Министерство образования Республики Беларусь

Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка

Белорусский государственный университет

Киевский национальный университет
имени Тараса Шевченко

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Материалы
Международной научно-практической конференции

г. Минск, 5–7 октября 2018 г.

Научное электронное издание
локального распространени

Минск
БГПУ
2018

ISBN 978-985-541-529-0

© Оформление. БГПУ, 2018

УДК 159.99
ББК 88.4
К57

Редколлегия:
С. И. Коптева, кандидат психологических наук, доцент;
Д. Г. Дьяков, кандидат психологических наук, доцент;
С. А. Игумнов, доктор медицинских наук, профессор;
В. Е. Морозов, кандидат психологических наук, доцент;
И. А. Громова, кандидат психологических наук, доцент;
С. Н. Жеребцов, кандидат психологических наук, доцент;
М. Н. Мисюк, кандидат медицинских наук, доцент

К57 **Когнитивно**-поведенческий подход в консультировании и психотерапии : материалы Междунар. науч.-практ. конф., г. Минск, 5–7 октября 2018 г. / Бел. гос. пед. ун-т им. М. Танка ; редкол. : С. И. Коптева [и др.]. – Минск : БГПУ, 2018.

ISBN 978-985-541-529-0.

В сборнике представлены материалы исследований, посвященных разработке теоретических и практических аспектов решения разнообразных психологических проблем и лечения нервно-психических расстройств средствами когнитивно-поведенческой терапии. Анализируются наиболее эффективные техники консультирования, рассматривается ряд инновационных терапевтических программ, опыт их практического применения.

Адресуется специалистам-практикам в области когнитивно-поведенческой терапии, преподавателям, магистрантам и студентам.

Минимальные системные требования:
Операционная система Windows 98 и выше
Процессор Pentium III, RAM 32 Mb (ОЗУ), HDD 250 Mb
Видеоадаптер с разрешением 800×600, 256-цветов,
32 Mb видеопамяти, DVD-ROM, мышь

© Оформление. БГПУ, 2018

Программное обеспечение: Adobe Acrobat Reader

Дата подписания к использованию 01.10.18. 1,75 Mb. Тираж 5 электрон. экз. Заказ 511.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка».

Свидетельство о государственной регистрации издателя печатных изданий № 1/236 от 24.03.14.
ЛП № 02330/448 от 18.12.13. Ул. Советская, 18, 220030, Минск.

ОГЛАВЛЕНИЕ

О ПУСТОМ УСИЛИИ 6
А. М. Бурно 6

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ПСИХОТЕРАПИИ 10
Д. Г. Дьяков, Л. Г. Пономарева, А. И. Слонова 10

СМЕШАННЫЕ ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (клиника, диагностика, лечение) 19
М. М. Важенин, А. И. Мартыненко, И. В. Быченко 19

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ 28
М. М. Важенин, А. И. Мартыненко, И. В. Быченко 28

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД «ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ И ПЕРЕРАБОТКА ДВИЖЕНИЯМИ ГЛАЗ» (ДПДГ) И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИ ПСИХОГЕННЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЯХ 35
В. А. Доморацкий 35

ABOUT AN EMPTY EFFORT 6
A. M. Burno 6

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AS A «GOLD STANDARD» OF PSYCHOTH ERAPY 10
D. Dyakov, L. Ponomareva, A. Slonova 10

MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDER (clinic, diagnostics, treatment) 19
M. M. Vazhenin, A. I. Martynenko, I. V. Bychenko 19

COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH IN PSYCHIATRY AND NARCOLOGY 28
M. Vazhenin, A. Martynenko, I. Bychenko 28

PSYCHOTHERAPEUTIC METHOD EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) AND ITS USE IN PSYCHOGENIC SEXUAL DYSFUNCTIONS 35
V. Domoratsky 35

ТЕХНОЛОГИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ «НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ»..... 45

С. А. Игумнов 45

РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИЕЙ..... 72

Е. В. Костюченко 72

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ: УМНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОГНИТИВИЗМА ИЛИ БИХЕВИОРАЛЬНЫЙ ЗОНТИК..... 81

А. П. Лобанов, Н. В. Дроздова, К. С. Жаранков 81

ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ В МОДЕЛЯХ А. ЭЛЛИСА И А. БЕКА 94

О. М. Радюк, А.Г. Каменюкин, Ю. А. Ерухимович, И. В. Басинская...94

МАЙНДФУЛНЕС-ОРИЕНТИРОВАННАЯ КПТ – НОВЫЙ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЦИДИВА ДЕПРЕССИИ..... 105

О. И. Романчук 105

TECHNOLOGIES COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN WORK WITH PATIENTS SUFFERING FROM ADDICTION FROM «NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES»..... 45

S. Igumnov 45

EARLY DESADAPTIVE SCHEMA OF WOMEN SUFFERING FROM DEPRESSION 72

A. Kastsiuchenka 72

COGNITIVE AND BEHAVIOURAL THERAPY: CLEVER LOCALIZATION OF KOGNITIVIZM OR BEHAVIORAL UMBRELLA..... 81

A. Lobanov, N. Drozdova, K. Zharankov 81

THE POINTS OF CONTACT IN THE MODELS OF A. ELLIS AND A. BECK 94

O. Radyuk, A. Kamenyukin, Y. Yerukhimovich, I. Basinskaya.....94

CBT-ORIENTED MINDFULLNESS – A NEW EFFECTIVE METHOD OF PREVENTING RELAPSE OF DEPRESSION 105

O. Romanchuk 105

ПРИНЦИПЫ И ПРИЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ В ФЕДЕРАТИВНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ГЕРМАНИЯ ... 120

В. Г. Ромек 120

ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МЕТОДОМ А. ЭЛЛИСА..... 126

Е. А. Ромек 126

САМОКРИТИКА КАК ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН: ОБЗОР СТРАТЕГИЙ РАБОТЫ С САМОКРИТИКОЙ В РАЗНЫХ ПОДХОДАХ КПТ..... 133

Е. В. Сивизина 133

PRINCIPLES AND METODS OF PSYCHOLOGICAL TRAINING OF THE LAW ENFORCEMENT SERVICE EMPLOYEES IN THE FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY 120

V. Romek..... 120

DESENSIBILIZATION IN THE THERAPY OF ANXIETY DISORDERS BY THE METHOD OF A. ELLIS 126

E. Romek 126

SELF-CRITICISM AS A TRANS-DIAGNOSTIC PHENOMENON: A REVIEW OF THE STRATEGIES FOR WORKING WITH SELF-CRITICISM IN DIFFERENT APPROACHES OF CBT..... 133

O. V. Sivizina 133

УДК 615.8

О ПУСТОМ УСИЛИИ

А. М. Бурно,
кандидат медицинских наук, РУДН,
г. Москва

ABOUT AN EMPTY EFFORT

A. M. Burno,
MD, PhD, PFUR,
Moscow

Аннотация. Краткое тезисное изложение подхода «Терапия пустого усилия». Описывается психологический феномен, названный автором «пустым усилием». Пустое усилие заключается в стремлении управлять собственными душевными движениями прямым волевым образом. Обсуждаются особые виды эмоционального реагирования, в котором пустые усилия играют важную роль, виды пустых усилий. Описываются результаты когнитивной реорганизации.
Ключевые слова: пустое усилие; управление собственными душевными движениями; усилия воли; избыточные эмоциональные реакции; когнитивная дискуссия; методика инверсии возможностей.

Annotation. A brief abstract of the approach «Therapy of an empty effort». Empty Effort, tendency to manage an own psychological process by will-power only – is discovered. Special kind of emotional response, that have Empty Effort in it structure and kinds of Empty Efforts – is investigated. Possibility and outcomes of cognitive reorganization are discussed.
Keywords: empty effort; management an own psychological process; opportunities inversion method.

Развивая «терапию пустого усилия», мы исходим из двух «основополагающих» моментов. Первый: люди не имеют абсолютной власти над собственными душевными движениями – процессом появления представлений и чувств в собственном сознании. Второй: людям свойственно верить в прямо противоположное.

Второй момент представляет собой когнитивную установку в виде веры в самоопределение. Она часто не осознается, она нередко остается актуальной даже тогда, когда человек на сознательном уровне не придерживается таких взглядов. Вера в самоопределение обусловливает, например, ту легкость, с которой мы даем друг другу или самим себе следующие и подобные им советы: «Выкинь это

из головы!», «Возьми себя в руки!», «Будь проще!» и т.д. Хотя опыт часто наглядно показывает, что прямая реализация таких советов невозможна, многие из нас продолжают верить в то, что с помощью волевого напряжения здесь и сейчас можно изменить, например, свое наличное эмоциональное состояние или свои мысли, в то, что наши душевные движения подчиняются прямым командам со стороны «я».

У человека, «исповедующего» веру в самоопределение даже на неосознаваемом уровне (при определенных обстоятельствах) легко может возникнуть стремление эту веру реализовать. Тогда он сталкивается с первым «основополагающим» моментом, поскольку пытается совершить невозможное – прямым волевым образом управлять собственными душевными движениями, осуществить ментальное действие, не имеющее конкретного механизма реализации.

Пустое усилие – это непродуктивная попытка (стремление) управлять процессом мышления-чувствования прямым волевым образом, в отсутствии других, необходимых для его изменения факторов.

Пустое усилие (далее, ПУ) является очень частым и важным элементом психологических проблем и многих психопатологических расстройств.

ПУ – это реакция (ответ) на нежелательное в себе – таковым может быть здоровое негативное переживание или болезненный симптом. Реакция в виде попытки (непродуктивной, но энергетически насыщенной) прямым насильственным путем изменить это нежелательное в себе здесь и сейчас.

Существует два вида пустых усилий – позитивные и негативные. Негативное ПУ – это попытка прямым усилием воли подавить нежелательное переживание (симптом) или уменьшить его интенсивность (например, уничтожить в себе обиду или перестать тревожиться). Позитивное ПУ – это попытка прямым усилием воли создать или интенсифицировать переживание (например, включить вдохновение или испытать радость). Позитивное ПУ часто выглядит, как

попытка интенсифицировать работу собственного ментального аппарата.

Являясь реакцией, ПУ как бы присоединяется к негативным переживаниям или симптомам, накладывается на них.

Эта «добавка» к переживаниям и симптомам в виде ПУ вызывает дополнительные напряжение, тревогу и чувство вины, поскольку человек склонен объяснять непродуктивность своих попыток не тем, что их невозможно реализовать в принципе, а тем, что он «делает что-то не так». Например, тем, что он «плохо старается» (и тогда может наращивать «старания», которым по-прежнему некуда воплотиться). Как следствие ПУ развивает и поддерживает сильное внутреннее безысходное напряжение. В субъективном опыте напряжение от ПУ сливается с первичным душевным напряжением, связанным с негативными переживаниями и симптомами как таковыми. В результате противоречие между двумя «основополагающими» моментами приводит к увеличению страдания и душевной боли.

Существуют маркеры, позволяющие определить наличие ПУ в переживаниях пациента (клиента). Когда ПУ присоединяется к негативным эмоциональным реакциям, последние феноменологически выглядят как субъективно-избыточные. То есть субъективно такой собственный эмоциональный ответ ощущается как чрезмерный в самый момент его существования. Наличие ПУ в психопатологических переживаниях на феноменологическом уровне приводит к непринятию симптомов и отсутствию самосострадания.

Как только пустое усилие осознается как таковое (то есть, как только вера в возможность реализовать его здесь и сейчас становится равной нулю), оно перестает существовать.

Для поиска и устранения ПУ путем такого осознания разработан специальный технический прием – «Методика инверсии возможностей». Ядро приема состоит в особой когнитивной дискуссии (включающей в себя как логический спор, так и поведенческие эксперименты), позволяющей пациенту (клиенту) глубоко прочувствовать пустоту и тщетность существующих здесь и сейчас усилий

управлять собственными мыслями и приказывать собственным чувствам.

Терапевтическое удаление ПУ всегда связано с выраженным снижением (или исчезновением) психологического дискомфорта – так, например, субъективно-избыточные эмоциональные реакции теряют чрезмерность и проходят, смягчаются тревожно-депрессивные расстройства, снижается интенсивность навязчивых симптомов и т.д.

Краткосрочное применение методики можно рассматривать как ментальное «обезболивание» – симптоматическое облегчение душевной боли.

Долгосрочное применение методики формирует навыки самопомощи (в виде обезболивания) и может существенно повышать качество жизни и приводить к ощущению «личностной гармонизации», «свободы», «познанию себя настоящего», снижению внутренней и внешней конфликтности.

Методика инверсии возможностей легко сочетается с методиками осознанности и экспозиции. Эффекты последних легко объясняются через косвенное устранение пустых усилий, поскольку сами процедуры экспозиции-осознанности ставят пациента (клиента) в условия, в которых пустые усилия становятся невозможными.

Литература

1. Бурно, А. М. Терапия пустого усилия. Когнитивно-ориентированный подход к быстрому облегчению душевной боли: учебное пособие для врачей и психологов. – М. : РУДН, 2015. – 289 с.

УДК 159.9.07:615.851.1

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ПСИХОТЕРАПИИ

Д. Г. Дьяков,
канд. психол. наук, доцент,
БГПУ, Минск
Л. Г. Пономарева,
магистр психологии, преподаватель,
БГПУ, Минск
А. И. Слонова,
магистр психологии, преподаватель,
БГПУ, Минск

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AS A «GOLD STANDARD» OF PSYCHOTHERAPY

D. Dyakov,
PhD in Psychology, associate Professor,
BSPU, Minsk
L. Ponomareva,
Master of Psychology, lecturer,
BSPU, Minsk
A. Slonova,
Master of Psychology, lecturer,
BSPU, Minsk

Аннотация. В статье рассмотрены основные критерии, определяющие когнитивно-поведенческий подход как научный метод и современный «золотой стандарт» психотерапии: обоснованность, интерсубъективная проверяемость, проблемность, системность, прогрессизм, доступность. Доказано, что на современном этапе когнитивно-поведенческую терапию можно считать оптимальным психотерапевтическим стандартом.
Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия, «золотой стандарт», научность, обоснованность, доказательность.

Annotation. The article considers the main criteria that determine the cognitive-behavioral approach as a scientific method and the modern «gold standard» of psychotherapy: validity, intersubjective verifiability, problemativeness, systemic, progressivism, accessibility.
It is proved that at the present stage cognitive-behavioral therapy can be considered an optimal psychotherapeutic standard.
Key words: cognitive-behavioral therapy, «gold standard», scientific, validity, evidence.

Многие исследователи в области психического здоровья высказывают свою убежденность в том, что сегодня когнитивно-поведенческую терапию можно назвать «золотым стандартом» в области оказания психотерапевтической помощи [см., например, 6]. Отме-

тим, что под «золотым стандартом» («критериальным стандартом») мы подразумеваем оптимальный комплекс психотерапевтических методов, способствующих эффективной работе с рядом психических расстройств и психологических проблем.

Когнитивно-поведенческая терапия – это первый подход психотерапии, выстроенный на принципах доказательной медицины в соответствии со строгими критериями научности [6], который отвечает ряду признаков, специфицирующих научное знание (таких, как *обоснованность*, *интерсубъективная проверяемость*, *проблемность*, *системность*, *прогрессизм*). Далее охарактеризуем когнитивно-поведенческий подход по каждому из данных критериев.

Обоснованность когнитивно-поведенческой терапии заключается в том, что она имеет *объемную доказательную базу*. Первая научная работа, посвященная результатам применения данного метода при депрессии, была опубликована в 1977 году [21]. С 2017 по 2018 г. вышло более 3000 зарубежных статей (согласно базам данных научной литературы, предоставляемым NCBI), в которых проводятся различные мета-анализы или инструментально изучается эффективность когнитивно-поведенческой терапии. Российская научная электронная библиотека eLIBRARY с 2017 по 2018 гг. разместила более 500 русскоязычных научно-исследовательских работ, посвященных когнитивно-поведенческой терапии. На сегодняшний день эффективность ни одного другого психотерапевтического направления не подкрепляется настолько обширной базой эмпирических исследований, реализованных в соответствии с принципами научности и доказательности.

Когнитивно-поведенческая терапия открыта для изучения заинтересованными специалистами во всем мире не только благодаря распространенности литературы и обучающих курсов, но и ввиду своей систематизированной структуры, что делает данный подход более доступным для понимания и освоения. Такая возможность изучать те или иные феномены и практиковать в русле когнитивно-поведенческого подхода, а также проверять и развивать данный

метод мировым научным сообществом указывает на *интерсубъективную проверяемость* когнитивно-поведенческой терапии.

Когнитивно-поведенческий подход эффективен в работе с широким перечнем психических расстройств и нарушений, а также с различными возрастными и социальными группами. Обобщая имеющиеся данные, можно сказать, что когнитивно-поведенческая терапия работает над решением *объективных проблемных ситуаций* в рамках охраны психического здоровья. Так, мета-анализ 269 исследований [17] позволил выделить психические и неврологические проблемы, в отношении которых работа в русле когнитивно-поведенческой терапии имеет высокую эффективность: депрессия [7, 12, 23, 25], тревожные расстройства [16], обсессивно-компульсивное расстройство [11], хроническое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [4], фибромиалгия [3, 10], хроническая неспецифическая боль в нижней части спины [9], мигрень [5, 14], головная боль напряжения [7], инсомния [18] и другие заболевания.

В 2017 году был опубликован мета-анализ исследований, демонстрирующих то, что когнитивно-поведенческая терапия способствует снижению повторных попыток суицида [15]. Авторами было проанализировано 10 исследований. Совокупная выборка составила 1241 пациента, в том числе 219 имели, по крайней мере, одну повторную попытку самоубийства. Выявлено, что когнитивно-поведенческая терапия примерно вдвое снижала риск новой суицидальной попытки (в сравнении с обычным лечением без применения данного метода) [15].

Следует отметить, что в протоколах Национального Института здоровья США и Великобритании когнитивно-поведенческая терапия обозначается как метод «первого выбора» [22]. Следовательно, в лечении ряда расстройств этот подход доказательно более эффективен в сравнении с другими видами психотерапии, а также фармакотерапии.

Когнитивно-поведенческую терапию от ряда других методов отличает ее *системность*, т.е. логическая организованность, отраженная в используемых в рамках подхода протоколах. Терапевт работает с пациентом на основании утвержденной схемы лечения, включающей научно аргументированные этапы и количество необходимых терапевтических сессий.

Прогрессизм когнитивно-поведенческой подхода заключается в том, что в настоящее время это один из наиболее активно развивающихся методов психотерапии. Во-первых, когнитивно-поведенческая терапия в поиске потенциального повышения своей эффективности на данный момент активно интегрирует, методологически и научно обосновывая их результативность, методы других психотерапевтических направлений и традиций (например, психодрамы, психоанализа, гештальт-терапии; методы работы с зависимостями, медитативные буддистские методы и др.). Данная тенденция способствует развитию в рамках когнитивно-поведенческой терапии, в соответствии с ее теоретико-методологической базой, нескольких перспективных направлений: диалектической поведенческой терапии (DBT, dialectical behavioral therapy), терапии принятия и ответственности (ACT, Acceptance and commitment therapy), когнитивной терапии, базирующейся на осознанности (MBCT, Mindfulness-based cognitive therapy), мета-когнитивной терапии (MCT, Meta-cognitive therapy), метода уровней (MOL, Method of levels), терапии, сфокусированной на сострадании (CFT, Compassion-focused therapy) и др.

Во-вторых, в русле когнитивно-поведенческой терапии активно развиваются современные способы оказания психологической помощи, например, интернет-консультирование (ICBT, Internet-delivered cognitive-behavioral therapy). Существуют различные типы программ ICBT, которые обычно состоят из 8–12 модулей. Такая терапия может осуществляться через веб-сайты или приложения для гаджетов, бесплатно или за определенную плату, а также может иметь возможность персонального сопровождения психотерапевтом. Несмотря на наличие данных о том, что работа посредством интернет-технологий в рамках когнитивно-поведенческой терапии успешна на любом этапе течения болезни, эта форма чаще не рекомендуется для

пациентов с тяжелой степенью расстройства. Программы ICBT имеют доказанную эффективность для лиц с легкой формой отдельных нарушений или на ранней стадии их развития при наличии достаточной социальной поддержки пациента [8, 13, 24].

Когнитивно-поведенческая терапия является *доступным методом лечения.* Она относится к краткосрочным структурированным методам [20], что в совокупности с научной обоснованностью делает данный подход наиболее экономически целесообразным видом терапии и консультирования. С целью повышения финансовой доступности когнитивно-поведенческой терапии разработаны методы самопомощи для ряда расстройств (тревожных, депрессивных расстройств, ПТСР и др.). в ряде европейских стран (Великобритания, Украина), а также в США когнитивно-поведенческая терапия поддерживается страховой медициной.

В России, где направление только развивается, когнитивно-поведенческая терапия уже начинает последовательно приобретать репутацию перспективного метода, клинически обосновавшего свою эффективность. Например, в проекте клинических рекомендаций Комиссии Российского общества психиатров по диагностике и лечению панического расстройства обозначается, что «когнитивно-поведенческая (когнитивно-бихевиоральная) терапия, согласно исследованиям и практическим рекомендациям, является методом выбора при психотерапевтическом лечении панического расстройства» [цит. по 2]. При этом эффективность групповой психотерапии, гештальт-терапии, психоаналитически ориентированной и семейной терапии, поддерживающих групп для пациентов имеет ограниченные доказательства (отмечается, что данные методы могут быть полезны лишь в индивидуальных случаях) [2, 19].

На данный момент когнитивно-поведенческая терапия как направление психотерапии нова для Беларуси, но также начинает активно развиваться, особенно в русле исследования методов «третьей волны» при различных психических расстройствах, а также их воздействия на психофизическое здоровье. Так, Дьяков Д. Г. и Слонова А. И. изучают влияние программ когнитивной терапии, базирующейся на осознанности (Mindfulness), на когнитивные процессы. Авторами эмпирически выявлено, что данная технология оказывает положительное влияние на показатели точности и эффективности внимания, а также кратковременной памяти. При повторном тестировании когнитивных способностей у участников эксперимента обнаруживается статистически значимое улучшение функционирования данных параметров. Помимо этого, большинство участников контрольной группы отмечают появление и усиление субъективного чувства благополучия, повышение работоспособности, а также наличие положительного релаксационного эффекта от практик, уменьшение бессонницы, тревожности [1].

Подчеркнем, что, несмотря на достаточное количество весомых преимуществ когнитивно-поведенческой терапии, при ее применении сохраняется определенный процент рецидивов, а длительность терапевтической интервенции при тяжелых формах расстройств может увеличиваться до года и более. Все это, однако, не препятствует отнесению когнитивно-поведенческого подхода к «золотому стандарту» психотерапии по совокупности выделенных критериев и принципов ее развития и функционирования.

Резюмируя, отметим, что когнитивно-поведенческая терапия имеет прочный доказательный базис, который подкрепляется ежегодными многочисленными научными исследованиями, и является методом первого выбора в клинических протоколах и рекомендациях; это позволяет нам говорить о том, что на сегодняшний день КПТ является наиболее эффективным и перспективным метод психотерапии.

Литература

1. Дьяков, Д. Г., Слонова, А. И. Практика осознанности как стратегия развития когнитивных процессов: анализ результатов эксперимента / Д. Г. Дьяков, А. И. Слонова // International Scientific-Practical Conference

Actual questions and problems of development of social sciences: Conference Proceedings, June 28-30, 2016. – С. 153–157.
2. Проект клинических рекомендаций по лечению Панического расстройства [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://psychiatr.ru/news/760. – Дата доступа: 10.09.2018.
3. Bernardy, K., Klose, P., Busch, A. J. et al. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia / K. Bernardy, P. Klose, A. J. Busch // Cochrane Database Syst. Rev. – 2013.
4. Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M. et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults / J. I. Bisson, N. P. Roberts, M. Andrew // Cochrane Database Syst. Rev. – 2013.
5. Campbell, J. K., Penzien, D. B., Wall, E. M. Evidence-based guidelines for migraine headaches: behavioral and psychological treatments [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.aan.com. – Дата доступа: 16.07.2018.
6. David, D., Cristea, I., Hofmann, S. G. Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy / D. David, I. Cristea, S. G. Hofmann // Frontiers in Psychiatry. – 2018. – Vol. 9. – P. 4–7.
7. Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S. et al. Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention of Relapse and Recurrence in Major Depression / K. S. Dobson, S. D. Hollon, S. Dimidjian et al. // Journal of consulting and clinical psychology. – 2008. – № 76(3). – P. 468–477.
8. Ebert, D. D., Zarski, A. C., Christensen, H., Stikkelbroek Y., Cuijpers P., Berking M., Riper H. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials / D. D. Ebert, A. C. Zarski, H. Christensen, Y. Stikkelbroek, P. Cuijpers, M. Berking, H. Riper // PLoS One. – 2015. – № 10(3).
9. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. – J. Eur. Spine. – 2006. – Vol.15 (Suppl. 2). – P. 192–300.
10. Fitzcharles, M. A., Ste-Marie, P. A., Goldenberg D.L. et al. Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary / M.A. Fitzcharles, P.A. Ste-Marie, D.L. Goldenberg // Pain Res. Manag. – 2013. – Vol. 18(3). – P. 119–126.

11. Gava, I., Barbuli, C., Aguglia, E. et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD) / I. Gava, C. Barbuli, E. Aguglia // Cochrane Database Syst. Rev. – 2007.
12. Geschwind, N., Peeters, F., Huibers, M., van Os J., Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial / N. Geschwind, F. Peeters, M. Huibers, van Os J., M. Wichers // Br J Psychiatry. – 2012. – № 201(4). – P. 320–325.
13. Gratzer, D., Khalid-Khan F. Internet-delivered cognitive behavioural therapy in the treatment of psychiatric illness / D. Gratzer, F. Khalid-Khan // CMAJ. – 2016. – Vol. 188(4). – P. 263–272.
14. Goslin, R. E., Gray, R. N., McCroy D. C. et al. Behavioral and Physical Treatments for Migraine Headache / R. E. Goslin, R. N. Gray, D. C. McCroy // Technical Review., 1999. – 114 p.
15. Gøtzsche, P. C., Gøtzsche, P. K., Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review / P. C. Gøtzsche, P. K. Gøtzsche // JR SocMed. – 2017. – Vol. 110(10). – P. 404–410.
16. Hofmann, S. G., Smits, J. A. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials / S. G. Hofmann, J. A. Smits // J Clin Psychiatry. – 2008. – № 69(4). – P. 621–632.
17. Hofmann, S. G., Asnaan, A., Vonk, I., et al. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses / S. G. Hofmann, A. Asnaan, I. Vonk // Cognit Ther Res. – 2012. – Vol. 35(5). – P. 427–440.
18. Mitchell, M. D., Gehrman, P., Perlis, M. et al. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review / M. D. Mitchell, P. Gehrman, M. Perlis // BMC Fam. Pract. – 2012. – № 13. – P. 40–55.
19. National Institute for Clinical Excellence et al. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care // London: National Collaborating Centre for Mental Health. – 2011.
20. Norcross, J. C., Karpiak, C. P., Santoro, S. O. Clinical psychologists across the years: the division of clinical psychology from 1960 to 2003 / J. C. Norcross, C. P. Karpiak, S. O. Santoro // J. Clin. Psychol – 2005. – Vol.61. – P. 1467–1483.
21. Rush, J., Beck, A. T., Kovacs, M., Hollon S. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed

outpatients / J. Rush, A. T. Beck, M. Kovacs, S. Hollon // Cognitive Therapy and Research. – 1977. – Vol. 1. – P.17–37.
22. Talking Therapies – NICE Guidelines [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.rethink.org/diagnosis-treatment/treatment-and-support/talking-treatments/nice. – Дата доступа: 10.04.2018.
23. Tolin, D. F. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review / D. F. Tolin // Clin Psychol Rev. – 2010. – № 30(6). – P. 710–720.
24. Zhou, T., Li X., Pei, Y., Gao, J., Kong J. Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis / T. Zhou, X. Li, Y. Pei, J. Gao, J. Kong // BMC Psychiatry. – 2016. – 16(1). – P. 356.
25. Watanabe, N., Furukawa, T. A., Shimodera, S., Katsuki, F., Fujita, H., Sasaki, M., Sado M., Perlis M. L. Cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with depression: Analysis of a randomized controlled trial / N. Watanabe, T. A. Furukawa, S. Shimodera, F. Katsuki, H. Fujita, M. Sasaki, M. Sado, M. L. Perlis // Psychiatry Clin Neurosci. – 2015. – 69(6). – P. 335–343.

УДК 615.8

СМЕШАННЫЕ ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

М. М. Важенин, А. И. Мартыненко, И. В. Быченко,
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск

MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDER (CLINIC, DIAGNOSTICS, TREATMENT)

M. Vazhenin, A. Martynenko, I. Bychenko,
Republican Scientific and practical Center of mental health, Minsk

Аннотация. Когнитивно-поведенческая психотерапия представляется перспективным направлением среди других, представленных в современной психотерапии, при лечении тревожно-депрессивных расстройств. Способы методологически проработаны для взрослого контингента и могут активно быть внедрены в лечение пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами. По полученным данным, при применении метода когнитивно-поведенческой психотерапии динамика уменьшения тревожной симптоматики достоверно превышала по показателям шкалы Шихана, теста Бека и госпитальной шкалы тревоги ($p<0,05$) показатели в группе сравнения.

Annotation. Cognitive behavioral therapy seems promising direction of among others, represented in modern psychotherapy in the treatment of anxiety-depressive disorders. Ways methodologically elaborated for adult contingent and can be embedded in the treatment of patients with anxiety-depressive disorders. According to the information received, when applying the method of cognitive-behavioral psychotherapy Dynamics reduce disturbing symptoms reduce scale indicators reliably Shihan, Beck and test anxiety scale Hospital ($p < 0.05$) indicators in the Group compare.
Ключевые слова: тревожные и депрессивные расстройства, лечение, психотерапия, когнитивно-поведенческий подход.
Keywords: anxiety and depressive disorders, treatment, psychotherapy, cognitive-behavioral approach.

