуаций, которые могут вызывать напряжение. Кризис — это ситуация эмоционального и умственного стресса, требующая значительного изменения представлений о мире и о себе за определенный промежуток времени (Гордон В. Олпорт). Навык адаптации к новым условиям, жизнестойкость и позитивный образ себя и будущего становятся основой для перехода на конструктивный путь выхода из кризисного процесса.

Даже если человек сам осознанно решается на изменения в жизни и активно стремится к желаемой цели, он может не справиться с эмоциональной и психологической нагрузкой, которая сопровождает кризисную ситуацию. Возникает необходимость обращения за психологической помощью.

Кризисной ситуацией можно называть такую ситуацию, в которой в результате внешних воздействий происходит нарушение адаптации человека к жизни, в результате чего он не в состоянии удовлетворять свои основные жизненные потребности посредством моделей и способов деятельности (поведения), выработанных в предыдущие периоды жизни (Н. Г. Осухова).

Для трудных жизненных ситуаций характерно нарушение устойчивости привычного образа жизни. Если посмотреть шире, то можно заметить:

**процесс проживания кризиса это по сути процесс замены способов удовлетворения потребностей на новые, подходящие к изменившимся условиям жизни.**

Яркий пример кризиса — переезд на новое место жительства и стресс адаптации на новом месте. С переездом нельзя забрать проверенного стоматолога, детский сад ребенка и удобную мебель из старой квартиры, придется искать заново варианты удовлетворения потребностей в здоровье и в комфорте. Человек постоянно адаптируется к изменчивым обстоятельствам.

Есть и более сложные примеры кризисов: рождение в семье ребенка с особенностями здоровья приводит в кризисные перемены не только отдельных членов семьи, но и всю семью как систему. Измена, внезапный развод, потеря близких, вынужденный переезд, потеря работы — эти события разрушают привычный мир и составляют угрозу не только потребности в безопасности, но и другим потребностям человека.

Использование методик работы с потребностями из КПТОП **в профилактических целях** позволяет ответить на вопросы:

- какие потребности не удовлетворяются сейчас;
- какие ресурсы для их удовлетворения есть в **текущей** ситуации;
- как можно удовлетворить эти потребности в изменившихся условиях.

В КПТОП определение потребности следующее: “Потребность — как состояние, связанное с процессами адаптации в открытой динамической системе” (Ковпак Д. В., 2023).

После “тяжелой болезни человек учится ходить заново” — метафорично это очень похоже на проживание кризисного процесса через призму потребностей. Можно сказать, что **результат** восстановления человека после пережитого кризисного события — это **выработанные заново или восстановленные способы удовлетворять необходимые потребности в новых условиях жизни, его адаптация к новым условиям.**

Оригинальность концептуализации, основанной на потребностях, заключается в использовании биопсихосоциальной модели потребностей, интегрированной в когнитивную концептуализацию КПТ [10].

Как показала практика консультирования, понятие потребности интуитивно понятно большинству клиентов.

Таблица, оформленная как раздаточный материал, создает наглядную карту потребностей

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ	СОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ
<p><b>к биологическому домену</b> мы относим <b>сохранение физиологического благополучия</b> — потребность в выживании (включая потребление питательных веществ, воды, кислорода), потребность в безопасности и сохранении энергии.</p>	<p><b>к психологическому домену</b> — потребность в первую очередь в <b>принятии самого себя</b>, своих возможностей, навыков и качеств.</p> <p>А также потребности в познании, развитии, творчестве и эмоциональные потребности.</p> <p><b>Признание и принятие себя</b> (сохранение я концепции) Кто я? Какой я? Что могу дать другим?</p>	<p><b>к социальному домену</b> относятся социальные потребности, которые <b>проявляются во взаимодействии с другими людьми</b>: потребность в общении, принадлежности (признании, принятии) и связанная с этим потребность быть нужным.</p>
<p><b>Витальные</b> — сохранение жизни</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— питание</li> <li>— сон</li> <li>— отдых</li> <li>— движение</li> <li>— дыхание</li> </ul> <p>Программа отсутствия боли</p> <p>Программа сохранения энергии — «лень»</p> <p>В сохранении вида</p> <p><b>Потребность в безопасности</b></p> <p>В ориентации — связь с реальностью</p>	<p><b>Автономия, аутентичность</b> — кто я? я управляю своей жизнью?</p> <p><b>Компетентность</b> — какие у меня есть навыки, что быть автономным?</p> <p><b>Познание*</b> (ориентация и атрибуция) — понимание, контроль, предсказуемость. *включает в себя работу со смыслами, ценностями, целями, устремлениями, образом будущего</p> <p><b>Поддержание картины мира</b> — инструменты работы с этой потребностью — смыслы и ценности</p> <p><b>Творчество</b> и самовыражение</p> <p><b>Эмоциональные потребности</b> — эмоциональный интеллект, навыки саморегуляции.</p>	<p><b>В связи с другими</b> — общение</p> <p><b>В признании</b> — оцененность, кто я в группе, полезен им? разделение ценностей с другими</p> <p><b>Принятие другими, принадлежность</b></p> <p>Индивидуальный уровень — семья, партнер, дети, близкие люди</p> <p>Близость, забота, альтруизм</p> <p>Социальный — окружение, профессия, роль в обществе, коллективные ценности</p>

**Смыслы** — (прояснение атрибутов) — установленные взаимосвязей между отдельными ценностями, ценностями, устремлениями и потребностями. Смысл по Леонтьеву А.Н. — индивидуализированное отражение действительности, выражающее отношение человека к тем объектам, ради которых разворачивается человеческая деятельность и общение.

**Ценности** (приоритет атрибутов) — выбранные на рефлексивном уровне обработки информации и вербализованные жизненные принципы (произвольные убеждения), необходимые для удовлетворения потребности в создании и поддержании картины мира. Смыслы и ценности составляют основу образа будущего.

В работе с ценностями в КПТ и терапии, ориентированной на потребности, делается акцент на том, чтобы помочь пациентам определить свои ценности и использовать их как основу для принятия решений, поведенческой активации и изменения жизни [9].

Структурная модель потребностей согласно терапии, ориентированной на потребности позволяет лучше понять развитие проблемы клиента, определить взаимосвязь его потребностей с формированием глубинных убеждений и выстроить терапевтический план, который будет способствовать удовлетворению своих потребностей.

**Биологические потребности** — это качественный сон, питание, физиологические потребности. Биологические потребности сильно страдают в ситуациях, связанных со здоровьем, и в экстремальных ситуациях. Но и в любых других кризисных ситуациях стоит начать терапию с анализа физического состояния клиента.

Рассмотрим, как пример синдром эмоционального выгорания. Психиатр Герберт Фройденбергер ввел этот термин еще в 1974 году, под которым имел в виду нарастающее эмоциональное и физическое истощение человека. Он выделил 11 стадий такого состояния, и уже третья звучит как «пренебрежение необходимыми человеческими потребностями — нормальным регулярным сном, питанием, общением»

По мнению Кристин Маслач, синдром эмоционального выгорания на начальном этапе проявляется как физическое и эмоциональное истощение. Характеризуется усталостью, нарушением сна, колебанием настроения, болезненными ощущениями в теле.

Качественный отдых и своевременная медицинская, психологическая помощь помогает не допустить развития следующих — более тяжелых этапов синдрома выгорания. Восстановление возможности полноценно удовлетворять биологические потребности целесообразно в т.ч. экономически, особенно в сфере деятельности «человек-человек».

Не менее важны **социальные потребности** человека:

— быть частью профессионального сообщества и поддерживать рабочие связи;

— познакомиться с новым коллективом при смене работы, особенно если коллектив большой, сотрудники давно работают и друг друга знают, стать его частью — ощутить себя принятым и важным для релевантных других;

— сохранять связь с друзьями и близкими, чтобы профессиональные задачи не занимали собой все доступное время человека;

— в свободное время заниматься приятной деятельностью, хобби, творчеством, посещать интересные мероприятия вне рабочих задач.

Психологические потребности не менее важны в кризисной ситуации. Действительно, случае насилия или в экстремальной ситуации пострадавшим сначала обеспечивают безопасность и удовлетворяют биологические потребности.

Однако **психологические потребности** — это тот фактор, который играет значимую роль в дальнейшем жизненном развитии пострадавшего. Кризисная ситуация влечет за собой изменения в личности человека, и эти изменения могут носить как позитивный, так и негативный характер. Жизнестойкость и устремления позволяют человеку создать заново свою жизнь, несмотря на возникшие трудности [1]

**Устремления** связаны с ценностями и отражают то, каким человек видит себя, как личность и как он хочет, чтобы его видели другие. Проживание кризисного события с пониманием своих устремлений помогает найти внутренние резервы и — главное — **желание адаптироваться к изменившимся условиям**.

Позитивный образ будущего активизирует психологическое настоящее человека, помогает сконцентрировать внутренние ресурсы и выстроить полноценную комфортную жизнь в связи с кризисными обстоятельствами.

**Примеры, как ценности и устремления помогают создать образ будущего.**

1. При смене профессии человек заново создает свою профессиональную самоидентичность, когда создает свой образ будущего через устремления и ценности: представляет каким специалистом он хотел бы быть через несколько лет, как видит свое карьерное развитие.

2. Интегрировать в свою психологическую реальность роль отца или мамы после рождения ребенка так же помогает образ, каким родителем я хочу быть и какой будет моя семья через несколько лет.

3. Найти новые возможности получать удовольствие и радость, если старые способы больше не доступны: например, игра на музыкальном

инструменте невозможна после травмы, но любовь к музыке остается. И тогда можно найти возможность удовлетворять потребность в творчестве подходящим способом.

Отдельная задача в терапии — восстановить способы удовлетворения **всех** потребностей, даже если потребность не выглядит значимой, но она субъективно важна для клиента (квазипотребность).

Как пример — увольнение на пенсию. Пожилому человеку важно сохранить внутреннее ощущение нужности, которое сопровождало его много лет, пока он работал, и которое исчезло с подписанием заявления об увольнении. В момент увольнения привычная деятельность, например, на садовом участке, может стать опорой для восстановления, несмотря на то, что это не обязательно для удовлетворения потребности в питании.

Постепенно можно научиться удовлетворять потребность в значимости иначе, например, через общение в группах “Активное долголетие” или через новую доступную деятельность, в т.ч. волонтерскую. Или получить новую профессию.

### **Возрастные нормативные кризисы**

Возрастные нормативные кризисы на жизненном пути человека происходят в результате изменения количества внутренних ресурсов личности при сохранении социальных ожиданий в ее адрес и требований со стороны окружающих (Выготский, 2000).

Пример нормативного комплексного кризиса в период возрастных изменений у женщин 40–55 лет. Комплексный кризис в этот период — это перемены, которые наступают в жизни женщины в определенном возрасте постепенно и накладываются одна на другую:

— возрастные физиологические изменения в организме женщины (биологические потребности);

— так называемый кризис «пустого гнезда», переход семьи обратно в состояние диады, возможно развод, вдовство (реадаптация семейной системы, социальные и психологические потребности);

— возможно отсутствие реализации и карьеры (социальные потребности в признании + автономия, компетентность), женщина в связи с материнством делает перерывы в карьере и может прийти к рубежу 40–55 лет без материальной базы и навыков зарабатывать, при этом живет нередко дольше супруга;

— экзистенциальные сложности (ценности, цели, смыслы и устремления в будущем — «зачем жить дальше?»);

— в этом возрасте родители самой женщины могут параллельно проживать свои возрастные изменения, теряют здоровье, работоспособность, и женщине приходится адаптироваться под нужды расширенной семьи на фоне своих изменений.

Множественные изменения в результате внешних воздействий и внутренних изменений приводят к нарушению адаптации и ухудшению качества жизни. Удовлетворять основные жизненные потребности посредством моделей и способов, выработанных в предыдущие периоды жизни, уже не получается, новые способы пока не известны, и возникает необходимость в психологической помощи.

**Техника «Диаграмма потребностей»** используется для диагностики потребностей.

Цель диагностики — выявить потребности, удовлетворение которых было нарушено на фоне кризисной ситуации, и составить план терапии.

Задача терапии, ориентированной на потребности — выявление актуализированных потребностей человека в биологической, психологической и социальной сферах его жизнедеятельности, и удовлетворение их в полном объеме наиболее подходящим и функциональным для этого человека способом [5].

В ситуации кризисных изменений задача терапии — помочь клиенту перестроить способы удовлетворения актуализированных потребностей так, чтобы в новых условиях его жизнь снова стала полноценной и комфортной.

Для этого на практике потребуется двойная работа:

- 1) проанализировать, какие потребности ранее были удовлетворены и как,
- 2) подобрать новые адаптивные способы их удовлетворения в новых условиях.

**Практическая значимость:** таблица уже содержит основные потребности, что помогает специалисту быстро проанализировать их.

Бланк техники «Диаграмма потребностей» можно передать клиенту и предложить самостоятельно проанализировать свой образ жизни, выявить неудовлетворенные потребности. Или провести анализ на сессии вместе с клиентом в готовой таблице, что ускоряет работу.

На основании таблицы «Диаграмма потребностей» можно вместе с клиентом составить план, как встроить в жизнь новые привычки и передать ему его на самостоятельную работу между сессиями. По мере необходимости в начале сессий сверять результаты и корректировать действия.

В столбце слева перечислены основные потребности и есть свободные строки, в которых можно вписать те потребности, которые клиент укажет как значимые именно для него.

Основная цель техники — заполнить два столбика на два разных жизненных периода человека: до случившегося события и после. Вариант «после» может быть текущим жизненным периодом, если событие завершилось. Или это может быть образ будущего — то, к чему хочется прийти в итоге терапии.

Пример заполнения таблицы приведен в строке «сон»: указаны жалобы клиента в связи с нарушенной биологической потребностью во сне, далее желаемое состояние его сна и приведены рекомендации, что можно сделать.

#### Техника «Диаграмма потребностей»

потребность	— как сейчас удовлетворяется потребность — как ранее удовлетворялась, если сейчас не удовлетворяется	— как хотелось бы, чтобы потребность удовлетворялась	что можно сделать для улучшения ситуации.
<b>биологические потребности</b> или витальные, те, которые важны для сохранения жизни			
сон	не получается уснуть, сон беспокойный, ночные пробуждения	засыпаю в течение 15 минут, сплю 8 часов, сон глубокий	обратиться к сомнологу, СВТ-I протокол
питание			
отдых, развлечения			
движение, активность, спорт			
сексуальная активность			
здоровье, отсутствие боли			
потребность в безопасности			
<b>социальные потребности</b>			
профессиональное признание и общение			

общение вне профессии: друзья, люди, которые разделяют увлечения и хобби			
близкий круг — партнер, дети, родители, братья\ сестры			
близость, забота, альтруизм			
признание и принятие			
<b>психологические потребности</b>			
признание и принятие себя (сохранение концепции)			
автономия — насколько я опираюсь на свое мнение, навыки регуляции			
в познании — «авторство своей жизни»			
компетентность и проф. навыки			
творчество, самовыражение			
эмоциональные потребности (эмоциональный интеллект)			

**Техника «Диаграмма потребностей»** может быть использована психологами, социальными институтами и центрами занятости населения в качестве основы для разработки специальных программ (психологических,

социальных, финансовых), ориентированных на помощь клиентам, переживающих серьезные жизненные изменения.

Диаграмма пригодится также при построении функционального образа будущего с учетом всех потребностей.

Хорошим решением может стать групповая психологическая работа на основе КПТОП с использованием техники «Диаграмма потребностей» с людьми, которые **переживают сходные кризисные процессы**, например, групповая работа с будущими пенсионерами в социальных службах или с женщинами, которые переживают возрастные изменения на базе психологической службы в женской консультации.

### Заключение

Помощь в проживании кризисных ситуаций является важным этапом профилактики развития посткризисных расстройств у психологически благополучных людей.

В практике психолога клиент часто обращается за помощью в кризисный период своей жизни. Клиент может знать, помнить, как он жил до кризиса, но не знает, как выстроить для себя новую реальность после кризисных событий.

Терапия, ориентированная на потребности, помогает выстроить заново жизнь человека в кризисных ситуациях через удовлетворение его потребностей в полном объеме наиболее подходящим и функциональным для этого человека способом.

Техника «Диаграмма потребностей» помогает провести диагностику потребностей клиента и помочь ему выйти из кризиса конструктивно с уверенностью в своем будущем, с позитивной оценкой самого себя и других.

### Список литературы

1. Бек А., Грант П., Инверсо Э., Бринен А., Периволиотис Д. Когнитивная терапия, ориентированная на восстановление. — СПб.: Питер, 2024. — 416 с.: ил. ISBN: 978-5-4461-2948-5.

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

3. Beck J. S. Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond. — 3rd ed. — New York: The Guilford Press, 2021.

4. Ковпак Д.В. Когнитивная карта клиента в когнитивно-поведенческой терапии ориентированной на потребности. X Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии СВТFORUM: сборник научных статей. СПб: Международный институт развития когнитивно-поведенческой психотерапии, 2024 — с.76–82.

5. Ковпак Д.В. Терапия, ориентированная на потребности. IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 143–157.

6. Ковпак Д.В., Зрютин М.А. Концепция потребностей в когнитивно-поведенческой психотерапии. IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 103–115.

7. 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.

8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (МКБ-X) от 02.10.1995. Том 1 Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клиническое описание и указания по диагностике. Пер.на рус.яз. СПб.: АДИС. 1994. (часть 1, 2)

9. Муртазин А.И., Ковпак Д.В. Концепция ценностей в терапии, ориентированной на потребности /// IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 226–236.

10. Муртазин А.И., Ковпак Д.В. Работа с позитивными убеждениями и использование концептуализации сильных сторон в когнитивно-поведенческой терапии. /// IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 237–246.

# ТЕРАПИЯ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА ПОТРЕБНОСТИ, В ИГРОВОМ ГРУППОВОМ ФОРМАТЕ

*Егоренкова Юлия Николаевна*

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

*Муртазин Альберт Инзирович*

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Аннотация.** Цель статьи — показать возможности применения терапии ориентированной на потребности в формате групповой терапии с помощью игры в теме Профессиональное выгорание. В качестве примера использовали психологическую авторскую игру «Выгорания.НЕТ». В методологии игры использована структура потребностей и основные техники когнитивно-поведенческой психотерапии.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая психотерапия, терапия ориентированная на потребности, потребности, выгорание, психологическая игра, образ будущего, устремления, карьерное консультирование.

## **Групповая психологическая помощь: эффективное психообразование**

Человек знал о целительных свойствах группы издавна, примером могут послужить ритуальные действия и танцы в первобытных племенах. Диалоги Сократа — философствование в групповом формате.

Значительное влияние на развитие групповой психотерапии оказали:

— Якоб Морено, ему принадлежит термин «групповая психотерапия» (Moreno, 1932).

— Курт Левин — «легче изменить индивидуумов, собранных в группу, чем каждого из них в отдельности» (Lewin, 1951).

— Уилфред Р. Бион, концепт “группового мышления” — группа функционирует как целое, даже несмотря на то, что ее члены могут не подозревать об этом.

Группы в КПТ помогают участникам оценить свое мышление и прежнее поведение, а также планировать изменения. Учат реалистичному и ответственному поведению и функциональному мышлению (R. Kocijunas, 2002). Групповое общение помогает увидеть себя со стороны и узнать от участников группы их способы реагирования, помогает расширить свою картину мира.

### **Игровой формат: простой способ познакомиться с психологией**

В психологическом пространстве существует некоторое противостояние между классической психологией и другими методами работы с людьми, которые активно распространились совсем недавно. Например, работа с психологическим состоянием человека при помощи игровых методик. Как и в других сферах не только психологии, но и в науке и часто вообще в жизни, важен человеческий фактор — профессионализм ведущего. Однако рассмотрим сегодня только методологию игры.

Психологические или трансформационные игры — «... уникальный феномен наполнения досуга игровыми практиками самопознания и саморазвития. Под названием “трансформационная игра” выступает новый тип игры, преимущественно настольный, характерной особенностью которой является интеграция игровых механик, что позволяет дифференцировать трансформационные игры от других типов развлечений» [2].

Психология игры берет начало в философско-культурном осмыслении природы игры и происхождении игровой деятельности, назначении и цели игры, специфичности игрового-пространства-времени (Платон, Аристотель, Ф.Шиллер, Г.Спенсер, Э.Тейлор, И.Кант, Н.А.Бердяев, В.Вундт и другие). Согласно основным положениям теории игры Д.Б.Эльконина, через разыгрывание роли взрослого и действия с предметами ребенок учится осваивать социальные формы отношений между людьми (Эльконин, 1999)

Для взрослых игра ассоциируется с отдыхом и развлечением, людям свойственно стремление к возобновлению игровой активности. Игру можно охарактеризовать как специфическую деятельность по реализации человеком своих желаний симуляционным способом.

Если посмотреть на игровой процесс в общем, психологическая игра — это короткая по времени групповая психологическая работа, направленная на освоение новых навыков или расширение картины мира играющего участника в условно созданных ситуациях.

### **Игровая метафора как способ рассказать просто о сложном**

Рассмотрим на примере психологической игры «Выгорания.НЕТ», как логично и просто встраиваются техники групповой когнитивно-поведенческой психотерапии в игровой процесс. И так терапия ориентированная на потребности может стать основой игровой механики.

### **Терапия, ориентированная на потребности**

В обзорной статье «Терапия ориентированная на потребности» [8] отражены результаты рабочей группы КПТОП Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии в составе Ковпак Д.В., Зрютин М.А., Муртазин А.И.

Основная задача терапии с ориентацией на потребности КПТОП — это выявление актуальных потребностей человека в биологической, психологической и социальной сферах его жизнедеятельности.

И как цель — удовлетворение их в полном объеме наиболее подходящим и функциональным для этого человека способом. Концептуализация с базисом из биологических, психологических и социальных потребностей [9] выглядит знакомой и интуитивно понятной клиенту, что облегчает психообразование в терапии.

### **Выгорание или нет?**

Профилактика профессионального выгорания состоит в обучении специалистов отслеживать и вовремя удовлетворять свои потребности в полном объеме.

Хорошим решением быстрого психообразования может стать групповая психологическая работа на основе КПТОП с людьми, переживающими те или иные профессиональные кризисы, в карьерном консультировании и в рамках программ управления персоналом.

Выгорание специалистов, особенно в сфере психологической и социальной помощи людям — серьезная и дорогостоящая проблема: на профессиональное обучение молодых людей выделяются в т.ч. бюджетные средства. Эмоционально истощенный специалист сам нуждается в психологической и медицинской помощи.

Благополучный специалист — это человек, которому его работа приносит удовольствие. У него хорошее здоровье, есть желание жить, есть профессиональная среда для общения и активное общение с друзьями вне работы. В семье доброжелательная обстановка. А самое главное такой человек имеет устремления и позитивный образ своего будущего.

Игра «Выгорания.НЕТ» — психологический инструмент, который помогает в игровой обстановке вовремя заметить признаки профессионального выгорания, а также провести психообразование участникам, показать возможные варианты выхода из профессионального кризиса.

### Что дает игра и почему игровой формат востребован?

Может лучше обратиться к психологу? Да, обратиться к психологу отличный выход, но для обращения к психологу нужна готовность довериться и сформированный запрос. В КПТ прояснение запроса основной этап всей терапевтической стратегии. Обратиться к психологу для неподготовленного человека — сложный шаг и высокая ответственность.

Игровые форматы воспринимаются проще, кажется, что это настольная игра. И в этом есть определенный плюс — такое отношение помогает людям преодолеть барьер и «прийти поиграть», т.к. игра «одноразовая» в отличие от «длительной» терапии.

За игровым столом через психообразование играющий получает представление о проблеме и может понять, что нужна помощь (сформировать запрос в терапию). А может и наоборот — убедиться, что Выгорания.НЕТ (игра поэтому носит именно такое название), и получить знания, как сохранить такое состояние в будущем.

Игровой процесс включает в себя основные этапы развития группы, несмотря на краткосрочность игры:

1) в начале игры ведущий подготавливает игроков к групповой работе: представляется, проводит знакомство участников;

2) далее ведущий обязательно озвучивает правило Конфиденциальности и Правило СТОП, согласно которым создается безопасность игрового пространства, а также выявляет запросы участников, их цели и ожидания от игры;

3) погружает игроков в игровой процесс через метафору игры, объясняет правила и проводит психообразование;

4) через игровые ходы передает игрокам активные роли, поощряет общение, обмен мнениями, поддерживает дружелюбную обстановку и помогает раскрыться тем участникам, которые проявляют беспокойство;

5) ведущий помогает участникам увидеть новые варианты мышления и отношения к озвученным ими проблемам, через игровые задания формирует возможность закрепить новые навыки мышления после игры;

6) в конце игры ведущий собирает обратную связь игроков сначала согласно их запросу и полученных знаний, навыков, получилось ли игрокам решить свой запрос, спрашивает, что поможет им в дальнейшем использовать на практике новые знания. Затем проводит шеринг по самой игре: как участники себя чувствовали в процессе.

Групповая игровая форма психологического взаимодействия имеет следующие преимущества.

— Позволяет обмениваться схожим опытом с членами группы, в игровом формате часто с незнакомыми ранее людьми, усиливает социальные навыки, помогает почувствовать себя менее изолированным из-за своих сложностей.

— Усиливает потребность в принадлежности — работа в группе снижает чувство собственной уникальности, поощряет делиться своими проблемами и разделять подобные переживания других людей.

— Естественным образом всплывают на поверхность убеждения, которыми руководствуются участники, и в группе есть возможность для их выявления и проверки. Так же через обмен мнениями пересмотреть свои основные правила, которые управляют социальным поведением.

— Обратная связь группы дает возможность расширить картину мира за счет высказываний других участников и может быть пересмотреть свои взгляды на жизнь. Иногда результатом игры становится возможность убедиться в своей компетентности за счет отражения от мнений других людей.

— Уникальная возможность для исследования и отработки собственных поведенческих и коммуникативных навыков в безопасной обстановке могут перенимать успешные стратегии совладания со стрессовыми ситуациями, изучать метод решения проблем, аналогичных собственным.

**Игровые форматы могут быть разными.** Это могут быть так называемые инсайтные игры — когда в процессе игры участник через задаваемые вопросы и обратную связь ведущего, других игроков переживает когнитивный сдвиг, реструктуризацию тех или иных дезадаптивных убеждений и расширяет свою картину мира новыми данными.

В таком игровом процессе отсутствует тренинговая часть, которая обычно закрепляет результаты реструктуризации в индивидуальном формате когнитивно-поведенческой психотерапии. Однако если участник игры смог увидеть и принять новый вариант мышления, это может стать новым шагом в его личностном развитии. И, возможно, первым шагом в сторону личной психотерапии.

Игровой формат есть и тренинговый — это игры, которые направлены на выработку и первичное закрепление за игровым столом одного-двух новых навыков. Примером могут служить финансовые игры, в которых на протяжении всей игры участник, постоянно записывая игровые доходы и расходы, осваивает навык учета и запоминает последствия своей невнимательности.

Практически каждая психологическая игра, созданная автором с психологическим образованием, основана на конкретной методике, содержит в себе элементы психообразования и создает в результате у участника новые знания или навыки.

### Методология игры

В основе игры «Выгорания.НЕТ» использованы:

— метод диагностики синдрома профессионального выгорания, которую разработала психолог, профессор психологии Кристин Маслач, одна из авторов многофакторной теории выгорания и опросника «Опросник выгорания Маслач» [3];

— терапия ориентированная на потребности (Ковпак Д.В. 2023) [6].

Стимульный материал игры — игровое поле, на котором показаны все этапы процесса истощения и выгорания через образ естественного природного баланса. Источник случайности — кубик, который помогает игрокам выбрать для себя вопросы и через ответы на них исследовать свое мышление.

Также в игровой процесс интегрированы универсальные техники КПТ [1]:

- сократовские вопросы,
- направляемое открытие,
- психообразование.

Количество участников в игре — 4 человека.

Продолжительность проведения — 3 часа в полном формате.

Группа может быть

- однородной — если провести игру для специалистов одной профессии;
- разнородной — если провести игру в формате фестиваля или для группы участников, которые нашли информацию о проведении игры самостоятельно. Тема выгорание обсуждается в открытых источниках, и люди приходят играть после того, как встречаются описание симптомов феномена «профессиональное выгорание».

Групповое взаимодействие в игровых форматах строится на основе групповой КПТ [7].

Роль и компетенции ведущего в игре похожи на то, что делает когнитивно-поведенческий терапевт в групповой работе.

Основные задачи когнитивно-поведенческого группового терапевта (Т.Уайт, 2000):

- 1) моделирует активное участие;
- 2) моделирует толерантность и открытость к индивидуальным различиям;
- 3) использует сотрудничество и сократовский диалог;
- 4) сообщает об универсальной переживания, используя язык “мы”.

Ведущий в игровом формате также отвечает за распределение времени игрового процесса, обеспечивает достаточность и доступность психообразования в зависимости от уровня подготовленности группы, использует теплый эмпатический стиль, наблюдает за препятствиями

в процессе и активно решает проблемы в группе. Ведущий объясняет правила, следит за соблюдением правила психологической безопасности, конфиденциальности, поддерживает тайминг.

Игровой групповой формат отличается от групповой КПТ терапии наличием игровой метафоры, которая создает настроение.

### Метафора игры “Выгорания.НЕТ”

Человек, проживающий этапы истощения, представлен в игровом процессе измученным путником, который выбирается из пустыни (символ изоляции и собственно выгорания) и возвращается обратно в Город (символ социального взаимодействия и благополучия). По пути играющий возвращает себе свое самоощущение как специалиста, учится вовремя восстанавливаться физически и эмоционально, создает себе свой образ профессионального будущего через обсуждение понятия Карьерная траектория.

В игровые ходы образно (без использования специальных терминов) включены три этапа (Трехфакторная модель «выгорания» К. Маслач и С. Джексон. 1970 г.).

**Физическое и эмоциональное истощение.** Возникает, когда человек чувствует себя перегруженным работой или другими обязанностями, но еще старается “взять волю в кулак” и выполнить все задачи. Возрастает раздражение, копится усталость, возникает недомогание. В семье растет напряжение, появляется желание “спрятаться” от общения, кажется, что социальная отстраненность даст возможность отдохнуть. Часто приводит к снижению социальных контактов.

В игровой метафоре такое социальное отстранение и внутренняя усталость показаны через этап “дремучий лес”, когда путник уходит из “города”, который является образом социальных связей, и теряет контакт с окружением и семьей. Остаться одному кажется хорошим выходом, однако есть опасность “заблудиться в лесу” социальной изоляции.

**Деперсонализация.** Человек начинает воспринимать свою работу как рутину, а не как то, что он делает с удовольствием. Может становиться всё более критичным по отношению к себе и окружающим, а также чувствовать себя оторванным от рабочего окружения или коллег. Накапливается физическое и эмоциональное истощение. Частичная потеря работоспособности из-за частых болезней, недовольство собой, обесценивание личностных достижений. И как следствие — копится злость на себя «я не справился».

В игровой метафоре такое состояние показано через образ «болото», когда путник так сильно теряет связь с «городом» — социумом, что уже не справляется

сам, начинает «тонуть» в переживаниях, но обратиться за помощью может мешать и низкая самооценка, и накопленные конфликты с близкими и коллегами, а также накопленная усталость.

**Редукция личных достижений.** Человеку начинает казаться, что он больше не добивается ничего значимого на работе, несмотря на то, что прилагает усилия и энергию для выполнения поставленных перед ним задач. Также может развиваться чувство безнадежности в отношении перспектив карьерного роста, что еще больше усиливает чувство беспомощности и разочарования в текущей ситуации.

В игровой метафоре это «голая степь», где человек одинок. Его отношение к себе, к людям и будущему настолько негативно, что на этом этапе часто уже нужна внешняя помощь. Прослеживаются признаки депрессии.

Следующий шаг на игровом поле — это «пустыня», когда выгорание уже случилось. Выгорание — полное истощение ресурсов: путник обессилен физически и эмоционально, оторван от социальных связей и не видит развития в той деятельности, которой занимается. В реальности специалист может долго работать на грани истощения, если нужно содержать семью или выплачивать кредитные обязательства, или все сразу.

В пустыне изможденного путника встречает Проводник и помогает, показывает путь обратно. На краю пустыни есть родник, в нем можно «набрать воды», отдохнуть, получить Карту пути. На этом этапе игры участники получают психообразование по теме Профессиональное выгорание и проходят мини-тест на субъективное ощущение своего состояния по параметрам «отношение к себе» и «как я отношусь к своему будущему».

Тест включает в себя несколько экспресс-вопросов из методики «Опросник профессионального выгорания Маслач (МВИ)» Авторы методики К. Маслач и С. Джексон.

В психообразовании использованы основные пункты КПТОП: ведущий с игроками обсуждают, какие бывают потребности [4]. Понятие потребности большинству людей известно, и это облегчает объяснения: игроку приятно ощущать себя компетентным.

Ведущий показывает **биопсихосоциальную модель** и объясняет, что потребности человека взаимосвязаны. И поясняет кратко **когнитивную модель** — что наши мысли лежат в основе нашего поведения. Далее так же кратко поясняет, что внутреннее самоощущение себя как некомпетентного специалиста заставляет человека думать о себе негативно и испытывать тревогу о том, что можно потерять работы, а с ней финансовое благополучие, ощущение нужности, признания и одновременно ощущение автономии и компетентности.

Поясняет, как неудовлетворенные биологические потребности влияют на работоспособность и эффективность специалиста, рассказываю, что недосып “помогает” переждать, а длительный сидячий образ жизни формирует проблемы со здоровьем и внешним видом, и как следствие недовольство собой [5].

Обращает внимание, что профессиональное окружение полезно, но в случае проблем на помощь в первую очередь приходят близкие и друзья, поэтому разрывать социальные связи не безопасно. Важно выделять себе отдельное время на общение с семьей и свободное времяпровождение без профессиональных задач и отдыха “на конференциях”.

Ключевая точка игры — это “Бревно на опушке леса”. Точка, где путник отдыхает на пути и вместе с ведущим размышляет о том, каким он видит себя через 10, 20 лет и в глубокой старости, например, в 96 лет. В когнитивно-поведенческой терапии КПТ под устремлениями понимаются представление человека о том, как он хочет видеть себя и каким хочет быть в глазах других и сейчас, и в будущем.

Образ будущего для человека — это представления о желательных и нежелательных перспективах, проектах, эмоциональных переживаниях, страхах и надеждах, связанных с его личным будущим. Субъективно позитивное восприятие своего будущего создает предпосылки к действиям в сегодняшнем дне.

Негативно окрашенное будущее вынуждает откладывать действия и становится основой для развития депрессии. Позитивное ожидание закладывает решительность, любознательность и активную позицию (автор жизни).

Выявление устремлений [7] активизирует потенциал человека навстречу той жизни, которой он хочет жить. В дальнейшем смыслы устремлений помогают создать план повседневных действий, позволяющий двигаться навстречу своему видению своего будущего. Карьерная траектория как часть образа будущего — это путь развития карьеры специалиста, который подходит конкретному человеку с учётом его целей, интересов, навыков и личных характеристик.

Устремления являются источником внутренней мотивации, наделяют жизнь человека смыслом, дают надежду. При работе с устремлениями важно выявить смысл, который клиент вкладывает в них. Чаще всего это что-то важное: вклад в семью или общество, изменение мира к лучшему и самореализация.

### Упражнения, которые выполняют игроки за игровым столом

#### 1. Устремление или образ будущего.

Представьте себе, чем хотите заниматься в глубокой старости, например, в возрасте 80 лет и более. Чем будете заниматься и на что жить. Прислушайтесь к себе.

#### 2. Цели за пределы жизни.

Устройтесь поудобнее, возьмите чай, плед. Опишите все, что хотели бы сделать в жизни, даже если все ваши планы займут 200 или 300 лет — смело, словно у вас нет никаких ограничений по возрасту и здоровью.

3. Запишите профессиональные и финансовые цели на 1 год, на 3 года и на 5 лет.

— Текущие потребности, которые улучшат качество вашей жизни сейчас (качественная одежда, обувь, хороший отдых, медицинская помощь).

— Развитие: какие навыки позволяют мне реализовать образ из задания 1.

— Сколько нужно учиться, чтобы получить такие навыки?

— Финансовые планы (в т.ч. безопасность, комфорт).

### Заключение

Терапия, ориентированная на потребности — это системный подход к лечению, изменениям и развитию человека на основе адаптивных, функциональных и конструктивных стратегий удовлетворения его ведущих потребностей [6].

И отличный инструмент профилактики и диагностики клиента, как показывает практика. Важно разрабатывать доступные способы профилактики психологического состояния для тех людей, которые в целом здоровы, устойчивы и могут долго оставаться эффективной частью общества, если вовремя получают психологическую помощь и поддержку.

В обзорной статье “Терапия ориентированная на потребности” [6] отражены результаты рабочей группы ТОП Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии в составе Ковпак Д.В., Зрютин М.А., Муртазин А.И.

Терапия, ориентированная на потребности: на наш взгляд, сильная сторона этого подхода в его практикоориентированности. Потребности есть у каждого человека, и как правило не нужно долго объяснять, что это такое. По сути наша жизнь — это процесс удовлетворения постоянно возникающих потребностей, и чем качественнее они удовлетворены, тем выше психологическое, социальное и биологическое благополучие человека. И тем эффективнее этот человек реализуется в семье, в обществе и в профессии.

Игровой формат — перспективный и краткосрочный вариант первой психологической помощи в условиях современного мира, где достаточно стрессов, а время — самый ценный ресурс.

Потенциальному участнику проще решиться на игру, чем обратиться к психологу в длительную работу. Это дает ему возможность получить психообразование по волнующей его проблеме, и как максимум — поможет сформировать готовность к терапии.

### Список литературы

1. Beck J. S. *Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond*. — 3<sup>rd</sup> ed. — New York: The Guilford Press, 2021.

2. Греков И.В. Терапевтическая трансформационная игра: теория, методология, практика / Илья Греков, Александра Муравьёва. — Москва: Проф. гильдия психологов-игропрактиков, 2019. — 244 с. : ил., табл. : 21 см.; ISBN 978-5-6043099-8-8.

3. Диагностика профессионального выгорания (К.Маслач, С.Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой) // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — Издание 2-е дополненное и переработанное. — Москва : Институт психотерапии и клинической психологии, 2018. — с. 442–444.

4. Ковпак Д.В., Зрюгин М.А. Концепция потребностей в когнитивно-поведенческой психотерапии. IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 103–115.

5. Ковпак Д.В. Когнитивная карта клиента в когнитивно-поведенческой терапии ориентированной на потребности. X Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии CBTFORUM: сборник научных статей. СПб: Международный институт развития когнитивно-поведенческой психотерапии, 2024 — с.76–82.

6. Ковпак Д.В. Терапия, ориентированная на потребности. IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 143–157.

7. Когнитивно-бихевиоральная терапия в группах. Второе издание. Авторы: Питер Дж. Билинг, Рэнди И. МакКейб, Мартин М.Энтони. Перевод с англ. А.Н. Богрянцевой. Москва: Научный мир, 2024. — 648 стр. — ISBN 978-5-91522-545-8.

8. Муртазин А.И., Ковпак Д.В. Концепция ценностей в терапии, ориентированной на потребности /// IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 226–236.

Муртазин А.И., Ковпак Д.В. Работа с позитивными убеждениями и использование концептуализации сильных сторон в когнитивно-поведенческой терапии. /// IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 237–246.

# НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ПРИГРАНИЧНОГО РЕГИОНА В ХОДЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНИК КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

**Жукова Юлия Викторовна**

*Курский государственный университет*

**Лобков Юрий Леонидович**

*Курский государственный университет*

**Аннотация.** Данная статья посвящена исследованию эффективности программы психологической помощи с опорой на когнитивно-поведенческий подход в работе с тревогой и депрессией у студенческой молодежи приграничного региона. Актуальность темы обуславливается наличием уровня тревожности среди студентов в период проведения специальной военной операции.

**Ключевые слова:** студенческая молодежь, психологическая помощь, тревога, депрессия, когнитивно-поведенческая психотерапия.

В период специальной военной операции уровень тревоги и депрессии у студентов значительно усилился. В учебных заведениях учебный процесс во время сигнала о ракетной опасности прекращается, и студенты выполняют мероприятия, которые предписаны для обеспечения их безопасности.

Эти мероприятия разработаны для каждого региона и конкретного учебного заведения, которые включают следующие шаги:

- преподаватель немедленно прекращает занятие;
- студенты организованно покидают учебные аудитории и направляются в ближайшее укрытие, определенное администрацией учебного заведения (бомбоубежище, подвальное помещение здания или другое безопасное место) и находится в нем до объявления отбоя тревоги.
- в укрытии студенты обязаны сохранять спокойствие и выполнять указания ответственных лиц.

Занятия в зависимости от обстановки и решения администрации могут быть продолжены, перенесены или отменены.

Реакции студентов на сигналы ракетной опасности во время занятий могут быть разнообразными и зависят от множества факторов, включая личностные особенности, социальную среду, а также самого контекста:

частота сигналов тревоги, наличие реальной угрозы, доступность и качество укрытий.

Психоэмоциональные реакции у студентов могут протекать в виде страха, тревоги, паники, смутения, дезориентации, апатии, безразличия, а также как раздражения и гнева.

В целом, хорошо организованная эвакуация и психологическая поддержка администрации помогают студентам справиться со сложной ситуацией и минимизировать ее негативное воздействие на их психическое здоровье и учебный процесс, тем не менее мы решили провести исследование и эмпирическим путем проверить показатели эмоционального состояния студентов.

**Цель исследования:** изучить психоэмоциональное состояние студенческой молодежи во время проводящейся специальной военной операции, составить программу психологической помощи, апробировать её и дать оценку полученным результатам.

В качестве **объекта** исследования выступила жизнедеятельность студенческой молодежи. **Предметом** исследования было выбрано психоэмоциональное состояние студентов.

**Гипотезой** является предположение о том, что адресная программа психологической помощи с акцентами на техники когнитивно-поведенческой психотерапии значительно снижает негативное влияние на психоэмоциональное состояние студенческой молодежи в период проводящейся специальной военной операции.

Базой исследования выступили различные факультеты Курского Государственного университета.

Выборка исследования составила 31 человек (девушки, от 21–23 лет, студентки 4 курса), проживающие и обучающиеся в г. Курске.

В методический блок вошли (4):

- шкала депрессии Бека;
- шкала тревоги Бека.

На первом этапе эмпирического исследования была осуществлена диагностика депрессивного состояния у респондентов с помощью теста депрессии Бека. Выраженность депрессии оценивалась градуально по когнитивно-аффективной субшкале и субшкале соматических проявлений депрессии.

Результаты исследования показали, что:

— у 19% респондентов имеется выраженная депрессия средней тяжести, при этом когнитивно — аффективный компонент составил 62%, соматические проявления депрессии составили 38%;

— у 42% — отмечается умеренная депрессия: когнитивно-аффективный компонент составил 64%, соматические проявления составили — 36%;

— у 39% — отсутствовали депрессивные симптомы: когнитивно-аффективный компонент составил 52%, а соматические проявления 48%.

Таким образом, можно констатировать, что у студентов, принявших участие в исследовании когнитивно-аффективный компонент занимает преобладающее место в общей выраженности депрессии.

Затем была проведена диагностика тревожности респондентов с помощью шкалы тревоги Бека.

Результаты исследования показали, что:

— у 33% респондентов выявлена очень высокая тревога;

— у 54% респондентов выявлена средняя выраженность тревоги;

— у 13% респондентов выявлен незначительный уровень тревоги.

На втором этапе исследования была разработана и реализована программа психологической помощи для студентов, которые участвовали в исследовании.

При составлении программы основной упор был на когнитивно-поведенческий подход, так как он является структурированным, краткосрочным и научно— обоснованным (1,2,6). Когнитивно-поведенческая психотерапия подходит для широкого спектра состояний, включая состояние тревоги, депрессии, неопределённости в стрессовых ситуациях (2).

Программа включала 8 занятий длительностью 120 минут с периодичностью 1 раз в неделю.

Группа была поделена на две подгруппы по 15 и 16 человек.

Формат занятий подразумевал групповой онлайн — тренинг с комбинацией лекций по психообразованию, практические задания, групповые дискуссии, домашние задания. В перерывах между занятиями был создан чат— поддержки, где участники и ведущий тренинга общались между собой, задавали вопросы и делились своими мыслями и чувствами. Также участникам предоставлялись материалы для самостоятельной работы: ссылки на полезные ресурсы, книги, статьи.

Структура программы состояла из восьми модулей.

Первый модуль был посвящен психообразованию о природе тревоги и ее влиянию на человека на физиологическом, эмоциональном, когнитивном уровнях, как она возникает с точки зрения нейрофизиологии, основные ее признаки, отличие нормальной тревоги от тревожного расстройства, развенчание мифов о ней. Участники учились распознавать физические проявления тревоги (4).

Во втором модуле участники научились выявлять и анализировать свои автоматические мысли и лежащие в их основе когнитивные искажения, а также получили навык формирования реалистичного и адаптивного ответа (1).

В третьем модуле участники закрепляли навык оспаривания и изменения негативных и неадаптивных мыслей, а также продолжали изучать альтернативные, более реалистичные способы интерпретации ситуаций (6).

В четвертом модуле участникам были продемонстрированы различные методы релаксации, такие как диафрагмальное дыхание, прогрессивная мышечная релаксация, практики осознанности (4).

В пятом модуле участникам помогали выработать более адаптивное поведение в стрессовых ситуациях: он включал в себя обучение навыкам решения проблем, эффективного общения.

Шестой модуль был направлен на понимание своих сильных сторон и ресурсов, что помогло участникам осознать собственные способности к преодолению трудностей. Каждый участник с учетом имеющейся информации создал свой собственный план управления тревогой, включающий практические техники и стратегии, которые они могли бы использовать в повседневной жизни (8).

Седьмой модуль был посвящен ценностям, устремлениям и постановке долгосрочных целей, а также техникам эффективного управления задачами.

Восьмой модуль включал в себя напоминания о важности регулярного сна и его гигиене, влияния питания на настроение и уровень энергии, напоминание о роли физической активности в снижении стресса и тревоги, важности социальной поддержки.

По итогам реализованной программы была проведена повторная диагностика.

Результаты показали, что уровень депрессии, снизился;

— у 61% (было 39%) респондентов отсутствуют депрессивные симптомы;  
— у 39% (было 42%) респондентов отмечена умеренная депрессия, а показатели депрессии средней тяжести отсутствуют (было 19%).

Результаты по шкале тревоге Бека показали также позитивную динамику. Так, было отмечено, что:

— у 71% (было 13%) респондентов отметился незначительный уровень тревоги;

— у 26% (было 54%) тревога стала средней выраженности;

— у 3% (было 33%) — осталась очень высокая тревога.

Таким образом, гипотеза о том, что адресная программа психологической помощи с акцентами на техники когнитивно-поведенческой психотерапии значительно снижает негативное влияние на психоэмоциональное состояние

студенческой молодежи, проживающих и обучающихся в приграничном регионе в период проводящейся специальной военной операции подтвердилась.

Предлагаемая программа организации психологической помощи студенческой молодежи, обучающейся в условиях приграничной зоны, может быть адаптирована к конкретным потребностям студентов и особенностям учебного заведения.

Профилактика психоэмоционального состояния студентов способствует:

— улучшению академической успеваемости (снижению стресса и тревоги, повышению мотивации и продуктивности, предотвращению выгорания);

— сохранению психического здоровья (снижению риска развития психических расстройств, развитию навыков саморегуляции, формированию психологической устойчивости); -

— повышению качества жизни (улучшению межличностных отношений, повышению самооценки и уверенности в себе, формированию здорового образа жизни);

— созданию благоприятной атмосферы (снижению уровня конфликтности, повышению уровня толерантности и взаимопониманию).

В целом, профилактика психологического состояния студентов — это инвестиция в их будущее, которая способствует их академическому, профессиональному и личностному росту, а также создает здоровую и благополучную общественную среду.

### Список литературы

1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. — СПб.: Питер, 2018. — 416 с.
2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. — СПб.: Питер, 2003.
3. Ковпак Д.В., Качай И. С. Без паники! Как научиться жить спокойно и уверенно. — СПб.: Питер, 2020. — 336 с.
4. Ковпак Д.В. Страх... Тревога... Фобия... Вы можете с ними справиться! Практическое руководство психотерапевта + техники релаксации на DVD, 2-е изд. — СПб: Наука и Техника, 2020. — 368 с., DVD.
5. Костина, Л.М. Методы диагностики тревожности: монография / Л. М. Костина. — Санкт-Петербург: Речь, 2005. — 198 с.
6. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. — СПб.: Питер, 2020. — 656 с.
7. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / редактор-составитель Д. Я. Райгородский. — Самара: Бахрах-М, 2022. — 667с.
8. Ромек В., Ромек Е. Наслаждение от каждого дня. Доступная всем программа тренинга. — СПб.: Питер, 2022.

9. Селье, Г. Стресс без дистресса: [перевод с английского] / Г. Селье ; общ. ред. Е. М. Крепса. — М. : Прогресс, 1982. — 124 с.
10. Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Маруняк С.В. Психология катастроф: учебник для вузов. — Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2007. — 657 с.
11. Щербатых Ю.В. Психология стресса. — М.: Эксмо, 2006. — 304 с.
12. Щербатых, Ю.В. Методы диагностики тревоги и тревожности — сравнительная оценка // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. — 2021. — № 2. — С. 85–104.

# ПРОЯВЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННЫХ КОНФЛИКТОВ И ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

***Земляных Марина Венировна***

*ФГБОУО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

***Изотова Маргарита Хаджумаровна***

*ФГБОУО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

***Карголь Ирина Викторовна***

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии,  
НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»*

**Аннотация.** В условиях специальной военной операции травматический стресс становится неизбежной частью жизни многих военнослужащих. В статье представлены анализ состояния научных исследований проблемы боевого травматического стресса. Приводится анализ симптомов травматического стресса у участников боевых действий, рассматриваются разные виды диссоциативных переживаний, выраженность дистресса, соматизации, депрессии, тревожности, враждебности, психопатологических симптомов в зависимости от выраженности травматического стресса. Анализируется отношение к временной перспективе, включая фактор будущего у военнослужащих с боевым опытом. Рассмотрены пути оказания психологической помощи с использованием когнитивно-поведенческого подхода, которые доказали свою эффективность.

**Ключевые слова:** Вооруженный конфликт. Специальная военная операция. Стресс. Травматический стресс. Боевой стресс. Боевой травматический стресс. Симптомы травматического стресса. Когнитивно-поведенческая психотерапия.

Современные конфликты, характеризуются высокой интенсивностью и длительностью, оказывают значительное воздействие на психическое здоровье людей. Согласно отчету международного института стратегических исследований в 2023 году в мире действовало 183 региональных вооруженных конфликта, это рекордный показатель за 30 лет [22].

В зоне проведения специальной военной операции на Украине находятся почти 700 тыс. российских военных, заявил президент Владимир Путин в ходе встречи с участниками программы «Время героев» [10]. Боевые действия

являются одним из значительных стрессогенным фактором воздействию на психику военнослужащего. В этих условиях человек всегда переживает травматический стресс той или иной интенсивности и продолжительности. Витальная угроза во время боевых действий, переживание боевого травматического стресса может явиться дестабилизирующим фактором, ограничивающим функциональные резервы организма и увеличивающим риск дезинтеграции психической деятельности.

