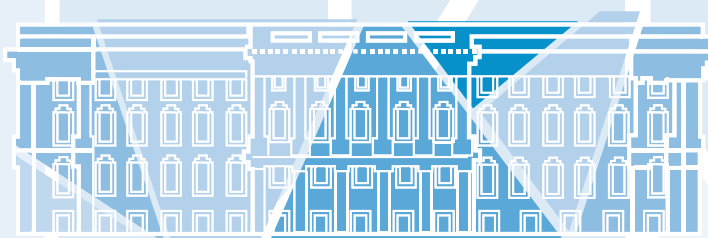




Ассоциация  
когнитивно-поведенческой  
психотерапии

I МЕЖДУНАРОДНЫЙ СЪЕЗД АССОЦИАЦИИ  
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Сборник научных статей



Санкт-Петербург  
2015



I Международный Съезд Ассоциации  
Когнитивно-Поведенческой  
Психотерапии

**СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ**

Санкт-Петербург  
СИНЭЛ  
2015

УДК 615.851(063)

ББК 53.57я43

П26

I Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии : сборник научных статей. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2015. – 98 с.

ISBN 978-5-9906651-4-9

Сборник подготовлен Ассоциацией Когнитивно-Поведенческой  
Психотерапии

Составители: Д.В. Ковпак, А. И. Ковпак

© Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

© Д.В. Ковпак, 2015

## **Дорогие друзья и уважаемые коллеги!**

Мы рады видеть вас на нашем долгожданном и тщательно подготовленном мероприятии – Первом Международном Съезде Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии! Наше общероссийское объединение специалистов давно шагнуло за пределы отечественной страны, и насчитывает многие сотни активных участников в ближнем и дальнем зарубежье. За пятнадцать лет существования организации было много различных мероприятий, в том числе семинаров, конференций, собраний и даже съездов, но впервые мы смогли организовать столь большой и представительный сбор, в том числе и наших зарубежных коллег, для обсуждения актуальных вопросов и перспектив этого направления психотерапии. Мы надеемся, что замечательная и уютная обстановка великолепного дворца в самом сердце Санкт-Петербурга в преддверии белых ночей позволит нам провести три этих незабываемых майских дня в насыщенном, плодотворном и дружеском общении!

## **Организационный комитет**

**Ковпак Дмитрий Викторович**, Председатель Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова, руководитель научной секции психологического консультирования и психотерапии Российского Психологического Общества, сопредседатель секции КПТ Российской Психотерапевтической Ассоциации.

**Каменюкин Андрей Геннадьевич**, Заместитель Председателя Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, директор Клиники лечения депрессий и фобий.

**Ковпак Алиса Игоревна**, кандидат психологических наук, Ответственный секретарь Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, клинический психолог Центра Эмоциональной Коррекции.

**Ерухимович Юлия Александровна**, Руководитель программ обучения Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, врач психотерапевт Клиники лечения депрессий и фобий.

**Замалиева Снежана Александровна**, кандидат философских наук, доцент кафедры общенаучных дисциплин ВЕИП, советник Российской Академии Естествознания.

## **Логика изменений в процессе терапии тревожных расстройств, или почему поведенческие методы не могут быть заменены когнитивно-поведенческими**

**Радюк О.М.**

Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

Целью данной статьи является рассмотрение роли и обоснование необходимости использования поведенческих методов в процессе терапии тревожных расстройств с точки зрения транстеоретической модели [7, 10, 12, 13].

В развитии поведенческой психотерапии выделяют три этапа, или, как их нередко называют в англоязычной литературе, три волны [3, 8]. И если методы первой волны полностью фокусируются на исследовании и изменении поведения, то вторая волна переносит центр внимания с поведения на когниции, а третья – с когниций на эмоции, отношения, интеракции и т.д. [3]. Участники психотерапевтического сообщества, стремясь использовать новые и современные методы в своей работе, с энтузиазмом погружаются в освоение методов третьей волны... Но при этом классические поведенческие методы первой волны оказываются незаслуженно забытыми, что нередко снижает эффективность психотерапии тревожных расстройств, поскольку ни методы второй волны (когнитивная и рационально-эмотивная терапия), ни методы третьей волны (диалектическая поведенческая терапия, функциональная аналитическая терапия, схематерапия, терапия принятия и ответственности и проч. [3, 8]) во многих случаях неспособны заменить методы модификации поведения, базирующиеся на оперантном и классическом обусловливании. Для доказательства данного утверждения рассмотрим роль классических бихевиоральных методов в процессе терапии тревожных расстройств в рамках транстеоретической (синоним: межтеоретической [6]) модели, созданной Джеймсом Прохазкой и его коллегами [7, 10–12].

Транстеоретическая модель рассматривает логику изменений, опираясь на три ключевых параметра: «процессы изменения», «стадии изменения» и «уровни изменения» [4, с. 355-367]. Для нашей цели важно понимать взаимосвязь процессов и стадий.

Процессы изменения – это скрытые или явные действия, которые люди предпринимают, чтобы изменить эмоции, мышление, поведе-

ние или отношения, связанные с конкретными проблемами [4, с. 356; 8, р. 489]. Процессы изменений в публикациях могут упоминаться и под другими названиями, такими как «принципы» [5], «катализаторы» [4, с. 55-57], «методы» или «техники» изменений [6, с. 31 и 52]; последние два названия являются наименее корректными: понятие «процесс» не идентично понятиям «метод» или «техника», поскольку процесс, как правило, включает в себя несколько методов (техник, способов), которые могут как использоваться пациентом самостоятельно без обращения к психотерапевту, так и быть элементом какого-либо метода психотерапии.

По своей сути процессы изменений являются стратегиями, которые используются на различных стадиях осуществления изменений. Каждая такая стратегия имеет свою цель и должна использоваться на определённой стадии работы; несвоевременное использование стратегии не только неэффективно, но и способно затормозить процесс изменений.

Здесь и далее вместо терминов «процесс», «катализатор» и «принцип» мы будем использовать термин «стратегия»: это позволит избежать путаницы понятий «процесс изменений как стратегия» и «процесс изменений как переход из текущего нежелательного состояния в желаемое будущее состояние»; термин «техника» будет использоваться как синонимичное термину «метод» обозначение способа достижения цели, стоящей перед определённой стратегией.

Стратегии изменений, которые Джеймс Прохазка, Джон Норкросс и Карло ди Клементе выделили в процессе своих исследований [6, 7], перечислены в таблице 1.

**Таблица 1 – Стратегии изменений**

| <b>Стратегия</b>        | <b>Цель</b>  | <b>Часто используемые методы</b>   |
|-------------------------|--|--|
| Повышение осознанности  | Получение дополнительной информации о себе и о проблеме, приводящее к улучшению её (проблемы) понимания      | Наблюдение, сравнительный анализ, интерпретация, библиотерапия           |
| Социальное освобождение | Поиск или создание большего числа вариантов социального окружения, благоприятного для желательного поведения | Зал для некурящих в ресторане, «зона тишины» в поезде, группы самопомощи |



| <b>Стратегия</b>          | <b>Цель</b>   | <b>Часто используемые методы</b>   |
|---------------------------|---|--|
| Эмоциональное пробуждение | Оказывающие мотивирующее воздействие переживание и выражение эмоций по поводу проблемы и путей её решения       | Психодрама, переживание потери, ролевая игра, просмотр кинофильмов, демонстрация, видеозапись, представление будущего                                      |
| Переоценка «Я»            | Оценка чувств и мыслей о себе в связи с наличием проблемы; мотивирующее воздействие                             | Прояснение ценностей, эмоциональная и когнитивная оценка проблемы и самого себя, оценка последствий (не) изменения   |
| Переоценка окружения      | Оценка того, каким образом проблема влияет на окружение; мотивирующее воздействие                               | Эмоциональная и когнитивная оценка влияния нежелательного поведения на непосредственное социальное окружение, в особенности на семью и друзей              |
| Принятие обязательств     | Выбор и принятие решений о действиях, вера в возможность и способность измениться                               | Методы решения проблем, логотерапия  |
| Контрбусловливание*       | Замещение проблемного поведения   | Релаксация, десенсибилизация, тренинг уверенности, активное времяпрепровождение, физические упражнения, выявление и замещение иррациональных представлений |
| Контроль стимулов         | Избегание стимулов, способных спровоцировать проблемное поведение   | Преобразование окружающего пространства, избегание провоцирующих стимулов, напоминания   |
| Подкрепление              | Вознаграждение себя или получение поощрения от других за осуществление изменений                                | Поведенческие контракты, явные и скрытые подкрепления, метод последовательных приближений  |
| Поддерживающие отношения  | Использование помощи тех, кто готов ее оказать; открытость и доверие при обсуждении проблемы с желающими помочь | Терапевтический альянс, социальная поддержка, группы само- и взаимопомощи  |

*\* Примечание: очевидно, в транстеоретической модели термин «контробусловливание» имеет более широкий смысл замены проблемного поведения альтернативным, в отличие от традиционного для бихевиоральной терапии понимания контробусловливания как процедуры, при которой реакция на некий раздражитель замещается или блокируется посредством сочетания этого раздражителя с отличающимся по своей валентности новым раздражителем [2].*

Транстеоретическая модель включает в себя пять основных стадий, которые в разных источниках носят разные названия. Каждая стадия характеризуется специфичным для неё сочетанием («со-звездием») установок, намерений и паттернов поведения (“specific constellations of attitudes, intentions, and behaviors” [9, p. 492]), имеет свою длительность (варьирующую в зависимости от характера проблемы и индивидуальных особенностей пациента) и определённый набор задач, которые необходимо решить для успешного перехода к следующей стадии, причём данный набор задач является инвариантным [5, с. 358].

Первая стадия известна под названиями «предобдумывание» [7] (англ. “precontemplation” [9, 12]), «предварительное обдумывание» [5], «предварительное размышление» [4], «сопротивление изменениям» [6], «отторжение и начало осознания» [1]. В начале данной стадии пациент, имея тревожное расстройство, не подозревает о его существовании либо отрицает его наличие. Это может происходить как из-за непонимания генеза симптомов тревоги, так и вследствие отрицания, вызванного, например, страхом стигматизации. Наличествующие же у пациента клинические симптомы тревожного расстройства получают неправильное, но понятное для пациента и социально приемлемое объяснение («вегетососудистая дистония» при ориентированности на медицинское объяснение, «порча» при склонности к магическому мышлению и т.д.).

Сутью изменений на первой стадии является осознание проблемы. Результатом («выходом») первой стадии становится признание существования проблемы, которое, однако, пока ввиду отсутствия достаточной мотивации ещё не приводит ни к практическим действиям по решению проблемы, ни даже к планированию таких действий. Тем не менее, первая стадия является критически важной, поскольку отсутствие признания проблемы делает в принципе невозможным её решение.

Вторая стадия – «обдумывание» [5, 7] (англ. “contemplation” [9, 12]), «размышления» [6], «раздумье» [4], «осознание» [1]. Её главная задача – формирование мотивации к изменениям. Если в начале данной стадии пациент, признавая наличие проблемы с тревожным расстройством, не планирует никаких действий по её разрешению в ближайшие недели или месяцы, то на выходе он имеет сформированную мотивацию приступить к активной работе над решением проблемы в ближайшем будущем. Формированию мотивации способствуют такие когнитивно- и эмоционально-ориентированные стратегии, как «Переоценка “Я”», «Переоценка окружения», «Эмоциональное пробуждение». Результатом второй стадии является решение о необходимости изменений.

Третья стадия – «подготовка» [4–7] (англ. “preparation” [9, 12]), «решимость» [1]. Её цель – сбор информации о возможных вариантах решения проблемы и разработка детального плана действий. Наряду с использованием стратегий второй стадии («Переоценка “Я”», «Переоценка окружения», «Эмоциональное пробуждение»), третья стадия начинает активно использовать стратегию «Принятие обязательств». Типичной ошибкой является попытка пропустить стадию подготовки и сразу приступить к действиям, однако непродуманные и непоследовательные действия имеют мало шансов на успех, поэтому стадия подготовки также является критически важной для успешного решения проблемы. Существенным подспорьем на этой стадии являются знания и опыт психотерапевта, поскольку оптимальный план работы над проблемой составляется, как правило, клиентом совместно с психотерапевтом. Результатом третьей стадии является чёткое представление «маршрута» движения к цели и реалистичный план действий, требуемых для её достижения.

Четвёртая стадия – «действие» [1, 5–7] (англ. “action” [9, 12]), или «усилия» [4], – является логичным продолжением трёх предыдущих. Сформированная на второй стадии мотивация к изменениям и созданный на третьей стадии план действий находят закономерную реализацию в активности, нацеленной на решение проблемы. Только одна из применявшихся ранее стратегий – «Принятие обязательств» – продолжает использоваться на четвёртой и пятой стадиях. Все остальные когнитивно- и эмоционально-ориентированные стратегии, столь полезные на первых трёх стадиях, на четвёртой стадии могут негативным образом влиять на процесс изменений, поскольку ни чрезмерно сильные эмоции, ни «зависание» на размышлениях не способствуют успешности изменений. Авторы транстеоретической

модели рекомендуют воздерживаться от использования когнитивно- и эмоционально-ориентированных стратегий на четвёртой стадии. Ключевую роль здесь играют поведенчески-ориентированные стратегии: «Контробусловливание», «Контроль стимулов» и «Подкрепление», а также стратегия «Поддерживающие отношения».

Несмотря на то, что транстеоретическая модель на четвёртой стадии допускает применение методов, нацеленных на выявление и замещение иррациональных представлений [6, с. 187] (т.е. методов когнитивной и рационально-эмотивной психотерапии, обозначаемых общим термином «когнитивно-поведенческие методы»), их применение следовало бы ограничить только такими расстройствами, в патогенезе которых когнитивные нарушения играют существенную роль – такими, как генерализованное тревожное расстройство и, в меньшей степени, паническое расстройство – хотя и в этих случаях без классических поведенческих методов на полное выздоровление рассчитывать было бы легкомысленно. Поведенческие методы – и, в частности, экспозиционные техники – на протяжении многих десятилетий продолжают оставаться методом выбора в терапии многих тревожных расстройств, в том числе фобических расстройств, обсессивно-компульсивного расстройства, панического расстройства и т.д.

Использование поведенчески-ориентированных стратегий особенно актуально для эффективной терапии тревожных расстройств, в патогенезе которых ведущую роль играют механизмы классического и оперантного обусловливания, в первую очередь различных фобических расстройств – агорафобии, социальной фобии, изолированных фобий, – а также обсессивно-компульсивного расстройства. Клинический опыт автора данной статьи указывает на практическую бесполезность когнитивных методов в психотерапии фобических расстройств и серьёзный риск ухудшения клинической картины при применении когнитивных (когнитивно-поведенческих) методов в терапии обсессивно-компульсивного расстройства.

Четвёртая стадия, несмотря на видимые и позитивные изменения, неспособна обеспечить их стабильность и не исключает возможности рецидива, «отката» к прежнему состоянию. Преодоление рецидивов и закрепление положительных изменений – задача следующей, пятой, стадии, известной под названиями «поддержание» [1, 7] и «сохранение» [5, 6] (англ. “maintenance” [9, 12]). Д. Норкросс предлагает разделить пятую стадию на две – «постоянство» и «сохранение», задачами которых являются соответственно преодоление срывов и обеспечение стабиль-

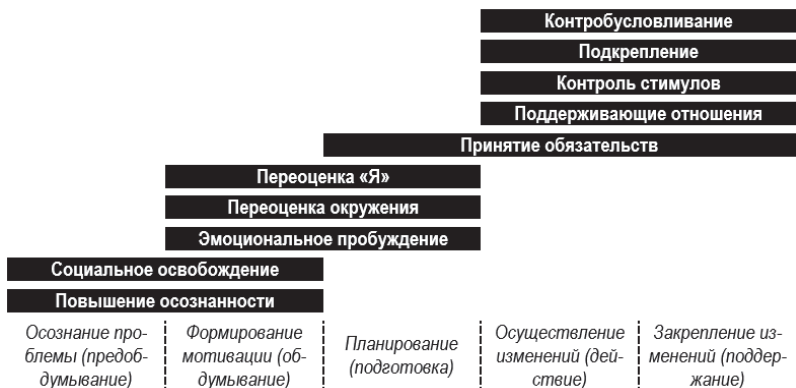
ности изменений [4, с. 35]. Такое разделение возможно, но не принципиально, поскольку и преодоление срывов, и обеспечение стабильности изменений являются двумя взаимосвязанными элементами единой системы. Вероятность, глубина (интенсивность), частота и продолжительность рецидивов меняются в сторону уменьшения в процессе работы над проблемой на пятой стадии, но риск рецидива, пусть даже минимальный, остаётся всегда. Главные задачи пятой стадии – преодоление срывов и обеспечение стабильности – решаются с помощью тех же методов, которые использовались на четвёртой стадии.

Нам представляется, что цель каждой из пяти стадий будет более понятной, если присвоить стадиям более осмысленные названия, как указано в таблице 2.

**Таблица 2 – Стадии изменений**

| № | Оригинальное название<br>(© Дж.Прохазка и соавт., 1983) | Предлагаемое название<br>(© О.М.Радюк, 2015) |
|---|---|--|
| 1 | Предобдумывание   | Осознание проблемы                           |
| 2 | Обдумывание   | Формирование мотивации                       |
| 3 | Подготовка  | Планирование изменений                       |
| 4 | Действие  | Осуществление изменений                      |
| 5 | Поддержание   | Закрепление изменений                        |

Взаимосвязь между стадиями и стратегиями изменений ([5, с. 363, 6, с. 52, 9, р. 499]) представлена на рисунке 1.



*Рис 1 – Взаимосвязь между стадиями и стратегиями изменений*

Итак, поскольку каждая из пяти стадий процесса изменений ставит специфичные для неё задачи, а каждый тип задач требует «своих» методов решения, принципиально важной является целесообразность или нецелесообразность использования тех или иных методов на разных стадиях изменений. Классические поведенческие процедуры – экспозиционные техники, обучение релаксации, десенсибилизация, контроль стимулов и др. – играют ключевую роль в терапии тревожных расстройств и не могут быть заменены методами когнитивно-поведенческими без снижения эффективности терапии. Когнитивно-поведенческие методы могут быть использованы как дополнение к поведенческим процедурам при терапии генерализованного тревожного расстройства и панического расстройства, однако не рекомендуются к использованию при терапии фобических расстройств и обсессивно-компульсивного расстройства

## Литература

1. Зильберман М. Консалтинг: методы и технологии / М. Зильберман – СПб: «Питер», 2006. – 426с.
2. Корсини Р. Корсини Р., Ауэрбах А. / Р. Корсини, А. Ауэрбах – СПб.: Питер, 2006. Вып. 2 – 187с.
3. Нойфельд В. Mindfulness и Acceptance and Commitment Therapy – направление третьей волны когнитивно-поведенческой терапии / В. Нойфельд // Вестник Ассоциации психиатров Украины – 2013. – Т. 4 – 43–44с.
4. Норкросс Д. Прокачай себя!: Научно доказанная система по приобретению и закреплению полезных привычек / Д. Норкросс, К. Лоберг – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. – 320с.
5. Прохазка Д. Системы психотерапии: пособие для специалистов в области психотерапии и психологии / Д. Прохазка, Д. Норкросс – СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 383с.
6. Прохазка Д. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек / Д. Прохазка, Д. Норкросс, К. ди Клементе – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. – 320с.
7. Прохоров А.В. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение / А. В. Прохоров, У. Ф. Велисер, Д. О. Прочаска // Вопросы психологии – 1994. – Т. 2 – 113–122с.
8. Hayes S.C. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies / S. C. Hayes // Behav. Ther. – 2004. – Т. 35 – 639–665с.
9. Prochaska J. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis / J. Prochaska, J. Norcross – Hampshire: Cengage Learning, 2013. – 576с.
10. Prochaska J.O. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente // J Consult Clin Psychol – 1983. – Т. 51 – № 3 – 390–5с.
11. Prochaska J.O. In search of how people change. Applications to addictive behaviors / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente, J. C. Norcross // Am Psychol – 1992. – Т. 47 – № 9 – 1102–14с.
12. Prochaska J.O. The transtheoretical model of health behavior change / J. O. Prochaska, W. F. Velicer // Am J Heal. Promot – 1997. – Т. 12 – № 1 – 38–48с.
13. Velicer W.F. Assessing outcome in smoking cessation studies. / W. F. Velicer, J. O. Prochaska, J. S. Rossi, M. G. Snow // Psychol. Bull. – 1992. – Т. 111 – № 1 – 23–41с.

## **Системный подход в когнитивно-поведенческой психотерапии обсессивно-компульсивного расстройства**

**Радюк О.М.**

Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) – расстройство, характеризующееся доминированием в клинической картине обсессий и/или компульсий. Термин «обсессии» обозначает мысли, представления или импульсивные влечения (англ. ideas, images, or impulses [28]), которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному [19]. Компульсии (навязчивые действия, ритуалы) представляют собой многократно повторяющиеся стереотипные поступки (англ. stereotyped behaviours [28]), которые не доставляют внутреннего удовольствия и не приводят к выполнению полезных задач; смысл компульсий заключается в предотвращении какихлибо объективно маловероятных событий, их важным эффектом является также понижение уровня тревоги и/или внутреннего дискомфорта [19]. Кроме обсессий и компульсий, для ОКР характерны симптомы тревоги – либо в виде вегетативных симптомов тревоги, либо в виде тягостных ощущений «внутреннего или психического напряжения» [19]. Очевидно, что симптоматика ОКР затрагивает три ведущих психологических аспекта функционирования человека, как они выделены в моделях А. Эллиса [20] и А. Бека [1]: мысли (когниции), эмоции (чувства) и поведение. В когнитивной сфере при ОКР отмечаются навязчивые мысли (обсессии), в эмоциональной – симптомы тревоги, в поведенческой – навязчивые действия (компульсии). Следует отметить, что если когнитивная терапия Бека преимущественно говорит о влиянии мыслей на эмоции и поведение [1], то рационально-эмотивная терапия Эллиса акцентирует внимание на взаимосвязи мышления и эмоций, которые, действуя в круговороте причинно-следственных отношений, превращаются друг в друга и одновременно взаимодействуют с поведением [14]. В терминологии системного подхода три вышеуказанные группы симптомов могут быть названы элементами (или компонентами) ОКР; взаимосвязи между ними представлены на рисунке 1.