В последнее время возрос интерес клинических исследователей к проблеме смешанных тревожных расстройств. Тревожные расстройства являются одним из самых распространенных видов невро-

тических расстройств. Средняя цифра распространенности всех тревожных расстройств составляет 12–15 % среди населения развитых стран, где значительное место занимают смешанные тревожно-депрессивные расстройства на фоне общего увеличения и других смешанных тревожных расстройств.

Тревожные формы невротических расстройств часто сопровождаются вторичной депрессией и образуют смешанные тревожно-депрессивные состояния, которые имеют сходные патогенетические механизмы и принципы обследования, лечения и профилактики.

Социально-экономическое значение методов эффективного лечения смешанных тревожно-депрессивных расстройств велико, затраты на лечение, восстановление, производственные потери при снижении трудоспособности и эффективности труда у пациентов данной нозологической группы довольно значительны.

Диагноз «смешанные тревожные и депрессивные расстройства» (F 41.2 по МКБ-10) устанавливается, когда у пациента присутствуют симптомы, как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими, или выраженными настолько, чтобы оправдать другой диагноз.

Обязательным условием успешного лечения является ранняя диагностика и комплексное медикаментозное и психотерапевтическое вмешательство.

Лечение смешанных тревожно-депрессивных расстройств представляет определенные сложности, где требуется четкое соотношение противотревожной и антидепрессивной терапии. Если использовать только противотревожную терапию, часто достаточно быстро купируется тревожная симптоматика, а на первый план выходит, или даже усиливаются депрессивные проявления. При использовании стандартов лечения только депрессивных расстройств проблемной остается тревожная симптоматика.

В клинической практике существует несколько схематических комбинаций фармакологического лечения тревожно-депрессивного лечения.

Первая комбинация предполагает сочетание трициклических и гетероциклических антидепрессантов с седативным, противотревожным эффектом (амитриптилин, ладисан и другие) с нормотимическими препаратами (карбомазепин, депакин, ламотриджин) и нейролептиками с противотревожным эффектом (флюанксол, хлорпротиксен, кветиапин и др.) в терапевтически малых и средних суточных дозах.

Вторая комбинация предполагает использование антидепрессантов селективного обратного захвата серотонина (СИОЗ) с седативным, противотревожным эффектом (флувоксетин, пароксетин, сертралин, цитолопрам и др.) совместно с нормотимическими препаратами и малыми нейролептиками в малых и средних суточных терапевтических дозах.

Третья комбинация включает в себя антидепрессанты с двойным действием (венлафаксин, иксель и др.) в комбинации с нормотимическими препаратами и малыми нейролептиками в малых и средних суточных терапевтических дозах.

Бензодиазепиновые транквилизаторы используются чаще кратковременно для достижения быстрого противотревожного эффекта в течение лечения в комбинации со всеми группами седативных антидепрессантов, с постепенным переходом на применение нормотимических препаратов и малых нейролептиков. Данный подход необходим для исключения возможности развития зависимости от бензодиазепинов.

Применение препаратов начинается с минимальных разовых и суточных доз с постепенным повышением до получения терапевтического эффекта, поддерживающая терапия продолжается в течение 3–6 месяцев в зависимости от сложности конкретного клинического случая, с постепенным ступенчатым снижением дозы в течение 1–2-х месяцев и прекращением лечения.

Кроме медикаментозной терапии, обязательно применение психотерапевтических методов: курсов когнитивной, поведенческой, психодинамической, групповой, когнитивно-поведенческой

и других структурированных методов психотерапии, которые показаны при лечении как тревожных, так и депрессивных расстройств.

Среди множества методов психотерапии, применяемых в лечении смешанных тревожно-депрессивных расстройств, эффективными краткосрочными техниками для лечения тревожно-депрессивных расстройств являются методы краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии.

Материал и методы обследования и лечения

Было проведено клинико-психологическое исследование эффективности метода когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении 75 стационарных пациентов, мужчин и женщин, в возрасте от 18 до 49 лет с тревожно-депрессивными расстройствами. Группу сравнения № 1 представил в количестве 31 стационарный пациент с диагнозом тревожно-депрессивного расстройства, проходивший стандартное стационарное лечение с использованием других психотерапевтических технологий, в группу сравнения № 2 вошли 25 пациентов, принимавших только медикаментозное лечение. Диагноз смешанное тревожно-депрессивное расстройство определялся пациентам основной группы и групп сравнения согласно критериям МКБ – 10.

Для верификации полученных данных использовалась шкала тревоги Шихана, шкала депрессии Бека, госпитальный тест на тревогу и депрессию (HADS).

В качестве критерия оценки эффективности оценивалась степень уменьшения тревожной и депрессивной симптоматики в основной группе и группах сравнения до и после проведенного лечения. Все пациенты основной и контрольной групп принимали, за редким исключением, одинаковое фармакологическое противотревожное лечение.

Объективная оценка клинического статуса подтверждалась показаниями шкалы тревоги Шихана и шкалы Бека, теста тревоги и депрессии. Достоверность с использованием критерия Стьюдента. Обследование проводилось в начале госпитализации и при выписке

пациентов из стационара. в дальнейшем было проведено катамнестическое исследование через 12 месяцев.

Метод когнитивно-поведенической психотерапии заключался в следующем:

- применялись наиболее эффективные современные методы краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии;
- разработан стандарт применение когнитивно-поведенческих техник при одновременной работе с тревожными и депрессивными, вегетативными и соматоформными проявлениями в рамках программы краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии тревожно-депрессивных расстройств;
- разработанный психотерапевтический комплекс имел определенную временную последовательность и алгоритм применения краткосрочных когнитивно-поведенческих методов;
- из множества когнитивно-поведенческих техник выделены наиболее эффективные при лечении тревожно-депрессивных расстройств – это когнитивная дискуссия, поведенческая дискуссия, образная дискуссия когнитивное вбрасывание, релаксация, систематическая десенситизация, имплозивные техники, которые составили психотерапевтическую основу применяемого метода;
- в качестве дополнения для ускорения и интенсификации процесса комплекс был усилен элементами краткосрочной психодинамической психотерапии и сеансами холотропной психотерапии;
- применена определенная последовательность в работе с симптомами тревоги и депрессии, составлена психотерапевтическая карта тревожно-депрессивного пациента, в которой последовательно разбираются проблемы тревоги и депрессии у конкретного пациента.
- выделены основные этапы психотерапевтического процесса: первичное интервью, домашнее задание, функциональный анализ тревоги и депрессии; подбор и применение техник когнитивно-поведенческой психотерапии; завершение терапии, оценка результатов;
- в работе с пациентами для интенсификации терапии были использованы ежедневные программы для самостоятельных психотерапевтических занятий, имеющие свой план и структуру;

- определен временной алгоритм применения методов и выделены терапевтические временные отрезки: активный этап лечения – 1–2 месяца, поддерживающий этап – 3–6 месяцев, консультативный этап – до 6–12 месяцев. Каждый этап имеет свои задачи и содержание, и применение клинико-психологического исследования для верификации получаемых результатов.

Полученные результаты

Шкала самооценки тревоги Шихана может оказать заметную помощь в диагностике тревожных расстройств, так как большинство симптомов шкалы Шихана соответствуют диагностическим критериям МКБ-10. в ходе данного исследования сравнения результатов по шкале тревоги Шихана выявлено наличие высокого уровня тревоги у пациентов с диагнозом тревожно-депрессивного расстройства во всех группах пациентов.

Среднее значение в основной группе пациентов составляет 61, 4 балла, что свидетельствует о наличии высокого уровня тревоги. (Так, например, по данным исследований, средний уровень по шкале тревоги Шихана при паническом расстройстве составляет 57 баллов). в то время как у пациентов контрольной группы № 1 среднее значение составило 44,9 балла и группы сравнения № 2 – 57,4 балла, что говорит о недостоверном менее выраженном уровне тревожности в группах сравнения.

По окончанию лечения в стационаре выражены различия в оценке своих симптомов тревоги у пациентов всех групп.

Результаты исследования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS коррелируют с данными, полученными при обработке методики Шихана.

В начале курса лечения пациенты основной группы предъявляют более высокий уровень тревоги и депрессивных проявлений (14,8 и 13,7 баллов, соответственно), в сравнении с пациентами контрольной группы № 1 (тревога – 11,8, депрессия – 8,2 балла); контрольной группы № 2 (тревога – 13,5 , депрессия – 10,2 балла).У пациентов контрольной группы характерно наличие клинически более выраженных тревожных переживаний (баллы по HADS превышают 11 баллов). Однако, в динамике лечения, выраженность редуцирования тревожно-депрессивной симптоматики гораздо заметнее у пациентов основной группы (уровень тревоги снижается с 14,8 до 3, 3 баллов, депрессивной симптоматики – с 13,7 до 2,8 баллов). Пациенты контрольной группы № 1 отмечают в среднем снижение тревоги с 11,8 до 6,6 и депрессивной симптоматики с 8,2 до 4,4 балла, в контрольной группе № 2 уровень тревоги снизился с 13,5 до 7, 6 балла и уровень депрессии с 10,2 до 5,6 балла.

Данные подтверждаются и результатами выполнения методики Шихана в начале и в конце лечения ($p < 0,001$): процент снижения тревоги у основной группы составляет 91,6 % (с 61,4 + 23,4 баллов в среднем по группе до 5,1 + 3,8 балла), в то время как у группы сравнения доля снижения тревоги составляет 58,5 % (с 44,9 + 19,6 до 18,6 + 7,9 баллов).

Снижение депрессивной симптоматики составляет, соответственно, 79,5 % основной группы и 47,3 % – у группы сравнения ($p < 0,05$). По результатам заполнения пациентами опросника депрессии Бека, депрессивные симптомы статистически достоверно ($p < 0,05$) изменились у пациентов основной группы в сравнении с контрольной: 88,1 % и 59,1 % соответственно пациенты, получавшие краткосрочную когнитивно-поведенческую терапию – с 24,9 + 10,1 до 3,0 + 1,9 балов в среднем; пациенты, составляющие контрольную группу: с 22,5 + 7,1 до 9,2 + 6,1.

Данные шестимесячного катамнестического исследования выявили следующие закономерности. У больных основной группы тревожно-депрессивных пациентов обострение отмечалось у 15,1 % и быстро купировалось амбулаторно. У больных контрольной группы № 1 обострение наблюдалось у 35,4 % пациентов, из которых 7,3 % были госпитализированы повторно. в контрольной группе № 2 обострение отмечалось у 41,1 % пациентов, из которых 10,3 % были госпитализированы повторно.

Полученные данные подтверждают высокую терапевтическую эффективность применения разработанного метода краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении больных тревожно-депрессивными расстройствами по сравнению с группами тревожно-депрессивных пациентов, лечившихся неструктурированными методами психотерапии, или только медикаментозную терапию.

Выводы

Тревожные расстройства являются одной из самых распространенных форм невротических расстройств. Средняя цифра распространенности тревожных расстройств составляет 12–15 % среди населения развитых стран, где треть занимают смешанные тревожные и депрессивные расстройства на фоне общего увеличения и других смешанных тревожных расстройств.

Когнитивно-поведенческая психотерапия представляется перспективным направлением среди других, представленных в современной психотерапии, при лечении тревожно-депрессивных расстройств. Способы методологически проработаны для взрослого контингента и могут активно быть внедрены в лечение пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами.

По полученным данным, при применении метода когнитивно-поведенческой психотерапии динамика уменьшения тревожной симптоматики достоверно превышала по показателям шкалы Шихана, теста Бека и госпитальной шкалы тревоги ($p < 0,05$) показатели в группе сравнения.

Обследование пациентов на момент выписки выявило, что уровень тревожности у пациентов группы сравнения достоверно ($p < 0,05$) ниже, по сравнению с пациентами группы сравнения.

Годичное катамнестическое исследование выявило обострение состояния у 5,2 % пациентов основной группы и было купировано амбулаторно. У пациентов групп сравнения было зафиксировано обострение у 24 % , 5 пациентов были госпитализированы повторно.

Использованный метод психотерапевтического лечения пациентов с тревожно-депрессивным расстройством сформирован на методах современной когнитивно-поведенческой психотерапии, имеет четкую временную структуру, определенные этапы терапии, конкретное содержание каждого этапа и эффективные наборы психотерапевтических техник при лечении тревожно-депрессивных расстройств.

По результатам методики Шихана, у пациентов основной группы с тревожно-депрессивными расстройствами через 12 месяцев этот показатель в среднем составил 6,7 балла; у пациентов контрольной группы № 1 – 21,7 балл, а в контрольной группе № 2 – 29,8 балла.

Полученные данные говорят о высокой устойчивости результатов проведенного лечения в основной группе пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, по сравнению с контрольными группами, где отмечается к постепенному росту и накоплению тревожности и депрессии в контрольных группах.

Результаты исследования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS коррелируют с данными, полученными при обработке методики Шихана и составляют для основной группы пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами 4,4 – балла, контрольной группы № 1 пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами – 9,6 баллов и контрольной группы № 2 пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами – 11,7 балла.

УДК 615.8

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

М. М. Важенин, А. И. Мартыненко, И. В. Быченко,
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск

COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH IN PSYCHIATRY AND NARCOLOGY

M. Vazhenin, A. Martynenko, I. Bychenko,
Republican Scientific and practical Center of mental health, Minsk.

Аннотация. Когнитивно-поведенческая психотерапия представляется перспективным направлением среди других, представленных в современной психотерапии, при лечении различных расстройств. Способы методологически проработаны для взрослого контингента и могут быть внедрены в лечение пациентов с различными психическими и поведенческими расстройствами.
Ключевые слова: психотерапия, когнитивно-поведенческий подход, теоретические основы, этапы, результаты.

Annotation. Cognitive behavioral therapy seems promising direction of among others, represented in modern psychotherapy in the treatment of various disorders. Ways methodologically elaborated for the adult population, and can actively be embedded in treatment of patients with various mental and behavior disorders.

Keywords: psychotherapy, cognitive behavioral approach, basis, stages, results.

В современной психотерапии когнитивно-поведенческое направление занимает одно из ведущих в лечении разнообразных психических и поведенческих расстройств [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 10,11]. Это закономерно связано с рядом объективных причин. в настоящее время наиболее приемлемой парадигмой, объясняющей причины психических и поведенческих расстройств, является биопсихосоциальная теория [12, 13, 14, 16].

Согласно этой теории, причинами психических и поведенческих расстройств являются биологические, включая генетические, наследственные, нейрофизиологические, психосоматические и другие биологические факторы. Психологические причины состоят из психодинамических, поведенческих, эмоциональных, когнитивных, межличностных факторов. Социальные включают в себя семейные, общественные, интерперсональные, межличностные, экзистенциальные и другие факторы [12, 13].

Психические расстройства приводят к определенным биологическим, социальным и психологическим последствиям, которые зеркально отражают причинно-следственные связи – каковы причины, таковы и последствия.

Естественно, что конкретное сочетание причин и последствий в каждом отдельном клиническом случае будет отличным и уникальным. Это и определяет клиент-центрированный подход, основанный на анализе эмоциональных, поведенческих, когнитивных причинно-следственных моделей, характерных для данного конкретного клинического случая [12, 13, 14, 16].

Когнитивно-поведенческий подход в психотерапии появился в середине 20-го века, как альтернатива психоаналитической теории и психоанализу, которые имели существенные недостатки: умозрительность и искусственность, длительность и низкую эффективность, определенную ограниченность в показаниях к применению.

Все психотерапевты знают одно золотое правило: «пока пациент не изменит свое поведение и свои представления, позитивных изменений в его жизни не наблюдается». Поэтому мало знать, что и почему произошло, важно еще делать нужные усилия в желательном направлении для изменения поведения в ассертивном направлении и изменение искаженных представлений на более рациональные.

Эмоции, чувства, мысли, поведение являются центральными составляющими человеческого сознания. Изменение этих составляющих в желательную, ассертивную и рациональную для пациента

и его окружения сторону – это и есть основа когнитивно-поведенческого психотерапевтического подхода.

Суть когнитивной теории заключается в том, что именно наши представления формируют то или иное поведение, те или иные чувства. Чем ближе наши представления к реальности, тем адекватнее мы реагируем на ситуацию.

Когнитивные искажения суждений формируют эмоциональные состояния и неадекватное поведение. Изменение представлений в более реальную сторону ведет к устранению негативных переживаний и нежелательного поведения [17, 18].

Данное направление включает в себя поведенческие, когнитивные, когнитивно-поведенческие модели психических и поведенческих расстройств, к которым конгруэнтно применяются аналогичные поведенческие, когнитивные, когнитивно-поведенческие психотерапевтические методы [18].

Отличительными чертами когнитивно-поведенческого подхода являются:

- интердисциплинарность, экспансия во все сферы человеческой деятельности: воспитание, обучение, бизнес, семейную жизнь, личностное функционирование;
- разнообразность предлагаемых психотерапевтических программ от краткосрочного вмешательства до длительных реабилитационных программ, программ снижения вредных последствий, программ обучения социальным навыкам, программ обучения профессиональной деятельности, учебных программ.
- возможность применения мультидисциплинарного подхода представляет собой гармоничное сочетание поведенческого и когнитивного направления.

Когнитивно-поведенческая терапия хорошо сочетается и с другими методами психотерапии при необходимости, усиливая и ускоряя процесс лечения.

Когнитивно-поведенческий подход представляет собой конкретную, достоверную, теоретически обоснованную, психотерапевтическую технологию, ориентированную на локальность и краткосрочность воздействия, его относительную простату и надежность.

Эффективность применения когнитивно-поведенческих техник при различных расстройствах доказательно подтверждена научными исследованиями.

Для когнитивно-поведенческого направления отличительной чертой является простота и доступность, экономичность при самых различных психических и поведенческих расстройствах.

Большинство методов когнитивно-поведенческой психотерапии может применяться повторно, а также самостоятельно уже обученным пациентом, без участия психотерапевта [39].

Существуют определенные этапы в проведении когнитивно-поведенческой психотерапии.

Первичное интервью. Имеет несколько задач, главной из которой является выявление эмоциональной, поведенческой, когнитивной реакций в проблемной для пациента ситуации; образование пациента; формирование сотрудничества, партнерства.

Второй этап состоит в сборе информации, включающий домашнее задание, ведение дневника, сбор информации о пациенте из других источников. Помимо информационной части домашнее задание преследует цель перевода пациента в активную фазу сотрудничества. Дневник ведется регулярно, где записываются не только прошлые события, но и те проблемы, которые возникают «здесь и сейчас».

Этап функционального анализа. Проводится анализ проблемных ситуаций (ситуативный анализ), анализ проблемных эмоций (эмоциональный анализ), анализ проблемного поведения (поведенческий анализ), анализ проблемных представлений, когнитивных искажений, иррациональных представлений (когнитивный анализ). Этот этап наиболее важен потому, что определяет основные точки приложения когнитивно-поведенческих психотерапевтических методов.

Этап планирования и проведения психотерапии. Психотерапия проводится с интенсивностью до 2–3-х встреч в неделю в среднем в течение одного – двух месяцев, – это активная фаза психотерапии, затем, три месяца поддерживающая психотерапия, встречи 1 раз в неделю, две недели; 3–6 месяцев закрепляющей, консультативной психотерапии, встречи 1 раз в месяц.

Подбор методов психотерапии исходит из особенностей психического расстройства, особенностей функционального анализа. Комбинируются методы поведенческой терапии, основанные на классическом, оперантном обусловливании, а также методы, основанные на социальном научении. Среди когнитивных техник применяются методы когнитивной, образной, поведенческой дискуссии. После каждой встречи производится экологическая проверка – вбрасывание пациента в проработанную ситуацию с составлением отчета.

Завершение психотерапии. Основывается на трехсторонней оценке результата: проблемного поведения, проблемных эмоций, проблемных представлений. Если они снизились по частоте и интенсивности возникновения, устраивающих: а) пациента; б) терапевта; в) ближайшее окружение, или супервизора, терапия считается успешной. В качестве объективной оценки результатов часто применяются экспериментально-психологические методы [17].

Методы когнитивной психотерапии включают в себя блоки когнитивной дискуссии, образной дискуссии, поведенческой дискуссии.

Метод краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии расстройств включает в себя исходный материал, который проходит ряд этапов для получения конечного результата. Конечный результат обладает определенными качественными и количественными параметрами.

Каждый этап характерен применением различных инструментариев (методов). При использовании любой технологии по временным этапам последовательно используются несколько методов (наборы).

Когнитивно-поведенческая психотерапия представляется перспективным направлением среди других, представленных в современной психотерапии, при лечении различных расстройств. Способы методологически проработаны для взрослого контингента и могут активно быть внедрены в лечение пациентов с различными психическими и поведенческими расстройствами.

Литература

1. Акарачкова, Е. С., Котова, О. В., Вершинина, С. В. Возможности диагностики и лечения депрессивных расстройств в общесоматической практике / Отдел патологии вегетативной нервной системы НИЦ Первого МГМУ им. И. М. Сеченова / Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – № 4. – 24 с.
2. Бородин, В. И. Переносимость лечения у больных с депрессивными расстройствами (комплексный анализ) / Диссертация Арт.: 350713 // М., 2009. – 260 с.
3. Воробьева, О. В., Акарачкова, Е. С. Применение комбинированных растительных препаратов при тревожно–депрессивных расстройствах // Фарматека. – 2007. – № 7(142). – С. 47–50.
4. Дороженок, И. Ю. Отчет о видеоконференции «Тревожные и депрессивные состояния человека: факторы риска и способы их устранения» // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – 2. – С. 49–50.
5. Забылина, Н. А. Вопросы диагностики смешанного тревожного и депрессивного расстройства / ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Новосибирск) электронного периодического издания – журнала «Медицина и образование в Сибири», 2009.
6. Захарова, К. В. Качество и стойкость ремиссии при применении фармакотерапии у больных с депрессивными расстройствами / Диссертация Арт.: 314952 // М., 2008 – 140 с.
7. Иванова, Т. И. Депрессивные нарушений у детей: формирование, клиническая динамика, лечение и реабилитация. – Томск, 2008. – 408 с.
8. Краснов, В. Н., Довженко, Т. В., Бобров, А. Е., Вельтщев, Д. Ю., Шишков, С. Н., Антипова, О. С., Яльцева, Н. В., Банников, Г. С., Холмогорова, А. Б., Гаранян, Н. Г., Ковалевская, О. Б. Совершенствование методов

ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / под ред. В. Н. Краснова. – М.: ИД Медпрактика. – М., 2008. – 136 с.
9. Лапидус, Н. И., Сизова, Ж. М. Депрессии в практике врача-терапевта (учебное пособие, утверждено УМО). – М., 2009. – 43 с.
10. Лесс, Ю. Э. Типология генерализованного тревожного расстройства (клиника, коморбидность): диссертация кандидата медицинских наук: 14.00.18 / [Место защиты: ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии»]. – М., 2008. – 123 с.: ил.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр, раздел F) ВОЗ, 1992. – 308 с.
12. Мосолов, С. Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. Артинфо Паблишинг. – М., 2007. – 63 с.
13. Прудникова, Ю. А. Распространенность, клинические проявления и психотерапия депрессивных расстройств у пожилых в условиях центра социального обслуживания / 2009 Арт.: 396819, 191
14. Смулевич, А. Б., Дубницкая, Э. Б., Дробижев, М. Ю., Бурлаков, А. В., Макух, Е. А., Горбушин, А. Г. Депрессии и возможности их лечения в общемедицинской практике (предварительные результаты программы ПАРУС) // Консилиум медикум. – 2007. – Т. 2. – № 2. – Психические расстройства в общей медицине. – С. 23–25.
15. Смулевич, А. Б. Расстройства личности. – М. : МИА, 2007. – 192 с.
16. Путилина, М. В. Современные представления о терапии тревожно-депрессивных расстройств при хронической ишемии головного мозга // Русский медицинский журнал. – 29.2011. – С. 56–60.
17. Харитонов, С. А. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии. – Изд-во «Психотерапия». – 2009. – 176 с.
18. Холмогорова, А. Б. Когнитивная психотерапия А. Бека и культурно-историческая психология. – 2010. – С. 23–56.

УДК 615.8

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД «ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ И ПЕРЕРАБОТКА ДВИЖЕНИЯМИ ГЛАЗ» (ДПДГ) И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИ ПСИХОГЕННЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЯХ

В. А. Доморацкий,
доктор медицинских наук, профессор,
БГУ, Минск

PSYCHOTHERAPEUTIC METHOD EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) AND ITS USE IN PSYCHOGENIC SEXUAL DYSFUNCTIONS

Vladimir Domoratsky,
Doctor of Medical Sciences, Professor,
BSU, Minsk

Аннотация. В статье рассмотрены история создания ДПДГ, идея билатеральной стимуляции мозга, современные представления о механизмах действия метода и областях его применения. Представлены оригинальные протоколы работы в модели ДПДГ с психогенными сексуальными дисфункциями. Описаны клинические особенности синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его динамика. Указаны основные цели для переработки в процессе ДПДГ-терапии. Рассмотрен протокол психотерапии невротического подавления оргазма у женщин.
Ключевые слова: десенсибилизация и переработка движениями глаз, ДПДГ, билатеральная стимуляция, когнитивное переструктурирование, психогенная эректильная дисфункция, синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, коитус, аноргазмия.

Annotation. In the article the history of creation of the EMDR, the idea of bilateral brain stimulation, modern ideas about the mechanisms of action of the method and the field of its use are considered. The original protocol of work in the model of EMDR with psychogenic erectile dysfunctions is presented. The clinical features of the syndrome of anxious expectation of sexual failure in men and its dynamics are described. The main goals for reprocessing in the process of EMDR therapy are indicated. The protocol of psychotherapy of neurotic suppression of orgasm in women is considered.

Keywords: eye movement desensitization and reprocessing, EMDR, bilateral stimulation, cognitive restructuring, psychogenic erectile dysfunction, syndrome of anxious expectation of sexual failure, coitus, anorgasmia.

В середине 80-х годов XX века Френсис Шапиро (США) обратила внимание на то, что движения глаз при одновременной концентрации на травматическом воспоминании не только приводят к снижению интенсивности негативных переживаний субъекта по поводу пережитого, но способны изменить его отношение к самому себе и событиям, травмировавшим его в прошлом. После ряда экспериментов в 1987 г. Шапиро предложила новую процедуру, первоначально названную ей десенсибилизацией движениями глаз (ДДГ), т.к. в соответствии с поведенческой моделью она делала основной упор на снижении тревоги. Вскоре метод вышел за пределы своей поведенческой трактовки, как ускоренного способа десенситизации при лечении тревоги. К 1989 г. Шапиро модифицировала его, придя к выводу, что оптимальная процедура, использующая движения глаз, предполагает одновременную десенсибилизацию и когнитивное переструктурирование травматических воспоминаний, что послужило основанием для переименования метода в ДПДГ – «Десенсибилизация и переработка движениями глаз» [1, 3]. По словам Ф. Шапиро: «ДПДГ, безусловно, представляет собой нечто большее, чем движения глаз – это комплексная система психотерапии» [6]. Фактически ДПДГ интегрирует элементы клиент-центрированного подхода, интерперсональной, когнитивной, поведенческой, и телесно-ориентированной психотерапии, но при этом содержит в каждой сессии уникальный компонент – билатеральную стимуляцию мозга (движения глаз либо звуковая и тактильная стимуляция), которая совмещается с когнициями, визуальными образами и ощущениями в теле [4]. в качестве примера, укажем на сходные элементы, характерные для когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) и ДПДГ. Оба метода применяют точные процедуры, регулярные измерения, а также сходные шкалы: для определения уровня беспокойства пациента используется шкала субъективных единиц дистресса, разработанная Вольпе; в ДПДГ – шкала субъективных единиц беспокойства (ШСЕБ); в ДПДГ используется шкала соответствия представлений (ШСП) аналогичная оценке валидности самоубеждений; в ДПДГ осуществляется переход от воображаемой экспозиции пациента в проблемную ситуацию к «прогрессивной десенситизации»; процедура ДПДГ предполагает когнитивное переструктурирование, которое является отличительным признаком когнитивной терапии.

Идея билатеральной стимуляции, положенная в основу ДПДГ, подразумевает:

- Движения глазных яблок в определенном темпе и по определенной схеме стимулируют поочередную работу разных полушарий мозга.
- Быстрые движения глаз или альтернативные формы стимуляции заставляют «включаться» то одно, то другое полушарие.
- Такая поочередная работа позитивно воздействует на эмоциональное состояние, устраняя и снижая негативное влияние травмирующих событий, страхов и переживаний.

В качестве рабочей гипотезы, помогающей понять, что происходит при ДПДГ и с чем связана эффективность метода Ф. Шапиро предложила модель ускоренной (адаптивной) переработки информации (AIP). Она утверждает, что большинство психопатологий имеет в своей основе прошлый травматический опыт, который не был адекватно переработан [3, 4, 6]. Когда травмирующая информация не обрабатывается надлежащим образом, связанные с ней мысли, картины, эмоции и физические ощущения длительно хранятся в своей первоначальной (не переработанной) форме в изолированных нейросетях мозга. При попадании субъекта в сходную ситуацию происходит рестимуляция нейронных структур, содержащих в неизменном виде информацию о психотравме, что приводит к возникновению сильного психического и телесного дискомфорт. ДПДГ активизирует переработку «застрявшей» информации, которая происходит благодаря формированию новых связей между дисфункциональным материалом и адаптивными нейросетями мозга. Когда во время процедуры ДПДГ, клиенту предлагают вызвать у себя негативное

воспоминание, мы устанавливаем связь между сознанием и участком мозга, где хранится информация о травме, которая на фоне билатеральной стимуляции подвергается ускоренной переработке. в результате эта травматическая информация «приобретает свое адаптивное разрешение», что в свою очередь вызывает необходимые изменения когнитивной структуры, поведения, эмоций и ощущений. И человек, переживший ураган, и после этого, испытывающий страх от обычного порыва ветра, вновь способен вести себя адекватно, потому что порыв ветра перестает запускать старые реакции [5, 6].

