

## ИНТЕГРАЦИЯ КОГНИТИВНОГО И ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО ПОДХОДОВ НА ПРИМЕРЕ ПСИХОТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

А.Б.ХОЛМОГорова, Н.Г.Гаранян

«Когнитивное ответвление» в поведенческой психотерапии уже в начале своего становления рассматривалось многими методологами как «мост к психоанализу» (*Duhrssen, 1985*). Первые положения когнитивной психотерапии были сформулированы, а затем развиты в целое направление диссидентами от психоанализа А.Эллисом и А.Беком. Когнитивный подход оплодотворил бихевиоризм и помог ему преодолеть идейный кризис, что привело к бурному развитию различных когнитивно-бихевиоральных психотерапевтических подходов общим числом от 11 до 17 по различным классификациям (*Mahoney, 1974; Mahoney, 1978*). Отторгнутая психоанализом и проделавшая большое развитие в лоне бихевиоризма, когнитивная школа в настоящее время стремительно завоевывает независимый статус (*Perris, 1988*). Ее развитие идет в направлении все большей интеграции с психодинамическим подходом (*Dobson, 1988; Mahoney, 1988*) при сохранении собственной когнитивной модели психических расстройств, разработке оригинальных когнитивных техник и использовании поведенческих (*Beck, 1990*).

С нашей точки зрения, гипотетически можно себе представить развитие когнитивной психотерапии и в рамках психоанализа: «Бек порвал с психоанализом, прежде всего, вследствие нетерпимого отношения к нему со стороны ортодоксальных психоаналитиков» (*Duhrssen, 1985*). Нетерпимость современного институционального психоанализа к разного рода «вероотступникам» убедительно показана Е.Кремериусом (*J.Cremerius, 1995*), который усматривает в этой нетерпимости причину стагнации научных исследований в психоанализе и серьезную угрозу для его развития в будущем.

В настоящий момент можно зафиксировать, что когнитивная психотерапия фактически выполняет функцию связующего звена между несовместимыми, на первый взгляд, подходами. Теоретически обоснованная

интеграция этих подходов с сохранением собственной уникальности становится, на наш взгляд, возможной благодаря двухуровневой когнитивной модели (Beck, 1985), включающей уровень когнитивных процессов (процессов переработки информации) и уровень устойчивых когнитивных структур (схем, верований, установок). От первого уровня, на котором мышление можно рассматривать как внутреннее поведение, естественным образом перекидывается мостик к центральной в бихевиоризме категории «поведения», от второго уровня, где потенциально возможен неосознаваемый конфликт между базовыми схемами, – к основополагающей для психоанализа категории «бессознательных конфликтов». Конечно, такая интеграция возможна только в отношении методологического, но не метафизического бихевиоризма, отрицающего само существование ментальных процессов (Mahoney, 1988).

Традиционное противопоставление двух основных научных школ в психотерапии (бихевиоральной и аналитической) основано на принципиальной разнице их базисных моделей детерминации человеческого поведения – соответственно, внешней и внутренней. Однако развитие бихевиоризма шло по пути все большего признания действенной роли «внутренних переменных», которые понимались как внутреннее поведение или (в современных когнитивно-бихевиоральных подходах) как процесс переработки информации (Meichenbaum, 1977; D'Zurilla, 1988). Одной из важных тенденций когнитивно-бихевиорального подхода является привлечение в качестве таких «промежуточных переменных» не только процессов переработки текущей информации, но и устойчивых структур – «схем» (не являющихся чисто когнитивными): убеждений, верований, установок, ценностей (Beck, 1984; Ellis, 1979; Mahoney, 1988). Как отмечает Добсон (Dobson, 1988, p.393), признание убеждений, ценностей и установок важными переменными в психопатологии и психотерапии противоречит сути бихевиорального подхода, рассматривающего все внутренние процессы как текущее поведение, и согласуется, скорее, с психодинамическими представлениями о детерминации. Эта тенденция с необходимостью обращает исследователей и психотерапевтов к категории прошлого опыта как источника формирования таких глубинных структур. Самоочевидно, что увязывание актуальных проблем с прошлым опытом является важнейшей основой психодинамического подхода. Теоретическая и практическая необходимость проработки раннего детского опыта в рамках когнитивного подхода акцентируется Г.Лиотти (G.Liotti, 1988; V.Guidano, G.Liotti, 1983). Все эти тенденции наиболее отчетливо представлены в самой молодой ветви когнитивно-бихевиорального подхода – так называемом структурализме (конструктивизме) (Mahoney, 1988; Mahoney, 1990; Neimeyer, 1990; Robins, Hayes, 1990; Guidano, 1988; Liotti, 1988). По оценкам некоторых авторов, структуралистская модель ближе к психодинамическому подходу, чем к бихевиоральному (Dobson, 1988b).

Когнитивный подход часто обвиняют в эклектичности и теоретической конфузии в результате попыток совместить взаимоисключающие подходы: «Теоретический статус когнитивно-поведенческой психотерапии неудовлетворителен и сбивает с толку» (*Butollo, Hofling, 1984, p.14*). Действительно, любое соединение подходов чревато обвинением в эклектизме, поскольку происходит смешение лежащих в их основе моделей человеческой психики и поведения. Однако кажущаяся несовместимость психодинамической и бихевиоральной моделей, на наш взгляд, снимается, если рассматривать их как отражение разных модусов человеческого существования. Эти модусы различаются по критерию «осознанность-автоматичность» действия. В той мере, в какой человек не осознает свои ценности, верования, потребности и желания, он и является преимущественно реагирующим существом, а все эти глубинные структуры выполняют функцию «промежуточных переменных», срабатывающих по принципу рефлекса, что, собственно, соответствует бихевиоральной схеме. Но в той мере, в какой человек осознает свои эмоциональные и поведенческие реакции, рефлексивует свои внутренние ценности и установки, он уже перестает реагировать как автомат, и все больше становится способным к саморегуляции и самоизменению. Именно развитие рефлексии, или, выражаясь в терминах западной когнитивной психологии, метакогнитивных процессов, повышает способность человека к саморегуляции и самоизменению, так как она направлена на осознание и пересмотр глубинных оснований своего внешнего и внутреннего поведения (*Зарецкий, Холмогорова, 1983; Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1986; Aleksejev, 1986; Zaretsky, 1986*). Насколько можно судить по анализу литературы, роль рефлексии и метакогнитивных процессов пока не учитывается в современных моделях когнитивно-бихевиорального подхода, включая структурализм, акцентирующий способность внутренних структур к саморазвитию (*Mahoney, 1988*).