В России за последние десятилетия возросло количество научно-практических исследований, посвященных травматическому и посттравматическому стрессу [1; 3; 4; 8; 9; 6; 15; 16; 14; 12; 13; 17]. Травматический стресс представляет собой форму аварийного приспособления военнослужащего к стресс-факторам боевой обстановки. Он имеет место тогда, когда боевой гиперстрессор или накопившиеся до критического уровня симптомы деструктивного стресса превосходят адаптивные возможности (уровень психической устойчивости) военнослужащего. М. Перре, А.П. Лайрейтер и У. Бауманн определяют «травматический стресс» как специфический класс критических событий, которым присущи следующие характеристики: они нежелательны, обладают крайне негативным воздействием по причине серьезной угрозы собственной жизни и высокой интенсивностью; их тяжело контролировать, вплоть до полной невозможности контроля; как правило, они превышают возможности совладания [1]. Истощение адаптационных механизмов в условиях травматического боевого стресса может привести к возникновению состояний клинического уровня — депрессии, тревожных расстройств, нарушению адаптации, зависимости от психоактивных веществ, возникновению посттравматических стрессовых расстройств, распространенность которых среди комбатантов составляет от 15 до 51% [2]. Стресс присущ военной обстановке из-за сложных физических условий, длительности операций и боевых действий. Боевой стресс включает экологические, физические, когнитивные и эмоциональные стрессоры, возникающие как прямой результат требований боевых действий. Боевой стресс в отличие от боевого травматического стресса, испытывают все военнослужащие в каждом типе военных операций, будь то служба в пехоте, оказание медицинской помощи или оказание логистической поддержки. Каждый военнослужащий постоянно сталкивается с потенциалом боевых действий, длительными и трудными боевыми задачами, разлукой с семьей. При сильном психотравмирующем воздействии происходит расстройство адаптации индивида, которое проявляется в виде нарушений наиболее сложных форм социально-детерминированного реагирования человека

на разные аспекты гражданской жизни. На вероятность возникновения и тяжесть боевой психической травмы влияют, как и общие санитарные потери, так и увеличение поражающей силы оружия, которое используется последние два века. Усложнение военной техники, наличие современного оружия и возрастание интенсивности боевых действий провоцируют возникновение негативных последствий у военнослужащих. Травматический боевой стресс продолжается после завершения военной операции, поскольку военнослужащие сталкиваются с последствиями, независимо от того, служили ли они в боевых или вспомогательных подразделениях, были ли в плену или получили серьезные ранения [20].

Анализ исследований разных авторов позволяет отметить, что комплексное воздействие стрессоров боевой обстановки провоцирует возникновения многих проблем при возвращении комбатантов к мирной жизни. Согласно когнитивной модели А. Бека участие в боевых действиях способствует формированию определенной схемы, в основе которой лежат определенные когнитивные убеждения, провоцирующие эмоциональные реакции и поведение, помогающее совладать с боевым травматическим стрессом. Перенос таких сформированных схем в условия мирной жизни негативно влияет на формирование адаптационных возможностей социального взаимодействия человека с окружающим миром и влияет на отношение к себе, окружающим людям и миру в целом. По данным различных исследований, патологическая реакция психики на боевые травмы может возникнуть в одном случае спустя 3-4 недели, а в другом — спустя 3 или 4 года.

Психологическим последствиям участия в боевых действиях посвящены большое количество исследований. Следует признать, что большинство этих исследований посвящены отсроченными последствиями участия человека в военных событиях, которые четко подпадают под соответствующие диагностические критерии МКБ. Так, Краснянский А.Н., Крылов К.Е., Снедков Е.В. рассматривают специфику симптомов ПТСР у военнослужащих с боевым опытом в Афганистане и Чечне. Работы Nutt D. Shea M.T. исследуют психологические последствия у ветеранов Ирака и израильских солдат. Во всех этих исследованиях представлена симптоматика ПТСР, отраженная в наиболее известных классификациях психических расстройств, — в МКБ-10 и DSM-IV [11].

Диапазон последствий намного разнообразнее и включает разнообразные аффективные реакции, когнитивные искажения, личностные изменения, которые впоследствии могут значительно затруднять адаптацию к мирной жизни в отдаленной перспективе. Следует отметить, что многие симптомы возникает во время службы в боевых условиях. Поэтому, хотя травматический

стресс и может иметь долгосрочные последствия, ранние и адекватные диагностирование и лечение могут помочь предотвратить или смягчить такие последствия. В связи с этим представляется важным обеспечить своевременную диагностику и профилактику воздействия травматического стресса [19; 28].

Актуальность и новизна данного исследования заключается в выявлении особенностей травматического стресса текущего военного конфликта, его возможных взаимосвязей с разными видами диссоциативных переживаний, паттернов психопатологических симптомов и отношением к временной перспективе болезни.

Цель нашего исследования — выявление симптомов травматического стресса у военнослужащих в условиях СВО.

В исследовании приняли участие 234 военнослужащих, проходящих службу в зоне СВО. Средний возраст составил 30–45.

Методики исследования:

1. Миссисипская шкала ПТСР военный вариант (Mississippi Scale — MS, Keane et al. Адаптация Н. В. Тарабриной).

2. Опросник перитравматической диссоциации (Агарков В.А., Тарабрина Н.В., 1998)

3. Методика «Временная перспектива» Ф. Зимбардо (Zimbardo Time Perspective Inventory, ZTPI- F. Zimbardo et al. Адаптация Сырцовой А., Соколовой Е.Т., Митиной О.В.)

4. SCL-90-R (Symptom check list-90-revised- L. Derogatis et al. Адаптация Тарабриной Н.В.).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Excel, Statistica 10.0.

Согласно целям исследования, выборка была разделена на две подгруппы по уровню травматического стресса. Так, в первую подгруппу вошли военнослужащие с низкими значениями Индекса травматизации ( $n=153$ ), у которых слабо выражена симптоматика травматического стресса (значения показателей в диапазоне 45-92 баллов). Во вторую группу вошли военнослужащие с высокими показателями Индекса травматизации от 95 ( $n=81$ ). Анализ данных, полученных с помощью Миссисипской шкалы, позволяет констатировать наличие и выраженность всех симптомов, характерных для последствий травматического стресса участников 2 группы. Так, у военнослужащих этой группы последствия переживания травматического стресса выражаются в симптомах избегания, которое выражается, прежде всего, в эмоциональном притуплении, эмоциональной отчужденности.

Также выявлены симптомы вторжения, которые проявляются во внезапных повторных переживаниях событий, кошмарных сновидениях, стремлении избегать воспоминаний о прошлом опыте. Симптомы возбудимости проявляются определенным спектром агрессии, особенно при возникновении воспоминаний о боевых действиях и собственном поведении во время участия в боевых действиях, а также в виде раздражительности, импульсивности, враждебности. Многие участники этой группы отмечали, что часто «теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей». Также следует отметить наличие чувства вины, переживаемое большинством комбатантов этой группы. Часто у военнослужащих этой группы возникают суицидальные мысли. В первой группе военнослужащих также присутствуют признаки избегания, вторжения, которые преимущественно проявляются в кошмарных сновидениях, выраженное напряжение и тревога. Однако, симптоматика последствий травматического стресса у военнослужащих этой группы не столь выражена и проявляется значительно реже ( $p=0,001$ ).

С целью изучения измерения уровня выраженности диссоциативных переживаний и оценки риска возникновения отсроченной реакции на травматический стресс в обеих подгруппах нами произвелась оценка по шкале перитравматической диссоциации (адаптация Тарабриной Н.В.). Опросник предназначен для оценки частоты переживания субъектом трансситуативных диссоциативных состояний. Для военнослужащих обеих групп свойственны диссоциативные переживания. Однако выраженность их различается. Для группы военнослужащих с выраженными симптомами травматического стресса в значительно бо́льшей степени характерны различные диссоциативные состояния, такие, как дереализация, деперсонализация, нарушение чувства времени; чувство потери контроля над поведением; изменения в эмоциональной экспрессии; изменения образа тела; нарушения восприятия ( $p=0,001$ ). Следует отметить, что в группе военнослужащих с высоким уровнем травматического стресса более регулярно возникают мысли о чем-то кошмарном и страшном, мысли о наказании за грехи, а также сомнения в своей способности рассуждать и владении своим телом.

Таким образом, диссоциативные переживания характерны для большинства военнослужащих. Данные, полученные с помощью этой методики, позволяют предположить, что для группы военнослужащих с низким уровнем травматического стресса более свойственна первичная диссоциация, которая ограничивает когнитивную переработку травматического переживания, способствует игнорированию некоторых аспектов стрессовой ситуации и позволяет оставаться более собранным

и сосредоточенным во время боевых действий. Такой вид диссоциации во время боевых действий помогает справиться с волнением, страхом, способствует сосредоточению на боевых задачах и, таким образом, препятствует дезорганизации деятельности в критической ситуации. Диссоциативные проявления в данном случае следует рассматривать не как психопатологический симптом, а как защитный механизм, сопровождающийся специфическими переживаниями нереальности происходящего, своих действий как автоматизированных, измененным восприятием тела и времени во время боевых действий. Для группы военнослужащих с высоким уровнем травматического стресса более характерна вторичная или перитравматическая диссоциация, которая проявляется не только во время сильного стресса, но и в промежутках между боевыми задачами. Такой вид диссоциации также выступает как защитный механизм, позволяя не только адаптироваться к боевому стрессу, но и дистанцироваться от стрессовой ситуации, тягостных и неприятных переживаний и воспоминаний, осознания степени воздействия травматической ситуации. Однако, столь выраженные диссоциативные переживания могут стать неадаптивными, возникать в неподходящее время, снижать эффективность деятельности и явиться причиной развития диссоциативной или иной психопатологии в будущем.

С целью оценки паттернов психологических признаков нами применялся симптоматический опросник SCL-90-R (адаптация Тарабриной Н.В.). Значимые различия между подгруппами есть по всем субшкалам опросника. Наибольший интерес представляют данные относительно выраженности общей психопатологической симптоматики. В подгруппе испытуемых с выраженным уровнем травматического стресса индекс GSI значимо выше, что свидетельствует о высоком уровне психического дистресса, представленному всем диапазоном симптомов. Наиболее выражены симптомы соматизации, тревожности, депрессии, враждебности, межличностной сенситивности в группе военнослужащих с высоким уровнем травматического стресса ( $p=0,001$ ). Несмотря на то, что для обеих групп военнослужащих характерны тревожные переживания и враждебность, интенсивность проявлений больше в группе комбатантов с высоким уровнем травматического стресса.

Обеспокоенность своим физическим состоянием также значимо чаще встречается в группе военнослужащих с высоким уровнем травматического стресса. Так, у большинства военнослужащих этой группы присутствуют жалобы на одышку, учащенное сердцебиение, потливость, боль в груди, головные боли, боевые ощущения в мышцах и т.п. Выраженная депрессивная симптоматика также в большей степени характерна для военнослужащих

этой группы. Большинство военнослужащих этой группы отмечают снижение настроения, повышенную утомляемость, притупленность чувств, эмоциональную оцепенелость, отчаяние, чувство безысходности, мрачное и пессимистическое видение будущего, нарушение сна, часто возникающее ощущение, что произойдет что-то плохое.

Военнослужащим этой группы более присущ дискомфорт в межличностном взаимодействии. Так, больше половины комбатантов этой группы отмечают сниженный или отсутствующий интерес к людям при ожидании негативных проявлений в процессе коммуникации. Также участников этой группы часто переживают чувство неполноценности и ощущение неадекватности при сравнении себя с другими людьми. Подозрительность и настороженность, периодические проявления злобно-тоскливого настроения, враждебность, склонность к внешне обвинительному реагированию, характерные для военнослужащих с высоким уровнем травматического стресса провоцирует увеличением дистанции с социумом, деспотизм и агрессию по отношению не только к незнакомым людям, но и к своим сослуживцам и близким могут привести к выраженным сложностям адаптации к гражданской жизни в дальнейшем. Своевременно оказанная и эффективная психологическая помощь может помочь смягчать проявления дезадаптации.

Для диагностики системы отношений личности к временному континууму был использован опросник «Временной перспективы» Ф. Зимбардо (адаптация Сырцовой А., Соколовой Е.Т., Митиной О.В.).

Сходные тенденции в обеих группах выявлены по отношению к настоящему. Различия между группами выражены на уровне тенденции ( $p=0,001$ ). Военнослужащие с выраженным уровнем травматического стресса сконцентрированы на возможности получать наслаждение в настоящем, при этом не беспокоясь о будущих последствиях. Они склонны к гедонистическому, рискованному, «а мне все равно» отношению ко времени и жизни, при этом настоящее видится оторванным от прошлого и будущего. После нахождения на передовой, участия в тяжелых боях многие военнослужащие обеих групп стремятся к поиску удовольствий. Такая настроенность на настоящее может формироваться в качестве защитной стратегии. Высокий риск смерти на передовой, неизвестность перед следующим днем побуждает военнослужащих искать удовольствие в настоящем. Также можно предположить, что стресс нахождения в военном конфликте, стресс тяжелого ранения провоцирует высокое эмоционально-физиологическое напряжения, и комбатанты стремятся его снизить за счет получения удовольствий. Показатели по шкале «Гедонистическое настоящее» у военнослужащих обеих групп находятся в диапазоне среднего уровня почти

на границе с высоким, что указывает не только на тенденцию поиска удовольствий впечатлений в настоящем, но и на отсутствие целей и планов на будущее.

Согласно полученным данным, значимые статистические различия по шкалам методики между группами были обнаружены по всем остальным шкалам ( $p=0,001$ ).

Военнослужащие с выраженным травматическим стрессом воспринимают свое прошлое как негативное и относятся к своему прошлому как плохо структурированному с наличием неопятных и травмирующих событий. Выраженность этого показателя позволяет предположить, что в прошлое у военнослужащих этой группы ассоциируется с негативными переживаниями, сожалением и душевной болью. Негативное восприятие прошлого возникает как из-за реальных стрессовых и травматических событий, из-за негативной реконструкции положительных событий.

Военнослужащие с пониженными признаками травматического стресса в большей степени позитивно принимают собственное прошлое, считают свой опыт, способствующим собственному развитию. У них много приятных воспоминаний, они переживают сентиментальные и ностальгические чувства по отношению к многим аспектам своего прошлого, а негативные события воспринимают как опыт.

Все показатели шкал обеих групп находятся в диапазоне средних значений.

По отношению к будущему у военнослужащих с высоким уровнем травматического стресса выявлены более негативные тенденции по сравнению с военнослужащими с более низкими значениями травматического стресса. Среди военнослужащих второй группы меньше людей, которые выстраивают планы на будущее, позитивно оценивая свое будущее. Военнослужащим из этой группы будущее видится независимым от их собственной воли, изначально предопределенным, а себя они воспринимают подчиненными судьбе. Этот фактор раскрывает фаталистическое, беспомощное и безнадежное отношение к будущему и жизни. Также он отражает отсутствие сфокусированной временной перспективы и раскрывает убеждение, что их будущее предопределено и на него невозможно повлиять индивидуальными действиями.

Высокий риск смерти при выполнении боевых задач и неопределенность побуждают военнослужащих концентрироваться на настоящем и искать в нем удовольствие. Также можно предположить, что травматический стресс и высокая тревога перед будущим способствуют выработке убеждений о том, что на будущее невозможно повлиять. При таких обстоятельствах,

военнослужащие с высоким травматическим стрессом плохо представляют свое будущее и не склонны строить планы и ставить цели по отношению к будущему и в основном ориентированы на событиях прошлого и настоящего.

Таким образом, высокий уровень травматического стресса влияет на возникновение и большую выраженность клинических симптомов, что свидетельствует о высоком уровне психического дистресса, в том числе соматизации, тревожности, депрессии, враждебности, межличностной сенситивности, а также наличии диссоциативных переживаний. Высокий риск смерти побуждает многих военнослужащих ориентироваться на гедонистическое настоящее, что выражается в гедонистическом, рискованном, «бесшабашном» отношении ко времени и жизни, ориентацию на удовольствие в настоящем и неспособность принести что-то в жертву в настоящем, чтобы получить вознаграждение в будущем. Подобные тенденции могут привести к значительным сложностям при продолжении службы и при адаптации к мирной жизни.

В связи с чем, остро стоит проблема помощи ветеранам и их семьям. Было разработано множество методов лечения, чтобы помочь людям, пережившим травматический опыт. Однако травма фокусированная КПТ при работе с травматическим стрессом хорошо себя зарекомендовала и накопила больше всего доказательств в поддержку своей эффективности не только для лечения ПТСР, но и для лечения распространенных сопутствующих проблем.

Травма фокусированная КПТ направлена на изменение поведения и мышления, которые развились в ответ на травму и, как предполагается, поддерживают расстройства, вызванные травматическим стрессом. Она подчеркивает совместный альянс; обычно терапия начинается с обучения когнитивной модели и углубленного обоснования лечения, чтобы клиенты (пациенты) могли быть активными участниками процесса. Терапия обычно нацелена на избегающее поведение и нереалистичное или неконструктивное мышление, которые, согласно модели КПТ, являются ключевыми факторами, поддерживающими расстройств, связанных с травматическим стрессом, включая ПТСР.

Проведение травма фокусированной КПТ является сложной задачей, поскольку нужно убедить военнослужащих обратиться за помощью, а также встретиться лицом к лицу со своим травматическим опытом, чего они часто избегали в течение длительных периодов времени. Помочь мотивировать ветеранов выполнять неприятные задания легче, когда исследования показывают, что эти задания помогают. Исследования предлагают много доказательств в поддержку обоснования лечения, эти доказательства дают

пациентам некоторую уверенность в том, что, несмотря на их страх, терапию стоит попробовать.

Когнитивно-поведенческая терапия, включающая в себя экспозицию и/или когнитивную реструктуризацию, более эффективна, чем отсутствие лечения или поддерживающее консультирование [31].

Метаанализ, изучающий рандомизированные контролируемые исследования, продемонстрировал размер эффекта  $g=1,26$  для когнитивно-поведенческих методов лечения ПТСР (включая когнитивную процессуальную терапию и пролонгированную экспозицию), в то время как антидепрессанты имели размер эффекта  $g = 0,43$  [29].

Травма фокусированная КПТ сохраняет достигнутые результаты в течение как минимум нескольких месяцев после окончания лечения, тогда как медикаменты имеют меньшую эффективность и должны поддерживаться, чтобы продемонстрировать пролонгированную пользу [27].

Исследования эффективности КПТ (процессуальной когнитивной терапии и пролонгированной экспозиции) среди ветеранов показали, что оба метода лечения приводят к существенному снижению симптомов (включая вторичные симптомы депрессии и тревоги) [18; 23; 25]. Исследование ветеранов с коморбидным ПТСР и алкогольной зависимостью показало, что эти пациенты с двойным диагнозом также хорошо реагируют на КПТ [26].

Подводя итог, можно сказать, что травма фокусированная КПТ является перспективной формой лечения расстройств, связанных с травматическим стрессом, а литература убедительно подтверждает ее эффективность.

Когнитивная теория служит надежным основанием для разработки программы когнитивно-поведенческой терапии травматического стресса [5;21].

Важно уделить необходимое внимание психообразованию. Предоставление соответствующей информации о нормальных реакциях, о том, как справляться со стрессом. Согласно рекомендациям ВОЗ, информирование людей о том, что их реакции нормальны, также способствует снижению психофизиологического возбуждения [30].

Следующим важным шагом в формировании стрессоустойчивости, является развитие навыков эмоциональной саморегуляции. Методы снижения психофизиологического возбуждения, такие как контроль дыхания хорошо себя зарекомендовали, как простой способ достичь состояния покоя. Людям рекомендуется спокойно, медленно дышать, например, на счет, или практиковать диафрагмальное дыхание. Такое размеренное дыхание позволяет снизить тревогу и избежать гипервентиляции или диссоциации [24; 30].

Отдельно следует обсудить навык решения проблем. Этот навык помогает лучшей адаптации в новой ситуации неопределенности и позволяет чувствовать себя эффективным, укрепляет веру в свои силы.

Результатом воздействия длительного стресса у военных, фаталистического взгляда на будущее и негативного отношения к прошлому могут быть возникающие убеждения о том, что мир непредсказуем и опасен, а сам человек — никчем и беспомощен. Целью КПТ будет изменения негативных убеждений, выявление когнитивных искажений (персонализацию, “наклеивание ярлыков”, “долженствования”, обесценивание позитивных сторон) и конфронтация с разрушительным смыслом этих негативных убеждений. Цель реструктуризации заключается в том, чтобы вырабатывать взгляд, который сопряжен с более реалистичными эмоциональными переживаниями. Адаптивное мышление и внутренний диалог обучают человека, как в условиях предвосхищения стрессогенных ситуаций или при столкновении с ними заменять негативные мысли на более реалистичные [5].

Важно, чтобы когнитивно-поведенческая терапия активно использовалась в рамках оказания помощи людям, пережившим боевой стресс и имеющим психологические последствия разной степени выраженности.

### Список литературы

1. Абабков, В. А., Пере, М. Адаптация к стрессу: основы теории, диагностики, терапии. — СПб.: Речь, 2004.
2. Кадыров Р. В., Венгер В. В. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиологии, диагностика и психотерапия / Психолог. — 2021. — № 3. — С. 45–61.
3. Калмыкова Е.С., Комиссарова С.А., Падун М.А., Агарков В.А. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса // Психологический журнал. 2002. Т. 24. № 6. С. 89–97.
4. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. М.: Академический Проспект, 2009.
5. Лихи Р.Л., Сэмпл Р. Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Консультативная психология и психотерапия. 2002. Том 10. № 1. С. 141–158.
6. Падун М.А. Когнитивный стиль и депрессия // Экспериментальная психология. 2009. Т. 2. № 4. С. 81–90.
7. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М.: ИП РАН, 2012.
8. Падун М.А., Тарабрина Н.В. Когнитивно-личностные аспекты переживания травматического стресса // Психологический журнал. 2004. № 5. С. 5–15.
9. Падун М., Тарабрина Н. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 121–140.

10. РБК «Время героев», 14 июня 2024 г.
11. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Роль личности в развитии боевого посттравматического стрессового расстройства // Психолог. 2013. № 2. С. 258–308. DOI: 10.7256/2306-0425.2013.2.252 URL: [https://nbpublish.com/library\\_read\\_article.php?id=252](https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=252)
12. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2009.
13. Тарабрина Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР): Гл. 5 // Клиническая психология: В 4 т. / Под ред. А.Б. Холмогоровой. Т. 2. Частная патопсихология / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, М.С. Радионова, Н.В. Тарабрина. М.: Издательский центр «Академия», 2012. С. 229–269.
14. Тарабрина Н.В. и др. Взаимосвязь психологических характеристик посттравматического стресса и иммунологических параметров у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, Г.П. Генс, М.А. Падун, Л.И. Коробкова, Н.Е. Шаталова // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 4. С. 22–33.
15. Тарабрина Н.В. и др. Стресс и его последствия у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, Г.П. Генс, Л.И. Коробкова, О.А. Ворона, М.А. Падун // Вестник РФФИ. 2006. № 1. С. 10–20.
16. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Быхолец Ю.В. Представления о теракте у населения различных регионов России // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 6. С. 40–50.
17. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М.: МГППУ, 2006.
18. Alvarez J, McLean C, Harris A, Rosen C, Ruzek J, Kimerling R. The comparative effectiveness of Cognitive Processing Therapy for male veterans treated in a VHA Posttraumatic Stress Disorder Residential Rehabilitation Program. *J Consult Clin Psychol.* 2011; 79: 590–9. <https://doi.org/10.1037/a0024466>.
19. ATP 6-22.5: a leaders guide to soldier health and fitness. Washington, DC: Department of the Army; 2016. p. 7/1–7/20.
20. Benedeck D, Hamaoka D, West JC. Combat and operational stress reaction. In: Herman R, editors. UpToDate. 2018. <https://www.uptodate.com/contents/combat-and-operational-stress-reaction>. Accessed 10 Oct 2019.
21. Dattilio Frank M., Freeman Arthur Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention, The Guilford Press, 2007
22. Editor's Introduction. (2023). *Armed Conflict Survey*, 9(1), 5–10. <https://doi.org/10.1080/23740973.2023.2277527>
23. Eftekhari A, Ruzek J, Crowley J, Rosen C, Greenbaum M, Karlin B. Effectiveness of national implementation of prolonged exposure therapy in Veterans Affairs care. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70: 949–55. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.36>.
24. Foa, E. B., and Rothbaum, B. A. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
25. Forbes D, Lloyd D, Nixon RD, Elliott P, Varker T, Perry D, et al. A multisite randomized controlled effectiveness trial of Cognitive Processing Therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord.* 2012; 26: 442–52. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.006>

26. Kaysen D, Schumm J, Pedersen ER, Seim RW, Bedard-Gilligan M, Chard K. Cognitive Processing Therapy for veterans with comorbid PTSD and alcohol use disorders. *Addict Behav.* 2014; 39: 420–7. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.08.016>.

27. Lee D, Schnitzlein C, Wolf J, Vythilingam M, Rasmusson A, Hoge C. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress Anxiety.* 2016;33:792–806. <https://doi.org/10.1002/da.22511>

28. Nash WP, Watson PJ. Review of VA/DoD Clinical Practice Guidelines on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Rehabil Res Dev.* 2012;49:637–48

29. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry.* 2013; 74: e541–50. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>

30. World Health Organization. (2016). Problem Management Plus (PM+) Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-16.2>

31. Zayfert, Claudia. Cognitive-behavioral therapy for PTSD: a case formulation approach / Claudia Zayfert, Carolyn Black Becker.

# СТРАТЕГИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

*Карголь Ирина Викторовна*

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

*Ковнак Дмитрий Викторович*

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Аннотация.** Хроническая боль и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляют собой серьезные проблемы в области психического здоровья, которые зачастую коморбидны у пациентов, которые пережили опасные для жизни события, такие как участие в военных действиях, насилие или дорожно-транспортные происшествия, что оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов и бремя на систему здравоохранения. В этой статье кратко рассматриваются модели для изучения взаимосвязей хронической боли и ПТСР, а также пути лечения этих состояний. В последние десятилетия когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) закрепила за собой статус одного из наиболее эффективных подходов к лечению данных состояний. Это связано с ее способностью изменять дисфункциональное мышление и поведенческие паттерны, которые поддерживают симптомы как хронической боли, так и ПТСР.

**Ключевые слова:** хроническая боль. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Коморбидность ПТСР и хронической боли. Когнитивно-поведенческая психотерапия.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 20% взрослого населения сталкиваются с различными формами хронической боли. Она определяется как стойкое болевое ощущение, сохраняющееся более трех месяцев. Это состояние может быть вызвано различными факторами, включая физические травмы, воспалительные процессы или нейропатии [36; 38]. В соответствии с биопсихосоциальной моделью заболевания, люди с хронической болью часто сообщают, что боль мешает им заниматься профессиональной, социальной или досуговой деятельностью. Эта неспособность заниматься повседневной деятельностью может негативно влиять на настроение (например, приводить к чувствам безнадежности, депрессии или тревоги), усилению социальной изоляции и физической слабостью, все это может усугублять или способствовать переживанию боли [27].

Согласно различным исследованиям, ПТСР затрагивает до 3,5% населения в течение жизни [19]. ПТСР может возникнуть после воздействия события, которое является или воспринимается человеком как угрожающее его собственной жизни или другого человека. Характерные симптомы ПТСР включают: 1) воздействие травмирующего события, которое сопряжено с угрозой смерти или серьезной травмы; 2) повторные переживания в виде навязчивых мыслей, ночных кошмаров, воспоминаний о травмирующем событии и психофизиологической реактивности на сигналы о травмирующем событии; 3) избегание мыслей, людей и мест, напоминающих о травмирующем событии, эмоциональное оцепенение и отсутствие эмоциональной привязанности; и 4) симптомы повышенной возбудимости, включая повышенную чувствительность к испугу, проблемы со сном, трудности с концентрацией внимания, повышенную бдительность и наличие раздражительности и гнева [1]. Исследование Kessler et al. подчеркивает высокую коморбидность ПТСР с депрессией и тревожными расстройствами [20].

Сочетание хронической боли и ПТСР может иметь серьезные негативные последствия для адаптивного функционирования. Исследования показывают, что пациенты с хронической болью и ПТСР испытывают более сильную боль и аффективный дистресс и большую инвалидность, чем пациенты с болью или ПТСР по отдельности [25; 33; 35]. В ряде исследований описывается, что от 45% до 80% пациентов с ПТСР обратившихся за лечением ПТСР сообщают о наличии хронической боли [9; 23]. Высокий уровень коморбидности и совпадающих симптомов между хронической болью и ПТСР позволяет предположить, что эти два расстройства могут быть связаны между собой.

Возможный синергитический эффект между хронической болью и посттравматическим стрессовым расстройством представляет теоретический и практический интерес. Многочисленные исследования обнаружили связь между хронической болью и ПТСР [13;34] с высокой совместной распространенностью и взаимовлияниями [28]. Важно, чтобы специалисты здравоохранения помогали пациентам разрабатывать стратегии управления этими взаимовлияющими и сложными состояниями с течением времени. Большинство исследователей, а также в руководстве по клинической практике Американской психологической ассоциации признается дефицит рандомизированных контролируемых или продольных (лонгитудинальных) исследований, посвященных передовым методам лечения коморбидных расстройств и выявлена необходимость в исследованиях коморбидных заболеваний при ПТСР [3; 4].

Около двадцати лет назад были опубликованы новаторские статьи, которые послужили началом для будущих исследований [6; 32]. В своем обзоре 2001 года Sharp и Harvey были первыми, кто изучил публикации, касающиеся коморбидности ПТСР и хронической боли, отметив недостаток исследований в этой области. С точки зрения распространенности они отметили наличие хронической боли в 20–80% случаев травм, и обнаружили ПТСР в 10–50% случаев хронической боли. Таким образом, эти первоначальные результаты предоставили некоторые предварительные доказательства коморбидной связи между двумя синдромами.

Основываясь на этих результатах, Sharp и Harvey описали семь факторов, которые объясняют взаимное поддержание ПТСР и хронической боли. Первый — это «предвзятость внимания», когда болезненные ощущения напоминают пациенту о травме на повторяющейся основе.

Второй — «тревожная чувствительность», поддерживает коморбидность ПТСР и хронической боли посредством интерпретации ощущений. Другими словами, связанная с ПТСР тревога способствует поддержанию убеждений человека в том, что боль вредна и опасна, тем самым еще больше беспокоя человека.

Третий фактор касается «вторгающихся воспоминаний о травме». Здесь хроническая боль рассматривается как триггер травмы, провоцирующий флешбэки, это поддерживает связь между физическим ощущением и травмой. Четвертый фактор — «избегающий стиль совладания» или избегающий копинг, связан не только с неспособностью страдающего хронической болью выполнять определенные физические действия, что запускает процесс декондиционирования, но и с избегающим поведением, характерным для ПТСР.

«Депрессия и низкая поведенческая активность» являются пятым фактором коморбидности, ответственным за поддержание инвалидизации со стороны хронической боли и избегающего поведения со стороны ПТСР.

Шестым фактором, согласно Sharp и Harvey является «восприятие боли», которое усиливается тревогой и увеличивает уровень воспринимаемой боли, эмоционального дистресса и инвалидизации пациента. Наконец, поскольку «когнитивные ресурсы», необходимые для управления хронической болью и ПТСР, истощены, остается мало возможностей для разработки более адаптивных стратегий. Все эти факторы указывают на высокое взаимовлияние ПТСР и хронической боли, каждый синдром способствует поддержанию или даже усугублению симптомов другого [32].

Аналогичным образом, Асмундсон и др. [5] опубликовали обзор и предложили модель для понимания связи ПТСР и боли, основанную на уязвимости и роли тревоги. В данной модели сенситивность к тревоге

повышает настороженность человека во время стрессового события. Это, в свою очередь, делает человека более предрасположенным к развитию ПТСР посредством осознания угрозы — а также риска — хронической боли из-за телесных повреждений. Однако, в отличие от Sharp и Harvey, которые рассматривают «тревожную чувствительность» как фактор, поддерживающий связь ПТСР и хронической боли, Асмундсон и др. рассматривают ее как предрасположенность к возникновению двух синдромов и их коморбидности. Проведение различия между «этиологической уязвимостью» и «фактором поддержания» тем не менее является основополагающим. Является ли связь между ПТСР и болью результатом сопутствующей патологии, причинно-следственной связи или факторов усугубления? Является ли боль непризнанным симптомом в нозологии ПТСР? По мнению Sharp и Harvey [32], это сопутствующая связь, при которой хроническая боль и ПТСР взаимно поддерживаются различными факторами, включая такие факторы, как депрессия и тревога. Следует ли рассматривать эти патологии как факторы поддержания, как предполагают авторы, или они также являются сопутствующими расстройствами? Для Асмундсона и др. [5] это скорее проблема разработки описания этиологической уязвимости, которая может объяснить начало и сопутствующую патологию хронической боли и ПТСР. Но даже это не объяснит, почему эти два расстройства развиваются параллельно, ни то, как они взаимно поддерживаются.

Отис, Кин и Кернс [28] предложили модель тройной уязвимости [7], интегрировав предыдущие идеи, чтобы объяснить развитие хронической боли и ПТСР. Согласно этой модели, могут существовать биологические, психологические и специфические психологические факторы уязвимости, которые способствуют развитию обоих состояний.

Существуют работы с описанием роли генетических/биологических факторов риска развития тревожных расстройств и посттравматического стрессового расстройства, а также хронической боли [18;22]. Боль может иметь биологическую основу, но так же, как биологическая уязвимость является фактором риска развития тревоги, но недостаточна для того, чтобы вызвать тревожное расстройство, наличие только структурной патологии часто недостаточно для того, чтобы объяснить наличие хронической боли. Для развития хронической боли или ПТСР также должны присутствовать другие психологические факторы уязвимости. Одним из факторов, который был предложен в качестве психологической уязвимости, является «тревожная чувствительность», которая относится к страху перед ощущениями, связанными с возбуждением, возникающими из-за убеждений, что эти ощущения имеют вредные последствия [5;6]. Считается, что человек

с высоким уровнем тревожной чувствительности, скорее всего, испытывает страх в ответ на физические ощущения, такие как учащенное сердцебиение, одышка или боль, думая, что эти симптомы могут сигнализировать о том, что что-то не так. Считается, что в ситуациях, когда люди с высоким уровнем тревожности сталкиваются с травмирующими обстоятельствами или болью, они реагируют на это с большим страхом и избеганием, чем люди с низким уровнем тревожности. Таким образом, склонность реагировать страхом на физические ощущения рассматривается как общая уязвимость, способствующая развитию любого из этих расстройств.

Другой психологической уязвимостью является отсутствие контроля, что характерно для обоих расстройств. Например, когда человек подвергается воздействию травмирующего события, для развития ПТСР у него должна развиваться тревога или ощущение, что события, включая его собственную эмоциональную реакцию на них, протекают непредсказуемым и неконтролируемым образом. Когда развивается негативный аффект и чувство неконтролируемости, может возникнуть ПТСР.

Исследования показали, что пациенты с хронической болью часто демонстрируют неконструктивные копинг стратегии, имеют слабую социальную поддержку и ощущают отсутствие контроля [12]. Если говорить более конкретно, то для того, чтобы у некоторых людей развилась хроническая боль, они должны также верить в то, что боль возникает непредсказуемым и неконтролируемым образом. В сочетании с неудачными попытками справиться с болью в прошлом это может привести к снижению самооценки и низким ожиданиям в отношении адаптивного преодоления боли в будущем, что может стать специфической психологической уязвимостью для развития хронической боли.

Исследования, проведенные в последующие годы, продвинули эти ранние модели, но вопрос о связи остается преобладающим. В глобальном масштабе мы можем разделить исследования на несколько типов: некоторые склонны видеть связь коморбидности между диагнозами ПТСР и хронической болью; другие ищут медиаторы, такие как тревога или депрессия, которые, вероятно, объясняют сохранение этой коморбидности [8].

Пациенты с хронической болью и ПТСР часто сталкиваются с ограничениями в повседневной активности, снижением работоспособности и ухудшением психоэмоционального состояния. Совместное присутствие этих состояний может усугублять клиническую картину каждого из них, что делает поиск эффективных методов лечения особенно актуальным.

Исследования показывают, что КПТ способствует значительному снижению интенсивности боли и улучшению психосоциального

функционирования у пациентов с хроническими болевыми синдромами, несмотря на то, что снижение интенсивности хронической боли не является самоцелью КПТ [37]. Когнитивно-поведенческая терапия уменьшает боль у пациентов с остеоартритом [15], хронической болью в спине и шее [21] и головной болью напряжения [17]. В метаанализе 22 рандомизированных контролируемых исследований психологических методов лечения хронической боли в пояснице когнитивно-поведенческая терапия была признана эффективной [16].

КПТ — это подход к лечению на основе навыков, который фокусируется на обучении пациентов способам выявления и изменения дезадаптивных мыслей, чувств и поведения, а также замене их более сбалансированными и адаптивными мыслями, с конечной целью улучшения общего качества жизни пациентов и снижения психологического дистресса. Кроме того, когнитивно-поведенческие подходы фокусируются на изменении неконструктивных копинг стратегий и обучают адаптивным паттернам поведения. КПТ при боли направлена на изменение неадаптивных мыслей и поведения, которые служат для поддержания и усугубления опыта боли [29]. Когнитивно-поведенческий подход основан на понимании того, что люди, как правило, перестают быть активными не из-за боли, а потому, что они привыкли к мысли и концепции, что они физические «инвалиды». Таким образом, КПТ при хронической боли включает в себя изменение этих убеждений и обучение пациентов способам безопасного возвращения приятных и значимых занятий в их жизнь. Это может быть особенно сложной задачей, когда мысли, связанные с инвалидностью, присутствуют в течение многих лет [27].

Существует несколько ключевых компонентов КПТ при хронической боли, включая когнитивную реструктуризацию (т. е. обучение пациентов тому, как распознавать и изменять дезадаптивные мысли), релаксационный тренинг (например, диафрагмальное дыхание, прогрессивная мышечная релаксация), формирование активности на основе временных квот (т. е. обучение пациентов тому, как стать более активными, не переусердствуя), практики осознанности, принятия и градуированные домашние задания, разработанные для того, чтобы уменьшить избегание активности пациентами и вернуть здоровый, более активный образ жизни. Поскольку люди, испытывающие хроническую боль, часто сообщают о снижении уровня активности и ухудшении социального функционирования, КПТ также фокусируется на содействии повышению активности пациентов и продуктивному функционированию с использованием таких методов, как домашнее задание с упражнениями, планирование деятельности и градуированные задания [29].

Аналогично, при лечении ПТСР КПТ зарекомендовала себя как метод первой линии благодаря своей направленности на переработку травматических воспоминаний и формирование новых адаптивных когниций [10]. Исследования показывают, что подходы когнитивно-поведенческой психотерапии с использованием пролонгированной экспозиции и когнитивно-ориентированными стратегиями являются наиболее эффективными и действенными методами лечения [2; 11; 14; 24; 30].

Пролонгированная экспозиция включает в себя повторное воображаемое воздействие травматического воспоминания и повторное воздействие *in vivo* безопасных ситуаций, которых ранее избегали. В ходе когнитивной реструктуризации терапевты работают с клиентами над оспариванием ложных убеждений вокруг тем безопасности, доверия, власти и контроля, уважения и близости. В целом, КПТ дает большой, клинически значимый эффект лечения не только симптомов ПТСР, но и сопутствующих расстройств, заболеваний и коморбидных состояний, таких как депрессия, общая тревожность, соматические проблемы, диссоциация и самоповреждающее поведение [30].

Обоснование для проведения комплексной терапии хронической боли и ПТСР основывается на исследованиях по лечению обоих расстройств, знании основанных на фактических данных методов лечения обоих состояний. В результате было разработано большое количество различных комплексных программ терапии для удовлетворения потребностей пациентов с коморбидными расстройствами [26].

Когнитивно-поведенческая терапия предлагает структурированный подход к лечению через изменение оценок пациента относительно своей боли или травматических воспоминаний и разработку стратегий совладания с ними.

Развитие когнитивных навыков по выявлению, оценке и реструктуризации убеждений о боли и ПТСР. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции, например осваивание диафрагмального дыхания, прогрессивной мышечной релаксации, практик осознанности и принятия. Преодоление избегания, посредством экспозиции *in vivo*, интроцептивной экспозиции, а также применение поведенческой активации с целью увеличения приятной и полезной активности. Отдельно стоит обратить внимание на восстановление качества сна, возобновление социальных контактов и развитие межличностных навыков, навыков ассертивности.

Таким образом, нам видится перспективной разработка программы комплексной терапии коморбидного ПТСР и хронической боли. Будущие исследования, основанные на КПТ, могут в конечном итоге привести

к созданию высокоэффективных методов терапии этого сложного клинического состояния. Исследования, которые углубляют наше понимание механизмов общей уязвимости, могут также привести к повышению эффективности терапии и, возможно, способствовать разработке эффективных профилактических мер.

В настоящее время перед исследователями стоит актуальная задача — установить механизмы взаимосвязи между ПТСР и болью и найти эффективные, эмпирически обоснованные методы лечения их комплексного генеза и проявления.

### Список литературы

1. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр. Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. М.: Российское общество психиатров, 1998.
2. Ahrens J, Rexford L. Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *J Agress Maltreat Trauma* 2002; 6(1): 201–16.
3. American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults. (2017). Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. Retrieved July 28, 20 from <https://www.apa.org/ptsd-guide/line/ptsd.pdf>.
4. Anderson, T. E., Ellegard, H., Schiottz-Christensen, B., & Manniche, C. (2018). Somatic experiencing for patients with low back pain and comorbid posttraumatic stress disorder—protocol of a randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18, 308–315.
5. Asmundson GJG, Coons MJ, Taylor S, Katz J. PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Can J Psychiatry* 2002.
6. Asmundson, G. J., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: State-of-the-art. *Depression and Anxiety*, 26(10), 888–901.
7. Barlow DH. *Anxiety and Its Disorders*. New York, NY: Guilford Press; 2002.
8. Beck JG, Clapp JD. A different kind of co-morbidity: Understanding posttraumatic stress disorder and chronic pain. *Psychol Trauma*. 2011 Jun;3(2): 101–108. doi: 10.1037/a0021263. PMID: 21765966; PMCID: PMC3134278
9. Beckham JC, Crawford AL, Feldman ME, et al. Chronic post-traumatic stress disorder and chronic pain in Vietnam combat veterans. *J Psychosom Res* 1997; 43: 379–89.
10. Bisson JJ et al., “Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults.” *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2013.
11. Chard KM. An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 965–71.
12. DeGood DE, Tait RC. Assessment of pain beliefs and pain coping. In: Turk DC, Melzack R, eds. *Handbook of Pain Assessment*. New York, NY: Guilford; 2001: 320–45.

13. Fishbain, D. A., Pulikal, A., Lewis, J. E., & Gao, J. (2017). Chronic pain types differ in their reported prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) and there is consistent evidence that chronic pain is associated with PTSD: An evidence-based structured systematic review. *Pain Medicine*, 18, 711–735.
14. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. Expert Consensus Guide: Treatment of traumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(16): 60–6.
15. Heinrich RL, Choen MJ, Naliboff BD, Collins GA, Bonebakker AD. Comparing physical and behavioral therapy for chronic low back pain on physical abilities, psychological distress and patients' perceptions. *J Behav Med* 1985;8: 61–78.
16. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low-back 2007;26(1): 1–9.
17. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, et al. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2208–15.
18. Jeffrey S, Ph.D. Mogil (ed.) *The Genetics of Pain*. Seattle, WA: IASP Press; 2004.
19. Kessler RC et al., "Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society." *Journal of Clinical Psychiatry*; 2000.
20. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec; 52(12): 1048–60. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012. PMID: 7492257.
21. Linton SJ, Ryberg M. A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: A randomized controlled trial. *Pain* 2001; 90: 83–90.
22. Lonsdorf TB, Weihe AI, Nikamo P, et al. Gating of human fear learning and extinction: Possible implications for gene-environment interaction in anxiety disorder. *Psychol Sci* 2009; 20(2): 198–206.
23. McFarlane AC, Atchison M, Rafalowicz E, Papay P. Physical symptoms in posttraumatic stress disorder. *J Psychosom Res* 1994;42: 607–17.
24. Monson CM, Schnurr PP, Resick PA, et al. Cognitive processing therapy for veterans with military related posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 898–907.
25. Morrison J, Scioli E, Schuster J, Otis J. The prevalence and impact of comorbid chronic pain and PTSD on U.S. veterans. Poster presented at: 29th Annual Meeting of the Anxiety Disorders Association of America, New Mexico; March/Chicago, IL.
26. Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. New York, NY: The Guilford Press; 2003.
27. Otis JD, Keane TM, Kerns RD, Monson C, Scioli E. The development of an integrated treatment for veterans with comorbid chronic pain and posttraumatic stress disorder. *Pain Med*. 2009 Oct;10(7):1300–11. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00715.x. PMID: 19818040
28. Otis, J. D., Keane, T. M., & Kerns, R. D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 40(5), 397–406.
29. Otis, John D., *Managing Chronic Pain: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach, Therapist Guide, Treatments That Work* (New York, 2007; online edn, Oxford Academic, 1 Jan. 2015).

30. Resick PA, Galovski TE, O'Brien Uhlmansiek M, Scher CD, Clum GA. Young-Xu, Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(2): 243–58.
31. Schulz PM, Resick PA, Christian HL, Griffin MG. The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community sample. *Cogn Behav Pract* 2006; 13(4): 322–31.
32. Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21(6), 857–877.
33. Sherman JJ, Turk DC, Okifuji A. Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain* 2000; 16: 127–34.
34. Tunks, E. R., Crook, J., & Weir, R. (2008). Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: Prevalence, risk, course, and prognosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 224–234.
35. Turk DC, Okifuji A. Perception of traumatic onset, compensation status, and physical findings: Impact on pain severity, emotional distress, and disability in chronic pain patients. *J Behav Med* 1996; 19: 435–53.
36. Vos T, Allen C., Arora M., Barber R.M., Brown A., Carter A., Casey D.C., Charlson F.J., Chen A.Z.; Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016). “Global regional and national incidence prevalence and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries 1990–2016,” *The Lancet*.
37. Williams AC de C et al., “Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults.” *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2020.
38. World Health Organization. “World report on ageing and health.” Geneva: WHO; 2015.

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СХЕМ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

*Карголь Ирина Викторовна*

*Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии,  
НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»*

*Семашкина Ирина Николаевна*

*НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»*

**Аннотация.** Статья посвящена проблеме бесплодия, которая является одной из ведущих в области репродуктивного здоровья. Этот фактор значительно определяет качество жизни, влияет на эмоциональное состояние и психологическое благополучие женщин. В статье представлены результаты эмпирического исследования особенностей эмоционального реагирования женщин с диагнозом бесплодие. В этой связи научный и практический интерес представляет изучение эмоциональных схем, которые играют особую роль в возникновении и поддержании эмоционального неблагополучия женщин с диагнозом бесплодия.

**Ключевые слова:** бесплодие, эмоциональные схемы, особенности эмоциональной сферы, стресс и бесплодие, женщины с диагнозом бесплодие.

С давних пор роль и статус женщины в обществе связаны с материнством. Материнство для женщины — это значимый этап, приводящий к многочисленным изменениям как в её социальной роли, так и в личности. Этот переход часто сопровождается существенной психологической адаптацией, которая затрагивает целый спектр аспектов: от самоидентификации до взаимоотношений с окружающими [13]. Невозможность зачать ребенка и диагноз бесплодие оказывают на женщину сильное психологическое влияние. Бесспорно, для мужчин это тоже стресс, но многие авторы отмечают, что в большинстве случаев особо эмоционально значимым и сложно переносимым психологически этот диагноз является именно для женщин [1, 4, 5].

Диагноз бесплодие значительно определяет качество жизни, влияет на эмоциональное состояние и психологическое благополучие женщин. В то же время когнитивные аспекты, такие как восприятие ситуации, паттерны мышления и совладающие стратегии играют важную роль в том, как женщины справляются с этой проблемой [2, 3, 13].

Психоземotionalный стресс, связанный с бесплодием, — это состояние усталости, напряжения и дискомфорта, порождаемое различными психологическими факторами. Среди этих факторов — тревога и страх, беспокойство и неуверенность, конфликты. К формированию стресса ведут различные факторы, в том числе длительные попытки женщины забеременеть

и неудачи в лечении, чувство вины, невозможность сохранять контроль над собственным телом и жизнью [13]. Описывая проблему бесплодия, женщины называют ее одной из сложнейших среди тех, с которыми им приходилось сталкиваться. Состояния, в которых оказываются женщины, преодолевающие бесплодие, по стрессогенности сравнивают и сопоставляют с такими тяжелыми психологическими травмами, как утрата члена семьи, неизлечимое заболевание, развод и т.п. [8].

Поэтому всё чаще звучат мысли о доминантной роли психологических детерминантов, связанных с бесплодием: о роли личностной и эмоциональной составляющей, в том числе о способах регуляции эмоций, о влиянии стресса и о значении внутренних ресурсов противостояния стрессу.

Особый интерес в возникновении и поддержании психопатологии представляет новый подход Роберта Лихи. Модель эмоциональных схем Роберта Лихи предполагает, что люди могут отличаться в том, как они оценивают свои эмоции, свой опыт их переживания. Некоторые воспринимают эмоции негативно, что приводит к ухудшению состояния. А некоторые принимают свои эмоции и используют их конструктивно, что ведет к формированию адаптивных жизненных стратегий. Эти индивидуальные теории эмоций, то есть эмоциональные схемы или представления об эмоциях, играют ключевую роль в формировании реакций на стрессовые ситуации [6]. На данный момент эмоциональные схемы у женщин, страдающих бесплодием, практически не изучены. Исследования в этой области могут помочь лучше понять состояния женщин и их реакции, а также разработать эффективные методы поддержки и помощи для этой категории клиенток. Располагая такой информацией, практикующий психолог сможет выстроить своё терапевтическое вмешательство более целенаправленно и более эффективно, что значительно улучшит общее психоэмоциональное состояние женщин и их качество жизни.

Исходя из описанных выше теоретических положений, в своем исследовании мы поставили цель изучить особенности эмоциональных схем женщин, страдающих бесплодием.

**Для этого мы использовали следующие методики:**

1. Шкала тревожности А. Бека (Beck A.T., 1961).
2. Шкала депрессии А. Бека в адаптации Н. В. Тарабриной [11].
3. Опросник «Шкала эмоциональных схем Р. Лихи» (LESS II) в адаптации Н. А. Сироты, Д. В. Московченко, В. М. Ялтонского и др. [9].

**Характеристика выборки.** В нашем исследовании приняли участие 88 женщин в возрасте от 25 до 44 лет, из них 1-я (основная) группа — женщины с бесплодием (46 человек); 2-я (контрольная) группа — фертильные

женщины, не планирующие беременность в ближайшее время (42 человека). Критерии включения в исследование: все женщины одного возрастного диапазона, проживающие на территории РФ.

