

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК:

100 ЛЕТ А.Т. БЕКУ —

**ВЫДАЮЩЕМУСЯ ПСИХОТЕРАПЕВТУ, УЧЕНОМУ,
СОЗДАТЕЛЮ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Лихи Р. —

Терапия эмоциональных схем

Даттилио Ф.М. —

**Когнитивно-бихевиоральные техники
и системная семейная терапия**

Зарецкий В.К., Агеева А.А. —

**Проблема эффективности родительской помощи детям
в ситуациях учебных трудностей с позиций
рефлексивно-деятельностного подхода
и когнитивно-бихевиоральной терапии**

Leahy R. —

Emotional schema therapy

Dattilio F.M. —

Cognitive-behavioral techniques and family system therapy

Zaretsky V.K., Ageeva A.A. —

*Problem of the effectiveness of parental assistance
to children in situations of educational difficulties
from the positions of the reflection-activity approach
and cognitive-behavioral therapy*

3

2021

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 29. № 3 (113) 2021 июль—сентябрь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Специальный выпуск:

100 лет А.Т. Беку — выдающемуся психотерапевту,
ученому, создателю когнитивной психотерапии

Москва
Moscow

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-36580

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
Н.Г. Гаранян, В.К. Зарецкий, Э. Майденберг (США),
Н.А. Польская, Е.В. Филиппова,
А.Б. Холмогорова, П. Шайб (Германия)

Редакторы
М.А. Москачева
О.Д. Тучина

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com
www.cppjournal.ru

Вопросы подписки и приобретения:
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

*Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале
«Консультативная психология и психотерапия»,
допускается только с разрешения редакции*

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной
и клинической психологии, 2021**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 10,6. Тираж 1000 экз.

- ПРЕДИСЛОВИЯ**
- 5 *Бек Дж.С.*
К специальному выпуску журнала, посвященному
100-летию юбилею А.Т. Бека
- 8 *Холмогорова А.Б.*
От главного редактора: предсказания А.Т. Бека
о будущем психотерапии и опыт российских специалистов
- ВЫЗОВЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗОВАНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ:
РЕСУРСЫ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ**
- 24 *Сычев О.А., Гордеева Т.О., Виндекер О.С., Довгер М.А., Титова Граншам В.А.*
Оптимизм и страх заражения как предикторы следования
рекомендациям оставаться дома во время пандемии COVID-19
- РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ ИЗВЕСТНЫМИ
ПОСЛЕДОВАТЕЛЯМИ А.Т. БЕКА**
- 45 *Лихи Р.Л.*
Терапия эмоциональных схем
- 58 *Даттилио Ф.М.*
Когнитивно-бихевиоральные техники и системная семейная терапия
- АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ: НОВЫЕ ТИПЫ РАССТРОЙСТВ —
НОВЫЕ ВЫЗОВЫ ДЛЯ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ**
- 69 *Падун М.А.*
Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий
продолжительной травматизации
- ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: РЕСУРСЫ КОГНИТИВНОЙ
ТЕРАПИИ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**
- 88 *Пуговкина О.Д., Сыроквашина А.Д., Истомина М.А., Холмогорова А.Б.*
Руминативное мышление как когнитивный фактор хронификации
депрессии: определение понятия и валидность инструментария
- 116 *Тучина О.Д., Агбалова Т.В., Шустов Д.И.*
Рефлексия жизненного сценария и связанных с ним бессознательных
убеждений и проекций будущего как фактор длительности ремиссии
при синдроме зависимости от алкоголя у мужчин
- 140 *Сиснева М.Е.*
Интеграция ресурсов системного подхода М. Спивака,
когнитивно-бихевиоральной терапии и культурно-исторической
психологии в решении задач реформирования психоневрологических
интернатов в России
- МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ:
ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В КОНТЕКСТЕ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ**
- 159 *Зарецкий В.К., Агеева А.А.*
Проблема эффективности родительской помощи детям в ситуациях
учебных трудностей с позиций рефлексивно-деятельностного подхода
и когнитивно-бихевиоральной терапии
- СОБЫТИЯ**
- 180 *Ковпак Д.В.*
11-й конгресс Международной ассоциации когнитивно-поведенческой
терапии (IACBT-CONGRESS – 2024) 26–29 июня 2024 года

	FOREWORDS
5	<i>Beck J.S.</i> To the special issue devoted to A.T. Beck's 100 TH birthday
8	<i>Kholmogorova A.B.</i> From the editor: A.T. Beck's predictions as to the future of psychotherapy and russian specialists' experience
	CHALLENGES FOR HEALTH AND EDUCATION DURING THE PANDEMIC: RESOURCES OF COGNITIVE THERAPY
24	<i>Sychev O.A., Gordeeva T.O., Vindeker O.S., Dovger M.A., Titova Grandchamp V.A.</i> Optimism and fear of infection as predictors of observing stay-at-home recommendations during COVID-19 pandemic
	COGNITIVE THERAPY REFINEMENT BY A.T. BECK'S FAMOUS FOLLOWERS
45	<i>Leahy R.L.</i> Emotional schema therapy
58	<i>Dattilio F.M.</i> Cognitive-behavioral techniques and family system therapy
	ANALYTICAL REVIEWS: NEW TYPES OF DISORDERS — NEW CHALLENGES FOR COGNITIVE THERAPY
69	<i>Padun M.A.</i> Complex PTSD: psychotherapy of prolonged traumatization
	EMPIRICAL STUDIES: RESOURCES OF COGNITIVE THERAPY IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AND TREATMENT OF CHRONIC MENTAL DISORDERS
88	<i>Pugovkina O.D., Syrokvashina A.D., Istomin M.A., Kholmogorova A.B.</i> Ruminative thinking in chronic depression: concept and validity of measures
116	<i>Tuchina O.D., Agibalova T.V., Shustov D.I.</i> Reflecting on life script, related unconscious beliefs, and future projections as a factor of remission duration in male patients with alcohol dependence
140	<i>Sisneva M.E.</i> Integrating resources of M. Spivak's systemic approach, cognitive-behavioral therapy and cultural-historical psychology in addressing challenges of reforming residential institutions for psychiatric patients in Russia
	METHODOLOGICAL ISSUES OF PSYCHOTHERAPY: EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL HELP IN THE CONTEXT OF DEVELOPMENTAL THEORY
159	<i>Zaretsky V.K., Ageeva A.A.</i> Problem of the effectiveness of parental assistance to children in situations of educational difficulties from the perspectives of the reflection-activity approach and cognitive-behavioral therapy
	EVENTS
180	<i>Kovpak D.V.</i> The 11 th congress of the International Association for Cognitive-Behavioral Therapy (June 26–29, 2024)

ПРЕДИСЛОВИЯ FOREWORDS

К СПЕЦИАЛЬНОМУ ВЫПУСКУ ЖУРНАЛА, ПОСВЯЩЕННОМУ 100-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ А.Т. БЕКА

Для цитаты: Бек Дж.С. К специальному выпуску журнала, посвященному 100-летию юбилею А.Т. Бека // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 5—7.
DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290301>

TO THE SPECIAL ISSUE DEVOTED TO A.T. BECK'S 100TH BIRTHDAY

For citation: Beck J.S. To the special issue devoted to A.T. Beck's 100th birthday. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 5—7. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290301>

Ровно двадцать пять лет назад на страницах этого журнала в специальном выпуске, посвященном когнитивной терапии, были впервые представлены на русском языке главы из книги «Когнитивная терапия депрессий». Открывало этот специальный выпуск предисловие моего отца, доктора Аарона Т. Бека, в котором, обращаясь к российским специалистам, он выразил надежду, что когнитивная терапия будет востребована в России. Он также отметил, что к тому моменту когнитивная терапия развивалась уже 30 лет и успела доказать свою высокую эффективность для лечения большого количества психических расстройств. Сегодня список расстройств, для которых разработаны и доказаны теоретические модели и эффективные техники помощи,

основанные на его когнитивной модели, охватывает практически всю классификацию психических расстройств.

Действительно, в течение последних 25 лет когнитивная терапия превратилась в наиболее широко распространенный научно обоснованный психотерапевтический подход к лечению психических расстройств. В результате ее развития возникли новые терапевтические стратегии и техники, которые постоянно совершенствуются за счет обширных исследований. Когнитивная терапия успешно применяется в самых разных форматах лечения и доказала свою эффективность в работе с разными группами населения и культурами по всему миру.

По мере роста популярности когнитивной терапии или когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ), как ее сейчас называют, разрабатывались и апробировались научно обоснованные психотерапевтические методы «третьей волны», такие как терапия принятия и ответственности (Acceptance and Commitment therapy), диалектическая поведенческая терапия (Dialectical Behavior Therapy) и когнитивная терапия, основанная на майндфулнесс (Mindfulness-Based Cognitive Therapy). В своей некоммерческой организации — Институте когнитивно-бихевиоральной психотерапии Бека (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy) — мы внедряем техники различных научно-обоснованных психотерапевтических методов, включая вышеперечисленные, в когнитивно-бихевиоральную терапию и во все наши учебные программы, которые в настоящее время все проходят в виртуальном пространстве. Лечение всегда начинается с когнитивной концептуализации случая, а техники подбираются на основе полученной индивидуальной формулировки случая. При выборе интервенций мы учитываем не только трудности и проблемы клиентов, но и их сильные стороны и ресурсы. Мы все чаще обнаруживаем, что внимание к устремлениям клиентов помогает формулировать значимые цели лечения и создает у клиентов мотивацию для выполнения терапевтической работы. Сейчас в самом начале лечения мы часто просим клиентов рассказать о наиболее благополучном периоде их жизни. Эта информация может задать ресурсную картину, указывающую на желаемый для клиента результат терапии.

Изучение КБТ — это труд длиною в жизнь. Мой личный подход к лечению постоянно развивался с течением времени вместе с новыми исследовательскими данными, и особенно в последние пять лет, когда мой отец и наши коллеги из Бек Института познакомили меня с когнитивной терапией, ориентированной на восстановление (Recovery-Oriented Cognitive Therapy). КБТ — это постоянно развивающаяся область, поскольку исследователи по всему миру адаптируют методы лечения для различных групп населения и разрабатывают новые модели лечения, чтобы сделать когнитивно-бихевиоральную терапию

доступной для тех, кто в ней больше всего нуждается. Чтобы гарантировать соответствие своей личной практики результатам современных исследований, добросовестные когнитивные терапевты совершенствуют свои знания общих теоретических моделей психопатологии и проходят постоянное повышение квалификации в КБТ, куда входит обучение супервизии, построенной на анализе терапевтических сессий.

Мне особенно приятно осознавать, что за прошедшие четверть века когнитивная терапия получила широкое признание и распространение в России. Российские когнитивные терапевты создали собственные национальные ассоциации и качественные учебные программы; многие российские коллеги стали членами международных ассоциаций и активными участниками интернациональных конгрессов. Я очень рада, что следующий конгресс IACR в 2024 году планируется провести в Санкт-Петербурге. Корни семьи Беков — в России, и так знаменательно и символично, что такое важное международное событие, связанное с когнитивной терапией, которое собирает сотни участников со всего мира, произойдет именно там.

*Джудит С. Бек, PhD.
Президент Института когнитивно-поведенческой
психотерапии Бека, клинический профессор
психологии в психиатрии Пенсильванского университета*

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: ПРЕДСКАЗАНИЯ А.Т. БЕКА О БУДУЩЕМ ПСИХОТЕРАПИИ И ОПЫТ РОССИЙСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Для цитаты: Холмогорова А.Б. От главного редактора: предсказания А.Т. Бека о будущем психотерапии и опыт российских специалистов // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 8—23. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290302>

FROM THE EDITOR: A.T. BECK'S PREDICTIONS AS TO THE FUTURE OF PSYCHOTHERAPY AND RUSSIAN SPECIALISTS' EXPERIENCE

For citation: Kholmogorova A.B. From the editor: A.T. Beck's Predictions as to the Future of Psychotherapy and Russian Specialists' Experience. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* = *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 8—23. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290302>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Предисловие к данному юбилейному выпуску мы начинаем с теплых поздравлений и выражения благодарности за огромный и судьбоносный для многих людей вклад в развитие мировой психотерапии доктору Аарону Беку, юбилей которого отмечается в этом году.

От имени всей редколлегии хочу также выразить глубокую благодарность за любезное согласие написать предисловие к этому номеру журнала дочери профессора Аарона Бека — Джудит Бек — широко известному специалисту в области когнитивной психотерапии, директору знаменитого Бек-Института — учреждения с очень высокими стандартами обучения, подготовившего за годы своего существования сотни профессионалов из разных стран мира. Не могу не вспомнить и тот теплый прием, который был оказан Джудит и сотрудниками института двум первым стипендиаткам из Восточной Европы, когда в труд-

ном для России 1998 году мы вместе с Натальей Георгиевной Гаранян прилетели в Филадельфию для бесплатного обучения в этом замечательном центре.

Также редакция сердечно благодарит наших американских коллег Франка Даттилио и Роберта Лихи — классиков когнитивной психотерапии, чьи книги переведены на многие языки, включая русский, за подготовку специально для нашего журнала статей, посвященных направлениям когнитивной психотерапии, которые они разрабатывают на протяжении многих лет.

Позволю себе немного истории. Ровно 25 лет назад, в 1996 году был опубликован специальный выпуск нашего журнала, посвященный мало знакомому на тот период российским специалистам подходу — когнитивной психотерапии. Редакторами спецвыпуска были клинические психологи Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогорова. Они же получили разрешение на публикацию в этом выпуске отдельных глав книги «Когнитивная терапия депрессий» у самого автора — профессора А. Бека, который также согласился написать предисловие к спецвыпуску 1996 года¹. Предисловие, в котором он тепло обращается к российским специалистам и указывает на российские корни своей семьи, поражает скромностью создателя когнитивной терапии, тогда уже приобретающей все большее международное влияние. Так, тремя годами ранее в программной статье «Когнитивная психотерапия: прошлое, настоящее и будущее» проф. А. Бек писал: «I conclude that cognitive therapy has fulfilled the criteria of a system of psychotherapy by providing a coherent, testable theory of personality, psychopathology, and therapeutic change; a teachable, testable set of therapeutic principles, strategies, and techniques that articulate with the theory; and a body of clinical and empirical data that support the theory and the efficacy of the theory»².

Уверена, что открытость для других взглядов и позиций, уважение к ним, как важная личностная черта доктора А. Бека, сыграли не менее важную роль в стремительном росте влияния когнитивной терапии, чем глубокое научное обоснование и тщательная проверка на эффективность ее методов. Его способность к объединению усилий своих последователей и к поддержке новых конструктивных идей стала важной основой для создания мощного профессионального сообщества ученых и практиков.

¹ Консультативная психология и психотерапия. Спецвыпуск по когнитивной терапии. 1996. Том 4. № 3.

² Beck A. Cognitive Therapy: Past, Present, and Future // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1993. Vol. 61(2). P. 194—198.

И вот, спустя четверть века после знакомства российских специалистов с когнитивной терапией, мы можем сказать, что такое сообщество возникло и развивается и в России. Об этом свидетельствует тот отрядный факт, что 11-ый конгресс наиболее многочисленного международного сообщества когнитивных терапевтов Международной ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (IACBT) планируется провести в России в Санкт-Петербурге 26—29 июня 2024 года. Информация об этом приводится в конце данного спецвыпуска в анонсе конгресса, который специально для нашего журнала подготовил президент Российской Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии Д.В. Ковпак.

Еще 30 лет назад многое было неясно с будущим терапии вообще и когнитивной терапии — в частности. В одной из статей того времени Аарон Бек вместе с профессором Американского университета в Вашингтоне Дэйвом Хаагой попытались дать прогноз, в каком направлении будет происходить развитие психотерапии, и сделали пять следующих предсказаний относительно ее будущего: 1) столкновение с проблемой соотношения методов, специализирующихся на отдельных расстройствах, и трансдиагностических подходов; 2) неуклонный рост требований к научной обоснованности и экономичности; 3) все большее смыкание и пересечение разных школ и подходов; 4) рост разнообразия форм проведения психотерапии; 5) возрастание ее связи с базовыми психологическими науками³.

Рассмотрим коротко каждое из этих предсказаний и соотнесем с современным положением дел и опытом российских специалистов. Раскрывая **первое предсказание**, авторы критикуют все большее дробление диагностических единиц в классификациях психических расстройств, подчеркивая, что высокая коморбидность многих расстройств свидетельствует об общих генетических и психологических факторах, которые к ним предрасполагают. Соответственно, они ожидают в будущем рост количества исследований, выделяющих трансдиагностические факторы психических расстройств, включая когнитивные факторы. Это предсказание полностью оправдалось, и в данном выпуске это направление исследований будет представлено статьей О.Д. Пуговкиной с соавторами, посвященной руминациям, которые из статуса фактора хронификации депрессии постепенно переходят в статус трансдиагностического фактора психической патологии. При этом в статье показано, что для развития представлений о нарушениях мышления, включая как специфические, так и трансдиагностические механизмы, необходима психологическая

³ Beck A. T., Haaga D. The future of cognitive therapy // Psychotherapy Theory Research and Practice. 1992. Vol. 29(1). P. 34—38.

теория нормального развития и функционирования мышления (смотри пятое предсказание).

Второе предсказание касается включения психотерапии в пакет рекомендуемых методов лечения сервисами психического здоровья и неизбежного запроса страховых компаний на сравнительные доказательные исследования эффективности и экономичности разных подходов для разных расстройств. Авторами отмечается также, что на тот момент получено уже достаточно доказательных данных об эффективности когнитивной терапии (КТ) депрессий, но требуется дальнейшее проведение исследований для обоснования ее эффективности и экономичности при лечении других расстройств. В настоящее время имеется большое количество метаанализов, доказывающих эффективность КТ для широкого спектра психических расстройств. В одной из статей этого номера показана роль когнитивной психотерапии для понимания механизмов и лечения сравнительно недавно выделенной диагностической единицы со специфическими факторами-предикторами. Это статья М.А. Падун о так называемом комплексном посттравматическом расстройстве.

Еще одна статья данного выпуска касается описания и предварительной оценки эффективности программ комплексной реабилитации пациентов, проживающих в психо-неврологических интернатах (ПНИ). В настоящее время в России происходит очень значимое для всей системы здравоохранения и социальной защиты событие — идет реформа ПНИ. В статье М.Е. Сисневой — клинического психолога, принимающего самое непосредственное участие в реализации реформы и разработке программ психосоциальной реабилитации психически больных, проживающих в ПНИ, описаны применяемые методы реабилитации и данные предварительной оценки их эффективности. Автор опирается на уже имеющиеся данные о доказанной эффективности комплексной реабилитации, включающей методы когнитивной терапии, для наиболее тяжелого контингента пациентов с хроническими психическими расстройствами. Такие исследования служат важным дополнительным обоснованием необходимости реформ ПНИ, проживание в которых связано не только с неблагоприятными гуманитарными последствиями в виде социальной изоляции людей, но и с большими и ничем не оправданными расходами. М.А. Сиснева также соотносит принципы и методы работы с этими пациентами с новым направлением когнитивной психотерапии, которое было инициировано самим А. Беком — Recovery Oriented Cognitive Therapy (CT-R) — когнитивной терапией, ориентированной на восстановление⁴.

⁴ *Beck A.T., Finkel M.R., Beck J.S. The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions // Cognitive Therapy Research. 2021. Vol. 45. P. 391—400. doi.org/10.1007/s10608-020-10098-0*

Третье предсказание А. Бека и Д. Хааги связано с широко дискутируемой во время написания ими статьи возможностью создания так называемой Общей психотерапии, интегрирующей лучшие достижения различных подходов. Именно так, кстати, «Общая психотерапия», называлась книга известного швейцарского ученого, исследователя психотерапии Клауса Граве, вышедшая тоже в 1990-х годах, но несколько позже⁵ (Grave, 1999). А. Бек и Д. Хаага подчеркивают, что если такое поглощение когнитивной терапии и произойдет, то интегрированы должны быть, в первую очередь, мишени и методы работы с когнициями, а также принципы коллаборативного эмпиризма, т. е. сотрудничества клиента и психотерапевта, направленного на проверку и оценку адекватности и полезности системы убеждений и стратегий поведения клиента. Авторами допускается также учет рекомендаций со стороны коллег из психодинамического лагеря относительно полезности интеграции когнитивной психотерапии с интерперсональными подходами и использования отношений терапевта и клиента в ходе терапии как модели для проверки и перестройки убеждений клиента. Такой интегративный подход был разработан и апробирован нами совместно с Н.Г. Гаранян в 1990-е годы в работе с соматоформными расстройствами⁶. Работа с отношениями в диаде клиент—психотерапевт является также частью схема-терапии, которая сейчас бурно развивается в России, и в сентябре этого года состоялась международная конференция по схема-терапии, которая впервые проходила в Москве. Следует также отметить, что в настоящее время интеграция психодинамического и когнитивного подходов происходит во многом стихийно в работе представителей обоих подходов. Таким образом, и третье предсказание А. Бека о будущем психотерапии сбывается.

Полностью сбылось **четвертое предсказание** А. Бека и Д. Хааги относительно того, что доминирующий тогда формат очной терапии по 50 минут раз в неделю обязательно будет дополнен другими форматами, включая дистанционное консультирование, компьютерные технологии, психообразовательные материалы. Действительно, пандемия ускорила и без того активно развивающийся процесс внедрения дистанционных форм психотерапии в разных форматах. Этот процесс закономерно вызывает тревогу у многих практикующих психотерапевтов, но важно подчеркнуть и один из его позитивных моментов — он делает доступной психологическую по-

⁵ *Grawe K. Allgemeine Psychotherapie: Leitbild fuer eine empiriegeleitete psychologische Therapie. Allgemeine Psychotherapie // Integrative Ansaetze / Eds. R. Wagner, P. Becker. Goettingen, Hogrefe, 1999. P. 117—167.*

⁶ *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств // Консультативная психология и психотерапия. 1996. № 3. С. 112—163.*

мощь все большему кругу людей, которые в ней нуждаются. Как показано авторами одной из статей данного спецвыпуска О.А. Сычевым и соавт., в ситуации вынужденной изоляции во время пандемии многие люди испытывают значительные психологические трудности и нуждаются в самых различных форматах психологической поддержки. При этом авторы показали, что именно предложенный в свое время А. Беком в качестве фактор-протектора психического здоровья реалистичный оптимизм позволяет предсказывать поведение и самочувствие людей во время самоизоляции.

Наконец, **пятое предсказание** касается необходимости установления более тесной связи между психотерапией и базовыми психологическими дисциплинами. Наиболее важными для психотерапии среди таких дисциплин, на наш взгляд, являются теория развития и теория мышления и его рефлексивной регуляции. В статье О.Д. Тучиной с соавторами показана важная роль современных концепций проспективного мышления и его рефлексивной регуляции в исследовании психологических механизмов, позволяющих прогнозировать длительность ремиссии у пациентов с зависимостью от алкоголя.

Традиционно когнитивная терапия опиралась на представления когнитивной психологической науки о развитии когнитивных функций в онтогенезе, в том числе на модель Ж. Пиаже. Позднее для объяснения появления ранних малоадаптивных схем Дж. Лиотти была привлечена модель привязанности Дж. Боулби, показавшего, как отношения со взрослыми на самых ранних этапах развития закладывают «рабочие модели» отношений с миром и людьми в зрелом возрасте.

На наш взгляд, большим потенциалом для дальнейшей разработки и оптимизации психотерапевтических подходов обладает также культурно-историческая концепция развития высших психических функций Л.С. Выготского, основанная на базовой идее совместного, интерперсонального характера становления и развития всех психических процессов у человека. Ее близость многим базовым принципам когнитивной терапии была показана нами в ряде статей⁷.

Тесно связанные с культурно-исторической психологией концепции мышления и его регуляции могут обогатить психологическую теорию, на которую опирается когнитивная психотерапия. Применительно к психической патологии эти концепции развивались знаменитой ди-

⁷ Холмогорова А.Б. Отечественная психология мышления и когнитивная психотерапия // Консультативная психология и психотерапия. 2001. Том 9. № 4. С. 165—182; Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия А. Бека и культурно-историческая психология Л.С.Выготского // Консультативная психология и психотерапия. 2011. Том 19. № 2. С. 20—33.

пломницей К. Левина и сотрудницей Л.С. Выготского Б.В. Зейгарник и ее учениками. Попытки интеграции разработок в области культурно-исторической психологии и психологии мышления с идеями и методами когнитивной терапии содержатся и в статьях настоящего номера.

Представляется, что особенно важными для развития психотерапии являются понятия культурно-исторической психологии, разрабатываемые современными последователями Л.С. Выготского и отраженные в методологических схемах, некоторые из которых я бы хотела представить в заключение своего предисловия в качестве опыта российских специалистов.

Первая схема (рис. 1) касается организации мышления в процессе преодоления и разрешения проблемных ситуаций⁸. Она легла в основу целого цикла исследований организации и динамики мышления при разрешении проблемных ситуаций как здоровыми людьми, так и страдающими различными психическими расстройствами. В статье О.Д. Пуговкиной с соавторами в основе анализа понятия руминации, ставшего объектом острой научной дискуссии в последнее время, лежит именно эта модель; там же рассматриваются некоторые работы из упомянутого цикла. Как видно из рисунка ниже, процесс мышления в этой схеме представлен как движение с переключением по четырем уровням: личностному, рефлексивному, предметному и операциональному. Схема позволяет исследовать и вскрыть механизмы нарушения конструктивного движения, направленное на решение поставленной задачи или возникшей проблемы.

Вторая схема (табл. 1) описывает структуру рефлексивного акта, предложенную еще в XIX веке И.Г. Фихте и модифицированную Н.Г. Алексеевым и В.К. Зарецким для изучения рефлексивной регуляции мышления. Она приводится в сопоставлении с механизмами перестройки мыслительного процесса в классической модели когнитивной терапии А. Бека⁹. Эта схема хорошо иллюстрирует процесс, с помощью которого когнитивный психотерапевт организует рефлекссию в каждой конкрет-

⁸ *Зарецкий В.К., Семенов И.Н.* Логико-психологический анализ продуктивного мышления при дискурсивном решении задач // Новые исследования в психологии. № 1. М., 1979. С. 3—8; *Зарецкий В.К.* Если ситуация кажется неразрешимой. М.: Форум, 2011. 67 с.

⁹ *Холмогорова А.Б.* Отечественная психология мышления и когнитивная психотерапия // Консультативная психология и психотерапия. 2001. Том 9. № 4. С. 165—182; *Холмогорова А.Б.* Когнитивная психотерапия А. Бека и культурно-историческая психология Л.С.Выготского // Консультативная психология и психотерапия. 2011. Том 19. № 2. С. 20—33; *Kholmogorova A.A.* Beck's Cognitive Psychotherapy and L.S. Vygotsky's Cultural-Historical Psychology // Revue Internationale Du CRIRES : Innover Dans La Tradition De Vygotsky. 2017. Vol. 4(1). Pp. 209—218. doi.org/10.51657/ric.v4i1.41005

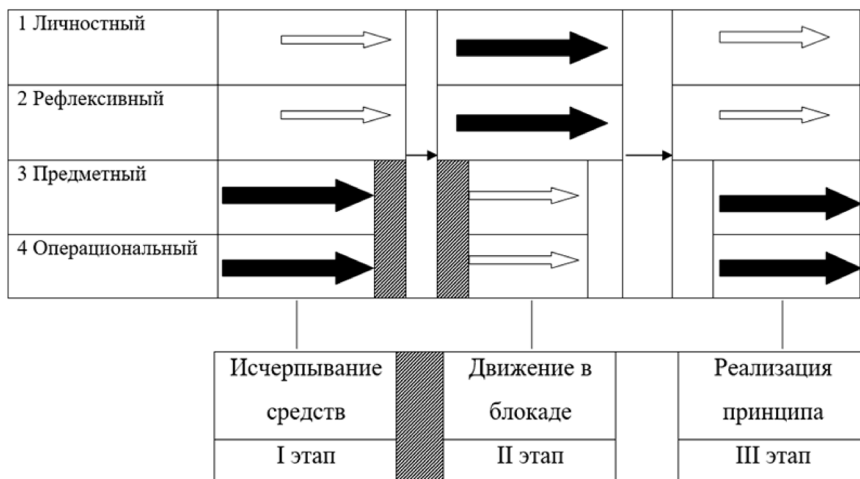


Рис. 1. Структурно-динамическая модель процесса мышления в проблемной ситуации как сбалансированного движения по уровням (Зарецкий, 2011)

ной ситуации, что постепенно приводит к восстановлению нарушенных процессов саморегуляции у пациентов.

Т а б л и ц а 1
Структура рефлексивного акта по Фихте—Алексееву—Зарецкому и схема работы когнитивного психотерапевта (Холмогорова, 2001)

Последовательность шагов в рефлексивном акте	Последовательность приемов работы когнитивного психотерапевта
1. Остановка	Что промелькнуло сейчас в Вашей голове? (What was going through your mind just now?)
2. Фиксация	Формулирование автоматических мыслей
3. Объективация	Оценка автоматических мыслей — работа с собственной мыслью как с объектом
4. Отчуждение	Формулировка альтернативного взгляда
5. Установление отношений	а) соотнесение с другими автоматическими мыслями и выявление убеждений. б) установление отношений между убеждениями и релевантным детским опытом. в) установление отношений между убеждениями и более широким жизненным контекстом (анализ последствий)
6. Изменение оснований мышления	Перестройка дисфункциональных убеждений

ный акт, состоящий из ряда действий, каждое из которых соответствует определенной функции рефлексии: фиксации, объективации, дифференциации, интеграции и, наконец, перестройке содержания мышления и его оснований. Техники, разработанные представителями второй и третьей волны психотерапии, не противопоставляются в ней друг другу, а рассматриваются как совместный обогащенный ресурс для всех специалистов в области когнитивно-бихевиоральной терапии¹⁰. Это соответствует второму предсказанию А. Бека и Д. Хааги о путях развития терапии в направлении все большей интеграции в противовес узкоспециализированным подходам. Именно такая интегративная направленность отличает и предлагаемые в одной из статей данного номера реабилитационные программы для пациентов из ПНИ.