Таким образом, обе схемы приложимы к человеку, в зависимости от его способности к самоосознаванию и от конкретной ситуации, где один и тот же человек может хуже или лучше осознавать себя. Еще в 1962г. А.Эллис указывал на сходство основных идей психоанализа и бихевиоризма, а именно принципиальную близость понятий «бессознательного раннего опыта» в психоанализе и «ранних процессов научения» в бихевиоризме. На самом деле неосознаваемые внутренние детерминанты, над которыми человек не имеет контроля, делают его таким же пассивно реагирующим существом, что и внешние стимулы в бихевиоральной модели. Кстати, понятие «внутреннего стимула» уже активно используется в современном бихевиоризме. Человек превращается из «пассивного робота» в «активного пилота», управляющего своей жизнью, в той мере, в какой он осознает и контролирует эти внешние и внутренние стимулы. Надо отдать должное Фрейдю, который первым указал на роль разума в переходе из одного модуса существования в другой (*Freud, 1937*) и предложил основной метод для осуществления этого перехода, главный пафос которого состоит в расширении осознания («Где было Ид,

должно стать Эго!»). В то же время, человек даже с очень развитыми рефлексивными способностями остается в какой-то степени реагирующим существом, что чрезвычайно важно в приспособительном плане (то есть в плане экономичности и быстроты функционирования), поэтому автоматический режим закономерно чередуется с периодами рефлексии и моментами самоосознавания и самоанализа. В силу этого привлечение поведенческих техник, способствующих быстрой выработке новых привычек, новых схем поведения, неизбежно дает положительный эффект.

Смена упомянутых модусов существования – автоматического и осознанного – в онтогенезе была блестяще показана Л.С.Выготским в его трудах, посвященных проблеме взаимоотношения аффекта и интеллекта (*Выготский, 1937*), кстати, ставшей центральной в современных теоретических спорах представителей когнитивного подхода (*Dobson, 1988b*). Из этих споров видно, что авторами игнорируется аспект развития, важность которого в подходе к этой проблеме подчеркивал Выготский. Разными авторами выдвигаются три модели – либо когнитивные процессы определяют эмоциональные, либо наоборот, либо они симультанны (*Dobson, 1988b*). Между тем, в процессе онтогенеза и филогенеза эти отношения изменяются в направлении возрастания роли когнитивных процессов, никогда не застывая в раз и навсегда заданной форме: «...В ходе развития изменяются не столько свойства и строение интеллекта и аффекта, сколько отношения между ними» (*Выготский, 1937, с.225*). И далее: «Мышление может быть рабом страстей, их слугой, но оно может быть и их господином... Изучение аффективной жизни ребенка – от ее примитивных до самых сложных форм – показывает, что переход от низших к высшим аффективным образованиям непосредственно связан с изменением отношений между аффектом и интеллектом» (*там же*).

Когнитивная психотерапия, акцентирующая роль интеллекта, отличается от бихевиоральной тем, что предполагает самоосознавание и самонаблюдение и, соответственно, перестройку неадаптивных реакций на основе работы самого клиента по осознанию и описанию проблемных ситуаций, способов своего поведения в них, эмоциональных реакций и когнитивных процессов.

Когнитивный подход изначально был разработан для краткосрочной терапии эмоциональных расстройств (*Beck, 1967; Ellis, 1977*). «Заколдованный круг» негативных эмоций можно разомкнуть в каждой из четырех составляющих эмоций: физиологической – релаксация (аутотренинг, biofeedback, прогрессивная релаксация), собственно эмоциональной – отреагирование (стимуляция открытого выражения гнева и печали в виде плача, крика, нанесения ударов), поведенческой – изменение поведения, сопровождающего эмоцию (терапия «мастерством и удовольствием» при депрессивной пассивности), наконец, когнитивной – изменение мыслительных паттернов, сопровождающих неадаптивную эмоциональную реакцию. Преимущества работы с когнитивной составляющей заключаются в

том, что именно этот путь ведет к самоисследованию и лучшему самопониманию, позволяет накопить материал и развить навыки понимания более глубоких и устойчивых структур, лежащих в основе дисфункционального поведения. На наш взгляд, этот путь закономерно ведет к психодинамической работе. Поэтому нам кажется неслучайным то, что развитие когнитивно-бихевиоральной терапии идет в направлении интеграции с психодинамическим подходом.

Почему мы полагаем, что когнитивный подход эффективен в терапии соматоформных расстройств? Прежде всего, при соматоформных расстройствах имеют место своеобразные эмоциональные нарушения, которые хорошо описываются концепцией алекситимии (*Nemiah, Sifneos, 1970*), что в переводе с греческого означает «нет слов для чувств». Доказана также эффективность КТ при работе с эмоциональными расстройствами и проблемами (*Cottraux, Mollard, 1988; Beck, 1990*). Другая тесно связанная с алекситимией характеристика больных соматоформными расстройствами – фиксация на телесных ощущениях и внешних событиях при низком самопонимании и отсутствие контакта со своим внутренним миром и направленности на психологическое самоисследование. Этот феномен мы назвали жизнью «вовне» (*Гаранян, Холмогорова, 1994*). Вышеуказанные преимущества когнитивного подхода позволяют переместить локус внимания этих больных на внутренний мир, преодолеть «алекситимический барьер» (*Taylor, 1979*), а не приспособлять к нему больных, используя различные техники снятия мышечных зажимов. Кроме того, когнитивный подход достаточно быстро развивает навыки самоуправления своими эмоциональными состояниями, что облегчает симптоматику, меняет внутреннюю картину болезни в направлении акцентирования внутренних психологических факторов, тем самым дополнительно стимулирует больных к психотерапевтической работе. Переход к более глубокой психодинамической работе оказывается хорошо подготовленным и, в каком-то смысле, закономерным. В результате возрастания способности к самоосознаванию и самоисследованию больные начинают вычленять связи актуальных переживаний с травмирующими событиями прошлого, начинают осознавать всю степень своего межличностного неблагополучия (неспособность построить удовлетворительные, теплые эмоциональные отношения с людьми) и другие невротические проблемы. Однако для проработки этих проблем необходимо уже привлечение средств психодинамического подхода – работа с переносом и сопротивлением, актуальными межличностными отношениями, проработка семейного контекста, внутренних конфликтов, что и поставило перед нами задачу соединения когнитивного и психодинамического подходов.

Как уже упоминалось, пионеры когнитивного подхода А.Бек и А.Эллис были выходцами из психоанализа (конкретно из социального психоанализа К.Хорни и Г.Салливена). Почерпнув в этой традиции ряд идей, они полностью отбросили учение о культуральной детерминации расстройств. Опираясь на эту традицию, идущую от самого Фрейда, мы пытаемся

рассматривать патоморфоз невротозов в сторону увеличения удельного веса соматического компонента (что, собственно, и привело к необходимости введения специального кластера «соматоформные расстройства» в DSM и ICD) в контексте патогенных тенденций современной культуры.