Средний возраст составлял 36,3 года (37,2 года в группе фертильных женщин и 35,5 лет в группе женщин с бесплодием). Все женщины с бесплодием имеют партнеров, состоят в официальном браке или живут в гражданском браке, имеют постоянную половую жизнь и не могут забеременеть, выносить, родить ребенка в течение как минимум 12 месяцев. Женщины, вошедшие в группу фертильных, имеют одного и более детей, 30,9% из них — многодетные мамы.

Исследование проводилось с марта по июль 2024 на базе благотворительного фонда «Свет в руках».

**Обсуждение результатов исследования.** Сравнение средних значений по методикам шкала тревоги Бека и шкала депрессии Бека с помощью критерия Манна-Уитни в группах женщин с бесплодием и здоровых отобразено в Таблице № 1.

Показатели выраженности тревоги выше в группе женщин с бесплодием, что подтверждает статистика критерия Манна-Уитни ( $p=0,000026$ ). Соответственно у женщин с бесплодием более выражены такие симптомы тревоги, как мысли о возможных сложных ситуациях и катастрофах, мысли о своей смерти и смерти близких, чувство покалывания в теле, жар или онемение, тремор, удушье и обмороки.

Таблица 1. Сравнение групп женщин по показателям депрессии и тревожности

	Женщины с бесплодием		Здоровые женщины		Статистика U Манна-Уитни	Значимость
	Среднее	Стд. отклонение	Среднее	Стд. отклонение		
Шкала тревоги Бека	18,0	10,1	11,0	8,8	546	0,000
Когнитивно-аффективная субшкала	9,8	8,2	3,1	3,2	466	0,000
Субшкала соматических проявлений депрессии	5,7	4,3	2,6	2,4	552	0,000
Шкала депрессии Бека	15,5	11,8	5,7	5,1	471,5	0,000

Показатели когнитивно-аффективной субшкалы депрессии по Беку выше в группе женщин с бесплодием, что подтверждает статистика критерия Манна-Уитни ( $p=0,00049$ ). То есть женщинам с бесплодием более свойственны мысли о своем будущем в негативном ключе, о собственной бесполезности и ничтожности, чем здоровым женщинам. А также более свойственны чувства отвращения, страха и вины.

Показатели субшкалы соматических проявлений депрессии по Беку выше в группе женщин с бесплодием, что подтверждает статистика критерия Манна-Уитни ( $p=0,00034$ ). Соответственно, у женщин с бесплодием сильнее проявляются телесные симптомы депрессии, такие как усталость, апатия, бессонница, набор или потеря веса, снижение либидо и трудоспособности.

Показатели выраженности депрессии по шкале депрессии Бека выше, в группе женщин с бесплодием, что подтверждает статистика критерия Манна-Уитни ( $p=0,00044$ ). То есть у женщин с бесплодием в целом более выражены депрессивные симптомы: тяжелые, грустные мысли и негативные переживания, нарушение питания, сна, ангедония, апатия и утрата либидо.

Сравнение средних показателей по методике Шкала эмоциональных схем Лихи отоброжено в Таблице № 2.

Таблица 2. Сравнение групп женщин по показателям шкалы эмоциональных схем Лихи

	Женщины с бесплодием		Здоровые женщины		Статистика U Манна-Уитни	Значимость
	Среднее	Стд. отклонение	Среднее	Стд. отклонение		
<b>Инвалидация</b>	<b>3,2</b>	<b>1,0</b>	<b>2,7</b>	<b>0,8</b>	<b>712</b>	<b>0,031</b>
<b>Непонятность</b>	<b>3,0</b>	<b>1,3</b>	<b>2,5</b>	<b>0,9</b>	<b>723,5</b>	<b>0,041</b>
Вина и стыд	2,0	1,1	1,9	0,9	958	0,945
Упрощенный взгляд на эмоцию	4,7	0,9	4,6	0,9	933	0,780
Связь с ценностями	3,0	0,9	3,0	1,1	931	0,767
Потеря контроля	2,8	1,4	2,4	1,1	825	0,234
Бесчувственность	2,7	1,1	2,4	0,9	801	0,162
Чрезмерная рациональность	3,4	1,1	3,2	1,1	836,5	0,274
<b>Длительность</b>	<b>2,9</b>	<b>1,1</b>	<b>2,4</b>	<b>1,1</b>	<b>711,5</b>	<b>0,031</b>
Низкий консенсус	2,8	0,9	2,9	1,1	923,5	0,718
<b>Непринятие чувств</b>	<b>2,6</b>	<b>1,0</b>	<b>2,2</b>	<b>0,9</b>	<b>727</b>	<b>0,043</b>
<b>Руминации</b>	<b>3,3</b>	<b>1,4</b>	<b>2,4</b>	<b>1,2</b>	<b>622,5</b>	<b>0,004</b>
Степень выражения	2,4	0,9	2,2	0,8	884,5	0,489
Обвинение	2,9	1,2	2,8	1,1	877,5	0,454
<b>Общая напряженность эмоциональных схем</b>	<b>38,7</b>	<b>8,2</b>	<b>34,8</b>	<b>6,1</b>	<b>716</b>	<b>0,037</b>

Выраженность таких эмоциональных схем, как «вина и стыд», «упрощенный взгляд на эмоцию», «обесценивание», «потеря контроля», «бесчувственность», «чрезмерная рациональность», «низкий консенсус»,

«степень выражения» и «обвинение» статистически не различается в группах женщин с бесплодием и здоровых, что подтверждает критерий Манна-Уитни ( $p > 0,05$ ).

Эмоциональная схема «инвалидация» выше в группе у женщин с бесплодием, что подтверждает критерий Манна-Уитни ( $p = 0,031$ ). То есть женщины с бесплодием чаще, чем здоровые женщины склонны считать, что окружающие люди не понимают их чувств, не заботятся о них, не считают значимыми их эмоции. То есть они ожидают от окружающих обесценивания своих чувств и в связи с этим обесценивают способность окружающих к сопереживанию.

Эмоциональная схема «непонятность» выше в группе женщин с бесплодием, что подтверждает критерий Манна-Уитни ( $p = 0,041$ ). Это говорит о том, что женщины с бесплодием хуже понимают собственные чувства, считают, что в их эмоциях нет смысла, реже понимают причины их возникновения, чем здоровые женщины.

Эмоциональная схема «длительность» выше в группе женщин с бесплодием, что подтверждает критерий Манна-Уитни ( $p = 0,031$ ). То есть женщины с бесплодием более склонны ожидать, что сильные чувства продлятся долго и даже усилятся со временем, и это станет невыносимым.

Показатель «непринятие чувств» выше в группе женщин с бесплодием, что подтверждает критерий Манна-Уитни ( $p = 0,043$ ). Соответственно, женщины с бесплодием более, чем здоровые женщины, склонны остерегаться, избегать и не принимать некоторые свои чувства, либо боясь, что они захлестнут целиком, либо думая, что если принять «плохую» эмоцию, то я стану «плохим» человеком.

Показатель «руминации» выше в группе женщин с бесплодием, что подтверждает критерий Манна-Уитни ( $p = 0,004$ ). То есть женщины с бесплодием чаще, чем здоровые женщины, склонны постоянно мысленно возвращаться к негативным переживаниям, прокручивая их в голове. Они склонны часто и без конца задаваться одними и теми же вопросами обвинительного характера, сосредотачиваться на их значении.

Таким образом, сравнительный анализ показал, что женщины с бесплодием более склонны к дисфункциональным эмоциональным схемам, чем фертильные женщины. Они чаще склонны считать, что другие люди не способны понять, их чувства, у них возникают сложности в понимании своих чувств и что служит причиной этих чувств, они чаще склонны сдерживать свои эмоции и ожидать, что сильные чувства будут длиться вечно, а также постоянно искать значение своих эмоций. Кроме того, женщины с бесплодием чаще испытывают стыд и вину, страх и горе, чем

здоровые женщины. К тому же, женщины с бесплодием более склонны к тревожным и депрессивным состояниям.

Далее для изучения связи эмоциональных схем женщин с бесплодием связаны с тревожно-депрессивной симптоматикой мы проанализировали корреляции. Обнаружены значимые корреляции между показателями эмоциональных схем и показателями тревожно-депрессивной симптоматики у женщин с бесплодием отображены в Таблице № 3.

Таблица 3. Обнаруженные корреляции между показателями депрессии и тревоги и шкалой эмоциональных схем Лихи

	Шкала тревоги	Когнитивно-аффективная субшкала проявлений депрессии	Субшкала соматических проявлений депрессии	Шкала депрессии
Инвалидация		0,344*		0,305*
Непонятность	0,544**	0,458**	0,317*	0,450**
Вина и стыд	0,318*	0,383**		0,366*
Потеря контроля	0,498**	0,488**	0,330*	0,479**
Длительность	0,328*	0,453**	0,295*	0,443**
Низкий консенсус	0,303*	0,339*		0,361*
Непринятие чувств	0,354*	0,296*		
Руминации	0,552**	0,603**	0,389**	0,561**
Степень выражения		0,329*		0,307*
Обвинение	0,354*	0,392**		0,343*
Общая напряженность эмоциональных схем	0,602**	0,575**	0,353**	0,543**

\* — достоверные корреляции (уровень значимости 0,05)

\*\* — достоверные корреляции (уровень значимости 0,01)

Как видно из таблицы, выраженность эмоциональной схемы «инвалидация» положительно связана с когнитивно-аффективной шкалой депрессии ( $p < 0,05$ ) и общей шкалой депрессии ( $p < 0,05$ ). То есть, чем больше женщины с бесплодием склонны считать, что другие люди не способны понять их эмоции и проявить к ним сочувствие, тем сильнее они склонны к переживанию негативных эмоций, самообвинениям, и тем более они склонны к депрессии в целом.

Выраженность эмоциональной схемы «непонятность» положительно связана со шкалой тревоги ( $p < 0,01$ ) когнитивно-аффективными ( $p < 0,01$ ) и соматическими проявлениями ( $p < 0,05$ ) депрессии и шкалой депрессии

( $p < 0,01$ ). То есть, чем более женщины с бесплодием склонны считать, что их эмоции бессмысленны и хаотичны, тем больше они испытывают тревогу, тем сильнее у них аффективные и физические проявления депрессии.

Выраженность эмоциональной схемы «вина и стыд» положительно связана со шкалой тревоги ( $p < 0,05$ ), когнитивно-аффективными ( $p < 0,01$ ) проявлениями депрессии и общим балом шкалы депрессии ( $p < 0,05$ ). То есть, чем больше женщины с бесплодием склонны стыдиться своих собственных чувств, тем сильнее у них выражена тревога и депрессия.

Выраженность эмоциональной схемы «потеря контроля» положительно связана со шкалой тревоги ( $p < 0,01$ ), когнитивно-аффективными ( $p < 0,01$ ) и соматическими ( $p < 0,05$ ) проявлениями депрессии и шкалой депрессии ( $p < 0,01$ ). Это означает, что чем больше женщины с бесплодием склонны считать, что необходимо контролировать и подавлять свои эмоции, и чем больше они беспокоятся о том, смогут ли они контролировать, чтобы эмоции не вышли из-под контроля, тем сильнее у них выражены тревожные и депрессивные тенденции, в том числе проявляющиеся на вегетативном уровне.

Выраженность эмоциональной схемы «длительность» положительно связана со шкалой тревоги ( $p < 0,05$ ), когнитивно-аффективными ( $p < 0,01$ ) и соматическими ( $p < 0,05$ ) проявлениями депрессии и шкалой депрессии ( $p < 0,01$ ). То есть, чем больше женщины с бесплодием уверены в том, что сильные эмоции длятся долго и усиливаются с течением времени, могут стать невыносимыми, тем больше у них проявляется тревога и депрессия, как на уровне мысли и чувств, так и на уровне тела.

Выраженность эмоциональной схемы «низкий консенсус» положительно связана со шкалой тревоги ( $p < 0,05$ ), когнитивно-аффективными ( $p < 0,05$ ) проявлениями депрессии и шкалой депрессии ( $p < 0,05$ ). Чем более женщины с бесплодием подвержены уверенности, что другие люди не могут испытывать аналогичные с их эмоции, тем более выражены у них тревожная и депрессивная симптоматика, они чувствуют себя одинокими в мире и дефектными.

Выраженность эмоциональной схемы «непринятие чувств» положительно связана со шкалой тревоги ( $p < 0,05$ ), когнитивно-аффективными ( $p < 0,05$ ) проявлениями депрессии. Чем больше женщины с бесплодием склонны избегать и подавлять собственные чувства, тем сильнее у них выражены тревожные и депрессивные проявления.

Выраженность эмоциональной схемы «руминации» положительно связана со шкалой тревоги ( $p < 0,01$ ), когнитивно-аффективными ( $p < 0,01$ ) и соматическими ( $p < 0,01$ ) проявлениями депрессии и шкалой депрессии ( $p < 0,01$ ). Чем больше женщины с бесплодием склонны сосредотачиваться

на своих негативных чувствах, обдумывать их, возвращаться к ним снова и снова, тем сильнее у них проявляются тревожные и депрессивные тенденции, как на когнитивном, так и на вегетативном уровнях.

Выраженность эмоциональной схемы «степень выражения чувств» положительно связана с когнитивно-аффективными ( $p < 0,05$ ) проявлениями депрессии и шкалой депрессии ( $p < 0,05$ ). Чем больше женщины с бесплодием склонны к депрессивным тенденциям, тем сложнее им выражать собственные чувства, говорить о них, делиться ими, позволять себе плакать, ругаться и радоваться.

Выраженность эмоциональной схемы «обвинение» положительно связана со шкалой тревоги ( $p < 0,05$ ), когнитивно-аффективными ( $p < 0,01$ ) проявлениями депрессии и шкалой депрессии ( $p < 0,05$ ). То есть, чем сильнее у женщин с бесплодием выражены тревожные и депрессивные проявления, тем больше они считают, что причиной возникновения их эмоций является действие или бездействие других людей.

Таким образом, эмпирическое исследование показало, что женщины, страдающие бесплодием более склонны к дисфункциональным эмоциональным схемам, чем здоровые женщины. Женщины с бесплодием чаще склонны считать, что окружающие люди не понимают их чувств; ожидают, что сильные чувства продлятся долго и даже усилятся со временем; им сложнее понять свои чувства; они чаще склонны избегать и не принимать некоторые свои чувства; они чаще склонны к руминации, то есть постоянному мысленному возвращению к негативным переживаниям, чем здоровые женщины.

Обнаружены достоверные связи между эмоциональными схемами женщин, страдающих бесплодием и их тревожно-депрессивными симптомами. Чем больше женщины с бесплодием склонны к инвалидации, руминациям, непониманию собственных эмоций, самообвинению, чувству, что их переживания уникальны, продлятся бесконечно долго, тем сильнее выражены у них тревожно-депрессивные симптомы.

В этой связи, видится перспективным применение терапии эмоциональных схем к курации женщин с проблемой бесплодия. Терапия эмоциональных схем сосредоточена на идентификации индивидуальной, уникальной теории эмоций — своих и другого человека, исследовании последствий этих эмоциональных конструкций, дифференциации полезных и бесполезных способов эмоциональной регуляции, а также помощи человеку в том, чтобы интегрировать более адаптивные взгляды на свои эмоции и стратегии совладания с ними [6].

### Список литературы

1. Адамян Л.В. Переживание бесплодия и копинг-стратегии женщин фертильного возраста / Л.В. Адамян, Г.Г. Филиппова, М.В. Калининская // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2012. — №3. — С. 101–105.
2. Битюцкая Е.В. Особенности восприятия репродуктивных трудностей у женщин с разной направленностью копинга / Е.В. Битюцкая, Е.В. Воронцова // Национальный психологический журнал. — 2023. — № 2 (50). — С. 46–65.
3. Карголь И.В. Эмоциональные и поведенческие компоненты в структуре стресса infertility у женщин с бесплодием / И.В. Карголь, М.В. Земляных // Педиатр. — 2021. — Т. 12, № 3. — С. 85–91.
4. Карголь И.В. Психологические аспекты изучения женского бесплодия / И.В. Карголь // Научные ведомости Белгородского государственного университета. — 2012. — № 18 (137), выпуск 15. — С. 202–208.
5. Ланцбург М.Е. Исследования психосоматических аспектов гинекологических и андрологических заболеваний и бесплодия: обзор современных зарубежных исследований / М.Е. Ланцбург, Т.В. Крысанова, Е.В. Соловьева // Современная зарубежная психология. — 2016. — Том 23, № 2. — С. 67–77.
6. Лихи Р. Терапия эмоциональных схем / Роберт Лихи. — СПб.: Питер, 2024. — 448 с.
7. Джалилова Э.Р. Психологический портрет женщин, проходящих программу ЭКО / Э.Р. Джалилова, В.М. Князев // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. 2021. Материалы VI Международной научно-практической конференции 8-9 апреля 2021 г. — Екатеринбург: УГМУ, 2021. — Т. 3. — С. 95–100.
8. Сазонова В.Н. Индивидуально-психологические особенности женщин, страдающих бесплодием / В.Н. Сазонова, Е.С. Снегирева // Известия ВГПУ. — 2019. — №4 (285). — С. 254–257.
9. Сирота Н.А. Психодиагностика эмоциональных схем: результаты апробации русскоязычной краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, В.М. Ялтонский и др. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2016. — № 1. — С. 76–83.
10. Соловьева Е.В. О возможностях психотерапии в преодолении бесплодия: реферативный перевод статьи Л. Дьюб и соавт. «Эффективность психологических вмешательств для психического здоровья и показателей беременности среди лиц с бесплодием: систематический обзор и метаанализ» / Е.В. Соловьева // Новые психологические исследования. — 2023. — № 1. — С. 117–128.
11. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
12. Ткачева Ю.Г. Формирование готовности к материнству у студенток во внеучебном процессе высшей образовательной организации / Ю.Г. Ткачева // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. — 2024. — Т. 30, № 1. — С. 29–35.
13. Шахворостова Т.В. Исследование взаимосвязи механизмов психологической и медицинской этиологии женского бесплодия / Т.В. Шахворостова // Вестник Марийского государственного университета. — 2016. — №3 (23). — С. 28–34.

# РОЛЬ СЕМЕЙНОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

*Кащеева Анастасия Игоревна*

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

**Аннотация.** Статья посвящена роли семейной когнитивно-поведенческой терапии в лечении расстройств пищевого поведения у подростков. В ней рассматриваются основные принципы и методы, преимущества комплексного подхода, а также влияние на семейную динамику и прогноз восстановления подростков.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая терапия, семейная терапия, расстройства пищевого поведения, подростки.

## **Введение**

Расстройства пищевого поведения являются серьезными психическими нарушениями, которые включают нервную анорексию, нервную булимию, приступообразное переедание и другие. Они особенно распространены среди подростков и ассоциируются с высокой заболеваемостью, коморбидностью с депрессивным расстройством, тревожными расстройствами и суицидальным поведением (Фэрберн, 2008).

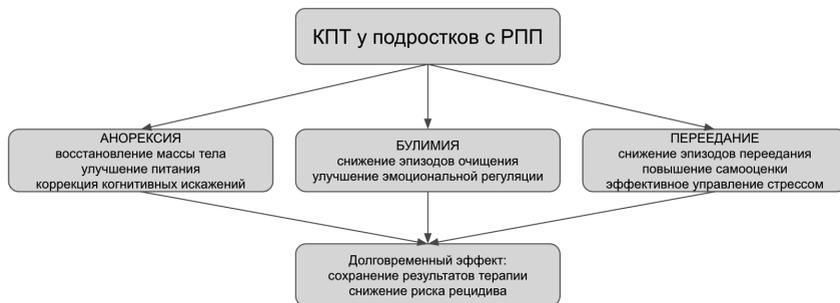
## **Эффективность когнитивно-поведенческой терапии при лечении расстройств пищевого поведения у подростков**

Когнитивно-поведенческая терапия при лечении нервной анорексии помогает восстановить массу тела, нормализовать питание и работать с когнитивными искажениями, которые лежат в основе расстройства. Исследование Лока, Ле Гранжа, 2019, продемонстрировало, что семейная когнитивно-поведенческая терапия приводит к ремиссии у более чем 70% подростков в течение года после начала терапии. Этот метод фокусируется на устранении иррациональных убеждений о теле и весе, что является ключевым фактором восстановления.

При нервной булимии когнитивно-поведенческая терапия помогает подросткам сократить частоту эпизодов переедания и очищения, улучшить эмоциональную регуляцию и снизить уровень стыда, связанного с симптомами. Фэйберн 2008 г показал, что когнитивно-поведенческая терапия является золотым стандартом лечения булимии, обеспечивая

устойчивые улучшения у 40–50% пациентов. Среди подростков эта цифра может быть выше при активном вовлечении семьи, что подчеркивает важность семейного подхода. Приступообразное переедание, связанное с неконтролируемыми эпизодами приема пищи, также успешно лечится с помощью когнитивно-поведенческой терапии. Исследования подтверждают, что подростки, проходящие терапию, значительно сокращают частоту переяданий, улучшают самооценку и начинают более эффективно справляться со стрессом. По данным Аграс 2014 г, около 60% подростков с этим расстройством достигают значительных улучшений уже после 12 недель терапии.

### Успехи КПТ у подростков с РПП



### Этапы семейной когнитивно-поведенческой терапии при лечении расстройств пищевого поведения у подростков

Исследования показывают, что семейная динамика может как способствовать развитию расстройств пищевого поведения, так и играть ключевую роль в их лечении. Подход семейной когнитивно-поведенческой терапии основан на предположении Лока и Ле Гранжа 2019 г, что реструктуризация семейных отношений и вовлечение родителей в терапевтический процесс способствует более быстрому выздоровлению подростков.

Основная цель семейной когнитивно-поведенческой терапии- создание здоровой семейной среды, где подросток может безопасно работать над восстановлением питания, изменением деструктивных когнитивных установок и улучшением эмоциональной регуляции. В рамках этого подхода предполагается, что деструктивные семейные паттерны, такие как чрезмерный контроль, эмоциональная холодность или чрезмерное внимание к весу и питанию, должны быть реструктурированы. Родители и близкие

родственники обучаются новым моделям взаимодействия, которые способствуют созданию безопасной среды для подростка (Кутюрье, 2013 г).

Исследования, включая работы Лока и Ле Гранжа 2019 г, демонстрируют, что такой подход повышает вероятность ремиссии и снижает риск рецидивов.

Схема, которая подробно описывает этапы семейной когнитивно-поведенческой терапии при работе с расстройствами пищевого поведения.

Основные этапы работы в семейной когнитивно-поведенческой терапии.

### СЕМЕЙНАЯ ПОДДЕРЖКА



Психообразование и уменьшение конфликтов



Реструктуризация когнитивных искажений



Изменение поведенческих навыков



Укрепление изменений и профилактика рецидивов

Этапы терапии варьируются в зависимости от конкретной ситуации, но чаще всего первый этап- **психообразование семьи**. Психообразование позволяет снизить уровень стигматизации подростка и укрепить доверие между членами семьи. Важным компонентом является информирование семьи о том, как поведение может поддерживать или усугублять симптомы расстройств пищевого поведения. Например, чрезмерный контроль питания со стороны родителей может усиливать тревожность подростка и провоцировать стремление к независимости через отказ от еды.

Следующим этапом является **работа над когнитивными искажениями**, присущими подросткам с расстройством пищевого поведения. Для пациентов с нервной анорексией характерны убеждения о том, что их ценность зависит исключительно от веса и внешности, тогда как для подростков с нервной булимией часто встречается иррациональное восприятие еды как средства управления эмоциональным стрессом. При использовании семейной когнитивно-поведенческой терапии, семья вовлекается в процесс

формирования новых когнитивных паттернов, что снижает конфликтность в семье и способствует выздоровлению.

Терапия также включает **поведенческие вмешательства**, такие как совместное планирование приемов пищи, ведение дневника питания и выработка навыков решения проблем. Эти методы позволяют подростку постепенно восстанавливать нормальное отношение к питанию и ощущать контроль над своими действиями. Родители обучаются избегать критики, обвинений или чрезмерного контроля, которые часто провоцируют сопротивление со стороны подростка.

Семейная когнитивно-поведенческая терапия не ограничивается только работой с подростком, но также помогает родителям справляться с собственным стрессом и чувством вины. Эти эмоции часто препятствуют конструктивному взаимодействию. Исследования Кутюрье 2013 г показывают, что обучение родителей техникам эмоциональной регуляции способствует созданию более поддерживающей атмосферы в семье.

### **Эффективность семейной когнитивно-поведенческой терапии**

Эффективность семейной когнитивно-поведенческой терапии подтверждена многочисленными исследованиями. В рандомизированных контролируемых исследованиях, таких как работы Аграса 2014 г, было установлено, что семейная терапия превосходит индивидуальную терапию для подростков с нервной анорексией. По данным этих исследований, 70–80% подростков достигают значительного улучшения состояния через год после окончания терапии. Для пациентов с булимией семейная КПТ помогает снизить частоту эпизодов очищения и улучшить общее эмоциональное состояние. Исследования Ле Гранжа и Лока 2011 г подчеркивают важность вовлечения семьи для снижения риска рецидивов и укрепления результатов лечения. Терапия также направлена на развитие навыков поддержки. Родителей обучают тому, как хвалить подростка за его усилия, а не только за конечные результаты. Это создает у подростка ощущение, что его старания ценятся, даже если прогресс идет медленно.

Для профилактики рецидивов родителей обучают распознавать ранние признаки ухудшения состояния подростка. Например, избегание еды, повышенная тревожность или стремление к изоляции могут указывать на возможный рецидив. Вместе с терапевтом разрабатываются действия, которые помогут минимизировать эти риски. Родители учатся мягко обсуждать с подростком его состояние, избегая обвинений или давления, чтобы создать условия для открытого диалога.

Важным аспектом успеха когнитивно-поведенческой терапии является долговременный эффект. Многие исследования показывают, что подростки, прошедшие курс когнитивно-поведенческой терапии, сохраняют положительные изменения в течение многих лет. Это объясняется тем, что терапия не только устраняет текущие симптомы, но и учит подростков самостоятельно справляться с трудностями, предотвращая рецидивы. Несмотря на доказанную эффективность, успехи от курса когнитивно-поведенческой терапии могут варьироваться. Некоторые подростки с тяжелыми формами расстройства пищевого поведения требуют более длительной терапии и комплексного подхода с включением медикаментозного лечения и других психотерапевтических методов. Тем не менее, когнитивно-поведенческая терапия остается одной из самых эффективных и научно обоснованных методик, особенно при интеграции с семейной терапией, которая усиливает поддержку со стороны близких.

### **Сложности реализации семейной когнитивно-поведенческой терапии при работе с подростками**

Одной из наиболее распространенных проблем является сопротивление семьи в необходимости участия в терапевтическом процессе. Родители могут не осознавать, что их поведение или убеждения играют роль в поддержании симптомов расстройств пищевого поведения. Исследование Ле Гранжа и Лока 2011 г подчеркивает, что некоторые семьи рассматривают проблему как исключительно личное дело подростка, что приводит к снижению их мотивации к активному участию в терапии. Такое сопротивление может быть связано с чувством вины или стыда, что усугубляет конфликтные взаимодействия между членами семьи.

Эмоциональная напряженность в семье также является значительным барьером. Родители подростков с расстройством пищевого поведения часто испытывают высокий уровень тревожности, страха и беспомощности. Это подтверждают данные исследования Трежера и Рассела 2011 г, в котором показано, что эмоциональное состояние родителей может влиять на динамику лечения. Высокий уровень стресса у родителей, в свою очередь, может усиливать напряженность в семье, провоцируя конфликты и ограничивая конструктивное взаимодействие с подростком.

Когнитивные искажения и установленные паттерны взаимодействия в семье также могут затруднять терапию. Некоторые родители, особенно те, кто сам имеет проблемы с восприятием тела или пищевым поведением, могут непреднамеренно поддерживать деструктивные убеждения подростка. Например, исследование Шмидта и Трежера демонстрирует, что акцент

родителей на диетах, контроле веса или перфекционизме может усиливать симптомы расстройства у подростка. Такие паттерны взаимодействия требуют значительной реструктуризации, что может быть трудным и длительным процессом.

Недостаток навыков общения и поддержки у родителей представляет собой еще одну проблему. Родители могут не знать, как правильно выражать свою поддержку, избегая обвинений и критики. Исследование Дэйра 2001 г. показало, что родители, которые используют обвинительный тон или усиливают давление на подростка, часто сталкиваются с усилением сопротивления и ухудшением симптомов расстройства пищевого поведения. Это особенно актуально для семей, где уже присутствуют конфликты или проблемы в коммуникации.

Одной из ключевых трудностей является необходимость работы с несколькими членами семьи одновременно. Различные уровни мотивации, ожидания и готовность к изменениям среди родителей, братьев и сестёр могут осложнять процесс терапии. Например, один родитель может активно участвовать в терапии, в то время как другой отказывается признавать проблему. Это требует от терапевта высокого уровня навыков управления динамикой семьи.

Дополнительной проблемой может быть недостаток времени и ресурсов у семьи для участия в терапии. Родители, которые работают полный рабочий день или воспитывают нескольких детей, могут испытывать трудности в нахождении времени для регулярных терапевтических сессий. Трежер и Шмидт 2006 г отмечают, что такие семьи требуют адаптированных стратегий, включая гибкий график встреч и использование онлайн-инструментов.

### **Ограничения когнитивно-поведенческого подхода при лечении подростков с расстройством пищевого поведения**

Когнитивно-поведенческая терапия имеет определенные ограничения. Прежде всего, когнитивно-поведенческая терапия может быть менее результативной при тяжелых формах расстройства, особенно если подросток находится в состоянии значительного физиологического истощения, что характерно для нервной анорексии. При таких условиях у подростков часто снижается способность к концентрации и когнитивной активности, что затрудняет их участие в терапевтическом процессе. В таких случаях требуется интеграция когнитивно-поведенческой терапии с другими методами, включая медицинское наблюдение, а иногда и госпитализацию. Несмотря на то, что терапия часто подстраивается под конкретного пациента, стандартные

методы могут оказаться недостаточно гибкими для подростков с коморбидными расстройствами, такими как депрессия и тревожные состояния.

Эффективность когнитивно-поведенческой терапии также зависит от уровня мотивации подростка. Однако подростки с расстройствами пищевого поведения часто сопротивляются лечению, так как ограничение питания, переедание или очищение воспринимаются ими как способы контроля над своей жизнью или способом управления тревогой. Такое сопротивление может существенно замедлить процесс терапии или сделать его менее результативным.

Культурные и социальные барьеры могут ограничивать успехи когнитивно-поведенческой терапии. Этот метод разработан на основе западной модели мышления, что делает его менее эффективным в культурах, где акцент на когнитивных аспектах поведения или на индивидуальной ответственности за психическое здоровье не является приоритетным. В таких случаях терапевт сталкивается с трудностью адаптации методики к культурным особенностям пациента и его семьи.

Подростки с низким уровнем критики к состоянию также часто испытывают сложности в процессе курса когнитивно-поведенческой терапии. Если пациент отрицает серьезность своего состояния или не осознает необходимость лечения, работа с ним становится особенно сложной. В таких случаях требуется дополнительная подготовительная работа, направленная на повышение осведомленности и принятия проблемы.

Кроме того, успех когнитивно-поведенческой терапии зависит от уровня квалификации терапевта. Неквалифицированные специалисты могут неумело адаптировать методику, что не только снижает ее эффективность, но и может нанести вред подростку. Например, чрезмерное давление на выполнение заданий или неподходящие комментарии со стороны терапевта могут вызвать усиление сопротивления со стороны пациента.

Доступность терапии также остается значимой проблемой. Не во всех регионах есть квалифицированные специалисты, особенно те, кто имеет опыт работы с подростками и расстройствами пищевого поведения. Даже в случаях, когда такие специалисты доступны, стоимость когнитивно-поведенческой терапии может оказаться слишком высокой для семей с ограниченными финансовыми возможностями, что снижает доступность терапии для нуждающихся.

Ограничения когнитивно-поведенческой терапии связаны с большим акцентом на когнитивных и поведенческих аспектах, что иногда оставляет эмоциональные аспекты недостаточно проработанными. Подростки

с расстройством пищевого поведения испытывают глубокие эмоциональные переживания, такие как чувство стыда, травматические переживания или низкая самооценка, в таком случае они могут нуждаться в дополнительных методах терапии, например терапии принятия и ответственности или схема-терапии.

Таким образом, несмотря на доказанную эффективность когнитивно-поведенческой терапии, ее ограничения подчеркивают важность индивидуального подхода. Для достижения наилучших результатов терапия должна быть адаптирована к конкретным потребностям подростка, учитывать его уровень мотивации, особенности семейной динамики и наличие дополнительных психических расстройств. Интеграция когнитивно-поведенческой терапии с другими методами, а также доступ к высококвалифицированным специалистам, может значительно повысить эффективность и обеспечить долгосрочные результаты.

### Вывод

В заключение, семейная когнитивно-поведенческая терапия является эффективным инструментом лечения подростков с расстройствами пищевого поведения. Ее преимущества заключаются в комплексном подходе к изменению когнитивных и поведенческих паттернов, а также в создании поддерживающей семейной среды. Дальнейшие исследования должны быть направлены на изучение интеграции семейной когнитивно-поведенческой терапии с новыми технологиями, такими как телемедицина и цифровые инструменты, что позволит сделать терапию более доступной и персонализированной.

### Список литературы

1. Лок Дж. и Ле Гранж Д. (2019). Руководство по индивидуальной анорексии: семейно-ориентированный подход. Издательство Гилфорд.
2. Фэрберн, С. Г. (2008). Когнитивно-поведенческая терапия и расстройства пищевого поведения. Издательство Гилфорд.
3. Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3–11.
4. Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., & Attia, E. (2014). Comparison of family-based treatment with adolescent-focused therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(4), 329–338.
5. Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., & Dodge, E. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomized controlled trial of outpatient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178(3), 216–221.

---

6. Le Grange, D., & Lock, J. (2011). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 1–7.

7. Lock, J., & Fitzpatrick, K. K. (2009). Advances in psychotherapy for children and adolescents with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166(4), 420–426.

8. Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343–366.

9. Treasure, J., & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: Theoretical exploration of maintaining factors. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 5–7.

# ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ У ОБУЧАЮЩИХСЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ И ПСИХОАНАЛИЗА

*Киселев Анатолий Владимирович*

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

*Ковпак Дмитрий Викторович*

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

**Аннотация.** В данной статье анализируются особенности когнитивных искажений у студентов, проходящих первое обучение по трём направлениям психотерапии: когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), гештальт-терапии и психоаналитической терапии. Представлено эмпирическое исследование, в рамках которого с использованием самоотчетных методик (опросник когнитивных ошибок, тест Спилбергера-Ханина, шкала депрессии Бека) оценивались уровни когнитивных искажений и эмоциональное состояние обучающихся. Результаты показали, что по большинству шкал различия между группами не выявлены, за исключением шкал «Преувеличение опасности» и «Гипернормативность», где студенты, обучающиеся психоаналитической терапии, демонстрировали статистически значимо более высокие показатели по сравнению с группой гештальт-терапии. Обсуждаются методологические ограничения исследования и перспективы оптимизации образовательных программ для будущих психотерапевтов с учетом выявленных когнитивных особенностей.

**Ключевые слова:** когнитивные искажения; эмоциональные нарушения; психотерапия; когнитивно-поведенческая терапия; гештальт-терапия; психоаналитическая терапия.

## Введение

Эффективность терапевтической практики во многом определяется способностью специалиста объективно анализировать собственные мыслительные процессы, поскольку когнитивные искажения способны приводить к систематическим ошибкам в оценке клинических ситуаций и, как следствие, снижать качество оказываемой помощи. При этом подавляющее большинство исследований посвящено анализу когнитивных ошибок в клинических выборках пациентов, оставляя практически без внимания вопрос о том, как эти искажения могут различаться между терапевтами, представляющими различные психотерапевтические подходы.

Цель настоящего исследования — выявить специфические особенности формирования когнитивных искажений у студентов, проходящих обучение по разным психотерапевтическим подходам. Гипотеза исследования состоит в том, что, несмотря на общий уровень базовых когнитивных процессов

у начинающих терапевтов, специфические особенности методик обучения (КПТ, гештальт-терапия, психоанализ) приводят к появлению различий в определённых аспектах когнитивных ошибок

Многочисленные работы указывают на корреляцию когнитивных искажений с психическими расстройствами. Например, исследование I. Özdemir (Özdemir, 2023) на выборке пациентов с паническим расстройством, генерализованным тревожным расстройством и социальной тревожностью подтверждают, что у лиц с этими диагнозами уровни определённых видов искажений (катастрофизация, чтение мыслей и др.) были существенно выше по сравнению с контрольной группой. Аналогичные данные приводит К. И. Базуева (Базуева, Кафарова, 2020) при анализе клинических случаев депрессии: выраженные ошибки мышления нередко способствуют более тяжёлому протеканию расстройства и снижают эффективность психотерапевтических вмешательств.

Таким образом, литература свидетельствует о тесной связи когнитивных искажений с эмоциональными нарушениями, такими как тревожность и депрессия (Beck, 2009; Disner et al., 2011). Однако большинство работ сосредоточено на анализе этих процессов у пациентов, в то время как сравнительные исследования среди специалистов, находящихся на начальных этапах профессиональной подготовки, практически отсутствуют. Кроме того, исследования, проводимые в рамках когнитивно-поведенческой терапии, трактуют когнитивные ошибки как основной механизм эмоциональных нарушений, тогда как в психоанализе и гештальт-терапии акцент делается на изучении схожих, но отличающихся явлений — например, механизмов защиты или «обрыва контакта» — что затрудняет накопление знаний по влиянию учебных программ на уровень и структуру когнитивных искажений (Середа, 2007; Михайлова и Легкова, 2023).

### **Методика исследования**

#### *Участники исследования*

В исследовании приняли участие 87 студентов, обучающихся по трем психотерапевтическим направлениям:

КПТ — 44 респондента,

Гештальт-терапия — 23 респондента,

Психоаналитическая терапия — 20 респондентов.

Для всех участников это было первое обучение выбранному методу. Возраст варьировался от 19 до 54 лет. При этом выборка характеризовалась неравномерным распределением по полу: среди 87 участников доминируют женщины — 76 человек, что составляет примерно 87,4 %, и мужчины — 11 человек (около 12,6 %). Такое соотношение типично для образовательных программ в области психологии и психотерапии.

### Процедура сбора и анализа данных

Исследование проводилось в онлайн-формате с использованием платформы Google Forms. Участники заполняли анкеты в индивидуальном порядке. После сбора данных проводился кодирование и ввод в статистический пакет SPSS (версия 27).

### Результаты исследования

Для оценки уровней когнитивных искажений, а также эмоционального состояния обучающихся были использованы три методики: опросник когнитивных ошибок (ОКО) (Бобров, Файзрахманова, 2017), тест Спилбергера–Ханина (STAI) (Ханин, 1976) и шкала депрессии Бека (BDI) (Тарабрина, 2001). Сравнительный анализ между группами студентов, обучающимися по направлениям когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), гештальт-терапии и психоаналитической терапии, проводился с использованием непараметрического критерия Краскела–Уиллеса. Результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты критерия Краскела–Уиллеса для тестов опросника когнитивных ошибок, шкалы Спилбергера-Ханина и шкалы депрессии Бека

Переменная	Статистика критерия	р-значение
<b>ОКО:</b>		
Чтение мыслей	2,735	0,255
Морализация	4,404	0,111
Персонализация	1,863	0,394
Упрямство	0,041	0,980
Катастрофизация	2,343	0,310
Выученная беспомощность.	4,430	0,109
Максимализм	3,399	0,183
<b>Преувеличение опасности</b>	<b>7,254</b>	<b>0,027</b>
<b>Гипернормальность</b>	<b>6,240</b>	<b>0,044</b>
<b>Шкала депрессии Бека:</b>		
Суммарный балл	2,349	0,309
Когнитивно-аффективные	3,956	0,138
Соматические	2,194	0,334
<b>Шкала Спилбергера-Ханина</b>		
Тревога реактивная	0,592	0,744
Тревога личностная	2,616	0,270

Примечание: Значимые р-значения ( $p < 0,05$ ) выделены жирным шрифтом.

*Опросник когнитивных ошибок (ОКО)*

По большинству подшкал ОКО различия между группами оказались статистически незначимыми ( $p > 0,05$ ). Однако по двум подшкалам — «Преувеличение опасности» и «Гипернормативность» — обнаружены значимые различия ( $p < 0,05$ ).

*Тест тревожности и шкала депрессии*

Анализ результатов теста Спилбергера–Ханина (как реактивной, так и личностной тревожности) и шкалы депрессии Бека не выявил статистически значимых различий между группами обучающихся ( $p > 0,05$ ).

Попарное сравнение с использованием критерия Манна–Уитни

Для более детального анализа выявленных различий по подшкалам «Преувеличение опасности» и «Гипернормативность» выполнено попарное сравнение между группами с использованием критерия Манна–Уитни. Результаты приведены в таблице 2.

*Таблица 2. Результаты попарных сравнений с использованием критерия Манна–Уитни*

Переменная	Сравниваемые группы	N <sub>1</sub>	N <sub>2</sub>	Средний ранг N <sub>1</sub>	Средний ранг N <sub>2</sub>	U Манна–Уитни	р-значение
Преувеличение опасности	Психоанализ vs КПТ	20	44	38,60	29,73	318,000	0,075
	Психоанализ vs Гештальт	20	23	27,68	17,07	116,500	<b>0,005</b>
	КПТ vs Гештальт	44	23	35,98	30,22	419,000	0,246
Гипернормальность	Психоанализ vs КПТ	20	44	36,98	30,47	350,500	0,191
	Психоанализ vs Гештальт	20	23	27,15	17,52	127,000	<b>0,011</b>
	КПТ vs Гештальт	44	23	36,57	29,09	393,000	0,131

Примечание: Значимые р-значения ( $p < 0,0167$  (Поправка Бонферони) выделены жирным шрифтом.

Из полученных данных следует, что студенты, обучающиеся психоаналитической терапии, показали существенно более высокие уровни по шкалам «Преувеличение опасности» ( $p = 0,005$ ), и «Гипернормативность» ( $p = 0,011$ ), по сравнению с группой гештальт-терапии. При этом показатели группы, обучающейся КПТ, не отличались статистически от значений, полученных в группах психоанализа и гештальта.

### Обсуждение результатов

Результаты исследования демонстрируют, что для большей части начинающих психотерапевтов характерен сопоставимый уровень когнитивных искажений, независящий напрямую от выбранного метода обучения. Это может указывать на универсальную природу подобных ошибок восприятия и мышления, которые часто встречаются у специалистов, лишь начинающих осваивать практику. Тем не менее, выявленный более высокий уровень по шкалам «Преувеличение опасности» и «Гипернормативность» в группе психоанализа в сравнении с гештальт-терапией свидетельствует о том, что теоретико-практические особенности конкретных школ всё же вносят определённые различия. Можно предположить, что усиленная фокусировка на внутренних конфликтах и высоких моральных нормативах (характерных для психоанализа) формирует склонность к нескольким специфическим когнитивным искажениям. В то же время группа КПТ не отличается от остальных по данным параметрам, что может свидетельствовать о наличии лишь общих когнитивных ошибки, характерные для неопытных специалистов. Следует также учитывать ограниченность выводов малой выборкой и использованием преимущественно самоотчетных методик, что создаёт перспективу для дальнейших исследований.

### Выводы

Проведенное исследование показало, что большинство когнитивных искажений характерны для всех начинающих психотерапевтов вне зависимости от направления. Тем не менее, у студентов, изучающих психоанализ, фиксируется более высокий уровень «Преувеличения опасности» и «Гипернормативности». Группа КПТ не показала статистически значимого отличия в уровне искажений от других направлений. Дальнейшее исследование данного феномена может включать расширение выборки и более широкий спектр методик, позволяющих глубже понять связь между выбранным направлением терапии и характерными для студентов ошибками мышления.

### Список литературы

1. Базуева К. И., Кафарова К. З. Когнитивные искажения у людей среднего возраста с депрессивными состояниями //Вестник медицинского университета. — 2020. — С. 25.
2. Бобров А. Е., Файзрахманова Е. В. Опросник когнитивных ошибок как инструмент оценки компонентов патологической тревоги //Доктор. Ру. — 2017. — №. 8 (137). — С. 59–65.

3. Михайлова И. В., Легкова Ю. В. Взаимосвязь общей эмоциональной направленности с иррациональными установками и психологическими защитами личности //Вестник Государственного университета просвещения. Серия: Психологические науки. — 2023. — №. 1. — С. 23–42.
4. Середа Е. И. Использование гештальт-подхода в профессиональном обучении психологов //Вестник Псковского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные науки. — 2007. — №. 1. — С. 207–210.
5. Тарабрина, Н. Практикум по психологии посттравматического стресса — СПб.: Издательский дом «Питер», 2001. — 272 с.
6. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство по применению шкалы самооценки Ч.Д. Спилбергера — 1976. — 32 с.
7. A.T. Beck, B.A. Alford. Depression: Causes and Treatment / Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2009.
8. Disner S. G. et al. Neural mechanisms of the cognitive model of depression //Nature Reviews Neuroscience. — 2011. — Т. 12. — №. 8. — С. 467–477.
9. Özdemir İ., Kuru E. Investigation of cognitive distortions in panic disorder, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder //Journal of Clinical Medicine. — 2023. — Т. 12. — № 19. — С. 6351.

# МЕТАПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Ковпак Алиса Игоревна*

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

**Аннотация.** Метаподход в лечении психических расстройств представляет собой интегративную стратегию, объединяющую когнитивно-поведенческую терапию, биопсихосоциальную модель и междисциплинарный анализ. Этот подход требует сочетания фундаментальных знаний и аналитических навыков, а также использования данных о биомаркерах. Применение метаподхода способствует оптимизации лечения, сокращению сроков терапии и предотвращению прогрессирования заболеваний, делая психологическую помощь более эффективной и адаптированной к индивидуальным особенностям пациента.

**Ключевые слова:** метаподход, психические расстройства, когнитивно-поведенческая терапия, метапредметная деятельность, компетенции психолога, междисциплинарный подход, интегративный подход, информатизация психологии, холистический подход, биопсихосоциальная модель, биомаркеры.

Префикс «мета-», присоединяемый как к заимствованным, так и к исконно русским корням для образования существительных, в древнегреческом языке имел следующие значения: 1) общность, соучастие (например, *meteho* — «принимая участие»); 2) общение, совместное действие; 3) промежуточность, положение между чем-либо; 4) следование в пространстве или во времени; 5) изменение, перемена; 6) перемещение. В русском языке сохранились такие значения префикса, как «положение между чем-либо», «следование через пространство или время», «изменение», остальные утратились. Русскими синонимами префикса «мета-» являются «между», «после», «через».

В современном научном языке префикс «мета-» играет самостоятельную, иногда трансцендентную роль, а в околonaучном и обыденном языках нередко имеет эзотерическое значение. Например, в эпистемологии он означает «о». Так, метаданные — это данные о данных (кто их собрал, когда, где, в каком формате и т. д.). Аналогично метапамять в психологии означает осознание собственных когнитивных процессов, связанных с памятью, и часто включает сознательные попытки направлять и управлять ими [1].

Метапредметная деятельность, как одна из важнейших компетенций специалиста в области охраны психического здоровья, продиктована сложностью предмета этой деятельности — человеческой психики

и поведения. Метаподход в данной области отражает универсальную деятельность, которая является «надпредметной» для развития целостного взгляда на человека.

Метаподход в психологии претендует на решение проблем всестороннего осмысления данных о пациенте, использования возможностей бригадного подхода в выстраивании терапевтической стратегии и, конечно, оптимизации процесса лечения для скорейшего достижения результатов. С давних времен междисциплинарный подход в науке рассматривался практиками и теоретиками как наиболее эффективный, где специалисты различных специальностей изучают один и тот же сложный феномен человека с разных сторон, а холистический подход в лечении психических расстройств включает в себя целостное представление о функционировании организма человека и его психики, внешних факторах окружающей среды, сложных взаимосвязях психики, тела и окружающего мира. Метаподход в психологии опирается на феномен информатизации психологии, порожденный совокупностью психологических, педагогических, социальных, экономических, кросс-культурных, правовых, этических, технологических и организационных причин [1].

Сложность метаподхода заключается в том, что он являет собой «взгляд сверху» на изучаемую проблему, а значит, предполагает наличие фундаментальных знаний и основных навыков (*hard skills*) не только в своей специальности, но и в смежных областях, затрагиваемых для решения конкретных задач пациента, и одновременно «мягких» навыков (*soft skills*): эффективного мышления, оперирования большим массивом данных и его анализа, выбора стратегии и приоритизации факторов, влияющих на результат, и многих других [3].

Междисциплинарный характер психологической практики требует использования разнородной теоретико-методологической базы исследований. Во избежание эклектического подхода, являющегося набором отдельных и не связанных между собой методов, важным моментом в понимании интегративного подхода в когнитивно-поведенческой терапии являются знания патогенетических механизмов, лежащих в основе психических заболеваний и состояний [2]. Многочисленные исследования показывают, что основные метаболические изменения в головном мозге связаны с такими терминами, как нейровоспаление, оксидативный стресс и митохондриальная дисфункция. Вместе с тем нарушение биоэнергетического метаболизма мозга может быть опосредовано эндокринными причинами, дисбалансом нейротрансмиттеров и сдвигами в составе кишечного микробиома.

Более того, в патогенезе многих дегенеративных заболеваний, когнитивных дисфункций, психотических расстройств или психосоматических заболеваний зачастую эти механизмы взаимосвязаны и усиливают друг друга. Так, окислительный стресс, возникающий в условиях дисбаланса оксидантов и антиоксидантов, приводит к увеличению выработки активных форм кислорода (АФК), инициирующего повреждение липидов, белков и нуклеиновых кислот в нервной клетке. В случае с нейровоспалением экспрессия провоспалительных медиаторов также опосредована митохондриями в клетках микроглии (нейровоспаление приводит к увеличению окислительного стресса, что, в свою очередь, вызывает дальнейшее нейровоспаление).

Таким образом, прикладное значение информации о механизмах патогенеза в работе специалиста в области охраны психического здоровья сложно переоценить, особенно в сочетании со знанием клинической симптоматики и ключевых биомаркеров. Метаподход позволяет управлять стратегией лечения в рамках психотерапевтических сессий, включая возможность отсрочить прогрессирование некоторых заболеваний.

#### Список литературы

1. Гарбер И. Е. Метаподход к психологии: Монография. Саратов: Издательство «Саратовский источник», 2010. 266 с.
2. 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.
3. Шлычков А.В. Клиническое мышление и врачевание // Международный журнал экспериментального образования. 2010. № 7. С. 143–144. URL: <https://expeducation.ru/article/view?id=542> (дата обращения 29.03.2025).