Таблица 2

Формирование разных рефлексивных способностей в направлениях 2-ой и 3-ей волны КБТ (Холмогорова, 2016)

Рефлексивный акт, по Фихте—Алексееву—Зарецкому	КБТ (2-я волна): внутренние действия, которые формирует когнитивный терапевт (СТ)	КБТ (3-я волна): Mindfulness (RAIN): внутренние действия, которые формирует когнитивный терапевт (АСТ, МВСТ, ДВТ)
Остановка мыслей (контрольная функция рефлексии)	What was going through your mind just now? (остановка мыслительного процесса)	Recognition — осознание разнообразного опыта и сосредоточение на нем (observing)
Фиксация мыслей (контрольная функция рефлексии)	Формулирование автоматических мыслей (преодоление избегания)	Acceptance — принятие своего внутреннего опыта (describing)
Объективация мыслей (контрольная функция рефлексии)	Оценка автоматических мыслей — работа с собственной мыслью как с объектом	Investigation — позиция феноменолога, непредвзято описывающего внутренний опыт (безоценочно — nonjudging)
Отчуждение мыслей (дифференцирующая функция рефлексии)	Отношение к мыслям как к гипотезам, формулировка альтернативных идей	Nonidentification — разведение опыта и реальности (cognitive defusion)

¹⁰ Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты?// Современная терапия психических расстройств. 2016. № 2. С. 16—21.

Рефлексивный акт, по Фихте—Алексееву—За-рецкому	КБТ (2-я волна): внутренние действия, которые формирует когнитивный терапевт (СТ)	КБТ (3-я волна): Mindfulness (RAIN): внутренние действия, которые формирует когнитивный терапевт (АСТ, МВСТ, DBT)
Установление отношений между разными мыслительными содержаниями (интегрирующая функция рефлексии — временной аспект)	а) соотнесение с эмоциями, другими автоматическими мыслями и выявление убеждений. б) установление отношений между убеждениями, детским опытом и актуальным жизненным контекстом	а) установление отношений между разными содержаниями внутреннего опыта «здесь и теперь». б) тренировка навыков фокусировки и переключения внимания, расширения осознания
Изменение оснований мышления (конструктивная функция рефлексии)	Перестройка разных неадаптивных убеждений — изменение предметного содержания мыслей и модальности чувств, мешающих конструктивной активности и вовлечению в нее	Перестройка убеждения о необходимости изменений предметного содержания мыслей, модальности чувств и вовлечение в конструктивную активность вопреки деструктивным мыслям и чувствам

Следующая схема (табл. 3) направлена на соотнесение специфики работы консультанта в рамках рефлексивно-деятельностного подхода (РДП) к оказанию помощи по преодолению учебных трудностей (подхода, продолжающего и развивающего традиции культурно-исторической психологии) с работой когнитивно-бихевиорального психотерапевта, оказывающего помощь ребенку в преодолении тяжелого эмоционального состояния в ситуации столкновения с учебными трудностями¹¹. В связи с этим сошлемся еще раз на статью Р. Лихи, специально подготовленную для этого номера и посвященную терапии эмоциональных схем, обогатившей инструментарий когнитивных психотерапевтов в работе с эмоциональной сферой.

А. Бек всегда уделял большое внимание эмпирически обоснованной теории, лежащей в основе технологий психотерапии. Предлагаемая

¹¹ Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Педагогическая, психологическая и психотерапевтическая помощь в процессе преодоления учебных трудностей как содействие развитию ребенка // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 3. С. 33–59. doi:10.17759/cpp.2017250303

Таблица 3

Схема работы консультанта (РДП) с предметным действием и психотерапевта (КБТ) с эмоциональным состоянием и поведением ребенка в процессе преодоления учебных трудностей (модифицированная схема анализа рефлексивного акта, по Фихте—Алексееву—Зарецкому (Зарецкий, Холмогорова, 2017)

Психология мышления в приложении к педагогической деятельности: модифицированная схема рефлексивного акта, по Фихте—Алексееву—Зарецкому	Схема работы консультанта (РДП), направленная на психическое развитие ребенка в процессе перестройки способов работы с определенным содержанием учебного предмета	Схема работы психотерапевта (КБТ), направленная на психическое развитие ребенка в процессе овладения им способами управления своими эмоциями и поведением
1. Остановка действий (мыслей) (Контрольная функция рефлексии)	Что ты сейчас делаешь? (Контрольная функция рефлексии)	Какая мысль (образ) промелькнула в твоей голове, когда ты испытал это чувство? (Контрольная функция рефлексии)
2. Фиксация действий (мыслей) (Контрольная функция рефлексии)	Описание своего действия (Контрольная функция рефлексии)	Формулирование автоматических мыслей (Контрольная функция рефлексии)
3. Объективация действий (мыслей) (Контрольная функция рефлексии)	Анализ действия или работа с собственным действием как с объектом и выявление причин ошибок или трудностей (Контрольная функция рефлексии)	Оценка автоматических мыслей — работа с собственной мыслью как с объектом и выявление искажений или ошибок мышления (Контрольная функция рефлексии)
4. Отчуждение действий (мыслей) (Дифференцирующая функция рефлексии)	Описание своего неверного способа действий в данной задаче и его проблематизация — освобождение от власти неосознаваемого способа (Дифференцирующая функция рефлексии)	Формулировка альтернативного взгляда — освобождение от привычного взгляда на ситуацию и связанного с ним способа эмоционального реагирования и поведения (Дифференцирующая функция рефлексии)
5. Установление отношений между разными действиями (мыслительными содержаниями)	Установление отношений: а) между способом и затруднением или ошибкой;	Установление отношений: а) между мыслями, негативными эмоциями и деструктивными действиями;

<p>Психология мышления в приложении к педагогической деятельности: модифицированная схема рефлексивного акта, по Фихте—Алексееву—Зарецкому</p>	<p>Схема работы консультанта (РДП), направленная на психическое развитие ребенка в процессе перестройки способов работы с определенным содержанием учебного предмета</p>	<p>Схема работы психотерапевта (КБТ), направленная на психическое развитие ребенка в процессе овладения им способами управления своими эмоциями и поведением</p>
<p><i>(Интегрирующая функция рефлексии)</i></p>	<p>б) между сходными задачами по способу их решения; в) между новым способом и успешным действием <i>(Интегрирующая функция рефлексии)</i></p>	<p>б) соотнесение с автоматическими мыслями в сходных ситуациях и выявление убеждений; в) установление отношений между убеждениями и релевантным детским опытом; г) установление отношений между убеждениями и более широким жизненным контекстом — анализ последствий своих убеждений для решения проблем <i>(Интегрирующая функция рефлексии)</i></p>
<p>6. Изменение оснований мышления <i>(Конструктивная функция рефлексии)</i></p>	<p>Осознанный отказ от старого способа и переход к новому способу <i>(Конструктивная функция рефлексии)</i></p>	<p>Целенаправленная, осознанная перестройка дисфункциональных убеждений и связанного с ними неадаптивного эмоционального реагирования и поведения <i>(Конструктивная функция рефлексии)</i></p>
<p>7. Установление отношений между разными аспектами процесса решения проблемы (вскрытие двойного ресурса) <i>(Дифференцирующая функция рефлексии)</i></p>	<p>Установление отношений между разными векторами процесса преодоления трудностей в учебной деятельности: <i>личным ресурсом</i> — что я сделал (могу теперь делать) сам и <i>совместным ресурсом</i> — тем, в чем понадобилась помощь (чему мне еще надо научиться или изменить) <i>(Дифференцирующая функция рефлексии)</i></p>	<p>Установление отношений между разными векторами процесса преодоления эмоциональных трудностей в учебной деятельности: <i>личным ресурсом</i> — что я сделал (могу теперь делать) сам и <i>совместным ресурсом</i> — тем, в чем понадобилась помощь (чему мне еще надо научиться или изменить) <i>(Дифференцирующая функция рефлексии)</i></p>

в одной из статей этого номера схема представляет собой разработку понятия зоны ближайшего развития (ЗБР) и принципа сотрудничества ребенка со взрослым, предложенного Л.С. Выготским и ставшего ключевым для корректной организации педагогического процесса и обеспечения условий нормального развития ребенка. Уже предприняты попытки использования понятия ЗБР для выделения условий эффективности психотерапии представителями психодинамического направления¹². Ближе к этому понятию общее правило эффективной психотерапевтической работы, сформулированное известным исследователем психотерапии К. Граве: не актуализируй проблемы, для решения которых нет ресурса, не актуализируй проблему без актуализации ресурса (Grave, 1999).

Дальнейшее развитие понятия ЗБР связано с осмыслением практики оказания помощи детям, испытывающим трудности в обучении на основе рефлексивно-деятельностного подхода (РДП)¹³. Осмысление условий и принципов эффективности такой помощи привело к выделению понятия *субъектной позиции* и важности ее поддержки при оказании психологической помощи, а также понятия «*эпицентра*» — главного источника или механизма возникающих трудностей и понятия *векторов развития*, т. е. направлений по которым идет или блокируется процесс психического развития ребенка, что неизбежно приводит к негативным последствиям для его психического здоровья¹⁴. Эту, **последнюю по счету, схему**, представляющую многовекторную модель ЗБР, мы здесь не приводим, так как она рассматривается в статье В.К. Зарецкого и А.А. Агеевой, в контексте общеметодологического анализа проблемы эффективности психологической помощи на примере родительской помощи ребенку в ситуации учебных трудностей.

Рассмотрение психологической помощи в контексте теории развития соответствует предсказаниям А. Бека о возрастании роли психологиче-

¹² Stiles W.B., Galbalda I.C., Ribeiro E. Exceeding the Therapeutic Zone of Proximal Development as a Clinical Error // Psychotherapy. 2016. Vol. 53. No. 3. P. 268—272.

¹³ Zaretskii V.K. The Zone of Proximal Development What Vygotsky Did Not Have Time to Write // Journal of Russian and East European Psychology. 2009. Vol. 47. P. 70—93.

¹⁴ Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Педагогическая, психологическая и психотерапевтическая помощь в процессе преодоления учебных трудностей как содействие развитию ребенка // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 3. С. 33—59. doi:10.17759/cpp.2017250303; Zaretsky V.K., Kholmogorova A.B. Relationship between Education, Development & Health from Cultural-Historical Perspective // Cultural-Historical Psychology. 2020. Vol. 16 (2). P. 89—106. doi:10.17759/chp.202016021

ских теорий по мере совершенствования психотерапевтических подходов¹⁵. На основе разработок представителей школы культурно-психологической психологии и интеграции этих разработок с принципами и методами когнитивно-бихевиоральной терапии в выше упомянутой статье В.К. Зарецкого и А.А. Агеевой предпринята попытка выделения общих условий эффективности психологической помощи, независимо от того, кто ее оказывает — профессиональный психотерапевт или психолог-консультант, учитель или родитель.

Главное условие при этом можно сформулировать так — эта помощь должна способствовать развитию, которое продолжается на протяжении всей жизни человека, поэтому всем оказывающим ее людям так важно иметь общие представления о механизмах психического развития, а для эффективной работы терапевтам необходимо интегрировать техники когнитивной психотерапии и семейного консультирования, что было детально показано нами совместно с Н.Г. Гараян в ряде схем на примере терапии тревожных расстройств¹⁶. И тут нельзя не упомянуть еще раз о представляемой читателям статье нашего американского коллеги Ф. Даттилио, а также о других его трудах, посвященных интеграции идей системной семейной психотерапии и когнитивной психотерапии.

Если же вернуться от прогнозов, которые были даны А. Беком и Д. Хаагой почти 30 лет назад, к последним разработкам, которые на протяжении вот уже десяти лет ведутся под руководством А. Бека в рамках Recovery Oriented Cognitive Therapy, то можно с уверенностью сказать, что именно создание условий для восстановления возможностей нормального развития у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами лежит в основе этого направления, инициированного доктором А. Беком. В свою очередь, согласно А. Беку, эти условия подразумевают

¹⁵ Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли культурно-историческая концепция Л.С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? // Культурно-историческая психология. 2011. Том 7. № 1. С. 108–118; *Xholmogorova A.B. Significance of Cultural-Historical Theory of Psychological Development of L.S. Vygotsky for the Development of Modern Models of Social Cognition and Psychotherapy // Cultural-Historical Psychology, 2016. Vol. 12 (3). P. 58–92. doi:10.17759/chp.2016120305; Dzyakau D.R. Cultural-historical approach as a methodological basis for cognitive behavioural psychotherapy // Ukrainian Psychological Journal. 2020. Vol. 1 (13). P. 110–135.*

¹⁶ Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интеграция семейной системной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении больных с хронифицированными формами тревожных расстройств // Современная терапия психических расстройств. 2013. № 1. С. 34–41.

поиск ресурсных состояний, позволяющих пациентам осознать свои дисфункциональные схемы и произвольно «выключать» неадаптивные «режимы» или модусы функционирования, которые обычно «включаются» у них бесконтрольно, автоматически. Последнее же, в свою очередь, приводит к выводу о важности создания условий для развития высших, рефлексивных процессов саморегуляции и всесторонней поддержки собственной конструктивной активности пациентов всеми участниками реабилитационного процесса.

Спасибо Вам, дорогой доктор Бек, что своим творчеством Вы вдохновляете нас на поиск, на постоянное совершенствование методов психологической помощи, которые призваны сделать людей более счастливыми и устойчивыми к неизбежным стрессам и трудностям жизни, а значит, способными находить в них потенциал для личностного роста и развития!

*А.Б. Холмогорова,
доктор психологических наук, профессор.
Декан факультета консультативной
и клинической психологии МГППУ,
вице-президент Российской психотерапевтической
ассоциации (РПА), член-основатель Академии когнитивной
психотерапии (АСТ)*

ВЫЗОВЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗОВАНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ: РЕСУРСЫ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

CHALLENGES FOR HEALTH AND EDUCATION DURING THE PANDEMIC: RESOURCES OF COGNITIVE THERAPY

ОПТИМИЗМ И СТРАХ ЗАРАЖЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ СЛЕДОВАНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ОСТАВАТЬСЯ ДОМА ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

О.А. СЫЧЕВ

Алтайский государственный гуманитарно-педагогический
университет имени В.М. Шукшина (ФГБОУ ВО АГПУ),
г. Бийск, Российская Федерация

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0373-6916>,

e-mail: osnl@mail.ru

Т.О. ГОРДЕЕВА

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»),

Научно-исследовательский университет «Высшая школа экономики»
(ФГАОУ ВО "НИУ ВШЭ"), г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3900-8678>,

e-mail: tamgordeeva@gmail.com

О.С. ВИНДЕКЕР

Уральский федеральный университет имени первого Президента России
Б.Н. Ельцина (ФГБОУ ВО УрФУ),

г. Екатеринбург, Российская Федерация

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1443-3718>,

e-mail: olgatt@yandex.ru

М.А. ДОВГЕР

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-6209>,
e-mail: dvger.masha@rambler.ru

В.А. ТИТОВА ГРАНШАМ

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2693-9035>,
e-mail: vtitova@vermare.com

Согласно исследованиям COVID-19 (коронавируса) эффективным средством сдерживания пандемии является введение режима самоизоляции и карантина. В статье рассматривается проблема психологических факторов соблюдения режима самоизоляции, среди которых основное внимание уделяется двум типам оптимизма в ситуации пандемии: конструктивному и защитному. Предполагалось, что они имеют противоположный эффект на соблюдение режима самоизоляции, причем негативный эффект защитного оптимизма опосредован через снижение тревоги по поводу болезни, страха заражения. Для проверки этого предположения было проведено лонгитюдное (с интервалом в полтора месяца) исследование на выборке из 306 студентов (89% женщин) с использованием теста диспозиционного оптимизма, шкал конструктивного и защитного оптимизма Т.О. Гордеевой с коллегами и опросника тревоги в ситуации пандемии А.Ш. Тхостова и Е.И. Расказовой. Результаты исследования подтверждают выдвинутые гипотезы: люди, строже соблюдающие требование самоизоляции, отличаются выраженным конструктивным оптимизмом: они верят, что прилагаемые ими усилия помогают предотвратить заражение и распространение вируса. Напротив, люди, которые демонстрируют нереалистичный или защитный оптимизм, т. е. считающие проблему коронавируса преувеличенной, испытывают меньший страх заражения и признают, что не вполне строго соблюдают требования самоизоляции. Эти результаты показывают, что для объяснения поведения, связанного со здоровьем, в дополнение к диспозиционному оптимизму существенное значение имеют специфические для конкретной ситуации конструктивный и защитный типы оптимизма, причем нереалистичный оптимизм выполняет функцию борьбы с тревогой, связанной со страхом болезни и ее последствий.

Ключевые слова: защитный оптимизм, конструктивный оптимизм, тревога, страх заражения, следование рекомендациям оставаться дома, пандемия COVID-19.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-04-60174.

Для цитаты: Сычев О.А., Гордеева Т.О., Виндекер О.С., Довгер М.А., Титова Граншам В.А. Оптимизм и страх заражения как предикторы следования рекомендациям оставаться дома во время пандемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 24—44. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290303>

OPTIMISM AND FEAR OF INFECTION AS PREDICTORS OF OBSERVING STAY-AT-HOME RECOMMENDATIONS DURING COVID-19 PANDEMIC

OLEG A. SYCHEV

Shukshin Altai State University for Humanities and Pedagogy, Biysk, Russia
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0373-6916>, e-mail: osnl@mail.ru

TAMARA O. GORDEEVA

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3900-8678>,
e-mail: tamgordeeva@gmail.com

OLGA S. VINDEKER

Ural Federal University, Yekaterinburg, Russia
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1443-3718>,
e-mail: olgatt@yandex.ru

MARIA A. DOVGER

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-6209>,
e-mail: dvger.masha@rambler.ru

VICTORIA A. TITOVA GRANDCHAMP

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2693-9035>,
e-mail: vtitova@vermare.com

According to COVID-19 research, the introduction of a self-isolation and quarantine regime is an effective measure to contain the pandemic. The article examines the problem of psychological factors of observing stay-at-home recommendations, among which the main attention is paid to two types of optimism in a pandemic situation: constructive optimism and defensive optimism. It was assumed that they would have the opposite effect on adherence to the self-isolation regime, and the negative effect of defensive optimism would be mediated by a decrease in illness anxiety or fear of infection. To test this hypothesis, a longitudinal study (with an

interval of six weeks) was carried out in a sample of 306 students (89% of women) using a life orientation test, the scales of constructive and defensive optimism by Gordeeva et al., and anxiety in a pandemic situation questionnaire by Tkhostov and Rasskazova. The results confirm our hypotheses: people who adhere to the stay-at-home recommendations are characterized by a higher level of constructive optimism, i.e. they believe that their efforts will help prevent infection and spread of the virus. In contrast, people who demonstrate unrealistic or defensive optimism, that is, who believe that the issue of coronavirus is exaggerated, fear infection less and admit that they do not strictly adhere to the requirements of self-isolation. These results indicate that, in addition to dispositional optimism, situation specific constructive and defensive optimism are essential in explaining health behavior, with the latter type of optimism serving as a response to anxiety associated with fear of the disease and its consequences.

Keywords: optimism, anxiety, fear of infection, adherence to recommendations to stay at home, pandemic of COVID-19.

Funding. The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 20-04-60174.

For citation: Sychev O.A., Gordeeva T.O., Vindeker O.S., Dovger M.A., Titova Grandchamp V.A. Optimism and fear of infection as predictors of observing stay-at-home recommendations during COVID-19 pandemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 24–44. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290303> (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Для предотвращения распространения коронавируса практически во всех столкнувшихся с ним странах вводился режим самоизоляции для здоровых и карантин для заразившихся. Лишь немногим странам (например, Тайваню) удалось сдержать вспышку без наложения запретов на свободу передвижения. При этом карантинные меры вводились в разное время от начала пандемии в стране, на разный срок и с разной строгостью. Об эффективности таких мер свидетельствуют исследования, показывающие, что благодаря карантину в Китае, где он был введен очень жестко, наблюдалось значительное снижение роста новых случаев COVID-19 [23]. Результаты сравнения появления новых случаев в странах, которые ввели карантин и которые его не вводили, показывают, что карантин эффективен для сокращения числа новых случаев [12].

Существенным фактором эффективности данной меры является своевременность введения карантина, длительность и тщательность его соблюдения. В ситуации отсутствия вакцины карантин и режим самоизоляции — весьма эффективные средства борьбы с распространением

инфекции, однако на практике их введение 1) наталкивается на нежелание части населения его соблюдать, даже несмотря на вводимые санкции; 2) может приводить к разного рода проблемам психологического характера [см. обзор: 20].

Психологические факторы, предсказывающие следование правилам режима самоизоляции и профилактики заболевания

Почему одни люди готовы соблюдать режим самоизоляции и карантина, в то время как другие им пренебрегают? Исследования роли личностных факторов следования рекомендациям по профилактике COVID-19 пока немногочисленны и противоречивы. Одни авторы утверждают, что наиболее эффективными предикторами защитного профилактического поведения являются негативные факторы, такие как страх заболеть коронавирусом [21], в то время как результаты других исследований свидетельствуют о важном вкладе в следование рекомендации оставаться дома автономной мотивации [20], эмпатии по отношению к другим людям [28], моральных устоев [21] и информированности в отношении коронавируса [24].

С одной стороны, К. Харпер с коллегами убедительно продемонстрировали роль страха заражения и тревоги по поводу коронавируса в соблюдении правил профилактического поведения [21]. Эта связь подтверждается и в исследовании А.Ш. Тхостова и Е.И. Рассказовой [9]. С другой стороны, в нашем исследовании на большой российской выборке молодежи была показана роль автономной мотивации (в отличие от контролируемой, основанной на требованиях и фрустрации личностной автономии) и стоящих за ней личностных установок в следовании рекомендации оставаться дома [см.: 20]. Эти результаты не противоречат данным проведенного в США и Европе исследования [28], показавшего, что эмпатия как сочувствие к тем, кто наиболее уязвим к вирусу, является основной мотивацией, поддерживающей профилактическое поведение. Результаты проведенного в Китае исследования показывают, что люди, воспринимающие ситуацию как серьезную, в целом контролируемую и обладающие большими знаниями о коронавирусе, склонны в большей мере следовать правилам защищающего здоровье поведения [23].

Опираясь на исследования личностного потенциала и личностных ресурсов [4], мы полагаем, что психологические последствия режима самоизоляции опосредованы восприятием людьми серьезности ситуации и конкретными когнитивно-личностными переменными, такими как оптимистичные ожидания, воспринимаемый контроль и жизнестой-

кость. В специальном метаанализе было показано, что оптимизм, надежда и самоэффективность являются группой когнитивно-личностных переменных, представляющих позитивные ожидания, которые защищают от развития ПТСР [18]. Логично предположить, что эти переменные могут быть полезны и в ситуации преодоления психологических последствий стресса, связанного с пандемией COVID-19.

Оптимизм уже изучался в контексте снижения психологического благополучия населения [14; 19], но данных о его роли в профилактическом поведении при текущей пандемии недостаточно. Известно, что диспозиционный оптимизм является важным предиктором благополучия и удовлетворенности жизнью, он связан с меньшим уровнем тревоги и депрессии [13; 16], а также с лучшим соматическим здоровьем и долголетием [17; 34]. Оптимизм усиливает настойчивость и мотивацию людей в целенаправленном поведении [29], и это означает, что он действует как мотивационный механизм, важный для мобилизации когнитивных и эмоциональных ресурсов, связанных с благополучием. Оптимистичные люди используют стратегии, способствующие лучшей адаптации и функционированию перед лицом негативных жизненных событий [2; 25; 33], а присущие им позитивные ожидания могут защитить от развития посттравматического стрессового расстройства [18].

В контексте изучения позитивных ожиданий выделяется также конструкт нереалистичного оптимизма, позволяющий анализировать варианты «нездорового» оптимизма, включая феномен позитивных иллюзий, иллюзии контроля и их последствия. Поскольку люди склонны с оптимизмом относиться к жизненным событиям, особенно к тем, которые происходят в их собственной жизни [30; 32; 34], они могут использовать оптимизм чрезмерно, иногда слишком полагаясь на него. Этот тип оптимизма представляет интерес в связи с распространенностью реакций, включающих недооценку серьезности пандемии, которую продемонстрировали многие люди и целые страны.

Исследования показывают, что контекстно-специфические типы оптимизма могут быть лучшими предикторами показателей психического здоровья, связанных с COVID-19 [19], чем обобщенный диспозиционный оптимизм. В целом, контекстные личностные переменные отличаются более высокой критериальной валидностью, чем обобщенные личностные черты [31]. В соответствии с этой логикой, недавний метаанализ позитивных ожиданий [18] показал, что специфическая (конкретно-деятельностная) самоэффективность сильнее связана с ПТСР, чем общая самоэффективность.

На основе наших прошлых исследований [20] мы выделяем специфический тип оптимизма, являющийся реакцией на стресс, вызванный угрожающими событиями в жизни, или защитный оптимизм. Защитный

оптимизм — это тенденция полагать, что ситуация не так плоха, как это (реалистично) представляется другим. Это — вариант нереалистичного оптимизма, включающий самообман, основанный на защитном отрицании происходящего и помогающий справиться с чувствами тревоги или вины. Защитный оптимизм близок выделяемой в когнитивно-бихевиоральной терапии ошибке мышления, называемой минимизацией, — широко известному типу когнитивного искажения [1], выступающему противоположностью другого искажения — преувеличения.

Тревога по поводу пандемии как предиктор защитного поведения

Тревога — наиболее характерный психологический феномен пандемии, связанный с ситуацией неопределенности и стрессом, вызванным риском заражения, угрозой негативных последствий для здоровья, финансового неблагополучия, изменением привычного образа жизни и нарушением социальных связей [10].

Из исследований реабилитации соматических больных известно, что тревога и депрессия являются нормативными эмоциональными переживаниями в стрессогенной ситуации [22]. В связи с этим нельзя согласиться с пониманием тревоги как однозначного показателя психологического неблагополучия [27; 35]. В контексте пандемии коронавируса и связанных с ней страхов важно различать тревогу необоснованную и реалистичную, это разделение подчеркивается в рамках когнитивной терапии тревоги и тревожно-фобических расстройств [11; 15]. Первая, чрезмерная, тревога основана на преувеличенных оценках угрозы и неточной оценке собственных ресурсов; такая тревога ведет к нарушениям функционирования и снижению качества жизни. Напротив, реалистичная тревога, будучи основанной на точной оценке ситуации, способствует осторожности, вниманию и необходимой бдительности во время угрозы, она адаптивна и способствует выживанию [3].

Тревога во время пандемии может иметь разные поводы, включая страх заболеть (самому или близким), страх ухудшения экономического благосостояния и лишения заработка, а также ряд других, например, тревога из-за неопределенности ситуации, безответственности сограждан, несоблюдающих меры безопасности, нарушения приватности и контроля, цифровизации образования и т. п. [9]. По данным А.Ш. Тхостова и Е.И. Рассказовой, тревога заражения связана с защитным поведением — самоизоляцией и активной профилактикой, ношением масок и печаток, покупкой продуктов «про запас» [9]. По мнению этих авторов, апеллирующих к результатам регрессионного анализа, предиктором тревоги заражения является профилактическое поведение

(ношение перчаток, отказ от общественных мероприятий, а также отслеживание информации и общение по поводу пандемии). Однако, с нашей точки зрения, в логике «порочного круга» тревоги, данная последовательность может быть и обратной — тревога (и стоящие за ней когниции) является причиной следования людей рекомендациям и защитным формам поведения.

С психологической точки зрения интересны когнитивные стратегии, способствующие борьбе человека с такого рода тревогой, которые могут принимать форму ковид-нигилизма, включающего отрицание серьезности угрозы коронавируса. В соответствии с когнитивным подходом к тревоге [1], за интенсивными эмоциональными переживаниями всегда стоят определенные деструктивные или неадаптивные когниции. Важно понять, какие когнитивные установки в отношении пандемии могут предсказывать тревогу и страх заражения, стимулирующие, в свою очередь, эффективное социальное поведение.

Задачей нашего исследования является изучение роли разных типов оптимизма как факторов, способствующих соблюдению рекомендации оставаться дома в период введения режима самоизоляции. Основываясь на исследованиях диспозиционного оптимизма [26], нереалистичного оптимизма и защитного пессимизма, мы выделяем два типа специфического (контекстного) оптимизма в ситуации пандемии COVID-19: конструктивный и защитный оптимизм. Конструктивный оптимизм означает веру в роль усилий, которые могут предотвратить распространение вируса, в то время как защитный оптимизм представляет собой нереалистичную веру в позитивное «беспроblemное» будущее. Оба типа имеют отношение к преодолению стрессовой ситуации, но конструктивные оптимисты поддерживают у себя чувство контроля и инициативу, веря в роль усилий, тогда как защитные оптимисты преуспевают в преодолении вызванной стрессом тревоги.

Гипотезы:

1) основанный на диспозиционном оптимизме конструктивный оптимизм в ситуации пандемии предсказывает лучшее соблюдение рекомендации оставаться дома, в то время как защитный, обратно связанный с диспозиционным оптимизмом, напротив, предсказывает меньшее следование этой рекомендации;

2) в соответствии с данными предыдущих исследований [9; 21], мы ожидали, что страх заражения также вносит позитивный вклад в соблюдение рекомендации оставаться дома;

3) защитный оптимизм, отражающий нереалистичные нигилистические установки, присутствующие у так называемых ковид-диссидентов, выполняет защитную функцию, связанную с вытеснением эмоций тревоги и страха, в том числе адаптивных, отражающих наличие реальной опасности.