В предисловии к своей книге юнгианский психоаналитик Катрин Аспер пишет: «Я считаю, что так называемые негативные чувства слишком часто вытесняются, что приводит к личностным проблемам, физическим недомоганиям и латентным депрессивным состояниям. Патриархальные установки, реализуемые в нашей культуре, заставляют многих людей бессознательно прибегать к героическим средствам для переработки травматического опыта и героическим решениям возникших в результате этого опыта проблем. По этой причине болезненные переживания часто слишком быстро исчезают из нашего сознания, и мы перестаем осознавать наше страдание. По моему опыту и убеждению, нам нужно научиться принимать так называемые негативные чувства и эмоции, и разрешать себе выражать их. Мне кажется, что мы должны вновь приучить себя к материнскому, принимающему отношению к своей эмоциональной боли; только это принесет облегчение и изменение. Одна из основных идей моей книги состоит в том, что мы должны снова научиться переживать – не только приятные чувства, но также болезненные или гнетущие» (Asper, 1986, p.2).

В процессе психотерапевтической работы и экспериментального исследования соматоформных больных мы выявили две центральные проблемы: 1) трудности в понимании собственных эмоций и их вербальном выражении; 2) «гладкие» и формальные социальные контакты и трудности в установлении глубоких и теплых межличностных отношений. Обе трудности как характеристики поведения (не проявлять эмоций и быть сдержанным в контакте) в нашей культуре стали Эго-синтонными, то есть позитивно оцениваемыми и поддерживаемыми. Далее мы постараемся проследить генезис такого отношения к эмоциям в культуре и показать его отрицательные последствия для физического и психического здоровья.

В эмоциональной жизни современного человека действуют две разнонаправленные тенденции. Первая тенденция характеризуется возрастанием интенсивности и частоты эмоциональных нагрузок, чему способствует ряд особенностей современной жизни: стремительное изменение социальной и физической среды, повышение темпов жизни и ее стоимости, разрушение традиционных семейных структур, социальные и экологические катаклизмы. На это человек реагирует переживаниями страха, тревоги, беспомощности, тоски, отчаяния. Вторая тенденция характеризуется негативным отношением к эмоциям, которым приписывается деструктивная, дезорганизирующая роль как в политической, так и в личной жизни отдельного человека. Эта тенденция связана с рядом присущих XX веку ценностей: культом рационального, логического подхода к жизни, ценностью внешнего благополучия и успеха, культом «силы и мужественности», когда идеалом человека, способного справляться с трудностями жизни, мыслится

«непрошибаемый» супермен (в современном кино такой идеал олицетворяют Сталлоне и Шварценеггер). Стремление выглядеть благополучным и процветающим у американцев доходит до абсурда. Так, американские врачи полусерьезно жалуются на то, что традиционное «I'm OK» не позволяет им добиться изложения жалоб даже от умирающих больных. Однако культ благополучного внешнего «фасада» характерен не только для американского общества. В консультативной практике нам очень часто приходится сталкиваться с тем, как, стремясь выглядеть в глазах окружающих благополучными, люди тщательно скрывают свои проблемы и трудности. Например, безработные избегают контактов с людьми, опасаясь, что узнают об их «унизительном» положении. Мать тяжело больного ребенка тщательно скрывает факт болезни, так как боится, что ее сочтут плохой матерью, недосмотревшей за ребенком. Таким образом, попав в и без того затруднительную ситуацию, люди жертвуют источниками возможной помощи ради картины внешнего благополучия. В нашей стране имитация эмоционального благополучия граждан превратилась еще и в государственную ценность, в результате чего, например, причины эмоциональных расстройств в форме депрессий сводились к чисто биологическим, а в учебниках по медицинской психологии отсутствовали главы, посвященные психологии эмоциональных расстройств. В качестве причин суицидальных действий также рассматривались биологические факторы, а социальные и психологические чаще всего вообще не упоминались.

Негативное отношение к определенным эмоциям связано также с традиционными ценностями христианства: ценностью терпения и мягкого, уступчивого поведения, исключаяющего проявления гнева, особенно у женщин.

Вышеперечисленные культурные тенденции формируют определенные полоролевые стереотипы эмоционального поведения: мужчине предписывается выдержанное, мужественное, решительное поведение (несовместимое с переживанием и проявлением страха и беспомощности), женщине – мягкость и уступчивость, несовместимые с гневом и агрессией. Все вышеперечисленные факторы приводят к недооценке важности и действенности эмоциональной стороны жизни, игнорированию ее, утрате навыков психогигиены эмоциональной жизни. В индивидуальном сознании действие этих факторов преломляется в виде запрета на осознание и выражение чувств. Человек утрачивает контакт со своими душевными состояниями и, соответственно, возможность их понимать и управлять ими. Это имеет ряд тяжелых последствий для физического и психического здоровья.

1. Возрастание числа психосоматических заболеваний. Согласно современным представлениям, одним из важных факторов психосоматических заболеваний являются подавленные, неотрагированные во внешнем плане эмоции.

2. Возрастание числа тяжелых душевных состояний – тревоги, страха, тоски, которые всё чаще встречаются в жизни, а не только в клинике тревожно-депрессивных расстройств, и требуют амбулаторной, консультативной помощи. По некоторым данным, каждая пятая женщина страдает депрессией (*материалы ВОЗ*, 1990), а каждый десятый житель Соединенных Штатов страдает тревожным невротическим расстройством (*Cottraux J., Mollard E.*, 1988). В их возникновении важную роль играет также запрет на выражение и осознание негативных эмоций (*З.Фрейд*, 1920).

3. Возрастание эмоциональных «взрывов» и конфликтов. Игнорирование эмоций приводит к их накоплению и поведению по типу «парового котла без клапана» (*Taylor*, 1979).

4. Состояние неудовлетворенности собой и своей жизнью. Игнорирование эмоций, презентующих в сознании потребности, желания, мотивы, приводит к ложным жизненным выборам на основе внешних норм и требований, а не внутренней направленности личности (*Леонтьев*, 1977; *Рубинштейн*, 1946).

5. Трудности установления теплых, доверительных контактов и получения социальной поддержки. Современный человек часто страдает от одиночества, так как именно открытое, безбоязненное проявление чувств служит основой подлинных и искренних отношений и сигналом о помощи для окружающих (*Clerman*, 1993).

Итак, можно предположить, что вследствие культурных запретов и негативной установки по отношению к эмоциям способность современного человека понимать и перерабатывать свои чувства снижается. Согласно двухкомпонентной теории эмоций (*S.Schachter*, 1964) и экспериментам Лазаруса (*R.Lazarus*, 1968), дефицит когнитивной переработки эмоции ведет к усилению ее физиологического компонента (вегетативных реакций и болевых ощущений). Возрастание числа соматоформных и психосоматических расстройств говорит о склонности современного человека «переживать психологический стресс на физиологическом уровне» (*Lipowsky*, 1990; *Taylor*, 1989). В 70-х годах в качестве модели психосоматических расстройств была предложена модель «алекситимии» (*Nemiah, Sifneos*, 1970), ставшая предметом многочисленных исследований и споров (*Cohen, Auld, Broker*, 1994). Большинство авторов рассматривает алекситимию как конституциональную характеристику личности, затрудняющую осознание и выражение эмоций, игнорируя при этом роль культурных факторов. Однако эта позиция не соответствует современным био-психо-социальным моделям болезни и здоровья (*Engel*, 1977). В соответствии с этими моделями, алекситимию можно рассматривать не только как чисто биологически детерминированное свойство личности, но и как защитный механизм, который вырабатывает современный человек, при этом все более утрачивая способность к пониманию и выражению собственных чувств.