# РАЗРАБОТКА ТЕСТА «ШКАЛА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБНОСТЕЙ»

**Ковпак Дмитрий Викторович**

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

**Зрютин Максим Александрович**

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Муртазин Альберт Инзирович**

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Граница Александр Станиславович**

*кафедра неврологии с курсами психиатрии, клинической психологии и медицинской  
генетики ИФМиБ КФУ, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Аннотация.** Данная статья посвящена разработке шкалы оценки удовлетворения потребностей. При разработке методики авторы опирались на био-психо-социальную модель потребностей. Исследование проходило в несколько этапов. На первом этапе составлен банк из утверждений первичной версии, которую прошли 257 человек. По результатам ЭФА были отобраны 21 пункт для рабочей версии. Оценка воспроизводимости модели была проведена на новой выборке в составе 254 человек, по результатам КФА были исключены 2 пункта. Таким образом итоговая версия состояла из 19 утверждений. Оценка мер соответствия модели позволила выделить 3 факторную структуру методики с общей шкалой. Проверка внутренней согласованности, ретестовой надёжности, конвергентной и дивергентной валидности позволяет заключить, что разработанная авторами шкала имеет приемлемые показатели для применения для исследования и диагностики удовлетворённости потребностей.

**Ключевые слова:** биопсихосоциальная модель, когнитивно-поведенческая терапия, потребности, психодиагностика, разработка теста.

## Введение

Теоретическая основа концепции когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности, базируется на биопсихосоциальной модели, предложенной американским врачом Джорджем Энгелем. Основная идея этой модели заключается в том, что здоровье и благополучие человека определяются взаимодействием и балансом динамического равновесия трёх групп основных факторов: биологических, психологических и социальных. У Курта Левина под потребностью понимается динамическое состояние повышенного напряжения, которое «толкает» человека к определенным

действиям. Это напряжение «разряжается» при удовлетворении потребности. Таким образом, в процессе возникновения и удовлетворения потребностей человек проходит через ряд динамических состояний, отличающихся уровнем своей напряжённости. [7]

Еще одним аспектом теоретической базы шкалы является теория потребностей Жозефа Нюттена, который определяет потребности как формы отношений индивида со средой, необходимые для оптимального биологического или психологического функционирования индивида, иначе говоря, в отсутствие которых это функционирование нарушается. [8]

Ориентируясь на эти теории, мы выделяем наличие трех базовых групп (доменов) биологических, психологических и социальных потребностей. [4,7]

Модель теоретического обоснования концепции когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности визуально представлена в виде диаграммы. [4, 5, 6, 7]



Рис. 1. Диаграмма концептуализации в когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности

Концептуализация с опорой на потребности (рис. 1) призвана внести в традиционные виды когнитивной 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 концептуализации позволяет рассмотреть генез и развитие дисфункциональных убеждений и мыслей всех уровней в тесной взаимосвязи с неудовлетворенными (фрустрированными) и генез функциональных убеждений с удовлетворенными потребностями чувствительного 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). Биологические потребности являются эволюционно первичными и связаны с выживанием организма. К биологическому домену мы относим потребность в выживании (включая потребность в потреблении питательных веществ, воды, кислорода и прочее), потребность в отдыхе, восстановлении и сохранении физиологического благополучия (комфорта в температурных режимах, влажности, давления и т. п.), потребность в безопасности и иные биологические витальные потребности. [4, 6, 7]

Психологические потребности связаны с познанием мира и себя, отражают потребность в безопасности, выстраивании картины мира и Я-концепции, признании, самореализации. К психологическому домену в концептуализации мы относим субдомены в форме потребностей в познании, развитии, эмоциональные потребности (удовольствие, любовь, игра и т. д.) и иные психологические потребности. [4, 7]

Социальные потребности связаны с принадлежностью к социальным группам, взаимодействием и сотрудничеством с другими, любовью и принятием, признанием, участием в общественной жизни и удовлетворением социальных ролей, выстраиванием образов значимых Других и паттернов взаимодействия с ними. К социальному домену мы относим субдомены в форме потребностей во взаимодействии, в общении, принадлежности (признании, принятии, принадлежности) и иные социальные потребности. Важно отметить, что все три категории потребностей представленных в доменах первого порядка активно взаимодействуют и влияют друг на друга. [4, 7]

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. [4, 7]

Данный опросник и ориентация на биопсихосоциальную модель и концептуализацию в когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности позволяют учесть все многообразие и многоплановость аспектов человеческой жизнедеятельности, от физиологических нужд до социального окружения, и определить, как эти потребности влияют на общее благополучие человека. [6, 7]

Практическая значимость заключается в возможности использования полученных данных для прояснения генеза глубинных убеждений

и разработки терапевтического плана, который будет направлен на улучшение качества жизни клиента. Также выявление актуальных текущих потребностей человека необходимо для более глубокого, персонализированного и точного плана терапии. Анализ результатов опроса позволяет выявить наиболее значимые области фрустрированных потребностей прошлого и настоящего и разработать конкретные меры для улучшения их удовлетворения. [4, 7]

Основная цель опросника: определить уровень фрустрации и удовлетворенности потребностей в настоящий момент и оценить влияние на качество жизни, жалобы и проблематику клиента. В дальнейшем результаты собранных данных позволяют связать фрустрированные и удовлетворенные потребности с системой убеждений человека и определить влияние уже самой системы убеждений, включая глубинные (центральные) и промежуточные, на возможности и навыки удовлетворения потребностей.

### **Материалы и методы**

Разработка теста «Шкала удовлетворенности потребностей» включала несколько этапов. Сначала был составлен банк утверждений и проведен эксплораторный факторный анализ (ЭФА). По результатам была создана рабочая версия теста. На втором шаге был проведен конфирматорный факторный анализ (КФА) для изучения факторной структуры и мер соответствия модели теста. Затем оценивалась внутренняя согласованность и ретестовая надежность. В последующем изучались показатели внешней валидности. Для обработки полученных данных использовалась программа «Thejamoviproject (2022). jamovi (Version 2.3) [ComputerSoftware]».

В первичную выборку исследования, прошедшую тестирования полным банком утверждений, вошли 257 участников из разных городов России, среди них 200 женщин и 57 мужчин, по данным самоотчета не обращавшихся за психиатрической и психотерапевтической помощью и отрицающих симптомы психических расстройств на момент исследования. Участники привлекались на добровольной основе через знакомых. Все участники дали информированное согласие на участие в исследовании. Возраст испытуемых от 18 до 60 лет ( $M=34$ ).

### **Результаты и их обсуждение**

Исходя из теоретического представления о биопсихосоциальной модели потребностей был сформирован банк из 65 утверждений. При рандомизации с использованием генератора случайных чисел была составлен порядок пунктов первой версии теста. Испытуемым предлагалось оценить по шкале Ликерта степень своего согласия с утверждением: 1 балл — полностью

не соответствует, 2 балла по большей части не соответствует, 3 балла – по большей части соответствует, 4 балла — полностью соответствует.

При эксплораторном факторном анализе (метод извлечения «Максимальное правдоподобие» использовался в сочетании с вращением «облимин») для каждого из трех факторов (шкал) были отобраны пункты, имевшие нагрузку выше 0,3 на фактор. Кроме того, проводилась содержательная оценка. Меры соответствия такой модели по результатам ЭФА: TLI=0,946, RMSEA 0,0351 (ДИ 95%: 0,0204; 0,04479). Таким образом, для фактора 1 было выбрано 6 утверждений, для фактора 2 — 7 утверждений, для фактора 3–8 утверждений. Объединив их и проведя рандомизацию порядка пунктов, мы собрали рабочую версию теста, состоящую из 21 пункта. При оценке рабочей версии КФА подтвердил трех-факторную структуру. Полученные меры соответствия теоретической модели эмпирическим данным находились в рамках рекомендованных значений: CFI=0.922; TLI=0.913; SRMR=0.0495; RSMEA =0.0443 (ДИ 95%: 0.0344; 0.0536). Анализ надежности показал, что рабочая версия теста обладала достаточной надежностью: весь тест (Кронбах  $\alpha=0.871$ , МакДональд $\omega=0.879$ ). Для оценки воспроизводимости модели мы провели тестирование новой выборки с применением рабочей версии, содержащей 21 пункт. В данную выборку вошло 254 участников, среди них 34 мужчин и 220 женщин. По данным самоотчета не обращающихся за психиатрической и психотерапевтической помощью и отрицающих симптомы психических расстройств на момент исследования. Все участники дали информированное согласие на участие в исследовании. Возраст от 18 до 60 лет (Me=23). Показатели соответствия модели были несколько хуже изначальных. На основании этого было принято решение убрать два пункта. Итоговая версия опросника состояла из 19 пунктов имела такие показатели мер соответствия: CFI=0.907; TLI=0.893; SRMR=0.0558; RMSEA=0.0469 (ДИ 95%: 0.0323; 0.0601). Повторный анализ надежности анализ показал, что итоговая версия имела достаточные показатели, кроме шкалы биологические потребности: весь тест (Кронбах  $\alpha=0.812$ , МакДональд $\omega=0.826$ ), шкала «биологические потребности» (Кронбах  $\alpha=0.532$ , МакДональд $\omega=0.537$ ), шкала «психологические потребности» (Кронбах  $\alpha=0.702$ , МакДональд $\omega=0.703$ ), шкала «социальные потребности» (Кронбах  $\alpha=0.751$ , МакДональд $\omega=0.773$ ). Для изучения внутренней согласованности шкал был проведен корреляционный анализ (коэффициент Спирмена). Все вопросы статистически значимо коррелировали со своими шкалами ( $p<0,05$ ). Шкалы также коррелировали между собой ( $p<0.01$ ).

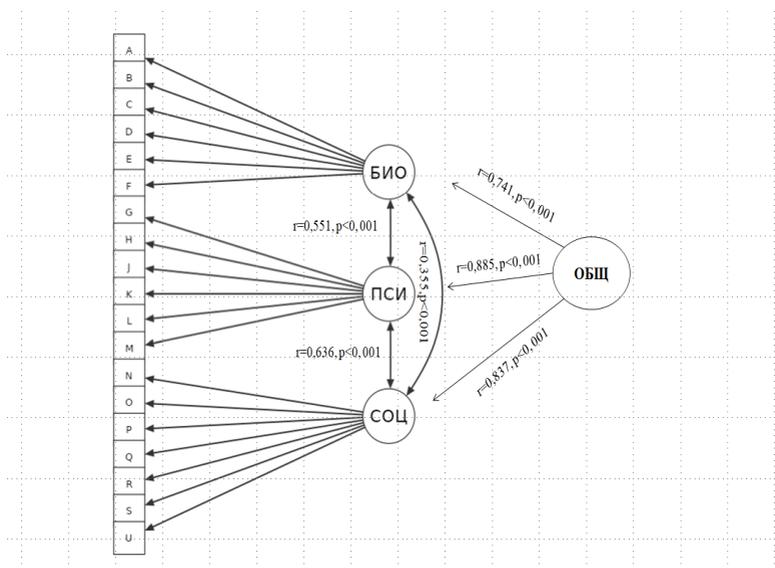


Рис. 2. Диаграмма пути пунктов и шкал опросника

Для проверки ретестовой надежности через 1 месяц было проведено повторное тестирование итоговой версией опросника ( $n=45$ ). Все шкалы коррелировали на статистически значимом уровне (таблица № 1), показатели корреляции были умеренные и сильные, что говорит о ретестовой надежности методики.

Таблица 1. Корреляции шкал при повторном тестировании

Шкала		био 1	псих1	соц 1	общ 1
био 2	Спирмен $\rho(\rho_{ho})$	0.680	0.454	0.237	0.539
	p-значение	<.001	0.002	0.112	<.001
пси 2	Спирмен $\rho(\rho_{ho})$	0.549	0.595	0.354	0.597
	p-значение	<.001	<.001	0.016	<.001
соц 2	Спирмен $\rho(\rho_{ho})$	0.381	0.589	0.604	0.666
	p-значение	0.009	<.001	<.001	<.001
общ 2	Спирмен $\rho(\rho_{ho})$	0.652	0.678	0.512	0.752
	p-значение	<.001	<.001	<.001	<.001

**Влияние пола и возраста.** Различий между мужскими и женскими выборками на статистически значимом уровне выявлено не было, что может указывать на универсальный характер потребностей. Однако были выявлены статистически значимые корреляции с возрастом у шкал психологических

и социальных потребностей, кроме биологических потребностей. Корреляции были слабого уровня и носили обратный характер, что указывает на некоторое снижение с возрастом удовлетворение психологических и социальных потребностей. Это может быть связано с тем, что более молодой возраст связан с наибольшей включенностью в социальные группы, а также в этом периоде продолжается активное познание мира и формирование собственного мировоззрения.

**Исследование внешней валидности.** Близкими в концептуальном смысле к разрабатываемой методике являются понятия базовых психологических потребностей. Для их оценки мы применили шкалу удовлетворения базовых психологических потребностей (Basic Psychological Need Satisfaction Scale, BPNSS), адаптация И. Ю. Суворова, А. А. Бабий, Н. В. Корзун (2022) (n=205) [14]. Опросник включает в себя три шкалы: автономия, компетентность, принадлежность. Мы предположили, что направленность связей данных шкал будет прямой со шкалами нашего опросника. Отличие данной методики от презентуемой авторами статьи заключается в фокусировке только на психологических потребностях (а Шкала удовлетворенности потребностей — ШУП, в отличие от BPNSS исходит не только из психологических, а из трех доменов потребностей — биологических, психологических и социальных потребностей), поэтому мы предполагаем лишь частичную корреляцию BPNSS с ШУП (умеренную связь).

Исследования показывают, что удовлетворение потребностей является основой для формирования смысла жизни, влияет на уровень благополучия и качества жизни (VandenBroecketal., 2016; Sheldonetal. 2010; González-Cutreetal.2020; Martelaetal.2018), а фрустрация потребностей приводит к разным формам дезадаптации (Bartholomewetal. 2011; Ryanetal. 2016). Основываясь на исследованиях о взаимосвязи качества жизни и уровня удовлетворения потребностей, для исследования внешней валидности мы выбрали оксфордский опросник счастья (OHQ) (n=205) в адаптации А. М. Голубев, Е. А. Дорошева (2017) [1] и шкалу удовлетворённости жизнью Диннера (SWLS) (n=205) в адаптации Е. Н. Осин, Д. А. Леонтьев (2004) [9]. Основываясь на предыдущих исследованиях удовлетворенности жизни и счастья и потребностей, мы предположили прямые корреляции нашего опросника с ШУЖ и ООС. Результаты представлены в таблице № 2. Предположения о прямых корреляциях с базовыми психологическими потребностями, удовлетворенностью жизнью и уровнем счастья подтвердились, что позволяет обосновать конвергентную валидность. Результаты представлены в таблице № 2.

Таблица 2. Корреляции шкал итоговой версии со шкалами других опросников

		био		пси		соц		общ	
ШУЖ	Спирмен $\rho(\text{rho})$	0.359	***	0.554	***	0.389	***	0.526	***
	p-значение	<.001		<.001		<.001		<.001	
ОНQ	Спирмен $\rho(\text{rho})$	0.570	***	0.710	***	0.511	***	0.734	***
	p-значение	<.001		<.001		<.001		<.001	
авто	Спирмен $\rho(\text{rho})$	0.442	***	0.722	***	0.585	***	0.719	***
	p-значение	<.001		<.001		<.001		<.001	
комп	Спирмен $\rho(\text{rho})$	0.445	***	0.493	***	0.350	***	0.516	***
	p-значение	<.001		<.001		<.001		<.001	
прин	Спирмен $\rho(\text{rho})$	0.387	***	0.501	***	0.601	***	0.619	***
	p-значение	<.001		<.001		<.001		<.001	

Примечание. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Исследования показывают, что фрустрация потребностей может быть связана с развитием тревожной и депрессивной симптоматики. Снижение социального интереса (социальная ангедония), а также высокий уровень тревоги при социальном взаимодействии могут выступать в качестве факторов, снижающих возможности удовлетворения психологических и социальных потребностей. Для обоснования дивергентной валидности мы использовали шкалу депрессии А. Т. Бека (BDI), 1961, адаптация Н.В. Тарабрина, 1992 [3]; шкалу социальной ангедонии RSAS (M. Eckblad, L. Charman et al. (1982), адаптация О. В. Рычкова, А. Б. Холмогорова (2016) [10], шкала социальной тревоги LSAS (M. Liebowitz (1987)), адаптация И. В. Григорьева, С. Н. Ениколопов (2016) [2]. В результате корреляционного анализа выявлено, что все шкалы нашего опросника имели обратные связи с социальной тревогой, социальной ангедонией и уровнем депрессии ( $n=205$ ). Обнаруженные обратные корреляции позволяют сделать вывод о дивергентной валидности методики.

**Стандартизация методики** была проведена на выборке 254 человек. Описательные характеристики данной выборки представлены в таблице № 3:

Таблица 3. Описательные характеристики стандартизации методики

Описательные статистики	био	Псих	соц	общ
Среднее	17.5	19.2	22.6	59.3
Стандартная ошибка средней	0.174	0.174	0.197	0.453
Медиана	18.0	20.0	23.0	60.0
Стандартное отклонение	2.77	2.77	3.15	7.22
Минимум	10	9	13	37
Максимум	24	24	28	76

Для перевода сырых баллов в станайны выборка была разбита на процентилю, согласно модели стандартной девятки. Результаты приведены в таблице № 4:

Таблица 4. Таблица перевода сырых баллов в станайны

Станайн	Характеристика	Процентиль	Сырые баллы по шкалам			
			био	Пси	соц	Общ
1	Очень низкие	4	10–12	9–14	13–16	37–46
2	Низкие	11	13–14	15–16	17–19	47–49
3	Ниже среднего	23	15	17	20	50–54
4	Немного ниже среднего	40	16–17	18–19	22	55–59
5	Средние	60	18	20	24	60–61
6	Немного выше среднего	77	19–20	21	25	62–65
7	Выше среднего	89	21	22	26	66–68
8	Высокие	96	22	23	27	69–71
9	Очень высокие	100	23–24	24	28	72–76

**Ограничения.** У данного исследования есть несколько ограничений. Первое связано с объемом выборки стандартизации и ее качественными характеристиками. Для уточнения и повышения достоверности результатов стандартизации необходимо дальнейшее увеличение выборки. Второе ограничение связано с преобладанием респондентов женского пола. Хотя дополнительное исследование различий не выявило статистически значимых, для полноты уверенности стоит увеличить выборку мужского пола и провести повторное сравнение. Третье ограничение связано с уровнем образования респондентов: подавляющее большинство имело высшее или незаконченное высшее образование. Экстраполяция данных на лиц со средним образованием должна проводиться аккуратно. Также, стоит отметить выявленные нами связи с возрастом испытуемых и уровнем удовлетворенности потребностей. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на сравнение лиц разных возрастов, а также стандартизация с учетом возрастных аспектов.

**Заключение.** Разработанная нами методика демонстрирует достаточные показатели внутренней согласованности, мер соответствия 3-х факторной модели с наличием общей шкалы, воспроизводима на новой выборке. Также показатели конвергентной и дивергентной валидности обосновывают возможность применения методики для изучаемых психологических конструктов. Проведенная стандартизация на исследуемой выборке позволяет применять методику для проведения научных и предварительных диагностических исследований потребностей.

### Список литературы

1. Голубев А. М., Дорошева Е. А., Апробация «оксфордского опросника счастья» на российской выборке, Психологический журнал, 2017, том 38, № 3, с. 108–118
2. Григорьева И.В., Ениколопов С.Н. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)» // Национальный психологический журнал. — 2016 — № 1(21). — С. 31–44.
3. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Ефимова О.С., Семенов Д.В. Особенности ретестовой надежности шкалы депрессии А. Бека // Психология, социология и педагогика. 2016. № 4 [Электронный ресурс]. URL: <https://psychology.snauka.ru/2016/04/6649>
4. Зрютин М.А., Ковпак Д. В., Концепция потребностей в когнитивно-поведенческой психотерапии // IX Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии СВТFORUM: сборник научных статей. — СПб.: Лема, 2023. — 375 с. — С. 103–115.
5. Ковпак Д. В. Практическая методология когнитивно-поведенческой терапии // I Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. — СПб.: СИНЭЛ, 2015. — С. 23–28.
6. Ковпак Д. В. Диагностика в когнитивно-поведенческой терапии // VII Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. — СПб.: СИНЭЛ, 2021. — С. 100–116.
7. Ковпак Д. В., Терапия ориентированная на потребности // IX Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии СВТFORUM: сборник научных статей. — СПб.: Лема, 2023. — 375 с. — С. 143–157.
8. Нюттен Жозеф: Мотивация, действие и перспектива будущего. — М.:Смысл, 2004. — 607 с.
9. 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. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2020.1.06>.
10. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б., Адаптация шкалы ориентации «Социальная ангедония» на российской выборке: метод. пособие /— М.:Неолит, 2016 — 46 с.
11. Симонов П. В. Эмоциональный мозг. — М.: Наука, 1981.
12. Симонов П. В. Лекции о работе головного мозга. Потребностно информационная теория высшей нервной деятельности. — М.: Институт психологии РАН, 1998.

- 
13. Симонов П. В. Избранные труды. Т. 1: Мозг, эмоции, потребности, поведение. — М.: Наука, 2004.
  14. Суворова И.Ю., Бабий А.А., Корзун Н.В., Общая шкала удовлетворения базовых психологических потребностей. Методическое пособие /– Москва: МПСУ, 2023 — 33 с. — М.: Издательство «Перо», 2022 — 0,6 Мб [Электронный ресурс].
  15. Beck J. S. Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond. — 3rd ed. — New York: The Guilford Press, 2021.

*Приложение. Инструкция и бланк теста  
«шкала удовлетворенности потребностей»*

**Инструкция.** В тесте представлены утверждения, которые описывают ваше состояние, образ жизни или ситуацию. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое утверждение и поставьте рядом с ним балл, который является наиболее подходящим для вас. При выборе ответа, ориентируйтесь на ближайшие 2 недели вашей жизни.

Вариант ответа	Полностью не соответствует	По большей части не соответствует	По большей части соответствует	Полностью соответствует
Баллы	1	2	3	4
№	Вопрос			Балл
1	Я умею находить баланс между работой и отдыхом.			
2	Я достаточно хорошо адаптируюсь к изменениям.			
3	Я получаю уважение и признание от других людей.			
4	Я регулярно занимаюсь полезной физической активностью.			
5	У меня хорошие отношения в семье.			
6	Я достаточно времени нахожусь на свежем воздухе.			
7	Я удовлетворен своей жизнью.			
8	Я не испытываю дефицит общения с другими людьми.			
9	Я чувствую себя частью сообщества\коллектива.			
10	Я чувствую поддержку и заботу от других людей.			
11	У меня регулярное и полноценное питание.			
12	Я чувствую себя в безопасности в своей повседневной жизни.			
13	Окружающие люди учитывают мое мнение.			
14	Я могу свободно выражать себя.			
15	Окружающие люди хорошо ко мне относятся.			
16	Мои финансовые возможности позволяют удовлетворять основные биологические потребности.			
17	У меня есть контроль над собственной жизнью и своими решениями.			
18	У меня есть мотивы для личного и профессионального роста.			
19	Я умею находить радость и наслаждение в повседневной жизни.			

## БЛАНК ОБРАБОТКИ РЕЗУЛЬТАТОВ

Биологические потребности								
Вопросы	1	4	6	11	12	16	Итого	
Сырые баллы								
Характеристика:							Станайн:	
Психологические потребности								
Вопросы	2	7	14	17	18	19	Итого	
Сырые баллы								
Характеристика:							Станайн:	
Социальные потребности								
Вопросы	3	5	8	9	10	13	15	Итого
Сырые баллы								
Характеристика:							Станайн:	

# ЭЛЕМЕНТЫ ТЕХНОЛОГИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ПОТРЕБНОСТИ

**Ковпак Дмитрий Викторович**

*Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии  
им. И. И. Мечникова, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Муртазин Альберт Инзирович**

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Зрютин Максим Александрович**

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Аннотация.** Статья посвящена описанию когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности (КПТОП) — школы в рамках когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Основной фокус направления — системная работа с биологическими, психологическими и социальными потребностями человека, направленная на формирование адаптивных способов их удовлетворения. В статье подробно рассматриваются технологические элементы КПТОП, в том числе диагностика с помощью когнитивной карты клиента, протоколов СМЭР, техники «Свежий срез потребностей», и др.); смыслообразование через этапы логоанализа, логосинтеза и закрепления смыслов, формирующих «смыслотоп» — персонализированную систему ценностно-смысловых ориентиров. Особое внимание уделяется концептуализации с опорой на потребности, связывающей дисфункциональные убеждения и поведение с фрустрацией базовых потребностей. Представленные техники, такие как «Стрелка смыслов», «Линия жизни» и др., позволяют выявлять этиопатогенетические механизмы проблем и формировать функциональные стратегии их преодоления с помощью интервенций, направленных на балансировку удовлетворения потребностей (поведенческие эксперименты, копинг-карты, тренинги навыков). КПТОП — трансдиагностический подход, объединяющий работу с симптомами, когнициями, смыслами и средовыми факторами. Это обеспечивает не только редукцию симптомов, но и долгосрочное психологическое благополучие через развитие жизнестойкости и адаптивной гибкости. Статья подчеркивает практическую значимость КПТОП для персонализированной терапии клиентов, предлагая структурированный инструментарий для специалистов.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая терапия, потребности, смыслы, технология, адаптивные убеждения, концептуализация сильных сторон, когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на потребности, техники и навыки.

### **Введение и классификация потребностей**

Когнитивная терапия, ориентированная на потребности (КПТОП, ТОП), является оригинальной школой, относящейся к когнитивно-поведенческому направлению терапии, основатель школы — Дмитрий Викторович Ковпак. Вместе с коллегами Максимом Александровичем Зрютиным и Альбертом Инзировичем Муртазиным, а также группой исследователей, проходивших обучение по КПТОП в последние годы, проводится разработка, апробация и валидация диагностического и терапевтического инструментария на основе методологии направления КПТ и этой школы. В данной статье будут представлены примеры такого технического инструментария, отражающие системный подход к технологии проведения КПТОП на основе ее методологии, описанной в серии предшествующих статей. КПТОП фокусируется на выявлении актуальных потребностей человека в биологической, психологической и социальных сферах его жизнедеятельности и устойчивом формировании адаптивных способов удовлетворения потребностей, что отражено в концептуализации с опорой на потребности.

В КПТОП используется следующее определение потребностей: потребность — состояние, связанное с процессами адаптации в открытой сложной динамической системе.

Попытки классифицировать потребности возникали еще в древней Греции и Риме. В частности, Эпикур разделял потребности на естественные и необходимые, которые избавляют от страданий; естественные, но не необходимые для разнообразия наслаждений; неестественные и не необходимые — навязанные обществом.

Среди авторов 20-го века можно выделить работы А. Маслоу и К.П. Альдерфера, К. Левина, Д. Мак-Клелланда, Дж. Янга и А. Арнтца, У. Глассера, Э. Деси и Р. Райана, Ж. Нюттена, П.В. Симонова. Классификация КПТОП базируется на достижениях всех перечисленных школ исследователей, современных нейрофизиологических данных, а также биопсихосоциальной модели Дж. Энгеля и Дж. Романо.

Список потребностей может быть персонализирован в работе с конкретным клиентом исходя из набора актуализируемых потребностей и того принципа, что «язык клиента имеет значение». Понятие актуализированных потребностей как свойство раскрывается в следующем разделе.

Таблица 1. Трёхдоменная классификация потребностей в КТОП

<b>Биологические потребности:</b>	<b>Психологические потребности:</b>	<b>Социальные потребности:</b>
Витальные потребности (сохранение организма) Безопасность Ориентация Половая (сохранение вида)	Познание (ориентация и атрибуция) — понимание, контроль, предсказуемость, компетентность Признание и принятие себя (сохранение «я-концепции» / личности) Творчество Аутентичность и автономия Игра	Связь с другими — общение Признание — оцененность, разделение ценностей, иерархия в группе Принятие (другими) — принадлежность (отношениям с партнером, отношения в группе, место в иерархии, коллективные ценности), близость, забота, альтруизм

### Свойства потребностей и способы их удовлетворения

Можно выделить несколько свойств потребностей: активизированность и неактивизированность, актуализированность и неактуализированность, фрустрированность и удовлетворенность.

Активизация потребности — это автоматический ответ на требование об адаптации к изменяющимся условиям внутри и вне нашего организма, автоматическое возникновение мотива для деятельности. Конкретная реакция зависит от наших текущих метакогниций о потребностях. Например, биологическая потребность (подкатегория — витальная потребность) в еде активизируется время от времени в зависимости от ряда переменных:

- сигналов от механорецепторов пустого желудка и 12-перстной кишки;
- сигналов об уровне нутриентов в крови: глюкозы, аминокислот, жирных кислот и триглицеридов;
- ожидаемого удовольствия от поедания пищи;
- когниций о необходимости утоления голода, о съедобности еды и т.п.;
- наличия других доминант (по А.А. Ухтомскому).

Актуализация потребности — активный процесс произвольного осознания (на рефлексивном уровне обработки информации по А.Т. Беку) потребности с целью дальнейшего изменения внутренней или окружающей среды. КТОП предполагает актуализацию потребностей в ходе терапевтического сеттинга с самого первого взаимодействия с клиентом до заключительной поддерживающей сессии.

Удовлетворенность потребности (и фрустрированность как обратная характеристика) является важным субъективным свойством, отражающим

количество и качество ресурсов клиента, текущую способность клиента к анализу, синтезу и закреплению смыслов и используемые способы взаимодействия со своими потребностями.

Способы удовлетворения потребностей могут быть разделены на функциональные и дисфункциональные. И эти способы могут рассматриваться на разных уровнях: симптоматические (работа с поведением или эмоцией посредством редукции симптома), когнитивные (реструктуризация лежащих в основе убеждений), собственно с фокусом внимания на актуализированных потребностях, и с фокусом на смыслообразовании. В работе со смыслами важно выделить связь «Смыслы  $\leftrightarrow$  Устремления» и выход на изменение конкретного поведения при прояснении ценностей в последовательности «Ценности  $\rightarrow$  Цели  $\rightarrow$  Поведение».

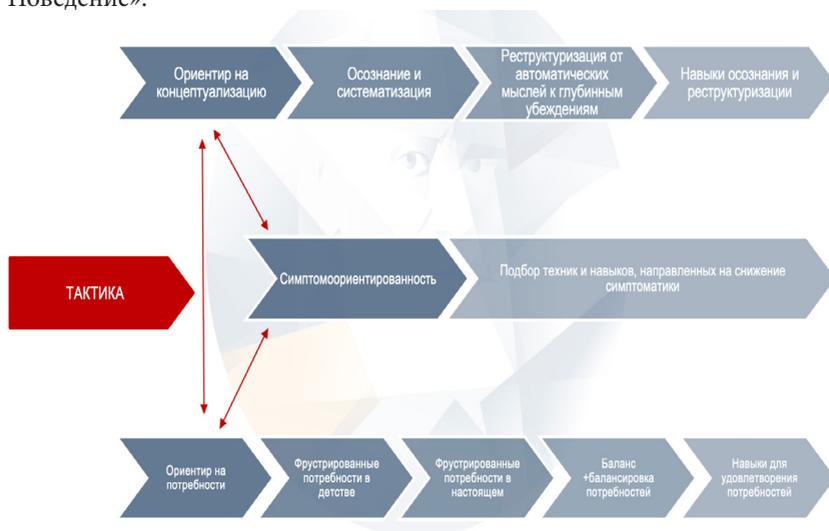


Схема 1. Обобщенные способы удовлетворения потребностей  
(цит. по Ковпак Д.В., Зрютин М.А.)

### Примеры «сквозных» элементов в технологии КПТОП

В КПТОВ используется несколько видов диагностических исследований. Первый вид относится к сбору объективных данных о человеке, обратившемся за помощью, включающий в себя анатомические (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, рентгенография, флюорография, эндоскопия и т.п.), функциональные (ЭКГ,

суточный мониторинг, нагрузочные тесты, ЭЭГ и т.п.) и лабораторные методы диагностики (различные исследования, включая клинические и биохимические показатели крови, исследования гормонов, витаминов, минералов и т.п.), а также среды его обитания, получаемых от смежных специалистов (врачей различных специальностей). Второй вид включает в себя разнообразную психодиагностику и психометрию с помощью тестов, шкал и опросников (включая тропную для КПТОП оригинальную «Шкалу удовлетворенности потребностей», ШУП) и эмпирическую (экспериментальную) диагностику, об элементах которой речь пойдет в статье далее.

КПТОВ продолжает и развивает трансдиагностические традиции классической КПТ, предлагая проходить сквозь частокол формальных «лейблов» диагнозов современных классификаций, и идти в изучение процессов и конструктов раскрывающих феномен человека и его бытия. В ряде направлений психотерапии используется работа с потребностями, при этом в КПТОП эта работа не ограничивается констатацией факта наличия потребностей или диагностикой их нарушенной реализации, а используется регулярная ориентация, фокус на системы «человек — внешняя среда», для достижения оптимальных результатов терапии. В КПТОП развивается методология холистической и взаимосвязанной работы с потребностями, смыслами, ценностями, убеждениями и сильными сторонами клиента в целом [2, 3, 11, 12].

Как один из знаковых ведущих элементов технологии терапии, ориентированной на потребности, может быть выделена логоэксевтика [5]. Эта методика используется в качестве «сквозного» элемента технологии КПТОП — как инструмент на этапе диагностики, так и на этапе терапевтических интервенций. Логоэксевтика (от гр. логос λόγος — слово, мысль, смысл, понятие, намерение и εξαγωγή — извлекать) — научная дисциплина и практический инструмент психосемантики, используемый для исследования субъективных значений и свойств знаков, символов и знаковых систем в психике человека.

По словам Мартина Хайдеггера, познавая тайны языка, мы можем познать и бытие. Если к этим словам добавить «клиента в терапии», то есть язык описания клиента, отражение его субъективной реальности, квалиа, и бытия клиента, мы поймем всю важность диагностического инструментария позволяющего прояснять персональные языковые конструкты и их взаимосвязи. Психосемантика изучает существования значений в индивидуальном сознании в виде образов, знаков, символов, субъективных семантических пространств и сетей, а логоэксевтика — помимо эмпирического исследования индивидуальных значений исследует также и знаково-

символическую систему в меж/надличностном и коллективном сознании, а также ее трансляцию в различных формах в культурно-историческом контексте, таких как, например, архетипы и стереотипы (в контексте картины мира).

В логоэксевтике, мы следом за психосемантикой называем знаком материальный объект, который для интерпретатора выступает в качестве представителя другого предмета. А значение знака (экстенционал) — предмет, представляемый (репрезентируемый) данным знаком. Смысл знака (интенционал) представляет собой информацию о репрезентируемом предмете, которую содержит сам знак или которая связывается с этим знаком в процессе общения или познания.

Взаимосвязь этих характеристик можно графически представить в виде семантического треугольника.



Схема 2. Знак — Смысл — Значение

В практическом ключе в КПТОП психосемантика может использоваться в виде смыслообразования как сочетания процессов анализа и синтеза, ключевым элементом которого выступает последующее закрепление и развитие смыслов.

Трехэтапная работа со смыслообразованием «Создание смыслового пространства»

Идеи смыслообразования развивались в логотерапии В. Франкла [13] и далее у ряда исследователей — Дж. Келли, Ж. Нюттена, А. Н. Леонтьева. Смыслообразование — процесс расширения смысловых связей при рассмотрении данного феномена в контексте жизненных отношений человека с миром.

В смыслообразовании может быть выделено три этапа: 1) логоанализ, 2) логосинтез и 3) закрепление и развитие смыслов, что в качестве результата

выражается в создании и развитии **смыслотопа**. Эти три этапа отражают методологию КПТОП с выделенными 3 этапами терапии в виде анализа, синтеза и закрепления в процессе формирования условных рефлексов по И. П. Павлову, как инсталляция полученного опыта в нейросети и имплементации в бытии в качестве специфических мыслительно-поведенческих паттернов.

Корень -топ означает привязку к некой однородной территории. Этимология слова восходит к греч. *topos* место, положение — это составная часть сложных слов, означающая «относящийся к определенному месту, положению, локализации». По аналогии с понятием биотоп, под которым понимается однородный участок пространства, заселенный определенным биоценозом — биогеоценоз, смыслотоп — система, занятая проясненными смыслами конкретного клиента в семантическом ландшафте его субъективной реальности.

При рассмотрении смыслообразования в рамках анализа смыслов, смысловыми связями первого порядка могут выступать действия (поведение), подходящие для реализации индивидуальной потребности. Действия являются смыслообразующим началом по отношению к связям второго порядка, которыми являются смыслы, к достижению которых будет стремиться человек через релевантное поведение [9].

По аналогии с технологией прояснения атрибуций А. Бека и его различными формами в виде техник «Стрелка вниз», «Ступенчатый анализ» и т. п. могут быть выявлены смыслы различных уровней исходя из потребностей или ценностей, ведущих к значимым целям и далее к значимым действиям. Общая схема техники «Стрелка смыслов»:

Потребность → действие → смысл 1-го уровня → смысл n-го уровня

Ценностная сфера → ценность → цель → смысл 1-го уровня → смысл n-го уровня

Для логоанализа ключевое значение имеет понимание В. Франкла о том, что мы исследуем смысл жизни данного клиента в данный момент, а не смыслы вообще.

Вопросы, помогающие выявить смыслы на этапе логоанализа:

Для чего вам важно быть .... (каким-то)? Чтобы...

Какой смысл в том, чтобы быть (каким-то)? Чтобы...

Зачем нужно делать ....? Чтобы...

Во время логоанализа часто выявляются автоматические, сформированные внешние смыслы, проявленные часто в виде ригидных правил, отношений, предположений. Сам по себе логоанализ является диагностической процедурой с терапевтическим эффектом.

Логосинтез, второй этап, как и логоанализ — это процедура, использующая в своей основе направляемое открытие по А. Беку и Сократу. Если диагностическая часть методики, логоанализ — это прояснение смыслов и значений, направленный на декомпозицию по Р. Декарту имеющих формализованных и общих лингвистических конструкторов (денотативных схем — продуктов рече-мыслительных процессов по Л. С. Выготскому), включая номинализации и того, что не осознается самим клиентом на вербальном уровне, то логосинтез это непосредственно по аналогии с майевтикой Сократа, рождение собственных «истин» — персональных смыслов. Логосинтез может быть выражен в большом количестве формальных и неформальных техник (таблица 2), объединенных целью формирования более конструктивной, функциональной для клиента системы смыслов, соответствующей возрасту, накопленному опыту, интеллектуальному, социальному и эмоциональному развитию. Например, метафоры могут быть использованы в терапии с учетом перечисленных факторов: сказкотерапия для детей, поиск значения метафор в притчах для взрослых. Этап логосинтеза посвящен раскрытию адаптивных убеждений и отношений из прошлого (анамнеза, истории и функциональной части концептуализации клиента), и формирование новых отношений и схем. Логосинтез осуществляется через примеры, понятные конкретному клиенту и на его языке описания.

Вскоре после выявления системы смыслов и полезных альтернатив начинается работа на этапе закрепления смыслов. Через образы, словесные формулировки формируются копинг-карты. Обучение и закрепление происходит через моделирование (в частности, визуализация как когнитивная репетиция и др.), в процессе которого локус контроля по Дж. Роттеру может меняться с экстернального на интернальный.

Последовательность, регулярность и мотивированность — важные характеристики действий в КПТОП для закрепления свойств и структуры смыслополюсов, ведущие к обретению адаптивности, функциональной гибкости, жизнестойкости (резилентности). Жизнестойкость становится возможной при наличии баланса удовлетворения потребностей потребностей между ведущими доменами потребностей (биологическим, психологическим, социальным). Акцент на адаптивности в диагностике и терапии и обучение этому клиентов с использованием актуальных ресурсов — характерная черта терапии, ориентированной на потребности.

Таблица 2. Возможные техники на разных этапах смыслообразования и создания смыслотопа с ориентацией на потребности

Этап смыслообразования и работы с потребностями	Возможные методики и техники
Логоанализ (диагностика смыслов и потребностей)	СМЭР Линия жизни (модификация на основе методологии КПТОП) Методика «Жалобы-проблемы-запросы-цели с ориентацией на потребности» Когнитивная карта клиента в КПТОП Концептуализация с опорой на потребности Таблица проблемы — потребности Оценка потребностей в настоящем моменте «Свежий срез потребностей» СМЭР Карточки выявления потребностей Связь потребностей и убеждений Методика «прояснение ценностей и потребностей»
Логосинтез (создание адаптивных и необходимых альтернатив с точки зрения смыслов и способов удовлетворения потребностей)	Майевтика Поведенческие эксперименты Поведенческая активация Идеальный день Метафоры Имагинативные техники
Закрепление и развитие смыслотопа (закрепления адаптивных смыслов и способов удовлетворения потребностей)	Копинг-карты Когнитивная репетиция Действовать «как если» Детализация образа будущего Тренинги формирования навыков и поведенческие задания, включая закрепляющие поведенческие эксперименты

Смыслотоп может быть изображен в графическом виде как «карта территории» смыслов, взаимосвязанных между собой. Этот «психологический ландшафт» не статичен, это не макет реальности, спрятанный для сохранности под защитным куполом, а живая система, с которой идет регулярная и мотивированная работа по осознанию, воспроизведению и переработке

смыслов для обогащения конкретных поведенческих действий и репертуара выбора клиента.

Все эти три этапа технологически объединяются и практическим образом учитываются в методике «когнитивная карта клиента в КПТОП». Когнитивная карта — структурированный носитель персонализированной информации, который заполняется в динамике развития терапевтического процесса с клиентом, может дополняться, трансформироваться и видоизменяться по мере появления новой информации и пересмотре имеющихся данных. Карта позволяет формировать ясность и осознанность как для клиента, так и для терапевта, что формирует более прочный рабочий альянс, крепкие и продуктивные терапевтические отношения, атмосферу доверия, принятия и поддержки, более глубокую и качественную диагностику и план терапии. В карте, как и в концептуализации, важно собирать и данные до начала терапии (исторические данные), и данные, накапливаемые в течение работы с клиентом. С точки зрения технологического удобства мы рассмотрим отдельные части этой карты в соответствующих разделах по этапам терапии, а ниже приводим когнитивную карту в целом.

Таблица 3. Когнитивная карта клиента КПТОП

Жалобы:		
Проблемы:		Гипотезы об убеждениях, лежащих в основе проблем:  Гипотезы о фрустрированных потребностях:
Запросы:		Какие ценности отражают запросы:
Цели клиента (в биологической, психологической и социальной сферах)		Смыслы достижения поставленной цели:
<b>История</b>		
Персональная	Семья	Социума
<b>Факторы среды</b> (биологические, психологические, социальные)		
Дезадаптивные		Адаптивные
<b>Анализ релевантных проблем с помощью СМЭР</b>		
<b>Потребности</b>		
Биологические	Психологические	Социальные

Квазипотребности (производные от базовых потребностей)	
Деадаптивные	Адаптивные
<b>Убеждения дезадаптивные</b>	
Промежуточные убеждения	Центральные убеждения
<b>Убеждения адаптивные</b>	
Промежуточные убеждения	Центральные убеждения
<b>Стратегии поведения</b>	
Компенсаторные	Гипотезы об убеждениях и потребностях, лежащих в основе КС
Адаптивные	Гипотезы об убеждениях и потребностях, лежащих в основе АС
<b>Устремления/интересы/желания</b>	Какие ценности, смыслы и потребности отражают?
<b>Ресурсы</b>	
Ресурсы внутренние	Ресурсы внешние
<b>Стратегические и тактические цели</b>	Задачи и критерии достижения цели
<b>Этапы терапии, техники и методики</b>	
<b>Копинг-карты</b>	
<b>Планы действий</b>	

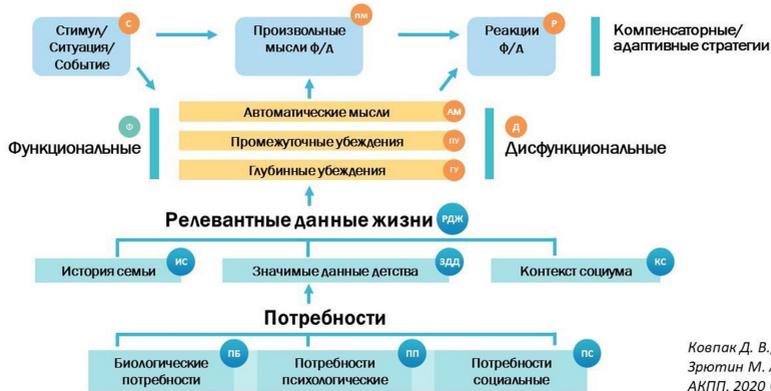
### Этап 1. Диагностика

Диагностический этап в терапии, ориентированной на потребности начинается с первой встречи или контакта с клиентом и проходит транзиторно через всю терапию до момента ее завершения. На диагностическом этапе происходит несколько важных процессов:

- Психообразование о терапии, имеющихся у клиента нозологиях или проблемах, когнитивной модели и потребностях
- Социализация в терапии
- Прояснение смыслов и потребностей, в том числе в исторической перспективе
- Соединение в концептуализации клиента отдельных концепций, которые используются в работе специалиста в КПТОП — потребностей, смыслов, ценностей, устремлений, целей, проблем, убеждений.

Концептуализация с опорой на потребности [6, 8] 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 сложная динамическая персональная система человека, — семьи как системы (микросоциум) и системы макросоциума (коллектив, этнос, страна, популяция, человечество, цивилизация).



Ковпак Д. В.,  
Зрютин М. А.,  
АКПП, 2020 ©

Форма 1. Концептуализация терапии, ориентированной на потребности

Концептуализация является основой для плана терапии, позволяя более осознанно, поэтапно и целенаправленно достигать стратегических и тактических целей терапии.

Стратегия в формирующемся совместно с клиентом плане терапии предполагает устремления к функциональному, адаптивному и сбалансированному удовлетворению потребностей — биологических, психологических, социальных в контексте сформированных клиентом смыслов, ценностей и целей.

В плане терапии, ориентированной на потребности тактика подразумевает формирование функциональных и адаптивных способов реализации ведущих потребностей и навыков, необходимых для их реализации,

терапевтическую работу с дисфункциональными убеждениями, препятствующими функциональным способам удовлетворения потребностей. 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.

Тактические цели и задачи терапии формулируются с учетом актуализированных потребностей настолько конкретно и подходящим для клиента образом, насколько это возможно. Например, вместо общего «навыка решения проблем» рекомендуется указать, решение каких конкретно проблем мы ставим в качестве целей и задач у данного клиента.

План терапии технически может заполняться в рамках когнитивной карты клиента (таблица 2).

Таблица 4. План терапии в КПТОП

Стратегическая цель: баланс удовлетворения потребностей (указать, каких именно) в соответствии со смыслами (указать, какие именно)	
Тактическая цель 1 (пример — биологическая — формирование навыков гигиены сна как способов удовлетворения потребности «сон»)	Задачи (примеры — работа по протоколу СВТ-I, решение проблемы сна в непроветриваемом помещении, уменьшение экранного времени за 2 часа до сна, тренировка навыков осознанности и принятия)
Тактическая цель 2 (пример — формирование убеждений и навыков для последующей стратегии реализации потребностей в общении, принятии, признании )	Задачи (примеры — формирование коммуникативных навыков, ассертивного поведения, формирование навыков активного слушания и эмпатии, социальных компетенций и т.п.)
...	
Тактическая цель n	Задачи n

*Методики и техники, используемые на этапе диагностики*

Жалобы-Проблемы-Запросы-Цели с учетом потребностей

Первая сессия часто начинается с выявления жалоб и проблем клиента. В терапии, ориентированной на потребности, мы выявляем, как сформированные проблемы связаны с потребностями, которые были фрустрированы. При понимании проблем формируются запросы и прописываются критерии достижения запроса в виде целей.

Таблица 5. Жалобы-Проблемы-Запросы-Цели с учетом потребностей

ЖАЛОБЫ/ СИМПТОМЫ	ПРОБЛЕМЫ	ЗАПРОС	ЦЕЛИ
<b>Эмоциональные</b> (пример: тревога, гнев)	Полный список проблем должен включать в себя все значимые факторы в жизни клиента (пациента), которые способствуют возникновению дистресса, включая трудности	Совокупность общих и частных целей, описанная языком клиента. Может касаться:	В сотрудничестве клиент и психолог конкретизируют цели, оценивают их реалистичность и согласуют с ценностями и устремлениями. Характеристики целей:
<b>Телесные/ физиологические</b> (пример: тремор рук, бессонница)	психологического, межличностного, профессионального, образовательного, медицинского, юридического, жилищного или	— поддержки терапевта, — конкретных изменений, — работы с навыками, которые связываются с конкретными потребностями.	•конкретны, • измеримы, •достижимы, •актуальны (и соответствуют значимым биологическим, социальным, психологическим, потребностям)
<b>Когнитивные</b> (пример: самокритика, руминации)	досугового характера. В скобках после указания проблем указываются актуализированные потребности (биологические, социальные, психологические)		•и ограничены по времени (то есть результаты можно оценить в ближайшем будущем — это позволяет снизить прокрастинацию)
<b>Поведенческие</b> (пример: избегает посещения общественных мест)	1. 2. 3. ...		1. 2. 3. 4. ...

«Свежий срез потребностей» — оценка потребностей  
в настоящем моменте

Непосредственное оценивание актуализированных для клиента потребностей по субъективной шкале — основной инструмент направления внимания к потребностям на сессии, как оценочной, так и последующих терапевтических сессиях.

*Таблица 6. Свежий срез потребностей конкретного клиента*

Домены потребностей	Потребности	Срез 1 Дата	Срез 2 Дата	Срез n Дата
Биологические	Потребность 1			
	Потребность 2			
Психологические	...			
Социальные	...			

После этого с целью наглядности для клиента могут быть оценены не отдельные потребности, а еще и домены потребностей (биологические потребности в целом, психологические, социальные), а далее через действия, направленные на балансировку удовлетворения потребностей (см. табл. 12) достигается балансировка удовлетворенных потребностей (**техника балансировка удовлетворения потребностей**).

#### Линия жизни

Техника «Линия жизни» заключается в предложении клиенту графически на листе бумаги/ ватмана /экране электронного гаджета и т. п. обозначить ключевые моменты, «реперные точки» (как положительные, так и отрицательные), наиболее значимо повлиявшие на его жизнь. Обычно предлагается написать 5 ключевых событий жизни (но их количество может быть согласовано с каждым клиентом индивидуально, за счет понимания терапевтом специфических данных клиента). В этих точках клиенту предлагается отметить какие его базовые потребности были удовлетворены / фрустрированы и как это повлияло на его смыслы, ценности, убеждения (включая Я-концепцию), поведение, значимые отношения, связи и окружение. Эта техника позволяет в наглядной форме прояснить моменты из значимых данных жизни/детства, повлиявшие на смыслы и убеждения клиента. В результате использования этой техники клиенты отмечают большое количество и ценность субъективно значимых инсайтов, а терапевты — ценность осознаваемого и транслируемого клиентами материала для формирования плана, этапов и системы «мишеней» терапии.