Выборка и методы исследования

Исследование проведено на выборке молодежи, наиболее подверженной тревожности, стрессу и восприятию угрозы жизни из-за пандемии COVID—19 [7]. Выборку составили 306 студентов УрФУ (89% женщин, средний возраст $M = 21,20$; $SD = 4,54$). Преобладание женщин в составе выборки оправдано тем, что они являются более уязвимой группой в отношении стресса, вызванного пандемией [20]. Исследование проводилось онлайн, оно началось 10 апреля 2020 года, через две недели после введения режима самоизоляции в России (с 25 марта 2020) и закончилось 2 июня 2020. Участники отвечали на опросники дважды, с интервалом в полтора месяца: показатели психологического благополучия и следование рекомендации оставаться дома были измерены как в первом, так и во втором срезе, конструктивный и защитный оптимизм были измерены только в первом срезе, а тревога по поводу коронавируса — во втором.

Для оценки диспозиционного оптимизма использовался пересмотренный тест диспозиционного оптимизма ТДО-П [1]. Методика состоит из 10 пунктов (3 прямых, 3 обратных и 4 пунктов, маскирующих цель) с пятибалльной шкалой ответов от 0 («Абсолютно не согласен») до 4 («Полностью согласен»). Надежность шкалы (здесь и далее приводятся коэффициенты α Кронбаха) составила 0,88.

Для оценки конструктивного и защитного оптимизма использовался опросник, апробированный в нашем прошлом исследовании [20]. В соответствии с определением этих конструктов, содержание пунктов отражает характерное для конструктивного оптимизма понимание важности усилий в совладании с проблемами и типичное для защитного оптимизма отрицание проблемы, «позитивную» недооценку вызванных пандемией проблем. Шкала конструктивного оптимизма включала следующие три утверждения: «Я верю, что, прилагая усилия, мы можем улучшить ситуацию и найти оптимальные пути решения проблем»; «Я верю, что наши усилия могут помочь предотвратить распространение заболевания»; «Я верю, что если подойти к этому вопросу осознанно, то можно избежать негативного развития событий, взять их под контроль». В данном исследовании, в отличие от предыдущего [19], последний пункт был новым, более согласованным с другими. Шкала защитного оптимизма также состоит из трех утверждений: «Я думаю, что все преувеличивают и на самом деле этот вирус не так опасен, как про него рассказывают»; «Окружающие и СМИ слишком сгущают краски, на самом деле, все будет хорошо»; «В текущей ситуации нам не о чем беспокоиться, я не вижу никакой реальной опасности». Испытуемые оценивали степень своего согласия с каждым из пунктов по шкале от 1 («Абсолютно не согласен») до 5 («Полностью согласен»). Двухфакторная структура методики, со-

ответствующая шкалам конструктивного и защитного оптимизма, подтверждается результатами эксплораторного структурного моделирования (ESEM): $\chi^2 = 3,84$; $df = 4$; $p = 0,429$; CFI = 1,000; TLI = 1,001; RMSEA < 0,001; 90%-ный доверительный интервал (ДИ) для RMSEA: 0,000-0,085; PCLOSE = 0,737; N = 306. В данной модели нагрузки каждого утверждения на собственные факторы лежат в пределах от 0,45 до 0,84 при величине кросс-нагрузок не более 0,23. Коэффициенты надежности в данном исследовании составили 0,71 для шкалы конструктивного оптимизма и 0,79 для шкалы защитного оптимизма.

Для оценки тревоги в ситуации пандемии использовалась методика, предложенная А.Ш. Тхостовым и Е.И. Рассказовой [8; 9]. Опросник состоит из восьми вопросов, оценивающих страх заражения (5 пунктов) и страх последствий пандемии (3 пункта), также вычисляется общий показатель тревоги по поводу коронавируса. Коэффициенты надежности для каждой из шкал составили соответственно 0,82; 0,64 и 0,78.

Соблюдение рекомендаций измерялось с помощью одного вопроса: «Чтобы снизить риск распространения коронавируса, рекомендуется, чтобы люди оставались дома как можно дольше. Насколько Вы в настоящее время следуете рекомендации, чтобы оставаться дома как можно больше?». Испытуемые указывали ответ на шкале от 1 («Совсем нет») до 7 («Полностью следуя этой рекомендации»).

Субъективное благополучие оценивалось в соответствии с моделью Э. Динера: для оценки ее когнитивного компонента применялась шкала удовлетворенности жизнью [6], а для оценки позитивных и негативных эмоций — шкала позитивного и негативного аффекта [5]. В обеих методиках использовалась пятибалльная шкала ответов (от «Абсолютно не согласен» до «Абсолютно согласен»). Коэффициенты надежности этих шкал лежали в пределах от 0,80 до 0,89. На основе данных показателей рассчитывался общий индекс благополучия (из суммы показателей удовлетворенности жизни и позитивных эмоций вычитался показатель негативных эмоций).

Количественная обработка данных была выполнена в среде R; структурное линейное моделирование проводилось в программе Mplus 8 с использованием алгоритма MLR. Для оценки статистической значимости медиационных эффектов в модели был выполнен бутстреп-анализ (5000 выборок).

Результаты

Сравнение показателей субъективного благополучия, оптимизма и следования рекомендации оставаться дома на разных этапах самоизо-

ляции с помощью *t*-критерия Стьюдента показало, что как когнитивная (удовлетворенность жизнью), так и эмоциональная (позитивный и негативный аффект) составляющие субъективного благополучия практически не изменились (рис. 1). Стабильность также продемонстрировал диспозиционный оптимизм. Существенные изменения показало лишь соблюдение рекомендаций по самоизоляции, высокое в начале ($M = 5,98$) и снизившееся, но довольно выраженное в конце исследования ($M = 5,11$; $t(273) = 10,90$; $p < 0,001$; d -Козна = 0,66).

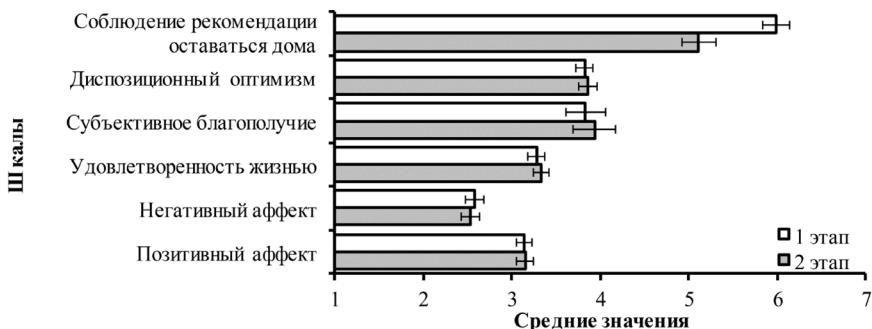


Рис. 1. Средние значения показателей психологического благополучия, оптимизма и соблюдения рекомендации оставаться дома на разных этапах исследования

Результаты корреляционного анализа (табл. 1), свидетельствуют о прямой связи между диспозиционным и конструктивным оптимизмом ($r = 0,34$; $p < 0,001$), а также обратной связи между конструктивным и защитным оптимизмом ($r = -0,15$; $p < 0,01$). Диспозиционный и конструктивный оптимизм связаны с психологическим благополучием, измеренным как на первом, так и на втором этапе исследования, причем диспозиционный оптимизм коррелирует с благополучием теснее ($r = 0,49$ и $0,42$ соответственно; оба — при $p < 0,001$), чем ситуационно-специфический конструктивный оптимизм ($r = 0,22$; $p < 0,001$ и $0,13$; $p < 0,05$). Защитный оптимизм не показывает связей с благополучием и обратно коррелирует со страхом заражения ($r = -0,32$; $p < 0,001$) и общей тревогой по поводу коронавируса ($r = -0,23$; $p < 0,001$). В свою очередь, общая тревога и страх последствий коронавирусной пандемии показали слабые обратные связи с психологическим благополучием, измеренным на каждом этапе.

Соблюдение рекомендации оставаться дома на первом и втором этапах оказалось наиболее тесно связано с конструктивным оптимизмом ($r = 0,34$ и $0,22$; оба — при $p < 0,001$). Страх заражения и общая тревога по поводу коронавируса также показали прямые связи с соблюдением

Таблица 1
 Описательная статистика и корреляции показателей оптимизма, тревоги, психологического благополучия и соблюдения рекомендаций оставаясь дома

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Диспозиционный оптимизм T1	—									
2. Конструктивный оптимизм T1	0,34***	—								
3. Защитный оптимизм T1	0,04	-0,15**	—							
4. Страх заражения T2	0,00	0,10	-0,32***	—						
5. Страх последствий T2	-0,05	0,02	-0,02	0,45***	—					
6. Общая тревога T2	-0,02	0,08	-0,23***	0,91***	0,77***	—				
7. Психологическое благополучие T1	0,49***	0,22***	0,06	-0,11	-0,13*	-0,13*	—			
8. Психологическое благополучие T2	0,42***	0,13*	0,06	-0,12	-0,17**	-0,16**	0,57***	—		
9. Соблюдение рекомендаций T1	0,06	0,34***	-0,21***	0,09	0,03	0,07	0,04	-0,01	—	
10. Соблюдение рекомендаций T2	-0,06	0,22***	-0,17**	0,22***	0,06	0,18**	-0,01	-0,14*	0,59***	—
Среднее	2,82	4,22	2,35	3,06	3,26	3,14	3,89	3,94	6,00	5,10
Стд. Отклонение	0,77	0,69	0,93	1,02	1,10	0,90	1,98	2,07	1,22	1,61
Асимметрия	-0,66	-1,03	0,47	0,02	0,13	0,02	-0,19	-0,09	-1,75	-0,72
Экссесс	0,53	1,33	-0,27	-0,45	-0,49	-0,11	-0,43	-0,73	3,40	-0,46

Примечания. Номера в столбцах таблицы соответствуют номерам переменных в строках. Уровень значимости: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (парное исключение пропущенных данных). T1, T2 — первый и второй этап исследования.

рекомендации, но только на втором этапе, т. е. при одновременном их измерении ($r = 0,22$ и $0,18$; оба — при $p < 0,001$).

Для углубленного анализа эффектов различных типов оптимизма и страха заражения на соблюдение рекомендации было проведено структурное моделирование. На основе результатов корреляционного анализа в модель были включены в качестве вероятных предикторов соблюдения рекомендации по самоизоляции на втором этапе следующие факторы: страх заражения, защитный и конструктивный оптимизм; причем влияние двух видов оптимизма, измеренных лишь на первом этапе, было опосредовано соблюдением рекомендации на первом этапе. В качестве предиктора конструктивного оптимизма в модель был включен фактор диспозиционного оптимизма и вспомогательный фактор стиля ответов, объясняющий общую дисперсию обратных пунктов теста ТДО-П. Представленная на рис. 2 модель показала хорошее соответствие данным: $\chi^2 = 251,53$; $df = 144$; $p < 0,001$; CFI = 0,943; TLI = 0,933; RMSEA = 0,049; 90%-ный ДИ для RMSEA: 0,039-0,059; PCLOSE = 0,526; N = 306.

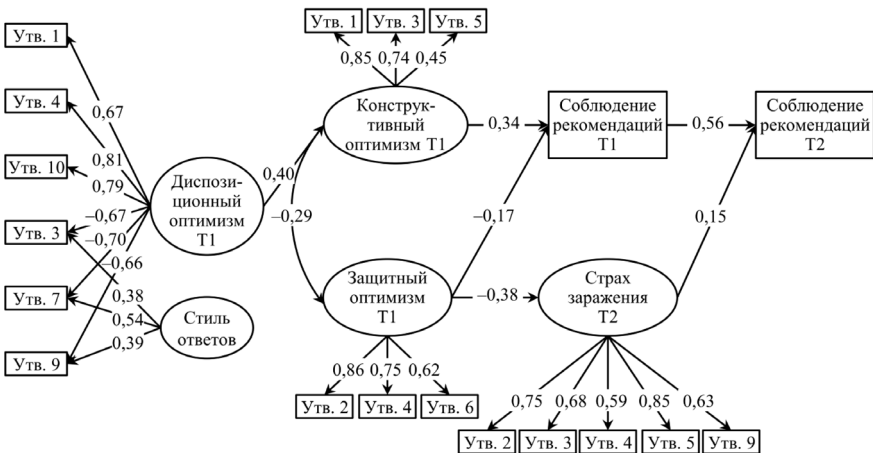


Рис. 2. Структурная модель связей различных видов оптимизма со страхом заражения и соблюдением рекомендации оставаться дома (Т1, Т2 — первый и второй этапы исследования; все стандартизованные коэффициенты значимы при $p < 0,01$)

Результаты анализа опосредованных эффектов свидетельствуют о том, что статистически значимым является опосредованный эффект диспозиционного оптимизма на соблюдение рекомендаций, как на первом этапе (стандартизованная оценка эффекта = 0,14; $p < 0,001$), так и на втором (0,08; $p < 0,01$). Соблюдение рекомендаций на втором этапе,

опосредованное переменной соблюдения рекомендаций на первом этапе, связано как с конструктивным оптимизмом (0,19; $p < 0,001$), так и обратно — с защитным оптимизмом (-0,10; $p < 0,05$). Также статистически значимым является негативный эффект защитного оптимизма, опосредованный через страх заражения (-0,06; $p < 0,05$).

Обсуждение результатов

Задача настоящего исследования состояла в выявлении роли разных типов оптимизма и тревоги в соблюдении режима самоизоляции. Как и предполагалось, со временем участники исследования меньше следовали рекомендации оставаться дома, причем соблюдение режима самоизоляции не показало связи с психологическим благополучием.

В исследовании рассматривались два типа специфического оптимизма в контексте пандемии COVID-19: конструктивный и защитный оптимизм, которые представляют собой два типа характерных оптимистических когнийций, имеющих различные поведенческие последствия, связанные с пандемией COVID-19. Конструктивный и защитный оптимизм показали слабую обратную взаимосвязь и противоположные связи со страхом заражения, общей тревогой в ситуации пандемии и следованием рекомендациям на двух этапах исследования. Феномен защитного нереалистического оптимизма представляет существенный интерес с учетом его нейтрального характера в отношении психологического благополучия и обратной связи со страхом заражения, тревогой по поводу коронавируса, что подтверждает предположение о его адаптивной функции, связанной с вытеснением эмоций тревоги и страха, в том числе адаптивных, отражающих наличие реальной опасности.

Достоинством проведенного исследования является его не кросс-секционный, а лонгитюдный характер, что позволяет с большей уверенностью говорить о каузальной роли разных типов реалистичного и нереалистичного оптимизма как предикторов адаптивного поведения. Результаты структурного моделирования показали, что конструктивный и защитный оптимизм оказывали ожидаемое влияние на следование рекомендациям оставаться дома. В то время как диспозиционный оптимизм и специфический конструктивный оптимизм предсказывают адаптивное профилактическое поведение, защитный оптимизм демонстрирует негативный, подрывающий данное поведение эффект.

Подтвердился вывод предыдущих исследований COVID-19 о том, что выраженность страха заражения связана с защитным поведением, в частности, соблюдением рекомендации по самоизоляции [9]. Обнаруженный мотивационный эффект страха заражения, способствующего

следованию требованиям оставаться дома, свидетельствует об адаптивной функции данного типа тревоги как варианта реалистической тревоги. Однако этот эффект слабее вклада конструктивного оптимизма, так что он вряд ли оправдывает запугивание людей последствиями болезни с целью стимулирования их «здорового» поведения.

Ограничением исследования является состав выборки, включающей преимущественно молодежь женского пола. В этой связи перспективой является уточнение полученных выводов в группах с другими социально-демографическими характеристиками.

Выводы

Проведенное исследование показывает, что существуют личностные ресурсы, помогающие сохранять психологическое благополучие и следовать рекомендуемым правилам поведения. К их числу, наряду с диспозиционным оптимизмом, относятся специфические для конкретной ситуации конструктивный и защитный типы оптимизма.

Люди, которым удается справиться с сложностями постоянного нахождения дома и соблюдения правил профилактического поведения (самоизоляции), отличаются выраженным конструктивным оптимизмом: они верят, что прилагаемые усилия помогают предотвратить распространение вируса. Напротив, люди, демонстрирующие защитный оптимизм (считающие проблему коронавируса преувеличенной и не требующей беспокойства), склонны нарушать требования самоизоляции. Нереалистичный оптимизм выполняет функцию борьбы с тревогой, связанной со страхом болезни и ее последствий, стремлением их подавить при отсутствии адекватных личностных ресурсов для конструктивных типов реагирования на ситуацию.

Проведенное исследование не только вносит вклад в понимание функций разных типов оптимизма, но и обладает практической значимостью. Высокий уровень конструктивного специфического оптимизма, основанный на общем диспозиционном оптимизме, в сочетании с низким уровнем защитного нереалистичного оптимизма поддерживает следование режиму самоизоляции. Следовательно, в ходе информирования населения о ситуации связанной с COVID-19 рекомендуется поддерживать реалистичные оптимистические установки и подчеркивать важность коллективных усилий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бек Д. Когнитивная терапия. Полное руководство. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2018. 400 с.
2. Гордеева Т.О. Оптимизм как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. М: Смысл, 2011. С. 131–177.

3. *Лихи Р.* Свобода от тревоги: справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой. Санкт-Петербург: Питер, 2018. 398 с.
4. Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. 680 с.
5. *Осин Е.Н.* Измерение позитивных и негативных эмоций: разработка русскоязычного аналога методики PANAS // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9. № 4. С. 91—110.
6. *Осин Е.Н., Леонтьев Д.А.* Краткие русскоязычные шкалы диагностики субъективного благополучия: психометрические характеристики и сравнительный анализ // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 1. С. 117—142. DOI: 10.14515/monitoring.2020.1.06
7. *Первичко Е.И., Митина О.В., Степанова О.Б., Конюховская Ю.Е., Дорохов Е.А.* Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 119—146. DOI: 10.17759/cpse.2020090206
8. *Расказова Е.И., Леонтьев Д.А., Лебедева А.А.* Пандемия как вызов субъективному благополучию: тревога и совладание // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 2. С. 90—108. DOI: 10.17759/cpp.2020280205
9. *Тхостов А.Ш., Расказова Е.И.* Психологическое содержание тревоги и профилактики в ситуации инфодемии: защита от коронавируса или «порочный круг» тревоги? // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 2. С. 70—89. DOI: 10.17759/cpp.2020280204
10. *Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А.* Стихийные бедствия и угрожающие жизни заболевания: психологические последствия и особенности совладания // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 196—212. DOI: 10.17759/cpse.2020090210
11. *Холмогорова А.Б.* Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройства аффективного спектра: дисс. ... д-ра. психол. наук. М.: МГУ, 2006. 465 с.
12. *Alfano V., Ercolano S.* The Efficacy of Lockdown Against COVID-19: A Cross-Country Panel Analysis // Applied Health Economics and Health Policy. 2020. Vol. 18. P. 509—517. DOI: 10.1007/s40258-020-00596-3
13. *Andersson G.* The benefits of optimism: A meta-analytic review of the Life Orientation Test // Personality and Individual Differences. 1996. Vol. 21(5). P. 719—725. DOI: 10.1016/0191-8869(96)00118-3
14. *Arslan G., Yildirim M.* Coronavirus Stress, Meaningful Living, Optimism, and Depressive Symptoms: A Study of Moderated Mediation Model // PsyArXiv, 2020. URL: <https://osf.io/ykvzn> (дата обращения: 13.07.2020).
15. *Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L.* Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York, US: Basic Books, 2005. 388 p.
16. *Carver C.S., Scheier M.F.* Dispositional optimism // Trends in cognitive sciences. 2014. Vol. 18(6). P. 293—299. DOI: 10.1093/med/psych/9780195119343.003.0009
17. *Carver C.S., Scheier M.F., Segerstrom S.C.* Optimism: Positive Clinical Psychology // Clinical Psychology Review. 2010. Vol. 30(7). P. 879—889. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.01.006
18. *Gallagher M.W., Long L.J., Phillips C.A.* Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of

- positive expectancies // *Journal of Clinical Psychology*. 2020. Vol. 76(3). P. 329—355. DOI: 10.1002/jclp.22882
19. *Globig L.K., Blain B., Sharot T.* When Private Optimism meets Public Despair: Dissociable effects on behavior and well-being // *PsyArXiv*, 2020. URL: <https://osf.io/gbdn8> (дата обращения: 12.07.2020).
 20. *Gordeeva T.O., Sychev O.A., Semenov Y.I.* Constructive Optimism, Defensive Optimism, and Gender as Predictors of Autonomous Motivation to Follow Stay-at-Home Recommendations during COVID-19 Pandemic // *Psychology in Russia*. State of the art. (Submitted). 2020.
 21. *Harper C.A., Satchell L.P., Fido D., Litzman R.D.* Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic // *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020. DOI: 10.1007/s11469-020-00281-5
 22. *Kennedy P.* Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background // *The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology*. Oxford University Press, 2012. P. 3—9.
 23. *Lau H., Khosrawipour V., Kocbach P., Mikolajczyk A., Schubert J., Bania J., Khosrawipour T.* The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China // *Journal of Travel Medicine*. 2020. Vol. 27(3). P. taaa037. DOI: 10.1093/jtm/taaa037
 24. *Li J.B., Yang A., Dou K., Wang L.-X., Zhang M.-C., Lin X.* Chinese public's knowledge, perceived severity, and perceived controllability of the COVID-19 and their associations with emotional and behavioural reactions, social participation, and precautionary behaviour: A national survey // *PsyArXiv*, 2020. URL: <https://osf.io/5tmsh> (дата обращения: 01.08.2020).
 25. *Nes L.S., Segerstrom S.* Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review // *Personality and Social Psychology Review*. 2006. Vol. 10. P. 235—251. DOI: 10.1207/s15327957pspr1003_3
 26. *Norem J., Cantor N.* Defensive Pessimism: Harnessing Anxiety as Motivation // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986. Vol. 51(6). P. 1208—1217. DOI: 10.1037/0022-3514.51.6.1208
 27. *Pedraza P. de, Guzi M., Tijdens K.* Life Dissatisfaction and Anxiety in COVID-19 pandemic // *GLO Discussion Paper*, 2020. URL: <https://www.econstor.eu/handle/10419/217053> (дата обращения: 12.07.2020).
 28. *Pfattheicher S., Nockur L., Böhm R., Sassenrath C., Petersen M.B.* The emotional path to action: Empathy promotes physical distancing during the COVID-19 pandemic // *Preprint*. 2020. DOI: 10.31234/osf.io/y2cg5
 29. *Scheier M.F., Carver C.S.* Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies // *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1985. Vol. 4(3). P. 219—247. DOI: 10.1037/0278-6133.4.3.219
 30. *Seligman M.E.P.* Learned optimism: How to change your mind and your life. Vintage, 2011. 446 p.
 31. *Shaffer J.A., Postlethwaite B.E.* A Matter of Context: A Meta-Analytic Investigation of the Relative Validity of Contextualized and Noncontextualized Personality Measures // *Personnel Psychology*. 2012. Vol. 65(3). P. 445—494. DOI: 10.1111/j.1744-6570.2012.01250.x
 32. *Sharot T.* The Optimism Bias: Why we're wired to look on the bright side. The Optimism Bias. Hachette UK, 2012. 197 p.

33. Taylor S.E., Armor D.A. Positive Illusions and Coping with Adversity // Journal of Personality. 1996. Vol. 64(4). P. 873—898. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00947.x
34. Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M., Bower J.E., Gruenewald T.L. Psychological resources, positive illusions, and health // The American Psychologist. 2000. Vol. 55(1). P. 99—109. DOI: 10.1037//0003-066x.55.1.99.
35. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S., Ho R.C. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. Vol. 17(5). P. 1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729

REFERENCES

1. Beck J. Kognitivnaya terapiya. Polnoe rukovodstvo [Cognitive Therapy: Basics and Beyond]. Moscow: Publ. OOO I.D. Vil'yams, 2018. 400 p. (In Russ).
2. Gordeeva T.O. Optimizm kak sostavlyayushchaya lichnostnogo potentsiala [Optimism as a component of personal potential]. In D.A. Leontiev (ed). *Lichnostnyi potentsial: struktura i diagnostika* [Personal potential: Structure and Diagnostics]. Moscow: Publ. Smysl, 2011, pp. 131—177. (In Russ).
3. Leahy R. Svoboda ot trevogi: sprav'sya s trevogoi, poka ona ne raspravilas' s toboi [Anxiety Free: Unravel Your Fears Before They Unravel You]. Saint-Petersburg: Publ. Piter, 2018. 398 p. (In Russ).
4. Lichnostnyi potentsial: struktura i diagnostika [Personal potential: Structure and Diagnostics] / Ed. D.A. Leontiev. Moscow: Publ. Smysl, 2011. 680 p. (In Russ).
5. Osin E.N. Izmerenie pozitivnykh i negativnykh emotsii: razrabotka russkoyazychnogo analoga metodiki PANAS [Measuring Positive and Negative Affect: Development of a Russian-language Analogue of PANAS]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of Higher School of Economics], 2012. Vol. 9, no. 4, pp. 91—110. (In Russ, Abstr. in Engl).
6. Osin E.N., Leontiev D.A. Kratkie russkoyazychnye shkaly diagnostiki sub'ektivnogo blagopoluchiya: psikhometricheskie kharakteristiki i sravnitel'nyi analiz [Brief Russian-Language Instruments to Measure Subjective Well-Being: Psychometric Properties and Comparative Analysis]. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny* [Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes Journal], 2020, no. 1, pp. 117—142. (In Russ, Abstr. in Engl). DOI: 10.14515/monitoring.2020.1.06
7. Pervichko E.I., Mitina O.V., Stepanova O.B., Konyukhovskaya Yu.E., Dorokhov E.A. Vospriyatie COVID-19 naseleniem Rossii v usloviyakh pandemii 2020 goda [Perception of COVID-19 During the 2020 Pandemic in Russia]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education], 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 119—146. (In Russ, Abstr. in Engl). DOI: 10.17759/cpse.2020090206
8. Rasskazova E.I., Leontiev D.A., Lebedeva A.A. Pandemiya kak vyzov sub'ektivnomu blagopoluchiyu: trevoga i sovladanie [Pandemic as a Challenge to Subjective Well-Being: Anxiety and Coping]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 90—108. (In Russ, Abstr. in Engl). DOI: 10.17759/cpp.2020280205
9. Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. Psikhologicheskoe sodержanie trevogi i profilaktiki v situatsii infodemii: zashchita ot koronavirusa ili «porochnyyi

- krug» trevogi? [Psychological Contents of Anxiety and the Prevention in an Infodemic Situation: Protection against Coronavirus or the “Vicious Circle” of Anxiety?]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 70—89. (In Russ, Abstr. in Engl). DOI: 10.17759/cpp.2020280204
10. Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A. Stikhiinye bedstviya i ugrozhayushchie zhizni zabolevaniya: psikhologicheskie posledstviya i osobennosti sovladaniya [Natural Disasters and Life-threatening Diseases: Psychological Consequences]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education], 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 196—212. (In Russ, Abstr. in Engl). DOI: 10.17759/cpse.2020090210
 11. Kholmogorova A.B. Teoreticheskie i empiricheskie osnovaniya integrativnoi psikhoterapii rasstroistva affektivnogo spectra. Diss. dokt. psikhol. nauk. [Theoretical and empirical foundations of integrative psychotherapy affective spectrum disorders. Dr. Sci. (Psychology) diss.] Moscow: MNII psikhiiatrii, 2006. 465 p. (In Russ).
 12. Alfano V., Ercolano S. The Efficacy of Lockdown Against COVID-19: A Cross-Country Panel Analysis. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2020. Vol. 18, pp. 509—517. DOI: 10.1007/s40258-020-00596-3
 13. Andersson G. The benefits of optimism: A meta-analytic review of the Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 1996. Vol. 21, no. 5, pp. 719—725. DOI: 10.1016/0191-8869(96)00118-3
 14. Arslan G., Yildirim M. Coronavirus Stress, Meaningful Living, Optimism, and Depressive Symptoms: A Study of Moderated Mediation Model. Coronavirus Stress, Meaningful Living, Optimism, and Depressive Symptoms. *PsyArXiv*, 2020. URL: <https://osf.io/ykvzn> (Assessed 13.07.2020).
 15. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York, US: Basic Books, 2005. 388 p.
 16. Carver C.S., Scheier M.F. Dispositional optimism. *Trends in cognitive sciences*, 2014. Vol. 18, no. 6, pp. 293—299. DOI: 10.1093/med:psych/9780195119343.003.0009
 17. Carver C.S., Scheier M.F., Segerstrom S.C. Optimism. *Clinical Psychology Review*, 2010. Vol. 30, no. 7, pp. 879—889. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.01.006
 18. Gallagher M.W., Long L.J., Phillips C.A. Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. *Journal of Clinical Psychology*, 2020. Vol. 76, no. 3, pp. 329—355. DOI: 10.1002/jclp.22882
 19. Globig L.K., Blain B., Sharot T. When Private Optimism meets Public Despair: Dissociable effects on behavior and well-being. When Private Optimism meets Public Despair. *PsyArXiv*, 2020. URL: <https://osf.io/gbdn8> (Assessed 12.07.2020).
 20. Gordeeva T.O., Sychev O.A., Semenov Y.I. Constructive Optimism, Defensive Optimism, and Gender as Predictors of Autonomous Motivation to Follow Stay-at-Home Recommendations during COVID-19 Pandemic. *Psychology in Russia. State of the art. (Submitted)*, 2020.
 21. Harper C.A., Satchell L.P., Fido D., Latzman R.D. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2020. DOI: 10.1007/s11469-020-00281-5