Доказано, что когнитивно-поведенческие методы психотерапии эффективны в лечении ОКР [22–24, 27, 30]. Наиболее часто используется метод экспозиции и предотвращения реакций/ритуалов (ЭПР,



англ. «exposure and response prevention», ERP), но нередко применяются и когнитивные техники [24]. Очевидно, что поведенческий метод ЭПР нацелен в первую очередь на устранение компульсий, в то время как когнитивные методы направлены на устранение obsессий.

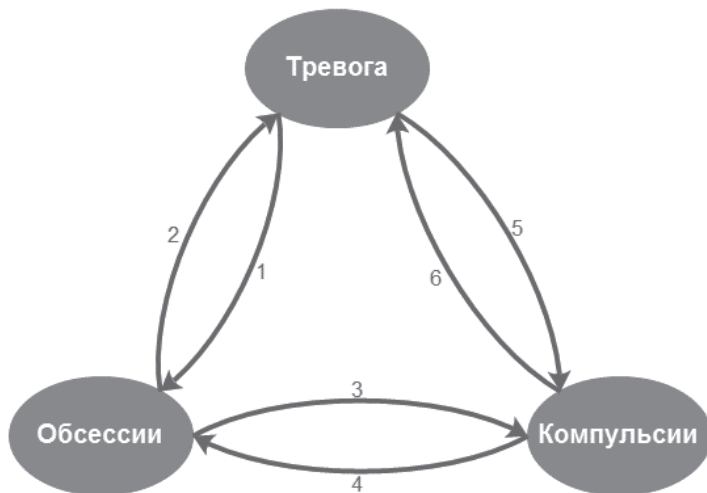


Рис. 1 – Взаимосвязи между элементами ОКР

Распространённость ОКР, по данным различных исследований, варьирует в пределах от 1,7% до 4,0% [23] и составляет в среднем около 2,3% [26]. В то же время, более 25% респондентов наблюдали у себя obsессии и/или компульсии в то или иное время своей жизни [26, 27]. Несмотря на появившиеся в последние три десятилетия эффективные методы психо- и фармакотерапии ОКР, у примерно 10% пациентов качество жизни продолжает оставаться низким, причём степень ухудшения качества жизни сопоставима с таковой у пациентов с шизофренией [25]. Относительно высокая распространённость в сочетании с неэффективностью существующих методов терапии у части пациентов с ОКР обуславливают необходимость поиска новых, более эффективных, терапевтических подходов. Перспективным в данном отношении представляется использование системного подхода.

Аристотель говорил о системном подходе («целое больше, чем сумма его частей») более 2300 лет тому назад [9], но глубокая разра-

ботка данного подхода была осуществлена лишь в первой половине XX века в работах врача, философа и экономиста Александра Богданова (Малиновского) (1873–1928 гг.) [2–6, 12] и австрийского биолога Людвиг фон Берталанфи (1901–1972 гг.) [21]. Став широко известным с 50-х гг. XX столетия, системный подход начал активно применяться в самых разных областях [10, 11, 17]: в технических науках, кибернетике, биологии, социологии, медицине, педагогике и т. д. В психотерапии данный подход наиболее широко используется в рамках системной семейной психотерапии [7], однако элементы системного подхода можно найти и в иных психотерапевтических школах, хотя они и не носят там такого названия. В частности, представленная на рисунке 1 модель также является системой, поскольку любая система в обязательном порядке включает в себя компоненты и связи между ними [8], и они присутствуют в данной модели. В то же время, случайное и неосознаваемое применение элементов системного подхода не позволяет использовать все его преимущества.

Предпримем попытку усовершенствовать вышеуказанную модель, целенаправленно используя системный подход. В основе правильного моделирования лежит умение найти главные звенья системы, к которым могут относиться как части (элементы, компоненты) системы, так и связи между ними [8, 18]. Наша модель содержит три компонента (обсессии, компульсии, тревогу) и шесть связей. Какие из них являются главными? Определить это можно, исключая поочерёдно из модели одно из звеньев системы [18] и наблюдая за результатами. Если при исключении звена система «рассыпается», то данное звено относится к главным, если нет – тогда оно не является необходимым.

Очевидно, что мы не можем исключить из модели ни один из компонентов. Хотя МКБ-10 выделяет отдельные диагнозы «F42.0 – Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)» и «F42.1 – Преимущественно компульсивные действия (навязчивые ритуалы)», классификация обращает внимание на тот факт, что большинство пациентов с ОКР имеют элементы как обсессивного мышления, так и компульсивного поведения [19]. Действительно, трудно представить ОКР с навязчивыми действиями, но без навязчивых мыслей: пусть и минимально выраженные, но обсессии при F42.1 будут присутствовать. Обратное – F42.0 без компульсий – теоретически было бы возможным, если бы не скрытые (мысленные, ментальные) компульсии – мысленные действия, направленные на «предотвращение вреда» и снижающие тревогу так же, как это де-

лают обычные навязчивые действия. Таким образом, и обсессии, и компульсии являются обязательными элементами ОКР. Что касается тревоги, то DSM-IV-TR [29] относит обсессивно-компульсивное расстройство к тревожным расстройствам и отмечает, что обсессии сопровождаются выраженным беспокойством или дистрессом, а компульсии способствуют нейтрализации тревоги, а МКБ-10 говорит о возможности временного облегчения тревоги и напряжения при осуществлении компульсивных актов [19], поэтому тревога также является обязательным компонентом данной модели.

Перейдём к связям между компонентами. Связи являются не менее важными для понимания системы, чем компоненты, поскольку именно связи определяют то, что происходит с «уровнями» («запасами», «выраженностью») в каждом из компонентов [13]: уровнем тревоги, количеством и интенсивностью обсессий, выраженностью компульсий.

Тревога и обсессии усиливают друг друга. С одной стороны, повышенная тревога приводит к появлению и усилению навязчивых мыслей (рис. 1, стрелка 1). С другой стороны, обсессии, осознаваясь как неадекватные, нежелательные или пугающие, приводят к ещё большему усилению тревоги (стрелка 2). Подобные циклы называются усиливающими, поскольку они «раскручивают» сами себя, приводя к экспоненциальному росту или даже к выходу системы за пределы [13]. Что первично: тревога или обсессии? Ответ на этот вопрос не является очевидным, однако наш клинический опыт указывает на приоритетность тревоги [16]. Остановка (игнорирование) обсессий без понижения уровня тревоги улучшает состояние пациента, но даёт только кратковременный результат и не предотвращает рецидивов. Напротив, понижение уровня тревоги улучшает самочувствие, уменьшает чувствительность пациента к обсессиям и облегчает их игнорирование, а также приводит к уменьшению их количества. Таким образом, в паре «тревога – обсессии» первичной является тревога, а из двух усиливающих связей (№1 и №2 на рис. 1) более высоким приоритетом будет обладать связь №1. Это означает, что при выборе стратегии терапии ОКР предпочтение следует отдавать методам, направленным на нормализацию уровня тревоги, а не на борьбу с навязчивыми мыслями.

Как утверждается в МКБ-10 [19], выполнение компульсивных действий может запускаться как навязчивыми мыслями, так и стремлением к избавлению от ощущения внутреннего дискомфорта и/или тревоги. Иными словами, и тревога, и обсессии могут приводить к усилению компульсий (стрелки 3 и 5 на рисунке 1). С другой стороны,

осуществление компульсивных действий приводит к понижению уровня тревоги [19, 29] (стрелка 6); подобные обратные связи называются балансирующими или стабилизирующими [13]. Связь «компульсии → обсессии» (стрелка 4 на рис. 1) может быть исключена без ущерба для модели системы, поскольку уменьшение выраженности обсессий зависит не столько от компульсивного поведения непосредственно, сколько от вызванного им снижения уровня тревоги. Из связей 3 и 5 более приоритетной, вероятно, является связь №5: тревога может приводить к появлению компульсий и без обсессий, в то время как возникновение компульсий без тревоги крайне маловероятно (да и обсессии в таком случае тоже возникать не будут).

Уточнённая в соответствии с вышеприведёнными аргументами модель ОКР представлена на рисунке 2. Усиливающие связи обозначены сплошными стрелками, стабилизирующие (ослабляющие) – пунктирными; толщина стрелки отражает приоритетность связи. Очевидно, что ключевым компонентом в данной модели является тревога.

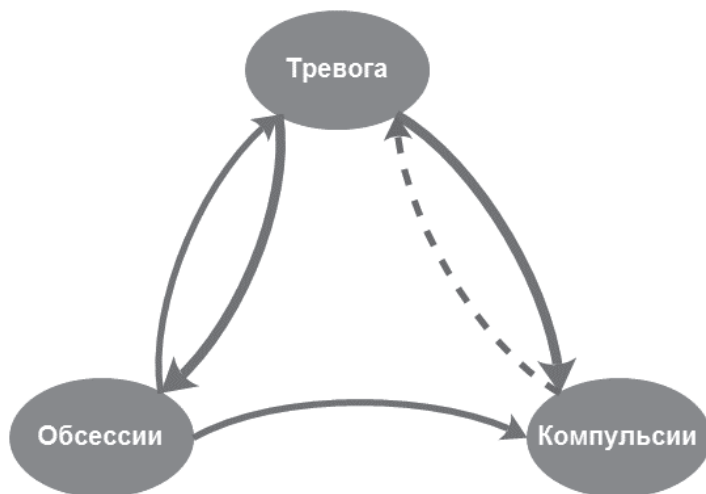


Рис. 2 – Модель ОКР

Практическая значимость представленной на рис. 2 модели ОКР обусловлена эффективностью выбора соответствующих терапевтических стратегий в отношении различных компонентов расстройства на разных этапах терапии.

В начале терапии, пока уровень тревоги высок, а обсессии и/или компульсии выражены сильно, можно рекомендовать следующее:

1. Не стремиться сразу устранять компульсии, поскольку ограничение стабилизирующей обратной связи «компульсии → тревога» неизбежно приведёт к повышению тревоги, ухудшению самочувствия и усилению обсессивной и/или компульсивной симптоматики. С другой стороны, включающийся при понижении тревоги осуществлением компульсивных действий механизм негативного подкрепления чреват риском усиления компульсий, что также нежелательно, поэтому в отношении компульсий следует рекомендовать пациенту тактику сдерживания: не поддаваться импульсу выполнить действие, если состояние это позволяет, но и не переживать напрасно, если высокий уровень тревоги вынуждает воспользоваться компульсиями для его понижения.
2. Во избежание активизации усиливающей обратной связи «обсессии → тревога» пациенту следует стараться как можно меньше обращать внимание на навязчивые мысли. Наилучшим выбором здесь будет тактика игнорирования, или, говоря метафорическим языком, «отфутболивание» навязчивых мыслей без какой бы то ни было дискуссии с ними. Поскольку обсессии при ОКР вторичны, бороться нужно не со следствиями, а с их причиной – с тревогой.
3. Основное внимание на первых этапах терапии должно быть уделено поведенческим интервенциям, позволяющим быстро и эффективно понизить уровень тревоги: соблюдению режима труда и отдыха, нормализации сна, обучению нервно-мышечной релаксации по методу Э. Джейкобсона в модификации О.М. Радюка [15], обучению ведению дневника самонаблюдения за тревогой и т.д. Поведенческие интервенции могут применяться как в сочетании с фармакотерапией, так и без неё.

На более поздних этапах лечения ОКР тактика терапии может и должна меняться в соответствии с изменением клинической картины и прогрессом в освоении пациентом методов управления своим состоянием. В частности, понижение уровня тревоги расширяет возможности эффективного применения поведенческих методов (ЭПР) с целью устранения компульсий; а на стадии закрепления результатов после фактического исчезновения симптоматики ОКР с профилактической целью допустимо использование и когнитивных техник.

## Литература

1. Бек Д.С. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. / Д. С. Бек – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006.– 400 с.
2. Богданов А.А. Всеобщая организационная наука (тектология). Ч. I / А. А. Богданов – СПб.: Издание М. И. Семенова, 1913.– 255 с.
3. Богданов А.А. Всеобщая организационная наука (Тектология). Ч. II. Механизм расхождения и дезорганизации / А. А. Богданов – М.: Т-во «Книгоиздательство писателей в Москве», 1917.
4. Богданов А.А. Всеобщая организационная наука (Тектология). Ч. III. Издание второе, дополненное / А. А. Богданов – Л.-М.: Изд-во «Книга», 1929.
5. Богданов А.А. Тектология: (Всеобщая организационная наука). В 2-х кн.: Кн. 2./Редкол. Л. И. Абалкин (отв. ред.) и др./ Отд-ние экономики АН СССР. Ин-т экономики АН СССР / А. А. Богданов – М.: Экономика, 1989.– 351 с.
6. Богданов А.А. Тектология: (Всеобщая организационная наука). В 2-х кн.: Кн. I./Редкол. Л. И. Абалкин (отв. ред.) и др./Отд-ние экономики АН СССР. Ин-т экономики АН СССР / А. А. Богданов – М.: Экономика, 1989.– 304 с.
7. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс / А. Я. Варга, Т. С. Драбкина – СПб.: Речь, 2001.– 144 с.
8. Жилин Д.М. Теория систем: опыт построения курса. Изд. 2-е, испр. / Д. М. Жилин – М.: Едиториал УРСС, 2004.– 184 с.
9. Злотин Б. Эволюция нелинейных систем// Эволюция нелинейных систем [Электронный ресурс]. URL: [http://www.ideationtriz.com/ZZLab/Book/Nonlinear systems evolution\\_1.pdf](http://www.ideationtriz.com/ZZLab/Book/Nonlinear%20systems%20evolution_1.pdf) (дата обращения: 03.04.2015).
10. Кузнецова А.Г. Развитие методологии системного подхода в отечественной педагогике: Монография / А. Г. Кузнецова – Хабаровск: Изд-во ХК ИППК ПК, 2001.– 152 с.
11. Лихолетов В.В. Системный анализ и проектирование систем управления: Учебное пособие / В. В. Лихолетов – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2004.– 160 с.
12. Малиновский А.А. Тектология. Теория систем. Теоретическая биология / А. А. Малиновский – М.: Эдиториал УРСС, 2000.– 448 с.
13. Медоуз Д. Азбука системного мышления / Д. Медоуз – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011.– 343 с.
14. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс – СПб.: Питер, 2000.– 464 с.

15. Радюк О.М. Обучение релаксации: базовые упражнения (обучение нервно-мышечной релаксации по методу Эдмунда Джейкобсона): учеб-метод. пособие / О. М. Радюк – Минск, 2006.– 27 с.
16. Радюк О.М. ОКР: мишени когнитивно-поведенческой психотерапии / О. М. Радюк // Когнитивная психотерапия вчера, сегодня, завтра. Сборник тезисов I Научно-практ. конф. с междунар. участ., 5-7 окт. 2012 г., Санкт-Петербург /редкол. Р.К.Назыров [и др.]. – СПб. – 2012. – 47–48 с.
17. Спицнадель В.Н. Основы системного анализа: Учеб. пособие / В. Н. Спицнадель – СПб.: «Изд. дом «Бизнес-пресса», 2000.– 326 с.
18. Тамберг Ю.Г. Развитие творческого мышления ребенка / Ю. Г. Тамберг – СПб.: Речь, 2002.– 176 с.
19. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л.Нуллера и С.Ю.Циркина. – ВОЗ / – СПб.: «АДИС», 1994.– 303 с.
20. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карварского / – СПб.: Питер, 2000.– 752 с.
21. Bertalanffy L. von General System Theory. Foundations, Development, Applications / L. von Bertalanffy – N.Y.: Braziller, 1968.– 289 с.
22. Gillihan S.J. Common Pitfalls in Exposure and Response Prevention (EX/RP) for OCD. / S. J. Gillihan, M. T. Williams, E. Malcoun, E. Yadin, E. B. Foa // J. Obsessive. Compuls. Relat. Disord. – 2012. – Т. 1 – № 4 – 251–257 с.
23. Houghton S. The effectiveness of routinely delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a benchmarking study. / S. Houghton, D. Saxon, M. Bradburn, T. Ricketts, G. Hardy // Br. J. Clin. Psychol. – 2010. – Т. 49 – № Pt 4 – 473–89 с.
24. Koran L.M. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. / L. M. Koran, G. L. Hanna, E. Hollander, G. Nestadt, H. B. Simpson // Am. J. Psychiatry – 2007. – Т. 164 – № 7 Suppl – 5–53 с.
25. Niederauer K.G. [Quality of life in individuals with obsessive-compulsive disorder: a review]. / K. G. Niederauer, D. T. Braga, F. P. de Souza, E. Meyer, A. V. Cordioli // Rev. Bras. Psiquiatr. – 2007. – Т. 29 – № 3 – 271–8 с.

26. Ruscio A.M. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. / A. M. Ruscio, D. J. Stein, W. T. Chiu, R. C. Kessler // *Mol. Psychiatry* – 2010. – Т. 15 – № 1 – 53–63 с.
27. Stein D.J. Obsessive-compulsive disorder: diagnostic and treatment issues. / D. J. Stein, D. Denys, A. T. Gloster, E. Hollander, J. F. Leckman, S. L. Rauch, K. A. Phillips // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 2009. – Т. 32 – № 3 – 665–85 с.
28. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* / – Geneva: World Health Organization, 1992.– XII+362 с.
29. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* / – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.– 943 с.
30. *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder* / – Leicester: British Psychological Society, 2006.– 350 с.



## Практическая методология Когнитивно-Поведенческой Терапии

**Ковпак Д.В.**

к. м. н., доцент кафедры психологии и педагогики Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И. И. Мечникова

Помня о том, что методология, это учение о методах, методиках, способах и средствах познания, логично сосредоточить на этом направлении исследования когнитивной (познавательной) психотерапии. Это позволит не только вывести на новый уровень научную обоснованность этого ведущего направления современной психотерапии, но и помочь практикующим специалистам более четко ориентироваться в поле своей деятельности, качественнее формировать «мишени» терапии, этапы и схемы лечения [1, 2].

Методология, по одному из определений [3], является дисциплиной об общих принципах и формах организации мышления и деятельности, что комплементарно целям и задачам когнитивно-поведенческой психотерапии.

Методологию следует рассматривать в двух основных направлениях: теоретическую, формируемую разделом философского знания гносеологии, и практическую, — ориентированную на решение практических проблем и целенаправленное преобразование. Теоретическая стремится к модели идеального знания, практическая же — это программа (алгоритм), набор приёмов и способов того, как качественнее достичь желаемой практической цели посредством знаний. Качество (успешность, эффективность) метода проверяется практикой, решением научно-практических задач — то есть поиском принципов достижения цели, реализуемых в комплексе реальных дел и обстоятельств.

Мы хорошо знаем классическую схему психологии деятельности: цель – мотив – способ – результат. Вашему вниманию предлагается следующая схема развития многоаспектного социопсихологического взаимодействия. Эта схема касается как предмета развития самой практической психотерапии, так и теорий лежащих в основании практики. В том числе и в первую очередь когнитивно-поведенческой психотерапии. Более того, подобная схема прослеживается и во взаимодействии диады психотерапевт – пациент. В данной статье тезисно будет представлено разъяснение этой схемы.



*Схема 1. Динамика социопсихологического взаимодействия*

**Хаос.** Донаучный период психотерапии или период до начала взаимодействия можно рассматривать в качестве хаоса, первичного состояния беспорядка и смешения. Хаос можно так же рассматривать как нелинейную динамическую систему, которая так же имеет свою детерминацию, внешне воспринимаю как беспорядочную. Психотерапия существовала и на донаучном этапе в качестве эмпирически обоснованных практик шаманов, целителей, пастырей и других разновидностей множества форм обыденной психологической практики и опыта ее применения. Пациент приходит к психотерапевту так же в состоянии хаоса, смятения и дезориентации. Его внутри и межличностные конфликты свидетельствуют о дезинтегрированности личности.

**Конвенция.** Конвенциональный этап взаимодействия характеризуется совместной выработкой общих терминов, понятий и принципов. Конвенция - это соглашение, в ходе которых достигается согласие в используемых средствах взаимодействия. Термины служат специализирующими, ограничительными обозначениями характерными для этой сферы предметов, явлений, их свойств и отношений. В отличие от слов общей лексики, которые зачастую многозначны (полипотентны) и несут эмоциональную окраску, термины в пределах сферы применения преимущественно однозначны и лишены экспрессии. Конвенция позволяет найти точки соприкосновения в теоретических конструктах и практической деятельности, сформулировать правила взаимо-

действия, критерии оценки действий и их результатов, нормативы и правила. В сфере взаимодействия специалиста и пациента первоначально также формируется общий словарь, компендиум – сокращенное изложение основных понятий и правил самого взаимодействия, его этапов, целей и принципов. Конвенция с пациентом достигается техниками активного слушания, эмпатии, эксплорации, кларификации, сведения проблем, сократовского диалога и прочих.