ДПДГ признана эффективным средством лечения психических травм различными профессиональными организациями и учреждениями на международном уровне, например, Американской психиатрической ассоциацией (2004), Министерством обороны и Департаментом по делам ветеранов США (2004). в 2005 году Национальный Институт Здоровья и клинического мастерства в Великобритании среди всех методов психотерапии признал лишь КБТ и ДПДГ эмпирически доказанными для лечения взрослых, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Это признание основано на результатах более чем 20 рандомизированных контролируемых исследований [5].

На сегодняшний день ДПДГ широко используется в клинической практике и психологическом консультировании. Метод оказался достаточно эффективным не только у пациентов с ПТСР, но и обсессивно-компульсивным и паническим расстройствами, психогенными сексуальными дисфункциями у лиц обоего пола, зависимостями от психоактивных веществ, хроническими соматическими (включая онкологические) заболеваниями и связанными с ними психологическими травмами, синдром утраты, супружескими и производственными конфликтами, чувством вины и низкой самооценкой и т. д. [1, 3, 5, 6].

Далее рассмотрим два авторских протокола работы в модели ДПДГ с психогенными сексуальными дисфункциями. Первый протокол применяется у мужчин с наиболее частым сексологическим расстройством психогенного генеза – *синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН)*, приводящим к серьезным проблемам с возникновением и поддержанием эрекции, достаточной для проведения полового акта. Типичен следующий стереотип развития расстройства: иногда уже после 1–2 ситуационно обусловленных неудач при попытке совершить половое сношение у мужчины, особенно с тревожно-мнительными чертами характера, возникают сомнения в своих силах, опасения новых неудач, что приводит к гиперконтролю очередной близости. Он начинает предпринимать сознательные и, как правило, безуспешные усилия, чтобы вызвать или усилить эрекцию, при этом выступая в роли наблюдателя за своими сексуальными реакциями и поведением партнерши, фактически, диссоциируясь от ситуации половой близости, которая, напротив, предполагает максимальную чувственную вовлеченность. Сексуальная активность утрачивает спонтанность и естественность, необходимые для полового возбуждения и эрекции. Кроме того, тревожные мысли о возможной сексуальной неудаче превращаются в действительность, за счет функциональных нарушений генитального кровотока при усилении тревоги. В результате у мужчины с СТОСН поначалу происходит резкое ослабление эрекции при попытках ввести половой член во влагалище, что способствует новым срывам и усилению навязчивых опасений потерпеть неудачу, формируя классический «порочный круг». В последующем страх нового фиаско блокирует возбуждение и связанные с ним генитальные реакции ещё на ранних этапах близости. Позднее уже при одной мысли о предстоящей интимной встрече может возникать панический страх снова оказаться несостоятельным как мужчина, постепенно нарастает убеждённость в своей сексуальной неполноценности, что вынуждает таких пациентов полностью исключить для себя близкие отношения с противоположным полом (формируется стойкая коитофобия с отказом от партнерского секса) [2].

Предложенный нами [1, 2] и в последующем уточненный протокол терапии СТОСН основан на использовании стандартной процедуры ДПДГ [1, 3, 6] и включает в себя три этапа:

1. Работа с прошлым

Последовательной переработке подвергаются:

- самая ранняя **(**первая) ситуация фиаско;
- самая яркая по негативному эмоциональному накалу сексуальная неудача;
- наиболее запомнившаяся уничижительная оценка партнершей сексуальных качеств мужчины (например, фразы «Ты слабак, а не мужик!» или «И ты с этим пришел ко мне в постель?»);
- при необходимости любые иные негативные воспоминания мужчины, связанные с сексуальностью (например, слова родного дяди о пагубном влиянии онанизма на потенцию; шутливое замечание товарищей в бане о «непрезентабельных» размерах его полового члена).

2. Работа с настоящим

Перерабатываются:

а) внутренние стимулы – навязчивые мысли мужчины о сексуальной неполноценности, страх, что «опять ничего не получится» и он полностью дискредитирует себя перед женщиной; неадекватные представления о половой жизни (например, об обязательном возникновении полной эрекции уже в начале предварительных ласк);

б) внешние стимулы (сама обстановка в спальне, где ранее мужчина уже терпел фиаско; вид возбужденной женщины, порой, её прикосновения к мужским гениталиям в попытке помочь мужчине обрести нужный настрой и эрекцию, что при тревожном ожидании неудачи, может вызывать парадоксальную реакцию и только ухудшить ситуацию и т. п.).

3. Работа с будущим

Пациенту предлагают представить ситуацию половой близости в ближайшем будущем. При возникновении отрицательных эмоций, мыслей, образов и ощущений проводится их дополнительная переработка с использованием движений глаз либо альтернативных стимулов. Позитивные образы и представления, которые приходят им на смену, закрепляют медленной билатеральной стимуляцией, чтобы мужчина смог свободно нарисовать в своем воображении удачный коитус с актуальной партнершей. Возникающее при этом половое возбуждение само по себе не является показателем успешной коррекции. Главным ориентиром, свидетельствующим об успешной переработке негативного сексуального опыта, обретения пациентом уверенности в своих силах и его готовности к половому контакту, будет полное отсутствие тревоги и внутреннего напряжения при проигрывании в воображении интимной близости от прелюдии до самого её завершения.

Другой протокол работы в модели ДПДГ был разработан нами для женщин с *невротическим подавлением оргазма*. Невротические (вторичные) аноргазмии характеризуются психогенным торможением оргазма при коитусе после периода, когда женщина могла испытывать его в партнерском сексе. Способность к оргазму подавляется за счет воздействия ряда негативных психологических факторов: ситуационных, личностных, партнерских. Дефицита сексуальной стимуляции необходимой для полового удовлетворения нет, но во время близости у женщины по невротическим механизмам блокируется возбуждение, либо оно достигает высокого уровня (стадии плато), но тормозится наступление оргазма. Здесь имеют место сознательные усилия по достижению оргазма и связанные с сексом тревожные опасения, страхи, гиперконтроль близости, препятствующие нормальному течению женских сексуальных реакций [2].

Протокол работы также основан на использовании стандартной процедуры ДПДГ, техник подключения к ресурсам [3, 6] и включает в себя три этапа:

1. Работа с прошлым

Переработке с помощью ДПДГ подвергаются:

а) отрицательный сексуальный опыт (воспоминания о предшествующих половых контактах, вызывающие чувство брезгливости и неприязни, травмы сексуального насилия);

б) негативные представления о половой жизни:

- детские воспоминания о столкновении с проявлениями сексуальности, сохраняющие значительный негативный эмоциональный заряд (наказания родителей за детсадовские игры с обнажением или попытки мастурбации, эмоциональный шок от случайно увиденного коитуса кого-то из близких;
- внутренний образ асексуальной, «хорошей девочки», сложившийся под влиянием родительских запретов, связанных с генитальной областью («Не трогай там!», «Увидим – накажем!») и их негативных установок в плане дружбы с мальчиками;

в) чувство вины, стыда или страха в связи с собственными сексуальными переживаниями или действиями в прошлом;

г) переживания, связанные с актуальным партнером: его изменами, пренебрежительным отношением к сексуальным потребностям женщины, ироничными замечаниями по поводу супружеского секса и т. п.;

д) неуверенность в собственной сексуальности и привлекательности для мужчины в качестве полового партнёра, вынесенные из прошлого опыта.

Отрицательный опыт подвергается переработке. Далее для повышения самооценки необходимо обращение к позитивному опыту, связанному с уверенностью в себе и ощущением женской привлекательности, закрепление его медленной билатеральной стимуляцией с постановкой ресурсных якорей на высоте позитивных переживаний (потом якоря можно оживлять при интимном общении для подключения к ресурсам).

2. Работа с настоящим

Переработке подвергаются:

а) навязчивые сомнения в своей способности достигнуть оргазма при половой близости (навязчивые мысли о своей сексуальной дефектности: «У меня опять не будет оргазма!» или «Я не могу кончить…» и т. п.);

б) триггеры – внешние и внутренние пусковые стимулы, блокирующие у женщины половое возбуждение. Триггеры выявляются при помощи «процедуры отслеживания», всего того, что происходит у женщины непосредственно перед спадом полового возбуждения. Они бывают визуальные (вид супружеского ложа, где женщина много раз не могла испытать оргазм, внутренняя картинка разочаровавшей её ситуации из прошлого опыта, когда несмотря на сильное желание оргазм так и не наступил); аудиальные (воспоминание о пренебрежительных словах мужчины в её адрес, тревожная мысль «опять не кончу»); кинестетические (чувство беспокойства в груди, дрожь в теле, холодок по спине и т. п.), Для их последовательного разрушения кроме ДПДГ могут также использоваться техники эриксоновского гипноза и НЛП;

в) тревожный (диссоциирующий) гиперконтроль во время полового акта приводит к беспокойству по поводу наступления оргазма, невозможности полностью расслабиться и предаться чувственному наслаждению). При обращении к ресурсным ситуациям, где женщина смогла расслабиться и получить удовольствие от секса на фоне билатеральной стимуляции у неё усиливается способность к чувственному восприятию;

г) Устранение негативных моментов в партнерской связи в настоящем.

Для улучшения супружеских отношений, изменения поведенческого стереотипа, сложившегося в паре, который также может препятствовать достижению женщиной оргазма используются поведенческие техники сексуальной и супружеской терапии.

3. Работа с будущим

Присоединение к будущему предполагает устранение любых негативных эмоций при представлении женщиной половой близости в недалёком будущем. Затем происходит закрепление медленной билатеральной стимуляцией позитивного образа, эмоций и физических ощущений, связанных с воображаемым сексуальным контактом.

Почти двадцатилетний опыт применения ДПДГ у пациентов с психогенными сексуальными дисфункциями показал его высокую эффективность (в необходимых случаях метод сочетался с иными способами психотерапевтической коррекции). в большинстве случаев для восстановления половой активности и / или удовлетворения от интимной близости было достаточно от 2–3 до 7–8 сессий психотерапии.

Литература

1. Доморацкий, В. А. Краткосрочные методы психотерапии / В. А. Доморацкий. – М. : Психотерапия, 2008. – 304 с.
2. Доморацкий, В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств / В. А. Доморацкий. – М. : Академический Проект; Культура, 2009. – 470 с.
3. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры / пер. с англ. – М. : Нез. фирма «Класс», 1998. – 496 с.
4. EMDR As an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism / Edited by Francine Shapiro. – Washington, American Psychological Associacion – 2002. – 520 p.
5. Royle, L., Kerr, C. Integrating EMDR into Your Practice / L. Royle, C. Kerr. – New York : Springer Publishing Company, 2010. – 197 p.
6. Shapiro, F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2d ed.) / F. Shapiro. – New York : Guilford Press; 2001. – 508 p.

УДК 159.9

ТЕХНОЛОГИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ «НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ»

TECHNOLOGIES COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN WORK WITH PATIENTS SUFFERING FROM ADDICTION FROM “NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES”

С. А. Игумнов,
доктор медицинских наук, профессор,
Национальный научный центр наркологии – *филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва*

S. Igumnov,
Dr. Science, professor, National research center of narcology-branch of the national medical research center of psychiatry and narcology V. P. Serbskogo, Ministry Of Health Of Russia,

Аннотация. Процесс КПТ направлен на формирование желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. КПТ позволяет с помощью тренировки переобучения изменить дисфункциональные психологические паттерны.

Ключевые слова: КПТ, адаптивные формы поведения, дисфункциональные психологические паттерны.

Annotation: The CBT process is aimed at the formation of desirable, adaptive forms of behavior based on the principles of the theory of learning. CBT allows using retraining training to change dysfunctional psychological patterns.

Keywords: CBT, adaptive forms of behavior, dysfunctional psychological patterns.

Введение.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) объединяет ряд лечебных подходов, основанных на теориях социального научения и принципах оперантного обусловливания [25].

Цель КПТ – изменение выученной связи между ассоциированными с ПАВ стимулами и потреблением с помощью когнитивных тех-

ник и тренинга навыков. Применение метода базируется на том, что можно изменять эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей, возможность таких изменений основана на связи когнитивной и эмоциональной сферы. Процесс КПТ направлен на формирование желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Подразумевается, что изменение поведения проходит через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения – действия – решение – поддержание изменений и предупреждение рецидивов. Метод хорошо воспроизводим в клинической практике. Рекомендуемый минимум – от 6 до 15 психотерапевтических сессий.

В лечении наркологических заболеваний основными целями КПТ являются [25]:

- выявление внутриличностных и межличностных факторов («триггеров»), способствующих возникновению рецидива;
- осознавание эмоций и стоящих за ними дезадаптивных решений, патологических моделей мышления – дисфункциональных убеждений, автоматических мыслей, актуализирующихся в ситуациях риска употребления;
- выявление и конфронтация мыслей об употреблении;
- тренинг навыков совладания (в том числе, с влечением);
- тренинг навыков отказа от употребления ПАВ (в том числе, как подготовка к непредвиденным ситуациям);
- функциональный анализ употребления ПАВ (понимание того, что предшествует употреблению, и его «позитивных» и негативных последствий) усиление видов деятельности, не связанной с употреблением ПАВ.

Специфическими мишенями КПТ в наркологии также являются терапия коморбидных заболеваний (например, аффективных расстройств), терапия суицидальных аутоагрессивных тенденций. в последнем случае КПТ позволяет с помощью тренировки переобучения изменить дисфункциональные психологические паттерны, связанные с аутоагрессией: беспомощность, безнадежность, неспо-

собность решать проблемы, перфекционизм, иррациональные убеждения, автоматические мысли, а также изменить взгляд пациента на суицид как на альтернативу психической боли. Эффективность методов КПТ для лечения различных наркологических заболеваний доказана в ходе многочисленных РКИ и продемонстрированная рядом систематических обзоров [39].

Противорецидивный тренинг
(«профилактика рецидивов», противорецидивная терапия)

Когнитивно-поведенческий подход, мишенью которого является процессуальный характер рецидива как этапа естественного процесса изменения и развитие стратегий совладания для поддержания изменений, достигнутых в терапевтическом процессе. в рамках противорецидивной терапии на основе оценки различных факторов риска возникновения рецидива (физиологических, межличностных, внутриличностных, средовых триггеров) создается уникальный профиль ситуаций пациента и оценивается его способность совладать с ними. С учетом профиля и способности пациента контролировать триггеры рецидива используются специфические стратегии: тренинг новых навыков совладания со срывами и эффектом нарушения трезвости, конфронтация положительных ожиданий от употребления ПАВ. Глобальные стратегии призваны решать более широкие вопросы: сбалансированности стиля жизни и осознания скрытых факторов возникновения рецидива (общий уровень стресса, использование механизмов рационализации, отрицания, установка на немедленное удовлетворение и т.д.). Главным формируемым навыком становится прогнозирование трудностей, с которыми будет сталкиваться пациент, решивший вести трезвый образ жизни, и выработка эффективных стратегий совладания.

Основные компоненты и техники:

- тренинг навыков совладания;
- конфронтация положительных ожиданий, связанных с ПАВ;
- совладание со срывами;

- оценка и акцентирование внимания на сбалансированности стиля жизни;
- совладание с желанием уступить заболеванию путем других мелких уступок;
- совладание с влечением и позывами к употреблению;
- проработка когнитивных искажений.

Видом противорецидивного тренинга является противорецидивная терапия, основанная на осознанности (mindfulness – «майндфулнес»). Здесь традиционная ПТ строится на использовании медитативных практик осознанности. Данные практики используются пациентами (как в процессе собственно терапии, так и в качестве самопомощи) с целью улучшения осознания внешних триггеров и внутренних когнитивных и аффективных процессов, а также для усиления способности пациента справляться со сложным когнитивным, эмоциональным и физическим опытом с помощью наблюдения за данными стрессовыми или дискомфортными состояниями (например, влечением), избегая использования привычных способов реагирования. Данный вид ПТ позволяет снижать уровень влечения и чувствительность к ПАВ-ассоциированным стимулам, способствуя снижению объемов потребляемых ПАВ [37].

Терапия ситуационного контроля

Терапия ситуационного контроля (СК), или мотивирование с помощью вознаграждений наиболее близка собственно поведенческому направлению и основываются на бихевиоральной фармакологии и теории оперантного обучения, согласно которым с большей частотой повторяется поведение, подкрепляемое позитивными последствиями [36]. СК – это стратегия для стимулирования поддержания трезвости у пациентов за счет предоставления позитивного подкрепления (вознаграждения), и лишения подкрепления или использования мер наказания (отрицательное подкрепление), когда пациенты демонстрируют нежелательное поведение (употребляют ПАВ). Основывается на бихевиоральной фармакологии и теории оперантного

обучения, согласно которым с большей частотой повторяется поведение, подкрепляемое позитивными последствиями.

Виды лечения, относящиеся к СК, основаны на 3 основных принципах: (1) регулярный частый мониторинг целевого поведения (анализы мочи на содержание ПАВ несколько раз в неделю); (2) предоставление материальных, положительных подкрепляющих стимулов при возникновении целевого поведения (отрицательный результат анализов) и (3) лишение подкрепляющего стимула, если целевое поведение не достигается (положительный результат анализов). СК является одним из самых эффективных методов лечения аддикций, поскольку не только способствует снижению потребления ПАВ и увеличению ремиссии, но и стимулирует другое здоровое поведение: посещение психотерапии, пренатальных консультаций, использование контрацептивов, комплаенс к приему лекарств и удержание в программе лечения [36; 40].

Основные компоненты и техники:

- мониторинг целевого поведения;
- предоставление материальных, положительных подкрепляющих стимулов за демонстрацию целевого поведения;
- лишение подкрепляющего стимула в обратном случае;
- использование условных поведенческих контрактов.

Программа профилактики зависимости от новых психоактивных веществ

В рамках когнитивно-поведенческой парадигмы разработана программа профилактики зависимости от новых психоактивных веществ (ЗНПВ), которая направлена на учащихся общеобразовательных (ООУ) и специальных учебных заведений, в том числе из группы риска по употреблению НПВ с вредными последствиями. Программа состоит из трех блоков:

1) первичная профилактика (ПП) как система мер предупреждения факторов риска развития ЗНПВ;

2) вторичная профилактика (ВП) как комплекс мероприятий по устранению факторов риска;

3) третичная профилактика (ТП), ориентированная на восстановление психического, психологического и социального функционирования подростка с формирующейся клинически выраженной ЗНПВ.

Программа основана на принципах комплексности, дифференцированности, аксиологичности (ценностная ориентация), многоаспектности, последовательности и легитимности профилактических мероприятий. Особенностью разработанной и апробированной нами программы профилактики ЗНПВ является то, что в большинстве случаев она проводится в рамках ООУ, без отрыва подростка от учебного процесса, коллектива. Мы рассматриваем идеологию ЗНПВ и оказание лечебно-реабилитационной помощи лицам с ЗНПВ как единый комплекс образовательных, социальных и медицинских мер в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики, обеспечивающей достижение общей цели. Такой методологический подход на уровне межведомственного и профессионального взаимодействия позволяет эффективно использовать ресурсы и возможности ООУ и наркологических организаций систем образования и здравоохранения Российской Федерации и Республики Беларусь, включая образовательные, психологические и медико-социальные технологии в области профилактики ЗНПВ.

В результате на максимально ранних этапах обеспечивается выявление подростков с формирующейся зависимостью от НПВ и переход к комплексному лечению и реабилитации с последующей профилактикой срывов и рецидивов заболевания. Обеспечивается контроль учащихся, прошедших лечение и реабилитацию, усилиями сотрудников (преподавателей) ООУ и государственной/муниципальной наркологической организации.

Цели программы – снижение распространенности ЗНПВ и тяжести ее медико-социальных последствий.

Концепция разработанной программы учитывает все многообразие факторов, способствующих формированию ЗНПВ.

В основу программы положено исследование клинических и социально-психологических особенностей подростков, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением новых психоактивных веществ (НПВ) (преимущественно синтетических каннабиноидов), факторов их личностного становления, проводимое нами на базе консультативного отделения клиники ФГБУ «ФМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», а также в общеобразовательных учреждениях (ООУ) Подмосковья и Гомельской области (Республика Беларусь).

Медико-социальная значимость проблемы зависимости от «новых психоактивных веществ»

Новые психоактивные вещества (НПВ) – это вещества, использование которых в чистом виде, либо в составе комбинированных препаратов, часто приводит к злоупотреблению, сопровождающимся вредом для здоровья, оборот которых не контролируется Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года, или Конвенцией о психотропных веществах 1971 года.

Согласно докладу Управления ООН по наркотикам и преступности, наиболее распространенными в подростково-молодежной среде в различных странах мира НПВ являются синтетические каннабиноиды – полные агонисты каннабиноидных CB1 рецепторов, известные как заменители растительной марихуаны, «спайс», К2 (термин, употребляемый в США) [23, 29, 34].

Вначале предполагалось, что психотропный эффект вызывался растительными ингредиентами. Однако в последнее время из курительных смесей была выделена большая группа новых соединений – синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов. К настоящему моменту известны, по крайней мере, 5 основных групп синтетических веществ, обладающих каннабимиметической активностью [22]: классические каннабиноиды (дибензопираны); циклогексилфенолы; аминоалкилиндолы; нафтоилпирролы; нафтаилметилендены.

Список НПВ постоянно пополняется. Для «новых» продуктов характерен рост частоты таких осложнений, как судороги, ишемический инсульт, кардиотоксичность [23, 34, 38].

Изучение распространённости новых психоактивных веществ (НПВ) имеет определённые трудности. Они не обнаруживаются рутинными методами исследования, их состав постоянно обновляется, многие из них продолжают легально или полулегально распространяться через Интернет. Согласно данным американских исследований, к потребителям НПВ относятся подростки и молодежь, соотношение мужчин к женщинам 3,16/1 [33]. в России и Беларуси наиболее активными потребителями смесей также является молодежь [16, 23]. Данные мониторинга наркоситуации в образовательной среде Архангельской области свидетельствуют, что наркотики однократно пробовали 12,7 % учащихся и студентов, участвовавших в опросе. Возраст потребляющих наркотики составляет 17–18 лет со средним возрастом начала употребления с 16 лет [24].

В создавшихся условиях нельзя недооценивать роль профилактической работы с целью уменьшения факторов риска формирования аддиктивного поведения и предупреждения развития зависимости от новых психоактивных веществ (ЗНПВ). в основе программы комплексной профилактики ЗНПВ лежит многофакторность ее этиологии.

Трехуровневая программа профилактики

Трехуровневая программа профилактики (далее – Программа) направлена на учащихся ООУ, в том числе из группы риска по употреблению НПВ с вредными последствиями, и состоит из трех блоков:

1) первичная профилактика (ПП) как система мер предупреждения факторов риска развития ЗНПВ;

2) вторичная профилактика (ВП) как комплекс мероприятий по устранению факторов риска;

3) третичная профилактика (ТП), ориентированная на восстановление психического, психологического и социального функционирования подростка с формирующейся клинически выраженной ЗНПВ.

Программа основана на принципах комплексности, дифференцированности, аксиологичности (ценностная ориентация), многоаспектности, последовательности и легитимности профилактических мероприятий.

ЗНПВ в большинстве случаев проводится в рамках ООУ, без отрыва учащегося от учебного процесса, коллектива. Мы рассматриваем идеологию ЗНПВ и оказание лечебно-реабилитационной помощи лицам с ЗНПВ как единый комплекс образовательных, социальных и медицинских мер в рамках ПП, ВП и ТП профилактики, обеспечивающей достижение общей цели. Такой методологический подход на уровне межведомственного и профессионального взаимодействия позволяет использовать ресурсы и возможности ООУ и наркологических организаций систем здравоохранения РФ и РБ, включая разработанные ими образовательные, психологические и медико-социальные технологии в области профилактики ЗНПВ. в результате на максимально ранних этапах обеспечивается выявление зависимых от ЗНПВ и переход к лечению и реабилитации с последующей профилактикой срывов и рецидивов заболевания. в результате обеспечивается контроль учащихся, прошедших лечение и реабилитацию, усилиями сотрудников (преподавателей) ООУ и наркологической организации.

Цели программы – снижение распространенности ЗНПВ и тяжести ее медико-социальных последствий. Концепция разработанной программы учитывает все многообразие факторов, способствующих формированию ЗНПВ. Использование батареи психодиагностических тестов, описания клинической картины заболевания (синдрома ЗНПВ, АС, постабстинентных расстройств, личностных изменений) позволяет активно выявлять ЗНПВ на ранних этапах ее формирования. Важно воздействие на три уровня профилактики: активная профилактическая деятельность в ООУ, активная профилактическая деятельность в семье, активная профилактическая деятельность в организации внеурочной и досуговой деятельности учащихся с выбором стратегии сдерживания.

Описание программы первичной профилактики (ПП)

Предыдущий накопленный опыт социально-педагогической профилактики очень важен для сдерживания роста распространения аддиктивной реализации у подростков. Для решения задач по ПП ЗНПВ в ООУ были взяты за основу наиболее эффективные программы ПП ЗНПВ у подростков, разработанные отечественными и зарубежными исследователями [22, 25–28].

В основе программы лежит стратегия личного противодействия формированию зависимости, использование контроля со стороны родителей и преподавателей, при поддержке полипрофессиональной бригады специалистов (врач психиатр-нарколог профилактического отделения наркологического диспансера, врач-психотерапевт, медицинский психолог).

Стратегия ПП ЗНПВ: в центре ПП должна находиться личность несовершеннолетнего и три основные сферы, в которых реализуется его жизнедеятельность – семья, ООУ и досуг школьника с его микросоциальным окружением.

Цель позитивно направленной ПП ЗНПВ – воспитать психически здорового, личностно развитого человека, способного самостоятельно справляться с собственными психологическими трудностями, не уходящего из реальности. ПП ЗНПВ направлена на обучение учащихся ЗОЖ, развитию их личностных ресурсов, формирование навыков преодоления проблемных ситуаций, изменение ценностного отношения к НПВ и формирование альтернативных интересов.

ПП ЗНПВ состоит из трех блоков:

1) консультативно-диагностического, в том числе с применением анкетирования подростков;
2) информационно-просветительского, ориентированного на расширение знаний о негативных последствиях на здоровье человека ПАВ, в том числе НПВ;
3) конструктивно-позитивного, который включал организацию тренингов, игр и упражнений, направленных на формирование у обучающихся культуры безопасного поведения и здоровьесберегающего стиля жизни.

Просветительская работа с детьми и подростками включает следующие разделы: проведение классного часа на тему: демонстрация фильмов (по 30 мин): «Зависимость – миф или реальность?», «Наркотик легким не бывает» с последующей дискуссией (по 1 ч); проведение диспута (по 30 мин); конкурс плакатов, рисунков в течение проведения всей профилактики – 1 раз в 4 недели (на лучший коллаж «Я и моя жизнь»; на лучший плакат и слоган; написание сочинений на вышеизложенные темы; проведение конкурса на лучшее сочинение по данной тематике; подведение итогов занятий в виде наглядного отчета (стендовая информация, проведение радиотрансляции); итоговое занятие. Каждое занятие, обычно содержит следующие части: выяснение знаний и представлений учащихся по новой теме; сообщение новой информации и обобщение имеющейся; отработка навыков; разъяснение домашнего задания.

Конструктивно-позитивный блок включает формирование ценностно-смыслового образа жизни; развитие личностных ресурсов коммуникативных навыков, новой позиции по отношению к НПВ; развитие навыков ЗОЖ, релаксации; анализ и проигрывание конкретных жизненных ситуаций, связанных с НПВ; выработку поведенческих навыков с помощью проведения тренингов («Живое общение», «Давайте общаться», «Хорошо ли я знаю одноклассников?», «Давайте наблюдать»), игр, упражнений («Храм тишины», «Согласие и противодействие», «Создание линии времени», «Работа с привязанностью», «По следам субличностей», «Знакомство с нашими внутренними актерами», «Что есть «я»?», «Превращение проблемы в цель», «Изучение своего страха»), направленных на повышение психологической устойчивости, снятие напряжения, снижение уровня тревожности, повышение уверенности [19]. Часть упражнений дается в виде домашнего задания. Важное место при ПП отводится расширению досуга учащихся.

Мероприятия в рамках ППЗНПВ проводятся школьным психологом и педагогами, а также врачом психиатром-наркологом профилактического отделения наркологического диспансера на базе

школы в часы, отведенные на классные часы в рамках расписания школьных занятий.

Помимо проведения профилактической работы с учащимися основной группы ППЗНПВ включает также психолого-просветительскую работу и семейное консультирование с их родителями. Также в программу ПП ЗНПВ включены школьные педагоги, с которыми организована лекционно-информационная работа, ориентированная на расширение у педагогов знаний по особенностям психологии лиц подросткового возраста, основным признакам дисфункциональной семьи и способам ее оздоровления, основным признакам проблемного увлечения НПВ и тактике поведения при их выявлении. Также с педагогами проводятся обучающие тренинги по формированию у педагогов навыков развития личностных ресурсов и стратегий позитивного поведения у учащихся подросткового возраста.

Тематические занятия для родителей содержат следующие темы: «НПВ и школьники»; «Наркотики дискотек»: Опасная грань»; «Причины возникновения аддиктивного поведения у несовершеннолетних»; «Появление и развитие одиночества»; «Зависимость и как с ней бороться»; основные признаки ЗНПВ и рекомендации родителям по программе профилактики.

Значительная роль в оказании ПП ЗНПВ отводится педагогам ООУ. Для них предусматриваются два ведущих метода подготовки:

1) лекционно-информационный – лекционные занятия по психологии личности, специфике подросткового возраста, особенностям дисфункциональной семьи и стрессовым расстройствам, проблемам зависимости и созависимости, особенностям выздоровления и реабилитации при ЗНПВ;

2) психологический – направлен на развитие личностных ресурсов и стратегий позитивного поведения у школьных специалистов.