22. Kennedy P. Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background. In *The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology*. Oxford University Press, 2012, pp. 3—9.
23. Lau H., Khosrawipour V., Kocbach P., Mikolajczyk A., Schubert J., Bania J., Khosrawipour T. The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. *Journal of Travel Medicine*, 2020. Vol. 27, no. 3, pp. taaa037. DOI: 10.1093/jtm/taaa037
24. Li J.B., Yang A., Dou K., Wang L.-X., Zhang M.-C., Lin X. Chinese public's knowledge, perceived severity, and perceived controllability of the COVID-19 and their associations with emotional and behavioural reactions, social participation, and precautionary behaviour: A national survey. *PsyArXiv*, 2020. URL: <https://osf.io/5tmsh> (Assessed 01.08.2020).
25. Nes L.S., Segerstrom S. Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*, 2006. Vol. 10, pp. 235—251. DOI: 10.1207/s15327957pspr1003_3
26. Norem J., Cantor N. Defensive Pessimism: Harnessing Anxiety as Motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986. Vol. 51, no. 6, pp. 1208—1217. DOI: 10.1037/0022-3514.51.6.1208
27. Pedraza P. de, Guzi M., Tijdens K. Life Dissatisfaction and Anxiety in COVID-19 pandemic. *GLO Discussion Paper*, 2020. URL: <https://www.econstor.eu/handle/10419/217053> (Assessed 12.07.2020).
28. Pfattheicher S., Nockur L., Böhm R., Sassenrath C., Petersen M.B. The emotional path to action: Empathy promotes physical distancing during the COVID-19 pandemic. *Preprint*, 2020. DOI: 10.31234/osf.io/y2cg5
29. Scheier M.F., Carver C.S. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 1985. Vol. 4, no. 3, pp. 219—247. DOI: 10.1037/0278-6133.4.3.219
30. Seligman M.E.P. *Learned optimism: How to change your mind and your life*. Vintage, 2011. 446 p.
31. Shaffer J.A., Postlethwaite B.E. A Matter of Context: A Meta-Analytic Investigation of the Relative Validity of Contextualized and Noncontextualized Personality Measures. *Personnel Psychology*, 2012. Vol. 65, no. 3, pp. 445—494. DOI: 10.1111/j.1744-6570.2012.01250.x
32. Sharot T. *The Optimism Bias: Why we're wired to look on the bright side*. The Optimism Bias. Hachette UK, 2012. 197 p.
33. Taylor S.E., Armor D.A. Positive Illusions and Coping with Adversity. *Journal of Personality*, 1996. Vol. 64, no. 4, pp. 873—898. DOI:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00947.x
34. Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M., Bower J.E., Gruenewald T.L. Psychological resources, positive illusions, and health. *The American Psychologist*, 2000. Vol. 55, no. 1, pp. 99—109. DOI: 10.1037//0003-066x.55.1.99
35. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S., Ho R.C. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020. Vol. 17, no. 5, pp. 1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729

Информация об авторах

Сычев Олег Анатольевич, кандидат психологических наук, научный сотрудник, Алтайский государственный гуманитарно-педагогический университет имени В.М. Шукшина (ФГБОУ ВО АГГПУ), г. Бийск, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0373-6916>, e-mail: osnl@mail.ru

Гордеева Тамара Олеговна, профессор кафедры психологии образования и педагогики, доктор психологических наук, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), ведущий научный сотрудник, Научно-исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО «НИУ ВШЭ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3900-8678>, e-mail: tamgordeeva@gmail.com

Виндекер Ольга Сергеевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, доцент, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина (ФГБОУ ВО УрФУ), г. Екатеринбург, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1443-3718>, e-mail: olgatt@yandex.ru

Довгер Мария Андреевна, аспирант факультета психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-6209>, e-mail: dvger.masha@rambler.ru

Титова Граншам Виктория Александровна, аспирант факультета психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2693-9035>, e-mail: vtitova@vermare.com

Information about the authors

Oleg A. Sychev, Research Associate, Shukshin Altai State University for Humanities and Pedagogy, Biysk, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0373-6916>, e-mail: osnl@mail.ru

Tamara O. Gordeeva, Full Professor, Lomonosov Moscow State University, Lead Researcher, Higher School of Economics, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3900-8678>, e-mail: tamgordeeva@gmail.com

Olga S. Vindeker, Senior Research Associate, Associate Professor, Ural Federal University, Yekaterinburg, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1443-3718>, e-mail: olgatt@yandex.ru

Maria A. Dovger, PhD student, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-6209>, e-mail: dvger.masha@rambler.ru

Victoria A. Titova Grandchamp, PhD student, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2693-9035>, e-mail: vtitova@vermare.com

Получена 11.08.2020

Принята в печать 30.02.2021

Received 11.08.2020

Accepted 30.02.2021

РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ ИЗВЕСТНЫМИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЯМИ А.Т. БЕКА

COGNITIVE THERAPY REFINEMENT BY A.T. BECK'S FAMOUS FOLLOWERS

ТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СХЕМ

РОБЕРТ Л. ЛИХИ

Американский институт когнитивной терапии, Медицинский колледж
Вейл Корнелл, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, Соединенные Штаты Америки
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4226-5675>,
e-mail: rleahyaict@gmail.com

Когнитивную терапию часто критикуют за то, что она сосредотачивается исключительно на рациональном познании, а не на роли эмоций в психопатологии. Терапия эмоциональных схем (ТЭС) развивает модель, объясняющую, как человек размышляет о собственных эмоциях и эмоциях других людей и реагирует на эти эмоции. Основываясь на концепции схем Аарона Бека, метакогнитивной модели Эдриана Уэллса, теории принятия и ответственности (АСТ) и социально-когнитивной теории, модель ТЭС предполагает, что убеждения о длительности, контролируемости, легитимности, нормальности эмоций, чувстве стыда и вины за их переживание приводят к проблемным стратегиям совладания с эмоциями, таким как подавление, избегание, злоупотребление психоактивными веществами и руминациям. В статье описывается ряд ключевых положений ТЭС и приводятся исследования в обоснование данной модели.

Ключевые слова: эмоциональные схемы, когнитивная терапия, эмоциональная регуляция, психопатология.

Для цитаты: Лихи Р.Л. Терапия эмоциональных схем // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 45—57. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290304>

EMOTIONAL SCHEMA THERAPY

ROBERT L. LEAHY

American Institute for Cognitive Therapy, Weill-Cornell University Medical School, New York, NY USA

ORCID: 0000-0003-4226-5675,

e-mail: rleahyaict@gmail.com

Cognitive therapy has often been criticized as focusing exclusively on rational cognition rather than on the role of emotion in psychopathology. The Emotional Schema Therapy (EST) approach advances a model of how people think about and respond to their own emotions and those of others. Drawing on Beck's schema model, the metacognitive model of Adrian Wells, the Acceptance and Commitment Model (ACT), and social cognitive theory, the EST model suggests that beliefs about the duration, controllability, legitimacy, normalcy, shame and guilt about emotions result in problematic strategies for coping with emotion, such as suppression, avoidance, substance abuse, and rumination. I outline some of the main points of EST and the research supporting the model.

Keywords: Emotional schemas, cognitive therapy, emotion regulation, psychopathology.

For citation: Leahy R.L. Emotional schema therapy. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 45—57. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290304> (In Russ., abstr. in Engl.)

Модель когнитивной терапии А. Бека оказала значимое влияние на разные области психопатологии и лечения психических заболеваний. Когнитивные модели разработаны почти для всех основных психических расстройств, включая большое депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, социофобию, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), паническое расстройство, расстройства личности и многие другие. Центральное положение модели А. Бека состоит в том, что эмоциональные проблемы рассматриваются как следствия искажений мышления, определяющих содержание дисфункциональных автоматических мыслей (например, чтение мыслей, персонализация, катастрофизация, сверхобобщение и т. д.), неадаптивных допущений или правил (например: «Если я не сделаю это идеально, значит, я неудачник/-ца» или «Мне нужно одобрение всех окружающих»), а также проблематичных базовых убеждений (схем) о себе или других (нелюбимый, неадекватный, особенный, безответственный) [3; 4; 5].

Понятие «схемы» появилось еще задолго до теории А. Бека. В действительности, почти 90 лет назад Ф. Бартлетт [1] ввел данное понятие в психологию восприятия и познания; Пиаже описывал схемы в развитии интеллекта [27], а когнитивная психология памяти и восприятия описывала, как схемы могут опосредовать внимание и воспроизведение информации. Эти подходы получили название моделей «схематической обработки» и стали предпосылкой к созданию теории схем А. Бека. А. Бек [6], его коллеги и Дж. Янг [37] в 1990-х годах развивали основанные на схемах модели личности, выдвинув предположение, что в основе каждого личностного расстройства лежат определенные схемы. В книге 1990-го года «Когнитивная психотерапия расстройств личности» [6] А. Бек с соавторами отмечали, что у человека могут быть схемы, или понятия, о многих вещах — о собственном «Я», о других людях, об отношениях, об окружающем физическом мире и т. д. Это сопоставимо с более ранним использованием понятия схемы как просто некоторого способа обработки информации.

Одно из положений критиков когнитивной терапии заключалось в том, что она не уделяет достаточного внимания роли эмоций. Все мы в те или иные моменты жизни испытываем целый спектр «негативных» эмоций, таких как беспомощность, безнадежность, гнев, тревога, печаль, зависть, ревность, скука и множество других неприятных ощущений. Однако не у каждого развивается большое депрессивное или тревожное расстройство. Важен не столько факт переживания какой-либо эмоции, а в большей степени то, как мы интерпретируем свои эмоции и реакции и к каким стратегиям совладания с ними прибегаем. Когда я начал размышлять о роли познания в эмоциональных процессах, я понял, что мы можем быть уязвимы к ошибкам мышления при интерпретации эмоций и что эти ошибки могут приводить к дезадаптивным стратегиям совладания с эмоцией [17; 18].

Например, человек, который переживает разрыв отношений, может испытывать печаль, тревогу, гнев, сексуальное влечение и даже некоторое облегчение, и эти эмоциональные переживания могут приходиться и уходить, как волны, накатывающие на берег — иногда бурные, иногда спокойные. В таком случае какая когнитивная реакция на эти эмоции была бы более адаптивной? Человек, переживающий эти разнообразные эмоции, мог бы принять их, воспринять их как норму, верить, что эти эмоции понятны, не бояться их и быть уверенным, что они ненадолго. Впоследствии такие убеждения об эмоциях не привели бы к избеганию, подавлению, употреблению алкоголя и наркотиков или руминациям. Однако другой человек, переживающий те же самые эмоции, мог бы испытывать стыд, думать, что эти чувства будут продолжительны, что другие чувствовали бы себя совсем по-другому, что его эмоции выйдут

из-под контроля и что они не понятны. Такая негативная интерпретация вылилась бы в избегание, подавление эмоций, злоупотребление наркотиками и алкоголем и руминации. Это пример модели эмоциональных схем. Все мы испытываем одинаковые эмоции, но по-разному их интерпретируем и совладаем с ними [20; 21].

Помимо когнитивной модели А. Бека, модель ТЭС основывается на некоторых других когнитивно-бихевиоральных моделях. Например, модель эмоциональных схем многое почерпнула из метакогнитивной теории Э. Уэллса [34], теории принятия и ответственности С. Хэйса (АСТ) [12], диалектической бихевиоральной терапии (ДБТ) М. Линехан [23], а также эмоционально-фокусированной терапии Л. Гринберга [11]. Тем не менее, она все же отличается от каждой из вышеперечисленных моделей. Модель эмоциональных схем — это социально-когнитивная модель эмоций: то есть, это когнитивная модель того, как мы интерпретируем свои эмоции и эмоции других людей. Метакогнитивная модель касается интерпретации мыслей, а не эмоций, она также не касается интерпретации эмоций других людей. Модели АСТ и ДБТ не направлены на когнитивные механизмы нашей интерпретации эмоций, хотя М. Линехан и обсуждает мифы об эмоциях в своих работах. А эмоционально-фокусированная терапия Л. Гринберга дает обоснование в основном феноменологии, а не когнитивным стилям, вызывающим к жизни эмоциональный опыт и следующим за ним.

Теория эмоций: изучение планов эмоциональной схемы

Модель Терапии эмоциональных схем (ТЭС) предполагает, что у каждого индивида есть своя теория о природе, причинах возникновения и способах контроля эмоций. В первоначальной модели я предполагал, что существует 14 измерений, по каждому из которых люди оценивают свои эмоции и справляются с ними [16; 17]. Это длительность, потребность в контроле, стыд/вина, толерантность к смешанным чувствам, принятие, нормальность, понятность, осуждение, склонность к руминациям, выражение эмоций, валидация, оцепенение, потребность в рационализации и связь с высшими ценностями. Например, проблемный комплекс негативных эмоциональных схем, касающийся ревности, подразумевает то, что эти чувства длятся неопределенный срок (длительность), не поддаются контролю; что человек испытывает стыд или вину за собственные чувства; что ему/ей трудно переносить смешанные чувства к другому человеку, по отношению к которому он испытывает ревность; что он/она не принимают своих чувств; считает, что чувствовать ревность — ненормально; не осмысляет свою рев-

ность; обвиняет других в своих чувствах; руминирует о своей ревности; не может выразить свои эмоции; не получает подтверждения (валидации) своих эмоций со стороны других людей; переживает эмоциональное оцепенение, думает, что должен(-а) вести себя рационально, а не эмоционально, а также не верит, что его/ее ревность соответствует высшим ценностям (например, высшим ценностям моногамии и верности). Неприятие и отсутствие толерантности к своим эмоциям приводит к использованию проблемных стратегий совладания, например, обвинению собственного партнера, допросам, слежке и угрозам по отношению к нему/ней.

В модели ТЭС предпринимается попытка нормализовать сложные эмоции, такие как ревность, зависть, гнев и тревога. Основываясь на эволюционной теории, которая показывает, что многие эмоции, которые у нас есть, развивались в процессе эволюции, выполняя адаптивные функции, модель ТЭС помогает пациентам признать, что эмоции универсальны и часто отражают определенные ценности, разделяемые многими людьми. Необходимо различать эмоции и поведение, обозначая то, что основная проблема может крыться не в эмоциях, а в поведении, следующем за эмоциями (обвинения, допросы и пр.).

В терапии прорабатывается каждое из 14 измерений эмоциональных схем. *Длительность*: отмечается, что эмоции временны, они приходят и уходят. *Контроль*: отмечается, что эмоциями можно управлять с помощью самых разных техник: принятия, отвлечения, символ-драмы, целенаправленного поведения, осознанности и когнитивной реструктуризации. *Стыд или вина*: отмечается, что эмоции универсальны и являются частью природы человека, что переживание эмоций не нарушает норм морали, если оно не приводит к неэтичному поведению. *Толерантность к смешанным чувствам*: отмечается, что амбивалентность лишь отражает богатство и сложность опыта и гораздо ближе к реальности, чем черно-белое восприятие окружающей действительности. *Принятие*: отмечается, что принятие и интеграция широкого спектра эмоций позволяют нам перестать бороться с самими собой. *Нормальность*: отмечается, что наши эмоции являются частью человеческой природы и что все эмоции универсальны — даже те, которые нам не нравятся. *Понятность*: отмечается, что наши эмоции имеют смысл, если мы признаем, что в ходе эволюции люди приобрели предрасположенность к определенным эмоциональным реакциям, а те эмоции, которые мы имеем, возникают в результате нашей социализации и ошибок мышления. *Обвинение*: вместо того чтобы обвинять других в том, что мы испытываем определенные эмоции, мы можем признать тот факт, что наши эмоции — это наш собственный опыт, с которым нам придется иметь дело, и что обвинения в адрес других

людей не помогут нам прожить те чувства, которые у нас есть. *Склонность к руминациям*: наши попытки долго размышлять и копаться в собственных эмоциях, вместо того чтобы принять их в настоящем, лишь усугубляют контрпродуктивный паттерн, и мы застреваем в своих чувствах. *Экспрессия*: признается, что существуют проблемные стили выражения наших чувств (например, бесконечные жалобы), но выражение и разделение эмоций с другими людьми — ключевая составляющая эмоционального опыта. *Валидация*: признается, что мы можем получить подтверждение и понимание со стороны других и также можем подтверждать свои собственные чувства и открывать правду о них. *Оцепенение*: признается, что попытки эмоционально оцепенеть (не испытывать никаких чувств) — лишь избегание эмоций и опыта, и только затрудняют наши возможности выдерживать чувства, которые у нас есть, и жить с ними. *Потребность в рационализации*: она может принять форму безэмоциональности, приводящей к неверному убеждению, что жизнь должна быть рациональной, а не наполненной эмоциями и опытом. *Высшие Ценности*: признается, что наши эмоции могут соотноситься с высшими ценностями, к которым мы стремимся — преданностью, совершенством, справедливостью и добротой.

Эмоциональный перфекционизм

Модель ТЭС предполагает, что в основе трудностей совладания с неизбежными в жизни эмоциями лежат три измерения перфекционизма. Они включают в себя экзистенциальный перфекционизм — убеждение о том, что жизнь должна быть всегда насыщенной, легкой, счастливой и безупречной; эмоциональный перфекционизм — убеждение о том, что человек должен испытывать положительные эмоции, минимальную фрустрацию или не испытывать ее вовсе, а негативных эмоций нужно избегать любой ценой; и Чистый Разум — убеждение о том, что разум человека, его сознание, мысли и эмоции должны быть ясными, однозначными (либо позитивными, либо негативными), а амбивалентности быть не должно, и все в мире должно иметь смысл. Эти перфекционистские убеждения противоречат экзистенциальной модели, предлагаемой ТЭС, которая утверждает, что жизнь наполнена фрустрацией, разочарованием, замешательством и даже крушением иллюзий, а перфекционистские ожидания приводят лишь к непереносимости эмоций и страху перед ними. Отказываясь от черно-белого взгляда на жизнь, модель ТЭС рассматривает эмоциональный опыт как калейдоскоп постоянно меняющихся, часто сбивающих с толку и противоречивых событий, которые вместе складываются в полноценную жизнь.

Цели терапии эмоциональных схем

Подход ТЭС включает несколько этапов лечения. Сюда входит оценка типичных для пациента убеждений о собственных эмоциях при помощи Шкалы эмоциональных схем Лихи II [19]; выявление проблемных стратегий совладания с эмоциями (подавление, избегание, обвинение, склонность к руминациям, злоупотребление психоактивными веществами); последовательное изучение проблемных убеждения и копинг-стратегий и, наконец, использование эмпирических, поведенческих и когнитивных техник для изменения или замещения данных убеждений и стратегий более адекватными. Например, человек, стыдящийся своего чувства ревности, может исследовать свои убеждения, что другие не ревнуют или что ревность постыдна. Психотерапевт может помочь пациенту нормализовать чувства ревности; узнать универсальную природу ревности; определить проблемные стратегии совладания (например, допрос или обвинение своего партнера); провести различие между переживанием чувства ревности и ревнивыми поведенческими актами; принять это чувство, не совершая действий под влиянием ревности; решить с партнером проблему того, какое поведение приемлемо или неприемлемо для каждого из них; и выстроить мощный внешний источник поддержки и смысла вне отношений с партнером.

Похожим образом модель эмоциональных схем может быть применима к тому, как мы реагируем на эмоции других. Например, в своей работе мы обнаружили, что определенные убеждения и реакции на эмоции интимного партнера связаны с повышенными уровнями конфликтов и неудовлетворенности в парах [22]. Люди отмечают более интенсивное чувство неудовлетворенности в своих отношениях, когда сообщают, что партнер винит их за их чувства, считает, что эти чувства бессмысленны, что другие не чувствуют ничего подобного и стоит перестать выражать эти чувства. Напротив, люди сообщают о большей удовлетворенности в своих интимных отношениях, когда чувствуют признание со стороны другого и когда, по их утверждению, партнер поощряет их к выражению чувств, принимает, нормализует их чувства и считает, что их эмоции можно понять.

Исследования в области эмоциональных схем

Исследования в рамках модели эмоциональных схем сформировали серьезную доказательную базу, обосновывающую роль убеждений об эмоциях в развитии психопатологии. Дисфункциональные эмоциональные схемы связаны с выраженностью депрессии и тревоги, низкой психологической гибкостью и нарушением способности к рефлексии,

высоким суицидальным риском и, как следствие, являются фактором риска различных психических расстройств [2; 17; 31; 32; 35].

В ретроспективном исследовании предикторов пограничного расстройства личности эмоциональные схемы валидации и самосострадания выступали в качестве медиаторов формирования пограничного расстройства, независимо от раннего детского опыта [36]. Другими словами, в детстве люди могут пережить отвержение, безразличие или наказание, но если в настоящем они убеждены, что другие признают их значимость, и если они относятся к себе с состраданием, тогда они с гораздо меньшей вероятностью сформируют пограничное расстройство. Женщины с бесплодием сообщали о большем чувстве вины за переживание эмоций, были убеждены, что их эмоции невозможно понять, что другие обесценивают их, что эти переживания будут длиться долго, что они должны чувствовать что-то одно и не позволять себе смешанных чувств, а также были склонны к руминациям на тему своих эмоциональных переживаний [13]. В исследовании алекситимии эмоциональные схемы опосредовали тяжесть алекситимии при наличии таких факторов риска, как подверженность насилию в детстве и детская травма [9]. Эмоциональные схемы также оказались связанными с синдромом раздраженного кишечника [10]. Убеждения в отношении эмоций обнаружили связь с проблемными копинг-стратегиями, например, избеганием и руминациями [33]. Симптомы обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) коррелируют с эмоциональными схемами вины и отсутствия контроля [15]. Эмоциональные схемы были также связаны с симптомами ПТСР у старшекласников, переживших землетрясение [24].

Индивидуальная и групповая терапия эмоциональных схем показала свою эффективность при генерализованном тревожном расстройстве, социальной тревоге, работе с травмами и антисоциальным поведением [8; 14; 26; 28]. В исследовании старшекласников с депрессией терапия эмоциональных схем значимо уменьшала выраженность симптомов депрессии [7]. Shabsavani et al. [29] обнаружили, что терапия эмоциональных схем эффективна для устранения головных болей при мигрени. Morvaridi et al. [25] установили, что терапия эмоциональных схем улучшала эмоциональную регуляцию и снижала уровень социальной тревоги у женщин. Терапия эмоциональных схем снижала частоту самоповреждений и парасуицидального поведения у военнослужащих [30].

Заключение

Современная когнитивная модель не должна ограничиваться содержанием понятий автоматических мыслей, убеждений и схем, первона-

чально предложенными А. Беком. Расширенная когнитивная модель может учитывать то, что у людей есть убеждения о многих вещах, в том числе о природе собственных эмоций, их причинах и стратегиях эмоциональной регуляции. Более того, расширенная когнитивная модель может также учитывать, что наши представления об эмоциях и стратегиях совладания с ними могут играть значительную роль в том, как мы воспринимаем эмоции других людей, и в том, как мы можем поддержать людей с эмоциональными трудностями, когда это возможно.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Bartlett F.C.* Remembering: An experimental and social study. Cambridge: Cambridge University, 1932. 332 p.
2. *Batmaz S., et al.* Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression // *Comprehensive Psychiatry*. 2014. Vol. 55(7). P. 1546—1555.
3. *Beck A.T.* Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press, 1976. 356 p.
4. *Beck A.T.* Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979. 425 p.
5. *Beck A.T., et al.* Anxiety disorders and phobias : a cognitive perspective. Cambridge: MA, Basic Books, 2005. 384 p.
6. *Beck A.T., Freeman A.* Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press, 1990. 506 p.
7. *Boket E., Bahrami M., Kolyaie L., Hosseini S.A.* The effect of assertiveness skills training on reduction of verbal victimization of high school students // *International journal of humanities and cultural studies*. 2016. Vol. 8. P. 690—699.
8. *Daneshmandi S., et al.* The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect // *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2014. Vol. 22(5). P. 1481—1494.
9. *Edwards E.R., Micek A., Mottarella K., et al.* Emotion ideology mediates effects of risk factors on alexithymia development // *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2017. Vol. 35(3). P. 254—277.
10. *Erfan A., Noorbala A.A., Karbasi Amel S., et al.* The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design // *Advanced biomedical research*. 2018. Vol. 7. P. 72. DOI: 10.4103/abr.abr_113_16
11. *Greenberg L.S., Elliott R.* Emotion-focused therapy // *Comprehensive handbook of psychotherapy: Integrative/eclectic*. 2002. Vol. 4. P. 213—240.
12. *Hayes S.C., et al.* Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press, 2011. 402 p.
13. *Kargol LV., Zemlianykh M.K.* Emotional and Behavioral Components of Infertility-Related Stress Experienced by Infertile Women // *Pediatrician*. 2021. Vol. 12(3). (in press)
14. *Khaleghi M., et al.* Emotional Schema Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Single-Subject Design // *International Journal of Cognitive Therapy*. 2017. Vol. 10(4). P. 269—282.

15. *Khosravani V., Ardestani S.m.S., Mohammadzadeh A., et al.* The Emotional Schemas and Obsessive-Compulsive Disorder Dimensions in People with Obsessive-Compulsive Disorder // *International Journal of Cognitive Therapy*. 2020. Vol.13(1). P. 341—357.
16. *Leahy R.L.* A model of emotional schemas // *Cognitive and Behavioral Practice*. 2002. Vol. 9. P. 177—190.
17. *Leahy R.L.* Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach // *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician / In Simos G.(ed.)*. London: Routledge, 2009. P. 187—204.
18. *Leahy R.L.* Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies / In *Herbert J., Forman E. (ed.)*. New York, Wiley, 2011. P. 109—131.
19. *Leahy R.L.* Emotional Schema Scale II. Unpublished scale, American Institute for Cognitive Therapy, 2012.
20. *Leahy R.L.* Emotional schema therapy. New York: Guilford Publications, 2015. 384 p.
21. *Leahy R.L.* Emotional Schema Therapy: Distinctive Features. London: Routledge, 2018. 176 p.
22. *Leahy R.L., Kaplan D.* Emotional schemas and relationship adjustment. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. New Orleans, LA, 2004. 54 p.
23. *Linehan M.* Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993. 558 p.
24. *Mazloom M., Yaghubi H., Mohammadkhani S.* Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model // *Personality and Individual Difference*. 2016. Vol. 88. P. 94—98.
25. *Morvaridi M., Mashhadi A., Shamloo Z., et al.* The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Emotional Regulation and Social Anxiety Symptoms // *International Journal of Cognitive Therapy*. 2018. Vol. 12. P. 16—24. DOI: 10.1007/s41811-018-0037-6
26. *Naderi Y., et al.* Effectiveness of emotional schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of combat-related post traumatic stress disorder veterans // *Iranian Journal of War and Public Health*. 2015. Vol. 7(3). P. 147—155.
27. *Piaget J.* Genetic epistemology. Trans. E. Duckworth. New York: Columbia University Press, 1970. 159 p.
28. *Rezaei M., Ghadampur E., Kazemi R.* Effectiveness of emotional schema therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder // *Journal of Clinical Psychology*. 2016. Vol. 7 (4). P. 45—58.
29. *Shahsavani S., Mashhadi A., Bigdeli I.* The Effect of Group Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Strategies in Women with Migraine Headaches: a Pilot Study // *International J Cogn Ther*. 2020. Vol. 13. P. 328—340.
30. *Shahtoori G.K., Rahnejat A.M., Dabaghi P., et al.* Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Improvement in Cognitive-Emotion Regulation in Attempting to Self-Mutilation Soldiers // *J Mil Med*. 2020. Vol. 22 (9). P. 956—968.
31. *Silberstein L.R., et al.* Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas // *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012. Vol. 5(4). P. 406—419.

32. Tirch D.D., et al. Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal // *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012. Vol. 5(4). P. 380—391.
33. Trincas R., Bilotta E., Mancini F. Specific Beliefs about Emotions Are Associated with Different Emotion-Regulation Strategies // *Scientific Research Publishing*. 2016. Vol. 7. P. 1682—1699.
34. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, Guilford, 2008. 316 p.
35. Wenzel S., et al. Longitudinal assessment of emotional schemas in bipolar outpatients. American psychiatric association. San Francisco, 2003.
36. Westphal M., et al. Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology // *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 242. P. 186—191.
37. Young J.E. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, 1990. 96 p.

REFERENCES

1. Bartlett F.C. *Remembering: An experimental and social study*. Cambridge: Cambridge University, 1932. 332 p.
2. Batmaz S., et al. Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive Psychiatry*. 2014. Vol. 55 (7), pp. 1546—1555.
3. Beck A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976. 356 p.
4. Beck A.T. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979. 425 p.
5. Beck A.T., et al. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Cambridge: MA, Basic Books, 2005. 384 p.
6. Beck A.T., Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press, 1990. 506 p.
7. Boket E., Bahrami M., Kolyaie L., Hosseini S.A. The effect of assertiveness skills training on reduction of verbal victimization of high school students. *International journal of humanities and cultural studies*, 2016. Vol. 8, pp. 690—699.
8. Daneshmandi S., et al. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 2014. Vol. 22 (5), pp. 1481—1494.
9. Edwards E.R., Micek A., Mottarella K., et al. Emotion ideology mediates effects of risk factors on alexithymia development. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2017. Vol. 35 (3), pp. 254—277.
10. Erfan A., Noorbala A.A., Karbasi Amel S., et al. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design. *Advanced biomedical research*, 2018. Vol. 7, p. 72. DOI: 10.4103/abr.abr_113_16
11. Greenberg L.S., Elliott R. Emotion-focused therapy. *Comprehensive handbook of psychotherapy: Integrative/eclectic*, 2002. Vol. 4, pp. 213—240.
12. Hayes S.C., et al. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press, 2011. 402 p.