Проведенное нами экспериментальное исследование носит пилотажный характер. Используемые опросники нуждаются в дальнейшей стандартизации, а полученные с их помощью данные являются сугубо предварительными и нуждаются в дальнейшей проверке и статистической обработке. Тем не менее, уже в таком предварительном виде они подтверждают наши предположения о нарушении эмоциональной сферы и контактов у соматоформных больных.

Как показало экспериментальное исследование, внутренний запрет переживать и выражать такие чувства, как гнев, печаль, страх и радость, у больных значительно выше, чем у здоровых людей. Установка по отношению к этим эмоциям исследовалась с помощью специально разработанного нами опросника, содержащего вопросы типа: «Страх – признак слабости», «Следует сдерживать гнев в общении». Ответ «да» интерпретировался как негативная установка или внутренний запрет на переживание и выражение соответствующей эмоции. Больные значительно чаще, чем здоровые, давали на эти вопросы положительный ответ. Ниже приводится таблица данных опросника.

**Таблица 1**

ЭМОЦИИ	Здоровые (в %)		Больные (в %)		
	Мужч	Женщ	Мужч	Женщ	
	ины (N=21)	ины (N=54)	ины (N=20)	ины (N=25)	
Печаль	62	54	78	83	
Радость	48	44	44	83	
Гнев	57	74	89	100	
Страх	14	24	56	75	
Семейный запрет	48	57	44	41	
на эмоции					
Запрет	на	52	35	44	50
негативные эмоции					
Запрет	на	33	25	33	67
положительные					
эмоции					

Исследовалась также способность к пониманию и вербальному выражению собственных эмоций. Обычно для этого используется алекситимический опросник (*Toronto Alexythymia Scale, Bagby et al, 1994*). С нашей точки зрения, ответы на содержащиеся в нем вопросы (например: «Я часто теряюсь, когда нужно определить, что за эмоцию я переживаю») предполагают достаточно высокую рефлексивность и понимание своей внутренней жизни, что, собственно, составляет главную трудность при соматоформных расстройствах.

Чтобы избежать этой проблемы, мы разбили эксперимент на три ступени – прямая, непрямая и невербальная оценка больными своей склонности переживать определенные эмоции. При прямом опросе

предлагалось оценить удельный вес печали, гнева, страха и радости по степени их выраженности – «очень», «сильно», «средне», «слабо», «очень слабо». Непрямые вопросы звучали следующим образом: «Я люблю веселое оживление и суету вокруг себя», «Я боюсь идти по темной улице». При невербальной оценке больные идентифицировали свое эмоциональное состояние с одной из 18 фотографий, на которых актриса изображает 6 эмоций по классификации Вудвортса-Шлосберга (К.Изард, 1980) в трех степенях интенсивности каждую. Экспериментальные данные показали, что различия между прямой и непрямой оценкой гораздо выше у больных, чем у здоровых. То есть больные переживают гораздо больше отрицательных эмоций, чем способны это сознательно оценить. Степень вытеснения особенно заметна при сравнении прямой и невербальной оценки.

**Таблица 2**

Прямой	Позитивные преобладают над негативными у 60% больных 65% здоровых
Косвенный	Негативные преобладают над позитивными у 60% больных 37% здоровых
Невербальны й	Негативные преобладают над позитивными у 75% больных 27% здоровых

Мы также исследовали эмоциональный словарь больных, для чего просили подобрать синонимы к 6 основным эмоциональным категориям по Вудвортсу-Шлосбергу. Как показывает следующая таблица, смысловые поля эмоциональных категорий у больных значительно сужены по сравнению со здоровыми. Это означает, что у больных отсутствует важнейшее средство для дифференцированной оценки и выражения своих эмоциональных состояний. В таблице 3 приведены средние значения количества синонимов на каждую эмоциональную категорию в сравниваемых группах больных и здоровых.

**Таблица 3**

Ср.знач ения Группа	ПЕ ЧАЛЬ	С ТРАХ	Г НЕВ	РАД ОСТЬ	ПРЕЗРЕ НИЕ	УДИВЛ НИЕ
БОЛЬН ЫЕ (N=40)	2,2	1,1	1 ,2	2,2	0,2	0,5
ЗДОРО ВЫЕ (N=40)	3,8	3,5	3 ,2	4,1	1,2	1,7

Больные обследовались также с помощью опросника социальной поддержки (Sommer, Fydrick, 1989), результаты которого представлены в таблице 4.

Таблица 4

ШКАЛЫ ОПРОСНИКА СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ (средние значения)

Группы испытуемых	Эмоциональная поддержка	Инструментальная поддержка	Социальная интеграция	Доверительные связи	Удовлетворенность социальной поддержкой
БОЛЬНЫЕ (N=20)	3,4	4,3	3,1	3,7	2
ЗДОРОВЫЕ (N=20)	4,1	4,2	4,2	4,4	3,1

Как видно из таблицы 4, наибольшие различия между больными и здоровыми испытуемыми отмечаются по шкалам эмоциональной поддержки, социальной интеграции и удовлетворенности качеством социальной поддержки. Довольно высокий средний балл по шкале доверительных связей у больных свидетельствует о непонимании смысла соответствующих вопросов, что подтверждается и наблюдениями за больными в процессе психотерапии. Полученные результаты свидетельствуют о том, что данные опросников, направленных на исследование внутреннего мира, для соматоформных больных недостаточно валидны.

Говоря о культурном контексте в нашей стране, мы не можем обойти тему ее тоталитарного прошлого. Наши больные не являются классическими авторитарными личностями в смысле Т.Адорно (1984), т.е. не являются фанатиками какой-либо политической доктрины и не выражают активной агрессии по отношению к аут-группам, но в интерперсональных отношениях проявляется один из важнейших стереотипов тоталитарного сознания – распределять людей по иерархической лестнице и оценивать отношения в категориях «выше – ниже». Годы тоталитаризма с войнами, социальными кризисами и репрессиями (более 50 млн. было уничтожено в результате сталинских репрессий) воспитали в людях важную для выживания жизненную философию: «жизнь тяжела», «достойно жить – значит тяжело жить и тяжело работать», «терпеть и молчать», «не говорить ничего плохого», «делать то, что должно», «не доверять чужим». Это «родительские послания», выявленные нами в результате специальных упражнений. Мы подсчитали также частоту различных тяжелых жизненных ситуаций в семьях наших больных на протяжении трех поколений. Из 40 семей обследованных нами больных ранние смерти имели место в 60%, тяжелые заболевания – в 53%, разводы – в 38%, несчастные случаи – в 23%, неполные семьи – 21%, наличие жертв войн и репрессий – в 50%, присутствие больного при тяжелом

заболевании или смерти кого-то из близких – в 30%, алкоголизация – в 54%, жестокое обращение с больным – в 46%, драки в семье – 53%. В терминах современного системного подхода большинство исследованных нами семей соматоформных больных можно отнести к категории «центрированных на травме систем» («trauma centered systems»).