Для педагогов курс занятий включает:

- практический семинар на следующие темы «НПВ и ЗОЖ»;
- беседы на темы: «Влияние ЗНПВ на здоровье подростка», «ЗНПВ. Психологический аспект», «Появление и развитие одиночества у детей»;

- тематическое выступление на родительском собрании: «Наркотики дискотек». Опасная грань»;
- тематическое выступление на педагогическом совете школы на тему «Причины возникновения аддиктивного поведения у несовершеннолетних»;
- доклад на педагогическом совете ООУ о результатах проекта по первичной профилактике ЗНПВ среди несовершеннолетних.

Программа вторичной профилактики (ВП)

Разработанная и внедренная нами ВП ЗНПВ – это комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих развитие стойких форм патологии у подростков-учащихся ООУ, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением новых психоактивных веществ (НПВ) с начинающимися негативными последствиями на психическое и физическое здоровье, но не обнаруживающих признаков стойко сформированной зависимости.

Ее цель – максимально ограничить степень вреда, наносимого подростку – учащемуся ООУ, предотвратить формирование ЗНПВ.

Для проведения ВП ЗНПВ у подростков мы используем накопленный предыдущий опыт отечественных исследователей [4, 7, 8, 10–14, 21, 22, 25–27]. Программа ВП ЗНПВ направлена на учащихся основной группы из группы риска по употреблению НПВ с вредными последствиями и состоит из трех блоков.

Мероприятия в рамках консультативно-диагностического и информационно-просветительского блоков по технологиям и решаемым задачам не отличаются от аналогичных мероприятий в рамках ПП.

Мероприятия в рамках третьего коррекционно-терапевтического блока ориентированы на устранение факторов риска.

Психотерапия при вторичной профилактике ЗНПВ:

курс лечения – амбулаторный, 10–15 сессий по 90 мин, 2 раза в неделю, с заранее объявленным временем встреч. Сессии прово-

дятся индивидуально и в группах. Мероприятия в рамках информационно-просветительского блока ВП организуются на базе школ и реализуются школьными психологами и педагогами, а консультативно-диагностические и коррекционно-терапевтические мероприятия реализуются врачами психиатрами-наркологами и медицинскими психологами. Особенностью психотерапии при ВП является ориентация на типологию индивидуально-психологических характеристик подростков из группы риска по формированию зависимости.

Мероприятия в рамках третьего коррекционно-терапевтического блока ориентированы на устранение факторов риска и реализуются посредством методов игровой (коллективная спортивная игра) психотерапии [1]. в основном используются приемы когнитивно-поведенческой психотерапии по А. Беку [3], включены элементы психодрамы по Я. Морено, гештальт-терапии, арттерапии, семейной психотерапии [20], «родительской суггестии», а также релаксационные занятия. Обязательным условием эффективности психотерапии является становление психотерапевтического альянса [10, 11].

Примерный план когнитивно-поведенческой психотерапии на первую сессию (с родителями) состоит из определения ожиданий и опасений подростка в отношении предстоящей психотерапии; негативных установок; определения проблем, требующих неотложного вмешательства (чувства безнадежности, суицидальных мыслей). Подписывается информированное согласие и проводится расспрос подростков о состоянии после проведенного психотерапевтического сеанса.

Примерный план психотерапии на последующие 2–4 сессии состоит из:

- установления раппорта;
- создания рабочего альянса;
- расспроса, как прошли предыдущие сессии;
- работы с выявленными механизмами проблемно-решающего поведения;
- объяснения подросткам сути когнитивно-поведенческих стратегий;

- обоснования необходимости выполнения поведенческих поручений и «домашних заданий».

Примерный план психотерапии на последующие 5–11 сессий состоит из:

- психотерапии с выявленными «ошибками мышления»;
- заключения контракта на информирование врача о своих негативных чувствах;
- развития навыков регуляции эмоций;
- тренинга управления эмоциями и стрессом;
- обсуждения трудностей при выполнении «домашнего задания»;
- составления режима дня; определения проблем для обсуждения на следующей сессии;
- выяснения состояния подростка на проведенной сессии.

Примерный план психотерапии на оставшиеся сессии включает:

- поведенческий тренинг с развитием умений, необходимых при столкновении с ситуациями, способствующими реализации зависимого поведения;
- анализ зависимого поведения, предшествующего появлению влечения, и выявления его последствий.

Подростки подготавливаются к завершению психотерапии; производится упор на то, что при завершении сессий они должны практиковаться в применении поведенческих и когнитивных техник; обсуждаются проблемы, которые могут возникнуть в будущем, и пути их разрешения; определяются стратегии в случае рецидива, составляется план-памятка; проводится исследование ожиданий участников группы и их чувств в связи с окончанием сессий.

Во время последней сессии совместно оценивается динамика состояния и самочувствия с момента первой сессии, степень удовлетворенности подростками собственными достижениями и изменениями, степень выполнения психотерапевтических контрактов.

Элементы психодрамы по Я. Морено [20]. Участники психотерапевтической группы попеременно выступают в качестве актеров и зрителей. Психотерапевт предлагает им в театрализованной форме

пережить и сыграть самого себя и ту ситуацию, которая повергла к формированию ЗНПВ.

Основными принципами построения психодрамы являются: доброжелательность, спонтанность поведения, импровизация, которые способствуют «проживанию» важных ситуаций, где каждый участник по-новому осознает свои проблемы, способы своего реагирования, отношение к событиям, ценностям, конкретным людям, что помогает открывать новые возможности построения отношений и самореализации.

Психотерапевт применяет различные техники: обмен ролями, метод дублирования (один из участников группы присоединяется к протагонисту и активно участвует в постановке действия), «психодраматическое зеркало» (протагонист становится в роль наблюдателя и смотрит на действие, в котором его роль исполнял другой участник группы).

Элементы гештальт-терапии применяются индивидуально и в группах. Группа – образец так называемого «зеркала» и модель социальных отношений. Психотерапевт работает одновременно с вербальным материалом и телесными проявлениями, помогая подростку осознать их как целостность, организовать построение его поведения, восстановить нарушенную в динамике жизненного цикла целостную активность организма.

Применяются элементы арт-терапии, направленные на разрешение внутреннего конфликта с использованием метафорического рисунка.

Большое значение придается терапии занятостью. Под руководством социального педагога в первый выходной каждого месяца подростки готовят и проводят культурно-массовые мероприятия: театральные миниатюры, различные конкурсы, интеллектуальные игры, тематические вечера, встречи с интересными людьми, экскурсии. Во второй выходной месяца вместе с родителями они посещают театры, концерты, музеи с последующим заполнением в тетради названия мероприятия, сюжета и полученного результата.

Учитываются особенности семьи, характер внутрисемейных взаимоотношений и отношения взрослых членов семьи к проблеме ЗНПВ. Активно применяются элементы семейной психотерапии [20, 30]. Смысл состоит в том, что на терапевтической сессии собираются все члены семьи, которым даются различные задания. Выполнение заданий обеспечивает равенство, каждый член семьи имеет право высказать свое мнение или что-то сделать. Задания даются как во время сеанса, так и в виде домашних заданий. Суть метода состоит в изменении поведения членов семьи, налаживании доверительных отношений психотерапевта с членами семьи. Применяют метафорические (поиски аналогий между событиями и поступками) и парадоксальные (инструкции, которым члены семьи сопротивляются и тем самым меняют свое поведение в нужном направлении) задания.

Родители раз в 2 недели приглашаются на совместные беседы. Проводятся обучающие тренинги, встречи с врачами-наркологами, ведущими специалистами в области профилактики и лечения ЗНПВ. Обязательной является «обратная связь» с аудиторией.

Лекционно-информационные формы работы с родителями в аспекте ВП проводятся по следующим темам:

- психофизиологические особенности воздействия НПВ на человека;
- определение симптомов обострения влечения к ЗНПВ;
- основные формы и методы работы по преодолению ЗНПВ;
- характер трудностей и барьеров на пути к выздоровлению;
- влияние и роль семьи в процессе реабилитации;
- роль моральной поддержки, веры близких людей;
- роль социальной среды.

Осуществляются семейные консультации с учетом характера внутрисемейных взаимоотношений и отношения взрослых членов семьи к проблеме ЗНПВ, создаются группы само- и взаимопомощи родителей, что позволяет изменить семейную ситуацию и предупредить рецидив влечения. Членам семьи объясняют необходимость

эмоциональной поддержки пациента, разрешения возникающих конфликтов. в противном случае поведение семьи может снижать самооценку пациента и контроль над эмоциями, вызывать аффективную напряженность и приводить к поиску эмоциональной разрядки в виде, в частности, ЗНПВ. Родителей обучают поддерживать доверительные отношения с ребенком, но в то же время постоянно контролировать его поведение, избегая гиперопеки, выявлять окружение подростка и вовремя распознать признаки ЗНПВ. При правильном воспитании ребенка, при его полной информированности об опасности формирования ЗНПВ родительский контроль подкрепляется, а со временем полностью замещается самоконтролем человека, ценящего ЗОЖ. Таким образом, одной из мишеней профилактики является семья с переводом ее из дисфункциональной в функциональную. в конце проведения ВП проводится повторная психологическая диагностика, организуется круглый стол (анализ и обобщение достигнутых результатов), родительское собрание с участием членов полипрофессиональной бригады.

Программа третичной профилактики (ТП)

ТП ЗНПВ – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на работу с зависимыми пациентами, предотвращающих срывы и рецидивы заболевания, т.е. способствующих восстановлению личностного и социального статуса подростка с развивающейся зависимостью от НПВ и возвращение его в семью, в образовательное учреждение, трудовой коллектив, к общественно-полезной деятельности.

Программа ТП ЗНПВ состоит из трех блоков:

а) консультативно-диагностического;

б) информационно-просветительского;

в) лечебно-реабилитационного.

Решаемые задачи, используемые технологии в рамках блоков а) и б), аналогичны соответствующим блокам в рамках ПП и ВП.

Мероприятия в рамках лечебно-реабилитационного блока реализуются в амбулаторных условиях в подростковом отделении государственной/муниципальной наркологической организации и последовательно направлены на купирование абстинентного синдрома (7–10 дней терапии) и постабстинентных расстройств (2–3 недели терапии) с последующей реализацией комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий (2 раза в неделю в течение 2 месяцев), направленных на гармонизацию психического и психологического состояния подростков, восстановление у них социально активного поведения и формирования навыков альтернативного досуга.

Лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении стойких постабстинентных расстройств проводятся на фоне продолжительной (до 4 месяцев) терапии антидепрессивными средствами. Степень выраженности патологического влечения к НПАВ определяется с помощью визуально-аналоговой шкалы (см. Приложение В). С целью профилактики актуализации патологического влечения к НПВ используется метод словесно-эмоциональной реорганизации сложившихся патологических динамических стереотипов (Т. В. Клименко с соавт. (2009)) [18]; с целью развития личностных ресурсов – метод терапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно (1989)) [8]. При ТП ЗНПВ психотерапия проводится с акцентом на синдром зависимости с активным воздействием на патологическое влечение (крейвинг) к НПВ (ПВ НПВ) и другие симптомы зависимости. Особенностью психотерапии при ТП ЗНПВ – ориентирование на типологию индивидуально-психологических характеристик зависимых.

Психотерапия в структуре третичной профилактики

Последовательность и структура сессий подробно описаны в разделе, посвященном ВП. Психотерапевтическое воздействие, прежде всего, направлено на идеаторные нарушения в структуре ПВ ЗНПВ. Используются элементы когнитивно-поведенческой терапии [3], а также подходы к психотерапии идеаторного компонента ПВ ЗНПВ [15].

Психотерапия «когнитивных ошибок» включает:

- определение «ошибок мышления» и составление индивидуальной когнитивной карты;
- выработку навыка улавливания «автоматических мыслей»;
- выявление связи между чувствами и поведением;
- поиск адаптивного ответа на «ошибки мышления».

Применяются также элементы гештальт-терапии («горячий стул», «пустой стул», написание словаря своих чувств). Техника «горячий стул» заключается в следующем: напротив подростка располагается пустой стул, на который «усаживают» воображаемого собеседника. в течение сессии поочередно меняют стулья, проигрывая диалоги. Диалоги представляют собой разговоры со своими эмоциями «тревогой», «депрессией» и т. д. [20].

В случае преобладания поведенческого компонента ПВ НПВ пациента учат анализировать ситуации и причины, предшествующие срыву, а также его проявления и последствия, управлять эмоциями и говорить «нет», осуществлять и оценивать принятые решения. Применялись поведенческие тренинги, направленные на выработку правильных стереотипов поведения.

Нами модифицирован метод Т. В. Клименко (с соавт., 2009) реабилитации путем направленной словесно-эмоциональной реорганизации сложившихся патологических динамических стереотипов [18], который лучше применять у зависимых, у которых в структуре синдрома ПВ НПВ преобладают аффективный и поведенческий компоненты. Подростки учатся распознавать свои чувства путем упражнений по напряжению определенных групп мышц с последующим расслаблением и оценкой своего эмоционального состояния. Этот способ помогает нивелировать дефицитарность чувственно-эмоциональной сферы у зависимых и способствует выработке устойчивых новых здоровых динамических стереотипов.

Данный метод включает следующие этапы:

1) надо достигнуть «состояния расслабления»;
2) воспроизвести мысленно, т.е. на словесно-эмоциональном уровне, образ исходного динамического стереотипа, включающего

«образ пав», процесс его употребления, место, в котором подросток чаще находится при употреблении пав;
3) прочувствовать и локализовать область тела, в которой возникло напряжение, вызванное воспроизведенным образом исходного динамического стереотипа;
4) перевести внимание с абстрактного воспроизводимого словесно-эмоционального образа, т. е. «образа ПАВ», на возникшее реальное напряжение в теле;
5) снять в локализованной области тела возникшее физическое напряжение, т.е. расслабить его при помощи приемов и навыков, используемых для достижения «состояния расслабления»;
6) мысленно вновь воспроизвести образ обстановки при употреблении ПАВ;
7) самостоятельно провести оценку результата: если вновь воспроизведенный исходный образ не вызывает ощущения в теле, то полезный результат реорганизации достигнут.

Если еще вызывает, то повторяем п. 3, 4, 5, 6. Успешно практически завершенную реорганизацию исходного стереотипа закрепляем в памяти с помощью «состояния расслабления».

Особенность вновь сформированного динамического стереотипа заключается в том, что исходные параметры зависимого поведения, образа, обстановки связываются не с состоянием эйфории, а с новыми параметрами расслабленного положительного состояния субъекта. Организация новых динамических стереотипов исключает возникновение потребности в употреблении НПВ.

Разделение факторов риска формирования ЗНПВ на внешние и внутренние позволяет определить мишени терапевтического воздействия в рамках комплексной программы профилактики: при преобладании внешних факторов риска основной акцент психотерапевтического воздействия был сделан на санации семейной ситуации учащегося, нормализации его взаимоотношений с родителями и сверстниками; при преобладании внутренних факторов риска основной акцент профилактических мероприятий был направлен на

гармонизацию психологической структуры личности, обеспечение ее личностного роста, обучение навыкам решения и преодоления личностных проблем. Терапия проводится в рамках 16–20 сессий по 90 мин 2 раза в неделю в амбулаторных условиях реабилитационного центра /либо подросткового отделения наркологического диспансера.

Выделение мишеней психотерапии в зависимости от типологии индивидуально-психологических характеристик личности. в зависимости от типологии индивидуально-психологических характеристик зависимых (индивидуальная дисгармоничность, наследственная предрасположенность, выраженные акцентуации характера, доминирующий тип, вид психологической защиты) происходит выбор методов и терапевтических техник психотерапевтом для реконструкции нарушенного «жизненного» стереотипа, что и является приоритетной задачей ВП ЗНПВ и ТП ЗНПВ.

Большой интерес составляет включение в профилактические мероприятия у лиц с ЗНПВ «клинической психотерапии творчеством» или терапии творческим самовыражением (ТТС) по М.Е. Бурно: «Творчество как выполнение любого нравственного дела по-своему сообразно своей духовной индивидуальности помогает вернуться к себе самому, обрести смысл жизни» [9]. Метод ТТС – глубоко индивидуализированный, основанный на хорошем знании личностных особенностей подростка, его клинического состояния. Этот метод включает в себя создание творческих произведений (занятия фотографией, живописью, скульптурой и т. д.). в методе работают три важных фактора: возвращение собственной индивидуальности, что очень важно у зависимых пациентов; катарсис; возникновение контактов с другими людьми благодаря своему творчеству. Этот метод очень важен у учащихся с ЗНПВ (и др. формами аддикций), так как у них в процессе формирования зависимости снижается творческий альтруистический исследовательский радикал.

Оценка эффективности программы третичной профилактики

В конце третьего, стабилизационного периода членами полипрофессиональной реабилитационной бригады и психотерапевтических групп проводится обследование и «итоговая аттестация»: анализ данных соматического и психического состояния участников программы, письменное и устное тестирование и собеседование. Письменная часть состоит из следующих вопросов: что такое ЗНПВ; медицинские, психологические, социальные признаки зависимости; последствия зависимости; признаки обострения заболевания; навыки профилактики срывов и кризисных ситуаций; роль труда и учебы в выздоровлении; критическое отношение к своему заболеванию и т. д. Устное собеседование носит дружеский характер: пациент отвечает на вопросы своих товарищей и членов реабилитационной бригады. Непременным условием является рассказ о себе, своем заболевании, динамике выздоровления, позитивных достижениях, взаимоотношениях с семьей и конкретных планах.

Завершение итоговой аттестации происходит в присутствии родственников добросердечными пожеланиями и вручением пациенту своеобразного «свидетельства» о завершении комплексной реабилитационной программы.

Литература

1. Акопов, А. Ю. Психотерапевтический метод контраддиктивной стимуляции. Лечение игровой зависимости / А. Ю. Акопов; под ред. Б. П. Ивченко. – СПб. : Академия информациологии, 2004. – 55 с.
2. Акопов, А. Ю. Психотерапия игровой зависимости // Исследования, поиски, опыт работы: сборник научных трудов / А. Ю. Акопов; Академия информациологии. – Вып. 7. – СПб., 2007. – С. 3–43.
3. Асадуллин, А. Р., Ахметова Э. А., Зражевская И. А., Топка Э. О. Социально-психологические аспекты функционирования семей подростков, употребляющих психоактивные вещества нового поколения // Материалы Третьей ежегодной научно-практической конференции, посвященной памяти Э. С. Дроздова «Дроздовские чтения. Сочетанная патология в психиатрии и наркологии: проблемы диагностики, терапии, реабили-

тации, ресоциализации». Москва, 15 ноября 2016 г. – М. : Изд-во РУДН, 2016. – С. 64–66.
4. Бек, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. – СПб. : Питер, 2002.
5. Брюн, Е. А. Стандарты организации и программа реабилитации в наркологии (Стационарное отделение. Полустационар «Дом-на-полпути»): методич. рекомендации / Е. А. Брюн, О. Ж. Бузик, Е. И. Сокольчик и др. – М. : Медиа студия, 2008. – 30 с.
6. Бубеев, Ю. А. Интегративные психотехнологии в профилактике и коррекции зависимого поведения / Ю. А. Бубеев, В. В. Козлов, И. А. Никифоров. – М. : Слово, 2006. – 428 с.
7. Бузик, О. Ж. Комплексная программа лечения пациентов с игровой зависимостью // Современные принципы терапии и реабилитации психических больных: мат-лы конференции / О. Ж. Бузик. – М., 2006. – 287 с.
8. Бузик, О. Ж. Реабилитационная программа лечения пациентов с зависимостью от азартных игр / О. Ж. Бузик, Т. В. Агибалова // Психоневрология в современном мире: материалы юбилейной научной сессии. – СПб. 2007. – С. 40–52.
9. Бурно, М. Е. Практическое руководство по терапии творческим самовыражением / М. Е. Бурно, Е. А. Добролюбова. – М. : Академический проект, ОППЛ, 2003.
10. Бухановский, А. О. Зависимое поведение: клиника, динамика, статика, влечение, профилактика / А. О. Бухановский; под ред. А. О. Бухановского. – Ростов-н/Д: Феникс, 2002. – 211 с.
11. Горобец Т. Н., Зражевская И. А., Березкин А. С. Основы психологической коррекции аутодеструктивного поведения: учебное пособие. – РУДН, 2016. – 155 с. ил.
12. Горобец Т. Н., Зражевская И. А., Берёзкин А. С., Топка Э. О., Тер-Исраелян А. Ю. Программа психолого-психотерапевтической превенции и интервенции расстройств поведения у подростков как инструмент для профилактики употребления психоактивных веществ // Материалы Второй ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения. Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психологии – грани соприкосновения – междисциплинарная интеграция для поиска решений». Москва, 8–9 декабря 2015 г. – М. : Изд-во РУДН, 2015. – С. 148–157.

13. Горобец, Т. Н., Рыбакова М. С., Зражевская И. А., Берёзкин А. С., Топка Э. О., Тер-Исраелян А. Ю. Реабилитационная работа с подростками, вступившими в конфликт с законом // Материалы Второй ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения. Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психологии – грани соприкосновения – междисциплинарная интеграция для поиска решений». Москва, 8–9 декабря 2015 г. – М. : Изд-во РУДН, 2015. С. 158–166.
14. Дворниченко, Л. А. Региональная комплексная модель профилактики употребления психоактивных веществ в детском и подростковом возрасте (на примере Белгородской области): дис. … канд. мед.наук / Л. А. Дворниченко. – М., 2013. – 165 с.
15. Динов, Е. Н. Психотерапия в комплексном лечении больных игровой зависимостью: дис. … канд. мед. наук / Е. Н. Динов. – М., 2010. – 192 с.
16. Дудко, Т. Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ / Т. Н. Дудко, Ю. В. Валентик, Н. В. Востроknутов, А. А. Гериш, Л. А. Котельникова. – М., 2001.
17. Дудко, Т. Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами / Т. Н. Дудко // Вопросы наркологии. – 2008. – № 3. – С. 80–93.
18. Дудко, Т. Н. Формирование зависимости от азартных игр у молодежи и лиц зрелого возраста / Т. Н. Дудко, Л. А. Котельникова. – М., 2005. – 270 с.
19. Егоров, А. Ю. Расстройства поведения у подростков. Клинико-психологические аспекты / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб. : Речь, 2005. – 436 с.
20. Замогильный, С. И. Кросскультурный анализ алекситимии молодёжи / С. И. Замогильный, Т. Дорждагва, С А. Игумнов, Р. М. Шамионов // Соёлсудлаачдынүндэсний IX семинарынэмхэтгэл. 2015.04.17. – Улаанбаатар : БИТПРЕСС, 2015. – С. 49–55.
21. Зражевская, И. А., Топка, Э. О., Березкин А. С., Тер-Исраелян А. Ю. Расстройства аффективного спектра у реабилитантов и сотрудников центров социальной реабилитации для зависимых от психоактивных веществ // Материалы второй ежегодной научно-практической конференции с международным участием, посвященной Всемирному дню Биполярного расстройства «Психические расстройства аффективного и шизофренического спектров: вопросы диагностики, терапии, комор-

бидности». – Москва, 15 апреля 2016 г. – М. : Изд-во РУДН, 2016. С. 119–122.
22. Игумнов, С. А. Психологические особенности подростков, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением синтетических каннабиноидов / С. А. Игумнов, В. В. Аблова, А. В. Козырева, М. А. Жердева, П. С. Лапанов, А. С. Лобачева, С. М. Шахова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016. – Т. 16. – № 2. – С. 107–112.
23. Клименко, Т. В. Реабилитация наркотически зависимых лиц путем словесно-эмоциональной реорганизации их патологических динамических стереотипов: методич. руководство / Т. В. Клименко, И. А. Кузичев, А. Б. Николаев. – М., 2009. – 56 с.
24. Кондрашенко, В. Т. Девиантное поведение у подростков: Диагностика. Профилактика. Коррекция: учеб. пособие / В. Т. Кондрашенко, С. А. Игумнов. – Минск : Аверсэв, 2004. – 365 с.
25. Кондрашенко, В. Т. Общая психотерапия. Учебное пособие с грифом Министерства образования Республики Беларусь / В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской, С. А. Игумнов. – Минск : Вышэйш. шк., 2012. – 496 с.
26. Короленко, Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск : Олсиб, 2001 – 251 с.
27. Корчагина, Г. А. Оценка эффективности программ профилактики психоактивных веществ / Г. А. Корчагина, Е. В. Фадеева // Медицинская психология в России. – 2015. – № 2 (31). – С. 6–9.
28. Лапанов, П. С. Зависимость от синтетических каннабиноидов (спайсов) – глобальная угроза психическому здоровью детей XXI века / Медико-психологические проблемы реабилитации детей: сб. науч. ст. / П. С. Лапанов, С. А. Игумнов // Брест. гос. ун-т им. А. С. Пушкина; под общ. ред. И. Е. Валитовой. – Брест : БрГУ, 2014. – С. 28–35.
29. Подоплёкин, А. Н. Об употреблении психоактивных веществ в образовательной среде Архангельской области / А. Н. Подоплёкин, А. М. Тамицкий // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Медико-биологические науки. – 2013. – № 2. – С. 39–45.
30. Сирота, Н. А. Программы формирования здорового жизненного стиля / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. – М., 2005. – 76 с.
31. Сирота, Н. А. Формирование здорового жизненного стиля. Программа работы со специалистами. Мой выбор: учебно-метод. пособие для учителей средней школы / Н. А. Сирота, В .М. Ялтонский, О. В. Зыков

и др. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ЗАО «Учительская газета», 2001. – 115 с.
32. Сирота, Н. А. Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других форм зависимого поведения / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. – М. : Радуга, 2004. – 192 с.
33. Спрангер, Б. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков / Б. Спрангер // Вопросы наркологии. – 1993. – № 3. – С. 48–59.
34. Спринц, А. М. Химические и нехимические зависимости / А. М. Спринц, О. Ф. Ерышев. – СПб. : Спец Лит, 2012. –127 с.
35. Хейли, Д. Необычайная психотерапия (Психотерапевтические техники Милтона Эриксона) / Д. Хейли. – Нью-Йорк; Лондон, 1986. – 289 с.
36. (Beck, J.) Бек Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство. – М. : ООО «И. Д. Вильямс», 2006. – 400 с.
37. Bertholet, N., Daeppen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., Burnand, B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2005; No 165(9):986-95.
38. Drenzek, C. Severe Illness Associated with Synthetic Cannabinoid Use – Brunswick, Georgia, 2013 / C. Drenzek [et al.] // Morbidity and Mortality Weekly Report. – 2013. – Vol. 62. – No 46. – P. 939.
39. Gates, P. J., Sabioni, P., Copeland, J., et al. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2016; CD005336.
40. Reyes-Rodríguez, F., Mejía-Trujillo, J., Pérez-Gómez, A., Cardozo, F., Pinto, C. Effectiveness of a brief intervention based on motivational interviewing in Colombian adolescents. Psic.: Teor. e Pesq. 2017; No 33: e33421. URL: http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33421.

УДК 159.9

РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИЕЙ

Е. В. Костюченко,
канд. психол. наук, доцент,
УО «Гродненский государственный университет им. Я. Купалы», г. Гродно

EARLY DESADAPTIVE SCHEMA OF WOMEN SUFFERING FROM DEPRESSION

Alena Kastsiuchenka,
PhD in Psychology, Associate Professor
Grodno state University

Аннотация. В статье представлены результаты исследования ранних дезадаптивных схем женщин, страдающих депрессией. Выявлены и проанализированы различия ранних дезадаптивных схем женщин, страдающих депрессией и здоровых женщин. Обнаружены три ключевые ранние дезадаптивные схемы женщин, страдающих депрессией, определяемые негативные глубинные убеждения женщин, страдающих депрессией.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия; депрессия; ранняя дезадаптивная схема.

Annotation. The article presents the results of a study of early maladaptive schemes of women suffering from depression. Differences between early maladaptive schemes of women suffering from depression and healthy women were identified and analyzed. Discovered three key early non-adaptive schemes of women with depression defined by negative core beliefs in women with depression.
Keywords: Cognitive behavioral therapy; depression; early maladaptive regimen.

Депрессивное расстройство является наиболее распространенной патологией аффективной сферы и одно из самых распространенных расстройств во врачебной практике. По прогнозам ВОЗ к 2020 году депрессия выйдет на второе место среди причин нетрудоспособности. Являясь широко распространенным заболеванием, обнаруживающим высокую коморбидность, депрессия оказывает существенное влияние на социально-экономические показатели общественного

развития, снижает качество жизни, затрудняет семейное функционирование, снижает эффективность межличностных контактов.

К сожалению, анализ динамики показателей, способствующих возникновению депрессивных реакций, оставляет желать лучшего. Ускорение темпа общественной жизни, высокие профессиональные требования, отсутствие должной социальной и межличностной поддержки являются факторами, способствующими возникновению целого спектра аффективных расстройств, в том числе и депрессии.

Все вышесказанное позволяет заключить, что депрессия перестала быть исключительно медицинской изолированной проблемой. Констатация данного факта требует разработки и внедрения новых современных способов терапии данного аффективного расстройства.

На современном этапе развития психотерапевтической помощи наиболее соответствующей терапии данного вида расстройства является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Ее эффективность в терапии депрессивного расстройства подтверждена множеством контролируемых рандомизированных исследований. Указывается также не то, что в случае депрессии легкой степени тяжести КПТ является терапией выбора, а в случае депрессии средней степени тяжести ее эффективность сопоставима с эффективностью приема антидепрессантов.

Наибольший интерес в практике психотерапии депрессий в последнее время приобретают методы так называемой третьей волны КПТ, к которым относится схема-терапия Дж. Янга, сочетающая в себе как когнитивные, так и эксперитальные техники.

Центральным конструктом в схема-терапии Дж. Янга является понятие ранней дезадаптивной схемы. Ранние дезадаптивные схемы (РДС) представляют собой психологический конструкт, включающий в себя представления человека о себе, мире и других людях, устойчивый комплекс воспоминаний, эмоций, убеждений и телесных ощущений, который был сформирован в детстве и развивался в течение жизни. Переживания раннего детства во многом играют

важную роль в формировании личности, принятии решений о мире, окружающих людях и самих себе, а также интерпретации жизненного опыта [1]. Этиологией РДС является синтез личностных особенностей и опыта взаимодействия со значимыми взрослыми в период детства. Как правило, схемы являются следствием хронического неудовлетворения потребностей ребенка и отражают особенности его адаптации к деструктивному социальному и межличностному опыту, к чему можно отнести ссоры родителей, тяжелые болезни и госпитализации, отсутствие или недостаток поддержки со стороны значимых взрослых, проявление агрессии взрослыми, сверстниками и т. п. [2].