13. Kargol L.V., Zemlianykh M.K. Emotional and Behavioral Components of Infertility-Related Stress Experienced by Infertile Women. *Pediatrician*. 2021. Vol. 12 (3). (in press)
14. Khaleghi M., et al. Emotional Schema Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Single-Subject Design. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2017. Vol. 10 (4), pp. 269—282.
15. Khosravani V., Ardestani S.m.s., Mohammadzadeh A., et al. The Emotional Schemas and Obsessive-Compulsive Disorder Dimensions in People with Obsessive-Compulsive Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2020. Vol.13 (1), pp. 341—357.
16. Leahy R.L. A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2002. Vol. 9, pp. 177—190.
17. Leahy R.L. Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. In Simos G. (ed.) *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician*. London: Routledge, 2009, pp. 187—204.
18. Leahy R.L. Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. In Herbert J., Forman E. (ed.) *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. New York, Wiley, 2011, pp. 109—131.
19. Leahy R.L. Emotional Schema Scale II. Unpublished scale, American Institute for Cognitive Therapy, 2012.
20. Leahy R.L. *Emotional schema therapy*. New York: Guilford Publications, 2015. 384 p.
21. Leahy R.L. *Emotional Schema Therapy: Distinctive Features*. London: Routledge, 2018. 176 p.
22. Leahy R.L., Kaplan D. Emotional schemas and relationship adjustment. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. New Orleans, LA, 2004. 54 p.
23. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press, 1993. 558 p.
24. Mazloom M., Yaghubi H., Mohammadkhani S. Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model. *Personality and Individual Difference*, 2016. Vol. 88, pp. 94—98.
25. Morvaridi M., Mashhadi A., Shamloo Z., et al. The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Emotional Regulation and Social Anxiety Symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2018. Vol. 12, pp. 16—24. DOI: 10.1007/s41811-018-0037-6
26. Naderi Y., et al. Effectiveness of emotional schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of combat-related post traumatic stress disorder veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*, 2015. Vol. 7 (3), pp. 147—155.
27. Piaget J. *Genetic epistemology*. Trans. E. Duckworth. New York: Columbia University Press, 1970. 159 p.
28. Rezaei M., Ghadampur E., Kazemi R. Effectiveness of emotional schema therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2016. Vol. 7 (4), pp. 45—58.
29. Shahsavani S., Mashhadi A., Bigdeli I. The Effect of Group Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Strategies in Women with Migraine Headaches: a Pilot Study. *International J Cogn Ther*, 2020. Vol. 13, pp. 328—340.

30. Shahtoori G.K, Rahnejat A.M, Dabaghi P, et al. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Improvement in Cognitive-Emotion Regulation in Attempting to Self-Mutilation Soldiers. *J Mil Med*, 2020. Vol. 22 (9), pp. 956—968.
31. Silberstein L.R., et al. Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2012. Vol. 5 (4), pp. 406—419.
32. Tirch D.D., et al. Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2012. Vol. 5 (4), pp. 380—391.
33. Trincas R., Bilotta E., Mancini F. Specific Beliefs about Emotions Are Associated with Different Emotion-Regulation Strategies. *Scientific Research Publishing*, 2016. Vol. 7, pp. 1682—1699.
34. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, Guilford, 2008. 316 p.
35. Wenze S., et al. Longitudinal assessment of emotional schemas in bipolar outpatients. *American psychiatric association*. San Francisco, 2003.
36. Westphal M., et al. Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry Research*, 2016. Vol. 242, pp. 186—191.
37. Young J. E. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, 1990. 96 p.

Информация об авторах

Роберт Л. Лихи, В.А., М.С., Ph.D., директор Американского института когнитивной терапии (Нью-Йорк) и клинический профессор психологии факультета психиатрии Медицинского колледжа Вейлл Корнелл. Он получил премию Аарона Т. Бека за выдающийся вклад в когнитивную терапию, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4226-5675>, e-mail: rleahyaict@gmail.com

Information about the authors

Robert L. Leahy, B.A., M.S., Ph.D., is Director of the American Institute for Cognitive Therapy (NYC), and Clinical Professor of Psychology in Psychiatry at Weill-Cornell University Medical School. He has received the Aaron T. Beck award for outstanding contributions in cognitive therapy, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4226-5675>, e-mail: rleahyaict@gmail.com

Получена 09.09.2021

Received 09.09.2021

Принята в печать 16.09.2021

Accepted 16.09.2021

КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ ТЕХНИКИ И СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Ф.М. ДАТТИЛИО

Американский совет профессиональной психологии (ABPP),
Пенсильванский университет, Медицинская школа Перельмана
и Гарвардская медицинская школа. Филадельфия (штат Пенсильвания),
Бостон (штат Массачусетс), Соединенные Штаты Америки
e-mail: frankdattilio@cs.com

Данная статья посвящена вопросу интеграции когнитивно-бихевиоральной семейной терапии и системного подхода. Проводится обзор новых, актуальных эмпирических исследований, которые лежат в основе ее стратегий и обеспечивают ее привлекательность для системных семейных терапевтов в России и по всему миру.

Ключевые слова: когнитивно-бихевиоральная семейная психотерапия, системная семейная психотерапия.

Для цитаты: Даттилио Ф.М. Когнитивно-бихевиоральные техники и системная семейная терапия // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 58—68. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290305>

COGNITIVE-BEHAVIORAL TECHNIQUES AND FAMILY SYSTEM THERAPY

FRANK M. DATTILIO

University of Pennsylvania Perelman School of Medicine, Philadelphia, PA;
Harvard Medical School in Boston, MA. United States of America
e-mail: frankdattilio@cs.com

This article addresses the integration of cognitive-behavior therapy with families within the systemic movement. It reviews some of the updated empirical literature

that supports its strategies as well as its attractiveness to systemic family therapists in Russia and across the globe.

Keywords: Cognitive-Behavioral Family Therapy, Family System Therapy.

For citation: Dattilio F.M. Cognitive-behavioral techniques and family system therapy. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 58—68. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290305>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Когнитивно-бихевиоральные техники и системная семейная терапия

Когнитивно-бихевиоральная семейная терапия (КБСТ) в настоящее время признана одним из основных направлений современной семейной терапии. Главы о КБСТ неоднократно включались во влиятельные учебники в данной области, где ее рассматривают как одну из наиболее целостных теорий современной семейной терапии [10].

Еще несколько десятилетий назад системная семейная терапия отвергала когнитивно-бихевиоральный подход, так как его считали слишком линейным, поверхностным и не учитывающим концепцию циркулярности (circularity) семейной системы [7]. С тех пор эти представления изменились, что отражено в более современной профессиональной литературе, закрепляющей понятие циркулярности и необходимость проведения КБСТ с опорой на системный подход. Другие подходы включают также понятие эмоционального аспекта в работе с членами семьи в опоре на расширенную модель, интегрирующую дополнительные компоненты системных теорий, таких как структурная и стратегическая семейная терапия [13].

Работа с семьями подразумевает ряд уникальных аспектов и трудностей, которые довольно сильно отличаются от таковых в индивидуальной психотерапии. Так как терапевт работает одновременно с несколькими клиентами, которые взаимно влияют на мысли, эмоции и поведение друг друга, а также часто имеют разные потребности и цели, терапевт должен сохранять сензитивность в отношении этих сложных процессов [9]. Изучить семейную систему во всей ее полноте значит познакомиться с каждым членом семьи и понять их способы взаимодействия друг с другом, а также с самим терапевтом.

Терапевты при этом внимательно изучают внутриспсихическую динамику когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций каждого члена семьи. Они также проводят диагностику взаимодействия между членами семьи и общую организацию семейной системы. Отслежива-

ние межличностных процессов членов семьи во время терапевтической сессии отличается от того, как терапевт контролирует процесс своего взаимодействия с индивидуальным клиентом. Ценность семейной терапии — в возможности наблюдать взаимодействия между членами семьи и проводить интервенции в нужный момент для изменения дисфункциональных схем. Однако, чтобы сформировать четкое понимание сложной динамики, возникающей внутри семейной системы, требуется иной способ мышления, отличающийся от способов понимания характеристик индивидуального клиента. Внимательное наблюдение со стороны терапевта крайне необходимо во время интенсивных семейных взаимодействий. Сосредоточенность на обмене сильными эмоциями между членами семьи и разнонаправленном потоке реакций позволяет достичь понимания скрытых механизмов семейной динамики.

При такой сложной внутрисемейной динамике, которая еще больше усложняется с приходом в семейную систему терапевта, последнему особенно важно понимать и учитывать пути интеграции принципов и методов КБСТ с системным семейным подходом. Ушедший от нас Сальвадор Минухин в рамках разработанного им подхода структурной семейной психотерапии обсуждал понятие «присоединения к семье» как важного механизма изменений в работе с семьями [23]. Тем не менее, Минухин рассматривал самого себя, терапевта, как «рефлексивный инструмент изменений» [23]. Системная природа семейного взаимодействия подразумевает, что семья — это структура, состоящая из взаимосвязанных частей. Следовательно, чтобы понять любой паттерн поведения в данной семейной динамике, следует учитывать взаимодействия, происходящие между членами семьи, наиболее общие характеристики семьи как целостности (family unit), а также характеристики, которые привносят в семейную систему каждый ее член. Более того, необходимо оценивать более широкие контекстуальные факторы, такие как насилие внутри сообщества, социально-экономические потрясения и культурные факторы, нарушающие семейные взаимоотношения [18]. Учет всех этих факторов временами создает очень большую нагрузку на терапевта, но, тем не менее, это важно для понимания того, как функционирует семейная система.

Хотя семейные психотерапевты, как правило, предпочитают работать со всеми членами семьи, так или иначе вовлеченными в предъявляемую проблему, порой это становится невозможным в силу сопротивления или других причин, по которым некоторые члены семьи не могут посещать сессии. Это не препятствует посещению сессий теми членами семьи, кто готов делать это; но такая ситуация создает трудности для терапевта, в особенности с точки зрения системного подхода. Например, когда подросток с протестным поведением отказывается проходить терапию, терапевт может начать работу со знакомства с родителями и

внимательного изучения их взаимодействий с подростком, включая их попытки мотивировать ребенка к посещению сессий. Однако, с точки зрения системного подхода, семейная система оказывается неполной, если не все ее члены ходят на терапию, что создает вакуум в системе, в особенности в области, касающейся понимания реципрокных влияний всех членов семьи друг на друга.

Кроме того, совместные семейные сессии ограничивают возможности терапевта по использованию традиционных когнитивно-бихевиоральных техник, фокусом которых являются психопатологические симптомы, проблемные когниции, трудности регуляции эмоций у отдельных членов семьи. Вероятно, в таких ситуациях терапевту придется направить разных членов семьи на параллельную индивидуальную психотерапию. Иногда у терапевта может возникнуть соблазн взять одного или нескольких членов семьи в индивидуальную терапию, чтобы устранить факторы, мешающие работе над отношениями. Хотя разовая индивидуальная сессия, возможно, будет полезна для подготовки члена семьи к более конструктивному участию в совместных сессиях, фактическое вовлечение в индивидуальную терапию и одновременное продолжение семейных сеансов может привести к опасности создания двойных отношений и соответствующих этических проблем, чего следует избегать [22]. Кроме того, в любом случае, когда терапевт поддерживает индивидуальные отношения с одним из членов семьи, всегда существует риск, что этот человек поделится секретами (например, относительно измены) с терапевтом, что поставит терапевта в очень сложное положение, подразумевающее сговор с этим человеком и оказывающее негативное влияние на другого(-их) члена(-ов) семьи. Во время процедуры получения согласия на терапию в начале работы семейным психотерапевтам необходимо давать членам семьи четкие инструкции относительно раскрытия секретов.

Эмпирические исследования

К сожалению, до сих пор ощущается определенный дефицит эмпирической литературы по КБСТ. Faulkner, Klock и Gale [20] провели контент-анализ статей, опубликованных в источниках по супружеской терапии/терапии пар и семейной терапии с 1980 по 1999 гг. *The American Journal of Family Therapy* («Американский журнал семейной терапии»), *Contemporary Family Therapy* («Современная семейная терапия»), *Family Process* («Семейный процесс») и *the Journal of Marital and Family Therapy* («Журнал супружеской и семейной терапии») оказались среди основных журналов, откуда для анализа были отобраны сто тридцать одна статья,

в которых применялись количественные методы исследования. Из ста тридцати одной работы исследования по оценке результатов терапии (outcome studies) составили менее половины. К сожалению, ни одно из исследований, вошедших в обзор, вообще не касалось КБСТ. Насколько известно автору, в последнее время статей на эту тему не публиковалось.

Возможно, одна из причин этого — тот факт, что исследовать семейную психотерапию сложнее в плане трудовых и временных затрат, чем супружескую и индивидуальную, так как в семьях происходит множество процессов. Большая часть исследований семейной динамики, оцениваемой в ходе КБСТ, связана с процессами когнитивно-бихевиоральной терапии пар, эффективность которой подтверждается рядом методологически качественных контролируемых исследований (см. новый расширенный обзор [13]). Эти исследования показывают эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии для проблем отношений, хотя большинство из них фокусируются преимущественно на бихевиоральных интервенциях в рамках коммуникационных тренингов, тренингов решения проблем и поведенческих контрактов, и лишь отдельные работы изучают влияние процедур когнитивной реструктуризации. Это указывает на необходимость проведения дополнительных исследований, которые могли бы помочь прийти к окончательному выводу об относительной эффективности эмпирически обоснованных методов лечения семей с помощью когнитивно-бихевиорального подхода. Тем не менее, КБСТ как метод лечения обретает важное обоснование в рамках теории систем, которая помогает многим семьям, переживающим дистресс [7; 8; 14].

Исследования по оценке результатов терапии продемонстрировали эффективность бихевиорально ориентированных семейных интервенций, а именно психообразования и обучения навыкам коммуникации и решения проблем. Кроме того, проводились исследования традиционного бихевиорального подхода в работе с агрессивным поведением [26] и применения принципов оперантного научения в терапии детско-родительских взаимодействий для коррекции поведенческих расстройств у детей [27; 30], лечения детской тревоги и агрессии [5], депрессии [2; 3], расстройств пищевого поведения [29] и других психических заболеваний [24].

Dadds и Salmon [6] также предложили транзакционную модель (модель взаимодействий), рассматривающую теоретическое понятие толерантности к наказаниям, которая позволяет прогнозировать реакции и влияние детей с определенными чертами личности на родительские практики воспитания.

В прикладном плане бихевиоральная семейная терапия также уделяла внимание лечению шизофрении [19]. Основной акцент ставился на

снижении частоты рецидивов и улучшении навыков социального функционирования пациентов в попытке облегчить семейное бремя [21]. Эффективные родительские стратегии неоднократно с успехом применялись в лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [1; 4].

Поскольку эмпирически обоснованным методам лечения в области психического здоровья уделяется все больше внимания, когнитивно-бихевиоральный подход в целом также заслужил популярность и уважение клиницистов, включая и семейных терапевтов из разных подходов [16].

Sprengle [28] отмечал применение более строгих критериев эффективности и стандартов исследований в отношении семейной психотерапии и общее движение области в сторону научно-доказательного подхода. Тем не менее, необходимо указать, что при этом не следует обесценивать практические исследования, реализованные много лет назад и имевшие менее строгую методологию [15]. Кроме того, очевидно, что в литературе по семейной психотерапии все больше внимания уделяется исследованиям клинических случаев. Традиционно исследования случая многими представителями сферы не рассматривались как научные ввиду отсутствия контрольных групп и объективности. Тем не менее, материалы клинического случая могут служить основой для построения выводов о каузальности в качественно спланированных исследованиях клинических случаев [10] и, по-видимому, во многих отношениях более востребованы среди студентов и участников профессиональных тренинговых групп [12; 17].

Эффективность КБСТ в рамках системного подхода

На протяжении нескольких десятков лет КБСТ демонстрировала экспоненциальный рост востребованности среди семейных психотерапевтов, которые либо используют ее как самостоятельный подход в рамках системной модели, либо интегрируют с другими подходами к терапии пар и семейной терапии. Хотя в прошлом КБСТ сосредотачивалась в большей степени на лечении определенных расстройств у отдельных членов семьи, чем на смягчении общих конфликтов и дистресса в семейных конstellациях, в настоящее время КБСТ применяется как общий подход к терапии семей. Отдельные виды КБСТ стали больше акцентироваться на продемонстрированных ранее преимуществах бихевиорального подхода, что подразумевает обучение родителей бихевиоральным интервенциям по коррекции детской тревоги и расстройств поведения, а также проработку проблем, связанных с СДВГ, и других поведенческих проблем. Это может включать работу с ключевыми симптомами дефи-

цита внимания, импульсивностью, гиперактивностью и даже психическими расстройствами.

Как отмечалось ранее, методы КБСТ использовались в сочетании с другими интервенциями, в частности, в работе со схемами и при реструктуризации процессов мышления у членов семьи, находящихся в конфликте [7]. Результаты различных исследований показывают высокую эффективность интервенций КБСТ для улучшения семейного функционирования [см. обзор: 13].

КБСТ широко востребована среди многих семейных терапевтов по всему миру, включая Россию. Практикующие специалисты обнаружили, что базовый подход легко интегрируется с другими направлениями терапии и является эффективным инструментом для реструктуризации дезадаптивных паттернов мышления и дисфункционального поведения. Уникальность КБСТ в работе с российскими семьями, как и с другими семьями по всему миру, заключается в том, что данный подход охватывает проблемы привязанности и эмоциональной регуляции. Он также отличается практической направленностью, столь привлекательной для россиян. КБСТ включена во все основные учебные пособия по семейной психотерапии, используемые в рамках университетских программ магистратуры и ординатуры в медицинских высших учебных заведениях.

Также необходимо отметить, что в ряде последних опросов среди семейных терапевтов они (семейные терапевты) указывали КБСТ как основной метод работы, а респонденты, использующие иные психотерапевтические подходы, отмечали, что сочетают когнитивно-бихевиоральные техники с другими методами лечения [25]. Таким образом, в той или иной форме, КБСТ с большой вероятностью будет оставаться одним из самых востребованных направлений терапии среди семейных психотерапевтов по всему миру.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Barkley R.A.* ADHD and the Nature of Self-Control. New York, NY: Guilford Press, 1997. 410 p.
2. *Birmaher B., Brent D.A., Kolko D.* Clinical Outcome After Short-Term Psychotherapy for Adolescents with Major Depressive Disorder // *Archives of General Psychiatry*. 2000. Vol. 57. P. 29—36.
3. *Brent D.A., Holder D., Kolko D.* A Clinical Psychotherapy Trial for Adolescent Depression Comparing Cognitive, Family and Supportive Therapy // *Archives of General Psychiatry*. 1997. Vol. 54. P. 77—88.
4. *Chronis A. M., et al.* Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children with ADHD: Review of Future Directions // *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2004. Vol. 7. P. 1—27.
5. *Dadds M.R. et al* Family Process and Child Anxiety and Aggression: An Observational Analysis // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1996. Vol. 24 (6). P. 715—734.

6. *Dadds M.R., Salmon K.* Punishment Insensitivity and Parenting: Temperament and Learning as Interacting Risks for Antisocial Behavior // *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2003. Vol. 6 (2). P. 69—86.
7. *Dattilio F.M.* Case Studies in Couples and Family Therapy: Systemic and Cognitive Perspectives. New York: Guilford Press, 1998. 486 p.
8. *Dattilio F.M.* Clinical Perspectives on Involving the Family in Treatment // *Psychopathology and the Family* / J.L. Hudson, R.M. Rapee (eds.). London, England: Elsevier, 2005. P. 301—321.
9. *Dattilio F.M.* Cognitive-Behavior Family Therapy: Contemporary Myths and Misconceptions // *Contemporary Family Therapy*. 2001. Vol. 23. P. 3—18.
10. *Dattilio F.M.* Когнитивно-бихевиоральная терапия с парами и семьями. Практическое руководство для психологов [Cognitive-Behavior Therapy with Couples and Families: A Comprehensive Guide for Clinicians]. Moscow: Forum, 2016. 304 p.
11. *Dattilio F.M.* Restructuring Schemata from Family-of-Origin Couple Therapy // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2006. Vol. 20. № 4. P. 359—373.
12. *Dattilio F.M., Edwards D.A., Fishman D.N.* Case Studies within a Mixed Methods Paradigm: Towards the Resolution of the Alienation between Researcher and Practitioner in Psychotherapy Research // *Psychotherapy*. 2010. Vol. 47. № 4. P. 427—441.
13. *Dattilio F.M., Epstein N.B.* Cognitive Behavior Therapy with Couples and Families // *Handbook of Cognitive Behavior Therapy* / A. Wentzel (ed.). Washington, DC: American Psychological Association Press, 2021. P. 513.
14. *Dattilio F.M., Epstein N.B.* Introduction to the Special Section: The Role of Cognitive-Behavioral Interventions in Couple and Family Therapy // *Journal of Marital and Family Therapy*. 2005. Vol. 31. P. 7—13.
15. *Dattilio F.M., Piercy F.P., Davis S.D.* The Divide between «Evidence Based» Approaches and Practitioners of Traditional Theories of Couple and Family Therapy // *Journal of Marital Theories and Family Therapy*. 2014. Vol. 40. № 1. P. 1—7.
16. *Davis S.D., Piercy F.P.* What Clients of Couple Therapy Model Developers and their Former Students say about Change, part 1: Model Dependent Common Factors across Three Models // *Journal of Marital and Family Therapy*. 2007. Vol. 33. № 3. P. 318—343.
17. *Edwards D., Dattilio F.M., Bromley D.B.* Developing Evidence-Based Practice: The Role of Case-Based Research // *Professional Psychology: Research and Practice*. 2004. Vol. 35. № 6. P. 589—597.
18. *Epstein N.B., Baucom, D.H.* Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy for Couples: A Contextual Approach. Washington, DC: American Psychological Association, 2002. DOI: 10.1037/10481-000
19. *Falloon I.R.H., Boyd L., McGill C.W.* Family Care of Schizophrenia. New York, NY: Guilford Press, 1984. 451 p.
20. *Faulkner A., Klock K., Gale J.I.* Qualitative Research in Family Therapy: Publication Trends from 1980-1999 // *Journal of Marital and Family Therapy*. 2007. Vol. 28, № 1. P. 69—74.
21. *Hahlweg K., Widemann G.* Principles and Results of Family Therapy in Schizophrenia // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1999. Vol. 249 (4). P. 108—115.

22. Kazantzis N., Dattilio F.M., Dobson K.S. The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy: A Clinician's Guide. New York, NY: Guilford, 2017. 288 p.
23. Minuchin S., Nichols M.P. Structural Family Therapy // In F.M. Dattilio (Ed.). Case Studies in Couple and Family Therapy: Systemic & Cognitive Perspectives. New York: Guilford Press, 1998. P. 108—131
24. Mueser K.T., Glynn S.M. Behavioral Family Therapy for Psychiatric Disorders. Boston, MA: Allyn and Bacon, 1995. 390 p.
25. Northey W.F. Characteristics and Clinical Practices of Marriage and Family Therapists: Natural Survey // Journal of Marital and Family Therapy. 2002. Vol. 28. P. 487—494.
26. Patterson G.R. Coercive Family Process. Eugene, OR: Castalia Press, 1982. 200 p.
27. Sanders M.R., Dadds M.R. Behavioral Family Intervention. Boston, MA: Allyn & Bacon, 1993.
28. Sprenkle D.H. Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy: Introduction // Journal of Marital and Family Therapy. 2003. Vol. 29. P. 85—96.
29. Wardle J., et al. Increasing Children's Acceptance of Vegetables: A Randomized Trial of Parent-Led Exposure // Appetite. 2003. Vol. 40. P. 155—162.
30. Webster-Stratton D., Hancock L. Parent Training for Young Children with Conduct Problems: Content, Methods and Therapeutic Processes // Handbook of Parent Training / C.E. Schaefer (Ed.). New York, NY: John Wiley & Sons, 1998. P. 98—152.

REFERENCES

1. Barkley R.A. ADHD and the Nature of Self-Control. New York, NY: Guilford Press, 1997. 410 p.
2. Birmaher B., Brent D.A., Kolko D. Clinical Outcome After Short-Term Psychotherapy for Adolescents with Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2000. Vol. 57, pp. 29—36.
3. Brent D.A., Holder D., Kolko D. A Clinical Psychotherapy Trial for Adolescent Depression Comparing Cognitive, Family and Supportive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 1997. Vol. 54, pp. 77—88.
4. Chronis A. M., et al. Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children with ADHD: Review of Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2004. Vol. 7, pp. 1—27.
5. Dadds M.R. et al Family Process and Child Anxiety and Aggression: An Observational Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1996. Vol. 24 (6), pp. 715—734.
6. Dadds M.R., Salmon K. Punishment Insensitivity and Parenting: Temperament and Learning as Interacting Risks for Antisocial Behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2003. Vol. 6 (2), pp. 69—86.
7. Dattilio F.M. Case Studies in Couples and Family Therapy: Systemic and Cognitive Perspectives. New York: Guilford Press, 1998. 486 p.
8. Dattilio F.M. Clinical Perspectives on Involving the Family in Treatment. *Psychopathology and the Family*. In J.L. Hudson & R.M. Rapee (eds.). London, England: Elsevier, 2005, pp. 301—321.
9. Dattilio F.M. Cognitive-Behavior Family Therapy: Contemporary Myths and Misconceptions. *Contemporary Family Therapy*, 2001. Vol. 23, pp. 3—18.

10. Dattilio F.M. Kognitivno-bikhevioral'naya terapiya s parami i sem'yami. Prakticheskoe rukovodstvo dlya psikhologov [*Cognitive-Behavior Therapy with Couples and Families: A Comprehensive Guide for Clinicians*]. Moscow: Forum, 2016. 304 p.
11. Dattilio F.M. Restructuring Schemata from Family-of-Origin Couple Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2006. Vol. 20, no. 4, pp. 359—373.
12. Dattilio F.M., Edwards D.A., Fishman D.N. Case Studies within a Mixed Methods Paradigm: Towards the Resolution of the Alienation between Researcher and Practitioner in Psychotherapy Research. *Psychotherapy*, 2010. Vol. 47, no. 4, pp. 427—441.
13. Dattilio F.M., Epstein N.B. Cognitive Behavior Therapy with Couples and Families. In A. Wenzel (Ed.) *Handbook of Cognitive Behavior Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association Press, 2021, pp. 513—548.
14. Dattilio F.M., Epstein N.B. Introduction to the Special Section: The Role of Cognitive-Behavioral Interventions in Couple and Family Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2005. Vol. 31, pp. 7—13.
15. Dattilio F.M., Piercy F.P., Davis S.D. The Divide between «Evidence Based» Approaches and Practitioners of Traditional Theories of Couple and Family Therapy. *Journal of Marital Theories and Family Therapy*, 2014. Vol. 40, no. 1, pp. 1—7.
16. Davis S.D., Piercy F.P. What Clients of Couple Therapy Model Developers and their Former Students say about Change, part 1: Model Dependent Common Factors across Three Models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2007. Vol. 33, no. 3, pp. 318—343.
17. Edwards D., Dattilio F.M., Bromley D.B. Developing Evidence-Based Practice: The Role of Case-Based Research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2004. Vol. 35, no. 6, pp. 589—597.
18. Epstein N.B., Baucom, D.H. Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy for Couples: A Contextual Approach. Washington, DC: American Psychological Association, 2002. DOI: 10.1037/10481-000
19. Falloon I.R.H., Boyd L., McGill C.W. Family Care of Schizophrenia. New York, NY: Guilford Press, 1984. 451 p.
20. Faulkner A., Klock K., Gale J.I. Qualitative Research in Family Therapy: Publication Trends from 1980-1999. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2007. Vol. 28, no. 1. Vol. 69—74.
21. Hahlweg K., Widemann G. Principles and Results of Family Therapy in Schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1999. Vol. 249 (4), pp. 108—115.
22. Kazantzis N., Dattilio F.M., Dobson K.S. The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy: A Clinician's Guide. New York, NY: Guilford, 2017. 288 p.
23. Minuchin S., Nichols M.P. Structural Family Therapy. In F.M. Dattilio (ed.) *Case Studies in Couple and Family Therapy: Systemic & Cognitive Perspectives*. New York: Guilford Press, 1998, pp. 108—131
24. Mueser K.T., Glynn S.M. Behavioral Family Therapy for Psychiatric Disorders. Boston, MA: Allyn and Bacon, 1995. 390 p.
25. Northey W.F. Characteristics and Clinical Practices of Marriage and Family Therapists: Natural Survey. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2002. Vol. 28, pp. 487—494.

26. Patterson G.R. Coercive Family Process. Eugene, OR: Castalia Press, 1982. 200 p.
27. Sanders M.R., Dadds M.R. *Behavioral Family Intervention*. Boston, MA: Allyn & Bacon, 1993.
28. Sprenkle D.H. Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy: Introduction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2003. Vol. 29, pp. 85–96.
29. Wardle J., et al. Increasing Children's Acceptance of Vegetables: A Randomized Trial of Parent-Led Exposure. *Appetite*, 2003. Vol. 40, pp. 155–162.
30. Webster-Stratton D., Hancock L. Parent Training for Young Children with Conduct Problems: Content, Methods and Therapeutic Processes. In C.E. Schaefer (Ed.) *Handbook of Parent Training*. New York, NY: John Wiley & Sons, 1998, pp. 98–152.

Информация об авторах

Франк М. Даттилио, Ph.D., ABPP (Американский совет профессиональной психологии) — клинический психолог и адъюнкт-профессор психиатрии в Медицинской школе Перельмана Пенсильванского университета, Филадельфия, штат Пенсильвания. Преподаватель Гарвардской медицинской школы, г. Бостон, штат Массачусетс. Соединенные Штаты Америки, e-mail: frankdattilio@cs.com

Information about the authors

Frank M. Dattilio, Ph.D., ABPP is a clinical psychologist and clinical associate professor of psychiatry with the University of Pennsylvania Perelman School of Medicine in Philadelphia, PA. He is also a teaching associate at Harvard Medical School in Boston, MA, e-mail: frankdattilio@cs.com

Получена 07.07.2021

Received 07.07.2021

Принята в печать 10.09.2021

Accepted 10.09.2021

**АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ: НОВЫЕ ТИПЫ
РАССТРОЙСТВ — НОВЫЕ ВЫЗОВЫ
ДЛЯ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ**

**ANALYTICAL REVIEWS: NEW TYPES OF DISORDERS —
NEW CHALLENGES FOR COGNITIVE THERAPY**

КОМПЛЕКСНОЕ ПТСР: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ

М.А. ПАДУН

Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН),
Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9876-4791>,
e-mail: maria_padun@inbox.ru

В статье рассматривается новая диагностическая категория — комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР), введенное в Международную классификацию болезней (МКБ-11). Анализируются различия в механизмах воздействия на человека ситуативной и пролонгированной травматизации. Описываются диагностические критерии КПТСР в сравнении с ПТСР и ПРЛ (пограничным расстройством личности). Анализируется конструкт «нарушения Я-организации», объясняющий основной механизм воздействия комплексной травмы и включающий в себя нарушения регуляции эмоций, самовосприятия и нарушения в отношениях. Показано, что разработанные для ПТСР психотерапевтические подходы недостаточны для терапии КПТСР. Рассматривается подход к психотерапии КПТСР в рамках консенсуса экспертов в области посттравматического стресса, обсуждаются его возможные ограничения. Описывается подход к терапии КПТСР, названный «компонентная психотерапия». Обсуждается специфика психотерапии комплексной травмы.