Экспериментальные данные и данные наблюдения показывают, с одной стороны, большое количество вытесненных отрицательных эмоций, накопленных в нескольких поколениях, а с другой – трудности понимания эмоций, их дифференциации, вербального выражения. Если первой проблеме наиболее релевантен психодинамический подход, предполагающий отреагирование травмирующих переживаний, увязывающий актуальные проблемы с прошлым опытом, то вторая проблема наиболее эффективно решается средствами когнитивного подхода, направленными на развитие способности к осознанию внутренних эмоциональных и когнитивных процессов. Как отмечает К.Добсон (1988), терапевтическая модель, связывающая текущие нарушения с прошлым травматическим опытом, а процесс лечения – с проработкой этого опыта и отреагированием эмоций, не является когнитивно-бихевиоральной. Это подтверждается сравнительным исследованием когнитивно-бихевиоральной и психодинамической психотерапии: пациенты в динамической терапии более открыто выражали свой гнев и сильные негативные чувства при поощрении терапевта (*Jones, Pulos, 1993*).

В соответствии со всей суммой экспериментальных данных и наблюдений мы сформулировали следующие психотерапевтические цели: 1) тренировка способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов; 2) проработка жизненного и семейного контекста; 3) проработка и коррекция межличностных отношений, не осуществляемая в групповой когнитивно-бихевиоральной терапии (*Covi et al, 1988*), в отличие от психодинамической. Первой цели соответствуют в большей мере когнитивные задачи, второй и третьей – психодинамические. Таким образом, психотерапевтический процесс разбивается на две ступени: 1) когнитивную, на которой доминируют когнитивно-бихевиоральные задачи, а психодинамические играют подчиненную роль; 2) психодинамическую, где указанная пропорция меняется. Переход к глубинной психологической работе (II ступень) возможен только на основе первой ступени, после тренировки способности к самонаблюдению и пониманию своих чувств.

В качестве основной формы работы нами была выбрана групповая психотерапия, так как она предполагает возникновение различных межличностных эмоциогенных ситуаций, тем самым давая богатый материал как для эмоционального тренинга, так и для коррекции межличностных отношений.

Групповая психотерапия больных соматоформными расстройствами проводилась нами на базе соматической районной поликлиники при кабинете

неврозов. Всего было проведено 6 групп, каждая длительностью около трех месяцев. Занятия проводились амбулаторно два раза в неделю (2 часа вечером рабочего дня и 4 часа в выходной день) – всего 60-80 часов групповой работы. Одновременно каждый член группы получал индивидуальную терапию у тех же терапевтов, примерно 5-10 сессий. Количество членов группы – не более 12-14 человек. Из большого кластера соматоформных расстройств работа велась преимущественно с соматизированными, соматоформными вегетативными и ипохондрическими расстройствами. Участие больных конверсионными расстройствами в этих группах нежелательно в силу особой личностной специфики этого контингента. К работе в группе можно привлекать больных депрессивными и тревожными расстройствами с выраженным соматическим компонентом. Ниже приводится таблица основных этапов и соответствующих им когнитивных и психодинамических задач.

**Таблица 5**

ЗАДАЧИ И ЭТАПЫ	КОГНИТИВНЫЕ	ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ
<b>I СТУПЕНЬ</b>	<b>РАБОТА С ЭМОЦИЯМИ</b>	
<p><i>1 этап.</i> Презентация модели патологии и помощи</p>	<p>1. Информирование о связи между эмоциями и физиологическими состояниями; об общих закономерностях эмоциональной жизни; последствиях нарушения эмоциональной психогигиены для психического и физического здоровья.</p> <p>2. Презентация метода групповой психотерапии.</p>	<p>1. Создание атмосферы доверия и открытости.</p> <p>2. Установление рабочего альянса.</p>
<p><i>2 этап.</i> Тренинг осознания и выражения чувств</p>	<p>1. Осознание трудностей понимания и выражения эмоций как проблемы.</p> <p>2. Изменение негативной установки по отношению к эмоциям.</p> <p>3. Расширение эмоционального словаря.</p> <p>4. Развитие навыков маркировки эмоциональных состояний.</p> <p>5. Фокусировка внимания на модусе переживания.</p> <p>6. Развитие навыков дифференцировки отдельных эмоций в гамме чувств.</p>	<p>1. Создание атмосферы доверия и открытости.</p> <p>2. Установление рабочего альянса.</p> <p>3. Обучение обратной связи.</p> <p>4. Диагностика способов сопротивления, реакций переноса и групповых тем.</p>
<p><i>3 этап.</i> Тренинг управления эмоциями</p>	<p>1. Презентация когнитивных, соматизированных, депрессивных моделей и</p>	<p>1. Маркировка сопротивления, реакций переноса и групповых тем.</p> <p>2. Поощрение выражения</p>

	тревожных реакций. 2. Презентация модели когнитивного и психодинамического совладания. 3. Создание «копилки» проблемных ситуаций. 4. Отработка навыков когнитивного совладания. 5. Первичная формулировка базисных посылок.	и отреагирования негативных эмоций.
<b>II</b>	<b>ПРОРАБОТКА ЖИЗНЕННОГО КОНТЕКСТА И МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ</b>	
<b>СТУПЕНЬ</b>		
4 этап. Рефлексивно-позиционный анализ	Дальнейшее исследование базисных посылок.	1. Работа с сопротивлением. 2. Работа с групповыми темами. 3. Работа с групповыми отношениями, выборами, реакциями переноса. 4. Активное использование обратной связи. 5. Смена позиции ведущих на более пассивную и недирективную. 6. Сравнение собственной позиции с позициями других членов группы.
5 этап. Анализ и проработка семейного контекста	Исследование источников базисных посылок.	1. Анализ семейного контекста (ролей, правил, стрессогенных событий и т.д.) в трех поколениях. 2. Выявление родительского программирования, требований и ожиданий, семейных мифов и ценностей. 3. Выявление и обсуждение реакций переноса. 4. Выявление и проработка детского психотравмирующего опыта, отреагирование.
6 этап. Анализ и проработка личных проблем и выявление ресурсов	1. Анализ последствий, вытекающих из базисных посылок, для жизни и отношений с людьми. 2. Переформулирование базисных посылок.	1. Составление «копилки» проблем, переформулированных в терминах внутренней жизни. 2. Составление «копилки» ресурсов. 3. Увязывание актуальных проблем с более широким жизненным контекстом. 4. Проработка личных проблем.