Патогенетическое проявление РДС является двойственным: если в период раннего детства сформированные схемы способствовали адаптации ребенка в неблагоприятной среде, уже во взрослом состоянии, наоборот, сами по себе выполняют роль дезадаптирующего фактора. Являясь психическими образованиями периода раннего детства, РДС являются устойчивыми к изменениям, ригидными и часто неосознаваемыми. РДС являются глобальными личностными образованиями и включают в себя системы знаний о мире, других людях, о себе, способах взаимодействия и т. п.

Для актуализации РДС часто необходимо триггерное событие, которым может стать, в принципе что угодно: от мимолетного воспоминания до реального события, происходящего в жизни человека. в этом случае РДС, являясь фильтрами восприятия, понимания и оценки себя, других и мира существенно снижают адаптационные возможности человека, делая более уязвимым перед превратностями жизни и создавая сложности на пути построения межличностных, профессиональных, семейных отношений.

Как указывает, Дж. Янг, с возрастом РДС начинают приобретать генерализованный характер, проявляются во все большем количестве проявлений человеческой жизни и становятся все более устойчивыми к изменениям, подтверждаясь деструктивным опытом взаимодействия, продиктованным влиянием все той же схемы [3]. Таким образом, формируется замкнутый круг влияния РДС на жизнедеятельность человека.

Дж. Янг обнаружил 18 РДС, влияющих на жизнь человека и сформировавшихся в результате неудовлетворения основных потребностей в детском возрасте [3]. К ним относятся следующие:

Нарушение связи и отвержение

1. Покинутость / Нестабильность.
2. Недоверие / Ожидание жестокого обращения.
3. Эмоциональная депривированность.
4. Дефективность / Стыд.
5. Социальная отчужденность.

Нарушенная автономия

6. Зависимость / Беспомощность.
7. Уязвимость.
8. Спутанность / Неразвитая идентичность.
9. Неуспешность.

Нарушенные границы

10. Привилегированность / Грандиозность.
11. Недостаточность самоконтроля.

Направленность на других
(нарушение потребности в самоуважении и принятии себя)

12. Покорность.
13. Самопожертвование.
14. Поиск одобрения.

Сверхбдительность и запреты
(нарушение потребности в свободном выражении своих потребностей и эмоций, спонтанности и игре)

15. Негативизм / Пессимизм.
16. Подавление эмоций.
17. Жесткие стандарты / Придирчивость.

18. Пунитивность.

Все эти РДС вошли в состав предложенного автором схема-теста.

Предполагается, что наиболее ригидными и развитыми РДС могут быть при проявлениях различных личностных дезадаптаций, расстройств личности, патологии аффективной сферы и т. п. в этом случае депрессивное расстройство не является исключением.

Цель нашего исследования явилось изучение ранних дезадаптивных схем женщин, перенесших первый депрессивный эпизод. Гипотезой исследования выступило предположение о возможном наличии в данной группе испытуемых женщин ранних дезадаптивных схем, приводящих в развитию данного расстройства. Методами исследования выступили методика диагностики ранних дезадаптивных схем Янга YSQ-S3R (Young Schema Questionnaire Short Form) и методика определения уровня депрессии В. А. Жмурова. в исследовании приняли участие 35 женщин, имеющих выраженные признаки клинической депрессии, выявлено на основании клинического обследования и результатов методики В.А. Жмурова (умеренная депрессия). Средний возраст респонденток составил 34,7 лет, образование средне специальное. Все испытуемые были замужем, имели детей и проживали в городской местности. Контрольную группу составили женщины, не имевшие в анамнезе аффективных нарушений. Анализ достоверности различий проводился с помощью методов первичной математической статистики а также непараметрического критерия *U* Манна-Уитни.

В таблице 1 отражены результаты среднего арифметического значения выраженности ранних дезадаптивных схем женщин экспериментальной и контрольной групп.

Таблица 1 – Выраженность ранних дезадаптивных схем

№	Название ранней дезадаптивной схемы	Женщины экспериментальной группы, (М)	Женщины контрольной группы, (М)	Уровень достоверности различий
1.	Схема эмоциональной депривации	43,7	21,8	P < 0,001
2.	Схема покинутости / нестабильности	54,1	32,1	P < 0,01
3.	Схема недоверия / ущемления	43,2	23,7	P < 0,01
4.	Схема социальной изоляции / отчуждения	34,7	19,9	P < 0,001
5.	Схема дефективности / стыда	67,3	27,8	P < 0,001
6.	Схема некомпетентности / неизбежных неудач	56,3	23,6	P < 0,01
7.	Схема зависимости / беспомощности	32,1	17,4	P < 0,05
8.	Схема ожидания катастрофы (уязвимости к несправедливости, болезням и т. д.)	32,1	29,7	Различия не выявлены
9.	Схема слияния / неразвитой личной идентичности	32,8	27,5	Различия не выявлены
10.	Схема подчинения	21,8	18,3	Различия не выявлены
11.	Схема самопожертвования	54,2	29,7	P < 0,001

№	Название ранней дезадаптивной схемы	Женщины экспериментальной группы, (М)	Женщины контрольной группы, (М)	Уровень достоверности различий
12.	Схема подавления эмоций	36,2	23,8	Различия не выявлены
13.	Схема сверхвысоких стандартов / гиперкритичности	43,2	38,2	Различия не выявлены
14.	Схема особого статуса и прав / привилегированности	23,1	26,7	Различия не выявлены
15.	Схема недостаточного самоконтроля / самодисциплины	33,5	29,7	Различия не выявлены
16.	Схема поиска признания	24,1	20,8	Различия не выявлены
17.	Схема негативизма / пессимизма;	43,2	10,5	P < 0,001
18.	Схема наказания / пуннитивности	24,4	21,1	Различия не выявлены

Обращает на себя внимание факт большей количественной выраженности ранних дезадаптивных схем в экспериментальной группе испытуемых респондентов. Очевидно, более низкая количественная представленность РДС среди респондентов контрольной группы может являться косвенным показателем психического здоровья.

Анализ определения среднего арифметического в выделенных группах респондентов позволят выделить некоторые тенденции выраженности ранних дезадаптивных схем. Так, в экспериментальной группе женщин наиболее выраженными являются следующие РДС: схема дефективности / стыда (67,3), схема некомпетентности / неизбежных неудач (56,3), схема самопожертвования (54,2), схема покинутости / нестабильности (54,1). Наименее выраженными оказались такие РДС, как: схема подчинения (21,8), схема особого статуса и прав / привилегированности (23,1), схема поиска признания (24,1), схема наказания / пуннитивности (24,4).

В группе женщин контрольной группы наиболее представленными оказались такие ранние дезадаптивные схемы, как схема сверхвысоких стандартов / гиперкритичности (38,2), схема покинутости / нестабильности (32,1). Наименьшее значение обнаружено для таких схем, как схема зависимости / беспомощности (17,4), схема подчинения (18,3), схема социальной изоляции / отчуждения (19,9). Значимые различия обнаружены для таких РДС, как: схема эмоциональной депривации, схема покинутости, схема недоверия / ущемления, схема социальной изоляции / отчуждения, схема дефективности / стыда, схема некомпетентности / неизбежных неудач, схема зависимости / беспомощности, схема самопожертвования, схема негативизма / пессимизма. Между такмими ранними дезадаптивными схемами, как: схема ожидания катастрофы (уязвимости к несправедливости, болезням и т.д.), схема слияния / неразвитой личной идентичности, схема подчинения, схема подавления эмоций, схема сверхвысоких стандартов / гиперкритичности, схема особого статуса и прав / привилегированности, схема недостаточного самоконтроля / самодисциплины, схема поиска признания, схема наказания / пуннитивности.

Анализ выявленных ранних дезадаптивных схем позволяет заключить, что в экспериментальной группе наиболее представленной оказалась схема дефективности / стыда. Вкупе со схемами самопожертвования и некомпетентности / неизбежных неудач мы обнаруживаем «классический стиль» депрессивного мышления. За такими РДС стоят следующие глубинные убеждения «Я – никчемная», «Я дефективная», «Я ничтожная», «Я не способная». Таким образом, выявление ранних дезадаптивных схем и глубинных убеждений позволяет довольно быстро определить стратегию и тактику психо-

терапевтического вмешательства. в данном случае речь идет о совместном применении техник когнитивного реструктурирования и экспериетальных приемов для облегчения состояния пациентов. Определение мишеней психотерапевтического воздействия с учетом диагностических данных делает психотерапию подлинно индивидуальной.

Литература

1. Галимзянова, М. В., Эмоциональные переживания, связанные с событиями детства и партнерскими отношениями / М. В. Галимзянова, Е. В. Романова // Вестн. С.-Петерб. ун-та. – Сер. 12. – 2011. – Вып. 1. С. 209–216.
2. Симеоне-ДиФранческо, К. Схема-терапия супружеских пар. Практическое руководство по исцелению отношений // К. Симеоне-ДиФранческо, Э. Радигер, Б. А. Стивенс. – М. : Научный мир, 2017. – 400 с.
3. Young, J. E. Schema Therapy: A Practitioner's Guide / J. E. Young, J. S. Klosko, M. Weishaar // New York, Guilford Publications, 2003. – 436 p.

УДК 159.9

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ: УМНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОГНИТИВИЗМА ИЛИ БИХЕВИОРАЛЬНЫЙ ЗОНТИК

COGNITIVE AND BEHAVIOURAL THERAPY: CLEVER LOCALIZATION OF KOGNITIVIZM OR BEHAVIORAL UMBRELLA

А. П. Лобанов,
доктор психологических наук, профессор, БГПУ, г. Минск
Н. В. Дроздова,
канд. психол. наук, доцент, РИВШ, г. Минск
К. С. Жаранков,
кандидат медицинских наук, РИВШ, г. Минск

A. Lobanov,
Dr. Science, professor, BSPU, Minsk
N. Drozdova,
Ph. D., assistant professor, National Institute of the higher education, Minsk
K. Zharankov,
M. D. Ph. D., assistant professor, National Institute of the higher education, Minsk

Аннотация. В статье представлен анализ исторической и содержательной динамики концептуальных и технических оснований когнитивно-поведенческой терапии. Сформулирована проблема теоретико-методологических оснований КПТ. Рассмотрены варианты интегративно-эклектических моделей бихевиоральной и когнитивной терапии. Определены возможности специализации психологов, выбирающих направление КПТ.

Ключевые слова: когнитивная психология, бихевиоризм, поведенческая терапия, когнитивная терапия, эклектика, специализация.

Annotation. The analysis of historical and substantial dynamics of the conceptual and technical bases of cognitive and behavioral therapy is presented in article. The problemof the theorist and methodological bases of CBT is formulated. Options of integrative and eclectic models of behavioral and cognitive therapy are considered. Possibilities of specialization of the psychologists choosing the CBT direction are defined.

Keywords: cognitive psychology, behaviorism, behavioral therapy, cognitive therapy, eclecticism, specialization.

Если верить кинематографу, то первым клиентом рационально-эмотивной терапии в СССР была Э. Пьеха. Упоминание её имени

в данном контексте говорит о времени проникновения западных когнитивных научных концепций и об определённом застревании отечественной психологической практики в виду того, что названная выше терапевтическая модель всё ещё воспринимается как ноу-хау. Как известно, её основоположником является американский клинический психолог и психотерапевт Альберт Эллис. Она возникла в 50-е годы прошлого века и трижды меняла своё наименование: рациональная терапия (1955–1960 гг.), рационально-эмотивная терапия (1961–1992 гг.) и рационально-эмотивная поведенческая терапия (Rational-emotive behavior therapy) (1993 – по наше время). С точки зрения метаморфоз её дефиниций, примечательна книга С. Уолена, Р. ДиГусеппа и Р. Уэсслера «Рационально-эмотивная психотерапия» с подзаголовком «когнитивно-бихевиоральный подход» [1].

Множественность наименований, на наш взгляд, со всей очевидностью оттеняет проблему теоретико-методологических оснований означенной терапевтической модели. Казалось бы, всё просто и очевидно: межпарадигмальная интеграция (или эклектика) положений когнитивной психологии и бихевиоризма. На самом деле, имеет место конфликт логики и лингвистики. Наименование «когнитивно-поведенческая» справедливо с точки зрения лингвистики, но явно противоречит логике. Наоборот, «когнитивно-бихевиоральная» – звучит научно, но не отвечает законам языкознания (нарушена очерёдность употребления слов). Для психолога «бихевиоральный» не является синонимом «поведенческий». Бихевиоризм – не только наука о поведении, но и научении. Так, в чём же проблема?

Полагаем, в очередной раз можно ответить словами Ж. Пиаже: для психолога генетическое важнее логического, точнее, именно из анализа генезиса модели возникает логика её построения и интерпретации.

В середине XX века США представляли собой «перекрёсток» основных психологических школ: с одной стороны, падали акции классического психоанализа и бихевиоризма; с другой – заявляли о себе гуманистическая и когнитивная психология. в истории когнитивизма это время (1955–1965 гг.) было обозначено как латентная когнитивная революция. Пять психологов с разной степенью решимости расшатывали устои бихевиоризма: Дж. Брунер, Дж. Дженкинс, Дж. Миллер, Г. Саймон и Ч. Осгуд [2]. Они опирались на эмпирические исследования и только предпринимали попытки подвести под них теоретические основания. Как вспоминает Дж. Миллер: «Я двигался навстречу когнитивной науке в течение двадцати лет, прежде чем узнал, как она называется» [3]. К их плеяде можно отнести и А. Эллиса. Его рациональная терапия – явный вызов бихевиоризму. Следуя авторской концепции причин человеческих эмоций, он обращался к трудам античных философов: Марка Аврелия (тебя беспокоит не эта вещь, а то, что ты думаешь о ней) и Эпиктета (события не являются причиной наших эмоций) [4]. В результате в его «человеческой триаде» (мышление, эмоции, поведение) решающую роль играли когниции и когнитивные процессы: мышление определяет эмоции, а они мотивируют поведение. Воображаемый треугольник теряет жёсткость и разворачивается в однонаправленный вектор.

А. Эллис времён рационально-эмотивной терапии теоретизирует в общем потоке когнитивных теорий эмоций (M. Arnold, R. Lazarus, S. Schachter, Y. Singer). Так, согласно модификации двухфакторной теории С. Шехтера, С. Валинс (S. Valins) пришёл к выводу, что в возникновении эмоций и в мотивации поведения решающую роль играют когнитивные процессы оценивания (интерпретации) ситуации. По Р. Лазарусу, активационный и когнитивно-ситуационный компоненты взаимодополняют друг друга, а результаты когнитивного оценивания воздействуют и на эмоции, и на поведение человека [5]. Кроме того, «рационально-эмотивная» концепция личности А. Эллиса в целом созвучна когнитивным имплицитным теориям личности.

Таким образом, можно констатировать, что рациональная и рационально-эмотивная терапия А. Эллиса, несомненно, представляют собой вариант умной локализации (специализации) [6], когда гло-

бальные схемы когнитивного теоретизирования реализуются с учётом конкретного контекста предмета исследования: научения клиента самоанализу и трансформации иррационального мышления.

Рационально-эмотивная поведенческая терапия возвращает из забвения третий компонент триады – поведение, признавая его значимость и дееспособность. При этом, во внимание принимаются достижения специалистов в области бихевиоральной терапии с точки зрения необходимости формирования когнитивных навыков: научить клиента научно мыслить путёмnnпоследовательной и осознанной тренировки [1]. В результате речь может идти о редукции бихевиоризма, сначала как науки о научении и уже потом – о поведении. Тогда понятен смысл названия – когнитивно-бихевиоральная терапия, когнитивная по призванию и бихевиоральная по необходимости. Мы глубоко убеждены, что дефис между составными словами означает отнюдь не «и», а пространственно-временной континуум. Это похоже на фиксированные годы жизни (от и до). Другими словами, термин «рационально-эмотивная поведенческая терапия» отражает основные вехи её становления, начиная от разрыва с бихевиоризмом и провозглашения когнитивной независимости до относительного возвращения под бихевиоральный зонтик. Она выполнила свою миссию – внесла весомый вклад в собственно когнитивную терапию. Не случайно, как вторичное эхо постулатов А. Эллиса звучат известные положения Р. Грина: роль желаний сильно преувеличена и дети (и взрослые) ведут себя хорошо, если могут [7].

Проблема теоретико-методологического статуса когнитивно-поведенческой терапии не умаляет общепринятой точки зрения об эффективности данного направления психологической практики. Напротив, данная ситуация лишь подчеркивает классический схизис академической и практической психологии. Теоретики знают, что работает, практики – как работает. Разрыв между теорией и практикой проявляется не только в коммуникационном, но и временном аспектах. Так, открытие в 60-х гг. таких явлений как конформизм или фундаментальная ошибка атрибуции только через пятьдесят лет «догнали» психологическую практику и вошли в топы когнитивных искажений.

Общеизвестно, что КПТ, во-первых, является наиболее изученной (отсюда применение эпитета «научно-обоснованной») формой психотерапии, во-вторых, данная терапия эффективна в лечении депрессии (большого депрессивного расстройства (БДР)) и группы тревожных расстройств (генерализованного тревожного расстройства (ГТР), панического расстройства (ПР), социального тревожного расстройства (СТР)).

КПТ основана на сочетании основных принципов поведенческой и когнитивной психологии. КПТ является «проблемно-ориентированными» и «ориентированным на конкретные действия» методом, то есть, используется для избавления от конкретных проблем, связанных с диагностированным психическим расстройством. Роль психотерапевта заключается в оказании помощи клиенту в поиске и выполнении эффективных стратегий для достижения намеченных целей и уменьшения симптомов заболевания. КПТ основана на убеждении в том, что когнитивные искажения и неадекватные формы поведения играют определенную роль в развитии и поддержании психических расстройств, и что переживания и связанные с ними последствия могут быть уменьшены путем обучения новым навыкам обработки информации и механизмам решения проблем.

Исследования показали, что, по сравнению с применением лекарственных средств, КПТ в одиночку является столь же эффективным методом при лечении менее тяжелых форм депрессии и тревоги, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), тиков, токсикомании (за исключением опиоидной наркомании), расстройства пищевого поведения и пограничного расстройства личности. КПТ часто рекомендуется в сочетании с препаратами для лечения других состояний, таких как тяжелое обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и клиническая депрессия, опийная наркомания, биполярные и психотические расстройства [8]. КПТ рекомендуется в качестве первой линии терапии для большинства психических рас-

стройств у детей и подростков, в том числе агрессии и расстройств поведения. Исследователи обнаружили, что другие добросовестные терапевтические вмешательства были в равной степени эффективны для лечения определенных состояний у взрослых, однако было обнаружено, что КПТ превосходит эти методы при лечении большинства заболеваний [9].

У взрослых была показана эффективность КПТ и изучена ее роль в лечении тревожных расстройств, депрессии [10], расстройств пищевого поведения, хронической боли в нижней части спины [11], личностных нарушений, шизофрении, расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в адаптации [12], депрессии и тревоги, связанных с фибромиалгией, и после травмы спинного мозга]. У детей и подростков КПТ является эффективной частью планов лечения тревожных расстройств, дисморфофобии, депрессии и суицидального поведения, расстройств пищевого поведения и ожирения, обсессивно-компульсивного расстройства и посттравматического стрессового расстройства, а также тиковых нарушений, трихотилломании и других нарушений, связанных с повторяющимся поведением [13]. Адаптация КПТ для предотвращения суицидов (ПС), была специально разработана для лечения молодых людей, имеющих серьезную депрессию и предпринявших парасуицид в течение последних 90 дней [14]. Была установлена эффективность, выполнимость и приемлемость этого метода. Sparx – это видеоигра, созданная с использованием метода КПТ, чтобы помочь молодым людям решать свои проблемы [15].

Также была показана эффективность КПТ при посттравматическом стрессовом расстройстве у детей раннего возраста (от 3 до 6 лет). КПТ также применялась в случае различных детских расстройств, включая депрессивные расстройства и различные тревожные расстройства [16].

Согласно обзору INSERM 2004 года трех методов была либо «доказана» или «предполагалась» эффективность когнитивно-поведенческой терапии, в случае нескольких конкретных психических

расстройств. Согласно результатам исследования, КПТ была эффективна при лечении шизофрении, депрессии, биполярного расстройства, панического расстройства, посттравматического стресса, тревожных расстройств, булимии, анорексии, расстройств личности и алкогольной зависимости [17]. Некоторые мета-анализы показывают, что КПТ является более эффективной, чем психодинамическая терапия и является столь же эффективной, как и другие виды терапии, при лечении тревоги и депрессии [18]. Была доказана эффективность компьютеризированной КПТ (ККПТ) в рандомизированных контролируемых и других исследованиях при лечении депрессии и тревожных расстройств [19], в том числе у детей [20], а также бессонницы. Некоторые исследования показали одинаковую эффективность ККПТ и вмешательства информационных веб-сайтов и еженедельных телефонных звонков. ККПТ оказалась столь же эффективной, как и КПТ при личном контакте в случае подростковой тревожности и бессонницы.

КПТ применяется в клинических и доклинических условиях для лечения таких расстройств, как расстройства личности и поведенческие проблемы [21]. Систематический обзор КПТ при депрессии и тревожных расстройствах показывает, что КПТ в первичном звене здравоохранения, особенно при использовании компьютерных или интернет-программ самопомощи, потенциально более эффективна, чем обычные меры и может эффективно применяться при помощи врачей первичного звена медицинской помощи. Все новые данные свидетельствуют о возможной роли КБТ в лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью(СДВГ); ипохондрии; при борьбе с последствиями рассеянного склероза; нарушений сна, связанных со старением, дисменореи и биполярного расстройства [22].

КПТ может вызывать ослабление симптомов тревоги и депрессии у людей с болезнью Альцгеймера. КПТ изучалась в качестве вспомогательного средства при лечении тревоги, связанной с заиканием. Первые исследования показали, что КБТ эффективна в снижении социальной тревожности у взрослых людей с заиканием, но не

снижает частоту заиканий. Существует ряд доказательств того, что КПТ является более совершенным в долгосрочной перспективе методом, по сравнению с бензодиазепинами и небензодиазепинами в лечении и управлении бессонницей. Было показано, что КПТ умеренно эффективна для лечения синдрома хронической усталости. в Великобритании, Национальный институт здравоохранения и совершенства медицинской помощи Великобритании (NICE) рекомендует КПТ в планах лечения целого ряда проблем в области психического здоровья, в том числе посттравматического стрессового расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), булимии и клинической депрессии [23].

Один из последних мета-анализов (октябрь, 2016) показал, что доказательная база еще имеет «ресурсы для развития». Не решен вопрос трех ключевых моментов: систематической ошибки, которая связана с предпочтительной публикацией положительных результатов исследования, плацебо, или ситуации контрольных групп, получающих обычный уход, и ноцебо, если контрольная группа представлена списком ожиданиям [24].

Современная когнитивно-поведенческая терапия не является монолитной структурой, это направление до сих пор концептуально и технически развивается и все еще полно противоречий. Теоретики и практики КПТ могут различаться в подходах и способах работы. Вслед за А. Эллисом, мы изложим эти подходы в традиции abc: поведенческая, когнитивная и когнитивно-поведенческая терапии.

А. Поведенческая терапия (ПТ). Была разработана Й. Вольпе (Wolpe, 1958) как ответ против фрейдистской психодинамической теории, которая доминировала в психотерапии в конце 19-го начале 20-го века. в 1950-е гг. психоанализ З. Фрейда был поставлен под сомнение в научной психологии из-за отсутствия эмпирических доказательств, подтверждающих теорию и эффективность подхода (Eysenck, 1952).

Поведенческие терапевты сфокусировались на конструировании процедур, основанных на теории научения, позволявших людям ос-

воить новые способы реагирования. Действительно, использование такого метода как систематическая десенсибилизация (СД) в лечении тревожных расстройств продемонстрировало свою эффективность. При проведении СД терапевты просили клиентов повторно представить пугающий стимул, в сочетании с практикой расслабления. в более поздних версиях данного подхода имагинальная практика («представь себя рядом с предметом, вызывающим страх») заменилась на терапию invivo, в естественных условиях (приближение к реальному предмету).

Поведенческая терапия признана эффективной при работе с тревожными расстройствами такими как фобии и обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). Аргументы – данные мета-анализа и «условная» краткосрочность, так как в отличие от двухлетнего пребывания на кушетке, поведенческая терапия занимает от шести до двенадцати сеансов (сессий).

В. Когнитивная терапия, разработанная А. Беком. В когнитивной терапии депрессия характеризуется глобально пессимистическим отношением человека к собственной персоне, внешнему миру и своему будущему. По мере аккумулирования данных, подтверждавших ведущую роль когнитивных искажений в развитии депрессии, были разработаны специальные техники, основанные на применении логики, которые позволяют скорректировать когнитивные искажения пациента и в конечном счете ведут к ослаблению депрессивных симптомов [25]. Так, когда мы злимся, мы видим объект своей злости полностью в черных тонах, но такое социальное восприятие на девяносто процентов наша ментальная проекция.

Впоследствии, техники корректирования когнитивных искажений были дополнены А. Беком проведением экспериментов, призванных проверить ошибочные или преувеличенно пессимистические убеждения пациента, что, в конечном счете, существенно расширило терапевтический процесс. Теперь у пациентов появилась возможность проверять свои пессимистически интерпретации и прогнозы в реальных жизненных ситуациях. Концепция домашней ра-

боты, или, «аутотерапии», открыла реальную возможность для расширения терапевтического процесса и выведения его за рамки терапевтических сессий [26].

С. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) подразумевает совокупность вмешательств, которые широко признаны как психологическое лечение с наиболее масштабной эмпирической доказанностью (S. Hofmann, 2012).

Появление «чистой» когнитивно-поведенческой терапии датируется 2004 годом (S. Hayes, 2004). Сторонники «третьей волны» КПТ утверждали, что изменения произошли на уровне концептуального положения, сфокусированного на отношении индивида к мыслям и эмоциям, а не на их содержании.

Новые модели и подходы вмешательства включили терапию принятия и ответственности, основанную на осознанности когнитивную терапию, функциональную аналитическую терапию (радикальный вариант поведенческой терапии), метакогнитивную терапию (с фокусом терапевта на когнитивных процессах внимания, восприятия и пр. клиента) и прочее.

Современная КПТ более открыта разнообразным подходам из гуманистической, экзистенциальной, аналитической и духовной традиции. С точки зрения S. Hayes «поведенческое и психическое здоровье означает полное здоровье, а не только отсутствие расстройств» [26; с. 244]. Поворот от клиники к норме открывает путь для интеграции всей совокупности психосоциальных, биологических и нейропсихологических подходов в психотерапии.

Это направление настолько обширно, что продляет сам термин «КПТ» практически до критической точки. Остается только вспомнить Р. Декарта «Cogito ergo sum» – «Я мыслю, значит, я есть». И я действую.

Литература

1. Уолен, С. Рационально-эмотивная психотерапия / С. Уолен, Р. ДиГусепп, Р. Уэсслер. – М. : Ин-т гуманитарных знаний, 1997. – 257 с.

2. Baars, B. The cognitive psychology / B. Baars. – NY. : The Guilford Press, 1986. – 443 p.
3. Фаликман, М. Что такое когнитивная наука и чем она занимается / М. Фаликман // Логос. – № 1 (97). – 2014. – С. 2–18.
4. Энфилд, Р. Э. Рационально-эмотивная поведенческая терапия / Р. Э. Энфилд // Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. – СПб. : Питер, 2003. – С. 746–748.
5. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность / Х. Хекхаузен / под ред. Б. М. Величковского. – В 2 т. Т. 1. – М. : Педагогика, 1986. – 408 с.
6. Carayannis, E. Quadruple Innovation Helix and Smart Specialization: Knowledge Production and National Competitiveness / E. Carayannis, E. Grigoroudis // Foresight and STI Governance. – 2016. – Vol. 10, № 1 – P. 31–42.
7. Грин, Р. Взрывной ребенок. Новый подход к воспитанию и пониманию легко раздражимых, хронически несговорчивых детей / Р. Грин. – М. : Теревинф, 2016. – 267 с.
8. Brewin, C. Theoretical foundations of cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression / C. Brewin // Annual Review of Psychology. – 1996. – 33–57 p. – p. 47. doi:10.1146/annurev.psych.47.1.33.
9. Shedler, J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy / J. Shedler // American Psychologist. – 2010. – 65 (2): 98–109. doi:10.1037/a0018378. PMID 20141265.
10. Foroushani, P. Meta-review of the effectiveness of computerised CBT in treating depression / P. Foroushani; J. Schneider; N. Assareh // BMC Psychiatry. – 2011. – 11 (1): 131. doi:10.1186/1471-244X-11-131. PMC 3180363free to read. PMID 21838902.
11. Murphy, R. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders / R. Murphy; S. Straebler; Z. Cooper; C. Fairburn // Psychiatric Clinics of North America 2010. – 33 (3): 611–27. doi:10.1016/j.psc.2010.04.004. PMC 2928448free to read. PMID 20599136.
12. Matusiewicz, A. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Personality Disorders / A. Matusiewicz; C. Hopwood; A. Banducci; C. Lejuez // Psychiatric Clinics of North America.– 2010. – 33 (3): 657–85. doi:10.1016/j.psc.2010.04.007. PMC 3138327free to read. PMID 20599139.
13. Rathod, S. Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia / S. Rathod; P. Phiri; D. Kingdon // Psychiatric Clinics of North America. – 2010. – 33 (3): 527–36. doi:10.1016/j.psc.2010.04.009. PMID 20599131.