Ключевые слова: психическая травма, ситуативная травма, пролонгированная травма, комплексное ПТСР, нарушения «Я-организации», регуляция эмоций, диссоциация.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 19-013-00011.

Для цитаты: Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 69—87. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290306>

COMPLEX PTSD: PSYCHOTHERAPY OF PROLONGED TRAUMATIZATION

MARIA A. PADUN

Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9876-4791>,

e-mail: maria_padun@inbox.ru

The article considers a new diagnostic category — complex post-traumatic stress disorder (CPTSD), introduced into the International Classification of Diseases (ICD-11). Differences in the mechanism of influence of situational and prolonged trauma are analyzed. CPTSD diagnostic criteria are compared to PTSD and BPD (borderline personality disorder) symptoms. The term “disturbances in self-organization” is analyzed, which explains the main mechanism of the impact of complex trauma and includes emotional dysregulation, disturbances in self-perception and relationships. Psychotherapeutic approaches developed for PTSD were shown to be insufficient for the treatment of CPTSD. The article reviews an approach to CPSTD therapy based on the consensus of experts in the field of post-traumatic stress and its possible limitations are discussed. “Component based psychotherapy” — another approach to CPTSD therapy — is described. Specific features of psychotherapy for complex trauma are discussed.

Keywords: psychological trauma, situational trauma, prolonged trauma, complex PTSD, disturbances of “self-organization”, emotion regulation, dissociation.

Funding. The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number № 19-013-00011.

For citation: Padun M.A. Complex PTSD: psychotherapy of prolonged traumatization. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 69—87. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290306>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

За более чем 60 лет своего развития когнитивная психотерапия во главе с Аароном Беком прошла поистине блистательный путь: от первых описаний специфичности сновидений депрессивных пациентов и обоснования понятия автоматических мыслей до приложения когнитивного подхода к психотерапии тревожных расстройств, супружеских проблем, шизофрении и др. [7]. Когнитивно-поведенческая терапия (КБТ) является одним из наиболее эффективных методов лечения ПТСР [1; 2]. Кроме того, теоретические представления КБТ являются теоретической основой других подходов, используемых в терапии травмы: например, когнитивной процессуальной терапии и диалектической поведенческой терапии.

В 2018 году Всемирная организация здравоохранения представила 11-ю редакцию Международной классификации болезней (МКБ-11)¹. В эту редакцию, помимо посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), вошло комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР). Кроме трех групп симптомов ПТСР («повторное переживание», «избегание» и «чувство угрозы»), КПТСР включает три дополнительные группы признаков: эмоциональная дисрегуляция (emotional dysregulation), негативный образ Я (negative self-concept), нарушения в отношениях (disturbance in relationships). Эти дополнительные симптомы объединяются понятием «нарушения в Я-организации» (disturbances in self-organization) [28].

Необходимость введения КПТСР в МКБ связана с тем, что критерии ПТСР соотносятся преимущественно с событийной травмой, которая четко очерчена во времени. При этом психопатологические нарушения у тех людей, которые подвергались травматизации в течение длительного времени (например, повторяющееся физическое и эмоциональное насилие), оставались за рамками ПТСР. Вместе с тем очевидно, что травматизация людей, переживших несчастный случай или стихийное бедствие, значительно отличается от травматизации тех, кто пережил насилие либо отвержение со стороны значимых близких. Важное значение для понимания эффектов травмы имеет также этап развития личности, на котором был пережит травматический опыт в интерперсональной сфере. Последствия травматизации, пережитой в детстве или подростковом возрасте, являются наиболее патогенными.

Таким образом, *целью* данной статьи является анализ диагностических критериев КПТСР и соотнесение их с критериями феноменологи-

¹ World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).

чески близких расстройств — ПТСР и ПРЛ (пограничное расстройство личности), а также осмысление специфики психотерапии КПТСР в контексте современных психотерапевтических подходов.

Комплексное ПТСР: история и критерии диагностики расстройства

ПТСР и КПТСР. Разделение психических травм на два типа проведено достаточно давно [34] и связано с пониманием различных механизмов, лежащих в основе развития нарушений. *Ситуативная травма* — это психологические последствия подверженности влиянию краткосрочного, неожиданного травматического стрессора, который влечет за собой угрозу смерти или нарушения физической целостности (примеры: сексуальное насилие, техногенные и естественные катастрофы, дорожно-транспортные происшествия, захват заложников, ограбления). Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида (индивид часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события), следы в памяти носят яркий и конкретный характер. *Пролонгированная травма* — последствия влияния на человека повторяющихся травматических событий. К такого рода воздействиям относят участие в военных действиях, повторяющееся физическое и сексуальное насилие, а также различные виды эмоционального насилия: эмоциональное отвержение, травля, вербальное насилие (угрозы, оскорбления, унижения) и др. Для такого рода травматических воздействий характерна вариативность, множественность, повторяемость травматической ситуации, а также ее непредсказуемость. Часто ситуация возникает по умыслу других людей. Таким образом, КПТСР является последствием пролонгированной травматизации.

Изначально симптоматика КПТСР была описана в категории «Расстройства, связанные с экстремальным стрессом, не уточненные» (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified — DESNOS) [27], которая не была включена в DSM-IV, однако подробно эмпирически изучена. Впоследствии категории “DESNOS” и “Complex PTSD” стали употребляться в одном значении. КПТСР отражает последствия комплексной травмы у взрослых и подростков. Для диагностики последствий комплексной травмы в детском возрасте существует категория «Травматическое расстройство развития» (Developmental trauma disorder) [35], которое также не входит в диагностические системы, но активно изучается и дискутируется в поле исследований детской травмы.

В процессе хронической травматизации в интерперсональной сфере развитие личности происходит в условиях, где основные усилия человека направлены на физическое и психическое выживание, а не на решение

обычных задач возрастного развития [20; цит по: 25]. Процесс нормально-го развития предполагает активность мозга в достижении оптимального состояния между тем, чтобы выдерживать новое и стремиться к привычному. Если мозг функционирует в режиме выживания, то его приоритетная задача — экономить ресурсы. Это происходит за счет развития автоматических адаптивных процессов, которые функционируют за пределами осознания и, в случае длительной хронической травматизации, становятся привычными. Происходит сдвиг в мотивации: человек больше не ищет удовольствия, а фокусируется на избегании боли, постепенно утрачивая обретенные в процессе социализации навыки. Телесные ощущения становятся также субъективно воспринимаемым источником опасности и вызывают негативные эмоции (тревогу, подавленность).

Симптоматика КППТСР включает, помимо симптомов ПТСР, следующие нарушения [13]:

Эмоциональная дисрегуляция. Эмоциональное состояние характеризуется преобладанием дисфории и мыслями о суициде. Расстройства регуляции эмоций связаны со сложностями в регуляции гнева, а также с использованием для регуляции эмоций самоповреждения, психоактивных веществ и других внешних ресурсов (например, компульсивное переедание или сексуальная активность). Сложности в регуляции гнева приводят к тому, что индивиды с интерперсональной детской травмой часто прерывают психотерапевтическое лечение.

Нарушения самовосприятия. Людям с симптомами КППТСР свойственны негативные представления о себе. Они чувствуют себя беспомощными, неэффективными, нарушенными и не нужными другим. Такой взгляд на себя базируется на детских представлениях о том, что если что-то идет не так, то ребенок сам является причиной этого. Иными словами можно сказать: «Со мной плохо обращались, потому что я плохой».

Нарушения в отношениях. Хроническая травматизация в межличностной сфере приводит к дефициту доверия другим людям, поэтому людям с КППТСР сложно обращаться за поддержкой к другим. В партнерских отношениях они испытывают сложности с тем, чтобы вовремя распознать сигналы опасности или плохого отношения к себе. Там, где нетравмированные люди могут сказать «стоп» и настоять на приемлемых вариантах общения либо выйти из отношений, люди с КППТСР не могут прекратить плохое обращение с собой (в том числе из-за отсутствия социальной поддержки) и ревиктимизируются [27].

Следует иметь в виду, что изначально предложенная для DSM категория КППТСР, кроме описанных выше нарушений, включала следующие (они не вошли в МКБ-11) [29]:

Нарушения внимания и осознанности (диссоциация). У лиц с КППТСР затруднена консолидация травматической информации в биографиче-

ский нарратив, образ Я и образ мира. Этот опыт становится отдельным элементом сознания, который не включен в повседневную жизнь. «Отщепленные» элементы носят, как правило, сенсорный либо перцептивный характер и не могут быть выведены на вербальный уровень. Индивиды с КПТСР могут демонстрировать переживания «выпадения» из реального опыта и забывчивость. Им зачастую сложно удерживать опыт, полученный на терапевтических сеансах. Часто наблюдается амнезия на конкретные события либо на целые периоды жизни. Диссоциативные феномены встречаются и при классическом ПТСР, но наибольшей выраженности диссоциация достигает после пролонгированной травматизации [23].

Соматический дистресс включает нарушения работы пищеварительной системы, симптомы хронической боли, проблемы с дыханием и сердечно-сосудистой системой, конверсионные симптомы и сексуальные дисфункции.

Изменения в смысловой сфере определяются через чувство хронической безнадежности и отчаянья, а также утрату предшествующих травматизации представлений о мире [3].

Клуатр и др. [14] была разработана методика, названная «Международный опросник травмы» (“International trauma questionnaire”), шкалы которого включают признаки КПТСР. Опросник позволяет проводить кросс-культурные исследования на выборках лиц, переживших длительную травматизацию.

Эмпирически было показано, что среди лиц, проходящих терапию в связи с переживанием психических травм, можно выделить кластер с симптоматикой ПТСР (и он соотносится с событийной травмой), а также кластер, где наряду с симптомами ПТСР присутствуют симптомы нарушения Я-организации, т. е. группа КПТСР [12].

Вместе с тем существует альтернативная точка зрения, суть которой в том, что разница между ПТСР и КПТСР недостаточно эмпирически обоснована [17; 6; 21]. Подчеркивается, что сложности с регуляцией эмоций, нарушения самовосприятия и отношений характерны также для ПТСР и, соответственно, могут быть включены в диагностическую категорию «ПТСР». Собственно, эта точка зрения нашла свое отражение в DSM-V², куда не было включено КПТСР, а диагностические критерии ПТСР подверглись серьезным изменениям. В частности, был внесен критерий, названный «Негативные изменения в когнициях и настроении», куда вошли отдельные признаки нарушений Я-организации.

² Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association. Arlington, VA: Author, 2013.

Дифференциация КППТСР и пограничного расстройства личности (ПРЛ). Клиническая картина КППТСР (МКБ-11) и ПРЛ (DSM-V) на первый взгляд выглядит схожей, особенно если речь идет о тех пациентах с ПРЛ, которые пережили в детстве физическое, эмоциональное и сексуальное насилие. Однако базовые клинические признаки ПРЛ и КППТСР, а также подходы к психотерапии значимо различаются. Во-первых, КППТСР содержит, прежде всего, симптоматику посттравматического стресса и работа с травматическими воспоминаниями является одной из основных задач.

Лица, страдающие ПРЛ, могут не иметь в анамнезе случаев психической травматизации, что указывает на серьезный вклад генетической предрасположенности [18]. Таким образом, диагностика ПРЛ, в отличие от КППТСР, не предполагает обязательного травматического события в анамнезе (критерий А). Основной характеристикой ПРЛ является личностный дефицит, который проявляется в страхе быть брошенным, нестабильности образа Я, непостоянстве в отношениях в виде идеализации/обесценивания и импульсивном поведении. В КППТСР страх отвержения не является характерной чертой, а образ Я и самооценка скорее негативны, чем нестабильны. В сфере отношений преобладают избегание, а не колебания между идеализацией/обесцениванием [13].

В нарушениях регуляции эмоций, которые характерны для обоих расстройств, также наблюдаются значимые различия. В случае КППТСР нарушения регуляции эмоций связаны, прежде всего, с эмоциональной сензитивностью, сложностями в регуляции гнева и неэффективными копинг-стратегиями (в частности, со злоупотреблением психоактивными веществами). В ПРЛ также могут наблюдаться эти проявления, но основной чертой является самоповреждение и суицидальное поведение.

Различия в симптоматике КППТСР и ПРЛ были эмпирически подтверждены с помощью процедуры латентного анализа классов [13] на выборке из 280 женщин с историей насилия в детском возрасте. Показано, что наряду с группой с низкой выраженностью симптоматики ПТСР, КППТСР и ПРЛ, выделяются три группы: 1) с симптомами ПТСР, но без симптомов КППТСР; 2) с симптомами КППТСР (ПТСР плюс признаки нарушения Я-организации), но без выраженных симптомов ПРЛ; 3) ПРЛ. В группе ПРЛ, по сравнению с группой КППТСР, наблюдались более высокие значения по основным симптомам ПРЛ: отчаянные попытки избежать одиночества, нестабильность в представлениях о собственном Я, неустойчивые и бурные межличностные отношения, импульсивность.

Таким образом, ПРЛ является расстройством личности, тогда как КППТСР — нет. При КППТСР мы наблюдаем, скорее, негативный взгляд на отношения и стремление избегать их, тогда как для лиц с ПРЛ от-

ношения являются основным источником эмоций. То же касается образа Я: у лиц с КПТСР он скорее негативен, как, например, в случае депрессивных расстройств, тогда как у лиц с ПРЛ он крайне нестабилен и флуктуирует от идеализации до обесценивания.

Вместе с тем очевидно, что дифференциальная диагностика между КПТСР и ПРЛ сложна, так как оба расстройства имеют общие черты. Сам термин «нарушения Я-организации», обозначающий для основных симптомов КПТСР, предполагает наличие серьезных личностных дефицитов. Есть основания полагать, что само понятие «Я-организация» нуждается в более серьезной концептуализации. Так, в психодинамической теории проработаны представления о функциях Я, куда входят регуляция импульсов и аффектов, способность к объектным отношениям, поддержание самоуважения, способность к тестированию реальности [31]. Однако психологическая наука за рамками психоанализа оперирует отдельными разрозненными конструктами («самоэффективность», «самоуважение», «регуляция эмоций», «отношения привязанности»), которым посвящены тысячи отдельных эмпирических исследований, но их связанность общим фактором, его содержательная наполненность и роль в психологическом благополучии человека к настоящему моменту не раскрыта. «Я-организация» — это, вероятно, один из терминов, который может стать конструктом, объединяющим функции Я.

Принципы психотерапии КПТСР

Существует несколько научно обоснованных подходов к психотерапии ПТСР [5; 8]. Однако исследования, проведенные для доказательства эффективности этих подходов, проведены преимущественно на лицах, переживших единичные травматические события. Таким образом, случаи комплексной травмы не включаются в исследовательские выборки, так как не вписываются в категории, необходимые для ясного исследовательского дизайна [15]. Следовательно, исследования эффективности психотерапии ПТСР не включают наиболее сложные и тяжелые случаи травматизации. На данный момент не хватает исследований, оценивающих эффективность разных психотерапевтических подходов в снижении симптоматики нарушений Я-организации.

В метаобзоре [19] было обнаружено всего восемь отвечающих критериям качества исследований эффективности психотерапии КПТСР: пять проведены на взрослых выборках и три — на детских. Исследования на взрослых выборках включали психообразование, когнитивное реструктурирование и экспозиционную терапию. Исследования на детских выборках включали ДПДГ (десенсибилизация и переработка

движениями глаз) и практики осознанности. Был сделан вывод о недостаточности эмпирических оснований для определения наиболее эффективного метода. В другом метаобзоре показано, что когнитивно-поведенческие методы были эффективнее других в коррекции нарушений отношений как компонента нарушений Я-организации [26].

Ариэль Шварц в своем руководстве по терапии КПТСР [4] в качестве основных подходов для психотерапевтической работы указывает следующие: когнитивно-поведенческая терапия (КБТ), диалектическая поведенческая терапия (ДПТ), телесно ориентированная психотерапия, комплементарная и альтернативная медицина (техники релаксации, осознанность, лечебная йога).

Группой экспертов Международного общества исследований посттравматического стресса (International society for posttraumatic stress studies — ISTSS) на основе консенсуса было создано руководство для лечения комплексного ПТСР [11]. Руководство предполагает три фазы лечения, каждая из которых имеет определенные задачи. Данный подход, по мнению авторов, позволяет предотвратить возможное усиление симптомов при работе с травматической памятью у лиц с КПТСР, благодаря введению предварительной фазы для стабилизации состояния [10].

В фазе 1 «*Стабилизация и развитие навыков*» усилия направляются на развитие чувства безопасности, т. е. на работу с теми характеристиками пациента и его окружения, которые представляют угрозу. Если покинуть опасные условия жизни не представляется возможным, обсуждаются ресурсы, которые могут быть задействованы в случае актуальной опасности. На этой фазе также проводится информирование (психобразование) клиента о последствиях травмы для развития человека, его картины мира и отношений. Акцент делается на развитии навыков регуляции эмоций и управления стрессом. Дополнительно могут применяться медитация и техники, направленные на повышение осознанности (mindfulness). Одну из главных ролей в достижении задач на этой фазе играют терапевтические отношения, которые реализуются в поддержке клиента и поощрении его в развитии навыков безопасного поведения в отношениях.

Вторая фаза терапии «*Обзор и переоценка травматических воспоминаний*» является основной в терапии травмы со времен классического психоанализа. На этом этапе происходит работа с травматическими воспоминаниями через их ре-переживание в безопасном контексте терапевтических отношений. Пересмотр и переоценка травматического нарратива способствует интеграции травматических воспоминаний в структуру автобиографической памяти, что, в свою очередь, повышает когерентность и континуальность представлений о собственном Я и улучшает качество отношений с другими. В процессе проработки

травматических нарративов в фокусе внимания удерживается развитие навыков управления эмоциями, самоэффективность (вера в эффективность собственных действий и ожидание успеха от их реализации) и межличностные навыки.

В третьей фазе «*Консолидация достижений*» прогресс в виде усиленных эмоциональных и социальных компетенций клиента, которые апробируются в реальных жизненных условиях. Терапевт поддерживает клиента в процессе трансформации его жизни. Планируются «бустерные» сессии на случай необходимости «обновить» знания и навыки, обобщаются ресурсы.

Вместе с тем, описанный выше подход серьезно критиковался группой других экспертов в области посттравматического стресса. Основные расхождения во взглядах касаются первой фазы — фазы стабилизации. В критической статье Джона и др. [17] со ссылкой на метаанализ Пауэрс и др. [30] указывается на то, что типы травмы и ее повторяемость не являются значимыми предикторами успешности лечения. Таким образом, авторы отрицают необходимость введения предварительной фазы. Более того, приводятся сведения о том, что досрочный выход из терапии не связан с типом травмы. Таким образом, окончательный вывод авторов критической статьи состоит в том, что терапия ПТСР и КПТСР не должна иметь значимых отличий.

Другая важная работа в направлении терапии комплексной травмы была проделана учеными из Центра травмы Института ресурсов правосудия (Trauma center at Justice Resource Institute) в Массачусетсе (США). Разработанный ими подход, названный «Компонентная психотерапия» (Component-based psychotherapy) [16; 24], ориентирован, прежде всего, на работу с клиентами, пережившими психологическое насилие в детстве, в частности, — эмоциональный абюз и неглект. Эмоциональный абюз предполагает унижение, обвинение в семейных проблемах, проявление враждебности, избыточные требования, непредсказуемость поведения, запугивание, гиперконтроль и некоторые другие формы плохого обращения с ребенком. Неглект означает физическое отсутствие значимого близкого либо эмоциональную невключенность, а также игнорирование.

Опираясь на многолетний клинический опыт, авторы утверждают [22], что именно эмоциональное насилие приводит к крайне тяжелым отдаленным последствиям по сравнению с другими видами травматизации (например, физическим и сексуальным насилием). Эти наблюдения подтверждаются эмпирически: вербальный абюз со стороны родителей имеет негативное воздействие на развивающийся мозг ребенка и выраженность психопатологической симптоматики, сравнимый или даже превышающий по силе воздействие других видов травматизации [32; 33].

Теоретико-эмпирической базой для разработки компонентного подхода стали представления о травматической памяти, травматическом narra-

тиве, диссоциации и методах работы с ними. Авторы опирались также на описанное выше экспертное руководство для лечения КППТСР и экспертное руководство по терапии диссоциативного расстройства идентичности Международного общества исследований травмы и диссоциации [9].

Первый компонент психотерапии КППТСР связан с акцентированием *роли терапевтических отношений*. Основной задачей терапевта является поддержание чувства безопасности клиента. Для клиентов с КППТСР характерен дезорганизованный тип привязанности, и они мало доверяют другим людям и, в частности, терапевту. Для развития чувства безопасности и доверия терапевт, с одной стороны, должен распознавать и корректировать собственные дисфункциональные установки и убеждения, с другой — быть максимально осознанным во время встреч с клиентом и по возможности распознавать все сигналы, идущие от клиента (язык тела, зрительный контакт, тон голоса), а также одновременно отслеживать собственные состояния и чувства [22].

Вторая часть компонентной психотерапии связана с *саморегуляцией* на всех уровнях индивидуально-личностной организации: соматическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом. При этом речь идет не только об обыденном понимании проявлений дисрегуляции — в виде гипервозбуждения, гнева, паники либо, наоборот, гиповозбуждения в виде изоляции, оцепенения или амнезии. В случае КППТСР часто наблюдаются менее явные, «тихие», проявления нарушений регуляции эмоций: хроническое беспокойство, раздражительность, устойчивая ненависть к себе и другим и неспособность восстановить эмоциональное равновесие после невысоких негативных воздействий со стороны внутренней либо внешней среды.

Клиенты, пережившие повторяющееся насилие в отношениях, как правило, не могут доверять терапевту. В этих трудных условиях его задача — помочь клиентам научиться распознавать, выдерживать и изменять тяжелые чувства и связанное с ним реактивное поведение. Так как этот процесс происходит в трудном межличностном контексте, важный вызов для терапевта — осознание и регуляция собственных эмоциональных реакций, возникающих во взаимодействии с клиентом.

Третий компонент данного подхода — *работа с диссоциацией*. Диссоциация и фрагментация переживаемого опыта и собственного Я является распространенной реакцией ребенка на насилие и эмоциональную депривацию. Эффективная работа с клиентами, пережившими разные виды насилия в детском возрасте, включает работу с «частями» (parts) — аспектами Я, отделенными от сознания. Диссоциативные «части» — как и другие эмоциональные феномены — рассматриваются в континууме от нормальных к патологическим. Таким образом, считается, что «части» терапевта и клиента могут взаимодействовать между собой.

«Части» могут быть отделены от осознанной психической деятельности в достаточно раннем онтогенезе, и они, таким образом, в отличие от личности клиента, «не растут». Работа с ними предполагает три уровня: *психообразовательный* (нормализация наличия частей как своего рода «субличностей», которые свойственны всем людям и не связаны с наличием тяжелого психического заболевания); *когнитивный* (распознавание запускающих триггеров, понимание связи между детским травматическим опытом и реакцией на триггеры); *интегрирующий* (проработка связи между эмоциональными, когнитивными, физиологическими, сенсорными, телесными и поведенческими аспектами фрагментированного опыта). Работа на уровне интеграции возможна только в контексте отношений между терапевтом и клиентом, через так называемое «отыгрывание» (активация «частей» клиента или терапевта в процессе отношений между ними). Понимание чувств, мыслей, телесных ощущений в процессе «отыгрывания» позволяет клиенту впервые с раннего детства иным способом осознанно прожить активацию «частей», что, собственно, и является основным терапевтическим механизмом.

Четвертый компонент в описываемом подходе касается формирования когерентного нарратива о различных аспектах Я клиента в разных периодах развития его личности и в разных ситуациях. Ясно, что далеко не все значимые части жизненной истории клиента могут быть рассказаны и осмыслены. Не всегда возможно рассказать о крайне тяжелом опыте; с другой стороны, клиент не может рассказать то, чего не было: например, заботы, внимания, поддержки в регуляции эмоций ребенка и пр. Вместе с тем клиент может рассказать о своих потребностях, желаниях и чувствах, в то время когда его потребности были тяжело фрустрированы.

Авторы считают, что процесс создания нарратива отражает пять стадий развития идентичности: от состояния отсутствия идентичности (“no self”) через поврежденную идентичность (“damaged self”), идентичность жертвы (“victim”) к идентичности спасшегося (“survivor”). “No self” предполагает идентичность, основанную на диссоциативной фрагментации. Стадия “damaged self” характеризуется преобладанием вины и стыда в связи с непринятием и негативной оценкой себя. На стадии “victim” ведущей темой является переживание причиненного клиенту вреда. Четвертая стадия, “survivor”, рассматривается как окончание терапии, фокусированной на травме, т. е. идентичность клиента по-прежнему строится на высокой значимости пережитого абьюза, однако он в состоянии направлять активность в другие сферы и проживать эмоционально наполненную жизнь. Пятой стадии (“person”) достигают не все клиенты. На этой стадии травматический опыт становится одним из многих значимых аспектов жизни человека и его представлений о себе.

На данный момент эффективность компонентного подхода подтверждена только в рамках психологической практики, однако авторы планируют проведение контролируемых исследований его эффективности. Тот факт, что этот подход создан на основе уже подтвердивших свою эффективность психотерапевтических подходов, вселяет оптимизм.

Заключение

Проблема дифференциации нарушений, связанных с травмой, очевидна. И ученые-теоретики, и психологи-практики осознают, что специфика травмы имеет большое значение для понимания проблематики клиента и оказания ему психологической помощи.

Событийная травма — это тяжелое потрясение, в то время как хроническая травматизация в интерперсональной сфере — это, скорее, образ жизни человека в определенные жизненные периоды. Введение категории КПТСР в МКБ-11 отражает консенсус экспертов в признании различий в механизмах ситуативной и длительной травматизации.

Вместе с тем существует достаточно обоснованная критика такого подхода, суть которой в выдвигании тезиса о том, что КПТСР — это лишь более тяжелый случай ПТСР, а не отдельное расстройство. На наш взгляд, в большей степени важно осознание концепта «нарушение Я-организации» специалистами в сфере психического здоровья. Сама по себе категория КПТСР лишь фиксирует суть различий в последствиях единичной и хронической травматизации.