На первом – *информационно-мотивирующем* – этапе мы знакомим больных с моделью психологических механизмов их заболевания, что соответствует используемой в когнитивной терапии процедуре «презентации модели». Мы рассказываем о принципе реципрокных отношений между психологическим и физиологическим компонентами эмоций (чем меньше эмоция осознана и переработана на психологическом уровне, тем сильнее выражен ее физиологический компонент в виде различных неприятных

телесных ощущений и вегетативных дисфункций), а также о принципе «порочного круга» (действующего по схеме: неприятные эмоции слабой интенсивности – телесный дискомфорт – фокусировка внимания на нем – мысли тревожного содержания – усиление отрицательных эмоций – усиление телесного дискомфорта) (Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогорова, 1996). Кроме того, мы информируем больных об общих законах эмоциональной жизни (непрерывность, потенциальная осознаваемость, выражаемость и управляемость эмоций) (Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогорова, 1996а) и рассказываем о последствиях нарушений правил эмоциональной психогигиены для физического и психического здоровья. Затем мы знакомим больных с методом групповой терапии (презентация модели помощи), развивающим самопонимание и понимание других и на этой основе способность к регуляции своих состояний и отношений с другими людьми.

Уже на первом информационном занятии мы стараемся создать предпосылки для атмосферы доверия и открытости, делая первые шаги по снятию страха и стыда, связанных с диагнозом «невроз» (информируем пациентов о распространенности неврозов, об их культуральных источниках, приглашаем выздоровевших больных, которые открыто рассказывают о своем опыте болезни и лечения). Таким образом, делается первый шаг к установлению рабочего альянса через осознание больными целей, которые ставит перед ними психотерапевт.

Результатом первого этапа является пробуждение интереса к психологическому аспекту жизни и повышение готовности к психологической работе, расшатывание мифа о чисто соматической природе заболевания.

На этапе *тренинга в осознании и выражении эмоций* главная задача состоит в развитии соответствующих навыков. Предварительно мы проделываем специальную групповую работу по изменению негативной установки по отношению к эмоциям (развенчание культуральных мифов, первичная конфронтация с базисной культуральной посылкой «чувствовать опасно»). Введение этого этапа представляет собой отход от традиционной схемы КТ, где после представления модели сразу следует работа с когнитивными аспектами эмоций (например, регистрация автоматических мыслей). В результате специальных упражнений и вопросов больные начинают понимать собственные трудности в осознании и выражении чувств как проблему. Именно эти трудности делают невозможной работу с когнитивными компонентами эмоций. Поэтому мы вводим специальный этап, направленный на развитие навыков маркировки эмоций через расширение эмоционального словаря больных и фокусировку их внимания на модусе переживаний, а также навыков дифференцировки различных эмоций в сложной гамме чувств с помощью приемов озвучивания, дублирования эмоций и т.д.

Работа на этом этапе происходит по принципу «здесь-и-теперь», то есть маркируются и выражаются эмоции, возникающие в процессе специальных упражнений и спонтанных взаимодействий в группе. Параллельно происходит обучение адекватным формам обратной связи, что также не

относится к когнитивным формам групповой работы, а больше соответствует психодинамическим. Необходимость установления рабочего альянса подчеркивается и когнитивно-бихевиоральными, и психодинамическими терапевтами, хотя само понятие происходит из психоанализа. Мы пытаемся соединить «совместное экспериментирование» как основу альянса в КТ и строгость сеттинга, безоценочность, санкционирование самораскрытия, заимствованные из психодинамического подхода. Для подготовки более углубленной психодинамической работы психотерапевты отслеживают основные формы сопротивления в виде опозданий, жалоб на скуку или непонимание, а также реакции переноса в виде чрезмерных ожиданий от лидера. Тематические содержания, которые спонтанно всплывают в группе (тема бессилия, общечеловеческой враждебности, противопоставления сильных и слабых), фиксируются с целью последующей проработки.

В результате второго этапа больные входят в лучший контакт со своими чувствами, что может привести к усилению психологических симптомов депрессии и тревоги при уменьшении физиологических жалоб.

Этап тренинга управления эмоциональными состояниями начинается с презентации двух когнитивных моделей дисфункционального эмоционального поведения, условно названных нами «игнорирование» (отрицание самого факта негативных переживаний и фиксация лишь на физических ощущениях) и «индуцирование» негативных эмоций (продуцирование мыслей негативного содержания, усиливающих исходную эмоцию). Модели презентуются в форме терапевтического спектакля, где два терапевта взаимодействуют в ролях «человека» и его «чувства», что облегчает больным узнавание собственных способов обращения со своими эмоциями и идентификацию тех ситуаций, когда возникает такое дезадаптивное поведение (подробнее см. *Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогорова, 1996*). Таким образом, у каждого больного возникает «копилка проблемных ситуаций» и соответствующих им эмоциональных и когнитивных процессов.

В качестве инструмента управления эмоциями предлагается модель когнитивного совладания, включающая навыки: а) маркировки эмоций при их слабой интенсивности; б) дифференциации конкретных эмоций в сложной гамме неясных, трудно вербализуемых чувств дискомфорта, тяжести, напряжения; в) регистрации автоматических мыслей, сопутствующих неприятным переживаниям; г) дистанцирования (разведения своих мыслей и объективной реальности); д) конфронтации с неадаптивными мыслями и развития альтернативной, логики. Все эти шаги по совладанию с тяжелыми эмоциями наглядно демонстрируются в форме диалога между терапевтами, разыгрывающими роли «пациента» и его «чувства». Затем в процессе терапии идет отработка этих навыков с каждым больным.

На этом этапе терапевты не ограничиваются фиксацией сопротивлений, реакций переноса и групповых тем, но и маркируют их для участников группы.



Возросшая способность к самопониманию позволяет, с одной стороны, лучше управлять своими актуальными чувствами, с другой – приводит больных в соприкосновение с ранее отчуждаемым травматическим жизненным опытом и соответствующими тяжелыми переживаниями. Поэтому в результате третьего этапа на фоне общего улучшения состояния и редукции симптоматики нередко отмечается увеличение сопротивления дальнейшей работе – так называемый «эффект бегства в здоровье» (Сандлер, 1993). Презентация модели психодинамического совладания (в первую очередь как процесса осмысления источников актуальных проблем в контексте жизненного опыта) задает больным дальнейшую перспективу работы.

На следующем этапе рефлексивно-позиционного анализа интерпретация и проработка отмаркированного на предыдущем этапе сопротивления как защиты от болезненных переживаний позволяют перейти к более глубокой работе. Проработка позитивного и негативного переносов на терапевтов – идеализации, связанной со сверхожиданиями и агрессии, связанной с разочарованием, – также способствует уменьшению сопротивления, увеличению доверия и создает условия для проработки других переносов в группе (понятие переноса употребляется нами в расширенном понимании – см. *Greenson, 1965*).