14. McHugh, R. Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders / S. Rathod; P. Phiri; D. Kingdon // Psychiatric Clinics of North America. – 2010. – 33 (3): 511–25. doi:10.1016/j.psc.2010.04.012. PMC 2897895free to read. PMID 20599130.
15. Mehta, S. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence Research Team. An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury // S. Mehta; S. Orenczuk; K. Hansen; J. Aubut; S. Hitzig; M. Legassic; R. Teasell // Rehabilitation Psychology. – 2011. – 56 (1): 15–25. doi:10.1037/a0022743. PMC 3206089free to read. PMID 21401282.
16. Flessner, Christopher A. Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Repetitive Behavior Disorders: Tic Disorders and Trichotillomania. / Christopher A. Flessner // Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. – 2011. – 20 (2): 319–28. doi:10.1016/j.chc.2011.01.007. PMC 3074180free to read. PMID 2144085.
17. Stanley, B. Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability / B. Stanley; G. Brown; D.A. Brent; K. Wells; K. Poling; J. Curry; B.D. Kennard; A. Wagner; M. F. Cwik; A.B. Klomek; T. Goldstein; B. Vitiello; S. Barnet; S. Daniel; J. Hughes // Journal of the American Academy of Psychiatry. – 2009. – 48 (10): 1005–1013. doi:10.1097/chi.0b013e3181b5dbfe.
18. Scheeringa, M. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial / M. Scheeringa; C. Weems; J. Cohen; L. Amaya-Jackson; D. Guthrie // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2011. – 52 (8): 853–60. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x. PMC 3116969free to read. PMID 21155776.
19. Smedslund, Geir, ed. Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner / G. Smedslund; T. Dalsbø; A. Steiro; A. Winsvold; J. Clench-Aas // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007. – (3): CD006048. doi:10.1002/14651858.CD006048.pub2. PMID 17636823.
20. Psychotherapy: Three approaches evaluated / INSERM Collective Expertise Centre. – 2000. – PMID 21348158.
21. Cuijpers, P. Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies // P. Cuijpers; A. Van Straten; G. Andersson; P. Van Oppen // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2008. – 76 (6): 909–22. doi:10.1037/a0013075. PMID 19045960.

22. CRE Publications | CRE. Comorbidity.edu.au. Retrieved 2014-08-14.
23. Elkins, G. Cognitive Hypnotherapy for Pain Management / G. Elkins; A. Johnson; W. Fisher // American Journal of Clinical Hypnosis. – 2008. – 54 (4): 294–310. doi:10.1080/00029157.2011.654284. PMID 22655332.
24. Cuijpers, P. Насколько эффективна когнитивно-поведенческая терапия в лечении большого депрессивного расстройства и тревожных расстройств? Актуальный метаанализ данных / P. Cuijpers, A. Ioana, E. Cristea, M. Karyotaki, // Всемирная психиатрия. – Т. 15. № 3. – 2016. – С. 243–257.
25. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – Спб. : Золотой фонд психотерапии. – 2003. – 304 с.
26. Hayes, S. Третья волна когнитивно-поведенческой терапии и подъем лечения, основанного на процессе / Steven C. Hayes, Stefan G. Hofmann // Всемирная психиатрия. – Т. 16. № 3. – 2017. – С. 244–245.

УДК 615.8

ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ В МОДЕЛЯХ А. ЭЛЛИСА И А. БЕКА

THE POINTS OF CONTACT IN THE MODELS OF A. ELLIS AND A. BECK

О. М. Радюк,
кандидат медицинских наук, доцент, БГУ, г. Минск
А. Г. Каменюкин,
врач-психотерапевт, ген. директор Центра когнитивного коучинга и психотерапии, г. Санкт-Петербург
Ю. А. Ерухимович,
врач-психотерапевт, зам. ген. директора Центра когнитивного коучинга и психотерапии, г. Санкт-Петербург
И. В. Басинская,
старший преподаватель кафедры общей ***и клинической психологии БГУ,*** *г.* ***Минск***

O. Radyuk,
M.D., Ph.D., Associated Professor Belarusian State University, Minsk
A. Kamenyukin,
M.D., Psychotherapist, CEO of Center for Cognitive Coaching and Psychotherapy, Saint-Petersburg
Y. Yerukhimovich,
M.D., Psychotherapist, Deputy General Director of Center for Cognitive Coaching and Psychotherapy, Saint-Petersburg
I. Basinskaya,
Senior Lecturer of the General and Clinical Psychology Department, Belarusian State University, Minsk

Аннотация. Предложенные авторами модели интегрируют подходы рационально-эмотивной и когнитивной психотерапии и позволяют объяснить взаимосвязи и последовательность формирования базовых иррациональных/дезадаптивных убеждений.
Ключевые слова: Альберт Эллис, рационально-эмотивная терапия, категории иррациональных убеждений, Аарон Бек, когнитивная терапия, глубинные убеждения.

Annotation. The models proposed by the authors integrate the approaches of rational-emotive and cognitive psychotherapy and allow one to explain the interrelations and the sequence of the core irrational/disadaptive beliefs formation.
Keywords: Albert Ellis, Rational Emotive Therapy, core irrational beliefs, Aaron Beck, cognitive therapy, core beliefs.

МОДЕЛЬ А. ЭЛЛИСА

Альберт Эллис является основоположником рационально-эмотивной терапии (РЭТ). Первоначальный её вариант, созданный

в 1955 г., Эллис назвал рациональной терапией (“Rational Therapy”), но уже в 1961 г. переименовал её в рационально-эмотивную терапию (“Rational Emotive Therapy”). Через тридцать с небольшим лет (в 1993 г.), после широкого внедрения поведенческих техник в практику РЭТ, А. Эллис решил добавить в название своего метода слово «поведенческая»: рационально-эмотивно-поведенческая терапия (“Rational Emotive Behavior Therapy”). Из указанных выше названий на сегодняшний день наиболее употребительным является рационально-эмотивная (психотерапия (РЭТ); мы будем следовать этой традиции, в то же время, помня, что отсутствие слова «поведенческая» в названии не означает неиспользования бихевиоральных техник в рамках РЭТ [1, с. 217].

Для описания роли когниций в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств РЭТ использует модель ABC: [1, с. 218]

A → B → C

В данной схеме «А» обозначает активирующее событие (activating experience); «В» – рациональные и/или иррациональные убеждения (beliefs – мнение, убеждение); «С» – последствия (consequences). Последствия могут быть разделены на две подгруппы: последствия эмоциональные («C_e») и последствия поведенческие («C_b»).

Эллис выделяет четыре категории иррациональных убеждений (“core irrational beliefs” – дословно «ядерные/центральные/сердцевинные иррациональные убеждения», от англ. “core” – «ядро, сердечник, сердцевина, стержень, суть, центр») [1, с. 221–222; 2, с. 28–29]:

- Установки долженствования (“absolutistic musts and shoulds”), которые могут быть обращены к себе («я должен/должна»), к другим людям («они должны»), к ситуациям и миру в целом («мир должен»). Вербальными маркерами установок долженствования являются слова «должен», «надо», «нужно», «следует», «необходимо», «вынужден», «придётся» и т. д.
- Катастрофические установки (“awfulizing”, от “awful” – «ужасный, внушающий страх»). Они приводят к чрезмерному преувеличению негативных последствий событий, т. е. к катастрофиза-

ции. Вербальными маркерами катастрофических установок являются оценки, выраженные в крайней степени: «ужасно», «кошмарно», «невыносимо», «катастрофично», «смертельно», «невозможно», «жутко» и т. п.

- Низкая толерантность к фрустрации и дискомфорту (“low frustration tolerance”, “discomfort disturbance”), т. е. неспособность переносить жизненные трудности и дискомфорт, возникающие при столкновении с неудачами, препятствиями и проблемами. Вербальными маркерами низкой толерантности к фрустрации и дискомфорту являются такие выражения, как «это невыносимо», «я это не вынесу», «я это не переживу», «я не должен чувствовать себя плохо», «я всегда должен быть счастливым», «я всегда должен чувствовать себя хорошо» и т. д.
- Оценивание и осуждение/критика/порицание себя и других (“damning oneself and others”, англ. “damn” – проклинать, осуждать, ругаться, критиковать, порицать, провалить). При оценочной установке суждение об отдельном поступке распространяется на человека в целом («он плохой, потому что поступил плохо»), что гарантирует ошибочность (иррациональность) данного суждения.

Главная цель РЭТ состоит в выявлении и изменении тех иррациональных убеждений, которые являются причиной проблемных эмоциональных и поведенческих последствий [1, с. 218].

МОДЕЛЬ А. БЕКА

Основы когнитивной терапии (КТ) были разработаны Аароном Беком в 60-х гг. XX века [3, с. 205]. Хотя в КТ не используется модель ABC, авторство которой принадлежит Эллису, однако, как и приверженцы РЭТ, когнитивные терапевты также считают, что эмоции и поведение человека во многом определяются его мышлением (когнициями), и что, меняя мышление, можно изменить эмоциональное состояние и повлиять на поведенческую активность человека. «Не события сами по себе определяют самочувствие людей,

а способ, которым они их истолковывают (Beck, 1964; Ellis, 1962)», – говорит Джудит Бек в своём руководстве по когнитивной терапии, ссылаясь одновременно на А. Эллиса и А. Бека [4, с. 34].

В ранних работах А. Бека выделяются три уровня мышления: 1) произвольные мысли (“voluntary thoughts”); 2) автоматические мысли (“automatic thoughts”); 3) базовые (глубинные) убеждения (установки) и когнитивные схемы. Третий уровень является наиболее глубоким и поэтому наименее осознаваемым, произвольные мысли – наоборот, наиболее поверхностны и легко осознаваемы, автоматические мысли занимают промежуточное положение. Автоматические мысли отражают содержание когниций более глубокого уровня – убеждений и схем [3, с. 206; 5, с. 28-29; 6, с. 314].

Исследование автоматических мыслей и базовых убеждений позволяет обнаружить располагающийся между ними ещё один уровень мышления: промежуточные (сопутствующие) убеждения (установки). Промежуточные убеждения выполняют роль связующего звена между автоматическими мыслями и базовыми убеждениями [7, с. 203, рис.13.3]. в процессе терапии они демонстрируют большую ригидность по сравнению с автоматическими мыслями, но являются более гибкими, чем базовые убеждения [4, с. 169; 7, с. 198].

В модели Аарона Бека, развитой и дополненной Джудит Бек, рассматривается трёхуровневая иерархия когнитивных структур, состоящая из автоматических мыслей, промежуточных убеждений и глубинных убеждений. Согласно этой модели:

- автоматические мысли (негативные) – это «поток мышления, который существует параллельно с более явным потоком мыслей» [4, с. 101];
- промежуточные убеждения (отношения, правила и предположения) [4, с. 169], на базе которых формируются компенсаторные стратегии совладания с глубинными убеждениями (копинг-стратегии) [4, с. 171–173; 7, с. 200];
- глубинные убеждения – это ключевые представления человека о себе и мире («абсолютизированные и обобщённые» [4, с. 169]).

На уровне промежуточных убеждений могут присутствовать [7, с. 198–203]:

- отношения/установки (англ. “attitudes”);
- убеждения/верования/мнения (англ. “beliefs”);
- позитивные предположения (англ. “positive assumptions”);
- негативные предположения (англ. “negative assumptions”);
- правила/нормы/принципы (англ. “rules”).

Если промежуточная установка и базирующаяся на ней стратегия не срабатывают, то возникает декомпенсация, которая приводит к активизации глубинной установки и связанных с ней автоматических мыслей, вызывающих субъективные страдания пациента [4, с. 171, 173]. При этом дезадаптивность промежуточной установки определяется степенью требований, а именно, категоричностью «долженствования», которое является *структурой* для смыслового *контента* пациента (рис. 1).



Рисунок 1 – Долженствование как структура для смыслового контента

Глубинные убеждения (англ. “core beliefs”) человека влияют на восприятие им определенной ситуации, что приводит к возникновению характерных именно для этой ситуации автоматических мыслей, которые, в свою очередь, обуславливают эмоциональную реакцию [4, с. 36–38].

Хотя Бек и находит некоторые отличия между базовыми убеждениями и когнитивными схемами (он считает, что схемы являются когнитивными *структурами*, которые организовывают опыт и поведение, а базовые убеждения представляют *содержание* когнитивных схем), в целом данные термины можно считать синонимичными, взаимозаменяемыми и обозначающими относительно устойчивые когнитивные модели, влияющие на то, каким образом человек обрабатывает поступающую информацию [3, с. 206; 7, с. 228].

В 1999 г. А. Бек выделил две категории глубинных (базовых, основных) убеждений (“core beliefs”): беспомощность (“helplessness”, “helpless core beliefs”) и неприятие (“unlovability”, “unlovable core beliefs”; от англ. “unlovable” – неприятный, непривлекательный, не вызывающий симпатии, недостойный любви). в 2005 г. Д. Бек добавила к ним третью – никчемность/бесполезность (“worthlessness”, “worthless core beliefs”; от англ. “worthless” – бесполезный, ничего не стоящий, никчемный, никудышный, дрянной). Таким образом, в настоящее время в КТ глубинные убеждения подразделяются на три категории: [7, с. 233]

- беспомощность (слова-маркёры: некомпетентный, неэффективный, беспомощный, слабый, уязвимый, жертва, в ловушке, неудачник и т. д.);
- неприятие (слова-маркёры: нелюбимый, не нравлюсь, нежелательный, непривлекательный, плохой, недостаточно хороший, покинутый, одинокий, отвергнутый и др.);
- никчемность (слова-маркёры: бесполезный, ничего не стоящий, никчемный, никудышный, дрянной, негодный, потерянный, аморальный, безнравственный, опасный, токсический, злой и т. п.).

Подобно РЭТ, КТ своей целью ставит уменьшение или полное устранение эмоциональных и поведенческих симптомов посред-

ством выявления и нейтрализации автоматических мыслей [7, с. 30] и лежащих в их основе глубинных убеждений [7, с. 200].

ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ

Итак, в моделях РЭТ и КТ можно обнаружить много общего:

- признание ведущей роли иррациональных/дезадаптивных когниций в формировании эмоциональных и поведенческих последствий;
- разделение иррациональных/дезадаптивных когниций на поверхностные (автоматические мысли в КТ и иррациональные убеждения в РЭТ) и глубокие/базовые («глубинные убеждения», “core beliefs” в КТ и «центральные иррациональные убеждения», “core irrational beliefs” в РЭТ);
- выбор в качестве главной мишени психотерапевтической работы иррациональных/дезадаптивных когниций, выявление и нейтрализация которых позволяет устранить их эмоциональные и поведенческие последствия;
- нацеленный на нейтрализацию промежуточных убеждений приём «преобразование правил и отношений в форму предположений» в КТ («Что это означает для Вас?») [4, с. 182-183] по своей сути весьма близок к вопросам, направленным на выявление алогичности и нереалистичности иррациональных суждений («Что означает для Вас данное утверждение?») в РЭТ [3, с. 224];
- анализ примера иерархии убеждений и автоматических мыслей из книги Д. Бек [4, с. 174, рис. 10.3] позволяет найти много общего между:
  - отношениями/установками в КТ и катастрофическими установками в РЭТ («как ужасно…»);
  - правилами в КТ и долженствованиями в РЭТ («я должен/должна…»).

Очевидно, что уровень «глубинных убеждений» (“core beliefs”) в КТ соответствует таковому «центральных иррациональных убеждений» (“core irrational beliefs”) в РЭТ.

Однако КТ относит к ним беспомощность, неприятие и никчемность, в то время как РЭТ выделяет четыре иных категории: установки долженствования, установки катастрофизации, низкую толерантность к фрустрации и дискомфорту, оценивание и осуждение. Есть ли между ними связь?

Приводимая ниже схема (рис. 2) позволяет проиллюстрировать взаимодействие между глубинными установками КТ и иррациональными установками РЭТ, согласно современной модели SWAT:

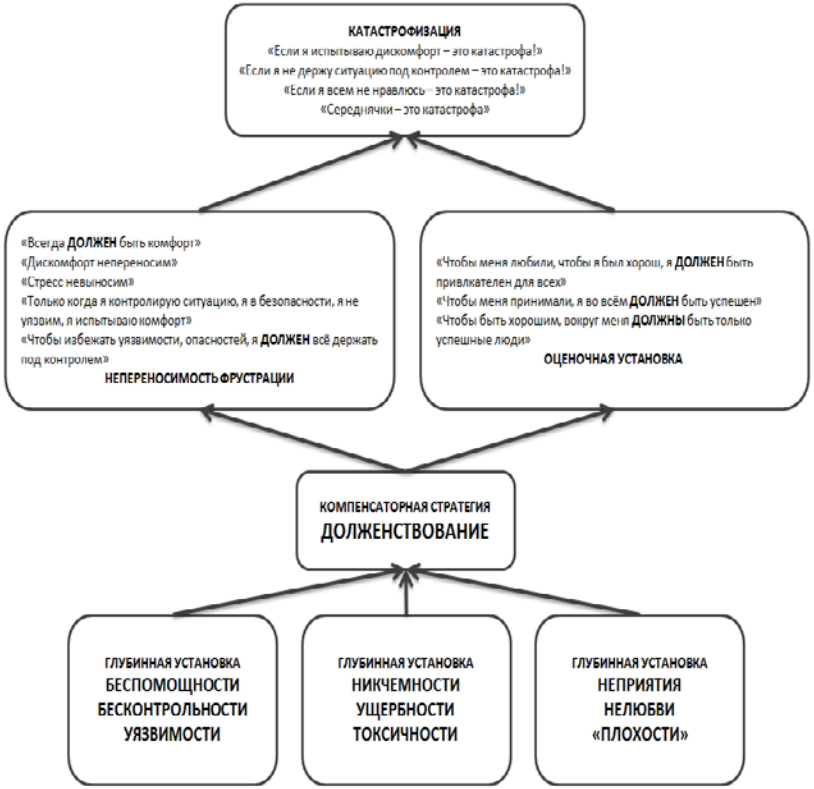


Рисунок 2 – Глубинные установки КТ и иррациональные установки РЭТ

- S – “Should” – «должен», установка долженствования, базовая установка;
- W – “Worth” – оценочная установка – обуславливает принижение себя и осуждение других;
- A – “Awfulizing” – установка катастрофизации, катастрофическое мышление;
- T – “Tolerance” – установка непереносимости фрустрации (frustration intolerance), низкая толерантность к фрустрации (или её отсутствие).

Но действительно ли долженствование является следствием глубинных установок? И что предшествует появлению глубинных установок? Как мы можем понять, что что-то «не так», если мы не знаем, «как надо»? Может быть, долженствование всё-таки первично? Данные вопросы привели к созданию альтернативного варианта объяснения связей между базовыми убеждениями КТ и РЭТ (см. рис. 3).

В этой модели всё начинается с «позиции судьи», т.е. готовности «требовать и судить». Долженствования, имеющиеся у каждого из нас, при наличии такой позиции и столкновении с несоответствующей им реальностью вызывают диссонанс.

Человек осознаёт: что-то идёт «не так», не соответствует его/её требованиям, желаниям, ожиданиям… Далее включаются оценивающе-осуждающие когниции. Человек начинает осуждать, порицать, критиковать ругать либо себя, либо других людей, либо мир в целом – в зависимости от того, какие требования к реальности (касательно себя, других или мира) были нарушены в данной ситуации.

Осуждение приводит к проявлению одного, двух или сразу трёх глубинных убеждений в терминологии КТ (беспомощности, неприятия и/или никчемности). Последние, в свою очередь, порождают определенные негативные эмоции, которые «включают» катастрофизирующие мысли и когниции категории «низкая толерантность к фрустрации и дискомфорту». Указанные две группы когниций могут усиливать как друг друга, так и вызвавшие их эмоции.

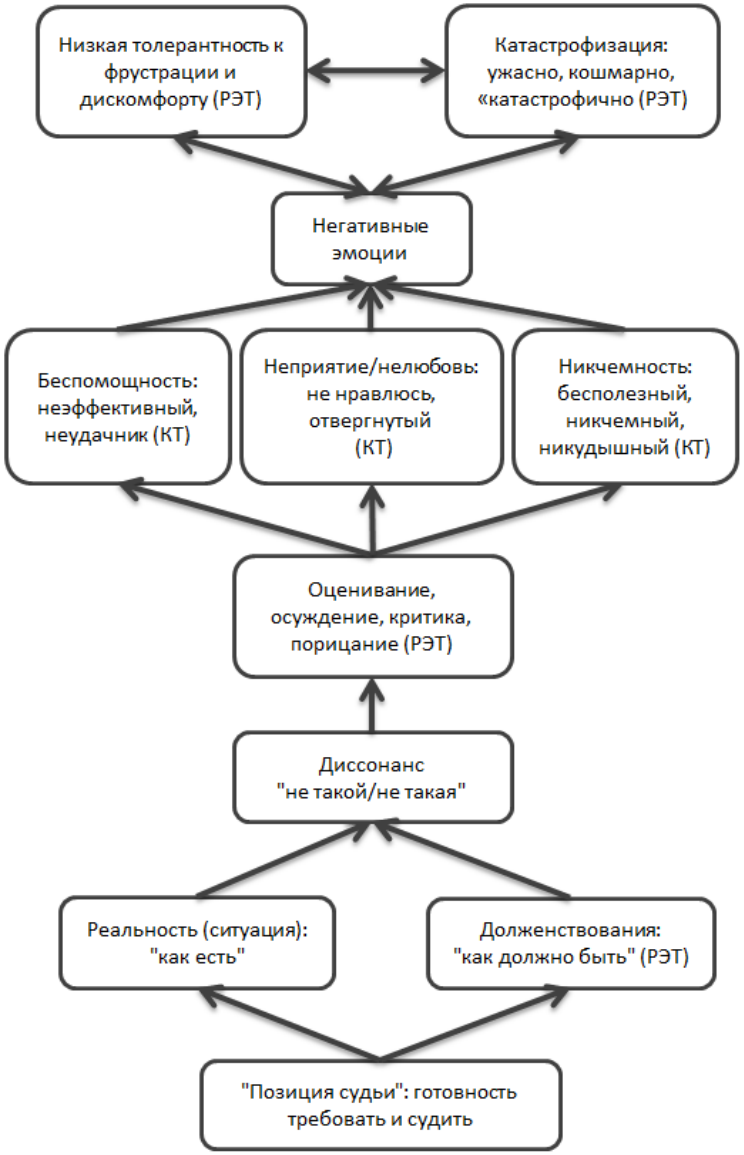


Рисунок 3 – Базовые убеждения в РЭТ и КТ

Таким образом, предложенные нами модели интегрируют подходы рационально-эмотивной и когнитивной психотерапии и позволяют объяснить взаимосвязи и последовательность формирования базовых иррациональных убеждений.

Литература

1. Радюк, О. М. Рационально-эмотивная психотерапия / О. М. Радюк // Краткосрочные методы психотерапии / ред. В. А. Доморацкий. – М.: Психотерапия, 2008. – С. 217–228.
2. Ellis, A. Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide. Rational Emotive Behavior Therapy / A. Ellis, C. Maclaren. – San Luis Obispo, Calif: Impact Pub, 1998. – 166 с.
3. Радюк, О.М. Когнитивная психотерапия / О.М. Радюк // Краткосрочные методы психотерапии / ред. В.А. Доморацкий. – М.: Психотерапия, 2008. – С. 205-216.
4. Бек, Д. С. Когнитивная терапия: полное руководство: пер. с англ. / Д. С. Бек. – М. : ООО «И. Д. Вильямс», 2006. – 400 с.
5. Beck, A. T. Cognitive Therapy / A. T. Beck, M. Weishaar // Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. – Springer Science & Business Media, 1989. – P. 21–36.
6. Александров, А. А. Интегративная психотерапия / А. А. Александров. – СПб. : Питер, 2009. – 352 с.
7. Beck, J. S. Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond. Cognitive Behavior Therapy, Second Edition / J. S. Beck, A. T. Beck. – New York : The Guilford Press, 2011. – 391 с.

УДК 740

МАЙНДФУЛНЕС-ОРИЕНТИРОВАННАЯ КПТ – НОВЫЙ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЦИДИВА ДЕПРЕССИИ

О. И. Романчук,
***врач-психотерапевт**, детский **и** подростковый психиатр, **директор Укр**аинского института КПТ,*
*г. **Львов***

CBT-ORIENTED MINDFULLNESS – A NEW EFFECTIVE METHOD OF PREVENTING RELAPSE OF DEPRESSION

O. Romanchuk,
psychotherapist, child and adolescent psychiatrist, Director of the Ukrainian Institute of CBT,
Lviv

Аннотация. Большая проблема современной психиатрии – это предупреждение рецидивов депрессии, ведь более чем у 50 % лиц, которые имели один эпизод депрессии, будет наблюдаться рецидив, а среди тех пациентов, у которых было три эпизода и более, риск рецидивов составляет 70-80 %. Наряду с уже существующими методами, направленными на предупреждение рецидива, такими как поддерживающая фармакотерапия антидепрессантами, классическая когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), развиваются и изучаются другие подходы. Данная статья представляет один из таких современных подходов – майндфулнес-ориентированную КПТ (МО-КПТ), которая в рандомизированных мультицентровых контролируемых исследованиях показала высокую эффективность в отношении предупреждения рецидивов депрессии у лиц, перенесших три эпизода депрессии и более, – для таких пациентов риск рецидива в течение трех лет после завершения программы МО-КПТ уменьшается вдвое по сравнению с контрольной группой.
Ключевые слова: КПТ, осознанность

Annotation. A big problem of modern psychiatry is the prevention of relapses of depression, because more than 50 % of people who have had one episode of depression will experience a relapse, and among those patients who have had three episodes or more, the risk of relapses is 70–80 %. Along with existing methods aimed at preventing relapse, such as supportive pharmacotherapy with antidepressants, classical cognitive behavioral therapy (CBT), other approaches are being developed and studied.
Keywords: CBT, mindfulness

Проблема депрессии, без сомнения, является одной из крупней-ших в сфере охраны психического здоровья: это не только «лидер»

наряду с тревожными расстройствами среди психиатрических по распространенности (16 % взрослых, 8 % подростков, 2 % детей), но и расстройство, которое может иметь значительное влияние на качество жизни человека. Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2020 г. депрессия займет второе место после ишемической болезни сердца по так называемой «тяжести болезни» – суммарному показателю негативных последствий болезни, которые влияют на качество жизни человека. Кроме того, около 80 % завершенных суицидов совершают люди, больные депрессией. в некоторых странах это одна из ведущих причин смертности в отдельных группах населения (например, в США третья по частоте причина смерти подростков). Однако несмотря на такую высокую выразительность и имеющиеся эффективные методы терапии (в современных исследованиях установлена высокая эффективность фармакотерапии антидепрессантами, а также психотерапии методом КПТ, интерперсональной и семейной терапии), большая часть пациентов с депрессией не обращаются за надлежащей профессиональной помощью.

Впрочем, проблема помощи таким больным – это не только проблема своевременного выявления и надлежащей терапии эпизода депрессии (в этом направлении в современной психиатрии/психотерапии достигнуто очень много) – значительного внимания требует предупреждение рецидивов расстройства. Согласно данным исследований Segal (2002), минимум 50 % лиц, которые имели один эпизод депрессии, будут иметь рецидивы, а среди больных, у которых было три эпизода и более, риск рецидивов составляет 70–80 %. Выявлено, что большинство из этих пациентов будут иметь как минимум четыре эпизода депрессии в течении жизни со средней продолжительностью каждого до 20 недель.

Какие же могут быть ответы на проблему предупреждения рецидивов депрессии? Без сомнения, одна из наиболее распространенных и эмпирически доказанных – длительное (иногда многолетнее) поддерживающая терапия антидепрессантами. Исследования подтверждают как эффективность этого подхода, так и его ограничения:

в частности, комплаенс больных довольно низкий – около 40 % пациентов, которым врачи рекомендуют длительную поддерживающую терапию, самостоятельно прекращают ее за несколько месяцев после улучшения состояния. Другой ответ предлагает классическая КПТ (Beck, 1979), которая ставит целью обучения пациента быть «самому себе психотерапевтом» и приобретение навыков предупреждения рецидивов. Эффективность КПТ по предупреждению рецидивов депрессии установлена во многих исследованиях. В частности, в двух исследованиях (Blackburn, 1986; Evans, 1992) сравнивали риск рецидива депрессии в течение трех лет у пациентов, которые имели первый острый эпизод депрессии и успешно прошли лечение: одна группа получала изолированную фармакотерапию антидепрессантами, которое было приостановлено после достижения ремиссии, вторая – только КПТ, которую тоже завершили после надлежащего прохождения всех пунктов протокола, который включал также обучение предупреждения рецидива. В результате было показано значительно более высокую эффективность КПТ по предупреждению рецидива депрессии (хоть при терапии эпизода депрессии эти два метода в целом одинаково эффективны) – у пациентов группы КПТ он оказался меньше более чем вдвое по сравнению с группой антидепрессантов (рис. 1).

Метаанализ восьми исследований, проведенный Gloaguen (1998), где сравнивали риск рецидива после КПТ по сравнению с больными, которые прошли терапию антидепрессантами, позволил исследователям сделать следующий обобщенный вывод: в среднем только у 29,5 % пациентов группы КПТ имели место рецидивы против 60 % у больных группы антидепрессантов (рис. 2).