**Интеграция.** Этап интеграции развивает сформированные конвенциями точки взаимодействия и формирует общее поле деятельности. Прояснение (кларификация) позволяет сформировать осознание используемых языков описания, их верификацию и объединение, что способствует дальнейшему развитию и закреплению достижению соглашений. В объединении психотерапевтических практик интеграция производится на основе взаимосогласования единых базовых принципов. В работе специалиста с пациентом методы осознания неадаптивных когний, их кларификация и объективизация, реатрибуция, сократовский диалог, когнитивное переструктурирование позволяют преодолевать иррациональные суждения и соответствующие иррациональные установки (дисфункциональные отношения) пациента, что приводит к реинтеграции личности. Закрепление изменений формируется интеграцией когнитивных и поведенческих техник, направленных на осознанную выработку альтернативы дезадаптивному внутреннему и внешнему поведению на разных уровнях функционирования.

**Система.** В системном подходе все термины и понятия переработаны в едином ключе базовых принципов и методологической матрицы. Система представляет собой комбинацию взаимодействующих и взаимообуславливающих элементов, организованных с целью достижения поставленных целей. Одним из принципов и свойств системы является иерархичность — каждый компонент системы может рассматриваться как система; сама система также может рассматриваться как элемент некоторой надсистемы (суперсистемы). Человек представляет собой сложную открытую систему. Согласно гипотезе «семиотической непрерывности» система есть образ ее среды. «Семиотическая» непрерывность системы и среды распространяется и за пределы структурных особенностей систем. «Изменение системы есть одновременно и изменение её окружения, причём источники изменения могут корениться как в изменениях самой системы, так и в изменениях окружения. Тем самым исследова-

ние системы позволило бы вскрыть кардинальные диахронические трансформации окружения» [4]. На этом этапе работы психотерапевта с пациентом в совокупности рассматриваются факторы влияния внешней и внутренней среды, как биологической, психологической и социальной их составляющих. В психологической сфере переработке и трансформации подлежат уже не только иррациональные установки, как убеждения промежуточного уровня, но и глубинные убеждения, включающие мировоззрение, базовые конструкты личности, я-концепцию, ведущие внутриличностные конфликты. Активно используются метапозиция, идентификация следствий и причинно-следственных связей, эмпирический, логический и прагматический диспуты. Формирование и тренировка альтернативы для расширения поведенческого репертуара и адаптации носит на этом этапе системный характер. На этапе системы появляется так называемый «системный эффект» — появление у системы свойств, не присущих элементам системы; принципиальная несводимость свойств системы к сумме свойств составляющих её компонентов (неаддитивность). Этот эффект получает свое наибольшее развитие на этапе целостности.

**Целостность.** Как бы не расчленяли исследователи человека и его жизнь на этапы, функции, состояния и процессы, многие из них мечтали о синтезе, разъятого и разобщенного человека в цельное существо. Холистический принцип подразумевает, что целое превышает возможности суммы его частей, что принципиально отличает этот этап от интеграции и даже системы. В отношении формирования единой психотерапии мы можем говорить скорее как о далекой перспективной цели. Так же как и в работе с пациентом целостность выступает своего рода маяком, чем облигатной задачей. А. Бек на мой вопрос о будущем когнитивной психотерапии, ответил, что в будущем он видит единую психотерапию с научно-обоснованным базисом, где система методов соответствует не только феноменологии расстройств, но и их системному генезу. В работе с психотерапевтом на данном этапе рассматриваются личностные и надличностные цели и формирование метапозиции, уже не как техники, а в качестве инструмента поддержания адаптивности и самоорганизации целостной системы. Целостность достигается системной реинтеграцией частей личности, дезинтегрированных внутриличностными конфликтами, а также заполнением дефицитов свойств личности, связанных с процессом воспитания и социализации.

## **Литература**

1. Брунер Дж. Психология познания: Пер. с англ.– М.: Прогресс, 1977. – 414 с.
2. Ковпак Д. В., Эволюция концепции когнитивно-поведенческой психотерапии. /Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины. Сборник научных трудов, посвященный 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ им. академика И. П.Павлова. – СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2000. – С. 203–205
3. Методология: вчера, сегодня, завтра. В 3-х тт. ред . - сост. Крылов Г.Г., Хромченко М.С. – М.: Изд-во Школы Культурной Политики, 2005.
4. Виноградов В.А., Гинзбург Е.Л. Система, её актуализация и описание. В кн.: Системные исследования. Ежегодник. — М.: «Наука», 1971, 280с.

## **Вклад отечественных ученых в развитие когнитивно-поведенческой терапии**

**Ковпак Д.В.**

к. м. н., доцент кафедры психологии и педагогики Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И. И. Мечникова

Если отдать должное роли нашего отечества в истории когнитивно-поведенческого направления психотерапии, то стоит отметить весьма существенный вклад советских ученых и ученых еще российской империи в ее фундамент, а также влияния российской научной среды, в том числе и эмигрировавших за рубеж ее представителей. Помимо того, что родители (Бенджамин и Рейчел) Арнольда Лазаруса, со-основателя поведенческой терапии, эмигрировали из Российской империи (с территории современной Литвы) в начале 1900-х годов, а родители основателя когнитивной терапии, Аарона Темкина Бека приплыли в Америку из Одессы, одни из ключевых источников поведенческой психологии, на которые ссылался ее официальный основатель Дж. Уотсон, это работы Владимира Михайловича Бехтерева и Ивана Петровича Павлова.

Теория условных рефлексов И. П. Павлова или классическое обусловливание, и теория первой и второй сигнальной систем дали фундаментальные и достаточные основания для формирования психотерапии, как лечебной специальности. Именно физиолог Павлов описал механизмы и обосновал концепты, раскрывающие принципы работы психического аппарата человека, его высшей нервной деятельности. Эти работы также, по сути, сформировали научную доказательную и методологическую базу обоснования психотерапии как лечебного воздействия на психику и через нее опосредованно на организм человека. Павлов выделял наши ощущения и конкретные сигналы действительности, называя все это первыми сигналами. Слова же, представляющие эти сигналы в сознании, он называл сигналами сигналов или вторичными сигналами.

«Однако, - писал И.П. Павлов, не подлежит сомнению, что основные законы, установленные в работе первой сигнальной системы, должны также управлять и второй, потому что это работа все той же нервной ткани». Эти законы определяют организацию всей психической деятельности и являются универсальными как для сознания, так и для неосознаваемой части высшей нервной деятельности,

позволяя не утратить, а транслировать специфику того и другого на единый общий, понятный и технологичный язык. Еще его учитель И. М. Сеченов в своей книге «Рефлексы головного мозга» описывал концепцию так называемой промежуточной переменной, «переоткрытие» которой необихеористами (К. Халл, Э. Толмен) [22], когнитивными (Д. Миллер, Ю. Галантер, К. Прибрам) [16] и социальными (А. Бандура) психологами было признано настоящей когнитивной революцией в 50-х годах двадцатого века.

Естественно-научное понимание функционирования психического аппарата базируется на принципах динамического стереотипа также открытого И. П. Павловым, доминанты, выведенного А. А. Ухтомским и отношением знак/значение раскрытого в теории Л. С. Выготского. Динамический стереотип определяет содержательную сторону психического процесса, доминанта – динамическую, а отношение знак/значение формирует его структуру.

Принцип динамического стереотипа предполагает, что психическая деятельность организована в единые комплексы, называемые обычно привычками (Джемс У., 1890), установками (Узнадзе Д. Н., 1941; 2001), драйвами (Доллард Д., Миллер Н., 1941), кольцом обратной связи (модель Т-О-Т-Е Миллера Д., Галантера Ю. и Прибрама К., 1965), стереотипами (Липман У., 1924), «принцип гомеостата» (Эшби У.Р., 1961), навыками (Бандура А., 1969), функциональной системой (Анохин П. К., 1965).

Динамический стереотип формируется, служа определенной цели, однако продолжает своё существование даже в тех случаях, когда возможности её достижения иллюзорны. Нарушение реализации динамического стереотипа, приводит к негативному аффекту. Эволюционный смысл логики функционирования динамического стереотипа был раскрыт в трудах К. Лоренца, четко определившего роль данного механизма в выживании животного. И только сложность психической организации человека, появление сознания (и ошибок на уровне второй сигнальной системы) превратила динамический стереотип не только в средство выживания, но и в потенциальный способ генерирования болезни.

Суть принципа доминанты А. А. Ухтомского состоит в увеличении целесообразности и экономности работы психического аппарата. Только в том случае, когда все силы психики и организма в целом брошены на решение одной, наиболее актуальной задачи, эффективность деятельности оказывается оптимальной.

Другим важным принципом является раскрытое в учении Л. С. Выготского отношение знака и значения, в котором он раскрывает свои представления о знаково-символической основе сознания и его смысловом строении. Знаки, как известно, лишь представляют состояния, предметы и процессы, но ими отнюдь не являются. Вместе с тем, роль знаков представляется огромной, поскольку именно их связи организуют и структурируют информацию в психике. Отношение сознания и неосознанной сферы мышления открываются в свете учения Л. С. Выготского как сложная структура психического, взятого в целом, где знаки встают «стеной языка» между терапевтом и его пациентом, между желанием пациента и его сознательными установками (убеждениями), между означенным (осознанным) желанием и неосознанными установками.

Таким образом, как в самом пациенте, так и в терапевтическом процессе формируются дискурсы, отягощенные неисчислимыми ошибками в означении, верификации и причинно-следственных связях. Работы Л. С. Выготского и А. Р. Лурии о внутренней речи и ее специфике, цитируются многими известными когнитивными психологами и получили особое место в работах Д. Мейхенбаума, одного из лидеров КПТ.

В 1931 году группа московских психологов «круга Выготского» временно перебралась в Харьков для содействия в организации научной работы в психологическом секторе Украинской психоневрологической академии (УПНА): изначально предполагалось, что на базе Сектора психологии УПНА будет вскоре создан Институт психологии при Академии, но этим планам так и не суждено было реализоваться. Московское ядро составили А. Р. Лурия (официальный руководитель всего проекта в качестве директора Сектора психологии), М. С. Лебединский (заведующий Отделом клинической психологии) и А. Н. Леонтьев (заведующий Отделом генетической психологии). Также, из Москвы в Харьков переехали А. В. Запорожец и Л. И. Божович. Харьков представлял П. Я. Гальперин (заведующий Отделом общей психологии), Ф. В. Бассин и др. В историю данное сотрудничество вошло под названием «Харьковская группа». В то же время в Харькове, в городе с богатыми и давними традициями медицинских исследований, активно развивалась и медицинская (клиническая) психология на базе психиатрических, терапевтических, психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических заведений, в 1932 объединившихся в Украинскую психоневрологи-



ческую академию (УПНА). Лидером психотерапевтических исследований в Харькове с начала 1920-х был бывший ученик В. М. Бехтерева К. И. Платонов, его ученики и последователи И. З. Вельвовский, П. П. Истомина, Е. С. Катков и другие ученые.

Нельзя не отметить выдающиеся по своей практической значимости работы известного советского грузинского психолога Д. Н. Узнадзе, в которых он сформулировал и обосновал общепсихологическую теорию установки. Они стали предвестником и предпосылкой для использования в практике понятия установка в целом ряде методов и видов психотерапии.

Таким образом, отечественными учеными были описаны основные механизмы, конструкты и дефиниции, лежащие в основе работы высшей нервной деятельности и давшие описание методологии работы с ней. Что потом, будет активно подхвачено за рубежом, «доведено до ума» и технологий работы с пациентами и клиентами практикующими специалистами – такими, например, как Дж. Вольпе, Г. Ю. Айзенк и А. Лазарус (термин «поведенческая терапия» впервые был использован в конце 50-х гг. независимо друг от друга как раз ими (А. Lazarus, Н. Eysenck) ). В последующем эти идеи, развитые на Западе в целом направление, будут переработаны и трансформированы в методы психотерапии А. Эллисом в 50-е и А. Беком в 60-е, Д. Мейхенбаумом и М. Махони в 80-е, Дж. Бек, М. М. Лайнен, Д. Кабат-Зинном и Дж. Янгом в 90-е и двухтысячные.

Показатели уровня эффективности различных методов психотерапии на сегодняшнем, третьем историческом этапе развития исследований в этой области, наглядно представлены в современных метаанализах. Они, в большинстве своем, описывают преимущество в клинической практике когнитивно-поведенческой психотерапии не только в сравнении с остальными методами психотерапии, но даже и с целым рядом психофармакологических препаратов (даже таких как современные антидепрессанты). Мы часто слышим негативные отзывы о КПТ, основанные на предубеждении и предвзятых суждениях об этом направлении родом еще из семидесятых и восьмидесятых годов прошлого века, как о терапии редуцированной, симптомоцентрированной и игнорирующей глубину.

Глубинность современной КПТ определяется ее тесной связью с фундаментальными науками – когнитивной психологией, общей психологией, психолингвистикой и герменевтикой, психофизиологией, современных наук объединенных на Западе под термином

Brain Science. Феномен человека в современной парадигме КПТ рассматривается глубоко и методично, с опорой на доказательную медицину, а не мифологию, субъективные или «конфессиональные» верования конкретной школы. КПТ отличается четкостью структуры, ясностью и научностью используемых терминов и дефиниций, методологической проработанностью и возможностью доказывать свою эффективность по ведущим критериям экспериментальных исследований.

Поэтому во всех ведущих психиатрических журналах и журналах, издаваемых фармакологическими компаниями, основными статьями, посвященными исследованиям сравнительной эффективности психотерапии и фармакотерапии, являются статьи о методах и направлениях КПТ (СВТ).

Современные подходы в когнитивно-поведенческой парадигме охватывают уже не только уровень симптомов и синдромов, но и внутриличностные процессы и конфликты. Понятия дисфункциональных отношений введенных в когнитивной психотерапии А. Беком или иррациональных установок введенных в рационально – эмоционально – поведенческую психотерапию А. Эллисом тесно перекликаются с концепциями и понятиями введенными в психологию отечественными учеными, такими как само понятие установка (Д. Н. Узнадзе) и система отношений (В. Н. Мясищев).

Здесь мы видим связь КПТ и еще одной отечественной школы психотерапии – личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОРП) Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Исуриной, В. А. Ташлыкова. Выступающим в качестве важнейшего структурообразующего компонента по отношению к другим психологическим явлениям – психическим процессам, свойствам и состояниям – отношения личности присущи следующие особенности: уровень активности отношений, соотношение рационального и иррационального, адекватного и неадекватного, сознательного и бессознательного [9].

Если внимательнее перечитать книгу В. Н. Мясищева «Личность и неврозы» 1960-го года издания [17], то абсолютно очевидно, что Владимир Николаевич упоминает и цитирует И.П. Павлова не просто чаще Фрейда, а на порядок (!) чаще и его, и всех остальных ученых, четко выводя концепцию личности на базе Павловского учения и его концептов. Описывая структуру работы специалиста в поле работы со сложными условными рефlekсами, в первую очередь знаково-символической второй сигнальной системы, искажения,

дисфункции и дефицитарность которой и определяют дезинтеграцию и внутриличностные конфликты. Взаимодействие этих школ и систем может дать для обеих большой синергитической эффект и колоссальный потенциал для развития и совершенствования теории, а главное для роста эффективности и качества лечения неврозов, психосоматических и непсихотических расстройств, формирования более адаптивной, зрелой и целостной личности в случае практики консультирования.

Еще более сложной системой рефлексов является система отношения к различным аспектам окружающей действительности и будущему. Процессы прогнозирования, предвосхищения, а также получаемый в результате их действия образ будущего имеет регулирующее значение для поведения и на уровне личностной организации, на что указывали Б. Г. Ананьев, С. Л. Рубинштейн, К. А. Абульханова-Славская и другие. В психологической науке изучение регуляции поведения традиционно ведется с привлечением особого внимания к механизмам антиципации.

Способность к предвосхищению и опережающему отражению результатов действий на биологическом, физиологическом и психофизиологическом уровне явилась предметом исследований П. К. Анохина [4,5], Н. А. Берштейна, И. С. Беритова, Н. Д. Городеевой, В. П. Зинченко и ряда других авторов. Анализ механизмов антиципации на уровне деятельности получил развитие в работах Б. Ф. Ломова, Е. Н. Суркова, Н. Д. Заваловой.

Акцент на конструировании собственного будущего, устремленности человека в будущее делается во многих зарубежных концепциях личности, таких, например, как «индивидуальная психология» А. Адлера, гуманистическая теория личности Г. Олпорта и А. Маслоу, теория логотерапии В. Франкла, когнитивная теория личности Дж. Келли. Существует множество понятий, используемых в отечественной и зарубежной литературе для описания образа будущего, отношения и переживания личностью своего будущего, например: «временная психологическая перспектива» (Левин К., Наттин И., Костенбаум Р.), «принцип гомеостата» (Эшби У. Р.), схема «проба-операция-проба-результат» (Миллер Д., Галантер Ю., Прибрам К.), «акцептор действия» и «предвосхищающее возбуждение» (Анохин П. К.), «временная перспектива личности» (Ковалев В. В.), «жизненная перспектива» (Платонов К. К.; Головаха Е. И.; Абульханова-Славская К. А.).

Антиципация и особенности апперцепции, процессы регуляции психической деятельности и системы отношений вот те зоны роста сегодняшней когнитивно-поведенческой психотерапии, которые в ближайшей перспективе дадут практикующим специалистам новые перспективные методы и технологии работы с феноменом человека и его многогранной личностью. Понимая фундаментальные научные основы этих методов их, в тоже время, можно будет донести до клиентов и пациентов на понятном им языке их сложившегося опыта и житейской практики. Что позволит научно-обоснованным направлениям и видам психотерапии расширить свое присутствие в тех областях, которые сейчас заняты непрофессиональными видами помощи.

## Литература

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1998. – 76 с.
2. Андерсен Дж. Когнитивная психология, 5-е изд.: Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2002. – 496 с.
3. Анохин П.К. Особенности афферентного аппарата условного рефлекса и назначение для психологии // Вопросы психологии. – 1965. – №6. – С. 47– 56.
4. Анохин П.К. Избранные труды. – М.: Наука, 1978. – 400 с.
5. Анохин П.К. Кибернетика функциональных систем. – М.: Медицина, 1998. – С. 310–350.
6. Выготский Л.С. Мышление и речь, изд.5 – «Лабиринт», М., 1999. – 352 с.
7. Гаранян Н.Г. Практические аспекты когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал.– 1996. – №3. – С. 2–48.
8. Е.И. Головаха. Жизненная перспектива и профессиональное самоопределение молодежи. — К., Наук. думка, 1988.
9. Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. – М.: Медицина, 1990 – 384 с.
10. Зинченко В.П., Мамардашвили М.К. Проблема объективного метода в психологии // Вопросы философии. – 1977. – №7. – С. 109–125.
11. Ковпак Д.В. Клинико-психологические характеристики больных агорафобией и социофобией в процессе интегративной когнитивно-поведенческой психотерапии: дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 233 с.
12. Классическое обусловливание // Экспериментальная психология / Под ред. Фресса П., Пиаже Ж. – М.: Медицина, 1973. – С. 44–49.
13. Курпатов А.В., Ковпак Д.В. Концептуально-теоретический базис системной поведенческой психотерапии: наука о поведении в трудах И.М. Сеченова, И.П. Павлова, А.А. Ухтомского и Л.С. Выготского / Клинические павловские чтения: Сборник работ. Выпуск первый. – СПб.: Петрополис, 2000. – стр. 8–11.
14. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия: Пер. с англ. –СПб.: Речь, 2001. – 256 с.
15. Макаров М. Л. Основы теории дискурса. – М.: ИТДГК «Гнозис», 2003. – 280 с.

16. Миллер Дж., Галантер Ю., Прибрам К. Планы и структура поведения: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1965. – С. 67–74.
17. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд. Ленингр. Ун-та, 1960. – 428 с.
18. Павлов И. П. Ответ физиолога психологам // Полн. собр. соч. — М.; Л., 1951. — Т.2. —Кн.1.
19. Павлов И. П. Мозг и психика. – Москва-Воронеж: Ин-т практической психологии, НПО «МОДЭК», 1996. – 320 с.
20. Прибрам К. Языки мозга: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1975. – 463 с.
21. Солсо Р. Л. Когнитивная психология: Пер. с англ. – М.: Тривола, 1996. – 600 с.
22. Толмен Э. Когнитивные карты у крыс и у человека /История психологии/ – Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – С. 28–34.
23. Трусов В.П. Социально-психологические исследования когнитивных процессов. – Л.: ЛГУ, 1980. – С. 85–94.
24. Узнадзе Д.Н. Психология установки. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
25. Уолен С., Гусепп Р., Ди, Уэсслер Р. Рационально-эмотивная психотерапия (когнитивно-бихевиоральный подход): Пер. с англ. – М.: Институт Гуманитарных Знаний, 1997. – 257 с.
26. Учение А.А. Ухтомского о доминанте и современная нейрофизиология: Сб. научных трудов. – Л.: Наука, 1990. – 310 с.
27. Федоров А.П. Методы поведенческой психотерапии: Учебное пособие для врачей. – Л.: Издательско-полиграфический техникум, 1987. – 20 с.
28. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб: Питер, 2002. – 352 с.
29. Холмогорова А. Б. Философско-методологические аспекты когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. – №3. – С. 6 – 26.
30. Холмогорова А.Б. Работа с убеждениями: основные принципы (по А. Беку) // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – №4. – С. 87 – 109.
31. Ярошевский М.Г. Наука о поведении: русский путь – М.: Издательство Институт практической психологии, Воронеж: НПО МОДЕК, 1996. – 380 с

## **Использование образов и представлений в когнитивно-поведенческой психотерапии.**

**Ерухимович Ю.А.**

Центр неврозов, Клиника лечения депрессий и фобий.