Обсуждаемый этап нельзя однозначно отнести ни к одному из двух рассматриваемых подходов, хотя психодинамические задачи здесь выходят на первый план. Роль рефлексии в лечении явно подчеркивается в когнитивном понятии «дистанцирования» (*Beck, 1976*) и в утверждении Фрейда (1933), что для успешного лечения необходимо, чтобы пациент наблюдал за собой как бы со стороны, как за другим человеком. Однако роль рефлексии как самостоятельного механизма саморегуляции и внутренних изменений, включающего остановку, фиксацию внешнего или внутреннего действия и дистанцирование от него (*Aleksejev, 1986*) с целью осмысления его в более широком контексте (например, альтернативных возможностей, ценностей), как нам кажется, недостаточно оценена и изучена.

На этом этапе групповой работы уже накоплен достаточный материал в виде различных индивидуальных и межличностных проявлений, периодически всплывающих групповых тем, которые становятся предметом анализа и осмысления. Задача терапевта – стимулировать собственную рефлексивную участников, давая минимум интерпретаций. Работа направлена на осознание своей позиции в группе (а значит, и в жизни) и вытекающих из нее проблем. Одним из важных приемов в этой работе является использование социометрических шкал (например, доверия – недоверия, интернальности – экстернальности и т.д.), на которых каждый находит свое место с последующим обсуждением выборов. Кроме того, каждому предлагают заполнить таблицу, в которой он сопоставляет себя по позиции с другими членами группы (похож – не похож, в чем именно различия). Следующий шаг – анализ последствий, вытекающих из той или иной позиции для процесса терапии и для жизни. Важным итогом является понимание связи

своих проблем с занимаемой позицией. Основным источником в осознании позиции и проблем является групповая обратная связь. Проиллюстрируем все это на примере. В процессе социометрии выявляется связь позиции «наблюдатель» с такими внутренними проблемами как дефицит доверия, враждебность, нормативность. Обратная связь помогает понять те чувства, которые эта позиция вызывает у других людей (недоверие, отчужденность), а затем, в свою очередь, вскрываются вытекающие из нее последствия для процесса терапии (невозможность проработать собственные проблемы) и для жизни (отсутствие близких доверительных отношений и одиночество).

Традиционная когнитивная задача выявления и формулировки базисных посылок и анализа их последствий хорошо согласуется с задачей выявления позиции, так как позиция включает два важнейших аспекта: 1) внутренний или ценностный – стоящая за той или иной позицией жизненная философия, фактически отражающаяся в базисных послылках; 2) внешний или поведенческий – конкретные поступки и действия, интеракции с другими людьми. Иными словами, «позиция» понимается нами как жизненная философия в действии.

В той мере, в какой человек осознает собственную жизненную философию, и, соответственно, сознательно выбирает ее, он свободен и в выборе своей позиции. Позиция является поведенческим стереотипом, который владеет человеком, если ее осознание и свободный выбор отсутствуют. Осмысление позиции в плане последствий для жизни дает человеку возможность пересмотреть ее и сознательно принять или отвергнуть и попытаться выработать другую, т.е. происходит сознательное жизненное самоопределение.

При глубинной работе самоопределение происходит не только в плане поведенческих поверхностных изменений (поддерживать контакты или изолироваться), но и в экзистенциальном плане (доверять людям или видеть в каждом потенциального конкурента). Это решение во многом зависит от тех реальных отношений, которые складываются в группе. Для нового самоопределения необходим новый межличностный опыт, что согласуется с психодинамическими принципами. Поэтому успех терапии во многом зависит от того, насколько искренние и подлинные отношения складываются в группе, насколько терапевт не замалчивает острых тем и проблем и сензитивен к происходящему в группе, но при этом способен оказать необходимую поддержку. Именно этот аспект лечения традиционно упускается в когнитивном подходе, акцентирующем роль интеллектуальных процессов и явно недооценивающим терапевтическую роль возникающих «здесь-и-теперь» принципиально новых межличностных отношений с терапевтом и другими участниками группы. Новое самоопределение, изменение жизненной позиции не может иметь чисто рациональную основу, так как затрагивает глубинные установки личности, экзистенциальную основу ее существования. Трудно представить себе, что доверие к миру восстанавливается рационально-волевым усилием и пристальным анализом

реальности со всеми аргументами «за» и «против». Крайний рационализм А.Эллиса (*Mahoney, 1988*) представляет собой пример такого подхода.

Итак, результатом четвертого этапа является осознание собственной позиции и ее последствий и подведение пациентов к необходимости сознательного переопределения.

На следующем этапе мы обращаемся к психоаналитической категории прошлого опыта (*early experiences*). Необходимым условием глубокой внутренней перестройки является проработка прошлого опыта не только в плане отреагирования психотравмировавших событий, но и в плане его осмысления и интеграции (прошлое надо оплакать и осмыслить). Отметим, что в современной когнитивной психотерапии используются техники «оживления детских переживаний» (*Beck, Freeman, 1990*), что еще раз подтверждает тенденцию смыкания когнитивной психотерапии с психодинамическим подходом. Работа на этом этапе является достаточно традиционной: выявление родительских программ, требований, ожиданий, семейных мифов и ценностей, анализ реакций переноса, проработка детского психотравмирующего опыта, катартическое отреагирование. Терапевты побуждают больных открыто и полно выражать свои тяжелые чувства.

В плане когнитивных задач эта работа позволяет выявить источники возникновения дисфункциональных базисных посылок.

На этапе анализа и проработки личных проблем и выявления ресурсов составляются индивидуальные «копилки» проблем, переформулированных в терминах внутренней жизни: вместо первоначального «у меня дрожь и сердцебиение» – «мне трудно доверять людям», вместо «муж ко мне невнимателен» – «я очень много требую от других и часто обижаюсь», вместо «я чувствую физическое истощение» – «меня губят чрезмерно высокие требования к себе, парализующие мою активность». Параллельно происходит выявление ресурсов, необходимых для решения сформулированных проблем.

На основе результатов предшествующего этапа происходит увязывание актуальных проблем с семейным и жизненным контекстом, что облегчает принятие собственных проблем и снимает чувство вины за их существование.

Наконец, терапия завершается фактически бихевиоральным тренингом новых способов поведения; ставится задача расширения поведенческого репертуара, моделирования и отработки новых, более эффективных способов поведения и их апробации в жизни.

В данной статье мы попытались показать возможность соединения когнитивного и психодинамического подходов, что совпадает с уже существующими в психотерапии тенденциями. Такое соединение представляется нам особенно важным при работе с пациентами, испытывающими трудности осознания и вербализации чувств (а число таких пациентов не ограничивается кластером соматоформных расстройств, поскольку эти трудности отражают общие культуральные патогенные

тенденции). Когнитивный этап служит здесь естественной предпосылкой для более глубокой психодинамической работы.