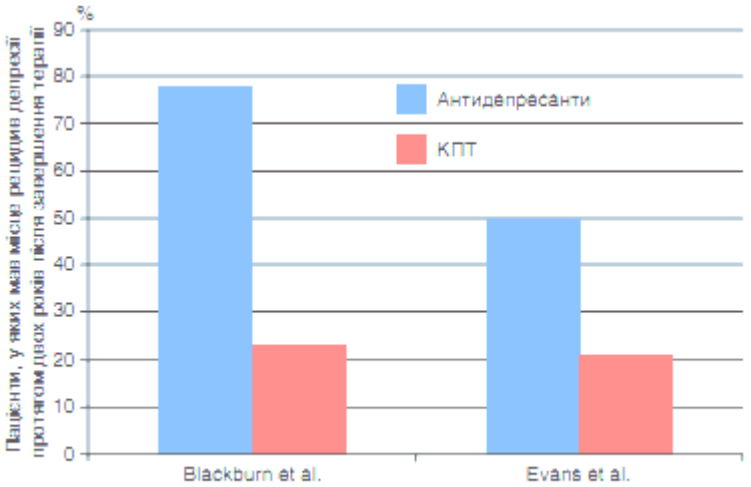


Рис. 1. Порівняння ризику рецидиву депресії у пацієнтів груп антидепресантів та КПТ (Blackburn, 1986; Evans, 1992)

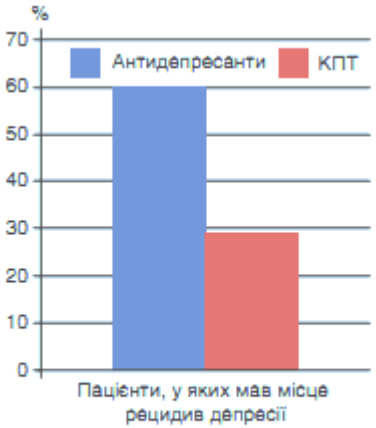


Рис. 2. Порівняння ризику рецидиву депресії у пацієнтів груп антидепресантів та КПТ (Gloaguen, 1998)

Данные этих исследований и многих других относительно превентивной ценности КПТ повлияли на развитие соответствующих рекомендаций/протоколов о помощи лицам с рекуррентной депрессией. Например, Британский национальный институт клинического мастерства (NICE), эмпирически обоснованные протоколы которого имеют большой авторитет во всем мире, в своем руководстве помощи лицам с депрессией рекомендует КПТ как обязательный компонент помощи людям, имевшим два эпизода депрессии и больше (NICE, 2004).

Однако в пределах самой КПТ в течение последних лет большое внимание было сосредоточено на понимании того, что делает человека склонным к рецидиву, а что, наоборот, повышает его сопротивляемость повторным эпизодам; какие должны быть «мишени» терапевтических вмешательств, как оптимизировать методы помощи пациентам с рекуррентною депрессией, как развить такие методы лечения, которые могли бы быть эквивалентами «поддерживающей» терапии, применяться в период ремиссии и максимально минимизировать риск рецидивов. в самом КПТ-подходе внимание акцентируется также и на развитии «финансово недорогих» форм вмешательств, чтобы сделать их оптимально доступными для нуждающихся. Таким образом развился новый подход, относящийся к так называемой «третьей волне» КПТ (пост-классической) – МО-КПТ (Segal, Williams, Teasdale, 2002). Он предлагает целостную модель понимания склонности к рецидиву и «пакетную форму вмешательства, которая реализуется в период ремиссии в групповом формате в течение 8 двухчасовых сессий. в нескольких исследованиях этот подход показал высокую эффективность в отношении предупреждения рецидива и на сегодня входит в группу рекомендованных вмешательств у пациентов с рекуррентною депрессией в протоколе NICE.

Модель предупреждения рецидива депрессии в МО-КПТ

Исследователи Segal, Williams и Teasdale, которые разработали МО-КПТ, провели ряд интересных исследований и экспериментов с целью выявления того, что собственно является характерным для

пациентов, имеющих рецидивы депрессии. Их внимание привлек тот факт, что у лиц с повторяющимися эпизодами депрессии, согласно данным исследований Post (1992), в развитии повторных эпизодов все меньшую роль играл фактор стрессовых жизненных событий – с каждым следующим эпизодом роль внешнего стресса уменьшалась. Складывалось впечатление, что «программа» (исследователи сравнили типичные эмоционально-когнитивно-поведенческие паттерны при депрессии с компьютерной программой) депрессии все легче активировалась с каждым следующим эпизодом. Их эксперименты были сосредоточены на том, чтобы выявить, в чем же особенность этой «программы» и что отличает людей со склонностью к рецидиву. в одной серии экспериментов исследовали влияние индукции печального настроения на когнитивные процессы (например, пациентам давали читать грустную новеллу и анализировали их реакцию на нее). У людей, которые пережили ранее эпизод депрессии, четко отслеживался определенный паттерн (образец) реакции – при одинаковом уровне у этих пациентов в состоянии грусти «индуцировано» активировалось типичное депрессивное, руминативное мышление, описанное в классических трудах, посвященных КПТ депрессии: они погружались в поток мыслей, преимущественно негативного характера, вспоминали негативные события из собственной жизни, фокусирующие внимание на негативных аспектах настоящего, строили неблагоприятные прогнозы на будущее и тому подобное. Причем характерным было не только депрессивное содержание мыслей, но и сам переход в «руминацию», то есть постоянное отрицательное обдумывание, «пережевывание» негативных мыслей, определенного рода «погружение», фокусировка внимания на обдумывании. При этом фокус внимания переносился внутрь, способность замечать то, что происходит «здесь и теперь», существенно уменьшалась. Вышеупомянутые ученые выдвинули гипотезу, что пережитый эпизод депрессии оставляет в мозгу, как в компьютере, «программу депрессивного мышления», которая может быть легко индуцирована любыми событиями, вызывающими грусть. И что собственно эмоция грусти активирует эту «программу», а если ее вовремя не остановить, то уже сама начинает генерировать вторичный негативный аффект, порождающий новые серии неблагоприятных мыслей, усиление руминации, может приводить к пассивности, самоизоляции и другим «депрессивным» действиям, и в конечном счете типовым поддерживающим циклам депрессии (рис. 3). Именно благодаря этим поддерживающим циклам/процессам «маленький огонек депрессивного аффекта» переходит в «пожар» депрессивного эпизода.



Рис. 3. Загальна модель підтримуючих циклів при депресії у КПТ

Эти же ученые предположили, что метод КПТ по предупреждению рецидива депрессии оказался эффективным, поскольку учит пациентов не только менять содержание мыслей, но и дистанцироваться от них (смотреть на них со стороны), что является своего рода противодействием руминации. Видя центральную роль руминации в развитии рецидива, Teasdale et al. выдвинули гипотезу, что центральным компонентом эффективности КПТ в предупреждении рецидива может быть не столько обучение пациента противостоять негативным мыслям, подвергая их когнитивной коррекции, сколько выработка у него метакогнитивной позиции дистанцирования от ру-

минативного потока депрессивных мыслей. Это было революционное предположение, поскольку радикально меняло парадигму КПТ: в классической когнитивной терапии мишенью всегда было содержание мыслей. Исследователи сосредоточили внимание на развитии терапевтического подхода, который предлагал не столько анализировать содержание мыслей, сколько вообще «выходить» из потока руминативных мыслей, фокусируя внимание на чем-то другом, например, дыхании. Также они предположили, что объем фокуса внимания человека имеет ограничения и, фокусируя ее на чем-то другом, мы не оставляем «пространства» для депрессивной руминации и, таким образом, не даем возможности развиваться поддерживающим циклам депрессии и предотвращаем развитие рецидива (рис. 4).

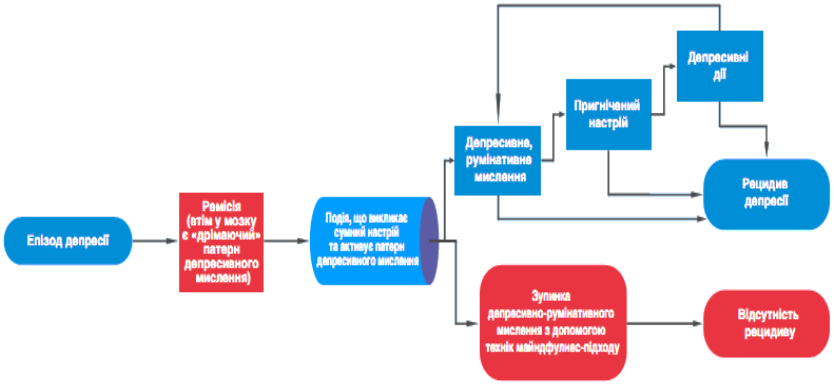


Рис. 4. Модель розвитку/профілактики рецидиву депресії

Модель МО-КПТ депрессии развилась на основе предыдущего развития МО-программ повышения стрессоустойчивости (MBSR), а также помощи хронически больным, с болевым синдромом и тому подобное. Эти программы уже имели на тот момент разработаные протоколы и эмпирически установленную эффективность (Kabat-Zinn, 2003). Основным техническим компонентом данных программ было применение техник концентрации внимания и расширение по-

ля сознания (само слово «mindful» означает «полное сознание/внимательность») за пределы потока мышления, которые происходили из медитативных традиций буддизма (в восточном христианстве схожие подходы к «успокоению помыслов» имеют место в молитвенной традиции исихазма). Впрочем из этих традиций применялся лишь компонент фокусировки внимания определенным способом на том, что есть здесь и сейчас, с открытостью, без осуждения, с принятием того, что есть – вне религиозным аспектом использования «внутреннего успокоения помыслов» с целью молитвы/открытости к трансцендентному.

Клинический случай

Николай, 17 лет, студент университета, в прошлом пережил эпизод депрессии, обращается за помощью с жалобой на то, что «депрессия возвращается». При микроанализе процесса «возвращения» описывает, что депрессия начала «тихо прокрадываться» после того, как узнал о том, что друг решил уехать жить за границу, что привело к «каскаду» негативных мыслей («в этой стране у меня нет будущего, все мои друзья разъезжаются, я останусь один, а мое настроение снова становится плохим – я никогда из депрессии не выйду, я обречен закончить жизнь душевнобольным неудачником и т. д.»). Соответственно, начал больше времени проводить в грусти, думая о обо всем этом, стало труднее сосредотачиваться на учебе, что породило новый цикл мыслей («я завалю сессию, вылечу из университета» и др).

Обзор техник майндфулнес-подхода

В МО-КПТ депрессии (вспомним, что это прежде всего превентивно-ориентированный подход, который применяется в фазе ремиссии) ставится цель помочь пациентам понять, как может развиться рецидив депрессии: в частности, значение руминативного мышления и связанного с ним «погружения в себя», фокусировка внимания на негативном, поддерживающих циклов депрессивные мысли – действия – подавленное настроение и прочее. в традиции МО-КПТ

состояние руминативного мышления называют состоянием «автопилота» – человека несет поток депрессивных мыслей и он ему отдается. Одна из распространенных метафор – сравнение потока мыслей с поездами, проходящими через станцию: человек «на автопилоте» садится в каждый поезд и позволяет ему везти себя, думая, что эти мысли помогают решить существующие проблемы – в конце поезд завозит его глубже и глубже на территорию депрессии. Альтернатива, которую предлагает МО-КПТ – научиться занимать дистанцированную позицию к мыслям. Метафорически: когда поезд останавливается, открывает двери и звучит приглашение «сесть», человек может просто понять, что это не его поезд. То же самое он может сделать, когда «уже сел и едет» – просто вовремя выйти. МО-КПТ учит путем регулярной практики различных медитативных техник (сканирование тела, медитация в движении, фокусировка внимания на дыхании, на природе) развивать в себе способность созерцать поток мыслей и делать сознательный выбор: полезны ли эти мысли, и сейчас действительно стоит об этом подумать, или это опасный «депрессивный поезд», из которого надо выйти. Собственно в последнем случае человеку рекомендуется переходить в «состояние бытия здесь и сейчас», которое развивается и закрепляется с помощью регулярной практики медитативных техник. При этом очень важно, что человек учится не «супрессии» (подавлению) негативных мыслей или эмоций, а просто принятию их как один из аспектов своего сознания, помня, что «мысли – не факты», и делая сознательный выбор, на чем сейчас будет наиболее полезно сфокусировать внимание. в этом отношении майндфулнес-подход можно тоже рассматривать как одну из адаптивных техник интеграции эмоций, эмоциональной саморегуляции. Лица, проходящие курс МО-КПТ, открывают для себя, что «думать» – это лишь одно из возможных состояний нашего сознания, для определенных задач оно полезно и необходимо, но в определенных ситуациях более полезным и оздоровляющим будет состояние «просто быть», которое связано с непосредственным ощущением жизни, себя самого, других людей, природы и тому подобного.

В МО-КПТ отмечается, что «постоянное пребывание в мыслях» очень часто уменьшает нашу способность видеть, чувствовать реальность, в частности красоту и неповторимость жизни – пациенты с депрессией могут на самом деле перенестись в значительной мере в жизнь в отрицательной внутренней реальности. Поэтому состояние «майндфулнес» (широкая, полная осознанность/внимательность) позволяет быть в большем контакте с реальностью и делать правильный осознанный выбор относительно дальнейших действий и т. д. Важно подчеркнуть, что майндфулнес-подход не является методом релаксации (хоть и может иметь эффект релаксации) или «бегства от реальности в измененное состояние сознания». Это метод, что ведет к более полноценной жизни. Поэтому не удивительно, что в исследованиях было обнаружено не только предотвращение рецидива депрессии, но и увеличение удовольствия участников от самой жизни, ощущение большей ее «полноты». Поэтому и сам подход применяется и развивается интенсивно во многих других сферах помимо профилактики рецидивов депрессии – в частности, как метод, способствующий личностному развитию и более полноценной жизни, преодолению стресса, развития эмоциональной регуляции, помощи хронически больным, с болевым синдромом и тому подобное. Существует большое количество исследований (Siegel, 2007), в которых продемонстрирован положительный эффект майндфулнес-практик на:

- иммунную систему (у больных, которые практикуют майндфулнес, титр антител в ответ на вакцинацию значительно выше, чем в контрольной группе);
- на течение хронических расстройств (в частности, онкологических, кардиологических, тех, которые сопровождаются хроническим болевым синдромом) – лучшие показатели выздоровления, эмоциональной адаптации, толерантности боли, качества жизни

при общей противодействия стрессу, «эмоциональную уравновешенность» при стрессовых событиях;

- на интерперсональные отношения (повышает интерперсональную чувствительность, эмпатичность);
- в сфере психического здоровья эффективность данного подхода установлена не только в отношении депрессивных расстройств, но и в отношении тревожных, при которых похожую роль играет «тревожная руминация».

Очень интересными являются также нейробиологические исследования состояния майндфулнес – в этом состоянии в инструментальных исследованиях четко фиксируются типовые образцы активации специфических зон префронтальной коры, функции которой связаны с выполнением роли «внутреннего наблюдателя», рефлективной позицией, функциями эмоциональной и поведенческой регуляции, модуляцией страха, эмпатическим ощущением себя и других (подробный обзор нейробиологии майндфулнес смотрите в классической работе Даниэля Сигеля «Мозг в состоянии майндфулнес» [Siegel, 2007]).

Эмпирические данные относительно эффективности МО-КПТ

Группа исследователей во главе с Teasdale провела два рандомизированных контролируемых мультицентрированных исследования (2000, 2004), в которых приняли участие 220 пациентов, страдающих рекуррентной депрессией. Участников рандомизировано разделили на контрольную группу и тех, что прошли восьминедельный курс МО-КПТ. Все больные находились под мониторингом наличия рецидива в течение трех следующих лет. в обоих исследованиях четко показано, что риск рецидива для лиц, которые пережили три эпизода депрессии и более, уменьшается примерно вдвое после прохождения программы МО-КПТ.

В исследовании Kuyken (2008), проведенном в Великобритании, в котором приняли участие 123 пациента, сравнивали эффективность МО-КПТ и поддерживающей терапии антидепрессантами группы ингибиторов обратного захвата серотонина в предупреждении рецидива депрессии. Участники были рандомизировано распределены на две группы: 1-я получала поддерживающее лечение антидепрессантами, 2-а прошла курс МО-КПТ. Пациенты находились под наблюдением в течение 15 месяцев. Исследование показало, что частота рецидивов у больных 2-й группы была ниже (47 %) по сравнению с 1-й (68 %) (рис. 6). Интересным было то, что пациенты 2-й группы чаще отмечали субъективное ощущение улучшения качества жизни, чем больные 1-й группы.

Следовательно, МО-КПТ может быть эффективной альтернативой поддерживающей терапии антидепрессантами по предупреждению рецидива депрессии, и эта альтернатива является также хорошей с точки зрения экономии финансовых ресурсов (напомним, что МО-КПТ применяется в групповом формате, что делает ее довольно недорогим вмешательством).

Как упоминалось выше, майндфулнес-подход эффективен не только при депрессии, но и при многих других психических расстройствах, в частности тревожных. Последний метаанализ исследований МО-КПТ Hofman (2010), в котором проанализированы данные 39 исследований с общим количеством применения МО-КПТ в 1140 пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами, показал суммарный умеренно высокий показатель эффективности метода в отношении этих расстройств.

Выводы

Интенсивное развитие майндфулнес-подхода в мире обязано как относительной простоте этого метода, наличию эмпирических доказательств его эффективности, так и высокой превентивной активности, способности увеличивать общую «сопротивляемость» нарушениям психического здоровья, общему улучшению качества жизни. Сейчас этот метод интенсивно развивается, разрабатываются его модификации к различным группам населения (от обучения детей в школах до использования его для пожилых и умирающих в хосписах), к разным видам проблем и расстройств (в настоящее время исследуется его роль и значение в помощи лицам с тревожными рас-

стройствами, нарушениями пищевого поведения, пограничным расстройством личности, посттравматическим стрессовым расстройством и тому подобное).

Литература

1. Beck, A. Cognitive therapy of depression. – NY: The Guilford Press, 1979.
2. Blackburn, I. et al. A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both // Journal of Affective Disorders. – 1986. – Vol. 10. – P. 67–75.
3. Crane, R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. – London: Routledge, 2009.
4. Evans, M. et al. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression // Archives of General Psychiatry. – 1992. – Vol. 49. – P. 802–808.
5. Gloaguen ,V. et al. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients // Journal of Affective Disorders. – 1998. – Vol. 49, № 1. – P. 59–72.
6. Hofman, S. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2010. – Vol. 78, № 2. – P. 169-–183.
7. Kabat-Zinn, J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future // Clinical Psychology Science and Practice. – Vol. 10. – 2003. – P. 144–156.
8. Kuyken, W. et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse inrecurrent depression // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2008. – Vol. 76, № 6. – P. 966–978.
9. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Management of depressionin primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline. The British Psychological Society&TheRoyal College of Psychiatrists. – London, 2004.
10. Post, R. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder // American Journal of Psychiatry. – 1992. – Vol. 149. – P. 999–1010.
11. Segal, Z., Williams, M., Teasdale J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. – NY: The Guilford Press, 2002.
12. Siegel, D. The Mindful Brain. – NY: Norton, 2007.

13. Teasdale, J. et al. MB-CBT for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2004. – Vol. 72, № 1. – P. 31–40.
14. Teasdale, J. et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by MB-CBT // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 68, № 4. – P. 615–623.

УДК 159.9

ПРИНЦИПЫ И ПРИЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ В ФЕДЕРАТИВНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ГЕРМАНИЯ

В. Г. Ромек,
канд.психол.наук, *доцент*,
факультет практической психологии
Южно-Российского гуманитарного института (ЮРГИ), г. Ростов-на-Дону

PRINCIPLES AND METODS OF PSYCHOLOGICAL TRAINING OF THE LAW ENFORCEMENT SERVICE EMPLOYEES IN THE FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY

V. G. Romek,
PhD in Psychology, associate Professor
Faculty of Practical Psychology
of South-Russian Humanitarian Institute,
Rostov-on-Don

Аннотация. в статье представлены способ разработки и практика применения программы психологического тренинга сотрудников полиции Федеративной республики Германия.

Ключевые слова: тренинг поведения, полиция, овладение стрессом.

Annotation. The article presents the method of development and practice of the application of the psychological training program for police officers of the Federal Republic of Germany.
Keywords: behavior training, Police, Stress management.

В 80-е года прошлого века в рамках масштабного проекта изучения роли стресса и условий успешности профессиональной деятельности менеджеров, осуществлявшегося Институтом психиатрии Макса Планка (Мюнхен) под руководством профессора Йоганеса Бренгельмана было проведено масштабное исследование факторов стресса в деятельности немецких полицейских, которое в последствии получило практическое применение в программе психологической подготовки сотрудником полиции особой готовности. После всесторонней проверки эффективности программы, она была доработана и внедрена в работу высших школ полиции сначала земли Северный Рейн-Вестфалия, а затем и всей ФРГ. Впоследствии в качестве коммерческого продукта программа была продана правительствам ряда стран Европейского союза.

На первом этапе работы сотрудниками института психиатрии был подготовлен и осуществлен опрос 893 сотрудников полиции разного звания и должностного положения, в ходе которого был собран огромный материал относительно факторов, вызывающих стресс у сотрудников полиции и способах, к которым они прибегают в целях купирования стресса.

Огромный материал, собранный в ходе исследования, был представлен в многочисленных публикациях, вызвавших жаркие дискуссии профессионалов – психологов и сотрудников полиции, вплоть до министров, которые сами приняли участие в подготовке и активно участвовали в доработке программы перед ее тотальным внедрением в систему профессиональной подготовки полицейских. Моральная и материальная поддержка проекта на уровне правительства Германии и крупнейших немецких фондов была вызвана тем обстоятельством, что среди полицейских в этот период времени резко возросло количество неоправданной агрессии, как на службе, так и в частной жизни, текучесть кадров, количество психосоматических расстройств, часто приводивших к преждевременному уходу со службы и инвалидности [2, 96–98].

Факторный анализ данных интервьюирования позволил выделить основные проблемы, вызывавшие плохо купируемые стрессовые реакции полицейских. Перечислим их по мере убывания процента вариативности, объясняемого отдельными факторами. Чтобы пояснить содержание факторов, приведем по несколько примеров утверждений, вошедших в качестве центрального ядра каждого фактора.

1. Неудовлетворительный психологический климат на работе и недовольство условиями труда

Неудовлетворенность работой со стороны начальства на основе плохих статистических показателей

Неясная или недостаточная информация о нововведениях на службе

Негативные ожидания со стороны граждан

Плохое обеспечение (оснащение)

Неточные и неясные должностные инструкции

Начальник без соответствующего практического опыта, неправомочные действия начальства

2. Конфронтация с опасными ситуациями на службе.

Тяжелые аварии со смертельным исходом, телесные повреждения

Необходимость применить насилие

Опасность подвергнуться телесному насилию

Принуждение совершать действия, последствия которых трудно предсказать

Участие в семейных ссорах, связанных с агрессией в отношении участников

Застать преступника на месте преступления

3. Опасность телесных повреждений или другие негативные события.

Ослепнуть

Потерять конечности

Смерть коллеги

Увольнение со службы после ранения

Необходимость применить оружие

Увидеть смерть ребенка

4. Недостаточная солидарность с коллегами.

Коллеги ни во что не ставят, не принимают всерьез

Начальство не уважает, не принимает всерьез

Небрежность и необязательность коллег

Семейные проблемы в семье по поводу службы

Стать свидетелем правонарушения, и не иметь возможности вмешаться

Участвовать в ситуации, где смерть грозит коллеге или гражданам

5. Негативное отношение со стороны граждан.

Политическое давление или принуждение

Недостаточное наказание преступников в суде

Критика и насмешки над полицейскими в прессе

Личная конфронтация с принуждением по политическим мотивам

Неудовлетворенность судебной системой

Негативные установки и ожидания в отношении полицейских

Далее команда исследователей приступила к разработке серии тренингов, которые должны были снизить влияние неизбежных в работе полицейских стрессоров за счет расширения навыков профессионального поведения в типичных ситуациях. При этом психологи исходили из фундаментального положения о том, что задачи тренинга состоят не в преодолении стресса посредством его предотвращения или агрессии, а в формировании готовности к стрессу и способности эффективно и неагрессивно его купировать.

Эта идея встретила первоначально скепсис и недоверие как самих полицейских, так и общественных советов, так или иначе имевших отношение к разбору конфликтных ситуаций.

Однако, всесторонний анализ экспериментальных форм тренинга убедил всех имеющих отношение к его организации в том, что эффекты тренинга имеют однозначно позитивный характер как в профессиональном плане, так и в аспекте гармонизации семейного, медицинского и психологического статуса полицейских.

Для поддержки психологических изменений в поведении полицейских со стороны гражданского общества была создана и начала работать специальная служба рекламы полиции, призванная изменить ожидания в отношении людей в форме.

В завершенном виде программа тренинга полицейских оформилась в три больших блока, обучение в рамках которых стали проходить абсолютно все сотрудники полиции (включая министерский

состав и генералитет) [1]. Поскольку квалифицированных психологов-тренеров для реализации столь масштабной задачи явно не хватало, то под руководством доктора Бренгельмана был разработан и реализован принцип мультипликации, в рамках которой по специально подготовленным тестам были отобраны опытные полицейские и уже они были подготовлены для работы по конкретной программе, получив особенный статус внутрислужебного тренера. Сложные случаи их работы регулярно обсуждались в рамках супервизии, по результатам которой программа дорабатывалась и продолжает дорабатываться в специальных подразделениях высших школ полиции.

Вкратце охарактеризуем эти три блока.

Тренинг преодоления стресса. На основе методики систематической десенсибилизации (Дж. Вольпе) полицейские анализируют тревожащие их профессиональные и личные ситуации и учатся целенаправленно заменять тревогу и ярость релаксацией. При отсутствии навыков релаксации проводятся специальные дополнительные занятия. Постепенно релаксация становится профессиональным навыком, автоматически срабатывающим в критических ситуациях.

Тренинг коммуникаций. В рамках этого тренинга речь преимущественно идет о неагрессивном вербальном взаимодействии с людьми, которые сами зачастую находятся в состоянии стресса, с опорой на отражение чувств и разрешение возникшей фрустрации в правовом поле. в продвинутом виде этот тренинг выражается в тренинге переговоров при аутоагрессивных действиях или захвате заложников.

Тренинг лидерства и управления. Тренинг управления в первую очередь подразумевает формирование навыков управления возбужденной толпой, но включает и вопросы менеджмента подразделений полиции, выработку лидерских навыков при управлении подчиненными или случайными свидетелями противоправных действий.

Все тренинги проводятся с отрывом от каждодневной работы в специально организованных и оборудованных учебных центрах. Наш собственный позитивный опыт проведения учебных мероприятий с сотрудниками МЧС и ГУФСИН России позволяет предполагать, что опыт психологического обучения немецких полицейских может быть с успехом адаптирован к условиям Российской Федерации и Республики Беларусь, что могло бы способствовать их большей личной и профессиональной эффективности.

Литература

1. Ромек, В. Не стрелять! Психологический тренинг и полиция // Alter Ego, 1993, № 1, 46–47.
2. Brengelmann Johannes C. (Hrsg.) Stressbewältigungstraining 1: Entwicklung. Verlag Peter Lang, 1988.

УДК 615.8

ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МЕТОДОМ А. ЭЛЛИСА

Е. А. Ромек,
доктор филос. наук, доцент, профессор ЮФУ, г. Ростов-на-Дону

DESENSIBILIZATION IN THE THERAPY OF ANXIETY DISORDERS BY THE METHOD OF A. ELLIS

E. Romek,
Doctor of Science*, Prof. of Southern Federal University, Rostov-on-Don*

Аннотация. Статья знакомит с патогенетической концепцией и стратегией преодоления тревожно-фобических расстройств РЭПТ А. Эллиса. Особое внимание уделяется границам и особенностям использования в РЭПТ десенсибилизации.
Ключевые слова: тревожно-фобическое расстройство, РЭПТ, десенсибилизация in vivo, А. Эллис, когнитивно-поведенческая психотерапия.

Annotation. The article introduces the pathogenic conception of Anxiety Disorders and the therapeutic methodology for treating these disorders in REBT of A. Ellis. Particular attention is paid to the application of desensitization in REBT.
Keywords: anxiety disorders, REBT, desensitization in vivo, CBT, disputing, awfulizing, psychotherapy.

По свидетельству А. Эллиса, РЭПТ появилась задолго до ее официального рождения: «элегантное решение», диспутирование, поведенческие упражнения он изобрел в юности, борясь с собственными социальными страхами [3, p. 135, 387–288]. Позже эту проверенную личным опытом «стихийную РЭПТ», он превратил в один самых эффективных методов преодоления тревожно-фобических расстройств.

Борьбу со своими фобиями – парализующим страхом публичных выступлений и общения с девушками – Эллис начал с десенсибилизации in vivo. в 1932 г., учась в Университете Нью-Йорка, он прочитал об экспериментах Дж. Уотсона и М. К. Джонс. Их результаты

потрясли и вдохновили его: «Уотсон и его сотрудники, такие как Мэри Кавер Джонс, брали испытуемого – ребенка …, и усаживали его в конце длинного стола. На противоположный край стола они помещали животное, которого боялся ребенок, например, кролика или мышь. Вначале ребенок ужасно боялся. Но они отвлекали его внимание разговорами, одновременно пододвигая к нему «страшное» животное все ближе и ближе. И что вы думаете? Примерно через двадцать минут, ребенок переставал бояться и начинал с удовольствием играть с животным.

Какая победа! К моему удовлетворению, Уотсон доказал, что глупые фобии, вроде боязни кроликов или мышей, можно преодолеть выдержкой, десенсибилизацией в естественных условиях. И спустя некоторое время я смог применить этот метод к собственным фобиям [3, p. 287]. В то время 19-летний Эллис состоял в молодежной организации левого толка «Молодые американцы», и дал себе задание, выполнение которого на склоне лет назвал одним из «самых смелых и достойных поступков в своей жизни» [3, p. 262]. Он начал регулярно выступать перед своими сотоварищами на митингах и собраниях. Это давалось ему нелегко: «Страдал ли я во время своих первых выступлений? Еще как! Я так боялся ошибиться или быть высмеянным, что действительно делал ошибки, и надо мной смеялись. Но я не сдавался. Во всех обстоятельства я продолжал открывать свой большой рот. Спотыкаясь, я шел вперед» [3, p. 262]. После сотни выступлений он совершенно избавился от своей фобии и обнаружил у себя недюжинные ораторские способности, которые позже принесли ему заслуженную славу.