На сегодняшний день эффективная работа в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии (далее по тексту - КППТ) не может обойтись без применения образов и представлений. При этом образы и представления могут использоваться на любом этапе при работе с классической схемой «АВС» КППТ. При выделении активирующего события пациенту бывает сложно сформулировать и описать, что именно запускает его эмоциональные реакции. На этом этапе обращение к образам и представлениям помогает более четко и, что важно, правильно определить активирующее событие. В таких ситуациях мы просим представить пациента более детально проблемную ситуацию, вплоть до мельчайших подробностей, и обычно после представления и погружения в травмирующую ситуацию пациент становится способен четко сформулировать запускающий стимул. Так, Пациентка №1, боящаяся езды в метро все время повторяла, что «я сажусь в вагон метро, где сидят другие люди и испытываю тревогу». При этом ее автоматические мысли были следующего содержания: «мне станет плохо, участится пульс, я могу потерять сознание». При более детальном прояснении ситуации она автоматически воспроизводила свои опасения. Ей было предложено представить в мельчайших подробностях как она садится в вагон метро и в какой именно момент возникает и усиливается тревога. После представления она сразу же сказала, что тревога повышается, когда закрываются двери вагона. Таким образом, именно закрывающиеся двери стали активирующим событием (а не посадка в вагон метро), выявление которого в свою очередь помогло более четко выделить автоматические мысли: «мне никто не сможет оказать помощь», что вызывало тревогу. В результате стало понятно, что ее волнует не сам факт плохого самочувствия, а то, что не будет своевременно оказана помощь. В другом примере интересно пронаблюдать как представление образов влияет на ход автоматических мыслей и помогает определять иррациональные установки пациента. Пациентка №2, страдающая тревожно-фобической симптоматикой с паническими атаками, страхами езды в транспорте и страхами плохого самочувствия на работе

(пациентка была повышена в должности, для нее важно как она воспринимается подчиненными). Одной из фобических ситуаций для нее была ситуация возникновения страха и тревоги на глазах у своих коллег и подчиненных. Этот страх сопровождали мысли о том, что сотрудники не должны ее видеть в таком состоянии, так как перестанут уважать, «она должна всегда оставаться на высоте». В процессе работы было сложно переключить ее с данных представлений, после чего пациентке было предложено представить образ «как она на работе в присутствии коллег падает в обморок». После моделирования данного образа ее автоматические мысли звучали следующим образом: «Соберутся коллеги, будут вызывать врача. Сколько я буду доставлять беспокойства! Нельзя столько беспокойства доставлять людям». Возникшие эмоции в результате представления – стыд, тревога. Данная работа с образом помогла уйти от обсуждения вопросов связанных со статусом и прояснить истинную причину тревоги («если я буду беспокоить других людей, то перестану быть сильной»). В результате переход на более глубокий уровень проработки помог эффективнее редуцировать симптоматику.

Работа с образами и представлениями помогает точнее описать активирующее событие, прояснять и детализировать глубинные установки и перейти на более качественный уровень работы.



## Некоторые теоретические аспекты когнитивной терапии

Минутко В.Л.

д. м. н., главный врач ООО «Психическое здоровье»

Основным положением когнитивной терапии является положение о том, что, мышление, чувства и поведение человека оказывают друг на друга взаимное влияние. Когнитивная составляющая рассматривается, как совокупность когнитивных событий, когнитивных процессов и когнитивных структур или как большой спектр различных процессов и явлений, связанных с познавательной деятельностью.

Современную когнитивную терапию отличает: сравнительно высокая эффективность, подтвержденная статистическими исследованиями; четкость организации и последовательное структурирование терапевтического процесса, обеспечивающие необходимые условия для реально работающей модели лечения или концептуальной схемы терапии; конструктивизм, проявляющийся в диагностике, понятных терапевтических инструкциях; быстрое достижение промежуточных результатов терапии, создающее позитивный настрой; отсутствие мистического налета, профессионального жаргона, обычная лексика, позволяющая пациенту без труда воспринимать основные принципы лечения; обучение методологии решения проблем, что позволяет с точки зрения профилактики решать другие проблемы в будущем, приобретенные навыки мышления (логики, статистики, дедукции и оценочного анализа) могут получить соответствующее применение в психотравмирующих ситуациях, прагматизм, выражающийся в направленности на конкретный результат, большой объем самостоятельной домашней работы.

Термин **когниция** означает отдельную мысль, вербальную или визуальную единицу (образ), возникающую в «потоке сознания». Когниции формируются на основе убеждений, установок и представлений. Различают «холодные» и «горячие» когниции. Процесс изменения мышления пациента должен быть насыщен «горячими» когнициями, представляющими собой умышленное и гротескное шаржирование убеждений, и направлен на сознательное ослабление защитных реакций. При «холодных» когнициях пациенту предоставляется определенная информация, а опровержение искаженных взглядов осуществляется при помощи логических доказательств. «Холодные когниции» сравнительно мало влияют на убеждения пациента

В когнитивной терапии особое значение придается когнитивным процессам и когнитивным событиям. К **когнитивным процессам** относят ошибки подтверждения и метакогниции. **Ошибками подтверждения** считаются те ошибки, которые совершает человек, излишне строго придерживающийся каких-то взглядов на себя и окружающий мир и не обращающий внимание на факты, опровергающие правильность этих взглядов. Следует отметить, что при **последовательном сканировании** пациент обычно принимает какую-нибудь одну гипотезу и придерживается ее, пока она оправдывается, и затем отбрасывает или заменяет ее другой, если она больше не подтверждается.

Неправомерно ограничивать диапазон методов когнитивной терапии когнитивной реконструкцией, проблемно-ориентированной терапией и когнитивными тренингами. Основной задачей психотерапевта, работающего в русле когнитивной терапии, является оказание пациенту помощи в понимании того, как он строит и интерпретирует окружающую его реальность, т.е. каков его **«конструктивистский ключ»**. Кроме того, когнитивная терапия поддерживает интерактивное представление пациента о своем поведении. Как правило, она исследует мировоззрение пациента с помощью рефлексивных приемов. Ниже представлены те теоретические взгляды, которые лежат в основе когнитивной терапии: теории когнитивной психологии с их фокусировкой на процессах мышления и утверждением, что с его помощью можно идентифицировать нелогичные или иррациональные мысли, выявлять ожидания и потребности, ставить и решать проблемы, реализовать свои решения в деятельности, а также рационально оценивать ее результаты; теории решения проблем, обращающих внимание на постепенный и последовательный анализ поставленных задач, планирование и оценку; теории дидактики — психотерапевт чаще всего занимает активную позицию лидера — учителя, т.е. человека обладающего определенными знаниями для решения конкретных проблем

## **Когнитивно адаптивная поведенческая психотерапия и надежность HR в системах обеспечения безопасности**

**Натаров (Александров) В.И.**

к.п.с.н., доцент, СЗ Центр Комплексной Защиты Информации

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов показано, что уровень психической организации человека является высшим контуром регуляции поведения в постоянно меняющихся условиях внутренней и внешней среды. В этих исследованиях доказано, что именно адаптация на социально-психологическом и психофизиологическом уровнях является наиболее оптимальной как с точки зрения социотерапии (социальная и профессиональная адаптация; социальное и нравственное здоровье (1-2)), так и психотерапии (психическое и физическое здоровье (3)).

Высшим уровнем когнитивной регуляции поведения и адаптации человека, как показано в исследованиях Б.Г. Ананьева и его последователей (5;6), является билатеральный контур регуляции целенаправленного поведения человека, функционально динамическая организация которого определяет эффективность когнитивно-адаптивного поведения человека и результат когнитивно-адаптивной поведенческой психотерапии (КАП) – развитие акмеадаптивности.

Акмеадаптивность, в контексте проведенного исследования, определяется, как способность достигать и функционировать на уровне акмеосостояния, как наиболее оптимальном уровне жизнедеятельности человека с позиции –

1. физического здоровья;
2. эмоционального состояния (психического здоровья);
3. профессиональной самореализации (социальное здоровье);
4. личностного смысла жизни (морально-этическое, «духовное» здоровье).

Собственно психотерапия, в контексте изложенного выше развития адаптивности, проявляется как процесс интегрирования основных сфер жизнедеятельности человека — здоровье, семья, профессия (работа) и творчество (смысл жизни, основные ценностные ориентации или установки, архетипы). Общим результатом КАП является развитие адаптационных ресурсов человека (HR) и надежности его как с позиции вертикальных уровней организации человека, так и горизонтальных – взаимодействия внутренней и внешней

среды. И, в целом, надежность HR на всех четырех выше отмеченных уровнях – профилактика профессионального выгорания личности и психосоматических заболеваний

Социотерапия, в контексте изложенного выше подхода, проявляется как процесс такой адаптации системы отношений человека к социальным условиям, чтобы обеспечить функционирование человека на основных уровнях его организации его внутренней и внешней среды в психотерапевтическом режиме — биологическом (физическое здоровье), психологическом, социальном и духовном.

Таким образом объектом КАП является человек на четырех основных уровнях его организации и функционирования.

Предметом КАП выступает интеграция психотерапии, психологии, психология и психотерапия групп; и социотерапия (А.А. Александров 2009; 12).

Следует отметить, что, как было показано в наших более ранних исследованиях, человек может адаптироваться, в зависимости от уровня оптимальности протекания процесса адаптации и развития разных видов адаптивности, к разным уровням функционирования. При наименее оптимальных условиях для социально-психологической адаптации у человека формируются адаптивность «выживаемости», которая, в основном, «опускает» человека до уровня биологического существования и блокирует возможности его развития.

В процессе развития такого вида адаптивности, как «выживаемость», - человек функционирует в режиме выживания, и строить все свои взаимоотношения на основе ограниченности социальных, психологических, материальных ресурсов для жизни. Другими словами все окружающие воспринимаются как конкуренты или «враги», «чужие». Собственное поведение принимает крайне ограничительный характер, начиная с феномена возрастного регресса (если использовать психоаналитическое понятие) и заканчивая кататонией, комой.

Формат тезисов не позволяет более детально остановиться на психотерапевтических методах диагностики, коррекции и социотерапии «адаптивности выживаемости». Поэтому здесь мы подчеркнем, что проблема «социо и психотерапии адаптивности выживаемости» является актуальной для отечественной психотерапевтической практики в силу того, что население России последние сто лет практически живет в условиях социального эксперимента не только социального, духовного, но и физического выживания (прак-

тически в условиях гражданской гибридной войны).

Население научилось выживать, но разучилось жить, быть здоровыми, счастливыми...

Второй вид адаптивности («консервативность») обеспечивает человеку функционирование в режиме консервации достигнутого успеха — воспроизводить, имитировать достижение результата, от которого в реальности остается только форма, «маска» и полностью выхолащивается содержание.

Поэтому этот вид «развития», консервации по форме и дезадаптация по содержанию, широко используется в рекламе, нейромаркетинге, СМИ, в политике и «языке» чиновников и дилетантов. Например, общеизвестная методика нейролингвистическое программирование, с нашей точки зрения развивает именно «консервативную адаптивность» — в этом и плюс и в этом и минус НЛП (методика дилетантов и для дилетантов).

Третий вид — акмеоадаптивность, обеспечивает режим функционирования человека на уровне акмеосостояния. Технологии, методы и методики формирования и развития акмеосостояния разрабатываются автором статьи в рамках направления, которое определяется нами как «Акмеотерапия» (5) нейроменеджмент. (Автор был создателем и руководителем секции Акмеотерапии и рационально измененных состояний сознания «Ассоциации психотерапии и тренинга» г. Санкт – Петербурга ( 1995 – 2005гг)).

Самой актуальной проблемой в сфере надежности HR – это профессиональное здоровье человека (персонала, трудовых ресурсов) на всех уровнях его организации – от биологического, как индивида и до идейно-нравственного, как мировоззрения конкретной индивидуальности или представителя определенной профессиональной и национальной культуры, группы, социального класса, бизнеса, профессии и должности в конкретной организации, ее отдела или группы, бригады (Никифоров Г.С., 2013).

Сутью индивидуальности, с точки зрения развития и строения психики человека, является, по мнению Б.Г. Ананьева (1980) и его последователей, - единство и взаимосвязь свойств человека как личности и субъекта деятельности, в структуре которых функционируют природные свойства человека как индивид.

Развитие человека Б.Г. Ананьев и его последователи рассматривают как единый процесс взаимодействия биологического и социального, результатом которого является формирование инди-

видуальности, что соответствует динамической концепции психосоматических расстройств и является теоретико методологической базой для выбора инструментария КАП:

1. на уровне индивида, - психофизиологический аспект профессионального выгорания, который определяется, в основном, возрастно-половыми и индивидуально типическими свойствами человека и вторичными свойствами индивида - структурой органических потребностей и динамикой психофизиологических функций человека. Высшей интеграцией свойств на уровне индивида является темперамент, тип которого определяет соответствующей метод работы с ним, Аутогипнотренинг (11).
2. на уровне личности больше представлен психологический аспект выгорания, как следствие нарушения межличностных и внутриличностных «границ» человека как личности, которые определяются его статусом в обществе, ролями и ценностными ориентациями, мотивацией поведения, которые в совокупности или в отдельности могут являться предметом различных тренингов личностного роста. Однако, сама личность в целом является субъектом тренинга, особенно на таком уровне интеграции личностных свойств как характер (В.И. Натаров, 2002; 13, 14);
3. на уровне субъекта деятельности человек характеризуется посредством своей деятельности по преобразованию той действительности, в которой он живет и своим сознанием как отражением этой действительности. Интеграция субъектных свойств человека проявляется как его профессиональное творчество, а профессиональное выгорание – как его отсутствие. Поэтому, например, стресс и тайм-менеджмент являются творчеством и его условием в профессиональной деятельности и самореализации (В.И. Натаров (Александров), 2013; 17,18)
4. на уровне индивидуальности, которая является высшей интеграцией синтеза различных свойств человека, предполагается целостное, комплексное взаимодействие с системой мировоззрения человека, когда формы профессионального выгорания проявляются как потеря смыслов и значения своей профессиональной жизни, например, дауншифтинг(11, 19).

Поэтому форма выгорания здесь может меняться в зависимости от культуры, воспитания и обучения человека. Методы профилактики

ки профессионального выгорания индивидуальности базируются, в основном, на создании профессиональной, организационной и корпоративной культур, реализующих миссию организации адекватно законам государства, потребностям общества и правилам профессиональной субкультуры (В.И. Натаров (Александров, 2010)), что проявляется на уровне профессиональной деятельности, как, соответственно, благонадежность, лояльность и профессиональная компетентность персонала, HR.

Технологии создания этих субкультур, предполагается рассмотреть на конференции в формате обсуждения, доклада, выступления или круглого стола. Поэтому в данной статье кратко изложим основные результаты по теме «надежность HR в системах обеспечения безопасности»:

В качестве основных выводов проведенного исследования можно утверждать:

1. Развитие профессиональной зрелости является основным средством сохранения эффективной профессиональной деятельности и профилактики профессиональной деформации, выгорания личности руководителя и надежности HR (10, 12, 14, 16).
2. Качество и содержание развития профессиональной зрелости менеджера определяются интеграцией основных сфер его жизнедеятельности (7, 10).

Другими словами, предметом развития профессиональной зрелости менеджера, как формы профилактики психосоматических расстройств и повышения надежности HR организации должны быть одновременно минимум четыре сферы, уровней организации человека (систем его ценностей, Александров В.И.; 2013):

- a. здоровье (психофизиология, психотерапия, стресс-менеджмент);
- b. психология общения (социально- психологические тренинги (5): эффективные контакты, тренинги переговоров, принятия решений);
- c. профессиональное развитие и самообучение (профессиональные сообщества, издания, ассоциации, тренинги профессиональных навыков);
- d. самовоспитание как определение общественного, государственного смысла и значения своей профессиональной деятельности ( миссия организации, стратегия развития компании и так далее).

3. Аутогипнотренинг (8), Стресс и тайм-менеджмент являются эффективными методами профилактики психосоматических заболеваний менеджеров, посредством развития биологическим механизмов адаптации личности менеджеров
4. Социально психологические тренинги, тайм менеджмент, психоаналитическое и психотерапевтическое консультирование менеджеров развивает механизмы адаптации менеджеров к окружающей среде.
5. На основе теорий когнитивного изменения поведения человека, разработана, опубликована и широко используется в практике развития надежности человеческого ресурса методика «Рационализации состояния сознания» (10). Результатом применения этой методики для консультирования является формирование у топ-менеджеров адаптивного типа руководства персоналом и HR (Михненко П., 2008)

«Когнитивные теории поведения и изменения поведения широко представлены как за рубежом, так и в отечественной социо психотерапевтической практике (1 -7, 9) . При этом особая роль отводится тем механизмам психики, которые определяют социальную перцепцию клиента. Действительно, на практике в определении того, как именно человек поведет себя в конкретной ситуации социального взаимодействия, зависит от того, какой смысл и значение он придает этой ситуации в целом. И как он понимает свою роль, как в создании этой ситуации, так и в возможностях своего личного участия в ее развитии (17,18) Эти и другие теоретические основы и результаты практики использования психологии адаптации и когнитивно адаптивного подхода в поведенческой психотерапии опубликованы автором статьи в широком по тематике ряде работ на протяжении последних 25 лет, в том числе и в форме практических методик (3-11;20, 21) и предполагается рассмотреть более детально на конференции.



## Литература

1. Когнитивная психология: история и современность. Хрестоматия», М.: Ломоносовъ, 2011
2. Palmer S. Vision Science: From Photons to Phenomenology. Bradford Books, 1999.
3. Беличева С. А., Натаров В. И. и др. Психосоциальная коррекция и реабилитация несовершеннолетних с девиантным поведением. М: консорциум «Социальное здоровье России». 1999 г.
4. Натаров В. И. Активные методы обучения. Вестник Психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. №3. 1999. С.3 — 15.
5. Натаров В. И. Группо-аналитическая социо- и психотерапия: метод и принципы. СПб.: Изд-во СПбГУ. 1994.
6. Натаров В. И. Адаптивность и ее развитие у студентов в процессе совмещенной учебно-профессиональной деятельности. Автор. дисс. канд. психол. наук. Ленинград. 1988
7. В.П.Трусов Социально психологические исследования когнитивных процессов. Изд-во СПбГУ, 2006
8. Натаров В. И. Национальная идея – основа политики и развития конкурентоспособности государства в постиндустриальном обществе (социально-психологические аспекты)// Психология Власти 2008. – СПб: Изд-во СПбГУ., 2007
9. Натаров В. И. (Александров) Основанная парадигма конкурентного менеджмента 21 века: организационная и корпоративная культура – от управления кадрами к руководству человеческими ресурсами // Экономическая психология: совр. проблемы и перспективы развития.. 22 – 25 ноября 2009 г.: Материалы конференции. – СПб.: Изд-во ИМЦ «НВШ-СПб,» 2009. – 21-35 с.
10. Натаров В.И. (Александров) Развитие зрелости субъекта профессиональной
11. управленческой деятельности в условиях глобального экономического кризиса. В кн. Акмеологические проблемы субъектности: интерпретация и диагностика: Материалы научно-практ. конф., 23 апреля 2009 г. / СПб институт психологии и акмеологии. 2009
12. Натаров В.И. Аутогипнотренинг (метод психической саморегуляции). Психологический журнал.Т.8. №6, 1987, с.105 – 109.

13. Александров А.А. Аналиико-катартическая терапия: от теории к практике. Учебное пособие.СПб, Изд. СЗГМУ И.И. Мечникова, 2012. 91 с
14. Ананьев В.А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов. Автореф.соиск.уч.ст.докт. пс.н., СПб. 1998.
15. Натаров В.И. Влияние курса социально-психологического тренинга на самооценку «Я-образа». Психологический журнал. Т.11.№5, 1994 с.89- 104.
16. Натаров В.И. Акмеотерапия: мгновенная психотерапия (психология здоровья), психология субъекта веры (психологии зрелости), социологии успеха (психологии профессионализма) // Журнал практического психолога. 1999. №9. С. 134 -142.
17. Натаров В.И., Немчин Т.А. Нервно-психическое напряжение и психопрофилактика состояния здоровья студентов. Психологический журнал. 1988, Т.9, №3, с.87 – 92.
18. Аронсон Эллиот. Общественное животное. СПб. 1999
19. Эллис А., Ландж А. Не давите мне на психику (искусство психологической защиты ). С П б. 1997.
20. Александров В.И. (Натаров) Развитие профессиональной зрелости топ-менеджеров как профилактика профессионального выгорания и деформации личности руководителей// В кн.: Акмеологические основы профессиональной культуры современного руководителя. СПб.: 2008. С 15-17.
21. Натаров В.И. Развитие акмеологической адаптивности в социокоррекционной, психотерапевтической и консультативной работе (Методика рационализации состояния сознания). // Журнал практического психолога. 2000. №10 -11. С. 72 – 87
22. Натаров В. И. Акмеологическая адаптивность и ее развитие в психотерапевтической и консультационной практике. Психотерапия № 3 (147). Научно практич. журнал. 2015 г. Изд-во «Гениус Медиа». С. 40 – 49 .