Таблица 7. Техника «Линия жизни» в общем виде

Возраст		Возраст		Возраст		Возраст	
Типичная ситуация или группа ситуаций	→	Типичная ситуация или группа ситуаций	→	Типичная ситуация или группа ситуаций	→	Типичная ситуация или группа ситуаций	→
Появление или изменение ключевых убеждений и смыслов		Появление или изменение ключевых убеждений и смыслов		Появление или изменение ключевых убеждений и смыслов		Появление или изменение ключевых убеждений и смыслов	
Удовлетворенные / фрустрированные потребности		Удовлетворенные / фрустрированные потребности		Удовлетворенные / фрустрированные потребности		Удовлетворенные / фрустрированные потребности	

Таблица 7а. Техника «Линия жизни» (пример заполнения)

7 лет		17 лет		26		28	
Длительное расставание с родителями	→	Окончание школы на «золотую» медаль	→	Расставание с партнером	→	Увольнение с работы	→
Я абсолютно один		Я хорошо справляюсь		Я плохой		Все смыслы потеряны	
Фрустрированная потребность — безопасность, принадлежность		Удовлетворенная потребность — принятие, компетентность		Фрустрированная потребность — близость, принадлежность		Фрустрированная потребность — безопасность, ориентация, компетентность	

### Протокол СМЭР

Задачи этого протокола — сбор данных, дескриптивно описанных феноменов активирующего события / триггерной ситуации, когнитивной сферы (условно упрощенно обозначенной для клиентов в качестве общей категории «Мысли», включающей вербальный и образный компоненты) и реакций (эмоциональных, телесных и поведенческих). В разделах «Эмоции» и «Реакции (физиологии и поведения)» фиксируются «последствия», — эмоциональные, физиологические и поведенческие реакции. Для помощи в использовании протокола автором были введены рабочие термины «срезы» (ультрасвежий, свежий, яркий, исторический), как процедура использования протокола, для локализации ее частей во времени и пространстве.

Таблица 8. СМЭР

Ситуации	Мысли	Эмоции	Реакции

Мысли и убеждения, выявленные с помощью этого протокола, можно связывать с актуализированными потребностями в таблице «Проблемы — потребности».

Таблица 9. Связь проблем с потребностями

Проблема	Убеждения	Потребности
(например, «не читаю проф. литературу 2 месяца»)	(например, «Я ленивая 90%. Я плохой специалист 60%»)	(например, потребность в признании, в компетентности)

Важной частью диагностики является исследование данных детства с помощью техники «**Анализ проблем через призму потребностей**». Выявляя релевантные данные детства в анамнезе, мы можем выяснять, как фрустрированные потребности через дисфункциональные убеждения вызвали текущие проблемы в жизни.

Таблица 10. Анализ проблем через призму потребностей

Релевантные данные детства	Потребности	Убеждения	Проблемы

## Этап 2. Формирование функциональных механизмов удовлетворения потребностей

### Протокол работы над изменениями (Д-РМУП/ Ф-ПУМР)

Протокол Д-РМУП/ Ф-ПУМР является модификацией так называемого «2 протокола» Ассоциации когнитивно-поведенческой терапии (синоним в виде акронима ЭМУУМЭ, [2,3]), используемый для регистрации результатов использования терапевтических техник, направленных на когнитивную реструктуризацию и изменение поведения. Аббревиатура Д-РМУП / Ф-ПУМР означает Дисфункциональные (Д) реакции (Р — эмоциональные, физиологические, поведенческие), Мысли (М — мысли и образы, непосредственно предшествующие реакциям), Убеждения (привычные формы и способы мышления, с описанием убеждений разного уровня —

произвольных (ПМ) и автоматических мыслей (АМ), промежуточных убеждений (ПУ), Глубинных / Центральных Убеждений (ГУ/ЦУ). Дисфункциональные 4 колонки заполняются на основе данных из протокола СМЭР и концептуализации КПТОП, Функциональные 4 колонки заполняются в качестве регистрации данных полученных при помощи использования техник КПТОП и КПТ.

*Таблица 11. Протокол 2 модифицированный (ЭМУП-ПУМЭ)  
(цит. по Ковпаку Д.В.), дополненный выявлением механизмов  
удовлетворения потребностей*

Дисф. реакции: (эмоциональные, физиологические реакции, поведенческие реакции)	Дисф. мысли	Дисф. убеждения	Дисф. способы удовлетворения потребностей	Функц. способы удовлетв. потреб.	Функц. убеждения	Функц. мысли	Функц. реакции: (эмоционал. реакции, физиологич. реакции, поведенческие реакции)

Для изменения важны не только инсайты, но и конкретные действия, основанные на понимании смыслов и соответствующих потребностях и ценностях. В таблицах 12 и 13 ближайшие действия предполагают формулировку по методологии SMART и при необходимости использование элементов поведенческой активации, в частности, прогностическую и фактическую оценку уровня удовольствия, мастерства, смысла. При формулировании ближайших действий в качестве части плана действий обязательно оценивается вероятность действия по субъективной шкале от 0 до 10 и задаются вопросы «где, как часто, как долго, каким образом?» и т.д., если они не описаны в самом действии.

*Таблица 12. Прояснение потребностей  
с формулированием поведенческих действий*

Потребности	Возможные действия	Ближайшие действия

Таблица 13. *Прояснение ценностей с формулированием поведенческих действий*

Ценностные домены (сферы жизни)	Ценности в узком смысле	Возможные действия	Ближайшие действия

### **Этап 3. Закрепление функциональных способов удовлетворения потребностей**

Закрепление новых функциональных стратегий мышления и поведения, способствующих использованию адаптивных и сбалансированных способов удовлетворения потребностей проходит в форме тренингов навыков, с формированием функциональных условно-рефлекторных связей по И. П. Павлову в нейросети и имплементации адаптивных схем и модусов поведения в системной жизнедеятельности клиента.

Примером мотиваторов направленных действий для их закрепления способом самоинструктирования выступают техника копинг-карт.

Копинг-карты — мотивационные короткие самоинструкции — вербально-образные конструкты-слоганы, которые используют мнемотехнику. Вербально-образный конструкт напоминает клиенту ключевые смысловые послы, выведенные в результате терапии. Карточка с текстом копинга выступает в качестве условной гиперссылки к смыслу. Если она написана шаблонно, если она написана «чужим языком», с использованием чужих смыслов. она не будет функционально использоваться клиентом.

Таблица 14. *Копинг-карта с указанием связей*

Копинг-карта	Связанные смыслы и потребности

Как указано в таблице 2, закрепление функциональных способов удовлетворения потребностей и реализации смыслов также возможно с помощью когнитивных и поведенческих репетиций (поведенческие задания, включая закрепляющие поведенческие эксперименты), классических тренингов формирования навыков (например, ассертивного поведения). Технически можно предложить клиенту продолжать использовать таблицы 12, 13, 14 в течение длительного времени, уточняя их содержание на поддерживающих бустерных сессиях.

### Заключение

Когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на потребности, представляет собой инновационное направление в рамках когнитивно-поведенческой терапии, объединяющее классические теоретические модели и современные нейрофизиологические данные. КПТОП фокусируется на системном подходе к удовлетворению биологических, психологических и социальных потребностей, что позволяет не только устранять симптомы, но и воздействовать на этиопатогенетические причины дезадаптации.

Ключевая особенность КПТОП — интеграция биопсихосоциальной модели Дж. Энгеля с концептуализацией потребностей, что обеспечивает целостное понимание проблем клиента. Методология работы, включающая диагностику, формирование и закрепление функциональных механизмов удовлетворения потребностей, подчеркивает активную роль клиента в терапии. Использование таких инструментов, как когнитивная карта, протоколы СМЭР и техника «стрелка смыслов», позволяет структурировать процесс, связывая ценности, убеждения и поведение с актуальными потребностями.

Важным вкладом КПТОП становится акцент на адаптивных стратегиях, которые не только устраняют фрустрацию и симптомы расстройств, но и способствуют личностному развитию.

Работа Д.В. Ковпака, А. И. Муртазина, М.А. Зрютина и их коллег открывают новые горизонты для практической психотерапии, сочетая научную строгость с персонализированным подходом в терапии. КПТОП не только расширяет арсенал методов КПТ, но и предлагает клиентам путь к осознанной, сбалансированной жизни через удовлетворение ключевых потребностей и работу со смыслами. В условиях растущего интереса к персонализированной помощи данный подход становится перспективным инструментом для достижения долгосрочного психологического благополучия.

### Список литературы

1. Бек Д. Бек А. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. 3-е издание. — СПб.: Питер, 2024
2. Ковпак Д. В. Практическая методология когнитивно-поведенческой терапии // I Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. — СПб.: СИНЭЛ, 2015. — С. 23–28.
3. Ковпак Д. В. Диагностика в когнитивно-поведенческой терапии // VII Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. — СПб.: СИНЭЛ, 2021. — С. 100–116.

4. Ковпак Д.В. Когнитивная карта клиента в когнитивно-поведенческой терапии ориентированной на потребности. X Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии СВТFORUM: сборник научных статей. СПб: Международный институт развития когнитивно-поведенческой психотерапии, 2024 — с.76-82
5. Ковпак Д. В.: Олимпийское спокойствие. Как его достичь? — СПб.: Питер, 2014 — 208 с.
6. Ковпак Д.В. Терапия, ориентированная на потребности. IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 143-157
7. 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.
8. Ковпак Д.В., Зрютин М.А. Концепция потребностей в когнитивно-поведенческой психотерапии. IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 103-115
9. Леонтьев Д. А. Психология смысла / Д. А. Леонтьев. — М.: Смысл, 1999.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (МКБ-Х) от 02.10.1995. Том 1 Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клиническое описание и указания по диагностике. Пер.на рус.яз. СПб.: АДИС. 1994. (часть 1, 2)
11. Муртазин А.И., Ковпак Д.В. Концепция ценностей в терапии, ориентированной на потребности /// IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 226-236
12. Муртазин А.И., Ковпак Д.В. Работа с позитивными убеждениями и использование концептуализации сильных сторон в когнитивно-поведенческой терапии. /// IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 237-246
13. Франкл Виктор. Сказать жизни «Да!»: психолог в концлагере. — М.: Альпина Нон-фикшн, 2009.

# КБТ 2024: ГЕЙМИФИКАЦИЯ, РОБОТЫ-ТЕРАПЕВТЫ И МЕТА-АНАЛИЗЫ

*Козлов Михаил Юрьевич*

*ГБУЗ ПКБ № 4 им П.Б. Ганнушкина ДЗМ*

**Аннотация.** В кратком аналитическом обзоре представлены данные современных исследований посвященных когнитивно-поведенческой психотерапии, предпочтение отдавалось крупным исследованиям опубликованным в журналах с высоким импакт-фактором.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая психотерапия, геймификация, искусственный интеллект, эффективность психотерапии, психопрофилактика.

Когнитивно-поведенческая психотерапия продолжает активно развиваться, каждый год исследовательские коллективы по всему миру предоставляют новые, любопытные данные, уследить за которыми нелегко. Ниже будут представлены результаты исследований посвященных когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ), клиническим, организационным и методологическим аспектам, оказавшимся на фронтире исследований в прошлом году. Так, интересные данные были представлены в крупном мета-анализе (56 статей), в работе сообщается об эффективности применения геймифицированного КПТ в школах, положительного влияния на уровень тревоги и депрессии, физическую активность, качество диеты, когнитивную гибкость, самоэффективность, эмоциональную регуляцию, жизненные решения и общий уровень ментального здоровья. Исследовались мобильные приложения: SPARX, eQuoo, MindLight, SmartCAT, построенные на принципах КПТ и данных нейробиологии, имеющие игровой дизайн, позиционирующиеся как программы «эмоционального фитнеса». Результаты показали, что геймицированные КПТ подходы значительно улучшают психологические и поведенческие результаты, по выбранным метрикам (2). Продолжая тему информационных технологий, исследовательская группа Корнельского университета, на основе механизма «больших языковых моделей» (LLMs) смогла симитировать работу когнитивно-поведенческого терапевта (HELPERT), которую было предложено оценить независимым экспертам, а затем сравнить с работой живых специалистов. Результаты показали, что традиционный формат характеризуется проявлением эмпатии, элементами светской беседы, установлением терапевтического альянса и обменом опытом, но страдают недостаточной последовательностью в отношении КПТ протоколов и наоборот, сеансы HELPERT демонстрируют

минимальный «дрейф» терапевта и более высокую приверженность методам КПТ, но при этом отсутствием сотрудничества, эмпатии. Авторы резюмируют, что комбинированное применение искусственных технологий и интерперсонального взаимодействия, могут органично дополнить друг друга (7). В схожем исследовании была продемонстрирована эффективность влияния англоязычных терапевтических ботов (ELIZA, Woebot) на показатели тревоги и депрессии, по сравнению с базовыми («не умными») разговорными ботами/виртуальным дневником эмоций/контрольной группой по психообразованию (3). Важным способом, увеличивающим доступность получения психотерапевтической помощи, является онлайн-консультирование, эффективность которого была неоднократно изучена, однако оставался до известной степени, открытым вопрос о долговременности положительного эффекта. На этот вопрос ответил значительный мета-анализ (152 статьи) с общим количеством участников 45 335 человек, был показан размер эффекта от незначительного до значительного в редукации симптомов тревоги, депрессии и ПТСР, главными предикторами низкой эффективности онлайн-КПТ (iCBT) была бессонница, а предиктором высокой эффективности – неотложная потребность в помощи (10). Любопытные данные были показаны в мета-анализе посвященном удовлетворенности КПТ, участники как правило отмечают следующие препятствия: слишком сложная или требовательная процедура лечения, короткие и поверхностные вмешательства, а вот такие качества клинициста, как доверие, не осуждающее и понимающее отношение, по-видимому, вносят значительный вклад в привлечение клиентов и их выздоровление (9). Какие компоненты КПТ помогают при бессоннице? Таким вопросом задались авторы другого крупного мета-анализа (241 исследование), результаты показали эффективность следующих интервенций: когнитивная реструктуризация, компоненты третьей волны (осознанность), ограничение сна, контроль стимулов и личный контакт со специалистом, а вот техники релаксации, вопреки ожиданиям не показали значимого эффекта (4). Небольшой, но полезный мета-анализ 35 статей, изучающих эффективность КПТ в сравнении с антидепрессантами СИОЗС, плацебо и неспецифическими группами при лечении ОКР у детей, показало, сопоставимый эффект очной КПТ и СИОЗС, а вот к проведению КПТ через веб-камеру/телефон остаются вопросы, вероятно КПТ для детей предпочтительнее проводить в очном формате (1). В крупном мета-анализе (83 статьи) эффективности КПТ как средства профилактики развития психических расстройств, была показана его роль в предупреждении бессонницы, предотвращении симптомов депрессии, а также, по мнению исследователей, КПТ может использоваться в качестве раннего вмешательства

при суицидальном риске (8). Говоря о ранних вмешательствах, в исследовании посвященном влиянию травма-фокусированного КПТ на снижение симптомов ПТСР у детей был показан не только положительный клинический эффект но и изменение в функциональности целого ряда областей головного мозга, прежде всего со снижением симптомов ПТСР ассоциировалось: изменение объема серого вещества в левом хвостатом ядре, а также обнаруживались функциональные изменения в паттернах активации левой височной, затылочной и двусторонней лобной коры, базальных ганглиях и мозжечке (6). Эффективность при работе с онкобольными была показана в мета-анализе проведенном на материале 132 статей, КПТ умеренно улучшает показатели физического самочувствия и качества жизни, обращает на себя внимание сильная зависимость эффекта от такой переменной, как возраст испытуемых, чем моложе участники тем сильнее положительный эффект от психотерапии (2).

В предыдущем году, мы однозначно сможем увидеть тренд на проведение крупных, прежде всего мета-аналитических исследований обобщающих значительный материал накопленный за предыдущие десятилетия экспериментальной работы, кроме того обнаруживается интерес исследователей к информационным технологиям: терапевтическим ботам и играм, способными аугментировать проведение традиционной КПТ.

### Список литературы

1. Cervin, Matti, et al. "Efficacy and acceptability of cognitive-behavioral therapy and serotonin reuptake inhibitors for pediatric obsessive-compulsive disorder: a network meta-analysis." *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 65.5 (2024): 594-609.
2. Dils, Alexander T., et al. "The efficacy of cognitive behavioral therapy for mental health and quality of life among individuals diagnosed with cancer: A systematic review and meta-analysis." *Cancer medicine* 13.16 (2024): e70063.
3. Eltahawy, Laura, et al. "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* 2.1 (2024): 100035.
4. Furukawa, Yuki, et al. "Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults: a systematic review and component network meta-analysis." *JAMA psychiatry* 81.4 (2024): 357-365.
5. Gkintoni, Evgenia, et al. "Gamified Health Promotion in Schools: The Integration of Neuropsychological Aspects and CBT—A Systematic Review." *Medicina* 60.12 (2024): 2085.
6. González-Alemañ, Eduardo, et al. "Brain structural change associated with cognitive behavioral therapy in maltreated children." *Brain research* 1825 (2024): 148702.
7. Iftikhar, Zainab, et al. "Therapy as an NLP Task: Psychologists' Comparison of LLMs and Human Peers in CBT." *arXiv preprint arXiv: 2409.02244* (2024).

8. Palagini, Laura, et al. "CBT-I for prevention and early intervention in mental disturbances: a systematic review and meta-analysis." *Sleep Medicine* (2024).
9. Yarwood, Becky, Rachel Taylor, and Ioannis Angelakis. "User experiences of CBT for anxiety and depression: a qualitative systematic review and meta-synthesis." *Community Mental Health Journal* 60.4 (2024): 662-671.
10. Zainal, Nur Hani, et al. "Do the effects of internet-delivered cognitive-behavioral therapy (i-CBT) last after a year and beyond? A meta-analysis of 154 randomized controlled trials (RCTs)." *Clinical Psychology Review* (2024): 102518.

## ГРАНИЦЫ САМОРАСКРЫТИЯ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА В МЕДИА: НА ПРИМЕРЕ М. ЛИНЕХАН

*Марковская Галина Германовна*

*СПбГАУВО «Санкт-Петербургский государственный институт  
психологии и социальной работы»*

*Тысячнюк Андрей Сергеевич*

*Детская Деревня — SOS Пушкин*

*Иванова Катарина Игоревна*

*Русская христианская гуманитарная академия им. Ф. М. Достоевского*

**Аннотация.** В статье рассматривается проблема нечеткости границ самораскрытия психолога-консультанта в медиа-пространстве, что может нанести вред клиентам при недостаточно умелом или безответственном использовании этой техники. Исследовательский вопрос данной работы заключается в том, что делает уместным и оправданным самораскрытие неоднозначно воспринимаемых, табуированных аспектов личной информации психолога в социальных медиа, что в подобном поведении специалиста вызывает позитивный или неоднозначный отклик у клиентов и у общественности в целом. В качестве метода использовался контент-анализ автобиографических материалов психотерапевта М. Линехан, а также онлайн-отзывов клиентов, коллег и общественности, кроме того, учитывались результаты обсуждения сложных аспектов личной жизни Марши Линехан со студентами-психологами. Самораскрытие в форме автобиографических мемуаров выдающегося психотерапевта, создателя диалектической поведенческой терапии Марши Линехан вызвала смешанную реакцию читателей. Многие увидели в нем вдохновляющее и мощное свидетельство стойкости и исцеления от психического расстройства. Другим было трудно примирить ее личные трудности с профессиональным авторитетом Линехан. Однако история Марши во многом помогла очеловечить трудности людей с проблемами психического здоровья, создав возможность для более глубокого, более чуткого разговора о психических заболеваниях. В целом, психотерапевты должны взвешивать потенциальные преимущества раскрытия личного опыта с рисками компрометации своей профессиональной репутации и с влиянием на эффективность своей терапевтической работы. В публичных пространствах для консультанта важно сбалансировать свою человечность с профессиональной ответственностью.

**Ключевые слова.** самораскрытие консультанта перед клиентом, самораскрытие консультанта в медиа-пространстве, стигматизация психических расстройств, границы самораскрытия, диалектическая поведенческая терапия, профессиональная ответственность.

Исследование самораскрытия началось в русле гуманистической психологии в 1950-х годах как антитеза социальной закрытости и межличностным маскам. Американский психолог и психотерапевт С. Джуард, первым описавший в 1958 году феномен самораскрытия с психологической точки зрения, считал, что «адаптация к жизни в обществе часто требует от нас сокрытия наших подлинных чувств, потребностей и сомнений, а самораскрытие делает нас уязвимыми и внешне слабыми... Но полное самораскрытие перед другими, на самом деле, признак сильной и здоровой личности» [15, р.73]. Скрывая свои чувства перед другими, человек забывает о них и теряет способность любить, строить сложные и глубокие отношения. Одной из причин неспособности к самораскрытию является отсутствие соответствующих умений [1].

В том же 1958 году Джуард впервые описал самораскрытие консультанта перед клиентом как специальный прием, который позже был определен его последователями как «техника сознательного, преднамеренного раскрытия консультантами информации о своей жизни за пределами отношений консультирования» [17, р. 174]. В современной литературе эту технику нередко называют «управляемое самораскрытие консультанта». Большинство исследователей сходятся на том, что управляемое самораскрытие оправдано в случае признания психотерапевтом своих ошибок в применении тех или иных приемов, если это было замечено пациентом. Самораскрытие приветствуется, если с помощью самораскрытия психотерапевт может успокоить и эмоционально поддержать, внушить и интерпретировать, создать чувство взаимопонимания, предоставить клиенту модель собственного поведения для идентификации. Многие считают, что самораскрытие консультанта приемлемо, когда используется для углубления психологического контакта с клиентом на относительно поздних этапах психотерапевтического процесса. И, наоборот, самораскрытие психотерапевта противопоказано, если оно несвоевременно, в частности если «Я» клиента является недостаточно зрелым или, если у клиента негативное эмоциональное отношение к психотерапевту [18]. С. Глэддинг выделяет такие правила самораскрытия консультанта, как использование данного приема в середине сессии; использование данного приема в качестве эмоциональной поддержки, а не в качестве примера выхода из проблемной ситуации; предельная краткость; после самораскрытия следует немедленно перейти к обсуждению проблем клиента; сохранение фокуса на том, о чем говорит клиент, а не концентрирование внимания на опыте консультанта [3]. Основная опасность при самораскрытии консультанта — это потеря консультативной позиции, переключение внимания консультанта с клиента на собственные переживания.

Отдельный аспект использования данной техники — это самораскрытие консультанта в прессе, в социальных сетях интернета, т.е. вне сессии с клиентом. Имеет ли право консультант раскрывать детали своей жизни в публичном пространстве без учета влияния на своих клиентов? В разделе 6.1 «Поведение в социальных медиа» Этического кодекса Коллегии по этике психологов и психотерапевтов эта тема раскрывается следующим образом: «Психолог разделяет личные и профессиональные интернет-страницы и профили и отдает себе отчет о рисках раскрытия личной информации перед клиентом» [13]. Так обобщенно, без конкретизации рисков и критериях нарушения границ регламентируется с этических позиций раскрытие личной информации психологом в интернет-пространстве. Под терапевтическими границами обычно понимают правила, которые управляют отношениями консультанта и клиента и помогают отличить их от иных деловых или социальных отношений.

Проблема нечеткости границ управляемого самораскрытия психолога в медиа связана с возможностью причинить вред клиентам при недостаточно умелом или безответственном использовании этого метода. Эта проблема особенно остра в случае, если самораскрытие психотерапевта касается психических нарушений, диагностированных у специалиста. Известно, что достаточно часто в психологическую практику приходят люди, близко столкнувшиеся с личным страданием. На этот факт обращал внимание Хайнц Кохут [7] и Ролло Мэй в работе «Раненый целитель» [10]. Алис Миллер в результате многолетних клинических наблюдений отметила, что способность психотерапевта проникать во внутренний мир другого человека, «непомерная оснащенность антеннами» [13, С. 37], корнями часто уходит в детство, где она гипертрофированно развилась, обслуживая интересы или патологии родителей ребенка, и во взрослом возрасте заставила его избрать «весьма специфическую профессию» [9, С. 24]. Следовательно, по мнению авторитетных психотерапевтов, опыт психической неуравновешенности и психотравматизации консультанта может способствовать его более эффективной работе с клиентами. В связи с этим встает вопрос о границах самораскрытия консультанта, обладающего личным травматическим прошлым и/или настоящим, т.е. насколько уместно и безопасно для клиента узнать подобную информацию о своем психотерапевте. Самораскрытие специалиста этично, если оно идет на благо клиента. Обязательным условием этичного самораскрытия является его отрефлексированность [12]. Н. Кисельникова считает, что специалисту важно «не разглашать информацию, которая отражает собственную нестабильность и некомпетентность», потому что это не идет на благо клиента, не помогает в психологической помощи [12, С.8].

Исследовательским вопросом данной работы является вопрос о том, насколько уместно самораскрытие табуированных, неоднозначно воспринимаемых аспектов личной информации психолога в социальных медиа, и, как вызвать преимущественно позитивный отклик на самораскрытие специалиста у клиентов и у общественности в целом? В качестве метода использовался контент-анализ автобиографических материалов психотерапевта Марши Линехан, а также онлайн-отзывов клиентов, коллег и общественности, кроме того, учитывались результаты обсуждения сложных аспектов личной жизни Марши Линехан со студентами-психологами.

Наличие диагностированного психического заболевания у практикующего психотерапевта или у других специалистов помогающих профессий неоднозначно воспринимается обществом. Ожидается, что профессионалы в области психического здоровья сами должны обладать необходимыми компетенциями для решения собственных проблем. Кроме того, имеет место установка, что профессионалы должны проявлять в своём поведении качества, которые могли бы служить ресурсом для выздоровления своих клиентов [5]. Вместе с тем, профессия психотерапевта не является уникальной, и не выделяется из остальных специальностей пониженным уровнем выраженности психических заболеваний [16]. Психотерапевты и специалисты помогающих профессий, подвергаются тем же рискам для психического здоровья на рабочем месте, что и представители других профессий, кроме того, имеют дополнительные риски, связанные с особенностями профессии [11]. Отсутствие общественного и профессионального консенсуса в отношении факта наличия психического заболевания у психотерапевтов, вынуждает их аккуратно относиться к раскрытию фактов, касающихся собственного психического здоровья, как по отношению к клиентам, так и к коллегам, что влечёт к возникновению дополнительного эмоционального напряжения и затрудняет выполнение профессиональной роли [14]. Обусловленные общественным мнением нереалистичные требования, предъявляемые психотерапевтами к самим себе, могут отрицательно отразиться на их собственном психическом здоровье [16]. Исследований, позволяющих сформировать общественный и научный консенсус в отношении взаимосвязи диагностированного психического заболевания с выполнением профессиональных действий психотерапевтом недостаточно. Важным представляется прояснение того, чем может помочь психотерапевту опыт компенсированного психического расстройства. Какие могут быть риски успешности профессиональной деятельности, связанные с перенесённым психическим расстройством? Автобиографическое исследование Марши Линехан, даёт необходимый материал для ответа на эти вопросы [8]. Имея

опыт жизни с психическим расстройством, Марша Линехан обрела известность, создав систему помощи пациентам, переживающим те же трудности, что и она. Благодаря собственному опыту Линехан убедилась в несовершенстве существовавшей системы психиатрической помощи пациентам со сходными расстройствами и пришла к пониманию своей способности лучше других оказать им помощь. Подчинив этой цели направление своей научной карьеры, исследователь пользовалась любой возможностью изучить уникальные переживания людей с суицидальными наклонностями. Используя методы, бурно развивавшейся в тот период бихевиоральной терапии, и опираясь на собственный пережитой опыт, она открыла действенные пути выхода из острых состояний, которые преследовали пациентов. Личные переживания, связанные с перенесенным расстройством, послужили смыслообразующим и организующим фактором, вокруг которого сложилась её успешная научная и практическая деятельность. При этом М. Линехан считала, что «терапевтические отношения и самораскрытие терапевта» имеют важное значение для диалектической поведенческой терапии в целом, являясь обязательной ее частью [7].

Рассмотрим подробнее особенности самораскрытия известного психотерапевта Марши Линехан. В автобиографической книге «Жизнь, которую стоит прожить» М. Линехан раскрывает личный опыт длительного периода психической нестабильности, сопровождавшегося самоповреждениями и многократными суицидальными попытками, которые привели к двухлетней госпитализации. Врачи ставили ей диагноз шизофрении и давали неблагоприятный прогноз. По воспоминаниям Марши, медицинская помощь помогала недостаточно. Марша Линехан описывает годы мужественных творческих усилий, которые привели к возможности жить полноценной жизнью, к развитию ее выдающей карьеры в сфере психологии и психотерапии, к созданию диалектической поведенческой терапии и доказательной базы эффективности этого направления когнитивно-поведенческой терапии. Значительная часть автобиографических мемуаров Линехан освещает прогресс в совладании с болезнью, основанный на системе навыков осознанности, стрессоустойчивости, эмоциональной и межличностной регуляции. Навыковый тренинг, первоначально разработанный в процессе самопомощи Марши был позднее развит ею в многолетнем опыте применения этой психотерапии с людьми, имеющими суицидальные наклонности и страдающими от интенсивной эмоциональной дисрегуляции. В автобиографии М. Линехан делает акцент не столько на страдании, потерях и бессилии перед лицом психического расстройства, сколько на своей позиции мужественно и настойчиво добиваться здоровья и признания. Ее

принцип «Никогда не сдавайся» мотивирует пациентов и большинство читателей автобиографии сохранять надежду и действовать жизнеутверждающе в любой ситуации, судя по отзывам в социальных медиа.

Положительные реакции на самораскрытие М. Линехан касались ее готовности открыто обсуждать собственные проблемы с психическим здоровьем, что нашло отклик у людей, которые столкнулись с похожими проблемами. Откровенность Марши снизила стигму, окружающую психические заболевания, и помогла людям с психическими расстройствами чувствовать себя менее одинокими. Многие читатели с уважением отнеслись к тому, что ее личный опыт повлиял на ее создание эффективного психотерапевтического подхода, подкрепляя идею о том, что жизненный опыт может быть мощным инструментом помощи другим. Самораскрытие М. Линехан помогло глубже понять диалектическую поведенческую терапию, поскольку Линехан описала пробы и ошибки, связанные с созданием психотерапии, которая стала преобразующей для многих людей. Ее путь стал убедительной историей профессиональной и личной эволюции и успеха.

Негативные реакции на самораскрытие Линехан заключались в критике того, что подобное стирание границы между личным и профессиональным опытом некомфортно для многих ее коллег, т.к. вынуждает и их следовать такой модели. Многие психотерапевты почувствовали бы себя уязвимыми и стали бы опасаться за свою профессиональную репутацию, следуя подобным путем. В то время, как многие читатели находили ее путь вдохновляющим, другие беспокоились, что это может подорвать авторитет профессионала. Однако это часто уравновешивалось восхищением ее способностью превращать свои проблемы во что-то конструктивное. Раскрытие Маршей собственных попыток самоубийства, самоповреждений и психотравм может стать триггером и повысить тревожность ряда читателей ее мемуаров. Однако это предположение не подтверждено исследованиями. Хотя мемуары Линехан были задуманы как форма демонстрации исцеления и расширения возможностей, некоторые люди считали, что было трудно взаимодействовать с материалом книги из-за его интенсивного эмоционального накала.

В целом, автобиография Марши Линехан вызвала смешанную реакцию читателей. Многие увидели в ней вдохновляющее и мощное свидетельство стойкости и исцеления. Другим было трудно примирить ее личные трудности с ее профессиональным авторитетом. Однако история Марши во многом помогла очеловечить трудности людей с проблемами психического здоровья, создав возможность для более глубокого, более чуткого разговора о психических заболеваниях.

Стоит сделать акцент на том, что самораскрытие сложных и неоднозначных аспектов своей личной жизни М. Линехан сделала только во второй половине жизни, уже став знаменитым психотерапевтом, доказавшим с помощью научного метода эффективность разработанной ею диалектической поведенческой терапии. В этот период ее жизни читателям уже было очевидно, что, несмотря на серьезные проблемы с психическим здоровьем, Линехан, она смогла стать выдающимся ученым и психотерапевтом, спасающим жизни. На этом фоне обывателю проще воспринимать сведения о психологе, которые могут вызвать тревогу, недоверие и желание отдалиться от специалиста.

В отличие от процесса консультирования, где психолог контролирует состав участников и контекст разговора, социальные медиа являются неконтролируемой средой. Слова консультанта могут быть неверно истолкованы, вырваны из контекста или попасть к неподготовленной аудитории. Психотерапевт может получать непрошенные советы или критику от людей, которые не имеют профессионального понимания терапевтического процесса, что может подорвать его профессиональный авторитет. Некоторые специалисты могут искать внимания посредством самораскрытия, что смещает фокус с профессиональной работы на саморекламу. Это может привести к эксплуатации сочувствия как со стороны клиентов, так и от последователей психотерапевта, превращая его личную уязвимость в форму социального капитала. Следует отметить, что такие негативные мотивации самораскрытия не касаются М. Линехан.

Границы самораскрытия психолога-консультанта в медиа-пространстве определяются этическими, профессиональными и личными соображениями [2]. Хотя самораскрытие в психотерапии может быть полезным, если оно делается обдуманно и целенаправленно, оно требует пристального внимания к потенциальному влиянию на клиентов, на терапевтические отношения, а также на репутацию всего психотерапевтического сообщества в глазах общественности. Психотерапевты должны взвешивать потенциальные преимущества раскрытия личного опыта с рисками компрометации своей профессиональной репутации и с влиянием на эффективность своей терапевтической работы. В публичных пространствах для консультанта важно сбалансировать свою человечность с профессиональной ответственностью.

#### **Список литературы**

1. Амяга Н.В. Самораскрытие и самопредъявление личности в общении // Личность. Общение. Групповые процессы. М., 1991.- С. 37–74.

2. Воробьева, А.Е. Психолог в социальных сетях: этика, безопасность и приемлемость / А.Е. Воробьева, С.И. Скипор. В сборнике: Экопсихологические исследования-6: экология детства и психология устойчивого развития. — 2020. — С. 443–447
3. Глэддинг С. Психологическое консультирование. СПб.: Питер, 2002. 736 с.
4. Ингуран О.В. Психологическое благополучие специалистов помогающих профессий: теоретические предпосылки исследования // Проблемы науки. 2019. № 4 (40). С. 96–104.
5. Ключева, Н. В. Самораскрытие в понимающей психотерапии / Н. В. Ключева, Д. Н. Диденко // Вестник Ярославского государственного университета им. П. Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. — 2023. — Т. 17, № 3(65). — С. 464–475. — DOI 10.18255/1996-5648-2023-3-464-475. — EDN MFUZUK.
6. Кохут Х. Анализ самости: пер. с англ. 2-е изд. М.: Когито-Центр, 2017.
7. Линехан М. Диалектическая поведенческая терапия: руководство по тренингу навыков. М.: Вильямс. 880 с.
8. Линехан М. Жизнь, которую стоит прожить. — СПб.: Питер, 2024. — 400 с.
9. Миллер А. Драма одаренного ребенка и поиск собственного Я: пер. с нем. М.: Академический проект, 2017. 139 с.
10. Мэй Р. Раненый целитель // Московский психотерапевтический журнал. 1997. № 2. С. 90–95.
11. Осинцева А.А., Капустина В.А. Профессиональная жизнеспособность специалистов помогающих профессий: обзор отечественных и зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2023. Том 12. № 2. С. 22–29. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2023120202>
12. Самораскрытие специалиста. Где, как, когда, для чего нужна эта техника? / Е. Виль-Вильямс, Н. Кисельникова, Т. Ломтева [и др.] // Психология и психотерапия семьи. — 2024. — № 1. — С. 5–11. — DOI 10.24412/2587-6783-2024-1-5-11. — EDN JMNWZ.
13. Этический кодекс Коллегии по этике психологов и психотерапевтов. <https://psyethics.ru/code/>
14. Elliott, M., & Ragsdale, J. M. (2020). Mental Health Professionals With Mental Illnesses: A Qualitative Interview Study. *American Journal of Orthopsychiatry*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000499>
15. Jourard S.M. *The transparent self*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1971, 250 p.
16. Sahithya B.R. Mental Health of Mental Health Professionals: A Scoping Review of Literature. / . In book. Navyashree GC, Vandana Jain, Maheshbabu N, and Ashwini Shetty (Eds). *Mental health: A global concern and conviction Department of PG Studies and Research in Psychology, Sri Dharmasthala Manjunatheshwara College*, 2022, (pp. 5–11).
17. Simone, D. H., McCarthy, P., & Skay, C. L. (1998). An investigation of client and counselor variables that influence likelihood of counselor self-disclosure. *Journal of Counseling & Development*, 76(2), 174–182. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1998.tb02390.x>

# КОГНИТИВНЫЕ СЛОИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЯХ: МОДЕЛЬ РАСПРЕДЕЛЕННОГО ВНИМАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА

*Мунькин Михаил Леонидович*

*ОсОО «Консалтинговый центр Интерактив»*

**Аннотация.** В статье предлагается модель распределенного внимания психотерапевта, которая описывает динамическую многослойную структуру внимания психотерапевта в процессе сессии. Она включает одновременное отслеживание состояний клиента, осознание собственного внутреннего опыта, анализ качества взаимодействия, применение теоретических концепций и учет контекстуального пространства. Данная модель может использоваться для повышения эффективности работы психотерапевтов.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая психотерапия, когнитивные слои, терапевтические отношения, распределенное внимание, терапевтический процесс, модель внимания, психотерапевтическая динамика.

За последнее десятилетие значительно возрос интерес к исследованию природы терапевтических отношений в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) (Gilbert, 1992; Safran, 1998; Safran и Muran, 2000; Greenberg, 2002; Leahy, 2001; Gilbert и Irons, 2005; Leahy, 2005; Bennett-Levy и Thwaites, 2007; Gilbert и Leahy, 2007). В рамках КПТ терапевтические отношения рассматриваются как отражение межличностных схем, раннего опыта привязанности, эмоциональной обработки, а также дефицита валидации и сострадания. В контексте ориентации на «эмпирически подтвержденные методы» в психотерапии, включая КПТ, существует уклон на второстепенное восприятия терапевтического альянса по сравнению с техникой и структурированными протоколами. То есть в некоторых случаях чрезмерное внимание к техникам приводит к игнорированию межличностного аспекта терапевтического процесса. Однако эмпирические данные подтверждают значимость терапевтических отношений в когнитивно-поведенческой терапии (Safran, Muran, Samstag и Stevens, 2002; Katzow и Safran, 2007). Восприятие пациентом качества терапевтического альянса коррелирует с исходами лечения (Martin, Gorske и Davis, 2000; Orlinsky, Ronnestad и Willutzki, 2004), при этом прочный альянс на ранних этапах терапии является предиктором хороших терапевтических результатов (Gaston, Marmar, Gallagher и Thompson, 1991). В одном из исследований было показано, что как терапевтический альянс, так и уровень освоения пациентом навыков когнитивной терапии являются значимыми факторами успешного

исхода лечения (Трепка, Rees, Shapiro, Hardy и Barkham, 2004). Таким образом, предварительные данные позволяют предположить, что сочетание использования когнитивных терапевтических техник с целенаправленным укреплением терапевтического альянса может способствовать оптимальным терапевтическим результатам.

В некоторых исследованиях предпринимались попытки выделить ключевые «микронавыки», лежащие в основе эффективных терапевтических отношений. Среди них — активное слушание, регуляция эмоционального отклика, дифференциация переживаний и направленное внимание (van der Molen, Hommes, Smit и Lang, 1995; Rollnick, Mason и Butler, 1999; Ivey и Ivey, 2003; Gillespie, Smith, Meaden, Jones и Wane, 2004). Эти навыки, признанные важными вне зависимости от терапевтического подхода, нередко остаются в тени при обучении когнитивно-поведенческих терапевтов, поскольку в центре внимания традиционно оказываются терапевтические техники и процессы, воспринимаемые как достаточные для инициирования изменений. Терапевтические задачи и динамика отношений в КПТ имеют ряд отличий от психодинамического подхода. В КПТ акцент смещен на актуальные проблемы, рациональный анализ ситуаций и поведенческую активацию, что предполагает структурированный формат работы. Сеансы часто включают повестку дня и контроль выполнения домашних заданий, что задает директивный и рациональный характер взаимодействия. Однако такая структура может вступать в противоречие с привычными иррациональными стратегиями пациента, такими как избегание, прокрастинация, поиск внешнего одобрения, руминации, фокусирование на эмоциях, проецирование ответственности и т.п. В результате терапевтический процесс может восприниматься пациентом не как поддерживающий, а как вызывающий сопротивление.

Рассмотрение терапевтического альянса исключительно как статичного достижения является упрощенным. Напротив, альянс следует понимать как динамический и итеративный процесс, отражающий постоянное взаимодействие между реакциями пациента и терапевта. Более того, характер текущих терапевтических отношений может служить своеобразным окном в прошлые и настоящие межличностные взаимодействия пациента, позволяя не только осознать повторяющиеся паттерны, но и пережить новый опыт взаимодействия, способствующий изменениям.

На формирование терапевтического альянса влияют теоретические воззрения терапевта, которые находят свое отражение в концептуализации случая, фокусировке внимания и интерпретации полученной от клиента информации. Одни терапевты фокусируются на «здесь и сейчас», другие —

на «функциях и процессах», третьи — на «личностных чертах», а четвертые — на «поведенческих паттернах».

Также на альянс влияют навыки эмпатии, способность терапевта к эмоциональному отреагированию на реакции пациента, и то, как пациент воспринимает эти навыки, включая убеждения терапевтов и пациентов относительно эмоций. Это проявляется в характере взаимоотношений между ними.

Р. Лихи описывает виды сопротивления в терапии, ассимилируя эти психодинамические понятия в когнитивную модель, и показывая каким образом можно понимать отношения пациента к терапевту и реакции терапевта на эти отношения, используя когнитивные конструкты, такие как эмоциональная дисрегуляция, моральное сопротивление, процессы схематизации и неприятие риска (Лихи, 2001). Особенно Р. Лихи подчеркивает, что терапевты могут считать себя «своим собственным пациентом», так как терапевту также трудно отказаться от своих старых поведенческих моделей. «В терапевтических отношениях и пациент, и терапевт являются пациентами» (Лихи, 2001).

Все вышеперечисленное показывает сложность психотерапевтической коммуникации и высокие требования к способностям психотерапевта управлять своим вниманием. Внимание психотерапевта в процессе сессии является динамическим и многослойным процессом, который включает одновременное отслеживание состояний клиента, осознание собственного внутреннего опыта, анализ качества взаимодействия, применение теоретических концепций и учет контекстуального пространства. Однако в современной психотерапии отсутствуют структурированные модели, объясняющие механизм распределенного внимания терапевта.

Цель данной статьи предложить модель когнитивных слоев в терапевтических отношениях, которая систематизирует процесс распределенного внимания психотерапевта и позволяет ему осознанно управлять своим фокусом во время сессии. Выстраивая единый образ терапевтической сессии и делая концептуализацию клиента, терапевт может осознавать какой информацией из сессии он пользуется.

Представлена модель, включающая пять когнитивных слоев внимания:

1. Мир клиента — феноменология переживаний, язык, когнитивные схемы и нарративы клиента.
2. Внутренний опыт терапевта — осознание телесных реакций, эмоционального состояния, эмпатии и конгруэнтности.
3. Особенности взаимодействия — динамика терапевтических отношений, поддержка, конфронтация, перенос и контрперенос.

4. Теоретический слой — осознание используемой психотерапевтической парадигмы, теоретические знания, интерпретации, техники и инструменты.

5. Контекстуальное пространство — особенности физического, социального и технологического окружения (последнее особенно важно при консультировании в онлайн формате).

Каждый слой связан с остальными и динамически изменяется в зависимости от процесса терапии. Опытные терапевты интуитивно переключаются между слоями, делая это неосознанно. Введение модели распределенного внимания позволит управлять фокусом внимания в терапевтической сессии осознанно, что повысит эффективность терапевтического процесса.

Более детальное описание когнитивных слоев.

1-й слой «Мир клиента» содержит следующие элементы:

1. Внешне выявляемые поведенческие критерии, которые включают в себя жесты (указующие, эмблемные, манипулирующие), позу, тонус мышц, мимические выражения, одежду (ее чистоту, стиль, аксессуары), характер движения глаз, характер дыхания (частоту, глубину, задержки, акцентированные выдохи), голосовые характеристики (громкость речи, скорость речи, паузы, эмоциональные ударения, тембр), ритм, повторяемость, динамика изменений. Микродвижения (например, микровыражения, тремор, постукивания пальцами). Устойчивость позы (неподвижность vs. частые изменения положения). Моторная координация: согласованность движений с речью (есть ли несоответствия между жестикой и словами). Синхронизация движений с психотерапевтом (зеркальное отражение как показатель контакта). Проявление стресса и тревожности: покраснение/ побледнение кожи, напряжение челюсти, сжатие губ.

2. Слова (особенности используемых слов, например, активный и пассивный залог глаголов, возвратные глаголы, использование номинализаций и т.п.). Особенности построения предложений (генерализация, опущение, обобщение, аналогии и метафоры). Структура речи: чрезмерное использование отрицательных форм («я не могу», «мне никогда не удастся»). Употребление модальных операторов (должен, обязан, нельзя, невозможно). Частота использования местоимений (фокус на «я», «ты», «они» — может отражать локус контроля). Стиль повествования: рассказывание от первого лица vs. от третьего лица (например, клиент говорит о себе как об объекте: «меня выбрали», «со мной произошло»). Повторяющиеся грамматические структуры (например, многократное употребление условных конструкций «если бы...»). Время глаголов (прошедшее, настоящее, будущее — может отражать фиксацию на травме или планировании).

3. Истории клиента — о чем говорит клиент, содержание его жалоб, описание жизни, детства и т.п. Семантические аспекты речи клиента (дополнения к твоему анализу смысла высказываний). Структура жалоб и нарративов: использует ли клиент замкнутые круги (одно и то же объяснение разных проблем). Как клиент структурирует историю: причина-следствие или хаотичный поток. Способность выделять ключевые моменты или тенденция к отвлечениям. Тема субъективного контроля: чувствует ли клиент себя активным деятелем в своей жизни? Объясняет ли он свои проблемы внешними факторами или внутренними причинами? Склонность к фатализму («это просто судьба»), персонализации («это только со мной»), обесцениванию («это не имеет смысла»). Противоречия и диссонансы в речи: наблюдаются ли несоответствия между словами клиента и его эмоциями? Изменяется ли тон или стиль речи при обсуждении определенных тем? Ключевые темы и эмоциональная окраска: какие темы постоянно повторяются в речи? Какие слова клиент использует, описывая себя (сильный, жертва, независимый и т. д.)? Какие эмоциональные паттерны прослеживаются (например, тревожность, подавленность, раздражение)? Стратегии избегания и защиты: как клиент реагирует на вопросы о себе? (уклончивость, конкретность, сарказм). Какие темы он пропускает или меняет при обсуждении? Использует ли он шутки/иронию, чтобы уйти от обсуждения трудных тем?

4. Концептуализация пациента — модель пациента в сознании психотерапевта, которая содержит: смысловые акценты — какие смыслы, промежуточные убеждения, глубинные убеждения, копинг-стратегии — пациент пытается передать психотерапевту, внутреннюю динамику процессов клиента (его когнитивный стиль, функционирование процесса клиента). Когнитивные искажения и схемы мышления: какие повторяющиеся когнитивные ошибки можно заметить в мышлении клиента (черно-белое мышление, катастрофизация, фильтрация негатива и т. д.)? Какие глубинные убеждения проявляются через речь клиента? Эмоциональная динамика клиента: как изменяется эмоциональный тон в течение сессии? Какие эмоции клиент демонстрирует открыто, а какие подавляет? Есть ли несоответствия между мимикой и словами? Социальный контекст и влияние окружения: как клиент описывает свое взаимодействие с другими людьми? Какие сценарии отношений повторяются? Насколько он осознает влияние своего окружения на свое состояние? Эта часть является смежной с 4-м слоем «Теоретический слой».

Этот слой выстраивается по принципу «Пирамиды восприятия» — от того, что можно воспринять сенсорно — вижу, слышу, к промежуточным

обобщениям — эмоции, убеждения — к диагностическим категориям. Одним из важных принципов является принцип отказ от скорости в диагностике.

2-й слой «Внутренний опыт терапевта» содержит следующие элементы:

1. Телесный опыт — психотерапевты чувствуют то, что происходит с клиентом на сессии в виде телесного резонанса, и телесных реакций. Телесный резонанс с клиентом: изменение дыхания в ответ на эмоциональные состояния клиента (например, замедление при грусти, учащение при тревоге). Чувство напряжения или расслабления в определенных зонах тела в зависимости от тематики разговора. Спонтанное изменение осанки или позы, отражающее бессознательный контакт с переживаниями клиента. Телесная осознанность терапевта: осознание собственной позы и ее влияния на процесс (например, скрещенные руки могут сигнализировать о защите). Уровень телесного комфорта и отсутствие лишнего напряжения в мышцах. Чувствительность к сигналам усталости или истощения во время сессии. Симптомы «переноса» в теле: чувство жара, холода, мурашек, давления в определенных частях тела в ответ на слова клиента. Необъяснимые телесные реакции, возникающие без очевидной причины (например, внезапное ощущение тяжести).

2. Эмоциональный опыт — осознание собственных эмоциональных реакций. Способность чувствовать эмпатию, безоценочное позитивное принятие и быть конгруэнтным. Психотерапевт не отвлекается на посторонние вещи. Психотерапевт чувствует внутреннее спокойствие и заботится о собственных физиологических потребностях, чтобы быть максимально сконцентрированным и открытым в сессии. Способность отделить свои эмоции от эмоций клиента. Чувствительность к всплывающим внутренним реакциям: раздражение, скука, грусть, страх. Готовность признать и проработать эмоции, возникающие в процессе работы. Спонтанное возникновение эмпатии: Ощущение эмоционального отклика на рассказ клиента. Отсутствие давления «чувствовать эмпатию» — состояние возникает естественно. Возможность испытывать эмпатию, сохраняя границы. Конгруэнтность и подлинность: отсутствие «наигранной теплоты» — терапевт остается естественным. Способность выражать свои реакции честно и в безопасной форме для клиента. Ощущение внутренней гармонии между мыслями, эмоциями и поведением терапевта.

3. Когнитивный опыт — концентрация и погруженность в процесс — терапевт может при необходимости убирать прежние суждения, может пересматривать и дорабатывать концептуализацию, не застревает в предыдущих гипотезах и осознает происходящее. Внимание терапевта сосредоточено здесь и сейчас с этим клиентом. Полное присутствие в сессии:

отсутствие мыслей о посторонних вещах (рабочие задачи, личные проблемы). Устойчивый фокус внимания на клиенте и процессе. Способность не терять нить разговора даже при сложных эмоциональных темах. Глубина погружения: ощущение, что терапевт полностью вовлечен в процесс. Отсутствие ощущения «механической работы» — присутствие живого контакта. Гибкость фокусировки: возможность быстро переключаться между осознанием себя и клиента. Осознание изменений в уровне концентрации и способности вернуть внимание.

4. Экзистенциальный опыт — Наличие желания быть с и для клиента, полностью отдаваясь процессу исцеления. Контакт с «интегрированным Я» и состоянием терапевта. Ощущение стабильности и внутренней опоры: чувство уверенности, что терапевт присутствует «здесь и сейчас» без тревоги или растерянности. Ощущение опоры под ногами, выравнивание центра тяжести. Внутренний баланс между активным участием и пассивным наблюдением. Состояние восприимчивости и глубины контакта: способность замечать самые тонкие сигналы от клиента (в голосе, мимике, движениях). Чувство «синхронизации» с клиентом — ощущение, что терапевтический процесс течет естественно. Умение выдерживать молчание и паузы, не заполняя их лишними словами. Эффект «расширенного сознания»: чувство, что восприятие охватывает весь процесс, а не только отдельные детали. Гибкость в переключении между осознанием себя и клиента. Состояние открытости и восприимчивости к тому, что является крайне важным в данный момент, и погружение в проблему.