Диагностические различия в клинических категориях ПТСР и КПТСР обуславливают разницу в психотерапевтических подходах. Понятно, что применение основного метода, реализованного в разных направлениях терапии травмы, — обработка травматических воспоминаний, — не является достаточным в терапии комплексной травмы. Подход, реализованный в консенсусе экспертов, предполагает наличие фазы стабилизации, на которой клиента информируют о последствиях длительной травматизации и проводится работа над развитием навыков регуляции эмоций. Данные шаги представляются важными и необходимыми, однако возникает вопрос о собственно содержательной работе с нарушениями Я-организации, так как сами по себе навыки регуляции эмоций вряд ли будут устойчивыми без опоры на когерентный и устойчивый образ Я. Этот вопрос отчасти решен в рамках подхода «Компонентная психотерапия», — через работу с интеграцией фрагментированных «частей» личности и развитие целостного автобиографического нарратива.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гаранян Н.Г.* Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 3. С. 46—72.
2. *Лихи Р., Эмил Р.* Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивнобихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 1. С. 1—18.
3. *Падун М.А., Котельникова А.В.* Психическая травма и картина мира. М.: Институт психологии РАН, 2012. 206 с.
4. *Шварц А.* Терапия комплексного посттравматического расстройства: практическое руководство. СПб: «Диалектика», 2020. 176 с.
5. Эффективная терапия посттравматического личностного расстройства / Под ред. Э.Б. Фоа, Т.М. Кин, М. Дж. Фридман [пер. с англ. под общ. ред. Н.В. Тарабриной]. М.: Когито-центр, 2005. 466с.
6. *Achterhof R., Hunjens R. J. C., Meewisse, M. L., Kiers H. A. L.* Assessing the application of latent class and latent profile analysis for evaluating the construct validity of complex posttraumatic stress disorder: cautions and limitations // European Journal of Psychotraumatology. 2019. Vol. 10(1). DOI:10.1080/20008198.2019.1698223
7. *Beck A.T.* A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy // Perspectives on Psychological Science. 2019. Vol. 14(1). P. 16—20. DOI:10.1177/1745691618804187
8. *Blankenship, D. M.* Five efficacious treatments for posttraumatic stress disorder: an empirical review // Journal of Mental Health Counseling. 2017. Vol. 39(4). P. 275—288. DOI: 10.17744/mehc.39.4.01
9. *Chu J.A., Dell P.F., Van der Hart O., Carde a E., Barach P.M., Somer E., Loewenstein R.J., Brand B., Golston J.C., Courtois C.A., Bowman E.S., Classen C., Dorahy M., Sar V., Gelinis D.J., Fine C.G., Paulsen S., Kluft R.P., Dalenberg C.J., Jacobson-Levy M., Nijenhuis E.R.S., Boon S., Chefetz R.A., Middleton W., Ross C.A., Howell E., Goodwin G., Coons P.M., Frankel A.S., Steele K., Gold S.N., Gast U., Youn L.M., Twombly J.* Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision // Journal of Trauma and Dissociation. 2011. Vol. 12. № 2. P. 115—187. DOI: 10.1080/15299732.2011.537247
10. *Cloitre M., Courtois C.A., Charuvastra A., Carapezza R., Stolbach B.C., Green B.L.* Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices // Journal of Traumatic Stress. 2011. Vol. 24. № 6. P. 615—627. DOI: 10.1002/jts.20697
11. *Cloitre M., Courtois C.A., Ford J.D., Green B.L., Alexander P., Briere J., Herman J.L., Lanius, R., Stolbach B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk B.A., Van der Hart O.* The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults, 2012. https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Consensus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf
12. *Cloitre M., Garvert D.W., Brewin C.R., Bryant R.A., Maercker A.* Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis // European Journal of Psychotraumatology. 2013. № 4. P. 1—12. DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.20706
13. *Cloitre M., Garvert D.W., Weiss B., Carlson E.B., Bryant R.A.* Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis //

- European Journal of Psychotraumatology. 2014. № 5. P. 1—10. DOI:10.3402/ejpt.v5.25097
14. *Cloitre M., Shevlin M., Brewin C. R., Bisson J. I., Roberts N. P., Maercker A., Hyland P.* The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018. Vol. 138. P. 536—546. DOI: 10.1111/acps.12956
 15. *Corrigan F.M., Hull A.M.* Neglect of the complex: why psychotherapy for post-traumatic clinical presentations is often ineffective. // *BJPsych Bulletin*. 2015. Vol. 39. P. 86—89. DOI: 10.1192/pb.bp.114.046995
 16. *Courtois C. A., Ford J. D.* Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach. Guilford Press, 2013. 378 p.
 17. *De Jongh A., Resick, P.A., Zoellner L.A., van Minnen A., Lee C.W., Monson C.M., Foa E.B., Wheeler K., ten Broeke E., Feeny N.C., Rauch S.A.M., Chard K., Mueser K.T., Sloan D.M., van der Gaag M., Rothbaum B.O., Neuner F., de Roos C., Hehenkamp L.M.J., Rosner R., Bicanic I.A.E.* A critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults // *Depression and Anxiety*. 2016. Vol. 33 № 5. P. 359—369. DOI: 10.1002/da.22469
 18. *Distel M.A., Trull T.J., Derom C.A., Thiery E., Grimmer M.A., Martin N.G., Willemsen G., Boomsma D.I.* Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries // *Psychological Medicine*. 2008. Vol. 38. № 9. P. 1219—1229. DOI: 10.1017/S0033291707002024
 19. *Fernández Fillol C., Serrano-Ibáñez E.R., Ruiz-Párraga G.T., Ramírez Maestre C., Esteve Zarazaga R., López Martínez A.E.* Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review // *Salud Mental*. 2018. Vol. 41(2). P. 81—90. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2018.013
 20. *Ford J.D., Courtois C.A.* Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models. NY: Guilford Press, 2013. 368 p.
 21. *Ford J.D.* New findings questioning the construct validity of complex posttraumatic stress disorder (cPTSD): let's take a closer look // *European Journal of Psychotraumatology*, 2020. Vol. 11(1). P. 1—7. DOI: 10.1080/20008198.2019.1708145
 22. *Grossman F.K., Spinazzola J., Zucker M., Hopper E.* Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect: A New Framework // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2017. Vol. 87. № 1. P. 86—93. DOI: 10.1037/ort0000225
 23. *Harter S.L., Alexander P.C., Neimeyer R.A.* Long-term effects of incestuous child abuse in college women: social adjustment, social cognition, and family characteristics // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56. P. 5—8.
 24. *Hopper E.K., Grossman F.K., Spinazzola J., Zucker M., Courtois C.A. van der Kolk B.A.* Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect: Component-Based Psychotherapy. The Guilford Press, 2018. 296 p.
 25. *Howard A.P.* Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models // *Child & Family Behavior Therapy*. 2014. Vol. 36. № 2. P. 140—150. DOI: 10.1080/07317107.2014.910734
 26. *Karatzias T., Murphy P., Cloitre M., Bisson J., Roberts N., Shevlin M., Hyland P., Maercker A., Ben-Ezra M., Coventry P., Mason-Roberts S., Bradley A., Hutton P.*

- Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis // *Psychol Med*. 2019. Vol. 49(11). P. 1761—1775. DOI: 10.1017/S0033291719000436
27. Luxenberg T., Spinazzola J., van der Kolk B.A., Hidalgo J., Hunt C. Complex trauma and disorder of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: assessment // *Directions in Psychiatry*. 2001. Vol. 21. P. 373—392.
 28. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., van Ommeren M., Jones L.M., Humayan A., Kagee A., Llosa A.E., Rousseau C., Somasundaram D.J., Souza R., Suzuki Y., Weissbecker I., Wessely S.C., First M.B., Reed G.M. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 // *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12(3). P. 198—206. DOI: 10.1002/wps.20057
 29. Pelcovitz D., van der Kolk B., Roth S., Mandel F., Kaplan S., Resick P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES) // *Journal of Traumatic Stress*. 1997. Vol. 10. № 1. P. 3—16. DOI: 10.1023/a:1024800212070
 30. Powers M.B., Halpern J.M., Ferenschak M.P., Gillihan S.J., Foa E.B. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. // *Clinical Psychology Review*. 2010. Vol. 30(6). P. 635—641. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.007
 31. Schamess G., Shilkret R. Ego psychology // *Inside out and outside in: Psychodynamic clinical theory and psychopathology in contemporary multicultural contexts* / J. Berzoff, L.M. Flanagan, P. Hertz (Eds.). Rowman & Littlefield, 2011. P. 62—96.
 32. Spinazzola J., Hodgdon H., Liang Li-Jung, Ford J.D., Layne C.M., Pynoos R., Stolbach B., Briggs E.C., Kisiel C. Unseen Wounds: The Contribution of Psychological Maltreatment to Child and Adolescent Mental Health and Risk Outcomes // *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*. 2014. Vol. 6. № 1. P. 18—28. DOI: 10.1037/a0037766
 33. Teicher M.H., Samson J.A., Anderson C.M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity // *Nature reviews Neuroscience*. 2016. Vol. 17. № 10. P. 652—666. DOI: 10.1038/nrn.2016.111
 34. Terr L. Childhood trauma: An outline and overview // *American Journal of Psychiatry*. 1999. Vol. 148. P. 10—20. DOI: 10.1176/ajp.148.1.10
 35. Van der Kolk B.A. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories // *Psychiatric Annals*. 2005. Vol. 35. № 5. P. 401—408. DOI:10.3928/00485713-20050501-06

REFERENCES

1. Garanyan N.G. Kognitivno-bihevioral'naya psihoterapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva [Cognitive behavioral treatment in posttraumatic stress disorder]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2013. Vol. 3, pp. 46—72.
2. Leahy R., Sampl R. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: kognitivnobihevioral'nyj podhod [Posttraumatic stress disorder: cognitive-behavioral approach]. *Moskovskij psihoterapevicheskij zhurnal = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2002. Vol. 1, pp. 1—18.
3. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Psihicheskaya travma i kartina mira. [Psychological trauma and basic assumptions]. M.: Institut psihologii RAN, 2012. 206 p. (In Russ.)

4. Shvarc A. [Schwartz A.] Terapiya kompleksnogo posttravmaticheskogo rasstrojstva: prakticheskoe rukovodstvo. [The complex PTSD: workbook]. SPb: «Dialektika», 2020. 176 p. (In Russ.)
5. Effektivnaya terapiya posttravmaticheskogo lichnostnogo rasstrojstva. [Effective treatment for PTSD] / E.B. Foa, T.M. Kin, M. D. Fridman — red. [per. s angl. pod obshch. red. N.V. Tarabrinov]. M.: «Kogito-centr», 2005. 466 p.
6. Achterhof R., Huntjens R.J.C., Meewisse M.L., Kiers H.A.L. Assessing the application of latent class and latent profile analysis for evaluating the construct validity of complex posttraumatic stress disorder: cautions and limitations. *European Journal of Psychotraumatology*, 2019. Vol. 10(1), pp. 1—10. DOI: 10.1080/20008198.2019.1698223
7. Beck A.T. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 2019. Vol. 14(1), pp. 16—20. DOI:10.1177/1745691618804187
8. Blankenship D.M. Five efficacious treatments for posttraumatic stress disorder: an empirical review. *Journal of Mental Health Counseling*, 2017. Vol. 39(4), pp. 275—288. DOI: 10.17744/mehc.39.4.01
9. Chu J.A., Dell P.F., Van der Hart O., Cardeña E., Barach P.M., Somer E., Loewenstein R.J., Brand B., Golston J.C., Courtois C.A., Bowman E.S., Classen C., Dorahy M., Sar V., Gelinas D.J., Fine C.G., Paulsen S., Kluft R.P., Dalenberg C.J., Jacobson-Levy M., Nijenhuis E.R.S., Boon S., Chefetz R.A., Middleton W., Ross C.A., Howell E., Goodwin G., Coons P.M., Frankel A.S., Steele K., Gold S.N., Gast U., Young L.M., Twombly J. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2011. Vol. 12 (2), pp. 115—187. DOI: 10.1080/15299732.2011.537247
10. Cloitre M., Courtois C.A., Charuvastra A., Carapezza R., Stolbach B.C., Green B.L. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 2011. Vol. 24 (6), pp. 615—627. DOI: 10.1002/jts.20697
11. Cloitre M., Courtois C.A., Ford J.D., Green B.L., Alexander P., Briere J., Herman J.L., Lanius R., Stolbach B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk B.A., Van der Hart O. The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults, 2012. https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concensus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf
12. Cloitre M., Garvert D.W., Brewin C.R., Bryant R.A., Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2013. No. 4, pp. 1—12. DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.20706
13. Cloitre M., Garvert D.W., Weiss B., Carlson E.B., Bryant R.A. Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2014. Vol. 5, pp. 1—10. DOI:10.3402/ejpt.v5.25097
14. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C. R., Bisson J. I., Roberts N. P., Maercker A., Hyland P. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2018. Vol. 138, pp. 536—546. DOI: 10.1111/acps.12956
15. Corrigan F.M., Hull A.M. Neglect of the complex: why psychotherapy for post-traumatic clinical presentations is often ineffective. *BJPsych Bulletin*, 2015. Vol. 39, pp. 86—89. DOI: 10.1192/pb.bp.114.046995

16. Courtois C. A., Ford J. D. Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach. Guilford Press, 2013. 378 p.
17. De Jongh A., Resick, P.A., Zoellner L.A., van Minnen A., Lee C.W., Monson C.M., Foa E.B., Wheeler K., ten Broeke E., Feeny N.C., Rauch S.A.M., Chard K., Mueser K.T., Sloan D.M., van der Gaag M., Rothbaum B.O., Neuner F., de Roos C., Hehenkamp L.M.J., Rosner R., Bicanic I.A.E. A critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 2016. Vol. 33 (5), pp. 359—369. DOI: 10.1002/da.22469
18. Distel M.A., Trull T.J., Derom C.A., Thiery E., Grimmer M.A., Martin N.G., Willemsen G., Boomsma D.I. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, 2008. Vol. 38 (9), pp. 1219—1229. DOI: 10.1017/S0033291707002024
19. Fernández Fillol C., Serrano-Ibáñez E. R., Ruiz-Párraga G. T., Ramírez Maestre C., Esteve Zarazaga R., López Martínez A. E. Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review. *Salud Mental*, 2018. Vol. 41(2), pp. 81—90. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2018.013
20. Ford J.D., Courtois C.A. Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models. NY: Guilford Press, 2013. 368 p.
21. Ford J.D. New findings questioning the construct validity of complex posttraumatic stress disorder (cPTSD): let's take a closer look. *European Journal of Psychotraumatology*, 2020. Vol. 11(1), pp. 86—93. DOI: 10.1080/20008198.2019.1708145
22. Grossman F.K., Spinazzola J., Zucker M., Hopper E. Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect: A New Framework. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2017. Vol. 87 (1), pp. 86—93. DOI: 10.1037/ort0000225
23. Harter S.L., Alexander P.C., Neimeyer R.A. Long-term effects of incestuous child abuse in college women: social adjustment, social cognition, and family characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988. Vol. 56, pp. 5—8.
24. Hopper E.K., Grossman F.K., Spinazzola J., Zucker M., Courtois C.A. van der Kolk B.A. Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect: Component-Based Psychotherapy. The Guilford Press, 2018. 296 p.
25. Howard A.P. Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models. *Child & Family Behavior Therapy*, 2014. Vol. 36 (2), pp. 140—150. DOI: 10.1080/07317107.2014.910734.
26. Karatzias T., Murphy P., Cloitre M., Bisson J., Roberts N., Shevlin M., Hyland P., Maercker A., Ben-Ezra M., Coventry P., Mason-Roberts S., Bradley A., Hutton P. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.*, 2019. Vol. 49(11), pp. 1761—1775. DOI: 10.1017/S0033291719000436
27. Luxenberg T., Spinazzola J., van der Kolk B.A., Hidalgo J., Hunt C. Complex trauma and disorder of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: assessment. *Directions in Psychiatry*, 2001. Vol. 21, pp. 373—392.
28. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., van Ommeren M., Jones L.M., Humayan A., Kagee A., Llosa A.E., Rousseau C., Somasundaram D.J., Souza R., Suzuki Y., Weissbecker I., Wessely S.C., First M.B., Reed G.M. Diagnosis and

- classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 2013. Vol. 12(3), pp. 198—206. DOI: 10.1002/wps.20057
29. Pelcovitz D., van der Kolk B., Roth S., Mandel F., Kaplan S., Resick P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 1997. Vol. 10 (1), pp. 3—16. DOI: 10.1023/a:1024800212070
 30. Powers M.B., Halpern J.M., Ferenschak M.P., Gillihan S.J., Foa E.B. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 2010. Vol. 30(6), pp. 635—641. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.007
 31. Schamess G., Shilkret R. Ego psychology. In: J. Berzoff, L. M. Flanagan, P. Hertz (Eds.) Inside out and outside in: Psychodynamic clinical theory and psychopathology in contemporary multicultural contexts. Rowman & Littlefield, 2011, pp. 62—96.
 32. Spinazzola J., Hodgdon H., Liang Li-Jung, Ford J.D., Layne C.M., Pynoos R., Stolbach B., Briggs E.C., Kisiel C. Unseen Wounds: The Contribution of Psychological Maltreatment to Child and Adolescent Mental Health and Risk Outcomes. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, 2014. Vol. 6 (1), pp. 18—28. DOI: 10.1037/a0037766
 33. Teicher M.H., Samson J.A., Anderson C.M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews Neuroscience*, 2016. Vol. 17 (10), pp. 652—666. DOI: 10.1038/nrn.2016.111
 34. Terr L. Childhood trauma: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 1999. Vol. 148, pp. 10—20. DOI: 10.1176/ajp.148.1.10
 35. Van der Kolk B.A. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 2005. Vol. 35 (5), pp. 401—408. DOI:10.3928/00485713-20050501-06

Информация об авторах

Падун Мария Анатольевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), Москва, Российская федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9876-4791>, e-mail: maria_padun@inbox.ru

Information about the authors

Maria A. Padun, Ph.D in Psychology, senior research assistant, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9876-4791>, e-mail: maria_padun@inbox.ru

Получена 09.11.2020

Принята в печать 30.08.2021

Received 09.11.2020

Accepted 30.08.2021

**ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: РЕСУРСЫ
КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**EMPIRICAL STUDIES: RESOURCES OF COGNITIVE THERAPY
IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AND TREATMENT
OF CHRONIC MENTAL DISORDERS**

**РУМИНАТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ
КАК КОГНИТИВНЫЙ ФАКТОР
ХРОНИФИКАЦИИ ДЕПРЕССИИ:
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ
И ВАЛИДНОСТЬ ИНСТРУМЕНТАРИЯ**

О.Д. ПУГОВКИНА

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), Московский НИИ психиатрии
(филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского») МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>,
e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

А.Д. СЫРОКВАШИНА

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0691-0892>,
e-mail: asyrokvashina@gmail.com

М.А. ИСТОМИН

Научно-исследовательский институт скорой помощи
имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП
СС ВУ-НС

имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5713-3766>,
e-mail: stominmikhailan@gmail.com

А.Б. ХОЛМОГОРОВА

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>,
e-mail: kholmogorova@yandex.ru

Актуальность. Несмотря на большой объем эмпирических данных, подтверждающих роль руминаций как фактора риска возникновения и хронификации депрессий, вопрос теоретических оснований изучения данного феномена продолжает обсуждаться, в том числе вопрос выделения так называемых конструктивных или рефлексивных руминаций. **Цель:** теоретический анализ различных концепций руминаций и эмпирическая проверка гипотезы о наличии конструктивных и деструктивных руминаций и валидности методики Ruminative Response Scale, RRS [38]. **Дизайн исследования:** с целью проверки теоретических гипотез в популяционной (n=476) и двух клинических группах (пациенты с депрессивными расстройствами, n=53, и пациенты с суицидальной попыткой, страдающие различными психическими расстройствами, n=41) проведены факторный и интеркорреляционный анализ русскоязычной версии шкалы RRS с привлечением симптоматической самоотчетной шкалы SCL-90-r и опросника копинг-стратегий COPE. **Результаты:** в аналитическом обзоре рассмотрена концепция руминаций как дисфункциональной привычки и копинг-стратегии (E. Watkins) с позиций структурно-динамической концепции мышления при решении творческих задач в норме и патологии (В.К. Зарецкий, А.Б. Холмогорова), а понятие руминаций соотнесено с выделенным в ней феноменом «зацикливания» на разных уровнях организации мыслительного процесса, которые подменяют собой направленность на реальное решение задачи. Выделена новая четырехфакторная модель опросника руминаций, которая обоснована хорошими психометрическими показателями и высокими прямыми корреляционными связями с различными психопатологическими симптомами и дисфункциональными копинг-стратегиями в виде психического и поведенческого избегания и вентилирования негативных чувств. Исключение составил один из факторов шкалы, что позволяет предположить особый статус этого фактора. **Выводы.** По предварительной оценке шкала руминаций RRS обладает достаточными психометрическими характеристиками для использования. Обсуждаемая в литературе идея выделения конструктивных руминаций не подтверждается эмпирическими данными.

Ключевые слова: руминации, хронификация, депрессивные расстройства, когнитивные факторы, модель четырехуровневой организации мышления, копинг-стратегии, рефлексия.

Для цитаты: Пуговкина О.Д., Сыроквашина А.Д., Истомин М.А., Холмогорова А.Б. Руминативное мышление как когнитивный фактор хронификации депрессии: определение понятия и валидность инструментария // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 88—115. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290307>

RUMINATIVE THINKING IN CHRONIC DEPRESSION: CONCEPT AND VALIDITY OF MEASURES

OLGA D. PUGOVKINA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>,

e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

ANNA D. SYROKVASHINA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0691-0892>,

e-mail: asyrokvashina@gmail.com

MIKHAIL A. ISTOMIN

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5713-3766>,

e-mail: stominmikhailan@gmail.com

ALLA B. KHOLMOGOROVA

Moscow State University of Psychology & Education, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>,

e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Despite large amount of empirical evidence in support of rumination as a risk factor of depression onset and chronification, theoretical foundations of ruminative thinking are still being discussed. This includes the issue of so-called constructive, or reflective, ruminations. **Objective:** This study gives a theoretical review of different views on rumination, empirically tests the idea of constructive and non-constructive ruminative thinking, and tests the validity of the Ruminative Response Scale (RRS, Rus-

sian version) [38]. **Study design:** We conducted a factor analysis of adapted RRS, as well as an intercorrelational analysis of this scale, Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-r), and the COPE Inventory; hypotheses were tested in a general population group (n=476) and two clinical groups (patients with depressive disorders, n=53, and patients with different diagnoses with recent suicide attempts, n=41). **Results:** Our theoretical review examines ruminative thinking as a dysfunctional coping strategy (E. Watkins) from the perspective of the structural-dynamic model of thinking in the course of creative problem-solving (V. Zaretsky, A. Kholmogorova). Rumination is conceptualized as getting stuck «in a loop» at certain levels of organization of cognitive processes, which substitutes motivation focus on actual problem solving. The resulting four-factor structure of RRS has good psychometric properties and strong correlations with different psychopathological symptoms and dysfunctional coping strategies (namely, psychological and behavioral avoidance and venting negative emotions); these correlations are found in all resulting factors but one, which implies that it may have a special status. **Conclusion:** The Russian version of RRS shows good preliminary psychometric characteristics and is viable for practical purposes. The idea of constructive rumination discussed in literature has not been confirmed empirically.

Keywords: rumination, chronification, depressive disorders, cognitive factors, four-level organization of thinking model, coping strategies, reflection.

For citation: Pugovkina O.D., Syrokvashina A.D., Istomin M.A., Kholmogorova A.B. Ruminative thinking in chronic depression: concept and validity of measures. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 88—115. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290307> (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Феномен руминаций широко и достаточно давно обсуждается в научной печати. В исследованиях описаны концепции руминаций [4; 26; 36; 42], предложены методики их выявления [22; 31; 38], установлены связи с разными психопатологическими состояниями [28], выработаны рекомендации по психологической коррекции [15; 42], наконец, получены данные об эффективности отдельных интервенций [32; 41].

При этом и сегодня поток работ, посвященных изучению руминаций, составляет около 150—180 англоязычных публикаций ежегодно (по данным базы научной печати Web of Science). В отечественной клинической психологии и психиатрии интерес к данной теме не такой широкий, но устойчивый [11; 12; 15; 14].

Установлено, что руминации имеют трансдиагностический характер, однако чаще всего они рассматриваются как фактор риска возникновения и хронификации депрессивных расстройств и суицидального риска [28; 29; 39; 41; 45].

Цель настоящей работы — анализ понятия руминаций и теоретических моделей, лежащих в основе их изучения как фактора хронификации депрессивных расстройств, и обсуждение проблемы валидности их психометрической оценки по данным факторизации шкалы руминаций Ruminative Response Scale (RRS) [38] в русскоязычной выборке.

Анализ понятия и теоретических моделей

Руминации — это устойчивые, циклические размышления о чувствах, мыслях и проблемах, которые могут вытеснять другие конструктивные психические процессы, направленные на активное разрешение текущих задач, и сопровождаются чувством скорби и безысходности [30; 40]. Пациенты размышляют о своих симптомах и трудностях, считая, как правило, что эта стратегия может в чем-то помочь, хотя в действительности она уменьшает способность эффективно решать проблемы. Целый ряд таких позитивных (*«руминации помогают мне справиться»*) и негативных (*«руминациям невозможно сопротивляться»*) метакогнитивных убеждений относительно руминаций выделены в метакогнитивной концепции депрессий А. Wells [21; 41].

В классической когнитивной модели и типологии искажений автоматического мышления термин «руминации» не используется, однако концепция искажений автоматической оценки событий предполагает, что при психической патологии их отличает дисфункциональный, повторяющийся, ригидный характер [20].

В имеющихся в литературе концепциях руминаций обращает на себя внимание феноменологический подход авторов. В них схвачены, как правило, обобщенное содержание и иногда функции руминативного мышления. Руминации определяются как оценочные размышления о себе или сосредоточенность на несовпадениях между текущими и желанными исходами, или реакция на негативные эмоциональные стимулы (Control Theory, Martin, Tesser, 1996; Conceptual-evaluative & Experiential model, Watkins, 2008; Response Styles Theory, Nolen-Hoeksema, 2000). Существует также гипотеза о приспособительной роли руминаций при депрессии, согласно которой они представляют собой попытки анализа при столкновении с разного рода затруднениями — сложными феноменами, неоднозначными условиями и т. п. [19; 23; 35].

Одной из проблем в исследованиях руминаций является отсутствие более масштабной теоретической модели, описывающей структуру и динамику мышления в ситуации затруднения. В российской психологии такая модель была разработана применительно к решению творческих задач [7], и позднее было показано, что она может быть экстраполиро-

вана на ситуацию затруднения в более широком смысле [6] и изучение механизмов нарушений мышления при психической патологии [8; 9; 13; 10]. Процесс мышления в упомянутой модели рассматривается как движение на четырех уровнях: личностном и рефлексивном, которые вместе обеспечивают смысловую регуляцию движения; а также предметном и операциональном, на которых происходит движение в предметном содержании проблемы и его преобразование. Динамика мыслительного процесса при этом представляет собой движение внутри этих уровней или переключение с одного уровня на другой вплоть до точки, в которой мыслительная задача оказывается решена или признается нерешенной. Большая часть задач может быть решена репродуктивно и не требует выхода на рефлексивный уровень, в то время как сложные проблемы, связанные с необходимостью осмысления и преобразования своего опыта, невозможно решить на предметно-операциональном уровне, так как в самом этом движении — видении проблемной ситуации, используемых средствах и способах нужно что-то менять, а осознание и изменение оснований и способов действия связывается с функцией рефлексии.

Выходу на рефлексивный уровень часто предшествует более или менее длительное движение на предметном и операциональном уровнях — попытки вновь и вновь воспроизвести содержание возникшего затруднения и вспомнить уже апробированные неудачные попытки ее решения или перебрать возможные другие, но лежащие в рамках прежнего видения проблемной ситуации. Авторы [7] называют такое движение «зацикливанием» — слово, по семантике очень близкое к понятию руминирования (бесплодное движение внутри содержания проблемы хорошо соотносится с феноменологией руминативного мышления). Однако такое зацикливание возможно не только на уровне перебора условий задачи и решений, уже признанных неэффективными, но и на личностном уровне смысловой регуляции мышления, когда процесс поиска решения подменяется ригидными негативными самооценочными суждениями, самообвинениями и самокритицизмом. Выходу на новый уровень решения задачи всегда предшествует субъективное ощущение блокады — истощенности предпринятых предметно-операциональных ходов [5]. Причем этап нахождения в состоянии блокады может завершиться либо открытием и выработкой нового видения ситуации, либо отказом от дальнейших попыток разрешения ситуации, что субъективно выражается в виде апатии и опустошенности. Исследования показывают, что именно в этот момент (блокады) испытуемые наиболее чувствительны к «подсказкам», и в то же время подвержены резкому падению мотивации в предчувствии наступающего напряжения блокады [7; 8].

«Нормальное функционирование мышления — это определенным образом сбалансированное движение по уровням, т.е. постоянное связывание

между собой содержательного движения и его осмысления и переживания, действий и их оснований, установления отношений между ними и выстраивание отношения к собственному ходу мысли. А когда это сбалансированное движение не дает результата, и рефлексия не выводит из «блокады», тогда взаимосвязь уровней разрушается и возникают заикливания как автономное функционирование вне связи с движением на других уровнях. Заикливания могут быть на любом уровне, в том числе на рефлексивном, если движение на нем оторвано от содержательного движения и выступает как своего рода «имитация рефлексии» [8]. Например, человек бесконечно задает себе вопрос «Почему это произошло?», не выходя на содержательный уровень анализа проблемы с пересмотром фундаментальных оснований своих мыслительных действий и постановкой задачи их изменения. То есть, человек застревает на уровне вопрошания «Что же не так?», заикливаясь на рефлексивном уровне, но не может осуществить рефлексию в ее конструктивной, преобразующей функции. Например, пациент исходит из принимаемого априори убеждения, что он не должен был допускать ошибку, вновь и вновь обращается к вопросу, как же он мог ее допустить, сопровождая этот процесс самообвинениями. Пересмотр этого убеждения и признание своего человеческого права на ошибку и есть тот рефлексивный шаг, который может прервать поток мучительного руминирования, на чем и основана концепция самосострадания, противостоящая критическому руминативному мышлению и перфекционистским убеждениям о своей непогрешимости. Когнитивная терапия, основанная на принятии, предлагает отстраниться и воспринимать поток самообвинений как спам, стараться не вовлекаться в него эмоционально, что, в свою очередь, требует изменения убеждения о значимости этих мыслей на убеждение, что они не имеют значения и просто мелькают в голове как спам в компьютере.

Концепция психотерапии, сфокусированной на руминациях [40], до некоторой степени пересекается с концепцией уровневой организации мышления [7]. Е. Watkins придерживается модели стиля реакции [30] как теоретической основы своего подхода, а в качестве техники совладания с руминациями предлагает набор средств (вопросов: «Думал ли я уже об этом?», «Находил ли я хоть когда-то решение таким образом?», «Можно ли в принципе решить мою ситуацию с помощью размышлений?» и др.), которые облегчают рефлексивное осознание полезности или же бесполезности и даже деструктивности своих мыслительных действий и возможности выхода на решение проблемы, т. е. на предметный и операциональный уровни. Можно сказать, что тем самым предпринимается попытка помощи в восстановлении сбалансированного движения по уровням мышления, описанного выше как нормальное функционирование процесса мышления. Е. Watkins определяет румина-

ции по их функции как попытку найти смысл печального события или же попытку решить проблему. Он также выделяет нормальные руминации, как неизбежную реакцию осмысления печального неожиданного события или неудачи, которая, однако, обязательно сменяется какими-то конструктивными действиями по решению проблемы (т. е. выходом на предметный и операциональный уровни) или нахождением смысла происшедшего. Таким образом, так называемые нормальные руминации — это раздумья о себе, о жизни, о проблеме, при которых отмечается достаточно быстрое восстановление сбалансированного движения по уровням мышления, что характерно и для процесса успешного решения творческой задачи, как это было описано выше.

Е. Watkins также указывает на две причины «застревания» в руминировании или, выражаясь в терминологии исследований творческого мышления, заикливания, которые и отличают патологическое руминирование от нормального, а успешное решение творческой задачи — от неуспешного. Опираясь на исследования других факторов депрессии, он выделяет следующие возможные причины склонности к руминированию: 1) невыполнимые перфекционистские стандарты и требования к себе, от которых пациент не может отказаться, или же постановка целей, которые вообще нерешаемы и находятся за пределами его контроля; 2) недостаточное развитие навыков решения проблем, когда мышление чрезмерно глобально, т. е. его предметное содержание и пути возможных преобразований этого содержания (предметный и операциональный уровни мышления) расплывчаты и неконкретны. Такие пациенты склонны к негативному глобальному самооцениванию (личностным заикливаниям), а не поиску конкретных путей решения конкретной проблемы. Е. Watkins предлагает различать реальный процесс решения проблемы и имитацию этого процесса [40; 42]. В рамках четырехуровневой модели творческого мышления первое соответствует сбалансированному процессу движения мысли по всем четырем уровням, а второе — разным видам заикливания, подменяющим собой направленность на реальное решение проблемы. Для депрессии особенно характерны личностные заикливания, как показывает феноменологический анализ и как показало исследование процесса решения творческих задач депрессивными пациентами [10].