## **Задачи когнитивно-поведенческой психотерапии в рамках персонализированного подхода к лечению больных с разными типами невротических расстройств**

### **Лысенко И.С.**

специалист отделения научно-медицинской информации Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

### **Караваева Т.А.**

д.м.н., руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, ведущий научный сотрудник Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

Пациентам с невротическими расстройствами свойственны неадаптивные и негибкие убеждения и установки. Для их выявления была выбрана методика, основой которой является оценка пословиц. Их смысловой потенциал, образность и близость к когнитивным конструкциям позволяют выявить наиболее актуальные неадаптивные суждения, связанные с мотивационной сферой и внутриличностными конфликтами. Было обследовано 173 больных с невротическими расстройствами на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева с помощью методики диагностики полимотивационных тенденций в «Я-концепции» личности и теста по выявлению уровня внутриличностной конфликтности А.И. Шипилова.

В результате было выявлено, что у больных с истерическим типом невротического расстройства часто отмечается одновременное наличие эгоцентрической и нравственной мотивационных тенденций при высоком уровне внутриличностной конфликтности. У больных данной группы с более выраженными проявлениями невротических проявлений в когнитивной сфере отмечаются склонность сосредотачиваться на собственных интересах и желаниях, представления о том, что взгляды окружающих тождественны своим, сложности в восприятии иной точки зрения. При этом нравственные стремления проявляются в стремлениях соответствовать своим представлениям о моральных нормах. Осознание установок, ориентированных на собственные интересы и потребности и стремления проявлять социально привле-

кательное поведение, сопряженные с тяжестью невротического состояния, их роли в адаптации, отношениях с окружающими и в собственной самооценке будет способствовать разрешению внутриличностных противоречий.

У больных с неврастеническим типом невротического расстройства мотивационной тенденцией, требующей анализа и рассмотрения, является установка на долженствование и принятие ответственности, выполнение внешних требований и правил, поскольку выявлены статистически значимые взаимосвязи между выраженностью невротических проявлений и наличием нормативной мотивационной тенденции у данной группы больных.

У больных с обсессивно-фобическим типом при высокой внутриличностной конфликтности отмечаются эгоцентрическая, нормативная мотивационные тенденции и стремление избегать неприятностей. Данные мотивационные тенденции носят разнонаправленный и ограничивающий характер. Фиксирование на собственных интересах, потребностях, взглядах, понимание долженствования как мотивирующего фактора и установка на опасения и избегание являются признаком наиболее тяжелого развития невротического заболевания у больных с обсессивно-фобическим типом заболевания и значительно ограничивает больных данной группы в разрешении противоречий.

Таким образом, установки, которые выявлялись при высоких показателях внутриличностной конфликтности различаются у больных с разными типами невротических расстройств, их осознание и анализ и изменение способствуют более эффективной когнитивно-поведенческой психотерапии в рамках персонализированного подхода.

## **Когнитивно – поведенческая психотерапия больных онкологическими заболеваниями с коморбидным посттравматическим стрессовым расстройством**

**Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П.**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Постановка диагноза онкологического заболевания и связанные с этим переживания вызывают сильнейший психологический дистресс у каждого человека, одним из последствий которого может быть развитие посттравматического стрессового расстройства или его симптомов. Как показано в исследованиях различных контингентов травмированных людей, наличие ПТСР приводит к ухудшению социального функционирования человека и различным формам психической дезадаптации.

Психическая патология оказывает значимое неблагоприятное влияние на клинический и социальный прогноз онкологических заболеваний, включая сокращение сроков выживаемости, редукцию уровня адаптации и снижение качества жизни. Когда пациент перемещается далеко за пределы уныния, потеря смысла и целей вместе с сопутствующей этому состоянию беспомощностью и субъективной недееспособностью может усугублять желание ускоренной смерти. Нарастание таких симптомов онкологического процесса как боль, тошнота, слабость, нарушение жизненных функций, потеря социального статуса, инвалидность, существование в новой роли «пациента», а также глубокое переживание обреченности больных, их страх рецидива, предвосхищаемых мучений, увечий и, в конечном счете, страх смерти и тотальная неопределенность при мысли о будущем составляет сердцевину переживаний онкологического больного. Болезнь также предъявляет особые требования к психическим возможностям осуществления деятельности, ведет к ограничению контактов с окружающими людьми, меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни. Суть основного психологического конфликта заключается в предполагаемом крахе жизненных ожиданий и возникновении в связи с болезнью реальной угрозы для жизни. Чувство глубокого страдания, чувство будто пойман в ловушку, потеря контроля, крах основных верований, чувство, что жизнь находится в опасности, что физическая целостность является под

угрозой и в связи с этим чувство беспомощности является весьма значимыми факторами в развитии ПТСР.

Из результатов метаанализа психообразовательных и психотерапевтических вмешательств при лечении онкологических заболеваний получены неопровержимые свидетельства эффективности психотерапии, снижающей уровень дистресса, тревожных и депрессивных симптомов. В целом в клинической практике преобладает эклектический подход к психотерапии с комбинированием элементов поддерживающее-экспрессивной терапии, терапии горя и экзистенциальной терапии с психодинамической, когнитивно – бихевиоральной и межличностной терапией.

Что касается психотерапии пациентов с ПТСР, последняя направлена в первую очередь на реинтеграцию нарушенной вследствие травмы психической деятельности. Задачей психотерапии является создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективная переоценка травматического опыта, восстановление чувства ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире. Важной особенностью посттравматического стрессового расстройства при онкологическом заболевании является тот факт, что пациент испытывает не только непосредственное ощущение угрозы жизни во время установления диагноза, но и хронический характер этой угрозы. В связи с этим, стандартные методики психотерапии не могут быть применимы, так как главной целью психотерапевтического лечения пациентов является не сколько помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о травме, сколько в том, чтобы пациент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти произошедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории. Ключевым моментом психотерапии пациентов с ПТСР является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе (образ Я).

Среди психотерапевтических методов лечения ПТСР когнитивно-поведенческая терапия является широко применяемым методом как за рубежом, так и в нашей стране. Целью когнитивно-поведенческой терапии является восстановление искаженного восприятия, оценки себя и окружающего мира, избавление от навязчивых мыслей. В лечении посттравматического стрессового расстройства у

больных с тяжелыми соматическими заболеваниями психотерапия должна ориентироваться на этап динамики расстройства, с преобладанием щадящего, поддерживающего подхода в остром периоде и возрастанием проработки травматических переживаний на дальнейших этапах, ревизией самооценки больного и восприятия им окружающего мира, установлением доверительных отношений с врачом и близкими людьми. В данном подходе можно выделять следующие когнитивные и поведенческие методы, успешно применяемые при лечении ПТСР в контингенте онкологических больных:

1. Когнитивная переработка травматических переживаний. В основе психотерапии когнитивной переработки (cognitive processing therapy, CPT) лежит то предположение, что симптоматика ПТСР обычно вызывается конфликтом между новой информацией и старыми представлениями. В ситуациях онкологического заболевания речь может идти об реальной угрозе для жизни, новой социальной роли, чувстве безопасности, самооценке, компетентности и близких отношениях. Эти когнитивные конфликты могут быть причиной навязчивых мыслей, физиологического перевозбуждения и избегающего поведения, характерных для ПТСР. Следовательно, главная задача терапии — идентификация и модификация «камней преткновения», т. е. конфликтов между старыми представлениями и новой информацией. Экспозиционная составляющая терапии имеет некоторые особенности: пациенты составляют подробный письменный отчет о событии, включая возникшие во время него чувства, мысли и ощущения. Этот отчет рекомендуется составлять в условиях, где можно выражать свои эмоции, а затем ежедневно перечитывать. Во время сессии пациенты читают отчет вслух, а психотерапевт помогает им правильно называть свои чувства и выявлять «камни преткновения».
2. Релаксация и визуализация. Пациента обучают прогрессивной мышечной релаксации, и далее предлагают визуализировать лечебный процесс. Так, пациент представляет, как лейкоциты разрушают опухолевые клетки, как мертвые клетки выводятся из организма, мысленно визуализирует изменение опухоли в размерах, представляет, как получаемое лечение снижает уровень боли, представляет себя бодрым, здоровым, полным энергии. Поскольку онкологические пациенты

сталкиваются с ухудшением состояния организма и в связи с этим чувством беспомощности, данная методика позволит пациенту уменьшить страх за счет ощущения контроля над своим выздоровлением. Расслабление и визуализация помогают человеку почувствовать, что он играет определенную роль в поддержании здоровья, а это создает ощущение способности влиять на ситуацию. Также данный процесс может привести к изменению внутренних установок пациента и усилить желание жить, он может повлиять на физиологические изменения, поддержать иммунную систему и изменить развитие злокачественной опухоли на противоположное. Поскольку душевное состояние имеет непосредственное отношение к состоянию иммунной системы и гормональному равновесию, эти физиологические изменения напрямую связаны с изменениями в представлениях и установках человека.

3. Постановка целей. Постановка целей и задач пациентами на будущее также имеет психотерапевтический аффект, так как не только способствует удовлетворению потребностей пациентов, но и становится первой попыткой сознательно сформулировать причины, по которым пациент хочет жить, тем самым восстановить свою связь с жизнью. Этот процесс служит эмоциональной и интеллектуальной подготовкой к действиям, в которых должно воплотиться решение человека выздороветь. Постановка целей укрепляет уверенность в том, что человек способен удовлетворить свои потребности. Также, принятие ответственности за свою жизнь способствует ревизии самооценки больного, так как цели и действия, направленные на их выполнение, подтверждают важность человека и его потребностей.
4. Техника декатастрофизации. Особенностью проявления ПТСР при онкологическом заболевании является тот факт, что даже если пациент находится в ремиссии и пережил диагностированный врачами срок жизни, и если у него не выявлены никакие признаки болезни, у него постоянно существует вероятность рецидива заболевания с летальным исходом. В данном случае техника декатастрофизации направлена на преодоление страха рецидива и смерти. Суть метода заключается в том, чтобы исследовать самые худшие ожидания относительно возвращения болезни и разработать план действий



на тот случай, если это случится. Также используется прием когнитивного реструктурирования, который направлен на изменения восприятия пациентом значения угрожающего события: пациент пробует рассматривать рецидив не как поражение, а как имеющий важное психологическое значение сигнал организма.

Перспективным направлением в психотерапии онкологических больных является терапия третьей волны или основанная на осознанности когнитивная психотерапия (англ. Mindfulness Based Cognitive Therapy), которая вошла в отечественную медицину, как психотерапия осознанностью, что не вполне совпадает с оригинальным значение термина и подразумевает тренировку навыков внимательности, сосредоточенность на деталях происходящего «здесь и сейчас», включенности в нюансы текущего момента жизни. Это процесс, при котором внимание направляется на настоящий момент, человек воспринимает то, что сейчас происходит в его внутреннем или внешнем мире, и стремится при этом к безоценочности и приятию. Он входит в роль доброжелательного и любопытного наблюдателя, который созерцает внутренние процессы, но не отождествляет себя с ними и не дает им себя поглотить. Соответственно и негативные мысли и чувства он наблюдает с приятием, не критикуя себя за них и не пытаясь их подавить. Внимание направляется на непосредственное восприятие через пять органов чувств, мысли и чувства наблюдаются в их текучести. При этом практикующий сознательно противостоит тенденции нашего ума оценивать, критиковать, искать причины, планировать и т.д., а развивает в себе способность принимать то, что сейчас есть, как нечто ценное и преходящее. В практике безоценочного осознания не преследуется никакая цель, а воспринимается процесс.

Обобщая изложенное, следует заключить, что психотерапия больных с онкологическими заболеваниями направлена на изменение неадекватных реакций на болезнь, создание у больных реалистических установок на лечение, восстановление чувства ценности собственной личности, внутрисемейных и более широких социальных связей и, тем самым, способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов заболевания. Достижение этих психотерапевтических целей возможно только при изменении отношения к болезни и редукации посттравматического стрессового расстройства. Психотерапия пациентов с ПТСР направ-

лена в первую очередь на реинтеграцию нарушенной вследствие травмы психической деятельности, подкрепление защитных факторов, и ведет к переосмыслению происшедших событий и усилению механизмов адаптации. В работе с пациентами с онкологическими заболеваниями с сопутствующим ПТСР необходимо учитывать ряд симптоматических и личностных особенностей, таких как выраженное эмоциональный спектр переживаний, потеря личностной ценности, тяжелое соматическое состояние, хронический характер травмирующего события и тотальная неопределенность при мысли о будущем.

## Когнитивно-поведенческая психотерапия инсомнии в поздних возрастах

Мелёхин А.И.

ГБУЗ Консультативно-диагностический центр № 2,  
ФГБУН Институт психологии Российской Академии Наук,  
Лаборатория психологии развития (г. Москва)

За последние несколько лет наблюдается рост исследований показывающих гибкость когнитивно-поведенческой терапии<sup>1</sup> в решении сложных клинических проблем (тревога, депрессия, бессонница, хронические боли, алкогольная зависимость, острая реакция горя) людей пожилого и старческого возраста [17, с.21]. Некоторые пожилые пациенты с депрессией, тревогой, или бессонницей неохотно принимают назначенную им фармакотерапию, и часто предпочитают психотерапевтические интервенции [12]. В связи с этим часто рекомендуют начинать именно с психотерапевтических интервенций, а не с приема фармакотерапии [25].

Ранее физиологические и психологические особенности людей пожилого и старческого возраста рассматривались через призму негативных стереотипов о старении как возраста болезни-инволюции, что препятствовало применению и успеху психотерапии в этих возрастах [25]. Старение понималось как период множественных проигрышей и потерь, приводящих к хронической депрессии. Совсем недавно, начали появляться исследования о применении психотерапии опирающейся на научные исследования геронтологии в области успешного старения [13],[17]. Парадигма успешного старения способствует поиску факторов и условий, которые способствуют учету потенциала старения и способов изменения процесса старения в положительную сторону с меньшими потерями. Потенциал старения заключается в учете физических и психических компенсаторных ресурсов несмотря на имеющиеся физические недуги и заболевания в поздних возрастах [4]. Подробнее о парадигме успешного старения см. [4],[5]. При этом исследователи отмечают, что психотерапия не может полностью устранить значительные проблемы стоящие перед многими пожилыми людьми в связи с кумуляцией проблем (потеря близких, прогрессирующее заболевание, ко-

---

<sup>1</sup> Далее сокр. КПП – когнитивно-поведенческая психотерапия.

торые могут привести к инвалидизации), но психотерапевтическая помощь может быть эффективной для раскрытия внутренних ресурсов, обогащения копинг-стратегий, что способствует снижению уровня дистресса [20].

### **Эпидемиология и терапия расстройства сна в пожилом возрасте**

Распространенность бессонницы неуклонно увеличивается с возрастом [28]. Согласно зарубежным исследованиям 15 - 35% людей старше 65 лет предъявляют жалобы на хронические проблемы со сном [9],[11]. Проведенные российские исследования в амбулаторной сети г. Москвы показывают, что 2/3 пациентов пожилого и старческого возраста не довольны своим сном и отмечают стойкие трудности засыпания, а также сокращение продолжительности сна из-за частых или ранних пробуждений ночных пробуждений [8, с. 134]. Многие пожилые люди с бессонницей часто прибегают к самолечению, прежде чем обратиться к врачу [23]. Чаще всего при расстройствах сна применяются фармакологические интервенции в форме гипнотических препаратов, чаще бензодиазепиновой группы в течении длительного времени [22], [29]. Исследования показали, что пациенты пожилого возраста, чаще ощущают неблагоприятные побочные эффекты от этих препаратов, чем пациенты других возрастов [9]. Пожилые люди, как правило, принимают несколько лекарств и, отличаются наибольшей предрасположенностью к проявлению побочных эффектов данного вида терапии из-за особенностей фармакодинамики препаратов [6]. Кроме того, исследования показали, что бензодиазепиновые препараты в пожилом возрасте, вызывают подавление медленно-волновой фазы сна, увеличивают риски перелома шейки бедра [10]. Наконец, фармакотерапия расстройств сна прежде всего предназначена для краткосрочного применения, а длительное употребление часто приводит к возникновению зависимости от психофармакотерапии, что усиливает расстройство сна.

В рамках современной биопсихосоциальной парадигмы понимания болезней фармакотерапия должна быть не единственной линией лечения расстройств. Многие нарушения сна в поздних возрастах носят хронический характер и часто не является самостоятельным расстройством, а сопряжены с различными формами психических и соматических расстройств [3],[18]. Исследования показывают, что примерно у 51,5% пациентов с хроническими рас-

стройствами сна имеется коморбидное психическое расстройство (субдепрессия, депрессия, тревожное расстройство, химические зависимости). При психогенно обусловленных невротических психических расстройствах частота встречаемости инсомнии достигает до 80%. Так у пожилых людей наблюдаются психогенные депрессии невротического уровня, депрессивные реакции на стресс, посттравматические стрессовые дистимические расстройства и эндогенные аффективные нарушения субклинического уровня [8, с.136-138]. Около 30 - 40% пожилых людей с бессонницей предъявляют жалобы на состояние беспокойства или расстройства настроения. Кроме того, при наличии жалоб на бессонницу у пожилых людей возрастает риск развития депрессии. Говоря о психических заболеваниях бессонница в пожилом возрасте может быть как причиной, так и следствием аффективного спектра расстройств [19]. Однако стоит учитывать, что по мере старения нарастают изменения в структуре сна. Появляются значительные сокращения продолжительности медленно-волнового сна (особенно у мужчин), небольшое сокращение процентного содержания REM-стадии, парадоксального сна и уменьшение общей продолжительности сна. Количество спонтанных ночных пробуждений увеличивается с 20% от общего времени (включая период засыпания) к 85 годам. Пробуждения начинают возникать все ближе к началу сна. По пробуждении пациенты пожилого возраста часто ощущают усталость в течении дня, сонливость и раздражительность. В связи с этим начинают формироваться нереалистичные негативные ожидания в отношении качества и времени сна. Таким образом длительность сна в поздних возрастах сокращается, а психологическая потребность в нем остается прежней [1, с.7]. Упомянутые выше изменения сна характерны даже для нормального старения, т.е. не без существенных соматических или психических заболеваний.

Именно комплексная терапия нацеленная не на симптоматическое лечение расстройства сна, а на оценку активности пациента, жалоб, общих соматических и психических расстройств имеет кардинальное значение в выборе стратегии лечения с целью получения положительного ответа от терапии. Нам стоит сразу пояснить, что многократные исследования показывают, что фармакологическая и психотерапевтическая интервенции при лечении расстройств сна имеют эквивалентную эффективность. Каждый вид терапии имеет следующие достоинства и недостатки [17, с.56-57]:

- *Фармакологическая терапия* имеет быстрый и устойчивый эффекта, однако существует ряд проблем безопасности (формирование зависимости, когнитивных нарушений, рисков падения и возникновения перелома шейки бедра) в применении гипнотических препаратов в поздних возрастах.
- *Психотерапевтическая интервенция* должна быть краткосрочной и приемлемой как для лечащего специалиста (невролог, психиатр, психотерапевт, психолог) так и для специалистов смежных профессий (медсестры, социальные работники) и эффективной в течение короткое временного интервала.

Немедекаментозные интервенции могут быть непрактичными, или невозможными для применения, для некоторых пациентов, в связи с тем, что они не могут прекратить использование лекарств до начала психотерапии.

В настоящее время, когнитивно-поведенческая психотерапия является рекомендуемым золотым стандартом нефармакологического лечения бессонницы, что наблюдается в ряде исследований на протяжении 20 лет, показывающие эффективность данного вида психотерапии [14, с.62]. Хотя проблемы со сном возникают чаще у пожилых пациентов, только 15% пожилых пациентов с хронической бессонницей получают нефармакологическое лечение [20]. Одной из важнейшей задачи нефармакологических методов лечения расстройства сна – это коррекция терапии или отказ от приема психофармакотерапии. На данный момент имеются фактические доказательства эффективности КПП не только при лечении первичной бессонницы, но и с коморбидностью с психическими расстройствами, хроническими болями, а также при нейродегенеративных расстройствах (деменции) [10],[11],[24]. Эффективность этого КПП заключается в том, что примерно 70-80% пациентов достигают положительного терапевтического ответа, из которых примерно 40% добиться полной клинической ремиссии [27].

Когнитивно-поведенческая терапия является наиболее подходящим видом интервенций для пациентов, которые переживают потенциальные последствия своей бессонницы или которые жалуются на негативные навязчивые мысли связанные с их сном. Главная цель лечения расстройств сна в поздних возрастах - это улучшение качества жизни и снижение риска усиленного развития соматических и психических расстройств у пациента и снижение уровня дисстресса в семье пациента [30].

### Когнитивно-поведенческие модели расстройства сна

В основе большинства когнитивных моделей лежит принцип когнитивного возбуждения без отрицания физиологического возбуждения. Когнитивное возбуждение представлено в форме навязчивых тревожных руминаций, которые предрасполагают к расстройству сна, вызывают обострения и становятся факторами хронификации [7, с. 175]. Распространенной моделью бессонницы является модель А. Spielman, показанная на рис. 1.