3-й слой «Особенности взаимодействия» содержит следующие элементы:

1. Структурные границы и профессиональная этика. Четкость границ в терапевтических отношениях: понимание, что терапия — это не дружба и не романтические отношения. Соблюдение границ: терапевт не удовлетворяет свои личные потребности за счет клиента. Четкая структурированность: соблюдение сеттинга, времени, конфиденциальности. Этичное поведение и избегание эксплуатации: терапевт не использует манипуляции, давления или навязывания убеждений. Отказ от личных оценок и нравочений. Прозрачность терапевтического процесса: терапевт не играет с клиентом в «угадайку», а делает свою работу понятной. Структурированность коммуникации: Придерживание ясного терапевтического контракта. Соблюдение договоренностей по оплате, длительности сессий, правилам работы. Возможность обсуждения границ в случае их размывания.

2. Эмоциональная атмосфера и стиль взаимодействия. Баланс теплоты и профессионализма: клиент чувствует эмоциональную безопасность,

но терапевт не становится «другом» в бытовом смысле. Осознание собственной роли в отношениях: терапевт не должен становиться спасателем или наставником. Умение удерживать профессиональную дистанцию, оставаясь при этом эмпатичным и искренним. Непосредственность и конгруэнтность терапевта: терапевт не играет роль, а остается самим собой. Готовность терапевта к искреннему контакту без масок и манипуляций. Отсутствие формальности, но сохранение структуры. Открытость к выражению эмоций: клиент может свободно выражать чувства, не боясь осуждения. Терапевт не подавляет эмоции клиента, но помогает их осознать и структурировать. Терапевт не становится эмоционально недоступным и холодным.

3. Роль поддержки и конфронтации. Поддержка как терапевтический инструмент: терапевт создает условия для самопонимания клиента, а не просто соглашается. Отклики терапевта помогают клиенту почувствовать, что его эмоции и переживания имеют значение. Поддержка выражается не только словами, но и через невербальные сигналы. Конфронтация как форма помощи: терапевт замечает и озвучивает противоречия в речи и поведении клиента. Использование мягкой эмпатической конфронтации, которая не разрушает доверие. Необходимость останавливать избегание, если клиент уходит от важных тем. Гибкость в балансе поддержки и конфронтации: терапевт не становится слишком мягким или чрезмерно жестким. Умение чувствовать, когда клиенту нужно больше поддержки, а когда он готов к конфронтации. Конфронтация не превращается в противостояние, а остается способом осознания пациентом своих глубинных убеждений и готовности к их реструктуризации.

4. Осознание и работа с переносом и контрпереносом. Работа с переносом клиента: терапевт осознает, какие проекции и ожидания клиент переносит на него. Способность замечать повторяющиеся динамики отношений клиента. Работа с разочарованием клиента в терапевте, если тот не оправдывает ожидания. Работа с контрпереносом терапевта: осознание собственных реакций на клиента (симпатия, раздражение, тревога). Способность не включаться в деструктивные отношения (например, не играть роль родителя, спасателя). Работа с тем, какие личные темы активирует клиент у терапевта. Создание пространства для осознания отношений: клиент может свободно обсуждать свои чувства к терапевту. Терапевт не избегает темы отношений и не боится реакции клиента. Обсуждение переноса становится инструментом работы с глубинными схемами клиента.

5. Восприятие терапевтических отношений клиентом. Чувство защищенности и безопасности: клиент чувствует, что может быть собой и не бояться осуждения. Пространство терапии воспринимается как

стабильное, предсказуемое и надежное. Принятие и поддержка без давления: клиент ощущает, что терапевт не пытается его изменить насильно. Терапия не превращается в давление на клиента с целью «исправить» его. Отсутствие страха перед конфронтацией: клиент может услышать о своих сложных сторонах, но это не воспринимается как нападение. Конфронтация не разрушает отношения, а укрепляет доверие.

6. Проявление повторяющихся схем, шаблонов и динамики отношений. Проявление ранних детских паттернов: клиент бессознательно переносит на терапевта свой стиль привязанности. В отношениях проявляются старые страхи, травмы и сценарии. Терапевт замечает тенденцию клиента к воспроизведению проблемных отношений: клиент может пытаться тестировать терапевта, проверяя, будет ли он отвергать его. Терапевт фиксирует попытки клиента провоцировать, избегать, саботировать процесс. Возможность осознания и выхода из старых сценариев: терапия помогает клиенту увидеть, что отношения могут строиться иначе. Клиент получает новый опыт — честных, поддерживающих, но структурированных отношений.

4-й слой «Теоретический слой» — один из самых проработанных слоев в когнитивно-поведенческой терапии. Это концептуальная рамка, которая направляет терапевта. Состоит из следующих элементов:

1. Теория личности. Модель структуры личности: понимание, как функционирует психика (сознательное/бессознательное, когнитивные процессы, эмоциональная регуляция). Теория когнитивных схем. Взаимосвязь мыслей, эмоций и поведения. Развитие личности: стабильные черты и изменчивые состояния. Механизмы адаптации и защиты: как человек справляется со стрессом, травмой, изменениями. Модель концептуализации. Применение концепций психологической защиты, копинг-стратегий. Баланс между стабильностью и гибкостью психики. Индивидуальные различия: развитие личности в зависимости от генетики, среды, опыта. Влияние темперамента, привязанности, саморегуляции. Взаимосвязь внутренних схем, убеждений, мотивации.

2. Теория психопатологии и изменений. Модели формирования и поддержания расстройств: биопсихосоциальные, когнитивные, психодинамические, системные факторы возникновения психических проблем. Роль травмы, стрессовых событий, неадаптивных схем мышления и поведения. Характеристика нормального и патологического функционирования. Принципы психотерапевтического изменения: как происходит коррекция и перестройка психических механизмов. Роль осознания, переосмысления, когнитивной реструктуризации, новых

поведенческих стратегий. Влияние отношений и социальных факторов на изменение психики. Факторы эффективности терапии: роль альянса, мотивации, терапевтической техники. Индивидуальные различия в отклике на терапию. Понимание краткосрочных и долгосрочных изменений.

3. Теория развития. Возрастные и кризисные изменения: как личность формируется и трансформируется в течение жизни. Ключевые кризисы и этапы развития. Влияние детского опыта на взрослую психику. Социальное и межличностное развитие: как отношения и среда влияют на становление личности. Формирование привязанности, социальной идентичности, самовосприятия. Роль культурных и семейных факторов. Гибкость и стабильность развития: какие аспекты психики остаются стабильными, а какие могут изменяться. Роль опыта, обучения, саморефлексии в развитии личности. Возможности для трансформации в разные периоды жизни.

4. Теория терапевтической сессии. Структура сессии: шкала CTRS. Роль границ, сеттинга, длительности работы. Динамика терапевтического процесса: как меняется уровень вовлеченности, сопротивления, готовности к изменениям. Переходы между разными этапами работы. Моменты прорыва, кризисы, сопротивление изменениям. Принципы взаимодействия терапевта и клиента: роль активного слушания, эмпатии, конфронтации. Баланс между директивностью и следованием за клиентом. Работа с сопротивлением, защитами, переносом.

5-й слой «Контекстуальное пространство» — этот слой описывает внешнюю среду, в которой происходит терапевтическая работа, и её влияние на процесс терапии. Контекстуальное пространство включает физические, психологические, социальные, культурные и технологические аспекты, которые могут как способствовать, так и мешать терапевтическому взаимодействию.

Состоит из следующих элементов:

1. Физическое пространство и его влияние на терапию. Физическое пространство в офлайн-терапии: расположение терапевта и клиента (лицом друг к другу, под углом, наличие стола, кресел, расстояние между ними). Свет и цветовая гамма (яркость, оттенки, создающие ощущение уюта или тревожности). Акустика (звукоизоляция, уровень шума, эхопоглощение). Температура и вентиляция (физический комфорт в кабинете). Пространственная открытость или закрытость (размер кабинета, возможность закрыть дверь). Контекст в онлайн-терапии: фон и окружающая среда (что видно на экране, влияет ли это на ощущение комфорта). Качество изображения и звука (насколько четко терапевт и клиент воспринимают друг друга). Ограниченность невербальной информации (терапевт видит только

лицо клиента, но не позу, движения). Ощущение дистанции или наоборот, излишней интимности из-за близкого кадра. Контекст за пределами терапевтической среды: где находится клиент (дом, офис, машина, общественное место), насколько там безопасно говорить откровенно. Влияние других людей (есть ли кто-то рядом, может ли клиент бояться подслушивания). Влияет ли окружение клиента на его способность глубоко работать в сессии.

2. Психологическое восприятие пространства. Ощущение безопасности в пространстве: насколько клиент ощущает контроль над окружающей средой (может ли закрыть дверь, регулировать освещение). Присутствуют ли символы уюта (картины, растения, книги, мягкие предметы, создающие «домашнюю» атмосферу). Есть ли в кабинете тревожащие элементы (жёсткие линии, мрачные цвета, пустое холодное пространство). Пространство как символическое поле: ощущается ли кабинет как зона изменений, работы над собой. Создаёт ли онлайн-пространство чувство изолированности или включенности. Влияет ли размер комнаты и её форма на восприятие клиента (например, маленькие замкнутые кабинеты могут вызывать клаустрофобию). Пространственная граница между терапевтом и клиентом: как расположение мебели влияет на динамику общения (есть ли «барьеры» между участниками). Влияет ли расстояние на степень комфорта клиента (слишком близко — ощущение вторжения, слишком далеко — дистанцированность). Влияет ли наличие окна, дверей, открытого пространства на ощущение защищённости.

3. Социальный и культурный контекст. Социальное окружение клиента: как восприятие психотерапии в обществе влияет на клиента (например, стигматизация терапии). Какие ожидания создаёт его семья, работа, общественная среда по отношению к терапии. Чувствует ли клиент себя свободным говорить о посещении терапевта. Культурные особенности восприятия пространства: влияние культурных норм на личное пространство, дистанцию общения, использование физического контакта. Различия в восприятии формального и неформального стиля общения в зависимости от культурного кода. Роль религиозных, гендерных, возрастных норм в контексте терапии. Экономические и социальные факторы: может ли клиент позволить себе комфортное пространство для онлайн-сессий, или он вынужден находиться в неудобной среде. Влияют ли финансовые ограничения на качество терапевтического пространства (дешёвые кабинеты, отсутствие уединённости в домашних условиях). Связь между уровнем дохода и возможностью выбирать формат терапии (оффлайн vs. онлайн).

4. Технологические аспекты и влияние цифровой среды. Формат цифрового взаимодействия: влияет ли тип связи (видео, аудио, текст) на глубину взаимодействия. Насколько комфортно клиенту смотреть на экран (усталость глаз, ощущение изоляции, технические помехи). Возможность сохранять запись сессии (и как это влияет на ощущение безопасности клиента). Эффект дистанции в онлайн-работе: влияет ли отсутствие физического присутствия терапевта на глубину эмоционального контакта. Создаёт ли цифровая среда дополнительный барьер или, наоборот, облегчает открытость. Ощущает ли клиент цифровую терапию так же, как офлайн, или воспринимает её иначе. Кибербезопасность и конфиденциальность: клиент может бояться, что его разговор могут подслушать или записать без его ведома. Использование защищённых платформ для сохранения приватности. Разные уровни доверия к разным технологиям (одни люди комфортно чувствуют себя в Zoom, другие только в Telegram).

Слои не имеют жестких границ, скорее, перетекают друг в друга. При этом разные терапевты будут иметь разные фокусы и гибкость переключения между слоями. Каждый из слоев можно представить в виде «якоря» для осознания для терапевта, например, в любой момент сессии терапевт может задать себе вопрос: «На каком слое я сейчас сосредоточен?». Есть риск застревания в каком-то из слоев. Например, терапевт, склонный к анализу, может чрезмерно фокусироваться на «теории», стать «опьяненным теоретической концепцией» и терять контакт с «миром клиента», переставая воспринимать реального клиента на сессии.

Данная модель является первичной и нуждается в экспериментальной проверке. Наиболее интересным является вопрос: «Влияет ли осознанное использование модели на глубину контакта терапевта с клиентом и терапевтические результаты?».

Также модель позволяет усилить дискурс в когнитивно-поведенческой психотерапии о значимости взаимоотношений и работы с переносом и контр-переносом в когнитивной модели.

### Список литературы

1. Лихи Р. Преодоление сопротивления в когнитивной терапии. — СПб.: Питер, 2001. — 352
2. A social cognitive model of validation, Leahy, R. L. 2005. In P. Gilbert. (Ed.), Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy (pp. 195–217). London: Brunner-Routledge.
3. Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy progresses, Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D. and Thompson, L. W. — Psychotherapy Research, Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D. and Thompson, L. W. 1991. 1, 104–112.

4. Counselling for Depression, Gilbert, P. — 1992. London: Sage.
5. Emotion-Focused Therapy: coaching clients to work through their feelings, Greenberg, L. S. 2002. Washington, DC: American Psychological Association.
6. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change, Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. and Willutzki, U. 2004. In M. J. Lambert. (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change (pp. 307–390). New York: Wiley.
7. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking, Gilbert, P. and Irons, C. 2005- In P. Gilbert (Ed.), Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy (pp. 263–325). Hove, UK: Brunner-Routledge.
8. Negotiating the Therapeutic Alliance: a relational treatment guide, Safran, J. D. and Muran, J. C. 2000. New York: The Guilford Press.
9. Overcoming Resistance in Cognitive Therapy, Leahy, R. L. 2001. New York, Guilford.776
10. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review, Martin, D. J., Gorske, J. P. and Davis, M. K. 2000. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 438–450.
11. Self and self-reflection in the therapeutic relationship: a conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills, Bennett-Levy, J. and Thwaites, R. -(2007) — In P. Gilbert and R. L. Leahy (Eds.), The Therapeutic Relationship in Cognitive- Behavioural Psychotherapies (pp. 255–282). New York: Routledge.
12. The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies, Gilbert, P. and Leahy, R. L. (Eds.) -2007. New York: Routledge.
13. Therapist competence and outcome of cognitive therapy for depression, Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D. A., Hardy, G. E. and Barkham, M. 2004. Cognitive Therapy and Research, 28, 143–157.
14. Two decades of cumulative microtraining in the Netherlands: an overview, Van Der Molen, H., Hommes, M., Smit, G. and Lang, G. 1995. Educational Research and Evaluation: An International Journal on Theory and Practice, 1, 347–387.
15. Widening the Scope of Cognitive Therapy: the therapeutic relationship, emotion and the process of change, Safran, J. D. 1998. Northvale, NJ: Aronson.

# ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УВЕРЕННОСТИ В СЕБЕ И КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ

*Пастрараджиу Мария Сергеевна*

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

*Ковпак Дмитрий Викторович*

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

**Аннотация.** Статья посвящена исследованию взаимосвязей когнитивных искажений (КИ), уверенности в себе, самооценки и самопринятия. Выявлены статистически значимые отрицательные корреляции между рядом КИ и изучаемыми феноменами. Отдельное внимание уделено сходству и различиям между уверенностью в себе, самооценкой и самопринятием. Новизна исследования заключается в интегративном подходе к изучению уверенности в себе, самооценки и самопринятия. Корреляционный анализ проводился с учётом взаимосвязей одного КИ с разными аспектами самоотношения.

**Ключевые слова:** уверенность в себе, самооценка, самопринятие, когнитивные искажения, когнитивно-поведенческая терапия, личностный рост, выученная беспомощность, морализация, персонализация.

В условиях стремительно меняющегося мира всё большую значимость приобретают психологические ресурсы личности, обеспечивающие адаптацию к нарастающим социальным и профессиональным вызовам. С точки зрения современной психологии одним из ключевых факторов устойчивости и самоэффективности является уверенность в себе, определяемая как многокомпонентный конструкт, включающий когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты (Bandura, A., 1997; Ромек, В. Г. 1997; Вайнер, И. В., 2006; Скотникова, И. Г., 2008).

Несмотря на научный и практический интерес к данному феномену, комплексные исследования и эмпирические данные о взаимосвязях между уверенностью в себе и когнитивными искажениями (КИ) в едином теоретико-эмпирическом контексте представлены ограниченно. Согласно выводам теоретического анализа в рамках проведенного исследования, уверенность в себе преимущественно изучается как эмоциональная или поведенческая характеристика (Саморезова И. В., 2024; Dryden, W., & Constantinou, D., 2004). В то же время её связь с устойчивыми когнитивными паттернами, включая КИ, остаётся малоизученной.

Таким образом, возможность разработки научно обоснованных программ развития когнитивной гибкости в процессе формирования и коррекции

уверенности в себе ограничена. Исходя из обозначенной проблемы, целью настоящего исследования являлось комплексное эмпирическое изучение взаимосвязей между КИ с уверенностью в себе, самооценкой и самопринятием.

Такой подход позволил провести теоретический анализ дифференциальных отличий между изучаемыми феноменами и получить эмпирические данные об их взаимосвязях с КИ. Сделанные выводы были систематизированы для дальнейших научных исследований и использования в психологической практике. В частности, полученные данные представляют ценность для разработки интегративных программ, направленных на развитие когнитивной гибкости через комплексное укрепление уверенности в себе, самопринятия и самооценки.

**Теоретическая база исследования** опиралась на когнитивно-поведенческую парадигму, в частности на ключевые положения теорий КИ, разработанных А. Беком и А. Эллисом (Beck, J. S., 2021; Ellis.A., 2006). В рамках данных подходов КИ рассматриваются как устойчивые иррациональные паттерны восприятия и интерпретации опыта, взаимосвязанные с эмоциями и поведением.

Несмотря на наличие теоретических данных, в которых уверенность в себе рассматривается как вера в личную эффективность (Bandura, A., 1997), как сенсорная или когнитивная составляющая (Головина, Е. В., 2010), а также как ситуативная или личностная характеристика (Вайнер, И. В., 2006; Скотникова, И. Г., 2008), в основу нашего исследования легла трёхкомпонентная структура когнитивно-поведенческого подхода. Согласно данной модели, уверенность в себе — многокомпонентный конструкт, включающий когнитивный (установки и убеждения), эмоциональный (регуляция состояний, сопровождающих чувство уверенности) и поведенческий (инициатива и действия) компоненты, ранее исследуемые В. Г. Ромеком (1997, 2008).

Выбранное в рамках проведенного исследования теоретико-методологическое направление позволило осуществить дифференцированное разграничение изучаемых феноменов, а также провести комплексный эмпирический анализ существующих между ними взаимосвязей в контексте КИ.

### **Выводы теоретического анализа**

Результаты теоретического анализа показали, что уверенность в себе представляет собой многокомпонентный конструкт, включающий когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспекты, которые определяют убеждения, способности и эмоциональную стабильность индивида,

способствующие его устойчивости к изменениям (Лазарус, А., 2001; Ромек, В. Г. 1997). При этом, как показывают исследования, в ряде случаев уверенность проявляется как ситуативная и нестабильная характеристика, чувствительная к внешним обстоятельствам (Вайнер, И. В., 2006; Скотникова, И. Г., 2008).

Согласно научным исследованиям, данная двойственность — устойчивость с одной стороны и ситуативная изменчивость с другой — во многом объясняется взаимосвязями уверенности в себе с такими смежными феноменами, как самооценка и самопринятие.

Уверенность в себе, согласно А. Бандуре (1997), отражает субъективную убеждённость индивида в способности успешно действовать в условиях неопределённости или стресса. В то же время, как подчёркивает А. Ellis (2006), самооценка также включает в себя оценку собственных способностей, но при этом охватывает более широкий контекст — восприятие собственной личности в целом.

Таким образом, оба феномена имеют выраженный когнитивный компонент и частично взаимосвязаны через когнитивные паттерны самооценивания. Однако ключевым различием является источник и устойчивость оценок. В частности, самооценка, особенно в своём «зависимом» варианте, часто опирается на внешние достижения и признание со стороны окружающих. Такая закономерность делает её уязвимой к критике и неудачам, что в свою очередь может обуславливать фрагментарность и нестабильность уверенности в себе (Crocker, J., Park, L. E., 2004).

Следовательно, взаимосвязь уверенности в себе с внешне обусловленной самооценкой подчёркивает важность развития внутренних психологических опор, таких как безусловное самопринятие (БСП). Именно оно, будучи относительно независимым от внешних обстоятельств, может служить когнитивным фундаментом для формирования устойчивой и функциональной уверенности в себе в долгосрочной перспективе (Ellis A., 2006).

БСП, подобно самооценке, включает убеждения о себе и также связано с когнитивным компонентом — в частности, с наличием или отсутствием КИ (Chamberlain J.M., Naaga D.A.F., 2001). Однако в отличие от самооценки, основанной на бинарной схеме «хороший–плохой» и зависящей от достижений или социального одобрения, БСП предполагает принятие себя вне зависимости от внешних факторов.

Согласно данным (Ellis A., 2006; Chamberlain J.M., Naaga D.A.F., 2001), именно БСП создаёт устойчивую базу для формирования уверенности в себе и может служить более надёжным ресурсом в условиях неопределённости.

В данном контексте психологические интервенции, направленные на развитие самопринятия, рассматриваются как более эффективная альтернатива программам, ориентированным исключительно на повышение самооценки.

Таким образом, все три феномена — уверенность в себе, самооценка и БСП — относятся к когнитивной сфере и опосредованы особенностями самовосприятия. Их ключевое различие заключается в источнике и устойчивости самоотношения. Если самооценка в большей степени зависит от внешнего одобрения и достижений, а уверенность в себе может колебаться под влиянием таких оценок, то БСП представляет собой более стабильную и автономную основу для формирования психологической гибкости и стрессоустойчивости.

Данный вывод подчёркивает значимость когнитивных установок и указывает на необходимость анализа роли КИ как потенциально деструктивного фактора, влияющего на формирование и устойчивость рассматриваемых в рамках данной статьи психологических феноменов.

Также следует выделить, что проведённый анализ научной литературы подтверждает вышеизложенные положения. В работах А. Бека, А. Эллиса и Д. В. Ковпака (Beck, A., 2005; Ellis, A., 2006; Ковпак, Д. В., 2005, 2019) последовательно показано, что коррекция деструктивных когниций — таких как катастрофизация, персонализация, долженствования и другие — приводит к снижению выраженности тревожных и депрессивных симптомов, способствуя, в свою очередь, росту устойчивости и способности индивида адаптироваться к жизненным трудностям.

Кроме того, результаты исследований (Ellis, A., David, D., Lynn, S., 2009; Beck, J. S., 2021) демонстрируют, что когнитивно-поведенческая и рационально-эмоциональная терапии эффективно формируют адаптивные установки, поддерживающие реалистичную уверенность в себе и БСП. Учитывая вышесказанное, коррекция КИ может способствовать укреплению внутренних психологических опор, включая самооценку, уверенность в себе и принятие себя (Ellis A., 2006; Chamberlain J.M., Наага D.A.F., 2001).

Подводя итог, следует отметить, что проанализированные теоретические и эмпирические данные легли в основу гипотезы исследования о наличии отрицательных статистически значимых взаимосвязей между КИ и изучаемыми переменными.

### **Выводы эмпирического анализа**

**Целью проведенного исследования** являлось выявление взаимосвязей КИ с уровнями уверенности в себе, самооценки и самопринятия, а также систематизация полученных данных для более глубокого понимания

когнитивных механизмов уверенности в себе среди индивидов средней взрослости.

**Основная гипотеза исследования:** существуют статистически значимые взаимосвязи между выраженностью КИ и уровнем уверенности в себе среди индивидов средней взрослости.

В исследовании приняли участие 60 респондентов в возрасте от 25 до 45 лет. Выборка была сформирована рандомизированным способом и включала: 8 мужчин и 52 женщины, 56 респондентов с высшим образованием, 32 респондента на момент исследования — в официальном браке, 42 респондента с детьми.

**Методики исследования:**

1. Тест уверенности в себе В. Г. Ромека (Ромек В. Г., 1998). Тест использовался для оценки уровня уверенности в себе у участников исследования.

2. Методика исследования самоотношения С. Р. Панталева (Панталева С. Р., 1993). Применялась для оценки самопринятия, самоуверенности/самоуважения и самооценки.

3. Опросник когнитивных ошибок «СМQ» «ОКО» Р. Девульфа в адаптации А. Е. Боброва и Е. В. Файзрахманова (Бобров, А. Е., Файзрахманова, Е. В., 2017). Использовался для измерения частоты и выраженности когнитивных ошибок, таких как катастрофизация, персонализация и другие.

4. Шкала дисфункциональных отношений «DAS», «ШДО» А. Т. Бек, А.Н. Вайзман (1978). Адаптация: М. Л. Захарова (Захарова, М. Л. 2013). Применялась для оценки дисфункциональных убеждений и отношений.

В рамках статистического анализа был использован тест Шапиро–Уилка для проверки нормальности распределения, а также корреляционный анализ Спирмена для выявления взаимосвязей между переменными.

Результаты проведённого эмпирического исследования подтверждают выдвинутые гипотезы и указывают на то, что чем выше уровень КИ, тем ниже уверенность в себе, самооценка и самопринятие (Таблица 1). Полученные данные согласуются с результатами предыдущих исследований (Ellis, A., 2006; Chamberlain J.M., Naaga D.A.F., 2001), в которых подчёркивается роль КИ при повышенной самокритичности и тотальном обесценивании себя как личности.

Таблица 1. Эмпирические значения корреляционного анализа КО по опроснику «ОКО», шкалам методики «МИС» и теста «Уверенности в себе»

Когнитивная ошибка	Самоценность	Самопринятие	Уверенность	Самоуверенность
Персонализация	-0.393**	-0.389**	-0.569***	-0.5***
Упрямство	-0.129	-0.04	-0.273*	-0.229
Чтение мыслей	-0.405**	-0.171	-0.479***	-0.376**
Морализация	-0.508***	-0.346**	-0.48***	-0.338**
Катастрофизация	-0.18	-0.238	-0.55***	-0.482***
Выученная беспомощность	-0.433***	-0.393**	-0.656***	-0.541***
Максимализм	-0.379**	-0.302*	-0.599***	-0.462***
Гипернормативность	-0.325*	-0.203	-0.569***	-0.246
Преувеличение опасности	0.343**	0.258*	0.597***	0.443***

\* —  $p < 0,05$ \*\* —  $p < 0,01$ \*\*\* —  $p < 0,001$ 

**Выученная беспомощность** — установка «Я не справлюсь» — показала сильные отрицательные корреляции с **уверенностью** ( $r = -0.656$ ), **самоценностью** ( $r = -0.433$ ) и **самопринятием** ( $r = -0.393$ ), что указывает на её взаимосвязь с неверием в собственные способности справляться с вызовами, обесцениванием и непринятием себя в ситуациях неопределенности. Полученные данные согласуются с результатами Crocker & Park (2004) о связи «зависимой» самооценки и уязвимости к стрессу в ситуациях гипотетической неудачи.

#### Рекомендации:

- Уверенность: формировать опыт влияния через малые действия.
- Самооценка: развивать оценку усилия, а не только результата.
- БСП: когнитивная реструктуризация (КР) — «Я ок, даже если не всё идеально».

**Персонализация** — склонность воспринимать события как результат собственных ошибок: «Это я во всем виноват». Были выявлены отрицательные корреляции с **уверенностью** ( $r = -0.569$ ), **самоценностью** ( $r = -0.393$ ) и **самопринятием** ( $r = -0.389$ ). Результаты подтверждают выводы Ellis (2006) о связи персонализации и вины, что закрепляет стратегии безынициативности.

#### Рекомендации:

- Уверенность: КР — «Ошибка ≠ моя полная вина».
- Самооценка: КР — «То, что я не достиг идеала, не умаляет моей ценности».
- Самопринятие: КР — «Я сделал всё, что мог в этих условиях».

— **Морализация** — жёсткая оценка себя и других через призму категоричных норм: «Нужно следовать правилам» — показала значимые отрицательные корреляции с **уверенностью** ( $r = -0.480$ ), **самоценностью** ( $r = -0.508$ ) и **самопринятием** ( $r = -0.346$ ). Такой тип мышления усиливает внутренний конфликт и самокритику, подрывая личную устойчивость. При этом, согласно Davies (Davies. M. F., 2006), развитие БСП снижает самокритику и катастрофизацию в 65% случаев.

**Рекомендации:**

- Уверенность: КР — «Я могу следовать ценностям гибко».
- Самооценка: КР — «Ошибки не отменяют моей самооценки».
- БСП: КР — «Люди ошибаются и всё равно быть достойными уважения».

**Максимализм** — установка на безупречность — также коррелирует с **уверенностью** ( $r = -0.599$ ), **самоценностью** ( $r = -0.379$ ) и **самопринятием** ( $r = -0.302$ ), что указывает на связь с обесцениванием себя и самокритичностью в случае неудач. Данные подтверждают выводы исследования Chamberlain & Наага (2001), согласно которым завышенные стандарты соотносятся с невозможностью принимать себя.

**Рекомендации:**

- Уверенность: КР — «Я справлюсь, даже если не будет идеально».
- Самооценка: ценить реальные усилия, а не идеальные результаты.
- БСП: КР — «Я принимаю себя вместе с несовершенствами».

Таким образом, данные подчеркивают значимость адресной коррекции каждого КИ с учётом целевого феномена. Новизна исследования заключается в интегративном и дифференцированном подходе к анализу взаимосвязи одного КИ с различными аспектами отношения к себе.

Следует отдельно подчеркнуть, что гипотеза о положительных взаимосвязях между уверенностью в себе, самооценкой и самопринятием также подтверждена. Данные корреляционного анализа отражены для наглядности в графике тепловой карты (Рис. 1), где темные оттенки — положительные корреляции, светлые — отрицательные. Корреляции между **уверенностью и самооценностью** ( $r = 0.389^{**}$ ), **уверенностью и самопринятием** ( $r = 0.423^{***}$ ), а также между **самоценностью и самопринятием** ( $r = 0.476^{***}$ ) демонстрируют положительную взаимосвязь. Результаты указывают на то, что повышение одной переменной сопровождается ростом другой, что указывает на интегративную характеристику уверенности в себе, опосредованную самооценкой и самопринятием.

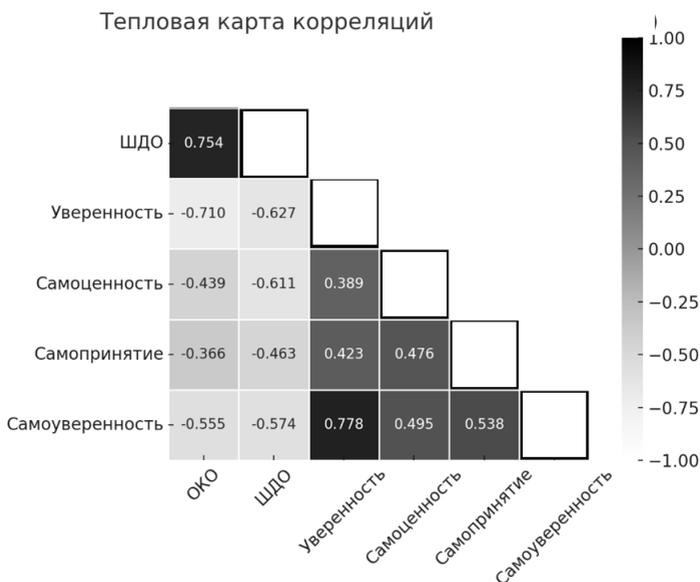


Рис. 1. Тепловая карта корреляций между шкалами ОКО, ШДО, «Уверенностью в себе», «Самоуверенностью», «Самооценкой», «Самопринятием»

Полученные данные подтверждают выводы предыдущих исследований:

— «Зависимая» самооценка взаимосвязана с нестабильной уверенностью в себе и повышенной уязвимостью, особенно в ситуациях неудачи (Crocker, J., Park, L. E., 2004)

— БСП коррелирует с устойчивой уверенностью в себе (Davies. M.F., 2006)

— БСП выступает ключевым ресурсом формирования стабильной самооценки в себе (Chamberlain J.M., Нага D.A.F., 2001)

Подводя итог, стоит подчеркнуть, что результаты исследования выявили как значимые связи между уверенностью в себе, самооценкой, самопринятием и рядом КИ, так и слабые корреляции. Таким образом, полученные данные указывают на перспективы дальнейшего изучения эмоциональных и поведенческих факторов уверенности в себе и самооотношения, а также их динамики в процессе комплексной коррекции через призму вышеперечисленных КИ.

**Список литературы**

1. Бобров А. Е., Файзрахманова Е. В. Опросник когнитивных ошибок как инструмент оценки компонентов патологической тревоги // Доктор. Ру. — 2017. — № 8 (137). — С. 59–65.
2. Вайнер И. В. Ситуативная уверенность и её влияние на принятие решений // Психология. Журнал Высшей школы экономики. — 2006. — Т. 8, № 2. — С. 124–132.
3. Головина Е. В. Уверенность как личностная характеристика. — М.: Институт психологии, 2010. — 240 с.
4. Захарова М. Л. Шкала дисфункциональных отношений как метод исследования когнитивных искажений // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. — 2013. — № 29. — С. 58–63.
5. Ковпак Д. В. Клинико-психологические характеристики больных агорафобией и социофобией в процессе интегративной когнитивно-поведенческой психотерапии: дис. ... канд. мед. наук. — Санкт-Петербург: ГУ «Санкт-Петербургский НИИ психоневрологии», 2005. — 180 с.
6. Ковпак Д. В. Страх... Тревога... Фобия... Вы можете справиться! Практическое руководство психотерапевта. — М.: Наука и Техника, 2019. — 320 с. — (Серия «Психология. Психотерапия»).
7. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / Пер. с англ. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
8. Пантелеев С. Р. Методика исследования самоотношения. — М.: Смысл, 1993. — 32 с.
9. Ромек В. Г. Проблема диагностики уверенности в зарубежной психологии // Психологический вестник Ростовского государственного университета. — 1997. — Т. 2, № 2. — С. 419–434.
10. Ромек В. Г. Тест уверенности в себе // Психологическая диагностика. — 2008. — № 1. — С. 59–82.
11. Саморезова Ирина Владимировна ВЛИЯНИЕ ЮМОРА НА УВЕРЕННОСТЬ В СЕБЕ // *Universum: психология и образование*. 2024. №9 (123).
12. Скотникова И. Г. Исследование ситуативной уверенности у подростков // Вопросы психологии. — 2008. — Т. 32, № 4. — С. 78–85.
13. Bandura, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. — New York: W. H. Freeman, 1997. — P. 256–271.
14. Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. Cognitive Therapy of Personality Disorders. — St. Petersburg: Piter, 2005.
15. Beck, J. S. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond (3rd ed.). — New York: Guilford Press, 2021.
16. Chamberlain, J. M., Хаага, D. A. F. Unconditional Self-Acceptance and Psychological Health // *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. — 2001. — Vol. 19. — P. 163–176. — doi:10.1023/A:1011189416600.
17. Crocker, J., Park, L. E. The Costly Pursuit of Self-Esteem // *Psychological Bulletin*. — 2004. — Vol. 130, No. 3. — P. 392–414. — doi:10.1037/0033-2909.130.3.392.

18. Davies, M. F. Irrational Beliefs and Unconditional Self-Acceptance. I. Correlational Evidence Linking Two Key Features of REBT // *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. — 2006. — Vol. 24. — P. 113–124. — doi:10.1007/s10942-006-0027-0.

19. Dryden, W., Constantinou, D. *Assertiveness Step by Step*. — London: Sheldon Press, 2004. — 224 p.

20. Ellis, A. *The Myth of Self-Esteem: How Rational Emotive Behavior Therapy Can Change Your Life Forever*. — Amherst, NY: Prometheus Books, 2006. — 338 p.

21. Ellis, A., David, D., Lynn, S. *Rational and Irrational Beliefs: A Historical and Conceptual Perspective* // *Rational and Irrational Beliefs: Research, Theory, and Clinical Practice*. — New York: Oxford University Press, 2009. — P. 3–22.

# ПРОЛОНГИРОВАННОЕ РАССТРОЙСТВО ГОРЯ — НОВЫЙ И НЕ ВСЕГДА ОЧЕВИДНЫЙ ДИАГНОЗ, СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

*Рубцова Юлия Геннадиевна*

*Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Аннотация.** В статье рассматривается актуальный вопрос сложностей диагностики нового диагноза пролонгированного расстройства горя (DSM-5-TR, 2020 г.), имеющий важное значение для корректной концептуализации случая и планирования терапии. Приводятся примеры клиентских кейсов, в которых применялась когнитивно-поведенческая психотерапия пролонгированного расстройства горя, основанная на исследованиях.

**Ключевые слова:** пролонгированное расстройство горя, осложненное горевание, DSM-5-TR критерии для пролонгированного расстройства горя (2020г.), PG-13-Revised — пересмотренная версия Шкалы осложненного горя, ICG, 1995, 2021, H.G. Prigerson, когнитивно-поведенческая психотерапия пролонгированного расстройства горя, утрата, острое горевание, адаптация к изменениям при горевании, интегрированное горе.

## Актуальность

Психологическая помощь в ситуации горя, как острого, так и пролонгированного (осложненного), является весьма востребованной сферой практической деятельности. Терапия горя может помочь пережить смерть близкого, развод и другие утраты, в том числе потерю здоровья, работы и веры. Однако в отечественной психологической науке это направление, судя по малочисленным публикациям, остается мало изученным. Еще меньше исследований о том, как практикующие психологи и психотерапевты справляются с собственным горем и как этот опыт влияет на их профессиональную деятельность. Специалистам крайне необходима актуальная информация по концептуализации горя и практическим методам помощи, основанная на научных данных и эмпирических исследованиях. В этой связи представляется целесообразным знакомство с зарубежными исследованиями, выполненными в рамках психотерапии горя.

В качестве интересного примера такого исследования можно привести работу К. Куриатис и Д. Браун из Университета Суррея, Гилфорд, Англия. Так, горевание психотерапевтов может оказать различное влияние на их работу, не только вызывая трудности, но и стимулируя достижения. Среди возможных проблем психотерапевтами отмечалось переживание собственной уязвимости и опасность чрезмерной идентификации с клиентами. Достижения

были связаны с увеличением способности «быть рядом с клиентом», повышением эмпатии, смелости в терапевтических решениях, а также готовности говорить с клиентами о жизни и смерти. Некоторые участники исследования обнаружили, что их работа с клиентами во время собственного горевания оказывалась очень полезной, позволяя им почувствовать, что «жизнь может идти дальше».

### **Критика исторических подходов в психотерапии горя, исследования, разработка критериев и шкал, включение расстройства в DSM-5**

Хотя понятие патологического горя восходит, по крайней мере, к «Скорби и меланхолии» (1917г.) Фрейда, признание его в качестве отдельного психического расстройства долго оспаривалось. С одной стороны старались избежать патологизации нормального горя и спекуляции медицинских компаний на новом диагнозе. С другой стороны, требовались исследования для дифференциации расстройства.

Фрейд концептуализировал скорбь (горе) как нормальную, естественную реакцию на потерю любимого человека и даже считал, что горе необходимо для адаптации к утрате, что это тяжелая, часто болезненная работа, которую должен выполнять скорбящий, чтобы снять эмоциональную привязанность к умершему. Фрейд считал медицинское вмешательство в «работу с горем» «нецелесообразным, если даже не вредным». Напротив, он считал меланхолию (то есть депрессию) патологической реакцией на тяжелую утрату и отмечал, что это состояние, а не горе, создает риск самоубийства и требует медицинской помощи. Но метод, предложенный Фрейдом — катарсис, эмоциональное отреагирование, не всегда на практике оказывался полезным всем без исключения и мог способствовать еще более глубокому «погружению» и «застреванию» в горе.

Последующие подходы развивали и дополняли эти взгляды, а также получили общественную известность и разрушили некоторые предубеждения, относительно табуированности смерти и горя. Эти модели в зарубежной литературе в настоящее время критикуются за:

- неточные определения,
- излишнюю теоретизированность и дефицит практических инструментов,
- отсутствие эмпирических доказательств и подтверждений в разных культурах и исторических периодах,
- а также ограниченное внимание к внутриличностным процессам и результатам для здоровья,

— универсальность и логическую последовательность фаз горевания, которые не учитывают сложность и индивидуальность опыта скорби, а также социо-культурный контекст.

В последние десятилетия активно проводились исследования и предпринимались попытки определить осложненное горе так, чтобы ему можно было дать точное определение и включить в очередное издание DSM. Принятие осложненного горя как расстройства открыло бы дверь дальнейшим исследованиям. Такие исследования инициировались двумя группами: одна в Питтсбурге (позже это Йельский университет, а сейчас Гарвард) под руководством Холли Приджерсон, другая в Сан-Франциско под руководством Марди Горовица. Одной из коллег Приджерсон была Кэтрин Шир, которая теперь проводит собственное исследование в Университете Колумбия в Нью-Йорке.

И вот в 1999 году ведущие исследователи горя собрались на конференцию для достижения консенсуса, чтобы разработать более четкий набор критериев и проголосовали за включение ППГ в качестве нового психического расстройства в DSM-5-TR. Разногласия были преодолены многочисленными свидетельствами, что пролонгированное расстройство горя (ППГ)- это расстройство привязанности и его отличительные симптомы: тоска по умершему, потеря смысла и нарушение идентичности могут быть продолжительными, вызывать дистресс, инвалидизировать и требовать целенаправленного лечения.

Исследования, проведенные за последние четверть века, показали не только то, что реакция горя может быть тяжелой, инвалидизирующей и длиться сверх нормальных ожиданий, но и то, что она может поддаваться только специализированному лечению. Установлено, что некоторые симптомы горя отличаются от симптомов депрессии, связанной с тяжелой утратой, имеют специфические нейробиологические и клинические корреляты, могут сохраняться без ослабления в течение месяцев или даже лет, вызывают дистресс и нарушают функционирование и могут поддаваться лечению только при целенаправленном вмешательстве.

Была проведена независимая от фармкомпаний оценка валидности новых критериев ППГ в DSM и адаптированной версии шкалы PG-13, PG-13-Revised (PG-13-R), разработанной на основе этих критериев. В трех исследованиях оценивались 10 симптомов, включенных как в новые критерии DSM для ППГ, так и в PG-13-R (тоска, поглощенность, нарушение идентичности, отрицание, избегание, сильная эмоциональная боль, трудности с реинтеграцией, эмоциональное онемение, ощущение бессмысленности жизни и сильное одиночество). Эти пункты (вопросы Q3-Q12 в PG-13-R) оценивались

с использованием 5-балльной шкалы Лайкерта в диапазоне от «1 = совсем нет» до «5 = чрезвычайно». Оценка: сумма симптомов PG-13-R, равная 30 или более, отражает синдромальный уровень симптоматики ПРГ. В целом критерии DSM-5-TR для ПРГ и Шкала PG-13-R оказались надежными и валидными инструментами для оценки состояния лиц, потерявших близких, с дезадаптивными реакциями на горе. 7 ноября 2020 года Ассамблея АПА одобрила включение ПРГ в DSM-5-TR (См. табл. ниже).

<b>DSM-5-TR критерии для пролонгированного расстройства горя (Американская психиатрическая ассоциация, 2020)</b>
А. Смерть человека, который был близок скорбящему, по крайней мере 12 мес назад (для детей и подростков — по крайней мере 6 мес назад)
Б. С момента смерти отмечается реакция горя, характеризующаяся одним или обоими из следующих проявлений, наблюдающихся в клинически значимой степени, почти каждый день или чаще на протяжении по меньшей мере последнего месяца: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сильная тоска/печаль по умершему человеку.</li> <li>2. Поглощенность мыслями или воспоминаниями об умершем человеке (у детей и подростков могут быть сосредоточены на обстоятельствах смерти).</li> </ol>
В. По крайней мере 3 из следующих 8 симптомов появились вследствие смерти и отмечались в клинически значимой степени с момента смерти, в том числе почти каждый день или чаще на протяжении по меньшей мере последнего месяца: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нарушение идентичности (например, ощущение, что часть себя умерла).</li> <li>2. Отчетливое отрицание смерти.</li> <li>3. Избегание напоминаний о том, что человек умер (у детей и подростков может характеризоваться попытками избежать напоминаний).</li> <li>4. Сильная эмоциональная боль (например, гнев, горечь, печаль), связанная со смертью близкого человека.</li> <li>5. Трудности с реинтеграцией в жизнь после смерти близкого человека (например, проблемы с общением с друзьями, увлечениями, планированием будущего).</li> <li>6. Эмоциональное онемение (то есть отсутствие или выраженное снижение интенсивности эмоций, чувство оглушения) в результате смерти.</li> <li>7. Ощущение, что жизнь бессмысленна вследствие смерти близкого.</li> <li>8. Сильное одиночество (то есть чувство одиночества или оторванности от других) в результате смерти близкого человека.</li> </ol>
Г. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Д. Продолжительность и тяжесть реакции утраты явно превышает ожидаемые социальные, культурные или религиозные нормы в рамках культуры и контекста индивида.

Е. Симптомы не могут быть с большей долей вероятности объяснены большим депрессивным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством или другим психическим расстройством, или не могут быть приписаны к физиологическим эффектам вещества (например, лекарства, алкоголя) или другим медицинским состояниям.

**Пролонгированное расстройство горя  
PG-13-Revised — пересмотренная версия Шкалы осложненного горя, ICG, 1995, 2021  
by H.G. Prigerson, J. Xu and P.K. Maciejewski**

Q1. Потеряли ли вы кого-то важного для вас?	Да		Нет		
Q2. Сколько месяцев прошло с момента смерти важного вам человека?			Месяцев		
С момента смерти или вследствие смерти...	Совсем нет 1	Слегка 2	В некоторой степени 3	Немного 4	Чрезвычайно 5
Q3. Чувствуете ли вы тоску/печаль по умершему человеку?					
Q4. Трудно ли вам делать то, что вы обычно делаете, из-за того, что много думаете об умершем?					
Q5. Чувствуете ли вы себя сбитым с толку в жизни или словно вы больше не знаете, кто вы (т.е. чувствуете, что часть вас умерла)?					
Q6. Трудно ли вам поверить, что человек, который умер, действительно ушел?					
Q7. Избегаете ли вы напоминаний о том, что человек, который умер, действительно ушел?					
Q8. Чувствуете ли вы эмоциональную боль (например, гнев, горечь, печаль), связанную со смертью?					

Q9. Чувствуете ли вы, что у вас есть сложности с реинтеграцией в жизнь (например, проблемы с общением с друзьями, увлечениями, планированием будущего)?					
Q10. Чувствуете ли вы эмоциональные онемение или отстраненность от других?					
Q11. Считаете ли вы, что жизнь потеряла смысл без человека, который умер?					
Q12. Чувствуете ли вы себя одиноким или одиноко без умершего?					
Q13. Вызвали ли вышеуказанные симптомы значительные нарушения в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования?					
	Да	Нет			

Еще одна сложность в диагностике: коморбидность горя. Осложненное горе, депрессия, ПТСР, тревожные расстройства часто коморбидны. Коморбидная депрессия часто наблюдалась у 56% пациентов в исследовании осложненного горя. Коморбидное ПТСР наблюдалось у 49% пациентов. Примерно у 36% наблюдались все три расстройства одновременно. Горевание может быть похожим на депрессию даже когда протекает адаптивно и может действительно приводить к серьезным клиническим эпизодам депрессии.

Диагноз ПРГ по DSM был дифференцирован от посттравматического стрессового расстройства, большого депрессивного расстройства и генерализованного тревожного расстройства. Как отличить нормально возникающую составляющую горевания, похожую на депрессию, от случаев, при которых нужна помощь психиатра? И при нормальном горевании, и при депрессии наблюдаются нарушения сна, пищевого поведения, выраженная сильная печаль, возможно снижение самооценки и чувство вины.

Главные различия в том, как проявляются снижение самооценки и чувство вины. При нормальной реакции утраты возможное снижение самооценки непродолжительно, не наблюдается общего длительного снижения самоуважения во всех сферах жизни. Если горюющий испытывает вину, то при неосложненном горевании она обычно связана с обстоятельствами потери и не носит глобального характера.

Ворден замечает, что сам горящий в случае, когда горевание просто похоже на депрессию, но не является ею, способен описывать свое состояние как тяжелое, но «нормальное», естественное, хотя и может обращаться за помощью для облегчения симптоматики.

Горе	Депрессия
Печаль сфокусирована на потере близкого человека	Печаль всеохватна
Сохраняется способность переживать позитивные эмоции	Способность переживать положительные эмоции снижена или утрачена полностью
Мысли сфокусированы на умершем, вина и злость относятся к утрате, смерти	Мысли сфокусированы на низкой самооценке, чувства вины и злости всеохватны

ПТСР, тревожные р-ва	Горе
Наличие угрозы	Отсутствие значимого человека
Основная эмоция страх	Основная эмоция печаль, тоска
Мысли относятся к событию (травматическому, н-р: авткатастрофа или пугающему: н-р, лифт, метро)	Мысли относятся к человеку
Избегание основано на страхе	Избегание относится к утрате (избегание эмоций, напоминаний, общения с общими знакомыми, посещения кладбища и памятных мест и дат)

Итак, что нам известно о горе на настоящий момент с научной точки зрения?

Stroebe, M. (Маргарет Штробе) и Schut, H. (Хенк Шут) (1999) предложили пересмотренную модель совладания с утратой, модель двойного процесса. Эта модель определяет 2 типа стрессоров, ориентированных на потерю

и восстановление, и динамический, регулирующий процесс совладания колебаниями, посредством которого скорбящий человек иногда сталкивается, а иногда избегает различных задач скорби. Эта модель предполагает, что адаптивное совладание состоит из противостояния-избегания стрессоров потери и восстановления.

Она также утверждает необходимость дозировки скорби, то есть необходимость сделать передышку от борьбы с любым из этих стрессоров, как неотъемлемой части адаптивного совладания. Обсуждаются эмпирические исследования, подтверждающие эту концептуализацию, и описывается значимость модели для изучения осложненного горя, анализа подгрупповых явлений, а также межличностных процессов совладания.

Сегодня полагают, что существует некий континуум, пролегающий между нормальной и ненормальной реакцией горя, между неосложненным и осложненным горем, и что патология проявляется скорее в интенсивности или длительности реакции, чем просто в присутствии или отсутствии конкретного симптома или поведения (Horowitz et al, 1980).

Существует еще множество мифов о горевании, но багаж научной, подтвержденной исследованиями в психотерапии горя информации позволяет реализовывать в работе с клиентами следующее психообразование:

- Горе — это естественный ответ на утрату близкого человека, форма привязанности, оно возникает естественным образом и его переживают очень похоже в разных культурах разные народности, это универсальный опыт;
- Горе не всегда соответствует известным стадиям горевания;
- Каждый горюет и адаптируется по своему, горе индивидуально, но имеет общие черты;
- Горе — это не какая-то одна эмоция, это сложная реакция, которая задействует физиологическую, когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы;
- Обычно в норме горе длится в течение 6 месяцев-1 года и многие постепенно справляются с переживанием утраты, происходит адаптация к потере, к новой жизни, появляются новые глубокие привязанности;
- Горе не проходит совсем, оно интегрируется;
- Адаптация к потере происходит естественным образом, если не встречает препятствий (отрицание или не принятие факта смерти, вина, гнев, контрфактуальное мышление, избегание или озабоченность умершим);

- Текущая зарубежная практика в работе с горем предполагает, что продолжение отношений с умершим является нормальной частью адаптации к потере и рассматривается как естественная часть процесса оплакивания потери;
- В одиночку горевание переносится тяжелее;
- У каждого 10-го человека, потерявшего близкого человека, по разным причинам, развивается осложненное горевание.