Вдохновленный успехом Эллис продолжил атаковать свои «глупые фобии» методом десенсибилизации, известным еще стоикам и «переизобретенным» бихевиористами, а именно, – делал то, чего боялся больше всего в жизни. в августе 1933 г. он дал самому себе задание, ставшее впоследствии знаменитым под названием «Эксперимент в ботаническом саду Бронкса»: чтобы избавиться от панического страха общения с противоположным полом, девятнадцати-

летний Эллис решил во время ежедневных прогулок садиться на скамейки рядом с девушками. «Когда я видел сидящую в одиночестве женщину, то говорил себе: «Не важно, сколько ей лет, как она выглядит и сколько весит. Никаких отговорок! Я сяду на ту же скамейку – не впритык, конечно, но рядом с ней. После того, как я совершу этот рискованный шаг – ведь она может оскорбиться тем, что я сел на занятую ею скамейку и уйти – я дам себе минуту – да, да! целую бесконечную минуту, чтобы завязать с ней разговор. К черту! Если я умру в процессе, так тому и быть!»

Я был настойчив и отлично справился со своим «домашним заданием» … Я ходил в парк ежедневно в течение месяца, если не было дождя – единственная отговорка, которую я себе позволил, но в тот месяц не было дождей. Я встретил сто тридцать женщин, сидевших в одиночестве на скамейках парка, всевозможных возрастов, форм и размеров. Я посидел рядом с каждой из них. Да, да – с каждой! Тридцать из них тут же встали и ушли. Черт! Но все же, сто – ведь остались!» [3, p. 287–288].

Этот эксперимент над самим собой позволил Эллису не только преодолеть свою болезненную застенчивость и в очередной раз убедиться в эффективности поведенческой психологии, но и повлиял на его последующее решение стать профессиональным психотерапевтом.

Однако же позже, многократно апробировав десенсибилизацию в работе с клиентами, он пришел к выводу, что этот метод имеет существенные ограничения. Десенсибилизация позволяет атаковать и преодолевать симптомы, но не источник тревожно-фобического расстройства (ТФР). Этот вывод вытекал из его психотерапевтического опыта: избавившиеся при помощи десенсибилизации от страха по одному поводу клиенты возвращались в его кабинет через какое-то время, тревожась уже по другому поводу. Как выяснилось, освобождение от симптомов не означает преодоления расстройства. Почему это происходит, Эллис смог понять, только открыв формулу А-В-С, т. е. осознав, что в отличие от животных, люди реагируют на

стимулы среды, в том числе – вызывающие невротическую тревогу, – опосредствованно. Поскольку поведение человека, точнее, его высшие психологические функции, или произвольное, специфически человеческое, поведение, управляется второй сигнальной системой, речью, постольку тревогу вызывают не сами по себе стимулы – часто совершенно безопасные, а то, что человек говорит себе о них. Именно вербализация, сказанное о стимуле во внутренней речи, придает ему смысл угрозы, на которую человек реагирует тревогой. Не паук, не учащенное биение собственного сердца, не осуждение окружающих вызывает тревогу, а словесный комментарий: «Это – ужасно!» или «Я этого не вынесу!». А эти категоричные и бескомпромиссные заключения являются следствием жестких догматических требований: «Я должен быть уверен, что не столкнусь с «опасностью»!», «Я должен точно знать, что мне ничего не угрожает!» и т. п. Получается, что тревогу вызывают искусственные, речевые стимулы.

Толчком к формированию ТФР обычно становится «естественный», рефлекторный страх, возникший, например, в результате случайного обусловливания, как у маленького Альберта в знаменитом эксперименте 1927 г. Дж. Уотсона [1] подражания тревожному поведению других людей (скажем, родителей), наказания, получаемого человеком за определенное действие, травматического переживания. Но как бы не появился первичный страх, в ТФР он разовьется только если будет закреплен, генерализован и усилен вербализациями, которые Эллис называл иррациональными убеждениями – катастрофизациями, убеждениями, связанными с низкой терпимостью к фрустрации или обесценивающими суждениями. Например, таким:

«Если ко мне подойдет собака, то я потеряю контроль над собой, мне будет трудно дышать, у меня начнут подгибаться ноги, мутится рассудок, это будет ужасно!» (катастрофизация). Это убеждение:

Во-первых, превращает страх (возникший в конкретной ситуации по конкретному реальному поводу – в результате случайного

обусловливания, как в случае с маленьким Альбертом) в тревожность (рассеянную, не соотносящуюся с реальным поводом).

Во-вторых, генерализует первичный страх, т.е. экстраполирует его на все события, при которых «я могу потерять контроль над собой».

В-третьих, многократно усиливает первичный страх содержащимися в нем выводами: «Это будет ужасно и невыносимо!!!»

Катастрофизации обычно ведут к другим иррациональным идеям:

«Так как я не могу выносить того-то и того-то (проходить мимо собак, публично выступать, находится в толпе/замкнутом пространстве и т.п.) мне абсолютно необходима помощь и поддержка других людей, я не могу без нее обходится» (требование).

«Раз я не способен обходится без помощи других, я – слабый и беспомощный» (обесценивание).

«Я должен быть уверен, что в том месте, где я нахожусь/буду находиться я не столкнусь с тем, чего я просто не могу выносить» (требование) и т.д.

Эти идеи в свою очередь формируют аттитюды («Город – опасное место (ведь по его улицам бегают собаки)!», «Выступление перед людьми – пытка!»), ожидания («По дороге домой обязательно попадется собака»), автоматические мысли: «А вдруг..!», «Я не справлюсь!»), аутоинструкции («Я никуда не пойду!»)

В итоге формируется сложная, дисфункциональная и мучительная для человека система приспособления к среде, которая, собственно, и представляет собой тревожно-фобическое расстройство.

Таким образом, какими бы ни были предпосылки ТФР, его основа – искаженные вербализации, а, в конечном счете, – иррациональные убеждения. Этим обстоятельством определяется терапевтическая стратегия РЭПТ при работе с людьми, страдающими ТФР.

И в наши дни в когнитивно-поведенческой психотерапии десенсибилизация во всем разнообразии ее форм остается самым распространенным методом преодоления ТФР. Поддержка клиента и подго-

товленная атака его симптомов, а именно, избегания определенных стимулов, используется и в РЭПТ. Однако применяется десенсибилизация in vivo в ней не для того, чтобы снизить порог чувствительности к стимулу (А), по поводу которого тревожится (С) клиент, но, прежде всего, для поведенческого диспутирования иррационального убеждения (В), вызывающего тревогу, а также, – для тренировки навыков «рискованного» поведения. Поэтому десенсибилизации предшествует выявление иррациональных убеждений, их когнитивное и эмоциональное диспутирование и корректировка. И лишь после этого клиенту предлагают оспорить свои иррациональные идеи поведенчески, т.е. действовать вопреки собственным ложным идеям, делать то, чего он боялся. Десенсибилизация in vivo играет, таким образом, роль «решающего эксперимента», в ходе которого проверяется эффективность диспутирования иррационального убеждения.

Другая важнейшая особенность РЭПТ состоит в том, что она не ограничиваемся преодолением отдельных симптомов. Многие люди избавляются от фобических симптомов и самостоятельно, без всякой терапии. Фобия – ведь это просто набор стратегий, с помощью которых человек приспосабливается к среде своего существования. Когда в конкретной жизненной ситуации этот набор оказывается неэффективным, отдельные его составляющие могут меняться. Например, человек, чтобы получить важную для него работу, человек настойчиво и упорно, преодолевает свой страх вождения машины. И часто не только избавляется от страха по этому поводу, но и забывает, что когда-то боялся сесть за руль [2].

Однако человеку, страдающему ТФР, преодоление отдельных симптомов чаще всего не помогает, он с легкостью возвращается к своему обычному восприятию и тревожится по другим поводам, т.е. в других ситуациях – ведет себя так же саморазрушительно, как и раньше.

Поэтому в РЭПТ мы стремимся проработать основу ТФР – иррациональное мышление. Эллис говорил, что по-настоящему эффек-

тивная терапия фобий заключается в принятии/осознании того факта, что в мире нет ничего действительно ужасного, кошмарного, катастрофического (хотя многие вещи нас разочаровывают, фрустрируют и доставляют неудобства), что «ужас» существует в вашей голове, но не в реальности [3, p. 263].

В РЭПТ мы стараемся убедить клиентов, страдающих ТФР, отказаться от их в высшей степени катастрофизирующего восприятия действительности, а не просто преодолеть актуальные симптомы. Как? Упорно и последовательно выявляя и оспаривая, в том числе поведенчески иррациональные идеи, которыми они пугают себя, и обучая их таким образом гибкому, рациональному мышлению.

Литература

1. Уотсон, Дж. Б. Психологический уход за ребенком. – М. : Книжный дом «Либроком», 2010. 96 с.
2. Ellis, A. How To Control Your Anxiety Before It Controls You. – NY : Carol Publishing Group, 1998. – 243 p.
3. Ellis, A. All Out! An Autobiography. – NY : Prometheus Books, 2009. – 668 p.

УДК 615.8

САМОКРИТИКА КАК ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН: ОБЗОР СТРАТЕГИЙ РАБОТЫ С САМОКРИТИКОЙ В РАЗНЫХ ПОДХОДАХ КПТ

Е. В. Сивизина,
г. Одесса

SELF-CRITICISM AS A TRANSDIAGNOSTIC PHENOMENON: A REVIEW OF THE STRATEGIES FOR WORKING WITH SELF-CRITICISM IN DIFFERENT APPROACHES OF CBT

O. Sivizina,
Odessa

Аннотация. В статье рассмотрена самокритика как трансдиагностический феномен, являющийся фактором риска возникновения и поддержания психопатологий. Выбраны некоторые подходы СВТ и выделено, как в каждом из них рассматриваются происхождение, механизмы и стратегии работы с этим процессом. Сделан акцент на пересекающихся аспектах и на уникальности каждого подхода. Предложен собственный взгляд на проблему и вариант интеграции идей и интервенций представленных подходов в стандартные протоколы СВТ.
Ключевые слова: самокритика, само-сострадание, трансдиагностический феномен, когнитивно-поведенческая терапия.

Annotation. The article considers self-criticism as a transdiagnostic phenomenon, which is a risk factor for the emergence and maintenance of psychopathology. The origin, mechanisms and strategies for working with this process are considered in selected CBT approaches. The emphasis is on cross-cutting aspects and on the uniqueness of each approach. We propose our own view of the problem and the option of integrating the ideas and interventions of the presented approaches into standard CBT protocols.

Keywords: self-criticism, self-compassion, transdiagnostic phenomenon, cognitive-behavioral therapy.

Мы знаем, что ощущение незащищённости, тревога, депрессия, сомнения в своей ценности очень сильно распространены в современном западном обществе. Во многом их вызывает самокритика:

привычка развивать уничижительный само-диалог и внутренне «избивать» себя всякий раз, когда человек опять не оказался лучше всех или потерпел неудачу, или был не на высоте, или чувствовал не так, как должен был чувствовать, или по множеству других причин.

Человек, использующий самокритику, оценивает себя как неполноценного, неуспешного и недостойного и боится отвержения и критики и потери принятия и привязанности от других людей. Эмоциональный опыт, переживаемый при этом процессе, состоит из комбинации злости на себя, страха, стыда и печали. Понятно, что если самокритика развита как постоянная и сильная, то это может отражаться на общем эмоциональном состоянии и гипотетически являться причиной и фактором поддержания эмоциональных проблем.

Когнитивно-поведенческая терапия, как метод доказательной медицины, имеет дело с критериями диагностики психических расстройств, представленных на сегодняшний момент в справочниках «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам DSM-V» и «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем МКБ-10».

Конечно, в описании большинства расстройств мы не увидим в критериях непосредственного упоминания о самокритике. Однако исследования говорят о феномене чрезмерной самокритики как трансдиагностическом явлении, которое является фактором риска в развитии и поддержании множества психических расстройств [18]: депрессии, зависимостей, посттравматического стрессового расстройства, параноидных тенденций, расстройств личности, социальной тревоги и фобии, расстройств пищевого поведения, панического расстройства, шизофрении, генерализованного тревожного расстройства (Luoma & Platt, 2015, Kannan D, Levitt HM., 2013 и др.).

Так же самокритика отрицательно влияет на межличностные отношения на протяжении всей жизни (Wiseman H, Raz A, Sharabany R., 2007), (Besser A, Priel B., 2003), (Zuroff DC, Koestner R, Powers TA., 1994), (Priel B, Besser A., 2000), (Whiffen VE, Aube JA, 1999), (Fichman L, Koestner R, Zuroff DC, 1994). [18] в том числе самокритика связана с переживаниями и проволочками, фокусировке на потенциальной неудаче, отрицательной оценке от других и потерей самооценки, а так же с меньшим успехом в достижении целей (Powers TA, Koestner R, Zuroff DC, 2007), (Powers TA, Koestner R, Zuroff DC, et al, 2011).

Самокритика в общем определяется как «форма негативной самооценки, в которой мысли суждения, осуждения и нападения направлены на себя, особенно в контексте восприятия ошибок, неудач и своей неспособности соответствовать собственным или установленными другими стандартам» (Smart, Peters, & Baer, 2015, стр. 1)[12].

Как вариант, самокритика определяется как форма негативного само-обвинения и само-оценивания, в котором люди тщательно анализируют и отрицательно оценивают различные аспекты самих себя, такие, как физическая внешность, социальное поведение, внутренние мысли и эмоции, особенности личности и интеллектуальные способности, отношения с другими людьми (Gilbert and Miles, 2000).

Этот процесс связан с началом и поддержанием симптомов психопатологии, поскольку он усиливает эмоциональные состояния, связанные с содержанием мыслей, и мешает эффективному решению проблем (Nolen-Hoeksema et al., 2008)[12].

Этот аспект пока недостаточно изучен, однако появляются исследования, выявляющие, насколько от степени склонности к самокритике зависит неспособность генерировать заботливые и само-успокаивающие/обнадёживающие/ободряющие мысли, чувства и образы (Gilbert, 2000a, 2000b). Такие люди имеют сложности с эмпатией, теплотой и само-принятием, то есть формируют недостаточно и слабо развитые способности для сострадательного само-поддерживания/сочувствия (self-soothing) и тепла [7].

Результатом этого является то, что высоко-самокритичные пациенты с психическими проблемами (например, депрессией) могут не формировать столь же значимых улучшений в стандартной когни-

тивной терапии, как низко-самокритичные (Rector, Bagby, Segal, Joffe, & Levitt, 2000).

Несколько исследований показали, что самокритика отрицательно влияет на ход и исход лечения депрессии (Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995; Rector et al., 2000; Shahar, Blatt, Zuroff, & Pilkonis, 2003) и что этот эффект опосредуется трудностями при формировании положительного терапевтического альянса (Zuroff et al., 2000) [17]. Таким образом, помощь людям в уменьшении самокритикующего отношения и развитии само-сострадательных навыков может быть полезным терапевтическим вмешательством (Gilbert, 2000a, Gilbert & Irons, in press).

Изучение опыта различных терапевтических подходов даёт возможность выдвинуть гипотезу, что интервенции, направленные непосредственно на уменьшение самокритики, могут быть интегрированы в унифицированные протоколы лечения КПТ, что может повысить эффективность терапевтического процесса при лечении различных психических расстройств.

С целью поиска вариантов стратегических и тактических приёмов и технических нюансов работы, были рассмотрены подходы к работе с самокритикой в следующих психотерапевтических направлениях:

- метакогнитивная терапия (metacognitive therapy, MCT: Clark, Wells, 1994);
- терапия страха аффекта (Affect phobia therapy, APT: McCullough, Valiant, 1997);
- терапия, сфокусированная на сострадании (Compassion focused therapy, CFT: P. Gilbert, 2000);
- терапия осознанного/майндфулнесс само-сострадания (Mindful self-compassion, MSC: Neff, Germer, 2012);
- Поведенческая терапия принятия и обязательств (Терапия принятия и ответственности, Acceptance and Commitment Therapy, ACT: Hayes, Strosahl, Wilson, 1999);
- схема-терапия (Schema therapy: Young, 1990).

Анализ показывает, что авторы разных направлений отмечают схожие процессы, используя аналогичную или альтернативную терминологию, и ставят различные подобные или различные акценты в терапевтической работе. Мы попробовали выделить группы эти акцентов, чтобы иметь возможность использовать сильные стороны каждого подхода при интеграции в план терапии каждого конкретного пациента или группы пациентов.

Взгляд на происхождение самокритики:

- терапия, сфокусированная на сострадании: выученная модель относиться к себе контролирующим и принудительным образом, ранний опыт отвержения, критики, стыда, насилия, буллинга, недостаток внимания и ощущения принадлежности, эволюционный подход: системы мозга для социальных отношений, модель аффективной регуляции
- терапия принятия и ответственности: язык как выученное поведение и способность классифицировать типы и сравнивать и оценивать (RTF);
- терапия страха аффекта: эмоциональное научение и условный рефлекс (переживание врождённых адаптивных эмоций с опытом отвержения или наказания);
- метакогнитивная терапия: индивидуальный паттерн мышления, способ обработки информации, руминация на тему не-ценности, неудачи и ошибок;
- схема-терапия: детский опыт недостаточного удовлетворения базовых эмоциональных потребностей и выученная модель обхождения с собой и с эмоциями в попытке обеспечить удовлетворение потребностей;
- КПТ фокусированная на руминациях (RF-CBT): стратегия контроля эмоций и последствий поведения.

Самокритика в основном раньше рассматривалась как общая черта личности (Blatt & Zuroff, 1992), но совсем недавно произошёл сдвиг в сторону понимания самокритики как динамичного, развора-

чивающегося процесса, в котором доминирующая часть Я/Self контролирует, отрицательно оценивает или атакует подчинённую часть Я/Self (Gilbert & Irons, 2006; Gilbert & Procter, 2006; Longe et al., 2010).

Атакующая часть часто выражает гнев и презрение, в то время как атакованная часть остаётся с ощущением бессилия, бесполезности, подавленности и беспокойства (Whelton & Greenberg, 2005) [17]. При этом человек переживает себя как опозоренное/стыдящееся «Я» и может чувствовать себя избитым и подавленным собственной самокритикой (Greenberg, Elliott, & Foerster, 1990) [7].

Взгляд на разные части себя

Терапия, сфокусированная на сострадании:

- злая часть,
- тревожная часть, часть «пребывающая в любви/being in love», часть «выпадающая из любви/falling out of love», неполноценное Я, ненавидимое Я,
- сострадательное Я, поддерживающее Я,
- Терапия принятия и ответственности: застревание в Я-концепции (селф как контент).

Схема-терапия:

- все дисфункциональные родительские режимы,
- режим уязвимого ребёнка,
- режим здорового взрослого,
- режимы деструктивных копингов: перфекционистическая, «заморозка», подчинение.

Практически все направления определяют самокритику как форму внутреннего (мыслительного) поведения, своеобразные копинг-стратегии, с выделением различных функций этого поведения:

- Терапия, сфокусированная на сострадании: форма автоматического подчинённого поведения с целью избежать отвержения или наказания:

- самокоррекция – стратегии исправить себя, попытки защитить человека от проблемных последствий (включая стыд), улучшить себя и не позволить себе совершать ошибки (self-improving/correction);
- самонаказание – стратегии преследования себя и наказания, попытки наказать или уничтожить «плохое я», исключить или устранить «этот отвратительный или бесполезный объект», выражение гнева и желание вредить себе (self-harming/persecuting);
- терапия принятия и ответственности: неработающие действия (бездействие или дезорганизованная активность), недостаток ясности или контакта с ценностями;
- метакогнитивная терапия: положительные и отрицательные метакогниции о самокритике как обоснование использования.

Авторы выделяют особый вид копинга как способа избежать аффекта, то есть механизм защиты, используемый для избегания конкретных эмоций и душевной боли: стыд, вина, страх, злость, способ справиться с убеждениями и эмоциями, которые возникли по поводу жизненной ситуации:

- терапия, сфокусированная на сострадании: стыд как травма, толерантность к дистрессу;
- терапия принятия и ответственности: избегание внутреннего опыта (эмоций, мыслей, ощущений, воспоминаний);
- терапия страха аффекта: «простая фобия» врождённых адаптивных эмоций.

Процесс самокритики происходит в виде автоматического, разной степени мощности, навязчивого и интрузивного, тревожного и трудно поддающегося переключению, попрекающего и уничижительного внутреннего диалога (или комментария), который обычно активируется, когда люди считают, что они не справились с важными задачами, или если что-то идёт не так, как ожидалось.

В последнее время утверждается, что самокритика может стать проблематичной, если она перерастёт в руминативный стиль мышления (Smart et al., 2015), то есть в когнитивный процесс, который

включает в себя самофокусированное внимание, постоянно возвращающийся фокус на негативных аффектах, а также их причинах и последствиях (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003) [12].

Руминация – когнитивный процесс, который включает в себя самофокусированное внимание, постоянно возвращающийся фокус на негативных аффектах, а также их причинах и последствиях (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003)

Содержание мыслей может быть ошибочным, но способ обработки заставляет человека думать, что это действительно так. То есть проблема – копинговая стратегия (поведение), а не содержание мыслей:

- метакогнитивная терапия: когнитивный синдром внимания (CAS);
- терапия, сфокусированная на сострадании: «хитроумный» мозг/ Tricky Brain: эмоциональная система регуляции: защита, сфокусированная на угрозе и поиск безопасности;
- терапия принятия и ответственности: когнитивное спутывание, «застревание» в прошлом или будущем;
- КПТ, сфокусированная на руминациях (RF-CBT): руминация как избегание активных действий, форма выученной беспомощности, способ избежать неприятных последствий деятельности. Создаёт порочный круг: отсутствие негативного результата (неудачи) подкрепляет форму поведения (руминацию): избегание трудностей, избегание риска провала или унижения, предотвращение критики, когнитивное избегание, контроль над эмоциями (например, снижение гнева), мотивация себя, избегание «нежелательного себя».

Итак, мы можем предположить, что терапевтические стратегии и интервенции будут соответствовать тем акцентам, которые выше выделены нами как актуальные для каждого направления.

- Метакогнитивная терапия:
  - Развитие навыка снижения синдрома когнитивного внимания

  - изменение метакогнитивных убеждений о самокритике и стратегий реагирования на неё;
  - развитие навыков по усилению метакогнитивной позиции и «безусловного само-принятия».
- Терапия страха аффекта:
  - развитие навыков осознания и поддержания контакта с собственными аффектами без применения защитного и избегающего поведения через экспозицию к пугающим эмоциям;
  - развитие навыков интерперсональных отношений без ориентации на самокритику как защитную стратегию;
  - терапия, сфокусированная на сострадании: изменение перспективы восприятия трудных мыслей и чувств с обвинения и осуждения на сострадательное понимание и помогающие действия через развитие необходимых для этого навыков и качеств. Построение сфокусированной на сострадании идентичности;
  - терапия осознанного/майндфулнесс само-сострадания: развитие компонентов само-сострадания и изменение самоотношения (8-недельный курс групповой работы, формальные и неформальные практики).
- Поведенческая терапия Принятия и Обязательств (Терапия принятия и ответственности):
  - развитие навыков не-слияния с внутренними процессами;
  - развитие и укрепление навыков мета-позиции и психологической гибкости;
  - выбор внешнего и внутреннего поведения, ориентированного на ценности человека и улучшение качества его жизни, вне зависимости от того, что «рассказывает» ему его ум;
  - схема-терапия: программа вмешательств на когнитивном, поведенческом и эмоциональном уровнях, ориентированная на уменьшение влияния деструктивных схем и частей и на культивирование/взращивание адаптивных аналогов: развитие само-уважительного/сострадательного подхода к себе и выбор

поведения, ориентированного на удовлетворение потребностей и реализацию ценностей.

Виды техник по развитию навыков и терапевтические интервенции можно условно разделить на следующие группы:

- когнитивные техники: функциональный анализ самокритики (CFT, ACT), «пере-атрибуция» метакогниций (MCT), «за и против», «преимущества и недостатки», поведенческие эксперименты с ориентацией на ценности (CFT, ACT), анализ и реструктуризация страхов само-сострадания (CFT, ACT, MSC), журнал само-сострадания, сократический диалог, направляемое открытие и т. п. (CFT);
- нарративные техники: само-сострадательные письма (CFT, MSC), само-сострадательное отношение (MSC), признательности к себе (MSC), создание ресурсной истории (CFT, ACT);
- имагинативные техники: трансформирующие образы/Introducing Imagery (CFT): безопасное место, цвет сострадания, создание и практика сострадательного образа (команды образов), доступ к «эмоциональным воспоминаниям» заботы, создание и практика внутреннего сострадательного Я, сострадательный поток от себя к другим и от других к себе, сострадание к самокритике;
- экспириентальные техники: техника стульев (CFT), само-сострадательное зеркало, жесты (сенсорные двигательные образы) заботы (CFT, MSC), сострадательное выражение лица (CFT);
- техники mindfulness/осознанности в моменте: успокаивающее ритмичное дыхание (CFT); сканирование тела (MSC), контр-сдерживания супрессии мыслей, отстранённая осознанность/ detached mindfulness, техника тренировки внимания (MCT); «якорение/штормование», «юмористичная дистанция» к мыслям (ACT);
- медитативные техники: любящей доброты (LKM), само-сострадания (MSC), любящее дыхание (MSC), отмечание эмоций (MSC), «эмоции: смягчить, успокоить, разрешить» (MSC), сострадательное сканирование тела (MSC), перерыв для само-сострадания (MSC);

- экспозиция/действия с ориентацией на ценности: сострадательное поведение (практика сострадания) вовне и внутри «позаботься о том, кто заботится», «дай себе то, что нужно» (CFT, ACT).

Итак, мы видим разнообразие видов и вариантов техник работы с самокритикой. Сложность, на наш взгляд состоит в том, как выбрать среди них самые эффективные и быстродействующие и подходящие конкретному типу расстройств или человеку (если, конечно, это вообще возможно).

Сходство понятий и понимания процессов в разных подходах может говорить о реальном положении вещей. Такие пересечения должны быть, если мы практикуем научно обоснованную практику.

Одним из принципов КПТ является: «Не принимай ничего на веру, пробуй и убеждайся, что именно работает и как это тебе подходит». Так что мы рассматриваем этот обзор с точки зрения предложения терапевтам эмпирически, используя техники работы с самокритикой в терапии с конкретными пациентами и в своём собственном личностном опыте, составить своё мнение об их полезности и эффективности, учитывая возможные сложности при их использовании.

Однако требуется внимание к нюансам техник и к тонкостям применения для построения индивидуальной терапии клиента, а так же отслеживание исследований по их эффективности. Необходимо помнить, что самокритика представляет собой сложный многогранный опыт, который нам ещё предстоит полностью понять – это гораздо больше, чем просто отрицательная самооценка, а вмешательства, которые работают в одних случаях, могут не работать для других [6].

Одновременно мы надеемся (понимая все трудности этого), что доказательная база будет расширяться, и качество исследований позволит перевести эти техники на уровень доказательной медицины с обязательным использованием в протоколах лечения психических расстройств, потому что, на наш взгляд, они достойны этого.

Литература

1. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств / Я. Прашко [и др.]. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2015. – 1064 с.
2. Феннел, М. Как повысить самооценку / М. Феннел; пер. с англ. А. С. Марушкиной, Е. Ю. Терентьевой. – М. : Астрель, 2007. – 287 с.
3. Barnard, L. Curry, J. Self-Compassion:Conceptualizations, Correlates, & Interventions. Review of General Psychology / American Psychological Association / 2011 г., Т. 15, 4.
4. Friis, J., Cutfield, Consedine. Kindness Matters: A Randomized Controlled Trial of a Mindful Self-Compassion Intervention Improves Depression, Distress. Diabetes Care. / 2016 / doi:10.2337/dc16-0416/-/DC1.
5. Gilbert P., McEwan K., Marcela Matos M., Rivis A. «Fears of compassion: Development of three self-report measures» . Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice / 2011, 84, 239–255.
6. Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N.V., Irons, C. Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. British Journal of Clinical Psychology / 2004 , 43, p. 31–50.
7. Gilbert, P., Irons, C. A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. MEMORY. 2004 г., 12 (4), p. 507–516. – Mode of access: http://www.tandf.co.uk/journals/pp/09658211.html DOI:10.1080/09658210444000115. – Date of access: 22.08.2017.
8. Gilbert, P., Sue, P. Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. Clinical Psychology and Psychotherap / 2006, 13, p. 353–379.
9. Institut fur integrative Verhaltenstherapie Hessen e.V. – Mode of access: http://www.ivt-hessen.de/index.htm. – Date of access: 22.08.2017
10. Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. Cognitive Therapy and Research /2009 33, 301–313. doi: 10.1007/s10608-008-9202-1.
11. Kirby, J. N., Tellegen, C. L. & Steindl, S. R., A Meta-Analysis of Compassion–Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. Behavior Therapy / June 2017 г. doi:10.1016/j.beth.2017.06.003.
12. Kolubinskia, D. C., Nikčevićb, A. V. , Lawrencea, J. A., Spadaa, M. M. The role of metacognition in self-critical rumination: An investigation in individuals presenting with low self-esteem. Division of Psychology, School of Applied Sciences, London South Bank University, London, UK. 12 2015 г. – Mode of access: http://researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/download/236/198. – Date of access: 22.08.2017
13. Luoma, J., LeJeune J. Developing a shared case conceptualization when working with highly self-critical and shame prone clients. – Mode of access: http://www.actwithcompassion.com/ – Date of access: 22.08.2017
14. Mosewich, A. D., Crocker, P. R. E., Kowalski, K. C., & DeLongis, A. Applying self-compassion in sport: An intervention with women athletes/ Journal of Sport & Exercise Psychology / 2013, 35, 514–524.
15. Neff, K. The Five Myths of Self-Compassion. Greater Good Magazine. – Mode of access: https://greatergood.berkeley.edu/article/item/the_five_myths_of_self_compassion. – Date of access: 05.09.2017
16. Schanche, E. The Transdiagnostic Phenomenon of Self-Criticism. Psychotherapy / 2013, № 3, p. 316–321.
17. Shahar, B., Szsepsenwol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., & Levit-Binnun, N. A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism/ Clinical Psychology & Psychotherapy/ 2015, 22, 34.
18. Warren, K., Smeets, R., Neff, E. Self-criticism and self-compassion: Risk and resilience/ 12 2016 , Т. 5, 12, p. 19–32.