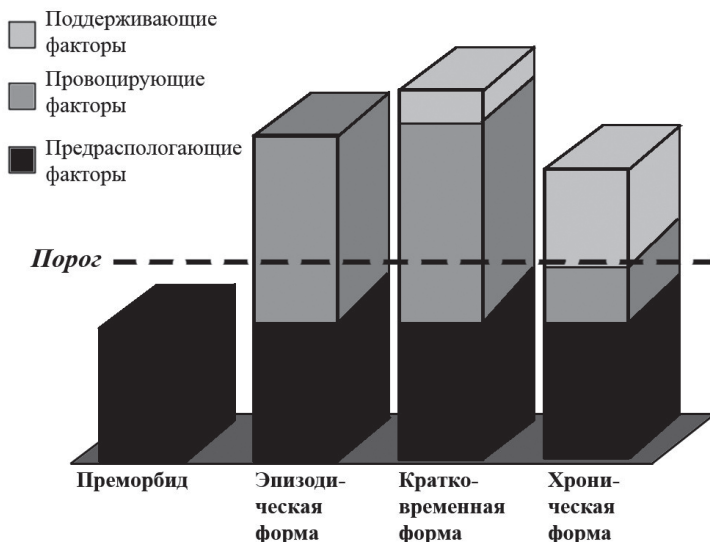


Рис. 1 Трех факторная модель расстройства сна А. Spielman

Данная теория о этиологии расстройства сна позволяет прогнозировать и контролировать это расстройство. В центре данной модели лежит принцип диатез-стрессовой модели, которая учитывает поведенческие факторы, что позволяет с одной стороны прогнозировать, насколько остро бессонница развивается в хроническое состояние, а с другой стороны представить, какие факторы должны быть учтены при лечении. Три фактора диатез-стрессовой модели утверждают, что бессонница возникает остро в связи с рядом факторов. Хроническая форма расстройства сна сохраняется из-за неа-

декватного лечения при решения проблем, что приводит к возникновению хронизации факторов поддерживающих расстройство сна. Таким образом, человек может быть подвержен бессоннице из-за личностных особенностей, стрессовых факторов в рамках которых выработались устойчивые поведенческие паттерны поведения [14, с. 8]. А. Spielman выделил следующие факторы развития расстройства сна, показанные в табл. 1.

**Таблица 1**  
**Факторы развития и поддержания расстройства сна**  
**(по А. Spielman)**

|                           | Биологический аспект  | Психологический аспект  | Социальный аспект   |
|---------------------------|---|---|---|
| Предрасполагающие факторы | Наличие гипервозбуждения/гиперактивности. Слабая генерация системы сна  | Беспокойство, раздражительность, склонность к снижению настроению | Условия сна, учет несовместимого графика сна; социальное/профессиональные требования влияющие на сон без учета предпочитаемого графика сна. |
| Провоцирующие факторы     | Наличие заболеваний, травм, которые могут быть либо прямо или косвенно связаны с бессонницей  | Острые реакции на стресс и/или начало психического заболевания    | Изменения в социальной среде пациента, которая требуют от него гибкой адаптации с изменением предпочтительного ритма сна.                   |
| Поддерживающие факторы    | Разнообразные неадекватные стратегии, которые люди используют чтобы улучшить качество своего сна. Например, проводят слишком много времени в кровати (в спальне) и увеличивают время без сна. Такое поведение, однако, часто приводит к несоответствию между возможностью спать и способностью заснуть. Несоответствие будет усиливаться если пациент будет продолжать тратить длительные периоды времени заставляя себя заснуть. |   |   |



Данной когнитивная модель показывает направления терапевтических интервенций. Если хроническая бессонница возникает, прежде всего, по отношению к поддерживающим факторам, то фокус КПП будет направлен на устранение неадекватных форм поведения, которые поддерживают эту стратегию. То есть, в центре внимания КПП должен быть контроль, сколько времени тратит пациент в кровати для предотвращения поведения направленного не на сон, а на времяпрепровождение в кровати. Часто используются поведенческие техники и когнитивные техники. Лечение должно затем сосредоточиться на этих поддерживающих факторах, даже если провоцирующие факторы могут по-прежнему играть важную роль в поддержании трудности со сном.

Согласно этой модели, поведенческие и психологические компоненты почти всегда участвуют в поддержании бессонницы в течение долгого времени, независимо от характера провоцирующих и провоцирующих факторов [14, с.10]. Данная модель часто критиковалась в связи этим было предложено выделить четвертую группу факторов – факторы условного возбуждения, которые влияют на хронификацию расстройства сна [7, с.188]. Исследования показывают, что одним из факторов хронификации расстройства сна является нарушение механизма саморегуляции. При первых симптомах нарушения сна, которые могут быть вызваны дистрессом, хроническими соматическими заболеваниями, переживаниями могут вызывать у него тревогу за свой сон и, во-вторых, приводят к действиям по контролю над своим сном. В связи с тем, что такого нередко такого средства управления у человека нет, это ведет к неудаче в саморегуляции, ухудшению состояния и усилению тревоги в отношении сна, что приводит к возникновению «порочно круга» расстройства сна (см. рис. 2).

На рис. 2 показано, как различные факторы вызывают порочный круг расстройства сна.

Все что делает человек, связано не с первичными проблемами в бодрствовании направлено на борьбу с самим расстройством сна. Это приводит к фиксации внимания на сне, возникновению тревожных руминаций перед сном, формированию ритуала сна и самоограничительного поведения [7, с. 188].



Рис. 2 Порочный круг расстройства сна

### Принципы когнитивно-поведенческой терапии в поздних возрастах

При проведении когнитивно-поведенческой терапии в пожилом и старческом возрасте следует учитывать ряд аспектов [13, с.22-24]:

1. **Использовать медленный темп** ведения сессия из-за возрастного снижения скорости информации. Обработка и увеличение времени реакции, часто полезно, чтобы замедлить общий темп терапии со пожилыми пациентами
2. **Говорить медленно и четко.** Из-за изменений в слухового восприятия с возрастом, важно, чтобы терапевт говорить медленно, ясно.
3. **Использование гибкость форм терапии** (запишите, покажите) позволяет содействовать терапевту и улучшать обучение.
4. **Использование крупных форм напоминания.** Записывать повестку дня сессии крупно на белой доске.
5. **Минимизировать повествование и использовать опоры.** Некоторые пожилые пациенты могут соскльзывать с темы терапии в связи с этим можно использовать визуальные и вербальные подсказки, которые возвращают пациента в повестку терапии.
6. **Поощрять пациента к ведению заметок.**
7. **Больше внимание уделяют закреплению упражнений (демонстрации) и использованию ролевых игр.**

8. **Начинайте выполнять частично домашнее задание или поведенческий эксперимент на сессии.**
9. **Просить пациента делать обобщенные выводы по результатам сессии.**
10. **Попросить пациента завести папку для организации заметок и материалов.**
11. **Регулярно использовать мост от предыдущей сессии и помогать пациенту припомнить что было на прошлой сессии.** Использовать фразы: «Что мы рассмотрели в ходе предыдущей сессии, что вы сочли полезным?» или «Что вы выделили для себя в нашей последней сессии?». Если пациент испытывает трудности вспоминая содержание или открытия от предыдущего сессии, терапевт может помочь клиенту, упоминая два ключевые фрагменты информации из предыдущей сессии и просит пациента, отметить, что было полезным.
12. **Продлить курс терапии.** Замедление темпов терапии, увеличивает время для реализации полного протокола терапии. Однако снижение когнитивных функций также может быть проблемой у пожилых людей и, следовательно, требуют адаптации протоколов лечения. Например, упрощенная форма дневника сна с указанием временем времени отхода ко сну, времени в кровати, времени возникновения сна и общего времени сна может предоставить достаточно информации, чтобы продолжить лечение. Кроме того, лечение может сосредоточиться исключительно на ограничении времени проведенного в кровати, и не включать все компоненты.

Психотерапевт должен всегда стремиться к тому, чтобы инструкции были понятны пациенту пожилого возраста. Можно использовать систему письменных напоминаний [25]. Далее мы рассмотрим когнитивные и поведенческие техники когнитивно-поведенческой терапии при лечении расстройств сна.

### **Когнитивные и поведенческие техники**

Раннее использовались изолировано такие нефармакологическая интервенции при лечении бессонницы, такие как контроль стимула, ограничение сна, гигиена цикла сна-отдыха отдыха и когнитивное реструктурирование, однако они были сосредоточены на одном модальности [2, с. 229-233], [21] (см. табл. 2).

**Таблица 2**  
**Описание поведенческих техник из протокола**  
**когнитивно-поведенческой терапии расстройства сна**

| Техники  | Описание и цель  | Примечание  |
|--|--|---|
| <b>Обучение стимулированию контроля над сном</b> | <p>Методика направлена на создание гарантии того, что сон связан с быстрым засыпанием. Инструкция: 1) лечь в кровать, только тогда когда вы испытываете сонливость; 2) использовать кровать только для сна и сексуальных отношений; 3) если не можете заснуть в течении 15-20 минут встаньте с кровати; 4) займитесь монотонной работой 5) вернитесь в кровать. Следует учитывать, что фактор времени часто является причиной эмоционального перевозбуждения поэтому рекомендуется переворачивания часов циферблатом к стене. Также требуется просыпаться в определенное время независимо от количества сна.</p> | <p>Для пожилых пациентов избежать ограничение трудовой активности и стараться смешивать отдых с активностью.</p> <p>Дневной сон может быть полезен если он будет своевременным и коротким по продолжительности. Он может помочь уменьшить дневную усталость у пожилых людей.</p> <p>Использовать разную деятельность чтобы оставаться активным, найти что-то еще кроме сна, что можно делать утром и вечером.</p> |
| <b>Ограничение сна</b>                           | <p>Методика направлена на искусственное сокращение времени, проводимое в кровати, до времени, которое пациент, по его мнению, действительно спит; затем по мере достижения требуемой эффективности сна ему разрешают увеличивать время в кровати. Время укладывания, подъема и эффективность сна ежедневно отмечаются в дневнике сна.</p>  |   |

|                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <b>Метод парадоксальной интенции</b> | Пациенту даются советы, прямо противоречащие здравому смыслу: например, пациенту предлагается ставить перед собой будильник и завести его на определенное время (30 минут, 1 – 2 часа). Просят закрыть глаза и каждые 5 минут смотреть прошли ли 30 минут. Далее переходят на шаг 1 час и далее 2 часа. |   |
| <b>Релаксирующие техники</b>         | Снижение нервно-психического напряжения (например, прогрессирующая мышечная релаксация, аутогенная тренировка) или при навязчивых мыслях, которые мешают спать (например, ментализация, медитация).   | Техники релаксации требует обучения и ежедневной практики по крайней мере 2 до 4 недель с подробным описанием релаксационных процедур и более детальным обсуждением их эффективности в пожилом возрасте.<br>Прогрессирующую мышечную релаксацию очень требовательна к процедуре выполнения и иногда ее трудно понимать и применять людям пожилого возраста.<br>Для предотвращения мышечных спазмов и артрите по устранению мышечного статического напряжения стоит применять пассивные методы релаксации. |

|                           |   |   |
|---------------------------|---|---|
| <p><b>Гигиена сна</b></p> | <p>Общие рекомендации (например, диета, физические упражнения, исключить употребление психоактивных веществ) и факторы окружающей среды (например, свет, шум, температура), которые могут способствовать или препятствовать сну</p> | <p>Трудности, возникающие при преодолении проблем со сном - защитное поведение. Стратегии, которые изначально имеют благоприятное влияние на гигиену сна, могут со временем превратиться в защитное поведение. Важность то, чтобы быть физически активными. В поздних возрастах особенно учитывать влияние факторов окружающей среды на сон. Однако стратегии гигиены сна не являются достаточными для лечения бессонницы и сами по себе.</p> |
|---------------------------|---|---|

Остановимся на когнитивных техниках предназначенных для отслеживания дисфункциональных убеждений касающихся сна и оценка их достоверности с помощью дневника мыслей и поведенческих экспериментов. Цель когнитивных техник - определить представления о сне; оценить правдивость/не правдивость мысли; реатрибуция не правдивых мыслей – реальными. Также познакомить с физиологией сна и особенностях сна в пожилом и старческом возрасте [17, с. 51-54]

Исследования показывают, что в пожилом и старческом возрасте преобладают следующие убеждения [24]:

- Неправильные представления о причинах бессонницы («бессонница является нормальной частью старения», «бессонница у меня из-за моего нейрогенного расстройства мочевого пузыря», «бессонница из-за того что я очень нервная и у меня много болезней и болей»).

- Нереальные ожидания повторной бессонной ночи – желание иметь «хороший» сон («Я должен спать 8 часов каждый день»)
- Неправильные представления о последствиях бессонницы («Бессонница может сделать меня больным или вызвать у меня нервный срыв», «Из-за бессонницы я буду весь день уставшей и чувствовать себя не успешной и полноценной»)
- Ошибочное мнение о дневном плохом самочувствии («У меня был плохой день из-за моей бессонницы», «я устаю днем в из-за своей бессонницы ночью», «У меня не может быть полноценный день из-за моей бессонницы»)
- Неправильное представление о контроле сна («Я не могу предсказать, когда я буду спать хорошо или плохо»)
- Представление о том, что хороший сон зависит от того насколько ты приложишь физические усилия («Когда у меня проблемы с засыпания, я должен оставаться в постели и стараться заснуть»)

Пациенты начинают понимать, что их заботы и катастрофические мысли носят негативный и разрушительный характер. Они начинают понимать, что прошлой ночью, когда они спали плохо, они все еще были в состоянии делать свои дела дома, принимать учеников, ходить в магазин, но это было для них затратным по силам. Несмотря на их плохой сон они не были неуспешными, не отменяли занятия с учениками на дому. Их болезни не ухудшаются и они не умрут от этого. Хотя они, возможно, были уверены, что они становятся больными и непривлекательными, и окружающие люди это замечают. Когнитивные техники помогают работать с дихотомическим мышлением. Например, такие слова, как «всегда» (например, «Я всегда плохо сплю») или «никогда» (например, «Я никогда не смогу добиться хорошо сна для меня») [10].

### **Структура когнитивно-поведенческой терапии расстройств сна**

Полноценное лечение нарушения сна должно быть комплексным, что показано на рис. 3

КПП направлена непосредственно на когнитивные и поведенческие факторы, которые поддерживают бессонницу, в том числе и на такие факторы, как проведение большого количества времени в постели, сон днем, нерегулярный график сна-бодрствования, чрезмерные негативные мысли о потере сна и размышления о последствиях

дневного сна и плохого сна ночью [17, с. 51]. Различные техники когнитивно-поведенческой терапии, как правило, вводятся в последовательном режиме посредством шести до восьми терапия сессий [24].



*Рис. 3 Структура когнитивно-поведенческой психотерапии расстройства сна*

Поведенческая техника ограничение сна, как правило, вводится первой, а затем контроль стимула, когнитивные техники и гигиена сна. Эта последовательность может быть изменена в зависимости от целей лечения, выявленных в ходе клинической оценки. Важно учитывать, что проблема бессонницы может являться вторичной относительно другой проблемы. В этом случаи данные интервенции могут не иметь никакого влияния на проблему со сном, т.к. она является вторичной по отношению к другим психическим или соматическим расстройствам. В таких случаях при необходимости следует применить КПП к этому расстройству, например, при депрессии или тревожном расстройстве в поздних возрастах [16].

В целом КПП расстройств сна состоит из 4 до 10 сессий, которые длятся от 50 - 60 минут и проводятся примерно один раз в неделю, с двухнедельным разрыва до начала лечения для обеспечения самоконтроля связанного поведением до и во время сна [10]. Однако существуют короткие формы КПП (Brief behavioral treatment for insomnia) в течении 2-4 сессий с освоением когнитивных и поведенческих техник. 2 из 4 сессий могут осуществляться по телефону или Skype. Исследования показали, что такой тип терапии особенно эффективен у пациентов пожилого и старческого возраста [25], [27].



Стандартный подход к ведению сессии, как правило, интерактивный и дидактический. Сессии обычно начинаются с установки повестки дня сессии, просмотра дневника сна с пациента, установление окон сна на предстоящую неделю и обсуждению вопросов, касающихся соблюдения выполнения техники на неделе. Формирование домашнего задания и обсуждение новых тем. Вводятся когнитивные или поведенческие техники. Сессия обычно заканчивается кратким обзором проведенной сессии, обратной связью от пациента и объяснения домашнего задания на предстоящую неделю. Между сессиями планируется проведение поведенческих экспериментов [21]. Ниже мы приведем структуру и задачи сессий в КПП расстройств сна [14, с.34-103]:

• **Первая сессия (60-120 минут)**

1. Представиться пациенту.
2. Заполнение анкеты о пациенте.
3. Проведение клинического интервью (учет возраста, социального и семейного статуса. Рост. Вес. Наличие сопутствующих заболеваний. Продолжительность сна, частота нарушений сна. Наблюдались ли ранние нарушения сна. Индивидуальные особенности цикла «сон-бодрствования». Анкета отношения к инсомнии. Индекс тяжести инсомнии. Шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна. Уровень дистресса. Оценка наличия депрессии и чувства одиночества).
4. Определить, есть ли у пациента соматические или психическое расстройство. Определение трех факторов нарушения сна (когнитивная формулировка проблемы пациента. Принимает ли пациент психофармакотерапию).
5. Определить подходит ли пациент для КПП.
6. Определить другой вариант лечения.
7. Представить пациентку краткий обзор вариантов лечения. Ознакомление пациента с КПП, эффективностью и основными положениями.
8. Ознакомление пациента с дневником сна.
9. Обратная связь от пациента.
10. Установка еженедельной повестки дня.

• **Вторая сессия (60-120 минут)**

1. Обобщить и проанализировать дневник сна (на основе дневника сна высчитывается TST (общее время сна) = TIB (время в кровати) - (SL (задержка сна) + WASO(пробуждение после начала сна)).

2. Определить план лечения. Отказ от психофармакотерапии.
  3. Обзор данных дневника за неделю.
  4. Объяснение поведенческой модели бессонницы пациенту.
  5. Ознакомление пациента с поведенческими техниками ограничения и контроля за стимулами.
  6. Анализ общего времени проведенного в кровати (ТІВ) и время подъема с кровати (ТОВ).
  7. Разработка поведенческих стратегий как не заснуть в установленное время и что делать с моментом пробуждения ночью.
- **Третья сессия (45-60 минут)**
1. Обобщить и графически представить результаты дневника сна.
  2. Оценить достижения в области применения поведенческих техник и соблюдения правил в отношении сна.
  3. Ознакомление пациента с гигиеной сна.
- **Четвертая сессия (30-60 минут)**
1. Обобщение данных дневника сна.
  2. Оценка выгод и издержек лечения.
  3. Определение границ применяемых поведенческих техник.
- **Пятая сессия (60-90 минут)**
1. Обобщение данных дневника сна.
  2. Оценка выгод и издержек лечения.
  3. Продолжить восхождение к желаемому результату общего времени сна (TST).
  4. Когнитивная терапия негативных мыслей в отношении сна (рассматривать вопросы, касающиеся навязчивых мыслей и отрицательных мыслей касающихся сна. Выявление проблемных автоматических мыслей и убеждений с помощью дневника мыслей).
- **Шестая и седьмая сессия (30-60 минут)**
1. Обобщение данных дневника сна.
  2. Оценка выгод и издержек лечения.
  3. Выявление защитных форм поведения. Оценка и реатрибуция негативных мыслей в отношении сна.
  4. Освоение телесных (релаксирующих) техник.
  5. Продолжит восхождение к желаемому результату общего времени сна (TST).
- **Восьмая сессия (30-60 минут)**
1. Обобщение данных дневника сна.
  2. Оценить достижения в области лечения (в целом).

3. Обсуждение профилактики рецидивов (Обзор поведенческих подходов к лечению бессоннице; обсудить подход к поддержанию клинические успехи; обсудить, что делать, когда бессонница возвращается).

В рамках данной структуры сессий последнее время внедряется психотерапия основанная на осознанности при лечении расстройства сна (Mindfulness-based therapy for insomnia). В этом подходе интегрируются элементы поведенческих стратегий при лечении бессонницы с практикой сосредоточения и медитации. Эта практика помогает пациентам лучше узнать свое состояние и изменить свое отношение к их сну, связанными с мыслями, которые имеют тенденцию быть источниками беспокойства. Медитация не используется в качестве стратегии релаксации чтобы помочь пациенту заснуть. Результаты исследований показывают, что сочетание сосредоточения и медитации с КПП приводит к значительному улучшению качества сна, которое сохраняется на протяжении 12 месяцев после лечения [18].

### **Заключение**

В этой статье мы показали, что когнитивно-поведенческая терапия направлена на развитие уверенности и навыков управления сном с помощью различных методов, в который пациента учат тем способам нормализации режима сна, которые ему доступны. Протокол лечения расстройств сна включает в себя психообразование, поведенческие и когнитивные техники. Данный вид психотерапии позволяет многим пациентам восстановить чувство контроля над их сном, тем самым снижая эмоциональный дистресс. Этот метод основан на самонаблюдении за своей бессонницей, какими неосознаваемыми автоматическими негативными мыслями она сопровождается и как они влияют на состояние и последствия бессонницы, какие факторы запускают и удерживают порочный круг расстройства сна. Однако, большим препятствием для многих пациентов пожилого и старческого возраста является необходимость прекратить использование лекарств до начала психотерапии. У некоторых пациентов развивается психологическая зависимость от лекарств, которые он использует каждую ночь в течение длительных периодов времени. Кроме того, некоторые лекарства, в частности, бензодиазепины, могут вызывать повышение уровня физической зависимости, связанной с последствиями отмены, когда они прекращены. Также стоит учитывать риски развития побочных действий в

связи с возрастными особенностями фармакокинетики препаратов данной группы. Таким образом, немедекаментозные интервенции могут быть непрактичными, или невозможными для применения, для некоторых пациентов, в связи с тем, что они не могут прекратить использование лекарств до начала психотерапии. Наконец, пациенты должны иметь систему убеждений, что эта форма лечения расстройства сна будет действовать в их интересах усиливая мотивацию достижения успеха, чтобы отказаться от «легкого» выбора лечения расстройства сна – медикаментозной терапии.