Причины и факторы осложняющие горе могут быть дифференцированы и устранены, а также заранее профилактрованы.

Протокол ПРГ, разработанный Холли Приджерсон и коллегами, сделал возможным помочь человеку с осложненным горем в среднем за 4 месяца.

На данный момент подтверждена эффективность интегративного подхода к психотерапии осложненного горя, где основным является КПТ подход и его методы (оценка и концептуализация, когнитивная реструктуризация, экспозиция, поведенческая активация, работа с ценностями, целями и тд.), а также другие доказательные подходы (теория привязанности, подходы третьей волны) для лечения осложненного горевания в индивидуальном, групповом, а также онлайн форматах.

Эффективность разработанного протокола составила 77% при эффективности остальных методов в 44%.

Процесс адаптации к изменениям при горевании включает следующие стадии: утрата, острое горевание, принятие реальности и восстановление благополучия, интегрированное горе.

Модель двойного процесса совладания с утратой определяет следующие, одинаково значимые, задачи адаптации к утрате:

1. Постепенно принять реальность: окончательность утраты и горя, изменившиеся обстоятельства жизни, изменившиеся отношения с умершим.
2. Восстановить свое благополучие: вернуть ощущение смысла и цели в жизни, чувство компетентности, возможности для значимых и близких отношений.

Наша цель: интегрировать горе. Интегрированное горе постоянно, но не статично. Оно трансформируется по мере того, как мы приспосабливаемся к потере. Восстанавливается регуляция физиологических процессов. Мысли и воспоминания находят свое место в нашей жизни. Эмоциональная интенсивность спадает, становится более горько-радостной. Мысли об умершем отступают, становятся менее настойчивыми, но все же доступны. Поведение больше связано с текущей жизнью.

В 2020 году, обучившись у ведущего исследователя и тренера Центра осложненного горя Колумбийского университета Натальи Скрицкой,

я начала применять протокол в работе с клиентами. Приведу в пример два кейса, где диагноз ПРГ не был очевиден для психиатров. Эти два случая являются коморбидными, но невозможно также игнорировать симптомы тоски по умершим близким и отрицание (или не принятие) факта их смерти, вину, гнев, социальное и эмоциональное избегание, после дифференциации и работы, с которыми пошла положительная динамика и выздоровление клиенток, возвращение их к полноценной жизни.

Кейс № 1. Клиентка А, 30 лет Обратилась за помощью с диагнозом тревожно-депрессивное расстройство.	
Что видели психиатры при постановке диагноза:	Что игнорировали при постановке диагноза:
Симптомы несколько лет, лечение разными препаратами и схемами несколько раз за эти годы у разных психиатров в ПНД амбулаторно и стационарно. Плаксивость, раздражительность, из-за ощущения не понимания и конфликта на работе перешла на онлайн формат работы, замкнулась. Постоянный страх, что потеряет работу, не уверенность. Динамика терапии не значительная. За это время обращалась к нескольким психологам, которые поддерживали, но проблемы не решались, целенаправленно искала КПТ и работу с осложненным гореванием.	Три года назад умер любимый муж, который болел несколько лет онкологией. Клиентка на момент обращения с потерей так и не справилась. Считает бессмысленным продолжать жизнь, не видит целей. Обвиняет себя и врачей, что не помогла мужу, не приняла более правильных решений относительно лечения, не облегчила ему страдания. Многого избегает (общения, физической активности, эмоций, воспоминаний, памятных дат и мест). Прежние цели, н-р, аспирантура, потеряли значение. Осложняют ситуацию факторы: уехали из города подруги, часто болеют мама и бабушка, за которыми клиентке приходится ухаживать.

Кейс № 2. Клиентка В, 50 лет Диагноз паническое расстройство, обратилась за помощью по направлению от психиатра.	
Что видели психиатры при постановке диагноза:	Что игнорировали при постановке диагноза:

<p>Беспокоили панические атаки, беспокойство, появился страх проблем со здоровьем, повышения АД, онкологии, смерти, начала плохо спать и есть, появился контроль сна, многого стала избегать: водить машину, общения, публичных мероприятий, стала ограничивать любые раздражающие стимулы, уходила на больничные. Назначение АД восприняла с паникой, боялась принимать таблетки. Обратилась в частную клинику, где попробовала гипноз и регрессию, ничего не поняла, улучшений никаких, психотерапевт отказалась от нее. После этого она попала к психиатру с которым я сотрудничаю, тот в свою очередь, после нового назначения препаратов, направил ее ко мне.</p>	<p>Два года назад у клиентки умерла от онкологии мама, к которой клиентка была очень привязана и ухаживала до самой смерти, работала врачом и одновременно не спала ночами, дежурила у нее в больнице. После смерти мамы, клиентка сказала себе, что я лучше буду думать, что мама уехала в отпуск, не посещала в дни памяти кладбище, избегала говорить о ней. Обвиняет себя и врачей в болезни и смерти матери, так как сама врач и могла бы предотвратить ее болезнь и смерть или поступить наилучшим образом при лечении.</p>
--	---

Алгоритм действий во время оценки:

1. Начать устанавливать связь с клиентом, потерявшим близкого человека. Терапевтические отношения очень важны, так как они не раз уже сталкивались с обесцениванием своих переживаний, предложениями перестать «изводить» себя и жить дальше.

2. Собрать анамнез: узнать личную историю, историю сопутствующих расстройств и историю потерь близких людей (их отношения с умершим человеком, как и когда умер человек, что произошло после смерти, что изменилось с момента смерти).

3. Используя критерии ПРГ из DSM-5-TR и предложенную шкалу PG-13-Revised, предположить клинический диагноз длительного расстройства горя.

4. Предварительно решить, подходит ли терапия осложненного горя для этого клиента. Присутствует ли другое диагностируемое расстройство (например, депрессия, паническое или тревожное расстройство, ПТСР и т. д.)?

5. Если да, то является ли длительное расстройство горя основной проблемой, которую нужно лечить в первую очередь?

6. Есть ли противопоказания к терапии осложненного горя? Например, психотическое расстройство, деменция, серьезный суицидальный риск,

злоупотребление алкоголем, наркотиками, серьезный дефицит навыков регуляции эмоций.

7. Ознакомить клиента с результатами оценки и терапией осложненного горя. Работать совместно с клиентом, чтобы принять решение о начале терапии осложненного горя, дать возможность клиенту обдумать информацию и задать вопросы. Это позволит вам заполнить пробелы в информации, необходимой для создания основы для вашего лечения, включая альянс с клиентом.

### Список литературы

1. Баканова А.А. Психотерапия горя: история становления и текущая практика в зарубежных исследованиях // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 4. С. 23–41.

2. Вильям Ворден. Консультирование и терапия горя. Пособие для специалистов в области психического здоровья. — М.: Центр психологического консультирования и психотерапии, 2020. — с. (Библиотека Международной школы психотерапии. Выпуск 2). — 329 стр.

3. Космински Ф.С., Джордан Дж.Р. Терапия горя, основанная на привязанности. Руководство для практикующих специалистов. Пер. с англ. Е.М. Савиновой — Киев: “Диалектика”, 2022. — 330 стр.

4. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*. 2021;20(1):96-106. doi:10.1002/wps.20823 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33432758/> (Дата обращения: 31.03.2025).

5. “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. Paul K Maciejewski, Andreas Maercker, Paul A Boelen, Holly G Prigerson. *World Psychiatry*. 2016 Oct;15(3):266-275. doi:10.1002/wps.20348. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27717273/#full-view-affiliation-3> (Дата обращения 31.03.2025)

6. Уайкфилд Дж. Горе в DSM-5: оценки и решения, касающиеся предложений признать горе патологией // Всемирная психиатрия (на рус. яз.). Т. 12. Вып. 2, июнь 2013. С. 164–166.

7. Measuring Maladaptive Cognitions in Complicated Grief: Introducing the Typical Beliefs Questionnaire. Natalia A. Skritskaya, Ph.D., Christine Mauro, Ph.D., Matthew Olonoff, Xin Qiu, Sarah, Duncan, Yuanjia Wang, Ph.D., Naihua Duan, Ph.D., Barry Lebowitz, Ph.D., Charles F. Reynolds III, M.D., Naomi M. Simon, M.D., M.Sc., Sidney Zisook, M.D., and M. Katherine, Shear, M.D, Columbia University, New York, NY, New York State Psychiatric Institute, New York, NY. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27793576/> (Дата обращения 31.03.2025)

8. Zisook S., Shear K. Горе и тяжелая утрата: что нужно знать психиатрам // Всемирная психиатрия. — 2009. Т. 8, № 2. — С. 90— 99.

9. Shear M.K., Mulhare E. Complicated grief // *Psychiatric Annals*. — 2008. — Vol.38, №10. — P. 662–670.

10. (ICD-11). МКБ-11. Международная классификация болезней (11-й пересмотр). Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. — М.: «КДУ», «Университетская книга» — 2021. — 432с. — DOI:10.31453/kdu.ru.91304.0143. ISBN 978-5-91304-954-4

11. Модель двойного процесса совладания с утратой: обоснование и описание, 2010, Stroebe, M., & Schut, H Margaret Штроебе, Хенк Шут URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/074811899201046> (Дата обращения 31.03.2025).

12. Лечение осложненного горя: рандомизированное контролируемое исследование, 2005, Кэтрин Шир, Эллен Франк, Патрисия, Р.Хоук, Чарльз Ф.Рейнольдс 3-й. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15928281/> (Дата обращения 31.03.2025).

13. Привязанность, утрата и сложное горе, Кэтрин Шир, Гарри Шайр, 2005 URK: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dev.20091> (Дата обращения 31.03.2025).

14. Длительное расстройство горя: психометрическая проверка критериев, предложенных для DSM-V и ICD-11, 2009, Холли Пригерсон и др. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19652695/> (Дата обращения 31.03.2025).

15. Предикторы осложненного горя: систематический обзор эмпирических исследований, 2010г., Элизабет А.Лобб, Линда Дж.Кристьянсон, Самар М.Аун. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2010.496686?src=recsys> (Дата обращения 31.03.2025).

16. Опыт терапевтов в переживании утраты и потери: обзор литературы, 2011 г. Журнал потерь и травм 16(3):205-228. Константинос Куриатис, Дора Браун, Университет Суррея. URL:[https://www.researchgate.net/publication/232981755\\_Therapists'\\_Bereavement\\_and\\_Loss\\_Experiences\\_A\\_Literature\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/232981755_Therapists'_Bereavement_and_Loss_Experiences_A_Literature_Review) (Дата обращения 31.03.2025).

17. Терапия сложного горя как новый подход к лечению, 2012, Джули Лебах Ветерелл. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384444/> (Дата обращения 31.03.2025).

18. «Пролонгированное расстройство горя» и «стойкое сложное расстройство утраты», но не «осложненное горе», являются одним и тем же диагностическим понятием: анализ данных Йельского исследования утраты, 2016 П.Мациевски, А Меркер, П.Булен, Холли Пригерсон. URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20348> (Дата обращения 31.03.2025).

19. Изменения в типичных убеждениях в ответ на сложное лечение горя, 2019, Скрицкая Н.А., Кристина Мауро, Б.Лебовиц, Кэтрин Шир URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.22981#> (Дата обращения 31.03.2005).

20. Пролонгированное расстройство горя по шкале DSM-5-TR и посттравматическое стрессовое расстройство по шкале DSM-5 связаны, но различны: подтверждающий факторный анализ у людей, переживших травматическое горе, 2021. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2021.2000131?src=recsys> (Дата обращения 31.03.2005).

21. Скорбь как форма обучения: выводы нейронауки, применяемые к скорби и утрате, 2021, Мэри-Фрэнсис О'Коннор Сарен Х. Сили. URL:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352250X21001524> (Дата обращения 31.03.2025).

22. Горе и траур пошли наперекосяк: путь и течение сложного горя, 2022, М.Кэтрин Шир. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshare?src=recsys> (Дата обращения 31.03.2025).

23. Терапия сложного горя, как новый подход к лечению, Джули Лёбах Уэзерелл, 2022 URL: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/jwetherell> (Дата обращения 31.03.2025).

24. Между потерей и восстановлением: роль лиминальности в развитии теорий горя и утраты, 2024, Кэтрин Бристоу и др. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116616> (Дата обращения 31.03.2025).

25. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13- Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*. 2021. URL: [https://www.researchgate.net/publication/348514819\\_Validation\\_of\\_the\\_new\\_DSM-5-TR\\_criteria\\_for\\_prolonged\\_grief\\_disorder\\_and\\_the\\_PG-13-Revised\\_PG-13-R\\_scale](https://www.researchgate.net/publication/348514819_Validation_of_the_new_DSM-5-TR_criteria_for_prolonged_grief_disorder_and_the_PG-13-Revised_PG-13-R_scale) (Дата обращения 31.03.2025).

# ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

*Семенычева Алина Юрьевна*

*Частное учреждение профессиональная образовательная организация  
«Колледж медицинских компетенций «Медси»*

**Аннотация.** В статье рассматривается применение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в образовательном процессе студентов медицинского колледжа, обучающихся на медицинских сестер. Учитывая возрастные особенности подростков (16–18 лет), анализируется эффективность КПТ в снижении тревожности, развитии стрессоустойчивости, формировании эмпатии и коммуникативных навыков. Представлены результаты исследования, в котором участвовали 45 студентов очной формы обучения, разделенных на две группы: с применением интеграции методов КПТ-подготовки и без нее. Выявлено, что студенты, прошедшие курс по осознанию когнитивных искажений, поведенческим экспериментам и методам саморегуляции, демонстрировали значительное снижение уровня тревожности. В группе, прошедшей курс КПТ, уровень реактивной тревожности снизился в среднем с  $49,2 \pm 3,6$  до  $30,4 \pm 3,3$  баллов ( $p < 0,001$ ), а личностной тревожности — с  $52,1 \pm 4,2$  до  $42,3 \pm 3,9$  баллов ( $p < 0,05$ ). В то же время в контрольной группе, не получавшей КПТ, снижение тревожности было менее выраженным: реактивная тревожность уменьшилась с  $49,0 \pm 3,5$  до  $45,1 \pm 3,4$  баллов, а личностная — с  $46,2 \pm 4,0$  до  $45,0 \pm 3,8$  баллов ( $p < 0,05$ ), что подтверждает эффективность КПТ-методов в обучении медицинских работников.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая терапия, медицинские сестры, студенты, стрессоустойчивость, тревожность, поведенческие эксперименты, когнитивные искажения, майндфулнес, профессиональная адаптация.

Студенты медицинского колледжа — это подростки, которые находятся в сложном периоде психосоциального развития. Они сталкиваются со значительными когнитивными, эмоциональными и личностными изменениями, что влияет на их обучение и профессиональное становление. Одновременно медицинские сестры в своей работе постоянно взаимодействуют с пациентами, сталкиваются со стрессом, высоким уровнем ответственности и необходимостью быстрой адаптации в сложных ситуациях.

Применение методов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в процессе обучения может повысить устойчивость студентов к стрессу, развить их коммуникативные и профессиональные навыки. КПТ доказала свою эффективность в работе с подростками [1] и является одним из ведущих методов психологической помощи.

Особенности подросткового возраста и обучение медицинских сестер

Подростковый возраст (16–18 лет) характеризуется интенсивным формированием личностных убеждений, саморегуляции и социальной идентичности. В этот период происходит активное развитие когнитивных функций, но подростки склонны к иррациональному мышлению, эмоциональной нестабильности и импульсивному поведению [4].

Будущие медицинские сестры уже на этапе обучения сталкиваются с эмоционально сложными ситуациями:

- Взаимодействие с пациентами разных возрастных групп.
- Работа в условиях дефицита времени.
- Давление со стороны преподавателей и практической подготовки.
- Личный стресс, связанный с возрастными особенностями.

Отсутствие сформированных стратегий совладания со стрессом может привести к эмоциональному выгоранию, тревожности и снижению мотивации к обучению.

### **Применение КПТ в обучении студентов медицинского колледжа**

Когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) предлагает широкий спектр техник, способствующих формированию устойчивых поведенческих и когнитивных стратегий, необходимых для профессиональной деятельности медицинских сестер.

**1. Когнитивная реструктуризация.** Студенты медицинского колледжа нередко испытывают страх не справиться с обязанностями, ошибки воспринимаются ими как угроза профессиональной компетентности. Это приводит к когнитивным искажениям:

- «Я не справлюсь, значит, я плохая медсестра».
- «Любая ошибка приведет к катастрофе».

С помощью КПТ-методов преподаватели помогают студентам трансформировать деструктивные убеждения:

- «Ошибки — часть обучения».
- «Я могу улучшать свои навыки с опытом».

Применение техники когнитивного переосмысления снижает уровень тревожности и способствует развитию гибкости мышления. Beck & Haigh в обзоре когнитивных моделей терапии доказали, что работа с когнитивными искажениями позволяет улучшить адаптацию студентов к стрессовым ситуациям в 70% случаев [1].

**2. Майндфулнес и регуляция эмоций.** Практики осознанности (майндфулнес) помогают студентам развивать навык саморегуляции и концентрации. На занятиях вводятся короткие упражнения, направленные на управление стрессом:

— Дыхательные техники перед сложными экзаменами или практическими занятиями.

— Упражнения на осознанность во время ухода за пациентами.

Исследования показывают, что регулярное применение майндфулнес-техник снижает уровень эмоционального выгорания у медицинских работников. После курса майндфулнес-практик уровень выгорания у врачей снизился на 45%, а уровень эмпатии к пациентам увеличился на 32%. [2].

**3. Поведенческие эксперименты.** Практическое обучение в медицинском колледже сопровождается страхами: страх допустить ошибку, страх общения с пациентами, страх ответственности. Преподаватели могут использовать КПТ-методику поведенческих экспериментов:

— Постановка гипотезы: «Я не смогу правильно сделать инъекцию».

— Проведение эксперимента: «Я попробую под наблюдением преподавателя».

— Анализ результатов: «Я сделал это, значит, страх был преувеличенным».

В российском исследовании Бочарова интеграция КПТ в образовательный процесс медицинского университета позволила на 30% снизить количество академических пропусков, связанных со стрессом [5]. Такой подход способствует снижению тревожности и укреплению уверенности в своих профессиональных навыках.

### Практические результаты и обратная связь

**Описание проблемы:** Студенты медицинского колледжа, поступая на практику в медицинские учреждения, часто испытывают выраженный стресс. Особенно это касается первого опыта общения с пациентами, выполнения медицинских манипуляций и взаимодействия с врачами и старшими медсестрами. Согласно исследованию Рубцова, у 78% студентов перед первой практикой наблюдается высокий уровень тревожности [7].

**Цель:** Оценить связь курса с использованием методов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и понижением уровня тревожности, повышением стрессоустойчивости студентов медицинского колледжа перед началом практики.

**Выборка:** 45 студентов медицинского колледжа, обучающихся на очной форме обучения по программе подготовки медицинских сестер. Возрастная когорта от 16 до 18 лет включительно на момент проведения исследования. Студенты были разделены на 2 группы:

— Группа 1 экспериментальная (24 человека) — это студенты, проходившие подготовку с интеграцией методов КПТ. В работе были

использованы техники когнитивной реструктуризации, поведенческих экспериментов и майндфулнес. За две недели до начала практики студенты прошли курс по осознанию когнитивных искажений («Я не справлюсь», «Меня осудят»), работали с техникой поведенческих экспериментов (постепенное знакомство с клиникой и персоналом) и обучались методам саморегуляции.

— Группа 2 контрольная (21 человек) — студенты не получали дополнительных мер поддержки и не проходили курс с интеграцией методов КПТ.

**Методики**, которые использовались для оценки эффективности:

1. Опросник (анкета) оценки уровня профессионального самоощущения студентов ЧУ ПОО «Колледж медицинских компетенций «Медси».

2. Шкала диагностики уровня тревожности Спилберга-Ханина.

Опросник и диагностический тест уровня тревожности заполнялись дважды: за 2 недели до начала и 2 недели после завершения практики.

3. Статистический анализ. Для обработки данных использовался язык программирования Python с библиотеками SciPy и Pandas.

Для сравнения связанных (до и после интеграции методов КПТ) и несвязанных (между группами) совокупностей применялся t-критерий Стьюдента. Уровень значимости был установлен на уровне  $p < 0,05$ . Для связанной совокупности снижения реактивной тревожности (с 49 до 30 баллов) уровень значимости составил  $p < 0,001$ .

## Результаты

По итогам исследования было выявлено, что:

В группе 1, прошедшей курс подготовки с интеграцией методов КПТ, уровень реактивной тревожности снизился в среднем с  $49,2 \pm 3,6$  до  $30,4 \pm 3,3$  баллов,  $p < 0,001$ , а личностной тревожности — с  $52,1 \pm 4,2$  до  $42,3 \pm 3,9$  баллов,  $p < 0,05$  (см. диаграмму 1).

В группе 2, не проходившей курс подготовки с интеграцией методов КПТ, снижение тревожности было менее выраженным: **реактивная тревожность уменьшилась с  $49,0 \pm 3,5$  до  $45,1 \pm 3,4$  баллов**, а личностная — с  $46,2 \pm 4,0$  до  $45,0 \pm 3,8$  баллов,  $p < 0,05$  (см. диаграмму 2).

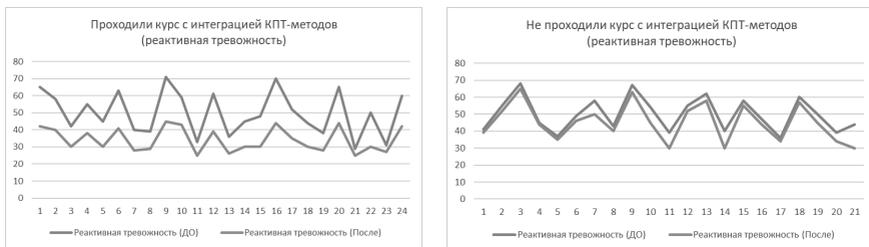


Диаграмма 1. Сравнение уровня реактивной тревожности до и после внедрения методов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)

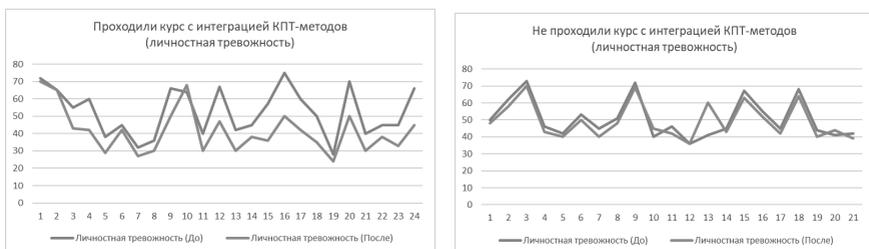


Диаграмма 2. Сравнение уровня личностной тревожности до и после внедрения методов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)

Студенты, прошедшие курс подготовки к практике с интеграцией методов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), отметили улучшение уверенности в своих профессиональных навыках и снижение страха перед практической деятельностью. Кроме того, преподаватели отмечают повышение вовлеченности студентов в образовательный процесс, рост мотивации к обучению и снижение количества конфликтных ситуаций на занятиях.

Для наглядного представления результатов приведены данные из опроса группы студентов, прошедших курс с интеграцией методов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и группы без них (см. таблицу 1).

Таблица 1. Оценка применяемых методов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) на обучение студентов медицинского колледжа (по 5-балльной шкале)

Критерий	Группа 1 (До)	Группа 1 (После)	Группа 2 (До)	Группа 2 (После)	P-value (между группами)
Уверенность в профессиональных навыках	2,8 ± 0,3	4,4 ± 0,2	2,6 ± 0,3	3,1 ± 0,3	p < 0,001
Уровень тревожности перед экзаменами	4,5 ± 0,4	2,3 ± 0,2	4,2 ± 0,4	3,9 ± 0,3	p < 0,001
Навыки общения с пациентами	3 ± 0,3	4,8 ± 0,2	3,2 ± 0,3	3,5 ± 0,3	p < 0,001
Стрессоустойчивость	2,8 ± 0,3	4 ± 0,2	2,9 ± 0,3	3,1 ± 0,3	p < 0,001
Общая удовлетворенность учебой	4,2 ± 0,3	4,6 ± 0,2	4 ± 0,3	4 ± 0,3	p < 0,05

После внедрения КПТ-методов студенты стали чувствовать себя более уверенно в профессиональной сфере, у них снизился уровень тревожности, улучшились коммуникативные навыки и возросла стрессоустойчивость. Удовлетворенность процессом обучения в обеих исследуемых группах не имеет статистически значимых различий, что свидетельствует в целом о комфортном социально-психологическом климате в образовательной организации.

### Обсуждение

Результаты исследования показали, что применение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в образовательном процессе студентов медицинского колледжа привело к значительным улучшениям в их психоэмоциональном состоянии и профессиональной подготовке. В группе, прошедшей курс КПТ, уровень реактивной тревожности снизился в среднем с  $49,2 \pm 3,6$  до  $30,4 \pm 3,3$  баллов ( $p < 0,001$ ), а личностной тревожности — с  $52,1 \pm 4,2$  до  $42,3 \pm 3,9$  баллов ( $p < 0,05$ ). В то же время в контрольной группе, не получавшей интеграцию методов КПТ, снижение тревожности было менее выраженным: реактивная тревожность уменьшилась с  $49,0 \pm 3,5$  до  $45,1 \pm 3,4$  баллов, а личностная — с  $46,2 \pm 4,0$  до  $45,0 \pm 3,8$  баллов ( $p < 0,05$ ). Кроме того, студенты, прошедшие курс КПТ, продемонстрировали значительное повышение уверенности в своих профессиональных навыках (с  $2,8 \pm 0,3$  до  $4,4 \pm 0,2$  баллов,  $p < 0,001$ ), улучшение навыков общения с пациентами (с  $3,0 \pm 0,3$  до  $4,8 \pm 0,2$  баллов,  $p < 0,001$ ) и рост стрессоустойчивости (с  $2,8 \pm 0,3$  до  $4,0 \pm 0,2$  баллов,  $p < 0,001$ ). Эти данные подтверждают, что интеграция КПТ-методов в обучение медицинских сестер

способствует не только снижению тревожности, но и формированию устойчивых профессиональных и коммуникативных навыков, что делает их более подготовленными к будущей работе в условиях высокой эмоциональной нагрузки. Они согласуются с данными российских [6] и зарубежных исследований [1], указывающих на снижение тревожности, развитие навыков эмоциональной регуляции и повышение уверенности в профессиональной деятельности у студентов [2].

С точки зрения когнитивной психологии, подростковый возраст — это время активного формирования устойчивых паттернов мышления. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) помогает вырабатывать адаптивные стратегии совладания со стрессом, что критически важно для будущих медицинских работников, работа которых связана с эмоциональными нагрузками.

Важность внедрения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в программу обучения медицинских сестер также подтверждается международным опытом. В странах Европы и США активно развиваются образовательные программы, интегрирующие элементы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для медицинских работников [3]. Это позволяет не только улучшать качество профессиональной подготовки, но и снижать уровень эмоционального выгорания в медицине, а также мотивировать персонал личным примером убеждать больных в эффективности этой методики.

### **Заключение**

Интеграция когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в обучение студентов медицинского колледжа является перспективным направлением, способствующим формированию психологической устойчивости, снижению тревожности и развитию коммуникативных навыков. Применение КПТ-методов в образовательном процессе позволяет будущим медицинским сестрам эффективнее адаптироваться к профессиональной деятельности и вырабатывать устойчивые стратегии взаимодействия с пациентами, а также повысить их собственную лояльность к методам КПТ, которую средний медицинский персонал будет транслировать в формальном и неформальном общении с пациентами, становясь амбассадором этой методики в медицинских и парамедицинских кругах.

На основе проведенного анализа можно предложить следующие рекомендации:

— Разработка и внедрение курса с интеграцией КПТ методов в программу подготовки медицинских сестер.

— Проведение тренингов по интеграции КПТ методов для преподавателей медицинских колледжей.

— Дальнейшее исследование влияния КПТ методов на профессиональное развитие студентов с использованием лонгитюдного метода.

Внедрение таких программ может существенно повысить качество медицинского образования и психоэмоциональную подготовку будущих специалистов.

### Список литературы

1. Beck A.T., Haigh E.A.P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24.

2. Krasner M.S., Epstein R.M., Beckman H. et al. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302(12), 1284–1293.

3. Shapiro S.L., Astin J.A., Bishop S.R., Cordova M. (2011). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized controlled trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164–176.

4. Steinberg L. (2017). *Adolescence* (11th Edition). McGraw-Hill Education.

5. Бочаров А.В. (2018). Применение когнитивно-поведенческой терапии в образовательном процессе. *Журнал клинической психологии*, 6(2), 35–47.

6. Ковпак Д. В. (1999). Применение методов когнитивно-поведенческой психотерапии в современной клинической психотерапевтической практике. Сборник статей и тезисов конференции, посвященной 150-летию И.П. Павлова и 80-летию Клиники неврозов, СПб., 26–30.

7. Рубцов В.В. (2020). Психология развития и когнитивные стратегии обучения. Московский государственный университет психологии и педагогики, 224 с.

## РАБОТА С ПОТРЕБНОСТЯМИ И ЦЕННОСТЯМИ В СИСТЕМНОМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОМ КОУЧИНГЕ ПАР (КПК-С ПАР)

*Ханина Елена Вадимовна*

*КПТ-центр ВеСВТ, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии*

**Аннотация.** Статья посвящена работе с потребностями и ценностями в модели системного когнитивно-поведенческого коучинга семейных пар. Рассматриваются задачи КПК-С пар с фокусом на потребностях и ценностях, а также возможности применения модели концептуализации АКПП в КПК-С пар. Предлагаются инструменты работы в КПК-С с потребностями и ценностями партнеров на разных этапах коучингового процесса, в том числе при постановке целей на сессию, при работе с разными доменами базового цикла КПК-С, варианты протоколов работы с потребностями на основе протокола СМЭР. Представляется иллюстрация фрагментов работы с потребностями и ценностями в КПК-С пар.

**Ключевые слова:** системный когнитивно-поведенческий коучинг, коучинг в работе с семейной парой, потребности, терапия, ориентированная на потребности, ценности, модель концептуализации АКПП, когнитивно-поведенческий подход.

Работая с парой в системном когнитивно-поведенческом коучинге пар (КПК-С пар), мы наблюдаем связь качества отношений в паре со степенью удовлетворённости потребностей партнёров при совместной жизни. Так, причиной разногласий между партнёрами (в проблемно-фокусированном коучинге) или препятствиями к развитию пары (в сфокусированном на развитии коучинге) часто являются неудовлетворённые потребности одного или обоих партнёров и/или дезадаптивные способы удовлетворения своих потребностей партнёрами.

Не менее важной в КПК-С пар является работа с ценностями клиентов (акторов).

Ценности помогают актёрам:

- определять свои жизненные цели и ставить цели на коучинговую сессию, находить способы, чтобы их достигнуть
- более «осознанно, целенаправленно, адаптивно и экологично удовлетворять потребности» [15].

Потребности связаны с наличием у человека чувства неудовлетворенности, которое обусловлено дефицитом того, что требуется. Наличие потребности сопровождается эмоциями: сначала, по мере усиления потребности, — отрицательными, а затем, в случае ее удовлетворения, — положительными.

Потребности определяют избирательность восприятия мира, фиксируя внимание человека преимущественно на тех объектах, которые имеют способность утолять потребности. [9]

В различных направлениях психотерапии так или иначе уделяется внимание потребностям клиента. В некоторых из этих направлений психотерапии делался особый акцент на потребностях. Например, при работе с парой в эмоционально-фокусированной терапии (ЭФТ). Говоря о теоретических концепциях, нужно сказать о теории привязанности Д. Боулби, в основе которой заложена идея о том, что нарушенные потребности маленького ребенка при взаимодействии со значимыми взрослыми (в первую очередь, с матерью) формирует дезадаптивные типы привязанности. Эта теория получила развитие в работах других авторов, посвященных тому, как типы привязанности влияют на особенности построения отношений уже взрослого человека.

В когнитивно-поведенческом подходе о потребностях писали У. Глассер, А. Эллис, А. Фримен. В фокусе внимания схема-терапии (Дж. Янг, А. Арнтц и др.) — нарушение эмоциональных потребностей в раннем опыте клиента. К. Симеоне-ДиФранческо, Э. Редигер, Б.А. Стивенс писали о потребностях при работе в схема-терапии супружеских пар [16].

В книге «Подходим друг другу» [10] в свете когнитивно-поведенческого подхода подробно рассматривается влияние типов привязанности на отношения в паре.

### **Опора на концептуализацию АКПП при работе в КПК-С пар**

Особое место занимает разработанная в АКПП концепция **терапии, ориентированной на потребности (ТОП)** (Д.В.Ковпак, М. А. Зрютин). [7] С точки зрения КПП человек обучается шаблону обработки поступающей информации, ее интерпретации и предписаний, формируемых на их основе.

Часть таких моделей становится в силу разных причин дисфункциональными. К этим причинам относятся, например, специфические детско-родительские отношения. Реализация собственных потребностей от базовых до социальных у такого человека будет вызывать затруднения. [9]

Модель концептуализации с опорой на потребности (рис.1) позволяет рассмотреть генез и развитие дисфункциональных убеждений и мыслей всех уровней в тесной взаимосвязи с неудовлетворёнными (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).



Рис. 1. Модель концептуализации АКПП с опорой на потребности [9]

Концептуализация является основой для 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.

Потребности можно разделить на три домена в контексте биопсихосоциальной модели Дж. Л. Энгеля.

— биологические потребности — они способствуют удовлетворению физиологических нужд человека. К биологическому домену относится потребность в выживании (включая потребление питательных веществ, воды, кислорода и прочее) и сохранении физиологического благополучия, отдыхе, потребность в безопасности и иные биологические потребности,

— психологические потребности, то есть потребности в познании, развитии, понимании происходящего, следовании своим ценностям и смыслом, **эмоциональные потребности** (удовольствие, любовь, игра и т. д.) и иные психологические потребности,

— социальные потребности — они способствуют ощущению причастности к сообществу и взаимодействию с другими людьми (например, потребности в общении, признании, принадлежности, уважении, заботе).

В схема-терапии выделяют 5 групп **базовых эмоциональных потребностей**:

- потребность в надежной безопасной привязанности;
- потребность в автономии;
- потребность в реалистичных границах;
- потребность в выражении своих чувств и эмоций;
- потребность в спонтанности и игре.

Неудовлетворённые базовые эмоциональные потребности приводят к формированию ранних дезадаптивных схем (схема-терапия) и дисфункциональных глубинных убеждений и схем (КПТ).

Неудовлетворённые (на самом деле или через призму ранних дезадаптивных схем кого-либо из партнёров) эмоциональные потребности в паре ведут к проблемам в отношениях.

Поэтому для системного когнитивно-поведенческого коучинга пар также представляется важной работа с потребностями партнеров в контексте их взаимодействия и достижения парой значимых целей.

КПК-С пар опирается на модель концептуализации АКПП, адаптируя ее для работы сразу с двумя клиентами в рамках одного коучингового контракта. В КПК-С пар внимание фокусируется не столько на генезе условно дисфункциональных убеждений, сколько на степени удовлетворения/или фрустрации потребностей партнеров в совместной жизни, а также на способах удовлетворения потребностей.

Концептуализация согласно модели КПК-С в отличие от КПТ, не является полной по содержанию, а достаточной и необходимой для перехода как каждого клиента (актера) в желаемое жизненное состояние, так и пары в целом.

### **Ценности как продукт удовлетворения потребности человека в создании и поддержании картины мира**

В терапии, ориентированной на потребности, рассматриваются два уровня обработки информации: рефлексивный и автоматический [15]. И **ценности** определяются как 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. В определении ценностей в терапии, ориентированной на потребности, есть указание на выбор ценностных доменов, ценностей, а также следующих из них смыслов, целей и устремлений с помощью рефлексивной системы обработки информации, при этом значительное влияние на этот выбор могут оказывать актуализированные потребности и убеждения. Рефлексивная система, в отличие от автоматической, позволяет клиентам реализовывать выбор и корректировать результаты работы автоматической системы обработки информации [14].

### Основные качества ценностей

Ценности — это «вербально конструируемые, глобальные, желаемые и выбранные жизненные принципы» [11]

Качества ценностей [11]:

1. Ценности — это поведение.
2. Ценности характеризуются действиями (можно описать глаголами) и то, как они выполняются (наречия).
3. Ценности — это жизненные принципы, а не цели для достижения.
4. Ценности — это направление, в котором хочется двигаться, а не от которого хочется убежать.

5. Ценности как ориентиры всегда доступны и неиссякаемы.

6. Ценности — не должноствоания.

7. Ценности дают смысл жизни.

8. Ценности — источник мотивации.

Качества ценностей (согласно К. Добсону и Д. Добсон [6]):

1. Ценности невозможно полностью реализовать.

2. Не поддаются оценке и осуждению.

3. Человек сам их выбирает.

4. Они самооценны. Важен сам процесс следования им.

Ценности — качества действия, а домены ценностей (значимые аспекты жизни) — его арена, на которой они выступают.

**Инструменты выявления, прояснения и приоритизации ценностей:**

1. Оценка доменов (категорий) ценностей Таблица из трех столбцов: Категория ценности; Важность ценности (0-10); Почему это важно и какие виды деятельности составляют ценность? (Роберт Хиндман [19])

2. Сортировка карточек ценностей.

Три стопки из предложенных карточек: не важные, важные, самые важные. Открытые вопросы по ценностям. (У. Миллер, С. Роллник [14])

3. Техника «Взлетающая стрела» («Стрелка вверх»).

4. «Подъем по лестнице смысла», «Анализ ценностей» (Р. Лихи).

5. Вопросы: Пять «зачем», Что это тебе даст? Что в это важного для тебя? Что это значит для тебя?

6. Техника «Компас ценностей» (АСТ (Терапия принятия и ответственности), Стивен Хейс).

7. Техника «Прояснение ценностей» (АКПП)

В терапии, ориентированной на потребности, рекомендуется предлагать клиенту (рис. 2) самостоятельно назвать ценностные домены, важные для него, ранжировать их, назвать ценности в составе ценностных доменов [15].

Сфера ценностей	Ценности Каким я хочу быть? / Что я хочу делать?	Возможные действия	Ближайшие действия

Рис. 2. Техника «Прояснение ценностей и привязка к конкретным действиям» [15]

Как отмечалось ранее, ценности помогают клиентам в КПК-С пар:

- определять свои жизненные цели и ставить цели на коучинговую сессию, находить способы, чтобы их достигнуть
- более «осознанно, целенаправленно, адаптивно и экологично удовлетворять потребности» [15].

### **Задачи КПК-С пар с фокусом на потребностях и ценностях**

При работе с парой в КПК-С следует способствовать паре и каждому партнеру:

- реализации своих ценностей через достижение поставленных целей;
- обретению с помощью ценностей более функциональных способов эмоционального и поведенческого реагирования при взаимодействии с партнёром в случаях неудовлетворения (или кажущегося неудовлетворения) своих потребностей;
- изменениям когниций и поведения, которые будут приводить к адаптивному удовлетворению потребностей разного уровня;
- воспроизведению тех способов взаимодействия партнёров, которые уже сегодня способствуют адаптивному удовлетворению потребностей в паре (опора на сильные стороны);
- моделированию навыков более эффективного общения в паре, способствующему адаптивному удовлетворению потребностей партнёров, достижению ими значимых целей и реализации ценностей;

— осознанию и урегулированию возможного конфликта между конкретными потребностями и ценностями;

— развитию навыка различать адаптивные и дезадаптивные способы удовлетворения потребностей, в том числе в случаях, когда фрустрированная потребность компенсируется через избыточное удовлетворение другой потребности.

«Человек может гипертрофированно стремиться к реализации в социальной сфере, чтобы скомпенсировать психологические и биологические потребности, и наоборот — например, «заедавая» переживания при разрыве значимых отношений. При этом на уровне удовлетворения психологических потребностей может сформироваться такая когнитивная модель: «Чтобы выжить (биологическая потребность), мне нужно обеспечить присутствие в моей жизни других людей, выстроить больше связей, нужно заслужить их внимание (гипертрофированная социальная потребность аналогично квазипотребности по К. Левину — быть лучше всех, занимать наиболее высокоранговое положение в социальной иерархии, обладать наибольшим количеством социальных атрибутов успешности и т. д.), а для этого мне нужно быть интересным человеком, а лучше идеальным, от которого уже никто и никогда не сможет отказаться». Зрютин М., Ковпак Д. [7]

— развитию навыка отличать неудовлетворение потребностей от мнимого (через призму дисфункциональных убеждений) неудовлетворения потребностей в паре;

— анализу мыслей, эмоций, поведения каждого из партнёров при их взаимодействии в случаях чувства неудовлетворения своих потребностей (из-за действий партнёра/из-за жизненной ситуации в своей паре) с целью оптимального, адекватного и адаптивного удовлетворения своих потребностей, а также с целью научиться справляться с переживанием фрустрации потребностей при временной невозможности их удовлетворения.

Системный когнитивно-поведенческий коучинг пар (и отношений) (КПК-С пар) ориентируется на методологию системного когнитивно-поведенческого коучинга (КПК-С).

КПК-С пар отличается от других направлений коучинга отношений фокусом рефлексии на:

когнициях (автоматических мыслях, условных предположениях, правилах, глубинных убеждениях), 2. устойчивом поведении клиентов.

Именно они (когниции и поведение) обеспечивают текущее состояние клиентов и смогут в дальнейшем обеспечить им стабильное желаемое состояние.

КПК-С пар — это вид коммуникативной деятельности, в которой клиенты (акторы) — члены одной семьи/партнеры — стремятся к смене

одного благополучного жизненного состояния на другое состояние: а) имеющее значимые для каждого актора и для пары в целом позитивные различия с исходным состоянием, б) связанное с достижением поставленной парой цели за счёт направленной совместной рефлексии — с коучем и другим партнером — и постепенного изменения поведения каждого партнера, взаимодействия между партнерами.

Объектом коучинговой деятельности является субъективно воспринимаемое каждым актором жизненное состояние в настоящий момент времени.

### **Запросы в КПК пар и потребности партнеров**

В зависимости от группы запросов пары акцент может быть сделан на том или ином домене потребностей.

1 группа — запросы, связанные напрямую с отношениями внутри пары (акцент, как правило, на эмоциональных потребностях)

2 группа — запросы на достижение парой целей, напрямую не связанных с отношениями между партнёрами (акцент может быть на разных доменах потребностей).

#### Примеры коучинговых запросов:

— наметить направления развития семьи с учётом новой реальности (в мире, в стране);

— принять решение по поводу места жительства семьи;

— разработать план сохранения финансовой устойчивости семьи;

— обнаружить ресурсы и опору на сильные стороны в паре в ситуации хронического стресса;

— понять, как общаться со своими детьми/членами расширенной семьи в кризисной ситуации.

#### Виды отношений, чаще всего звучащие в запросах:

— Супружеские отношения.

— Романтические отношения.

— Отношения между взрослыми родственниками.

— Отношения между друзьями.

Запросы клиентов, касающиеся разных стадий отношений:

— Работа с клиентом на стадии поиска партнёра для отношений, на стадии знакомства, ухаживания.

— Работа над построением отношений, созданием семьи

— Работа с клиентами, находящимися в начале отношений/совместной жизни.

— Работа с клиентами, продолжительное время состоящими в отношениях/браке.

— Работа с клиентами при завершении отношений/возобновлении отношений.

### **Фокусы коучингового запроса КПК пар и отношений**

#### Когнитивный

- Хочу лучше понимать своего партнера
- Хочу понять, как могут развиваться наши отношения дальше
- Хочу понять, как развиваться профессионально, находясь в отношениях

#### Эмоциональный

- Хочу чувствовать себя спокойно в отношениях
- Хочу получать радость от отношений

#### Поведенческий

- Хочу уверенно вести себя в общении с мамой, с партнером
- Хочу научиться предотвращать конфликты или мирно разрешать их

#### Функциональный

- Хочу успешно выйти замуж/жениться
  - Хочу прекратить отношения
- Одной из форм записи результатов когнитивной концептуализации в КПК-С пар является форма ОК КПК-С пар [18] с фокусом на потребностях и ценностях пары (рис. 3).

### **Работа с ценностями и потребностями в структуре сессии и базовом цикле КПК-С пар**

Работа с ценностями и потребностями может происходить на каждом этапе прохождения Базового цикла (рис. 4).

Работая с каждым доменом коуч задает вопросы и может применять техники на прояснение ценностей и потребностей в паре как для уточнения цели и сверки с целью, так и для эффективного достижения ее за сессию. При этом важно сохранять принцип сотрудничества и следования за интересом клиентов (актеров). Особенно значимо это для работы с доменом ЖС (Желаемое Состояние) и ИС (Исходное состояние).

### **Структура однократной сессии с парой (70 мин)**

#### Ранняя фаза сессии (15 мин)

- Установление коучингового альянса со всеми сторонами коучингового взаимодействия.
- Первичное интервью с парой.
- Принятие правил взаимодействия сторон во время сессии.
- Повестка, постановка цели на сессию.

Дата, акторы Ф.И.О. № сессии	Домен ЖС		Домен ИС		Домен ВД	
Цель на сессию						
	Партнер А	Партнер Б	Партнер А	Партнер Б	Партнер А	Партнер Б
Ценности						
Семейные ценности пары						
Адаптивные ГУ						
Адаптивные ПУ						
Адаптивные паттерны поведения						
Ситуация (ресурсы, сильные стороны) фокус на взаимодействии партнеров						
Мысли						
Эмоции						
Поведение						
Потребности, удовлетворенные в браке						
Ситуация (препятствия) фокус на взаимодействии партнеров						
Мысли						
Эмоции						
Поведение						
Деадаптивные КС						
Деадаптивные ПУ						
Нарушенные потребности						
Деадаптивные Глубинные убеждения						
Схемы родительских семей						
Нарушение в детстве базовых эмоциональных потребностей						

Рис. 3. Форма ОК КПК-С пар

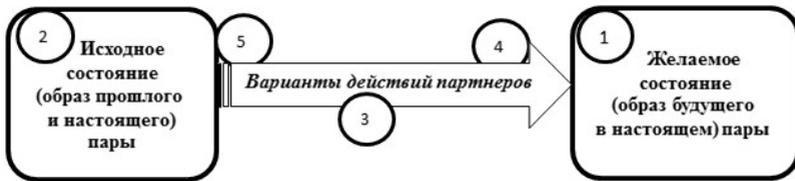


Рис. 4. Базовый цикл системного когнитивно-поведенческого коучинга (КПК-С) в работе с парой на основе модели КПК-С (Д.В.Ковпак, А.Ю. Ежиков)

Средняя фаза сессии (35 мин)

— Ж-И-В (работа с доменами Желаемое состояние — Исходное состояние — Варианты действий)

Поздняя фаза сессии (15 мин)

— Е-Т (Естественные последствия действий — Триггеры действий)

— Обсуждение следующих сессий

Завершение (5 мин)

### Работы с ценностями и потребностями в КПК пар при постановке цели

Постановка цели на сессию является важным этапом коучинговой сессии. При работе с ценностями и целями в КПК пар важно содействовать проверке соответствия **цели на сессию** (и связанной с ней **жизненной цели акторов**) ценностям акторов. Это помогает актерам:

— отказаться от целей, которые являются чужими для них,

— рассматривать цель не как самоценность, а как находящуюся на службе у ценностей,

— поддерживать мотивацию в коучинговом процессе. В КПК-С, сфокусированном на проблеме, важно также способствовать осознанию связи цели акторов с удовлетворением их актуализировавшихся потребностей.

Работа с потребностями и ценностями акторов предполагает несколько этапов:

1. Исследование запросов акторов и формирование единого запроса.
2. Выявление связи жизненных целей с ценностями и потребностями.
3. Согласование и постановка цели на сессию.

1. Исследование запросов акторов и формирование единого запроса. При работе коуча с парой полезно исследовать запрос каждого партнера, способствовать формированию общего запроса и общей цели на сессию. А также важно найти ответы на следующие вопросы:

- а) Коучинговые ли это запросы?
- б) С какой жизненной целью связан запрос?
- с) Присутствуют ли противоречия в запросах?
- д) В итоге может быть сформулирован общий, единый запрос.
2. Выявление связи жизненных целей с ценностями и потребностями:
- а) Выявление ценностных доменов, ценностей, определение приоритетности ценностей
- б) Определение связи между ценностями клиентов и их жизненными целями
- с) Установление потребностей, которые будут удовлетворены при достижении жизненной цели
3. Согласование и постановка цели на сессию:
- а) Постановка цели на сессию
- б) Проверка на противоречие в целях на сессию
- с) Формирование общей цели на сессию
- д) Формулирование критериев результата коуч-сессии
- Достижение согласованности происходит между партнерами на каждом этапе постановки цели (рис. 5).

Партнер А		Запрос, и его связь с Жизненной целью (ЖЦ) (что хочешь, и что хочешь от нашего взаимодействия?)		С какими ценностями и потребностями соотносится ЖЦ		Цель на сессию (что конкретно ты хочешь достичь за сессию, и как будет выглядеть результат?)
Партнер Б		Запрос, и его связь с Жизненной целью (ЖЦ) (что хочешь, и что хочешь от нашего взаимодействия?)		С какими ценностями и потребностями соотносится ЖЦ		Цель на сессию (что конкретно ты хочешь достичь за сессию, и как будет выглядеть результат?)
Результат согласования		Общий запрос и Жизненная цель пары			Общие цель на сессию и результат	

Рис. 5. Достижение согласованности цели в КПК-С пар

### **Примеры работы с ценностями и потребностями в КПК пар, сфокусированном на развитии, при постановке цели**

Запрос — понять, как построить загородный дом через год. Цель — составить список ресурсов для постройки загородного дома к концу 2025 года

Коуч: 1. Продолжите предложение «Я хочу этого, потому что...»  
2. Ответьте на вопрос: «Почему это для вас важно?» И т. д.

#### Ответы мужа на вопросы коуча.

Коуч: Продолжите предложение «Я хочу построить загородный дом, потому что...»

Муж: Я хочу этого, потому что хочу жить с семьей на природе.

Коуч: Что в этом важного для вас?

Муж: Для меня это важно, так как я хочу обеспечить для своей семьи безопасную, с точки зрения экологии, жизнь -> (**Ценность 1**)

Коуч: Почему это еще важно?

Муж: Для меня важно быть заботливым отцом и мужем -> (**Ценность 2**)

Коуч: А что еще важного для вас?

Муж: Для меня важно заботиться о своем физическом благополучии -> (**Ценность 3**)

Коуч: А что самое важное из того, что вы перечислили?