## ЛИТЕРАТУРА

- Выготский Л.С. (1984)* Проблема умственной отсталости. Собрание сочинений, т.5, с.231-256.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. (1994)* Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками (теоретико-экспериментальное обоснование подхода). Московский психотерапевтический журнал, 2, с.29-48.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. (1996)* Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками (практическая реализация подхода), с.59-72.
- Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. (1983)* Смысловая регуляция решения творческих задач. В кн.: Исследования проблем психологии творчества, Москва, Наука.
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Е., Мазур Е.С. (1989)* Саморегуляция в норме и патологии. Психологический журнал, 2, с.12-24.
- Изард К. (1980)* Эмоции человека, Москва, МГУ.
- Леонтьев А.Н.(1977)* Деятельность, сознание, личность. Москва, Политиздат.
- Рубинштейн С.Л.. (1946)* Основы общей психологии, Москва, Наука.
- Сандлер Дж. (1993)* Пациент и психоаналитик. Воронеж, Модек 11.
- Холмогорова А.Б.,Гаранян Н.Г. (1996а)* Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни. Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 1, с.7-14.
- Фрейд З. (1920)* Печаль и меланхолия. Одесса.
- Adorno T.W.(1984)* The Authoritarian Personality. Science editions, New York.
- Aleksejev N.G. (1986)* Reflection and routine patterns of thinking. In: Proceedings of the first Finish-Soviet symposium on creativity (Moscow, October 11-17, 1982) (Ponomarev Y.A., Saarinen P. eds.), Helsinki, p.39-44.
- Asper K. (1986)* The abandoned child within (on losing and regaining self-worth), From International Publishing Corporation, New-York.
- Bagby R.M., Parker J.D., Taylor G.H. (1994)* The twenty-item Toronto Alexithymia scale-1. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic research 38,1: 23-32.
- Beck A.T.* Depression: clinical, experimental and theoretical aspects, 1967, Harper and Row, New-York.
- Beck A.T. (1984)* Cognitive psychotherapy and emotional disorders. American book. New York.
- Beck A.T. (1993)* Cognitive therapy: past, present and future. J-l of consulting and clinical psychology, v.61, p.194-198.
- Beck A.T., Freeman T.S.(1990)* Cognitive Therapy of Personality disorders. The Gilford Press, New York, London.
- Butollo W., Hoflig Z.(1984)* Behandlung chronischer Angste und Phobien. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Clerman G.L. (1993)* New applications of interpersonal psychotherapy. Am. Psych. Press, NewYork.

- Cohen K., Auld F., Breaker H. (1994)* Is Alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? *Journal of Psychosomatic Resarch* 38,2: p.119-127.
- Cottraux J., Mollard E.* Cognitive therapy of phobias. In: *Cognitive therapy (theory and practice)* (ed. C.Perris et al.), 1988, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-London, p.179-197.
- Covi L., Roth D.M., Pattison J.H., Lipman P.S. (1988)* Group cognitive-behavioral Therapy of Depression. In: Perris C., Blackburn J.M., Perris H. (Eds) *Cognitive Psychotherapy. Theory and Practice*. Springer Verlag, London-Paris-Berlin-New York, p.198-223.
- Cremerius J. (1995)* Die Zukunft der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Dobson K.S. (1988)* Present and future of cognitive-behavioral therapies. In: *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (ed.K.Dobson), Guilford Press, New York, p.357-414.
- Duhrssen A.* Die «Kognitive Wende» in der verhaltens therapie – eine brücke zur psychoanalyse. 1985, *nervenarzt*, vol. 56, c.479-485.
- Ellis A. (1977)* The basic clinical theory of rational-emotive. In: *Handbook of rational-emotive therapy* (ed.A.Ellis and H.Greiger), Springer, New York.
- Ellis A. (1979)* The theory of rational-emotive therapy. In: *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (A.Ellis and J.Whitely), Springer, New York.
- Engel G.L. (1977)* The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196; 129-136.
- Freud S. (1933)* New introductory lectures on psychoanalysis. Standart Edition, 22, London: Hogarth Press.
- Greenson R.R. (1965)* The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, p.155-181.
- Guidano V., Liotti G. (1983)* Cognitive processes and emotional disorders. Guilford, New York.
- Guidano V. (1988)* A systems, process-oriented approach to cognitive therapy. In: *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (ed. K.Dobson), Guilford Press, New York, p.307-357.
- Jones E., Steven M. (1993)* Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioural therapies, *J-l of clinical and consulting*, v.61, 2, p.306-316.
- Lasarus R.S. (1968)* Emotionen und Adaption: conceptual and empirical relations. In: Arnold W.J. (Ed) *Nebraska Symposium on Motivation*.
- Liotti G.* Attachment and cognition: A guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy. In: *Cognitive psychotherapy: theory and practice* (ed. C.Perris), 1988, p.62-80.
- Lipowsky J. (1989)* Somatisation: its Definition and Concept. *American Journal of Psychiatry* 147,7: p.521-527.
- Mahoney M.J., Thoresen G. (1974)* Self-control aplications: behavioral programming. In: *Self control: Power to person* (eds. M.J.Mahoney, G.Thoresen).

- Mahoney M.J., Arnkoff D. (1978)* Cognitive and self control therapies. In: Handbook of psychotherapy and behavior change (eds. S. Garfield and A.Bergin), Wiley, New York.
- Mahoney M.J. (1983)* The cognitive science and psychotherapy: patterns in a developing relationship. In: Handbook of cognitive-behavioral therapies (ed. K.Dobson), Guilford Press, New York, p.357- 387.
- Mahoney M.J. (1993)* Introduction to special section: Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. L-1 of consulting and clinical psychology, vol. 61, N 2, p.187-193.
- Meichenbaum D.* Cognitive behavior, modification. 1977. Plenum. New-York.
- Neimeyer (1993)* An appraisal of constructivist psychotherapies. J-1 of consulting and clinical psychology, v.61, N 2, 221-234.
- Nemiach J.C., Sifneos P.E. (1970)* Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill O.W. (Ed) Modern Trends in psychosomatic Medicine. Butterworth, London.
- Perris C.* The foundations of cognitive psychotherapy and its standing in relation to other therapies, in: Cognitive psychotherapy: theory and practice (ed. C.Perris), 1988, p.1-44.
- Robins C., Haynes A.* An appraisal of cognitive therapy, j-1 of consulting and clinical psychology, 1993, vol.61, N 2, 205-214.
- Schachter S.* The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In: Advances in experimental social psychology (ed. L. Bercowitz), 1964, vol.1, New-York.
- Sommer G., Fydrich T. (1989)* Soziale Unterstutzung: Diagnostik, Konzepte, F-SOZU. Tubingen: Dt. Ges. fur Verhaltenstherapie.
- Taylor G. (1989)* Alexythymia: Concept, Measurement and Implication for Treatment. American journal of Psychiatry 141, 6: p.725-732.
- Zaretsky V.K. (1986)* The dynamics of thinking in solving creative tastes. In: Proceedings of the first Finish-Soviet symposium on creativity (Moscow, October 11-17, 1982) (Ponomarev Y.A., Saarinen P. eds.), Helsinki, p.45-52.
- D'Zurilla T. (1988)* Problem solving therapies. In: Handbook of cognitive-behavioral therapies (ed.K.Dobson), Guilford Press, New York, p.136-167.