## Литература

1. Аведисова А.С. Терапия расстройств сна: современные подходы к назначению гипнотиков. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. 112 с.
2. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. – Львів: Свічадо, 2014. 420 с.
3. Лишневская В.Ю. Инсомния у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией// Міжнародний неврологічний журнал. 2006. № 5. с .99-101.
4. Пчелина П. В., М. Г. Полуэктов Возможности коррекции инсомнии (бессонницы) без применения снотворных препаратов// Лечащий врач. 2014. №05.
5. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Клиническая психология сна и его нарушений. – М.: Смысл, 2012. 320 с.
6. Расстройста сна. СПб: Медицинское информационное агенство, 1995. 160 с.
7. Стрыгин К.Н. Нарушения сна в пожилом возрасте// Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2013. № 12.
8. Belanger L., LeBlanc M. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults// Cognitive and Behavioral Practice. 2012. Vol. 19. p. 101–115
9. Buysse D.J, Germain A. et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. // Arch Intern Med. 2011. Vol. 171. №10. p. 887–895.
10. Chand S.P. How to adapt cognitive-behavioral therapy for older adults// Current psychiatry. 2013. Vol. 12. №. 3.
11. Cognitive behavior therapy with older adults: innovations across care settings / ed. Kristen Hilliard Sorocco. Sean Lauderdale Springer Publishing Company, 2011. 474 p.
12. Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia//ed M.L. Perlis et al. Springer. 2008. 182 p.
13. Edinger T. Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia// Clinical Psychology Review. 2005. Vol. 25. p. 539–558
14. Gorenstein E.E, Papp L.A. Cognitive-behavioral therapy for anxiety in the elderly. //Curr Psychiatry Rep. 2007. Vol. 9. № 1. p.20-25.
15. Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults/ ed. Gallagher Thompson Dolores, Steffen A. Springer. 2007. 346 p.

16. Hood H. K., Rogojanski J. Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Insomnia//*Curr Treat Options Neurol*. 2014. Vol. 16. p.321
17. Moller H. J., Barbera J., Psychiatric aspects of late-life insomnia. // *Sleep Medicine Reviews*. 2004. Vol. 8. p. 31–45.
18. Morin C. M., Azrin N. H. Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia.//*Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56. p. 748–753.
19. Morin C. M., Bootzin R. R., Buysse Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). // *Sleep*. 2006. Vol. 29. p. 1398–1414.
20. Morin C. M., Colecchi C. A. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized clinical trial. //*The Journal of the American Medical Association*. – 1999. Vol. 281. p.991–999.
21. Okajima I. Cognitive behavioural therapy with behavioural analysis for pharmacological treatment-resistant chronic insomnia// *Psychiatry Research*. 2013. Vol. 210. p . 515–521
22. Rybarczyk B, Lund H.G. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults: Background, Evidence, and Overview of Treatment Protocol//*Clinical Gerontologist*. – 2013. Vol.36. p. 70-93
23. Satre D. D. Cognitive-Behavioral Interventions With Older Adults: Integrating Clinical and Gerontological Research//*Professional Psychology: Research and Practice*. 2006. Vol. 37. № 5. p. 489–498.
24. Sivertsen B, Nordhus I.H. Management of insomnia in older adults // *Br J Psychiatry*. 2007 Apr. 2007. Vol. 190. p. 285-286. .
25. Troxel WM, Germain A, Buysse DJ. Clinical management of insomnia with brief behavioral treatment (BBT). //*Behav Sleep Med*. 2012. Vol. 10. № 4. p. 266– 279.
26. Vaughn McCall W. Diagnosis and Management of Insomnia in Older People// *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005. Vol.53. p. 272–277
27. Winkler A., Auer C., Drug treatment of primary insomnia: a meta-analysis of polysomnographic randomized controlled trials. // *CNS DRUGS*. 2014. p.1–18.
28. Woodward M.C. Managing Insomnia in Older People // *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2007. Vol. 37. №. 3. p. 236-241.

## Когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении полинаркозависимых

**Веселкова Ю.В.**

исполнительный директор, клинический психолог Центр психологической реабилитации и социальной адаптации «КЛЮЧИ» (Москва)

**Мелёхин А.И.**

ГБУЗ Консультативно-диагностический центр № 2,  
ФГБУН Институт психологии Российской Академии Наук,  
Лаборатория психологии развития (г. Москва)

Использование краткосрочных форм терапии стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (далее - ПАВ). Основной мишенью терапии является изменение определенных поведенческих навыков и стратегий которые в ситуации стресса приводят пациента к срыву [2]. Уделяется особое внимание вопросу соблюдения режима лечения, выявлению выгод от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи (когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, психообразование, рецидивная терапия).

Как правило, выделяют следующие аспекты краткосрочной терапии:

- Направлены на решение конкретной проблемы, прицельно ориентированы на симптом, а не то, что за ним (метафора пожара).
- Четкое определение цели, связанной с конкретными изменениями в поведении.
- Цели терапии должны быть понятны, как для пациента, так для специалиста в области психического здоровья.
- Результаты терапии видны незамедлительно.
- Ответственность за изменение своего состояния несет пациент.
- В начале процесса терапии, акцент делается на то, что помощь пациенту, основанная на его прошлом опыте, повышает самоэффективность.
- Результаты терапии рассматриваются в динамике и измеряются количественно и качественно.

За последние несколько лет когнитивно-поведенческая терапия (далее - КПТ), ориентированная на прогноз рецидива и разработку

эффективных стратегий совладания с ним, оказалась наиболее эффективным методом в лечении зависимости от психоактивных веществ (опийная наркомания, кокаинизм, каннабизм и полинаркомания) [11].

Изначально когнитивно-поведенческая терапия была разработана как способ предотвращения рецидива у пациентов с алкогольной зависимостью, с целью научить пациентов избегать или совладать с повышенным уровнем напряжения. Позже фокус внимания специалистов был направлен на пациентов употребляющих кокаин [1]. Методики когнитивно-поведенческой терапии основаны на принципе показать пациенту, что социальное обучение и научение играет важную роль в развитии ригидного и часто дезадаптивного поведения. Совместно с психотерапевтом пациент учится открывать для себя свою проблему, выявлять и устранять неадаптивное поведение, используя различные копинг-стратегии и техники, чтобы прекратить употребление наркотиков, и научиться решать возникающие жизненные трудности не прибегая к употреблению ПАВ.

Существуют различные протоколы лечения наркомании в рамках КПТ: МЕТ/CBT5, МЕТ/CBT5+CBT7, FSN, ACRA, MDFT и др. Объединяет эти протоколы ряд техник, предназначенных для выработки и укрепления самоконтроля, с учетом плюсов и минусов связанных с приемом ПАВ. Однако, надо учитывать, что на первых этапах терапии появляются трудности с выявлением минусов от принятия ПАВ, так как пациенты вспоминая начальную стадию употребления так называемый «розовый период употребления» не могут самостоятельно выявить минусы влияние ПАВ на собственную жизнь. В связи с этим проводятся: мотивационное интервью (2-3 сессии), психообразование (2-3 сессии), как самих пациентов, так и их родственников. Что значительно повышает комплаентность пациентов к терапии. Таким образом, пациент научается не только распознавать срыв на ранних этапах, но и выявлять потенциальные кризисные ситуации, применять копинг-стратегии, чтобы справиться с ними, не прибегая к привычному аддиктивному поведению [3].

Исследования показывают, что стратегии совладания приобретенные в процессе первичной реабилитации включающей в себя методы КПТ сохраняются пациентами на длительный срок от одного года до нескольких лет [6].

Проводятся исследования с целью создания более гибких интервенций при лечении зависимости от ПАВ путем объединения КПТ с другими направлениями поведенческой терапии (например, 12 шагов). Подр. [10].



## 12-ШАГОВ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Традиционный подход 12-шагов, разработанный в парадигме самопомощи объединяет пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью. Предполагается, что употребление психоактивных веществ является результатом биологической и/или психологической уязвимости, которая приводит к потере контроля над употреблением этих веществ. Пациенты, которые проходят программу 12-шагов принимают модель собственной болезни (например: наркомания, алкоголизм) или собственную аддиктивную идентичность и следуют цели лечения, принимая участие в 12-ступенчатой программе. Данную систему критикуют за подход к лечению по типу «все или ничего», а также стигматизации (маркировки) пациентов. Вместо того чтобы сказать «я сделал ошибку», пациенту присваивается негативный ярлык «я неудачник». Эти ярлыки приводят пациента к гневу, тревожности, фрустрации и низкой самооценки. Согласно когнитивно-поведенческой терапии ярлыки вредны и только усугубляют проблему. Некоторые исследователи отмечают, что цель ярлыков в 12-шаговых программах не в выработки у пациентов возможностей прекратить употребление наркотиков или алкоголя, а в обезличивание и формирование зависимости от групп, в которых реализуется данный подход. Например, группы АА и АН.

Когнитивно-поведенческий подход к лечению наркомании и алкоголизма разработан в рамках теории социального научения и ряда клинических исследований. Основное предположение модели КПТ, что употребление психоактивных веществ является формой неадаптивного поведения. Сам факт употребления психоактивных веществ является некой поведенческой гипотезой, которую сам пациент часто не замечает и не осознает. В этих случаях, целью терапии становится осознанно проверить эту гипотезу и выявить те факторы, которые поддерживают модель неадаптивного поведения. Выявить убеждения о власти ПАВ, о не возможности самостоятельного прекращения употребления веществ, чтобы справиться с состоянием дискомфорта в жизненных ситуациях. Психотерапевт, совместно с пациентом, с одной стороны, занимается выявлением негативных убеждений о приеме ПАВ и заменой их на более адаптивные, а с другой стороны, включая новые адаптивные убеждения, формирует новый репертуар копинг-стратегий от срыва.

Ранее считалось, что 12-шагов и КПТ это два подхода, которые по-разному смотрят на вопросы этиологии, лечения и восстанов-

ления после употребления ПАВ. Однако, на данный момент, существуют два эмпирических исследования, которые сравнивают эффективность 12-шагов и КПТ по существу употребления ПАВ. Эти исследования показывают повышение навыков совладания и мотивационное поведение в терапии в рамках амбулаторной клиники. В рандомизированном клиническом исследовании Уэллс рассмотрел относительную эффективность 12-шаговой терапии и профилактики рецидивов с помощью КПТ в группах для зависимых от кокаина в амбулатории клиники. Пациенты после прохождения данной терапии сократили прием кокаина. Однако стоит учитывать, что лечение строилось на добровольном участии, что повышало эффективность лечения. На данный момент, 12-шагов и КПТ объединены в направление под названием «12-шаговая упрощенная терапия» (Twelve-Step Facilitated Therapy (сокр. TSF), которая направлена на мотивирование и осознание пациентом прохождения 12-шаговой программы [10].

Выделяют ряд преимуществ когнитивно-поведенческой терапии в лечении злоупотребления психоактивными веществами:

КПТ является краткосрочным подходом, хорошо подходящим для возможности включения его в большинство клинических реабилитационных программ;

- КПТ является гибким, индивидуализированным подходом, который может быть адаптирован к широкому диапазону пациентов, а также в множестве форм применения (стационарный пациент, амбулаторный пациент) и форматов (групповые, индивидуальные занятия).
- Особенно стоит отметить форму «письменной терапии» (Writing Therapy), когда в назначенное время каждую неделю пациент пишет психотерапевту о своих проблемных реакциях. Данная форма КПТ особенно полезна для пациентов, которые испытывают трудности говорить о своих мыслях и чувствах.
- Построение терапии с опорой на планирование лечения и выбора конкретных целей.
- КПТ основан на структурированных принципах оценки прогресса лечения.

## **СТРУКТУРА ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОМАНИЕЙ**

Когнитивно-поведенческая терапия предполагает, что пациенты с наркоманией испытывают дефицит навыков преодоления трудно-

стей. Они не могут использовать стратегии совладания и подавлять тягу к приему ПАВ. В связи с этим одной из первоочередных целей является обучение пациентов распознавать ситуации, в которой они скорее всего, принимают наркотические вещества. Найти пути избегания подобных ситуаций, и/или научиться более эффективно справляться с различными ситуациями, чувствами и поведением, связанными с употреблением ПАВ. КПТ особое внимание уделяет функциональному (или поведенческому) и мотивационному анализу злоупотребления ПАВ. Терапия строится на выявлении и понимании изменений лежащих в основе представлений пациента о себе и о своем отношении к употреблению ПАВ [2].

Учитывая биопсихосоциальный подход к пониманию болезни выделяют следующие задачи в рамках КПТ пациентов с наркоманией:

1. Формирование мотивации к трезвости и ясности сознания.
2. Обучение навыкам преодоления трудностей (стрессоустойчивость)
3. Обучение техникам релаксации.
4. Управление гневом и болезненными аффектами.
5. Улучшение межличностного функционирования и повышения социальной поддержки.

Помимо вышеизложенных задач терапии, следует уделять внимание наличию и рискам развития расстройства настроения, тревожных расстройств, социальных фобий, генерализированного тревожного расстройства, суицидальных мыслей. В этих случаях подключать к программе терапии дополнительные протоколы терапии данных психических расстройств [11].

В когнитивно-поведенческой терапии для пациентов с наркоманией выделяют следующие основные терапевтические этапы:

1. Мотивационное интервью (Motivational Interviewing),
2. Функциональный анализ поведения (Functional analysis)
3. Обучение пациента когнитивной модели и диспуту дисфункциональных убеждений
4. Обучение пациента различным социальным навыкам (Skills Training)
5. Обучение пациента совладанию со стрессом (Teaching Stress Management)
6. Тренинг уверенности (Assertiveness Training)
7. Профилактика рецидивов (Relapse Prevention)

Рассмотрим более подробно данные компоненты.

### Мотивационное интервью и выделение целей терапии

После оценки соматического и психического состояния в начале терапии пациенту предлагается протокол мотивационного интервью (Motivation & Ambivalence) [8], который показан на рис. 1

|                                | Преимущества | Недостатки |
|--------------------------------|--------------|------------|
| Пребывающая в данном состоянии |              |            |
| Перемены                       |              |            |

Рис. 1 Протокол мотивационного интервью

Пациенту задаются следующие вопросы: 1) Каковы преимущества пребывания в данном состоянии; 2) Каковы недостатки пребывания в данном состоянии; 3) Есть ли недостатки изменения состояния; 4) Есть ли преимущества перемен состояния. Совместно с пациентом заполняются поля данного протокола и проговариваются ответы вслух. Особое внимание стоит уделить мотивации пациента к переменам. От психотерапевта требуется точно выявить те чувства, мысли или поведение которые мешают пациенту взять на себя обязательства за изменение своего состояния. Копия мотивационного протокола обязательно отдается пациенту [1].

После заполнения мотивационного интервью пациенту предлагается лист личных целей (Personal Goal Worksheet) [3] с следующими вопросами:

- Каковы мои цели в отношении отказа от приема наркотиков?
- Каковы важные причины следовать этой цели?
- Какие шаги я планирую предпринять, чтобы достичь этой цели?

В ходе заполнения протокола психотерапевт может предложить обратную связь и предложить внести изменения таким образом, чтобы пациент не чувствовал критику. Если цели являются неопределенными, недостаточными или неуместными для лечения, то психотерапевт совместно с пациентом заполняет протокол предлагая несколько идей, которые могут помочь для достижения целей. Если у пациентов есть проблемы с формулированием целей, есть несколько способов, чтобы помочь им:

- Скажите пациенту, что многие люди считают, что они могли быть более успешными на этапе прекращения употребления наркотиков, имея четкое планирование и копинг-стратегии для избегания ситуаций которые приводят их к употреблению?
- Спросите пациента о том, чем он может отвлечь себя, от мыслей об употреблении наркотиков?
- Обратите внимание пациента, что в ходе лечения он будет больше узнавать о конкретных стратегиях решения проблемы употребления наркотиков.

После того как лист целей заполнен психотерапевт просит пациента прочитать его вслух. Объясняя пациенту, что чтение вслух помогает укрепить его мотивацию для достижения цели. Копия листа целей обязательно отдается пациенту на руки [3]/

### **Функциональный анализ**

Под функциональным анализом понимается анализ предпосылок и последствий от употребления ПАВ, которые служат в качестве запуска (триггера) и поддержания приема. Этот анализ дает важную информацию о значении неадаптивного поведения для пациента, а также выявляет мотивы и препятствия для его изменения. Анализ предпосылок проводится с помощью техники «5 вопросов» (5 Ws): Когда? Где? Почему? С кем / От кого? Что случилось дальше? [1].

Дополнительно проводится анализ:

5. Мест, где пациент покупает и употребляет наркотики.
6. Внешних и внутренних сигналов (эмоциональных состояний) которые могут спровоцировать употребление.
7. Окружающих людей с которыми пациент употребляет наркотики.
8. Эффект (психологический и физический) которые пациент получает от употребления ПАВ.
9. Проводится ретроспективная оценка до употребления ПАВ:

10. Что происходило перед тем, как вы приняли наркотик?
11. Как чувствовали себя до того, как вы его приняли?
12. Как / где вы приобрели и приняли наркотик?
13. С кем вы употребляете наркотик?
14. Что произошло после того как вы приняли наркотик?
15. Где вы были, когда вы начали думать о приеме наркотика?

В рамках функционального анализа можно начать анализ мыслей, чувств и событий связанных с употреблением психоактивных веществ. Данный анализ можно проводить с помощью протокола функционального анализа рисков приема ПАВ (Functional Analysis or High-Risk Situations Record) [3], который представлен в табл. 1.

**Таблица 1**  
**Протокол функционально анализа и ситуаций риска**

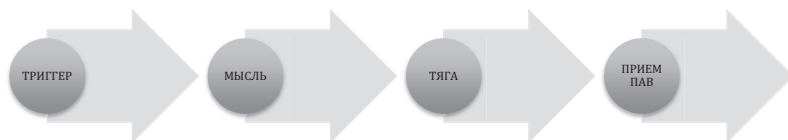
| Ситуация         | Мысли                        | Эмоции и ощущения в теле          | Поведение                                 | Последствия                                   |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Где был я?       | Что в этот момент я подумал? | Что в этот момент я почувствовал? | Что я делал?                              | Что произошло после?                          |
| Кто был со мной? |                              | Какие были ощущения в тебе?       | Что я мог использовать?                   | Как я чувствовал себя после?                  |
| Что происходило? |                              |                                   | Что в этот момент делали окружающие люди? | Как другие люди реагировали на мое поведение? |

Можно предложить пациенту более расширенный протокол функциональной оценки поведения до и после приема ПАВ [3], представленный в табл. 2

**Таблица 2****Протокол оценки поведения до и после приема психоактивных веществ**

| Ситуация (триггер)                                      | Мысли и эмоции   | Поведение    | Положительные результаты        | Негативные результаты          |
|---|--|--------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Какая ситуация, мысль, образ способствовала приему ПАВ? | О чем я думал в этот момент? Что я чувствовал? Что я говорил себе? | Что я делал? | Какие хорошие вещи происходили? | Какие плохие вещи происходили? |

Данные протоколы позволяют выявить триггеры, которые запускают прием ПАВ. Триггеры бывают внешними (люди, места, предметы, периоды времени) и внутренними (гнев, разочарование, возбуждение, волнение, скука, усталость, счастье). На рис. 2 представлена модель влияния триггеров на прием ПАВ.

*Рис. 2 Триггеры и прием ПАВ*

Выделив ситуации высокого риска и ситуации малого риска, психотерапевт обучает пациента сокращать время пребывания в ситуациях повышенного риска и переходить в ситуацию малого риска с целью минимизации срыва. Применяют ролевые игры. Например, «высокий риск против малого риска» (high-risk vs. low-risk) [1] когда психотерапевт на основе выделенных триггеров и сведений из функционального анализа разыгрывает ситуации повышенного риска вместе с пациентом с целью повышения переносимости дискомфорта.

Таким образом, функциональный анализ дает «дорожную карту» ситуаций высокого риска, которые могут привести к употреблению ПАВ, а также определить те ситуации или состояния, в которых пациенту еще трудно справиться с дискомфортом учитывая влияние

межличностных, внутриличностных факторов и факторов окружающей среды. Это первый шаг, который предоставляет пациенту некий инструмент для управления или избегания ситуаций, которые вызывают употребления ПАВ.

### **Негативные автоматические мысли**

Совместно с психотерапевтом пациент учится определять мысли, которые усиливают тягу к употреблению наркотиков, а также те мысли, которые поддерживают состояние тонуса, в моменты употребления психоактивного вещества. Отследив один раз, влияние этих мыслей на состояние и изменив их, пациент начинает предвосхищать проблемные реакции в определенных условиях.

Однако при выявлении иррациональных убеждений пациентов с зависимостью от ПАВ стоит учитывать следующие характеристики мышления [6]:

- Мысли очень быстро возникают
- Мысли жесткие, негибкие
- Дихотомический тип мышления («все или ничего»)
- Сверхобобщение
- Неэмпирическое и абсолютное мышление
- Выделяют следующие иррациональные убеждения пациентов употребляющих ПАВ:
- Мысли об отказе: наркотики не являются проблемой;
- Наркотики лучший и единственный способ решить эмоциональные проблемы;
- Низкая толерантность к фрустрации и/или стремление к высоким уровням стимуляции;
- Дискомфорт / беспокойство: все негативные эмоции, которых следует избегать любой ценой;
- Преодолеть зависимость слишком сложно, сделать это одному невозможно, безнадежность, я буду беспомощным и следовательно ничего не стоит делать;
- Самоедство, чувство вины, и стыд за то, что я – наркоман.

В Табл. 3 показаны общие иррациональных убеждений о приеме наркотиков с представлением рациональных альтернатив.