#### Ответы жены на вопросы коуча.

Коуч: Продолжите предложение «Я хочу этого, потому что...»

Жена: Я хочу этого, потому что хочу жить с семьей на природе.

Коуч: Что это вам даст?

Жена: Я смогу заниматься ландшафтным дизайном.

Коуч: Почему это для вас важно?

Жена: Для меня важно создавать красоту вокруг себя -> (**Ценность 1**)

Коуч: А что еще важного для вас здесь?

Жена: Мне важно находить время для отдыха и удовольствий -> (**Ценность 2**)

Коуч: А что самое важное из того, что вы перечислили?

### **Примеры работы с ценностями и потребностями в КПК пар, сфокусированном на проблеме, при постановке цели**

Запрос — понять, как мирно урегулировать разногласия в паре. Цель — сформировать копинг-карточку, содержащую способы урегулирования разногласий.

Коуч: 1. Продолжите предложение «Я хочу этого, потому что...» 2. Чего вы хотите вместо проблемы? 3. Ответьте на вопрос: «Что это вам даст?»

«Зачем тебе это?», «Почему это для вас важно?» И т. д.

Ответы жены на вопросы коуча.

Коуч: Продолжите предложение «Я хочу этого, потому что...»

Жена: Я хочу этого, потому что не хочу испытывать тревогу и стресс в своем же доме.

Коуч: Чего вы хотите вместо тревоги и стресса?

Жена: Хочу спокойствия и мира в семье.

Коуч: Что это вам даст? (Какая Ваша потребность будет удовлетворена?)

Жена: Я буду чувствовать себя защищенно, физически и эмоционально благополучно -> **(Потребность)**

Коуч: Что для вас еще важного в мирном урегулировании разногласий?

Жена: Для меня важно быть хорошей женой -> **(Ценность 1)**

Коуч: А что еще важного для вас здесь?

Жена: Мне важно находить время для отдыха в семье -> **(Ценность 2)**

Коуч: А что самое ценное из того, что вы перечислили?

Ответы мужа на вопросы коуча.

Коуч: Продолжите предложение «Я хочу этого, потому что...»

Муж: Я хочу этого, потому что хочу не испытывать обиду и стресс в своем же доме.

Коуч: Чего вы хотите вместо обиды и стресса?

Муж: Хочу спокойного общения, атмосферы, где мои чувства и желания будут учтены.

Коуч: Что это вам даст?

Муж: Я буду чувствовать, что меня понимают, уважают

Коуч: Какая ваша потребность будет удовлетворена?

Муж: Потребность в принятии, в безопасной привязанности, автономии -> **(Потребность)**

Коуч: Что для вас еще важного в мирном урегулировании разногласий?

Муж: Наши дети видят, как мы ссоримся. Как говорим друг другу обидные вещи. Иногда я срываюсь на детей. А для меня важно быть хорошим отцом. -> **(Ценность 1)**

Коуч: А что еще важного для вас здесь?

Муж: Мне важно быть хорошим мужем -> **(Ценность 2)**

Коуч: А что самое ценное из того, что вы перечислили?

### **Работы с ценностями и потребностями в КПК пар в домене Желаемое состояние (КПК-С пар, сфокусированный на развитии)**

1. Представь себя в будущем, когда ваш семейный бизнес построен. Прислушайся к своему состоянию.

2. Что такого важного для тебя в том, чтобы построить совместный бизнес с мужем? А что еще?
3. Какие желаемые изменения (психологические, физиологические, социальные) наступят? Как ты их заметишь?
4. Что ты будешь чувствовать?
5. Что будешь делать? На реализацию каких твоих ценностей будут направлены эти действия?
6. Что изменится в твоём окружении? Каким тебя будут видеть окружающие?
7. Какие последствия будут для тебя, если эти изменения наступят? Что особенно ценного для тебя в этих последствиях?
8. Могу я предложить мысленный эксперимент? Закрой глаза. Представь, что вы построили совместный бизнес, и наступили все желаемые изменения в твоей жизни и жизни вашей пары? Что ты теперь чувствуешь?
9. Оцени по шкале 0...10 свою готовность к переходу в это состояние

**Работы с ценностями и потребностями в КПК пар в домене Желаемое состояние (КПК-С пар, сфокусированный на проблеме в отношениях)**

1. Представь себя в будущем, когда вы мирно урегулируете разногласия. Прислушайся к своему состоянию.
2. Что такого важного для тебя в том, что вы мирно разрешаете разногласия с мужем? А что еще?
3. Какие желаемые изменения (психологические, физиологические, социальные) наступят? Как ты их заметишь?
4. Какие твои потребности тогда будут удовлетворены?
5. Что ты будешь чувствовать?
6. Что будешь делать? На реализацию каких твоих ценностей будут направлены эти действия?
7. Что изменится в твоём окружении? Каким тебя будут видеть окружающие?
8. Какие последствия будут для тебя, если эти изменения наступят? Что особенно ценного для тебя в этих последствиях?
9. Могу я предложить мысленный эксперимент? Закрой глаза. Представь, что наступило желаемое состояние, вы мирно разрешаете разногласия, и наступили все желаемые изменения в твоей жизни и жизни вашей пары? Что ты теперь чувствуешь?
10. Оцени по шкале 0...10 свою готовность к переходу в это состояние.

### Работы с ценностями и потребностями в КПК пар в домене Исходное состояние (ИС)

При работе в домене ИС важно:

— Определить адаптивные убеждения, поддерживающие желаемое изменение (протокол СМЭР (автор протокола Д.В. Ковпак, АКПП) как ресурс), в том числе способствующие удовлетворению потребностей акторов

— Определить релевантный опыт и ресурсы акторов, в том числе в случаях, когда потребности партнеров удовлетворялись адаптивным способом.

— Определить убеждения, потенциально препятствующие желаемому изменению, определить их функцию и найти им дополнение для желаемого состояния (СМЭР как препятствия).

— Определить, как эти убеждения препятствуют удовлетворению потребностей акторов или способствуют удовлетворению потребностей дезадаптивным способом.

— Определить ценности каждого из партнеров, релевантные желаемому изменению, в том числе общие для пары ценности, релевантные желаемому изменению.

Для анализа опыта акторов, **релевантного желаемым изменениям**, предлагается использовать модифицированный протокол СМЭР, сфокусированный на потребностях партнеров (как ресурс) (форма 1П).

Для анализа опыта акторов, содержащего **препятствия для желаемых изменений**, предлагается использовать модифицированный протокол СМЭР с фокусом на **потребностях** партнеров, как инструмент определения дезадаптивных когниций, компенсаторных и копинг-стратегий, а также фрустрированных потребностей партнеров (форма 2П), а также возможного использования своих сильных сторон в будущем, в аналогичной ситуации.

### Пример работы с ценностями и потребностями в КПК пар в домене Исходное состояние

Рассмотрим три части Исходного состояния:

А) Значимые данные прошлого. Задается вопрос каждому партнеру по очереди: Что происходило раньше, что привело вашу пару в состояние, когда вы не можете спокойно договориться?

Б) Длинное «Здесь-и-сейчас». Что ты чувствуешь, когда вы живете при отсутствии возможности мирно договариваться? Что ты обычно делаешь, когда не получается договориться?

В) Здесь-и-сейчас. Что ты чувствуешь прямо сейчас, на сессии, когда ты говоришь об этом?

**Форма 1П. Протокол работы с потребностями в КПК пар для анализа опыта, релевантного желаемым изменениям, для каждого партнера**

Ситуация, иллюстрирующая опыт, релевантный желаемым изменениям	У меня появились такие мысли	Эмоции (когда мой партнер сделал так, то я почувствовал (а)...)	Была удовлетворена моя потребность в принятии, близости, заботе, уважении, любви, признании, благодарности и т. д.	Поведение (Я тогда сделал (а) следующее)	Какие бы свои сильные стороны и эффективное поведение я хотел (а) бы использовать на пути движения к желаемым изменениям/какие сильные стороны и поведение партнера могли бы помочь нам
Ситуация	Автоматические мысли	Эмоции	Удовлетворенная потребность	Поведение	Сильные стороны партнеров

**Форма 2П. Протокол работы с потребностями в КПК пар для анализа опыта, содержащего препятствия для желаемых изменений, для каждого партнера**

Ситуация, вызывающая напряжение в паре	У меня появились такие мысли	Эмоции (когда мой партнер сделал так, то я почувствовал (а)...)	Была нарушена моя потребность в безопасности, принятии, близости, заботе, уважении, любви, признании, благодарности, и т. д.	Поведение 1. Я тогда сделал (а) следующее 2. Компенсировал (а) ли я свою актуализированную потребность?	Что бы я хотел (а) бы...  Какие бы свои сильные стороны и эффективное поведение я хотел (а) бы использовать на пути движения к желаемым изменениям/какие сильные стороны и поведение партнера могли бы помочь нам
Ситуация	Автоматические мысли	Вторичные эмоции	Нарушенная потребность	Поведение Компенсировал ли потребность	Пожелание партнеру/себе  Сильные стороны партнеров

Вопросы, которые могут задаваться каждому из партнеров для анализа опыта, **релевантного желаемым изменениям**:

— Были ли в твоём опыте случаи, когда вам удавалось мирно договориться, и ты чувствовал себя в безопасности, испытывал эмоциональное и физическое благополучие? (опыт актора удовлетворения психологических и биологических потребностей)

— Что помогало тебе раньше договариваться мирно?

— Что ты думал тогда? На какие убеждения опирался? Какие способы поведения использовал?

— Что еще тебе помогало тогда? (внешние и внутренние ресурсы)

— На какие ценности ты ориентировался, когда у тебя получалось договариваться мирно?

— Что тебе помогало из действий партнера? Вопросы, которые можно задавать каждому из партнеров, для анализа опыта, **содержащего препятствия для желаемых изменений**:

Вспомни ситуацию, когда вам **не** удастся договориться.

— Что ты думаешь тогда?

— На какие убеждения опираешься?

— Какие способы поведения используешь?

— Какие твои потребности были фрустрированы?

— Что происходило в вашем взаимодействии, когда вам не удавалось мирно договориться?

— Что происходит в вашем взаимодействии, когда вам не удастся мирно договориться?

— Как бы ты хотел действовать по-другому в подобной ситуации?

— На какие свои сильные стороны ты бы мог опереться?

— Какие действия партнера помогли бы тебе думать и действовать более эффективно в подобной ситуации?

**Работа с ценностями и потребностями в КПК пар в домене Варианты действий (ВД)**

Вопросы для работы с доменом ВД в КПК-С:

— Что должно произойти, чтобы ты мог(ла) начать делать ...?

— Что ты планируешь сделать, чтобы оказаться в ЖС?

— Что должно произойти, чтобы...?

— Что ещё произойдёт в результате этих действий?

— Что из этого важно для тебя?

— Что произойдет самое важное в результате этих действий?

Особенности задач работы с доменом «Варианты действий» (ВД).

1. Согласованность спланированной последовательности шагов или смен состояний в направлении желаемого состояния.

2. Необходимость проверки, желательны ли последствия изменений для каждого из партнеров и для пары в целом.

3. Необходимость проверки, соответствуют ли эти последствия ценностям клиентов?

4. Ответить на вопрос: «Как эти последствия повлияют на удовлетворение потребностей акторов?»

5. Определение спектра поведенческих экспериментов для наработки новых навыков и поведения — для пары и, при необходимости, для каждого партнера в отдельности.

6. Определение готовности к выполнению шагов. Вынесение на уровень обсуждения с парой разную степень готовности партнеров к выполнению шагов.

#### Три части Вариантов действия (перехода из ИС в ЖС)

##### Триггеры действий. Вопросы каждому партнеру:

- Что должно произойти, чтобы ТЫ мог начать мирно договариваться?
- Что должно произойти в вашей паре, по твоему мнению, чтобы ВЫ начали мирно договариваться?

##### Сами действия. Вопросы каждому партнеру:

- Что ты планируешь сделать, чтобы мирно договариваться?
- Как можно включить в твой план действий результат сегодняшней сессии?
- Как бы это выглядело как согласованный план действий?

##### Последствия действий.

##### Вопросы каждому партнеру:

- Что ещё произойдёт в результате этих действий?
- Как эти последствия скажутся на ваших потребностях?
- Какие из последствий соотносятся в вашими ценностями?

**Например:** пусть в план действий акторы внесут такой пункт: «Тот партнер, который чувствует сильный гнев, раздражение или обиду, берет паузу и уходит в другую комнату. Цель ухода — проведение техники эмоциональной саморегуляции, чтобы вернуться в более спокойном эмоциональном состоянии для обсуждения разногласий через оговоренное конкретное время. Для обозначения своих действий он молча передает соответствующую карточку партнеру». В этом случае могут наступить следующие последствия для второго партнера:

- он может себя почувствовать покинутым и отвергнутым, несмотря на договоренность и карточку, если первый партнер берет слишком продолжительное время для своего отсутствия.

- актуализируется его потребность в эмоциональной близости, принятии.

Как можно справиться с этим.

Общее решение, принятое на сессии: время отсутствия партнера не должно превышать 30 мин.

Системный когнитивно-поведенческий коучинг пар и отношений находится на очередном этапе своего развития. Понимание важности и актуальности работы с потребностями и ценностями в КПК-С пар влияет на дальнейшее развитие системного взгляда на семейные парные отношения в свете когнитивно-поведенческого подхода, на получение целостной картины взаимодействия в паре, а также на расширение инструментов работы с парой в коучинговой сессии, и в конечном счете — на эффективность коучинговой сессии (сессий) и удовлетворённость клиентов (актеров) своими результатами.

**Список литературы**

1. Бек А. Одной любви недостаточно: как пары могут преодолевать недопонимание, урегулировать конфликты и решать проблемы во взаимоотношениях с помощью когнитивной терапии. — СПб.: ООО «Диалектика», 2021.
2. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. 3-е издание. — СПб.: Питер, 2024.
3. Барлоу Д. Клиническое руководство по психическим расстройствам, 3-е изд. — СПб.: Питер, 2008, гл. 14.
4. Даттилио Ф.М. Когнитивно-бихевиоральная терапия с парами и семьями. — М.: Форум, 2015.
5. Дауни М. Эффективный коучинг: Уроки для коуча. — *Добрая книга*, 2014.
6. Добсон Д. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии — СПб.: Питер, 2021.
7. Зрюгин М., Ковпак Д. Концепция потребностей в когнитивно-поведенческой психотерапии // IX Международный съезд АКПП СВТFORUM: сборник научных статей, 2023.
8. Ковпак Д., Ежиков А. Системный когнитивно-поведенческий коучинг: понятие и основы методологии // VII Международный съезд АКПП СВТFORUM: сборник научных статей, 2021.
9. Ковпак Д. Терапия, ориентированная на потребности // IX Международный съезд АКПП СВТFORUM: сборник научных статей, 2023.
10. Левин А., Хеллер Р. Подходим друг другу. — М.: Манн, Иванов и Фербер, 2020
11. Лежен Д., Луома Д. Ценности в терапии. Практическое руководство для терапевта: как помочь клиенту исследовать ценности, повысить психологическую гибкость и жить более осмысленной жизнью. — СПб.: ООО «Диалектика», 2021.
12. Лихи Р. Терапия эмоциональных схем. — СПб.: Питер, 2019
13. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. — СПб.: Питер, 2020.
14. Миллер У. Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. — М.: Издательство «Э», 2017.

15. Муртазин А., Ковпак Д. Концепция ценностей в терапии, ориентированной на потребности. — IX Международный съезд АКПП СВТFORUM: сборник научных статей, 2023.

16. Симоне-Дифранческо Кьяра, Редигер Экхард, Стивенс Брюс А. Схема-терапия супружеских пар. Практическое руководство по исцелению отношений. — М.: Научный мир, 2019.

17. Сунгур М. Любовь. Брак. Неверность. Дьявольский треугольник: ты, я и все, что между нами. — М.: Наука и техника, 2020.

18. Ханина Е. Системный когнитивно-поведенческий коучинг в работе с семейной парой // IX Международный съезд АКПП СВТFORUM: сборник научных статей, 2023.

19. Хиндман Р. Лечение депрессии с ориентацией на ценности в когнитивно-поведенческой терапии [Электронный ресурс] // Официальный сайт Института Бека. — 2021. — Режим доступа: <https://beckinstitute.org/blog/value-focused-treatment-in-cbt-for-depression> (дата обращения 27.02.25).

# СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ АССОЦИАЦИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ «САМОУБИЙСТВУ СТОП!»

## ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГРУПП ПОДДЕРЖКИ ОТКРЫТОГО ТИПА ДЛЯ ГОРЮЩИХ

*Алавердова Лиана Леонидовна*

*Волонтер Американского Фонда Превенции Суицида*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3362-515X>

**Аннотация. Цель.** Разработка и популяризация методики организации групп для горящих на примере групп поддержки для тех, кто пережил суицид близкого человека. **Контекст и актуальность.** Среди профессиональных психологов существует устоявшееся мнение об эффективности групп поддержки для совместного переживания горя скорбящими. В ряде стран Запада, включая США, поддержка в группах широко практикуется. В России самоорганизация групп поддержки делает первые шаги. Автор надеется, что настоящая статья привлечет внимание к этому процессу. **Дизайн исследования.** Статья основана на личном десятилетнем опыте автора по организации и модерированию групп поддержки на английском и на русском языках для тех, кто потерял близких от суицида. Использована соответствующая литература и материалы специального тренинга в этой области. **Основные выводы.** Статья может быть использована как психологами, так и для самими горящими для организации и модерирования групп поддержки.

**Ключевые слова:** группа (группы) поддержки, суицид, горящие, методика организации групп поддержки, организатор и модератор группы.

Несколько слов о том, почему написана эта статья и какое отношение автор имеет к этой теме. Когда во 2004 г. покончил с собой мой единственный брат Вадим Алавердов, я не представляла, что через девять лет после его ухода я займусь организацией группы поддержки для тех, кто потерял близкого человека от суицида. Но именно к этому я пришла и этим занимаюсь до сих пор. Для организации группы я прошла специальный тренинг в Американском фонде превенции суицидов. Брат мой погиб в Бруклине, Нью-Йорке, и группа была организована мною в библиотеке, которой я в то время руководила. Встречались мы в помещении библиотеки в течение полутора часов, раз в месяц, по вечерам. С 2020 года, когда грянула пандемия ковида (а я к тому времени возглавляла другую библиотеку), моя группа стала виртуальной. Мы стали встречаться раз в неделю по вечерам

в программе Zoom. Группа расширилась и сейчас включает в себя всех желающих по всей Америке. Общение ведется на английском языке. Цель нашей группы — делиться опытом, как жить и справляться с бедой — самоубийством близкого человека. Все эти годы меня не оставляло желание создать группу на русском, моем родном языке. Это желание осуществилось, когда я познакомилась с психологом из Самары, Валентиной Гунчиной. Валентина потеряла единственного сына из-за суицида. Вместе мы создали группу поддержки в Telegram, которая включает всех людей, пострадавших от суицида близкого человека: [https://t.me/suicide\\_helpme](https://t.me/suicide_helpme)

Самым популярным является чат-переписка в группе, но я стараюсь регулярно проводить встречи онлайн в Zoom. У этой статьи двойная цель: популяризация и расширение числа групп поддержки, а также практические рекомендации по организации групп, исходя из собственного опыта и накопленных знаний по этому предмету.

Группы поддержки уже давно и прочно вошли в жизнь стран, относящих себя к европейской культуре. На Востоке, где общество менее индивидуалистично и раздроблено, поддержка осуществляется широким кругом семьи и друзей. Вне зависимости от географических координат и местных традиций, есть большие преимущества для организации групп поддержки именно по специализированно-отраслевому принципу: от общества анонимных алкоголиков до поддержки тех, у кого члены семьи страдают алкоголизмом, от людей с психическими заболеваниями до членов их семей, от больных раком груди до тех, кто за ними ухаживает. Словом, наряду с походами к психологам и психотерапевтам — что стало нормой в западном обществе — распространены всякого рода группы поддержки. В России, по словам психолога Елены Картавенко, группы поддержки только начинают появляться [1].

Поиск в интернете выявил целый ряд таких групп. На одном из интернет-сайтов перечислены разные виды групп поддержки для тех, кто переживает: суицид близкого человека, утрату, депрессию и БАР II, развод, хронические проблемы со здоровьем (для женщин). Все группы платные и ведут их психологи. Единственная бесплатная группа поддержки для переживающих горе оказалась закрытой для новых участников. [2]. В проекте «Ты не одна» — целый перечень групп поддержки для женщин. Группы направлены в помощь тем, кто пострадал от домашнего, супружеского и сексуализированного насилия. Встречи проводятся специалистами-волонтерами и психологами-волонтерами по полтора часа в Zoom [3].

Еще один перечень групп поддержки — это бесплатные группы психологической помощи: группа «Волны» для тех, кто страдает диагностированным пограничным расстройством личности, группы «Как

ты» для людей с депрессиями, тревожными расстройствами и расстройствами пищевого поведения, биполярным аффективным расстройством и их близких, группы «Насилию.нет», а также группы Family Connections at Mental Health Center для родственников тех, кто страдает психическими расстройствами. Перечислены также отдельные группы для анонимных алкоголиков, наркоманов, сексоголиков, для людей с разного рода зависимостями, для людей с депрессией, биполярным расстройством и циклотомией. Группа «Свет в руках» предназначена для родителей, переживающих смерть ребенка, перинатальную утрату, страх новой беременности и чьи дети находятся в реанимации [4].

Особо хотелось бы отметить группы взаимопомощи для родителей, потерявших детей, которые формируются вокруг движения RENACER [5]. Движение возникло в Аргентине в 1998 г. Позднее оно стало международным. Организатором русскоязычного движения «RENACER» (в переводе — «возрождение») является Ольга Кавер. Движение представлено на Фейсбуке, в Контакте и в Telegram.

«Фонд «Словом и делом» — первый и пока единственный проект, чьи группы поддержки работают в национальном масштабе. Очные встречи проводятся в Санкт-Петербурге и Казани, виртуальные — Zoom. Они только для женщин, потерявших мужей. Вокруг этого фонда постепенно выросли группы самопомощи, вдовские сообщества в ВКонтакте и проект «Жить дальше», в котором волонтеров учат поддерживать людей, потерявших близких» [6]. Е.А. Лужбина ведет группы взаимопомощи в помощь вдовам и потерявшим близких при центре «Живем дальше», г. Ижевск. Информация распространяется через ее сайт «ВКонтакте». Через эту же социальную платформу существует группа поддержки вдов «Дыши, родная». Ведет ее Нина Перунова [7]. Наконец, Свердловская региональная благотворительная общественная организация помощи онкопациентам «Вместе ради жизни» создала группу поддержки для тех, кто переживает утрату [8].

Без сомнения, существуют еще группы, не упомянутые выше. Они организуются при благотворительных центрах психологическими службами, а то и самочинно, отдельными лицами ВКонтакте или на других социальных платформах. После того, как формулируется задача, с какой категорией лиц предстоит работать, осуществляется поиск и привлечение людей. Руководят группами профессиональные психологи либо люди, переживающие тяжелые испытания, и общение помогает им справиться с последствиями. Группы бывают закрытого типа, принимающие определенное число лиц и работающие с ними по установленной программе, предусматривающей срок окончания. Есть открытого типа группы, принимающие по желанию всех тех, кто подпадает под предусмотренную категорию. Виртуальные группы существуют:

в виде чатов на социальных платформах и форумах и в видео режиме, к примеру, через Zoom. Конечно же, есть группы поддержки, которые встречаются в помещениях.

Чем вызвана необходимость в группах? Разве не достаточно поддержка со стороны психологов, психотерапевтов, психиатров? Главная и самая очевидная цель — преодоление изоляции. Люди, идущие в группу, чувствуют, что есть много таких, как они, они находят взаимопонимание лучше и легче, чем среди тех, кто не сталкивался с подобными бедами и проблемами. Как пишет Анна Захарченко в отношении групп поддержки для горюющих, «Человек, потерявший близкого, может испытывать противоречивые чувства: с одной стороны, он хочет «все рассказать», с другой — боится быть непонятым. Для друзей это может стать испытанием, ведь понять горе невозможно, если личного опыта нет.

Поэтому человек, переживающий потерю близкого, часто оказывается в изоляции, причем не всегда именно он — инициатор разрыва с друзьями. Окружающие просто не в силах предсказать его реакцию на помощь: надо ли постоянно сочувствовать, стоит ли вспоминать покойного, можно ли советовать отвлечься, уместно ли вообще дать совет? <...> Человеку, переживающему горе, кажется, что нельзя найти слов, его выражающих, поэтому он решает не говорить ничего, перестает звонить, писать, встречаться» [9].

Когда группы поддержки позволяют людям чувствовать себя свободно и комфортно, их реакции и рассуждения не подвергаются осуждению, а встречают понимание и сочувствие, то в этой атмосфере притягия люди легче раскрываются. Делясь своими мыслями и чувствами, участники группы избавляются от ощущения стыда за то, что произошло или происходит с ними, преодолевают чувства изоляции и одиночества и осознают, что многие проходят через сходные испытания и имеют аналогичные чувства. Иногда людям легче раскрыться и рассказать о своих переживаниях в близкой им группе, чем с глазу на глаз с психологом. Так, помнится, одна из участниц моей группы не хотела встречаться с психологом, если он не прошел через сходное с ней горе.

Еще одна важная функция групп — информативная. Участники встреч делятся друг с другом информацией о видах помощи, лекарствах, о книгах и фильмах, песнях и стихах, словом, всем, что помогло им и может помочь остальным. Они больше узнают о своих проблемах или болезнях, из-за которых они пришли в группу.

Рекомендую тем, кто заинтересован в создании группы поддержки горюющим, обратиться к переведенной с английского брошюры Всемирной

Организации Здравоохранения от 2000 г., где подробно раскрываются многие аспекты организации групп самопомощи [10].

Приходя в группу открытого типа, без ограничения срока давности, участники не чувствуют давления сократить срок горевания об умершем, а, напротив, находят подтверждение, что их реакция на трагедию приемлема.

В группах открытого типа встречаются люди на разных ступенях горевания и переживания проблем, и те, кого только что настигла беда, видят, что остальные смогли справиться и выжить, несмотря на тяжелые испытания, а значит и они смогут. Присутствие участников группы, у которых трагическое событие произошло давно, внушает «новичкам» чувство надежды, что они смогут выжить.

Если в группе одного типа утраты встречаются горюющие разных возрастов и разных степеней родства, то это тоже полезно, так как общение позволяет им лучше понять образ мышления и особенности друг друга. К примеру, матери, горюющие об утрате детей, смогут лучше понять вдов, потерявших мужей. В моей группе поддержки есть место и для тех и для других, и такое общение происходит постоянно.

Тому, кто берется организовать группу в поддержку горюющих, вовсе не обязательно быть психологом. Достаточно иметь опыт прохождения через подобное испытание, опыт участия в группе поддержки, хотя бы краткий. Нужны время и энергия для проведения встреч и надо пройти подготовку к ним. Не рекомендуется заниматься организацией групп тем, кто пережил утрату недавно. Должно пройти достаточно времени, как минимум два года, а может, и больше, прежде чем организатор группы сможет спокойно проводить встречи и владеть своими эмоциями. Спокойствие модератора внушает надежду присутствующим, чья утрата произошла недавно, что их страдания не навсегда, что через какое-то время им станет легче. Это не означает, что модератор полностью преодолел страдания, но он достиг той стадии, когда он не поглощен горем, может продуктивно жить и работать, интегрировав свой опыт утраты в жизнь. В таком случае он будет в состоянии концентрироваться главным образом не на своих переживаниях, а на том, как чувствуют и ведут себя участники группы. Главная роль модератора — не делиться своим опытом и знаниями, а направлять беседу и слушать, давать возможность выговориться остальным участникам группы. Умение выдержать паузу в общей беседе дается нелегко. Иногда, когда думаешь, что никто не хочет ничего сказать, вдруг неожиданно возникает желание говорить у одного из участников. Если ж пауза затягивается, модератор может поделиться своими мыслями и переживаниями на тему, о которой говорилось ранее, а затем, возможно, переключить внимание группы на другую тему. Для этого модератору надо иметь наготове несколько тем, о которых он хотел бы завязать

разговор в группе. Если участники не против, то можно пригласить и профессионала для беседы и ответов на вопросы. Но это в виде исключения. Как правило, я никогда не приглашала психологов, исследователей, журналистов на наши встречи, даже если ко мне обращались с подобными просьбами. Поступить иначе значило бы подвести участников и нарушить принцип конфиденциальности. Чаще всего просили посетить встречу в группе студенты: им это нужно было для студенческой практики, научной работы.

Теперь о том, насколько уместно иметь второго модератора встреч. С моей точки зрения, если такая возможность есть, это идет на пользу дела. Прекрасно, но не всегда осуществимо, когда каждую встречу проводят два модератора, один из которых профессиональный психолог.

Во время встреч это позволяет лучше и точнее оценивать ситуацию (две пары глаз лучше, чем одна). Если возникают какие-то проблемы с отдельным членом группы, то второй человек поможет справиться с проблемой без прерывания беседы. Модераторы могут делиться друг с другом мнением после встречи, как она прошла, что можно улучшить и т.п. У меня дважды были помощницы, и наше взаимодействие только шло на пользу группе. Увы, у каждого свои обстоятельства и приоритеты, и теперь я работаю без помощников.

Несколько слов о правилах проведения встреч. Вначале каждой встречи, особенно если есть новички, я зачитываю наши правила. Правила были переведены мною с английского и взятых из предложенных в пособии правил для организации групп [11, с. 37]. Кое-что я добавила сама.

### **ПРАВИЛА ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ**

1. Пожалуйста, приходите вовремя.
2. Информация, которой делятся в группе, строго конфиденциальна.
3. Мы учимся лучше всего, когда слышим об опыте других, а не благодаря советам.
4. Если вы хотите о чем-то больше узнать, задавайте вопросы. Пожалуйста, не осуждайте других и не указывайте на ошибки остальных в мыслях и поведении.
5. Уважайте мнение других участников. То, что не помогло вам, может помочь кому-то.
6. Делитесь своим опытом, даже если он был неудачен. Вы сможете помочь кому-то избежать ваших ошибок.
7. Уважайте горе другого человека. Не перебивайте.
8. Дайте всем возможность высказаться, старайтесь не доминировать в беседе.

9. Не ожидайте, что другие решат ваши проблемы или дадут вам совет.

10. Будьте открыты к идеям других.

11. В группе не обсуждаются политика, религия и национальность. Просьба избегать бранные выражения.

12. Пожалуйста, не делитесь наглядными деталями о своей утрате, так как это может быть очень болезненно и вызвать плохую реакцию у других членов группы.

13. Дайте себе шанс. Если вам кажется, что первая встреча не помогла, пожалуйста, придите еще несколько раз прежде чем убедиться, что эта группа не для вас.

Теперь о том, где проводить встречи. Места для очных встреч могут быть самые разные: религиозное учреждение, похоронный дом, больница или любое учреждение сферы здравоохранения, общественный центр, библиотека и пр. Самое лучшее — чтобы можно было добраться до этого места общественным транспортом, чтобы были доступны удобства и чтобы было достаточно просторное помещение, где можно было бы поставить стулья кружком и рассадить людей. Надо постараться, чтобы никто из посторонних не мог бы слышать, о чем говорят в группе, и чтобы звуки извне не мешали общению.

Очные встречи организуются не чаще 1-2 раз в месяц, а виртуальные могут быть и чаще, 1-2 раза в неделю и 1 раз в две недели. Все зависит от организаторов, их желания и времени, имеющегося в их распоряжении. Очные встречи в моей группе продолжались полтора часа и они были вечером, раз в месяц. Виртуальные еженедельные встречи длились не больше часа.

Нереально ожидать, что люди из открытого типа групп будут присутствовать на каждой встрече. Идеальное число людей в группе небольшое, от 6 до 12 человек. Когда 15-20 человек в группе, то вести ее труднее. Трудно предсказать, сколько людей придет. В виртуальной бесплатной группе даже если вы рассылаете приглашение с просьбой сообщить о том, придут люди или нет, вопрос присутствия решает сам участник. А жизнь постоянно вносит коррективы в любые планы. Если людей меньше, чем вы рассчитываете, это не причина для огорчений. Даже если придет 1-2 человека, помните, что вы делаете очень нужное и благое дело. Малое число участников даст возможность выговориться, рассказать свою историю гораздо подробнее. Если посещаемость продолжает быть низкой, то нужно подумать, отчего это так: может, время и место для встреч выбраны неудачно, может, необходимо шире распространить сведения о группе

(распечатать объявления, позвонить или написать в разные учреждения, имеющие отношение к данной проблеме или утрате), может что-то в поведении модератора или одного из членов группы раздражает присутствующих? Словом, стоит призадуматься.

По поводу распространения сведений о группе. Каждый решает сам, куда обращаться, но, на мой взгляд, в наш электронный век быстрее и проще всего распространить сведения о встречах через социальные сети, по электронной почте, позвонив в соответствующие здравоохранительные, религиозные, социальные учреждения, похоронные дома и пр. Желательно также составить анонс о группе и месте встреч: что, где, когда, к кому обратиться. Распространяя сведения, модератору следует оставить контактную информацию (либо свой телефон, либо адрес эл. почты), чтобы желающие смогли связаться с ним/с нею и задать вопросы. Если состоится предварительный разговор с потенциальным членом группы, то он позволит избежать недопонимание и ошибки при встречах. Однако не всегда представляется возможность предварительной беседы и, на мой взгляд, ничего страшного в этом нет. К сожалению, из-за нехватки времени я очень редко предварительно беседовала с теми, кто приходил в мои группы, и практически никогда не имела проблем с этим. Только однажды в очную группу пришел мужчина, переживающий смерть родителей, умерших естественной смертью. Так случилось, что у меня и моей помощницы он в тот день был единственным участником группы. Мы побеседовали с ним и пришли к выводу, что этот человек нуждается в индивидуальном психологическом консультировании и социальной поддержке, но он не может участвовать в нашей группе. Иногда в группу просятся люди с суицидальными намерениями. В этом случае я рекомендую им линии психологической помощи и группы поддержки для людей с психическими проблемами. В нашу группу я их принять не могу, и я им ясно даю это понять с самого начала.

Модератору рекомендуется иметь перед началом встречи разграфленный листок бумаги, куда присутствующие впишут свою контактную информацию, чтобы модератор и остальные члены группы при желании могли бы с ними связаться. В случае виртуальной группы модератору следует поощрять общение и взаимопомощь членов группы, так как все это благоприятно для преодоления изоляции и одиночества.

Когда пришедшие оказываются в одном пространстве, виртуальном либо реальном, можно кратко с ними поговорить, поделиться материалами. После того как все рассказываются модератор зачитывает правила группы. Затем каждый, начиная с модератора, кратко говорит о себе: имя, в каком городе или районе живет, кто умер и когда. Этот этап ознакомления очень важен:

во-первых, все убеждаются, что на встрече нет посторонних людей, и это позволяет чувствовать себя более комфортно, преодолевается чувство изоляции. Во-вторых, и это особенно важно для тех, у кого рана еще очень свежа, проговаривается немыслимое, невозможное: озвучивается утрата. Для многих говорить о самом больном и страшном очень нелегко, и это проговаривание вслух вызывает слезы.

После этого идет общая беседа на темы, предложенные ведущим. Однако разговор часто отклоняется от темы, и это в порядке вещей. Иногда предлагается поговорить о том, какие вопросы представляются участникам наиболее важными, о чем бы они хотели спросить остальных.

Мы обсуждаем эмоциональные, физиологические, поведенческие, когнитивные, духовные реакции на утрату. Мы подробно говорим об эмоциях, иногда уделяя одной эмоции отдельную встречу (чувства гнева, вины, стыда). О том, что мы делаем или сделали с вещами покойного. О реакциях окружающих: на работе, дома, друзья и пр., о чувствах изоляции и одиночества. Как отмечают годовщины утрат и дни рождения умершего/ умершей? Что помогает нам справляться с бедой? Какие специфические вещи вы делаете, чтобы помочь себе? Что вы делаете из того, что вам не помогает? Что мы думаем о будущем? Как мы заботимся о себе? Что избавляет нас от стресса? Что или кто дает нам поддержку? Что добавляет стресса и переживаний в вашу жизнь? Подавляете ли вы свои эмоции либо они берут верх над вами? Встречаетесь ли вы с новыми людьми? Выходите ли на улицу? Давят ли на вас окружающие с тем, чтобы ваша скорбь скорее закончилась? Как вы отвечаете на вопросы окружающих? Что доставляло вам радость? Как вы себя видите через неделю, через месяц и через год? Что вы не хотите делать? Как вы изменились? Что не дает вам спать по ночам? Как вы отмечаете главные праздники? Какого рода помощь вам необходима физически или эмоционально? На какие темы вам до сих пор трудно говорить с семьей и друзьями? Почему? К кому вы обращаетесь, когда нуждаетесь в помощи? Есть ли человек, который вас поддерживает? Модератору не следует настаивать, чтобы обсуждали ту тему, которую он предложил. Главное, чтобы шла беседа и люди высказывались и делились друг с другом. Нет необходимости делиться своим опытом и комментировать то, что сказано, хотя иногда следует вмешаться, в зависимости от обстановки.

Важно, чтобы модератор задавал вопросы открытого типа, предполагающие развернутый ответ, а не «да» и «нет». Он дает возможность высказаться всем, даже наиболее молчаливым, в то же время никого не принуждая. Так, у меня в американской группе есть мужчина, у которого покончила с собой жена. Он только представляется вначале, но затем не задает никаких вопросов и ни о чем

не говорит, хотя присутствует на встрече с выключенным видео. Полагаю, что ему наши беседы что-то дают, иначе он бы не возвращался и не тратил время снова и снова на пребывании в нашей группе.

Возникают и проблемы: к примеру, если человек не готов к общению в группе и ему явно больше подойдет индивидуальное консультирование, либо он хочет обращаться к другим с вопросами, не имеющими отношения к центральным задачам группы, либо ведет себя чересчур воинственно и агрессивно, словом, множество моментов, предсказать которые нельзя.

Виртуальные встречи в этом отношении сложнее, потому что модератору не всегда легко уловить, кто хочет говорить. Существуют варианты с виртуальным поднятием руки, но иногда люди не знают, как этим пользоваться, и слегка уловимыми движениями рук и выражением лиц дают понять, что хотят что-то сказать. Важно не пропустить эти моменты и дать всем слово. Иногда модератору непросто решить, следует ли остановить чей-то эмоциональный затянувшийся монолог. Взвешивая «за» и «против» вмешательства в беседу, иногда я ловлю себя на мысли, что это единственная возможность для некоторых высказать наболевшее и наиболее мучительное. Если член группы не ведет себя подобным образом каждый раз, то ему вполне допустимо поговорить немного дольше. К видам нежелательного поведения относятся:

- Прерывание чьей-то речи
- «Чтение мысли» (утверждение, что они знают, как другие чувствуют или действуют)
- Предложение непрошенных советов
- Высказывание суждений о чувствах и действиях других
- Проецирование собственного опыта на других
- Противопоставление мнениям и верованиям остальных, особенно если это предлагается в конфронтационной манере
- Прозелитизм (пытаться, чтобы остальные члены группы копировали их определенный стиль поведения и реакции на происшедшее)
- Прерывание течения встречи (постоянные опоздания, отклонения от темы или вовлечение в посторонние беседы кого-то из группы)
- Соревнование с модератором за контроль над встречей, включая постоянные предложения собственного «экспертного» мнения и информации [12, с. 50–51].

Важно заканчивать встречу вовремя, потому что у людей разные планы; некоторые могут спешить, и возникнет чувство неловкости, если все продолжат участвовать в беседе, а кто-то будет вынужден уйти. Можно подытожить то, о чем шел разговор, можно попросить всех поделиться,

извлекли ли они из сегодняшней встречи что-либо, прочитать стихотворение, зажечь свечи или предложить минуту молчания в память об умерших. После того как встреча закончится, надо дать возможность людям пообщаться еще немного и обменяться контактной информацией, если они хотят.

Роль модератора двойная: участник-обозреватель. Он может поделиться своим опытом. Он способствует тому, чтобы взаимодействие и общение между членами группы во время встречи протекало непрерывно и уважительно. Модератору следует обращать внимание на конфликты, иногда возникающие между членами группы, а также на суицидальные мысли, высказываемые иногда ими. В обоих случаях модератору надо постараться пообщаться с людьми с глазу на глаз, по телефону или лично, чтобы тем самым предотвратить проблемы и даже беду (особенно когда возникает угроза, что скорбящий намерен покончить с собой). Если угроза суицида выглядит реально осуществимой, у человека есть план и конкретное представление, как он покончит с собой, модератору следует направить члена группы обратиться к профессиональной помощи: психолог, больница, скорая помощь и пр. При всех добрых намерениях, модератор чаще всего не профессионал, а рядовой, просто более опытный член группы, и он не может, не в силах брать на себя ответственность за чью-либо жизнь. Модераторы никого не выправляют и не исправляют, не выдают готовые рецепты, а признают значимость каждого чувства и высказывания. Как заметила одна из модераторов групп поддержки, «Мы здесь не для того, чтобы спасти, а для того, чтобы служить».

Если модератор не разделяет этой простой мысли и чрезмерно себя перегружает заботами о членах группы, звонит им постоянно, справляется, почему кто-то не приходит и пр., то может произойти эмоциональное выгорание и физическая усталость. Горюющие нуждаются в заботе и поддержке, и невозможно, чтобы вся оказываемая помощь исходила только от вас. Вы просто не в состоянии обеспечить ее. Вы помогаете чем и как можете, но до определенного предела, за границами которого находится необходимость для тех, кто горюет, самостоятельно поддерживать свой эмоциональный и психологический баланс.

Вот некоторые ошибочные взгляды по поводу групп поддержки.

Миф: Группы поддержки не располагают готовыми ответами.

Факт: Конечно, эти группы — не волшебное средство для ваших проблем, но вы получите некоторые ответы на вопросы и много поддержки, прорабатывая чувствительные и тяжелые темы.

Миф: От меня потребуется поделиться моей историей.

Факт: В большинстве групп вы можете решить говорить (или нет) в зависимости от вашего уровня комфорта.

Миф: Другие участники могут нападать на меня или критиковать меня.

Факт: Хорошая группа устанавливает границы дозволенного и требует от участников проявлять эмпатию и уважение друг к другу.

Миф: Я буду себя чувствовать более депрессивно после посещения встреч в группе.

Факт: Даже такое простое действие, как поделиться своими проблемами, может подействовать в качестве катарсиса или психологической разрядки. Большинство людей почувствуют подъем духа и воодушевление после посещения группы поддержки. [13].

Люди боятся своих эмоций, стыдятся слез, чувствуют неловкость оттого, что им придется говорить с незнакомыми людьми о самом больном. Стыдятся выносить «скелеты из шкафа». Но в реальности, когда они попадают в группу, чаще всего они не жалеют о проведенном там времени. В сущности нет никаких проблем и препятствий для того, чтобы число групп поддержки для горящих росло. Существование групп не требует никаких затрат. Даже встречи по Zoom можно проводить бесплатно 40 минут. Почему так мало тех, кто создает группы? Позволю предположить несколько причин:

Инерция следования исключительно традиционным способам реагирования на утрату и боль

- Страх перед возможными ошибками
- Чувство собственной уязвимости, когда придется открыто говорить окружающим о своих бедах и горестях. Психологически непросто вынести «на люди» свою боль и переживания, даже если утрата произошла давно.
- Нехватка личного времени
- Неверие в эффективность группы.

Одним из наиболее эффективных средств преодоления стигматизации суицида и изоляции тех, кто потерял близких или кто пытался убить себя, является организация пеших походов в поддержку этих людей. Такое мероприятие под силу какой-либо общественной организации, но можно скооперироваться и группам и выйти всем вместе на свежий воздух под лозунгам «Из тьмы к свету». Это дело очень нужное, хотя и непростое. Автор этой статьи неоднократно принимала участие в подобных мероприятиях в Нью-Йорке и никогда не была разочарована. Походы были организованы Американским фондом превенции суицида.

Возвращаясь к теме групп, замечу, что мне не встретилась информация о российских программах подготовки модераторов не для психологов. Но надеюсь, что все это до поры до времени. Как сказал Лао-Цзы, «дорога в тысячу ли начинается с первого шага». И еще, как говорится, тот, кто

не хочет что-то сделать, ищет причину, а кто хочет что-то сделать, — ищет возможность. Если руководствоваться этим подходом, то я надеюсь, что сеть групп будет расширяться. Ведь начало положено.

### Список литературы

1. Картавенко, Е. ««Я словно прокаженная». Что дают вдовам группы поддержки». <https://pro-palliativ.ru/blog/ya-slovno-prokazhennaya-chto-dayut-vdovam-gruppy-podderzhki/>, дата обращения 07.04.2025.
2. «Группы психологической поддержки» <https://psy.group/%D0%B3%D1%80%D1%83%D0%BF%D0%BF%D1%8B/#group001>, дата обращения 07.04.2025.
3. «Группы поддержки, где вас услышат и помогут». <https://mezdunami.tineodna.ru/>, дата обращения 07.04.2025.
4. «10 бесплатных групп психологической помощи». 15. 09. 2022. <https://journal.tinkoff.ru/short/support-group/>, дата обращения 07.04.2025.
5. «Группы взаимопомощи для родителей, потерявших детей RENACER.RU <https://www.renacer.ru/1>, дата обращения 07.04.2025.
6. Картавенко, Е. ««Я словно прокаженная». Что дают вдовам группы поддержки». <https://pro-palliativ.ru/blog/ya-slovno-prokazhennaya-chto-dayut-vdovam-gruppy-podderzhki/>, дата обращения 07.04.2025.
7. «Группа поддержки вдов» <https://vk.com/podderzhkavdov64>, дата обращения 07.04.2025.
8. <https://vmesteradizhizni.ru/gruppa-podderzhki-dlya-prozhivayushhih-utratu-kogdamozhno-s-kem-to-razdelit-stanovitsya-legche/>, дата обращения 07.04.2025.
9. Захарченко, А. «Группы помощи для потерявших близких: ты не один». <https://www.miloserdie.ru/article/gruppy-pomoshhi-dlya-poteryavshih-blizkih-ty-ne-odin/>, дата обращения 07.04.2025.
10. Превенция Самоубийств: Как организовать группу самопомощи для лиц, переживших утрату близкого в результате самоубийства. Одесса: Всемирная организация Здравоохранения. Одесский Национальный Университет им. И.И. Мечникова. 2005 г. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87734/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.6\\_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87734/WHO_MNH_MBD_00.6_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y), дата обращения 07.04.2025.
11. Jordan, John R., Ph.D. and Joanne L. Harpel, J.D., M.Phil. Facilitating Suicide Bereavement Support Groups: Self-Study Manual. American Foundation for Suicide Prevention: New York, 2007.
12. Ibid.
13. Hoy, Tony. “Support Groups: Types, Benefits and What to Expect”. HelpGuide.org <https://www.helpguide.org/articles/therapy-medication/support-groups.htm>, дата обращения 07.04.2025.

### Информация об авторе

Алавердова Лиана Леонидовна, магистр по истории и преподаванию истории (АГУ, Баку, Азербайджан) и Библиотечному делу (Queens College, NY). Автор публикаций стихов и документальной прозы и 14 книг на русском или на двух языках,

включая четыре книги по популярной психологии на тему суицида и горевания: «Самоубийство: до и после. Для тех, кто переживает утрату». Чикаго: InSignificant Books, 2013; «Брат мой, брат мой... Горюющим после самоубийства близкого». Москва: ОООИ «Новые возможности», 2014, «Что можно сделать, когда сделать уже ничего нельзя». Москва: ИД «Городец», 2021 и «Пережить утрату близкого человека: как помочь себе и другим». Санкт-Петербург: Питер, 2023. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3362-515X>



**Ассоциация  
когнитивно-поведенческой  
психотерапии**

- Член Европейской Ассоциации КПП (ЕАВСТ)
- Член Всемирной Конфедерации КПП (World Confederation of CBT)
- Член Международной Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Терапии (IACBT)
- Создана в 1999 году
- Имеет 30 отделений в регионах
- Более 3500 членов Ассоциации КПП
- Лицензия на образовательную деятельность № 2216 от 13.10.2016

**Миссия — развитие когнитивно-поведенческой терапии в России**

Телефон: 8-800-302-96-16

Email: [office@associationcbt.ru](mailto:office@associationcbt.ru)

Сайт: [associationcbt.ru](http://associationcbt.ru)

ВК: <https://vk.com/associationcbt>

ТГ: <https://t.me/associationcbt>

**Присоединяйтесь к сообществу научно обоснованной психотерапии!**



**BeCBT**  
online

**Многофункциональный бесплатный сервис  
для когнитивно-поведенческих психологов:**

- Работа с клиентами как в виде индивидуальной сессии, так и в группах, а также лекции в формате вебинара
- Профессиональное общение и развитие на мероприятиях, конференциях, форумах Ассоциации КПП
- Автоматизированные методики, техники, ведение дневников и тестирование
- Доступ к актуальным новостям и событиям в мире КПП

**Платформа BeCBT.online — это ваш современный рабочий кабинет психолога. Пройдите регистрацию на сайте или скачайте удобное приложение BeCBT.online на смартфон или планшет.**

Email: [help@becbt.online](mailto:help@becbt.online)

Сайт: [becbt.online](http://becbt.online)

ВК: <https://vk.com/becbt.online>

ТГ: <https://t.me/cbtonline>

**Присоединяйтесь к практике научно обоснованной психотерапии!**



**МИР КПТ**  
МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ  
КОГНИТИВНО-  
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ  
ТЕРАПИИ

- Более 1000 студентов в год
- Экосистема обучения-практики-поддержки
- Знания от основателей метода
- Новая школа психотерапии

Международный Институт Развития Когнитивно-Поведенческой Терапии (МИР КПТ) предлагает профессиональную переподготовку специалистов в научно обоснованных подходах психотерапии для всех, кто хочет помогать людям на профессиональной основе.

Телефон: 8 800 101-46-18  
Email: [mir@cbt.university](mailto:mir@cbt.university)  
Сайт: <https://cbt.university>  
VK: <https://vk.com/public217611280>  
TG: <https://t.me/mirkpt>



Обращаясь в КПТ-центры BeCBT, вы получаете психологическую поддержку крупнейшего сообщества КПТ-специалистов, которые подготовлены Ассоциацией когнитивно-поведенческой психотерапии: профессиональной российской организацией в области когнитивно-поведенческого подхода. Все сотрудники КПТ-Центров прошли тщательный отбор и неоднократное обучение методу когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) у экспертов в России и различных странах мира. Имеют достаточный опыт клинической практики и стаж работы.

Миссия КПТ-центров состоит в том, чтобы сделать жизнь людей гармоничной и благополучной, принести удовлетворенность, улучшить ее качество и способствовать подлинной самореализации человека.

Телефон: 88003023920

Email: [1@becbt.ru](mailto:1@becbt.ru)

Сайт: [becbt.ru](http://becbt.ru)

ВК: <https://vk.com/becbt>

ТГ: [https://t.me/BeCBT\\_channel](https://t.me/BeCBT_channel)

Подписано в печать 24.04.2025г.  
Формат 60 × 84/16 Бумага офсетная.  
Усл. печ. л. 18. Заказ № 6665.  
Тираж 600 экз.

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