Таблица 3

| <b>Иррациональные убеждения</b>   | <b>Рациональная альтернатива после диспута</b>  |
|---|---|
| Прием наркотиков вообще никогда не был проблемой для меня, даже если иногда я мог потерять контроль.  | Потеря контроля может быть первым признаком проблемы. И если не замечать ранние признаки, то рано или поздно это приведет к срыву.                                      |
| Мне нужно, употреблять наркотики, чтобы расслабиться.   | Я могу использовать не только наркотики, чтобы снять напряжение, но не должен использовать наркотики только потому, что хочу расслабиться.                              |
| Я терпеть не могу, если у меня нету того чего я хочу. Это слишком трудно терпеть.   | Мне может не нравиться, то что происходило в прошлом, но это не значит что это не будет происходить сейчас.   |
| Единственное время, когда я чувствую себя комфортно, когда я под кайфом.  | Трудно научиться жить социально-комфортно без наркотиков, но люди делают это все время.   |
| Слишком трудно прекратить употреблять наркотики. Я потеряю всех своих друзей, мне будет скучно, и никогда не буду чувствовать себя в безопасности без наркотиков.                         | Чтобы бросить употреблять наркотики может стоить попробовать делать некоторые вещи, занять время и приложить хотя бы усилия, а не предвосхищать негативные последствия. |
| Люди обречены на разочарование и несчастья, поэтому я употребляю наркотики.   | Где доказательства, что все люди обречены на разочарование и несчастье и из-за этого употребляют наркотики?   |
| После того как я перестану употреблять, я увижу, что все в жизни кончено. Я вернусь туда откуда все началось, и это приведет меня к мысли о том, что я наркоман и всегда буду наркоманом. | Неудачи и срывы бывают у каждого, но ведь мы можем восстанавливаться. Срыв может сказать мне, в каком направлении мне нужно идти теперь. Это мой выбор.                 |

При работе с иррациональными убеждениями можно использовать целый спектр техник «когнитивный континуум», «падающая стрела», «дневник учет позитивных мыслей», «выгоды и издержки». Активно применяются карточки совладания (Coping cards) представляющие собой маленькие карточки на которых с одной стороны записана проблемная реакция (дисфункциональное убеждение, неадаптивное поведение, негативная эмоция), а с другой стороны способы и шаги совладания с ней.

### **Обучение пациента различным навыкам**

Первым этапом обучения навыкам справляться с тягой к употреблению ПАВ является:

- Участие в деятельности не связанной с употреблением наркотиков
- Открыто говорить о тяге
- Умение отлеживать тягу
- Останавливать мысль
- Общение с другом или знакомым, который не употребляет наркотики

В этих случаях, так же, эффективно применение ролевых игр. Например, “триггер-мысль-тяга-употребление” (Trigger-Thought-Craving-Use) [1] с пациентом составляется модель поведения его тяги и обсуждаются способы совладания с ней. В рамках ролевой игры пациент, совместно с психотерапевтом, моделируют ситуации высокого риска и применяют техники совладания. После ролевой игры происходит обсуждение эффективности техник совладания с тягой с разработкой системы напоминаний.

Проводится обучение внутриличностным навыкам таким как: управление мыслями о ПАВ, техники решения проблем без употребления ПАВ, принятие решений, обучение релаксации, осознание гнева, управление гневом, осознание и управление негативными мыслями, введение в образ жизни хобби и спорта, планирование поведения на случай чрезвычайных ситуаций, план совладания с постоянными проблемами.

Навыки межличностного общения (с включением семьи или “доверительного лица” пациента) включают в себя [6]:

- отказ предложения употреблять наркотики (говорить “нет”),
- умение поддержать разговор;
- чтение языка тела;
- умение выражать и слушать жалобы;
- обучение уверенности в себе;
- выражение эмоций;
- интимные отношения;
- обучение реагировать на критику;
- обучение принимать критику.

Отдельно стоит отметить навыки отказа от предложения употребить ПАВ (Drug refusal skills) [3].

Выделяют следующие принципы эффективного отказа от приема наркотиков:

1. Отвечать быстро (без запинок и бормотаний, не стесняясь)
2. Установить хороший зрительный контакт
3. Ответить четко и твердо: “Нет” (ввести метафору открытой двери для будущего)
4. Сделать разговор кратким
5. Покинуть ситуацию повышенного риска употребления ПАВ

Данные навыки моделируются в ролевой игре с привлечением прошлого опыта пациента. Моделируются ситуации, когда пациенту делается предложение от друга или продавца наркотиков, достать или принять дозу. Отрабатывается навык говорить “Нет” в подобных ситуациях.

Стоит отметить важность обучения принимать критику по поводу употребления психоактивных веществ.

Вопрос расширения круга социальной поддержки является краеугольным камнем в терапии пациентов с наркоманией [3]/ Этот этап терапии начинается с того, что совместно с психотерапевтом, пациент рассматривает выгоды для увеличения социальной поддержки. Далее психотерапевт сосредотачивается на обучении навыкам социальной поддержки. В терапии часто используют технику “диаграмма социальной поддержки” (Social Circle Diagram) [3], которая показана на рис. 3

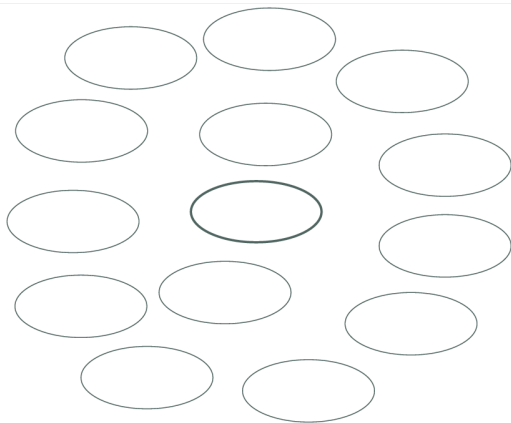


Рис. 3 Диаграмма социальной поддержки

Пациенту предлагается схема (рис. 3), и дается инструкция отметить свой собственный круг социальной поддержки, сосредоточив внимание на тех людях, кто мог бы поддержать его в решении проблемы приема ПАВ. Пациента просят поместить свое имя в центр схемы, а затем вписывать имена тех людей, кто может поддержать или оказать помощь в достижении цели. От пациента требуется расположить людей, которые могли бы оказать большую поддержку ближе к кругу с его именем. Уточняется, что заполнить схему нужно столько сколько можете. После заполнения и совместного обсуждения с психотерапевтом, пациенту дается лист-напоминание повышения социальной поддержки (Enhancing Social Supports Reminder Sheet)[3], который включает в себя следующие вопросы:

1. Кто из ближайшего окружения мог бы Вас поддержать?
2. Вспомните людей, которые в прошлом помогли Вам
3. Обычно поддержку могут оказать друзья, родственники, знакомые.
4. Какие виды поддержки будут более подходящими для Вас?
  - a. Помощь в решении проблемных задач, мозговой штурм
  - b. Моральная поддержка с преобладанием поощрения и понимания
  - c. Распределение нагрузки в решении проблем
  - d. Информационная поддержка
5. Как вы можете получить поддержку? Какая помощь Вам нужна?
6. Спросите себя что мне нужно. Будьте откровенным и конкретным.
  - a. Поиск новых сторонников в решении проблем связанных с прекращением употребления ПАВ.
  - b. Предлагать поддержку другим людям.
  - c. Давать своим сторонникам обратную связь. Чтобы они понимали с какими трудностями они могут столкнуться.

### **Обучение пациента совладанию со стрессом**

Психотерапевт обучает пациента методикам, которые помогут ему снизить уровень стресса, в том числе техники релаксации, систематической десенсибилизации, планирование заранее поведения для потенциально стрессового события, что способствует улучшению психологической адаптации. За последнее время активно применяется терапия осознанности в лечении дистресса (Mindfulness-Based Stress Reduction), которая показала, что сосредото-

точение и медитация снижают мысли и тенденции реагировать на стресс неадаптивным поведением употребляя ПАВ [5]. В отношении тяги к ПАВ данный подход позволяет обучить пациентов не реагировать на раздражители, на “автопилоте”, а реагировать с осознанием и промедлением. Активно разрабатывается новое направление терапии осознанности в профилактики рецидивов (Mindfulness-Based Relapse Prevention, сокр. MBRP) которая сочетает в себе практику медитации со стандартными навыками профилактики рецидивов.

Основными задачами MBRP являются:

1. Повышение осведомленности пациента о триггерах и привычных реакциях которые приводят к срыву. Освоение способов делать паузу в этом, казалось бы, автоматическом процессе тяги к употреблению ПАВ. Пациента обучают понимать диапазон выбора, который он может сделать в настоящий момент.
2. Изменение отношения к дискомфорту, научиться распознавать сложные эмоциональные и физические ощущения и реагировать на них более гибко, используя различные медитативные и дыхательные техники.
3. Построить собственный образ жизни так, чтобы он больше заключался в осознанности. Работа с глубоко укоренившимися привычками. Введение новых привычек.
4. Осознанность тяги к употреблению ПАВ. Прямой вызов тяге. С чем связана тяга (голод, злость, одиночество, и усталость).

### **Тренинг уверенности (Assertiveness Training).**

Психотерапевт поощряет пациента открыто выражать эмоции и потребности, отстаивать свои права в форме различных ролевых игр с моделированием различных стрессовых ситуаций. Умение выражать свои негативные эмоции конструктивно. Данные навыки полезны для пациентов с наркоманией, потому как, часто, они не в состоянии выражать свои эмоции и потребности, что приводит к срыву. Тренинг асертивности направлен на то, чтобы пациент стал более напористым, смог лучше контролировать свое импульсивное поведение, а также факторы, которые могут привести к рецидиву.

### **Профилактика рецидивов**

Вопрос рецидивов опирается в большой степени на функциональный анализ, выявления рецидива в ситуациях высокого риска, и разработку алгоритма совладания с данными ситуациями. Однако

при разработке плана совладания с рецидивом стоит учитывать наличие личной выгоды пациента от рецидива. Психотерапевт показывает пациенту когнитивно-поведенческую модель рецидива (рис. 4).

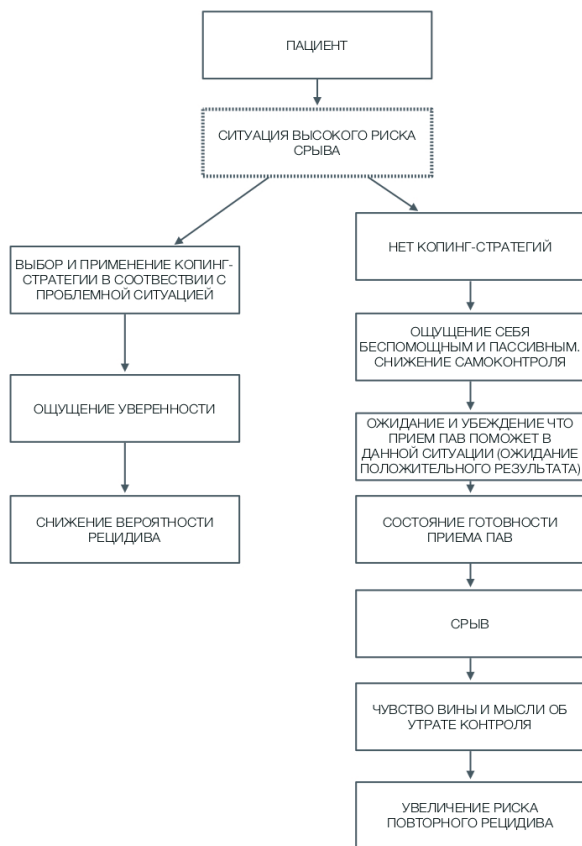


Рис. 4 Когнитивно-поведенческая модель рецидива (по R.M. Kadden)

После ознакомления с данной моделью пациенту предлагается выделить чрезвычайные ситуации и непредвиденные обстоятельства, которые повышают риск повторного употребления ПАВ [3]

С помощью техники мозгового штурма записываются все возможные варианты события и обстоятельств, без критической оценки.

Часто используют следующий протокол, показанный в таблице 4.

**Таблица 4**  
**Лист кризисных ситуаций срыва**

| Типы кризисных ситуаций           | Примеры пациента |
|-----------------------------------|------------------|
| Непредвиденный триггер            |                  |
| Социальное отделение              |                  |
| Проблемы на работе и личной жизни |                  |
| Новые ситуации                    |                  |
| Новые обязанности                 |                  |

Выделив чрезвычайные ситуации, психотерапевт обучает пациента технике решения проблем (Problem-Solving)[3], которая состоит из следующих шагов:

1. Есть ли проблема? (записать буквально)
2. В чем заключается проблема? Определите проблему. Опишите проблему настолько точно, насколько это возможно. Можно разбить ее на части.
3. Что я могу сделать, чтобы решить проблему? Рассмотрите различные подходы к решению проблемы. Предложите как можно больше решений этой проблемы.
4. Что произойдет, если я выберу этот вариант... ? Выберите наиболее оптимальный вариант решения проблем. Рассмотрите все положительные и отрицательные стороны каждого из возможных вариантов, и выберите тот, который скорее всего, решить эту проблему.
5. Как этот вариант работает? Используйте выбранный вариант. Оцените его эффективности. Подумайте, что вы можете сделать, чтобы усилить этот вариант решения проблемы.

Следующим шагом в рецидивной терапии является разработка плана совладания с рецидивом. Разработав план заранее, пациент будет менее уязвим в непредвиденных чрезвычайных ситуациях. Пациенту предлагается протокол (Personal Emergency Plan)[1] состоящий из следующих пунктов:

1. План для кого (имя и фамилия);
2. Возможные чрезвычайные ситуации, к которым я хочу быть готов;
3. Если одна из этих чрезвычайных ситуаций происходит, как я помогу себе справиться;

4. Что я буду делать:
  - a. О чем я могу подумать в этот момент
  - b. Как могу отвлечься (физическая активности, расслабляющие занятия, творчество и др.)
  - c. К кому я могу обратиться за помощью (указать имя и телефон)
5. Что я не буду делать:
  - a. Покупать и употреблять наркотики
  - b. Действовать на автопилоте
  - c. Быть эмоциональным
  - d. Изолировать себя и/или держаться подалеже от людей, которые могут помочь мне.
  - e. Пребывать в ситуации высокого риска употребления наркотиков.
6. Есть ли экстренный вариант избегания рецидива употребления наркотиков, какие шаги помогут мне остановить срыв

#### **Выполнение домашних заданий**

Домашние задания являются неотъемлемым компонентом профилактики рецидивов употребления ПАВ. Исследования показывают положительное влияние выполнения домашних заданий на результат лечения пациентов с химической зависимостью. Однако, при построении домашних заданий, особое значение стоит уделять мотивации пациента к изменению состояния. Мотивацию часто рассматривают как предиктор для выполнения домашних заданий в ходе терапии. Согласно транстеоретической модели (transtheoretical model) мотивация [4], или готовность изменить собственное аддиктивное поведение проходит ряд стадий:

- предварительное размышление (не учитывает изменения состояния),
- созерцание (оценка выгод и издержек),
- подготовка (планирование изменений),
- действие (изменение поведения)
- обеспечение (поддержка изменений).

Данный цикл следует учитывать при работе с пациентами употребляющими ПАВ.



## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

На современной этапе развития когнитивно-поведенческой терапии аддиктивного поведения от специалистов в области психического здоровья требуется гибкое сочетание различных подходов и протоколов лечения. Начиная с мотивационного интервью, которое способствует формированию мотивации к изменению собственного состояния и комплаентности к лечению, заканчивая профилактикой рецидивов и разработкой кризисных планов совладания с прямой тягой. Помимо когнитивно-поведенческой терапии в структуру психотерапевтических форм лечения пациентов с наркоманией включают: психообразование пациентов и их родственников, когнитивные тренинги, семейную терапию, терапию среды (работа в мастерских).

Ключевыми компонентами, которые отличают когнитивно-поведенческую терапию, от других подходов к лечению наркомании являются:

- Функциональный анализ употребления психоактивных веществ.
- Принцип осознанности пациентом употребления ПАВ и разработка стратегий как справиться с тягой. Управление мыслями, решение проблем приводящих к эмоциональному дискомфорту, нормативное и кризисное планирование на случай чрезвычайных ситуаций приводящих к срыву.
- Разработка алгоритмов копинг-стратегий с моделированием их применений и созданием системы напоминаний о их использовании.

Эти компоненты позволяют пациенту, совместно с психотерапевтом, увидеть свое аддиктивное поведение с различных точек зрения и, опираясь на сильные стороны своей личности, увеличить время ремиссии заболевания.

## Литература

1. A Cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction . National Institutes of Health. 2000. 127 p.
2. Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34 Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999.
3. Cannabis Youth Treatment Series Volume 1//Ed. by Susan Sampl, Ph.D. Ronald Kadden, Ph.D. Center for Substance Abuse Treatment.
4. Gonzalez V.M. The Role of Homework in Cognitive–Behavioral Therapy for Cocaine Dependence// Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006, Vol. 74, № 3, 633–637
5. Himelstein S. Mindfulness-Based Substance Abuse Treatment for Incarcerated Youth: A Mixed Method Pilot Study // International Journal of Transpersonal Studies. 2011, Vol. 30.
6. Kadden R.M. Cognitive-behavior therapy for substance dependence: coping skills training. University of Connecticut. 2001. 28 p.
7. Marcus M.T. Mindfulness-Based Therapies for Substance Use Disorders: Part 1 (Editorial)// Subst Abus. 2009. Vol. 30. № 4.
8. Moyers T.B. Houck J, Combining Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Treatments for Substance Abuse: Lessons From the COMBINE Research Project// Cognitive and Behavioral Practice. 2011. Vol. 18 p.38–45.
9. Petitjean S.A. A randomized, controlled trial of combined cognitive-behavioral therapy plus prize-based contingency management for cocaine dependence // Drug and Alcohol Dependence. 2014. Vol. 145. p. 94–100
10. Ouimette Paige Crosby Twelve-Step and Cognitive-Behavioral Treatment for Substance Abuse A Comparison of Treatment Effectiveness// Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997, Vol. 65, № 2. 230-240
11. Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy // Ed. by Irismar Reis de Oliveira, InTech, 2012. 202 p.

## Содержание

Логика изменений в процессе терапии тревожных расстройств, или почему поведенческие методы не могут быть заменены когнитивно-поведенческими

**Радюк О.М.**

Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь..... 5

Системный подход в когнитивно-поведенческой психотерапии обсессивно-компульсивного расстройства

**Радюк О.М.**

Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь..... 14

Практическая методология Когнитивно-Поведенческой Терапии

**Ковпак Д.В.**

к. м. н., доцент кафедры психологии и педагогики Северо-Западного

Медицинского Университета им. И. И. Мечникова..... 23

Вклад отечественных ученых в развитие когнитивно-поведенческой терапии

**Ковпак Д.В.**

к. м. н., доцент кафедры психологии и педагогики Северо-Западного

Медицинского Университета им. И. И. Мечникова..... 28

Использование образов и представлений в когнитивно-поведенческой психотерапии

**Ерухимович Ю.А.**

Центр неврозов, Клиника лечения депрессий и фобий..... 37

Некоторые теоретические аспекты когнитивной терапии

**Минутко В.Л.**

д. м. н., главный врач ООО «Психическое здоровье»..... 39

Когнитивно адаптивная поведенческая психотерапия и надежность HR в системах обеспечения безопасности

**Натаров (Александров) В.И.**

к.п.с.н., доцент, СЗ Центр Комплексной Защиты Информации..... 41

**Задачи когнитивно-поведенческой психотерапии в рамках персонализированного подхода к лечению больных с разными типами невротических расстройств**

**Лысенко И.С.**

специалист отделения научно-медицинской информации Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

**Караваева Т.А.**

д.м.н., руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, ведущий научный сотрудник Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.....49

**Когнитивно - поведенческая психотерапия больных онкологическими заболеваниями с коморбидным посттравматическим стрессовым расстройством**

**Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П.**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.....51

**Когнитивно-поведенческая психотерапия инсомнии в поздних возрастах**

**Мелёхин А.И.**

ГБУЗ Консультативно-диагностический центр № 2,  
ФГБУН Институт психологии Российской Академии Наук,  
Лаборатория психологии развития (г. Москва).....57

**Когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении полинаркозависимых**

**Веселкова Ю.В.**

исполнительный директор, клинический психолог Центр психологической реабилитации и социальной адаптации «КЛЮЧИ» (Москва)

**Мелёхин А.И.**

ГБУЗ Консультативно-диагностический центр № 2,  
ФГБУН Институт психологии Российской Академии Наук,  
Лаборатория психологии развития (г. Москва).....77

I Международный Съезд Ассоциации  
Когнитивно-Поведенческой  
Психотерапии

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Подписано в печать 07.05.15  
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура Myriad Pro.  
Печать цифровая. Усл. печ. л. 6,375  
Тираж --- шт. Заказ № 0705

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



## Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии объединяет профессионалов в области психического здоровья в регионах нашей страны и зарубежья. Целью ассоциации является развитие и популяризация когнитивно-поведенческой психотерапии среди специалистов и повышение качества оказываемой психотерапевтической помощи.

Присоединяйтесь к сообществу научно обоснованной психотерапии, эффективность которой доказана в клинических исследованиях!



Санкт-Петербург

(812) 404-06-56  
(812) 922-44-19



[www.associationcbt.ru](http://www.associationcbt.ru)

партнеры:



Клиника лечения  
депрессий и фобий

Центр когнитивно-поведенческой  
психотерапии и консультирования

Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии. Свидетельство  
о государственной регистрации некоммерческой организации выдано  
Главным управлением Министерства юстиции Российской Федерации  
по Санкт-Петербургу 502/2013г. учредный № 7814060254.

ISBN 978-5-9906651-4-9



9 785990 665149