Вслед за другими авторами Е. Watkins выделяет две наиболее важные функции патологического руминирования: 1) как привычки или привычной малоадаптивной стратегии, которая могла возникнуть в детстве, когда чрезмерно критичные родители не поддерживали реальных попыток решения проблем с правом на поиск и на ошибку, что вело к заикливанию на негативных самооценках с бесполезным поиском причин и путей преодоления своего несовершенства; 2) как одной из форм из-

бегания, направленного на откладывание решения проблем, своего рода вид прокрастинации при отсутствии веры в свою способность решать проблемы. Избегание неизбежно ведет к накоплению проблем, и именно в этом состоит одно из наиболее деструктивных последствий руминации, усиливающее беспомощность и, в конечном счете, ведущее к депрессии и способствующее ее хронификации по механизму порочного круга [40; 42].

Проведенный анализ теоретических оснований изучения руминаций был сопоставлен с задачами выбора и валидизации шкалы оценки руминативного мышления и лег в основу гипотез проверки ее интеркорреляционной валидности.

Гипотезы исследования. На основании рассмотренных итогов изучения руминативного мышления нами были выдвинуты следующие гипотезы: 1) о трансдиагностическом характере руминативного мышления, т. е. его связи с разными видами психопатологических симптомов; 2) о положительной связи руминаций с деструктивными стратегиями избегания и отрицательной связи с такими конструктивными стратегиями, как позитивное переопределение (конструктивная направленность на поиск нового смысла), а также активный копинг.

Поиск и проверка валидности инструментария

Одна из наиболее популярных шкал — Ruminative Response Scale — RRS [34; 38] — включает описание двух подтипов руминативного мышления. Первый подтип — «задумчивый, мрачный» (brooding) — заключается в пассивном сравнении своей текущей ситуации с неким недостижимым стандартом. Второй подтип — «рефлексивный» (reflective) — представляет собой целенаправленное обращение внутрь себя для поиска причин и решений каких-то затруднений и, таким образом, для облегчения симптомов депрессии. Клинические исследования говорят о том, что руминации «мрачно-задумчивого» типа в большей степени связаны с риском хронификации депрессии и суицидальным риском [29; 33], в то время как рефлексивные (более активные) руминации способствуют уменьшению депрессии с течением времени [38]. При этом в одном из последних исследований показан противоположный результат: именно рефлексивные руминации при контроле социodemографических и клинических факторов выступили предиктором суицидального риска [39].

Исходя из рассмотренного выше теоретического представления о нормальном функционировании мышления как сбалансированном движении на четырех уровнях [8; 5] и нарушениях этого баланса или за-

цикливаниях на том или ином уровне, характерных для непродуктивного процесса мышления и для психической патологии [8; 9; 10], можно предположить, что при так называемых рефлексивных или, по Е. Watkins [40], «нормальных» руминациях речь идет о кратковременном нарушении баланса при поиске решения в проблемных ситуациях или так называемой рефлексивной «плотности» перед нахождением пути решения проблемы. В любом случае следует признать неудачным термин «рефлексивные руминации» и отказаться от рассмотрения их как полезных, если вслед за Е. Watkins исходить из понимания руминаций как деструктивной стратегии избегания решения проблем или вслед за В.К. Зарецким и А.Б. Холмогоровой исходить из их понимания как разрушения регуляции и сбалансированности процесса мышления.

Вопрос факторной структуры рассматриваемого опросника руминаций [38] обсуждался в течение нескольких лет. После нескольких попыток эмпирически подтвердить факторы тягостной задумчивости, рефлексивных размышлений и навязчивых депрессивных переживаний авторы пришли сначала к выводу о том, что наиболее надежным будет использовать общий балл опросника, а затем даже предложили исключить фактор депрессивных переживаний и оставить сокращенную версию опросника [38]. В сокращенной версии осталось 10 вопросов, организованных, несмотря на обсужденные ранее сомнения, в две шкалы: рефлексивных руминаций и тягостной задумчивости. В недавних работах была показана валидность сокращенной версии [22; 31], хотя есть данные об успешном использовании и исходного варианта опросника RRS [11; 3]. В русскоязычной популяции проводилась работа по первичной валидации полной шкалы руминаций RRS в популяционных группах [11; 3].

В эмпирической части настоящего исследования приводятся данные о проверке факторной структуры двух вариантов шкалы в русскоязычной выборке, а также относительно проверки выдвинутых выше гипотез.

Организация исследования

В исследование были включены три группы испытуемых. Популяционную группу составили 476 здоровых испытуемых, из них 448 женщин, 28 мужчин в возрасте от 18 до 63 лет, средний возраст — 26,1 ± 9,0. В первую клиническую группу были включены 53 больных с депрессивными расстройствами (F 32.X, 33.X), из них 47 женщин и 6 мужчин в возрасте от 18 до 54 лет, средний возраст — 30,9 ± 10,7. Пациенты были обследованы на базе отделений Московского НИИ психиатрии (филиал ФГБУ «НИИЦ ПН имени В.П.Сербского» Минздрава РФ). Консультации по вопросам включения пациентов осуществляли д.м.н., профессор Т.В. До-

вженко; к.м.н. Д.М. Царенко; зав. отделением, к.м.н. И.Н. Емельянова. Во вторую клиническую группу были включены 41 пациент с суицидальной попыткой самоотравления отделения токсикологии ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ (зав. отделением, к.м.н. А.В. Бадалян), из них 38 женщин, 3 мужчин в возрасте от 18 до 55 лет, средний возраст — 26,1 год. В эту группу вошли пациенты с депрессивным эпизодом (F32) — 12 человек; расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69) — 10 человек; расстройствами шизофренического спектра (F20-F29) — 4 человека; биполярным аффективным расстройством (F31) — 3 человека; реакцией на тяжелый стресс и нарушениями адаптации (F43) — 3 человека; с органическими психическими расстройствами (F00-F09) — 1 человек, психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (F10) — 1 человек. Все испытуемые дали информированное согласие на участие исследовании.

Испытуемым предлагалось заполнить Шкалу руминаций (RRS — Ruminative Responses Scale) [38]. Шкала представляет собой список утверждений, в которых описаны темы размышлений. Испытуемым предлагается отметить, насколько часто они думают на эти темы тогда, когда они находятся в подавленном состоянии, по шкале от «никогда» до «очень часто» и «постоянно». Анализировались две версии опросника — полная и сокращенная. Полная версия включает 22 вопроса, организованные, согласно источнику, в 3 субшкалы: 1) рефлексивные руминации (reflection rumination) 2) мрачно-задумчивые руминации/«навязчивые размышления» (brooding rumination) 3) навязчивые депрессивные переживания. В сокращенной версии исключены 12 вопросов, относящихся к шкале навязчивых депрессивных переживаний [38].

Для проверки выдвинутых гипотез и интеркорреляционной валидности использовалась клиническая шкала самоотчета (SCL-90-R — Symptom CheckList-90-revised), (Derogatis, Rickels, Rock, 1976; адаптация Тарабриной, 2001), предназначенная для оценки выраженности различных психопатологических симптомов, а также общего уровня дистресса (степень выраженности симптоматики — индекс GSI), а также опросник копинг-стратегий (COPE, Carver, Scheier, Weintraub, 1989, адаптация Иванова, Гаранян, 2010).

Результаты

Проверка факторной структуры шкалы руминаций RRS

Обе версии опросника продемонстрировали довольно высокие показатели внутренней надежности (α -Кронбаха): полная версия (22 пункта) — 0,906, сокращенная версия (10 вопросов) — 0,774 ($n=529$).

Факторная структура опросника проверялась с помощью эксплораторного и конфирматорного анализа в программе R-Studio для Windows. Модель, построенная по оригинальному ключу [38], показала недостаточно высокие показатели соответствия данным. Были проверены другие модели факторизации полной и краткой версий опросника, включающие 1, 2, 3 и 4 фактора. Во всех моделях встречались от 1 до 3 пунктов с низкой нагрузкой или спорной нагрузкой на более чем одну шкалу.

Наибольший интерес и соответствие данным продемонстрировала четырехфакторная модель. В процессе ее проверки были исключены пункты с нагрузкой менее 0,4. В табл. 1 приведены факторные нагрузки вопросов, полученные в результате конфирматорного анализа четырехфакторной версии опросника (RRS-18) после исключения вопросов с низкой нагрузкой.

Итоговые статистики полученной четырехфакторной версии опросника удовлетворяют требованиям (RMSEA — 0,072; SRMR — 0,059, P-value RMSEA — 0,000; Comparative Fit Index (CFI) — 0,904). Показатель внутренней согласованности (α -Кронбаха) данной версии шкалы руминаций составляет 0,889.

Соотнесение с исходной конструкцией опросника показало, что первую шкалу, условно названную нами *«Руминирование на тему симптомов усталости и потери энергии»* составили целиком пункты из оригинальной шкалы «Депрессивные переживания», отражающие пассивность, снижение мотивации и концентрации. Эта шкала отражает склонность депрессивных пациентов к фиксации внимания на симптомах депрессии, что неизбежно ведет к их усилению и, с точки зрения моделей А. Wells и Е. Watkins, представляет собой наибольший риск для хронификации депрессии, так как за этой склонностью, как правило, стоит метакогнитивное убеждение в пользе и необходимости отслеживания этих симптомов. Вторую шкалу с рабочим названием *«Руминирование на тему неудач с поиском глобальных объяснений»* составили три пункта, отражающие, по мнению авторов, «мрачную задумчивость», и два пункта (18. *Думаете обо всех своих недостатках, неудачах и ошибках*; 22. *Думаете, насколько вы злы на себя*) из шкалы депрессивных переживаний. Эти переживания можно рассматривать как циклические процессы негативного селектирования, которые являются важным механизмом депрессии.

В третью шкалу *«Руминирование на тему пониженного настроения с попыткой дистанцирования и реальных действий»* вошли утверждения из оригинальной шкалы так называемых «рефлексивных» руминаций. Важно отметить, что именно в этих трех утверждениях размышления обозначены через глагол «анализировать», в то время как остальные пункты сформулированы через глагол «думать». Эти лексические нюансы содержатся в англоязычной версии опросника и были сохранены

Таблица 1

**Факторные нагрузки пунктов шкалы руминаций RRS-18 по данным
 конфирматорного анализа на нормативной выборке,
 четырехфакторная версия (n=476)**

№ вопроса в исходной вер- сии шкалы	Утверждения опросника	Факторная нагрузка
Фактор 1 — «Анергия» — руминирование на тему симптомов усталости и потери энергии		
2	<i>Думаете: «Я не смогу выполнять мою работу, если не выберусь из этого состояния»</i>	0,823
3	<i>Думаете о своем чувстве усталости и общем недомогании</i>	0,691
4	<i>Думаете о том, насколько трудно вам сосредоточиться личностное заикливание</i>	0,719
6	<i>Думаете о том, насколько вы пассивны и немотивированны</i>	0,767
9	<i>Думаете: «Почему у меня не получается что-то начать делать?»</i>	0,738
14	<i>Думаете: «Я не смогу сосредоточиться, если буду чувствовать себя, как сейчас»</i>	0,843
19	<i>Думаете о том, что вам ничего не хочется делать</i>	0,736
Фактор 2 — «Поиск глобальных объяснений» — руминирование на тему неудач с поиском глобальных объяснений		
5	<i>Думаете «За что все это мне дается?»</i>	0,648
15	<i>Думаете: «Почему у других людей нет этих проблем, а у меня есть?»</i>	0,693
16	<i>Думаете: «Почему у меня не получается сделать лучше?»</i>	0,648
18	<i>Думаете обо всех своих недостатках, неудачах и ошибках</i>	0,707
22	<i>Думаете, насколько вы злы на себя</i>	0,681
Фактор 3 — «Анализ» — руминирование на тему пониженного настроения с попыткой дистанцирования»		
7	<i>Анализируете последние события и пытаетесь понять, почему у вас понижено настроение</i>	0,700
12	<i>Записываете свои мысли и анализируете их</i>	0,421
20	<i>Анализируете свою личность, чтобы понять, почему у вас подавлен- ное настроение</i>	0,902
Фактор 4 — «Переживание одиночества» — руминирование на тему одино- чества и других чувств		
1	<i>Думаете, насколько вам одиноко</i>	0,526
11	<i>Одиноко бродите и думаете о том, почему вы так себя чувствуете</i>	0,968
21	<i>Идете куда-то в одиночестве, чтобы поразмышлять о своих чув- ствах</i>	0,601

при переводе опросника. Семантика слова «анализировать» отражает определенную дистанцированность от негативных чувств, попытку более объективного взгляда на них, что может делать эти процессы менее деструктивными и не направленными на избегание проблемы. Более того, вопрос, касающийся записывания своих мыслей, который вошел в шкалу с наименьшими нагрузками, может представлять собой попытку отстранения и фиксации своих мыслей, которые являются этапами рефлексивного акта [1; 18], направленного на реальное решение проблемы.

Четвертую шкалу «*Руминирование на тему одиночества и других чувств*» составили два пункта «рефлексивных руминаций» и одно «депрессивное переживание». Эти утверждения так же, как и в третьей шкале, объединены лексически — все они содержат слово «одиночество» (как в англоязычной, так и в русскоязычной версиях). Известно, что переживание одиночества и фиксация на этих переживаниях тесно связаны с психопатологией, а также повышенным суицидальным риском, поэтому можно предположить, что эта шкала будет связана с достаточно деструктивными стратегиями.

Коэффициенты корреляции выделенных шкал между собой находятся в диапазоне от 0,27 до 0,56 ($p \leq 0,005$).

Проверка выдвинутых гипотез и интеркорреляционной валидности шкалы RRS-18

В табл. 2 и 3 приведены данные об интеркорреляционной валидности четырехфакторной модели опросника руминаций.

Общий балл и выделенные четыре подшкалы опросника RRS-18 на высоком уровне значимости связаны с выраженностью всех психопатологических симптомов, по данным самоотчета испытуемых (SCL-90). Наиболее высокие коэффициенты корреляции (от 0,35 до 0,7) обнаруживают показатели руминирования на тему усталости, потери энергии, а также на тему неудач с поиском глобальных объяснений. Связи руминаций на тему одиночества, а также шкалы, в которой вопросы сформулированы через глагол «анализировать», более слабые (0,2—0,3).

Общий балл шкалы руминаций показал ожидаемую, согласно нашим гипотезам, отрицательную связь с такими копингами, как активные усилия и позитивное переопределение (что подтверждает валидность конструкта руминаций как негативного копинга, снижающего возможности конструктивного разрешения ситуаций, а также конструктивного переосмысления ситуаций, которые нельзя изменить). Положительные связи общий балл по опроснику руминаций и его отдельные шкалы демонстрируют с поведенческим и психическим избеганием, а также вентилированием эмоций и отрицанием проблем. Отмечаются также связи отдельных шкал с такой деструктивной стратегией, как употребление ПАВ.

Таблица 2

Корреляции шкал четырехфакторной версии опросника руминаций RRS-18 со шкалами опросника SCL-90-R на нормативной выборке (N=232)

Шкалы SCL-90-R	Руминирование на тему симптомов усталости и потери энергии	Руминирование на тему неудач с поиском глобальных объяснений	Руминирование на тему пониженного настроения с попыткой дистанцирования	Руминирование на тему одиночества и других чувств	Общий балл шкалы RRS-18
Депрессия	0,71*	0,61*	0,24*	0,36*	0,72*
Тревога	0,46*	0,47*	0,27*	0,23*	0,54*
Соматизация	0,40*	0,37*	0,23*	0,22*	0,46*
Фобическая тревога	0,35*	0,38*	0,27*	0,21*	0,45*
Межличностная чувствительность	0,50*	0,53*	0,26*	0,37*	0,61*
Враждебность	0,33*	0,39*	0,21*	0,22*	0,44*
Параноидное мышление	0,32*	0,44*	0,21*	0,32*	0,46*
Психотизм	0,52*	0,48*	0,29*	0,36*	0,62*
Обсессивно-компульсивные симптомы	0,55*	0,43*	0,22*	0,29*	0,57*
Общий индекс тяжести	0,59*	0,56*	0,31*	0,34*	0,68*

Примечание: «*» — $p < 0,005$, коэффициент корреляции Спирмена.

Как мы и предполагали, процессы, отраженные в шкале руминирования на тему пониженного настроения с попыткой дистанцирования (в опроснике они описаны через попытки анализа и записывания своих мыслей), не обнаружили корреляций с деструктивными стратегиями, зафиксирована только одна значимая связь средней силы со стратегией использования юмора. Эту стратегию можно условно рассматривать как конструктивную, связанную с возможностью дистанцирования и альтернативного взгляда со стороны на содержание проблемной ситуации и самих руминаций. С другой стороны, в недавнем исследовании интернет-мемов про депрессию и суицид было показано, что юмор, фиксированный на психической боли и самоиронии, следует рассматривать как непродуктивный копинг, так как он оказался также связанным со стратегией избегания проблем в опроснике COPE [16].

Таким образом, сложность квалификации именно этой подшкалы, с которой столкнулись и другие исследователи, в целом подтверждается. В связи с этим мы предлагаем назвать эту подшкалу «*Руминирование на*

Таблица 3

Корреляции шкал четырехфакторной версии опросника руминаций RRS-18 со шкалами копинг-стратегий COPE на выборке пациентов с суицидальной попыткой (N=41)

Шкалы COPE	Руминирование на тему симптомов усталости и потери энергии	Руминирование на тему неудач с поиском глобальных объяснений	Руминирование на тему пониженного настроения с попыткой дистанцирования	Руминирование на тему одиночества и других чувств	Общий балл шкалы RRS-18
Инструментальная социальная поддержка	0,09	-0,09	0,30	0,25	0,08
Эмоциональная социальная поддержка	0,18	0,07	0,18	0,29	0,18
Употребление ПАВ	0,19	0,33*	-0,02	0,46**	0,27
Использование юмора	0,22	0,12	0,40**	0,32*	0,28
Вентиляция эмоций	0,24	0,29	0,18	0,37*	0,34*
Поведенческое избегание	0,45**	0,42**	0,25	0,42**	0,51**
Активные усилия, личностный рост	-0,31*	-0,41**	0,13	-0,39*	-0,35*
Отрицание	0,29	0,21	0,27	0,26	0,33*
Позитивное переопределение	-0,33*	-0,41**	0,09	-0,29	-0,33*
Психическое избегание	0,34*	0,24	0,22	0,54**	0,39*
Религиозный копинг	-0,24	-0,23	0,06	-0,09	-0,19
Планирование совладания	-0,27	-0,27	0,31	-0,23	-0,22
Принятие	0,04	0,07	0,03	0,14	0,09
Оттормаживание других занятий	-0,10	-0,27	0,08	-0,05	-0,10
Самоограничение	-0,03	-0,11	0,16	-0,06	-0,02

Примечание: «**» — $p < 0,005$, коэффициент корреляции Спирмена.

тему пониженного настроения с попыткой дистанцирования», так как у отвечающих положительно на вопросы этой шкалы выше степень отстраненности от содержания руминаций, а значит и вероятность восстановления баланса мыслительного процесса и перехода к поиску пу-

тей решения проблемы на операциональном уровне. Однако говорить о конструктивности и полезности процессов, скрытых за вопросами к этой шкале, по результатам нашего эмпирического исследования также невозможно, речь идет лишь о вероятности такого развития событий.

Обсуждение результатов

Проведенный в обзорной части анализ теоретических оснований изучения руминативного мышления свидетельствует о преимущественно феноменологическом подходе к выделению их типов, функций, механизмов. В результате этого возникает сложность отделения собственно руминаций от феноменов мышления, имеющих и внешнее, и субъективное (для самого испытуемого) сходство. Выше в обзоре, а также на примере утверждений опросника RRS приводятся примеры того, как одна и та же мысль может считаться непродуктивным фрагментом заикливания на каком-то содержании и может выступать компонентом фиксации содержания, который не отменяет возможности дальнейшего продуктивного рассуждения о проблемной ситуации.

Эвристическим потенциалом для преодоления недостатков имеющихся моделей изучения руминативного мышления обладает структурно-динамическая концепция мышления в ситуации затруднения, которая позволила также вскрыть механизмы непродуктивности мышления при разных формах психической патологии [7; 8; 9; 10; 13]. Соотнесение ее положений с идеями психотерапии, сфокусированной на руминациях [40], показывает потенциал этой концепции в объяснении механизмов эффективности психологических интервенций: предлагаемые пациенту средства и вопросы помогают дистанцироваться и занять осознанную рефлексивную позицию по отношению к процессу руминирования и позволяют, таким образом, проблематизировать его полезность и переключиться на другие проблемы, либо выйти на решение возникшей проблемы на предметном и операциональном уровнях.

В терминах концепции уровневой организации мышления руминации соответствуют разным видам заикливаний, которые подменяют собой направленность на решение проблемы. Согласно наблюдениям и исследованию, выполненному на основе рассмотренной выше модели уровневой организации мышления, для депрессии характерны преимущественно личностные заикливания [10]. Рассматриваемый в исследовании опросник руминаций (RRS) почти целиком состоит из утверждений, которые можно отнести именно к личностным заикливаниям (табл. 1).

Проведенные статистические процедуры свидетельствуют о потенциале русскоязычной версии шкалы руминаций RRS. Это подтвержда-

ется высокими показателями надежности и согласованности, как для полной, так и для краткой версий. Однако проведенный факторный анализ может свидетельствовать о недостатках исходной теоретической модели, на основе которой была сконструирована шкала руминаций RRS, что, впрочем, отмечают и сами авторы в поздних публикациях [38]. При этом во французской [31] и китайской [22] популяциях факторная структура соответствовала оригинальной англоязычной версии, а в русскоязычных [3] попытках адаптации — нет.

В нашем исследовании была выделена четырехфакторная модель опросника руминаций с надежными показателями пригодности и интеркорреляционными связями, подтверждающими взгляд на руминации как на дисфункциональную копинг-стратегию, имеющую трансдиагностическое значение по отношению к риску возникновения разных психопатологических симптомов и состояний и связанную с формированием пассивного стиля совладания (поведенческое и психическое избегание, вентилирование негативных чувств).

С помощью данной модели предпринята попытка выявить различия между конструктивными и неконструктивными руминациями. Одна из шкал, выделенная эмпирическим путем, состояла из утверждений, сформулированных через глагол «анализировать» и действие по записыванию своих мыслей, и была названа нами «руминирование с попыткой дистанцирования». Можно предположить, что эти утверждения актуализируют у испытуемых представления о несколько более активных и, возможно, продуктивных действиях. Интересно отметить, что эта шкала — единственная из всего опросника — не обнаружила связи с явно дисфункциональными копингами; а связи с выраженностью психопатологических симптомов у нее более слабые, чем у других шкал и опросника в целом, что подтверждает наше предположение, но не подтверждает гипотезу авторов шкалы о бесспорной конструктивности этих мыслительных процессов. Речь идет лишь о большей вероятности движения мыслительного процесса в направлении решения проблемы.

Похожие результаты были получены в исследовании Maslej, Mulsant, Andrews [27] при факторизации ответов на 4 разных опросника руминаций: здоровые испытуемые наиболее часто «руминируют» о решении своих проблем (что пересекается с выделенной нами шкалой «Руминирование на тему пониженного настроения с попыткой дистанцирования»), затем идут руминации о причинах и последствиях негативных ситуаций (возможный аналог шкалы «Руминирование на тему неудач с поиском глобальных объяснений»). И существенно реже встречаются руминации по поводу симптомов и чувств печали, однако именно они опосредуют связь с выраженностью симптомов депрессии. Так и в на-

стоящем исследовании шкала «Руминирование на тему симптомов усталости и потери энергии» отличается наиболее высокими корреляциями с выраженностью психопатологических симптомов.

Представляет интерес сопоставление выделенной в исследовании шкалы «Руминирование на тему пониженного настроения с попыткой дистанцирования» с подтипом рефлексивных руминаций [38] и концепцией «аналитического руминативного мышления» [35], согласно которой руминации представляют собой необходимую реакцию на комплексные проблемы, не поддающиеся решению привычными доступными средствами. В этих концепциях деструктивные руминации касаются причин негативных событий, а конструктивные сосредоточены на их решении, т. е. различаются тематически, как два независимых фокуса рассмотрения ситуации. Вызывает сомнение именно такое «горизонтальное» разделение содержания руминаций. Представляется, что эти вопросы связаны процессуально (диалектически): именно когда «копание» в причинах осуществляется *вне перспективы конструктивного выхода из проблемной ситуации* и «тупые» попытки поиска решения не сопровождаются рефлексией причин неуспеха, и то и другое следует рассматривать как руминации, т. е. непродуктивный копинг. Конструктивная рефлексия предполагает анализ собственного действия, причин неуспеха, усомнение в основаниях и способах (такое движение может напоминать руминации и далеко не всегда завершается конструктивным выходом из ситуации). «Баланс» здесь проявляется в том, что «шаги вглубь» осуществляются ради шагов «вперед», а для шагов «вперед» выстраиваются основания, которые создаются «шагами вглубь». «Анализ» — единственное слово, в котором содержится смысловой нюанс «отстранения», т. е. попытки освободиться от власти того, что загоняет мысль в тупик и превращает мышление и переживание в бесплодное руминирование (зацикливание).

Таким образом, положительный ответ на вопросы этой шкалы с большей вероятностью может отражать попытки конструктивного, гибкого, целенаправленного решения проблемы, что и объясняет противоречия в получаемых разными исследователями данных.

Следует упомянуть *ограничения* настоящего исследования, которые касаются характеристик обследованных групп. И в популяционной, и в клинических группах преобладают испытуемые женского пола; кроме этого, группы сопоставимы по возрасту, но в целом смещены в сторону молодежи. В задачи данной работы входила проблематизация теоретической модели изучения руминаций на материале использования шкалы руминаций RRS, однако апробация и стандартизация данной шкалы требуют дополнительных процедур проверки и будут предметом отдельной публикации.

Выводы

1. Руминации являются одним из самых существенных факторов риска развития и хронификации явлений дезадаптации и различных психических расстройств, в первую очередь, депрессивных, что свидетельствует о необходимости иметь надежный и валидный инструмент их выявления. По предварительным данным проведенной валидации в популяционной и клинических группах шкала руминаций RRS-18 имеет достаточные психометрические характеристики и показатели интеркорреляционной валидности и может использоваться для оценки склонности к руминативному мышлению.

2. Зафиксированные в исследовании связи руминаций с копинг-стратегиями подтверждают понимание их механизмов и функций в контексте теории E.R. Watkins как привычного дисфункционального паттерна, который способствуют избеганию активного совладания и решения проблем.

3. Обсуждаемые в литературе попытки выделения конструктивных подтипов руминативного мышления не находят эмпирического подтверждения. Три типа руминаций, согласно проведенной факторизации опросника, в той или иной мере коррелируют с неадаптивными копингами в форме поведенческого и психического избегания и отрицательно связаны с позитивным переопределением проблемы и активным совладанием. Четвертый тип руминаций, связанный с некоторым дистанцированием от содержания руминаций, сформулированный в опроснике через более активный глагол «анализировать» и действие по записыванию мыслей, обнаруживает относительно слабые связи с выраженностью психопатологических симптомов, а из копинг-стратегий коррелирует только с использованием юмора (что соотносится с идеей отстраненного взгляда на проблему и доступностью альтернативных гипотез и решений, хотя использование юмора может также носить непродуктивный, фиксированный на психическом страдании характер). Эти данные поднимают вопрос о целесообразности отнесения содержания мышления, выявляемого с помощью шкалы «Руминирование на тему пониженного настроения с попыткой дистанцирования», непосредственно к изучаемому феномену — руминациям.

4. Так называемые конструктивные или «нормальные» руминации можно объяснить с точки зрения концепции уровневой организации мышления как раздумья о себе или о проблемах, повторяющегося и субъективно тяжелого, но достаточно быстро возвращающегося к сбалансированному движению по уровням мышления и выходу на предметно-операциональное решение задачи либо на признание ее бесперспективной для обдумывания. Руминации же, согласно теории уровневой

организации мышления, представляют собой заикливания на любом из уровней (предметно-операциональном, рефлексивном и, что наиболее характерно для депрессивных расстройств, личностном), которые подменяют собой направленность на реальное решение задачи. Смещение баланса в рефлексивно-личностную сферу движения в ситуации затруднения может внешне напоминать руминации, но фактически представляет собой конструктивный тип организации мышления, для которого характерно доминирование движения на рефлексивном и личностном уровнях, но от заикливаний его отличает направленность на поиск путей решения проблемы, а не на бесплодное переживание («пережевывание») проблемной ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алексеев Н.Г.* Проектирование условий развития рефлексивного мышления: дисс. в виде научного доклада на соискание ученой степени доктора психологических наук. М., 2002. 41 с.
2. *Вотрин А.В.* Рефлексия и руминативное самокопание: принципиальные отличия // III Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сб. науч. статей / Авт.-сост.: Ковпак Д.В., Ковпак А.И. СПб: СИНЭЛ, 2017. С. 13—17.
3. *Дорошева Е.А., Князев Г.Г.* Психометрические свойства трех опросников регуляции эмоций // Современные проблемы клинической психологии и психологии личности: Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Новосиб. гос. ун-т). Новосибирск: ИПЦ НГУ, 2017. С. 193—198.
4. *Залевский Г.В.* Психическая ригидность в норме и патологии. Томск: Издательство Томского университета. 1993. 272 с.
5. *Зарецкий В.К.* Динамика уровневой организации мышления при решении творческих задач: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М.: 1984. 26 с.
6. *Зарецкий В.К., Николаевская И.А.* Метод ситуационно-векторного анализа когнитивно-личностного развития учащихся в процессе преодоления учебных трудностей // Культурно-историческая психология. 2020. Том 16. № 1. С. 35—48. DOI:10.17759/chrp.2020160104
7. *Зарецкий В.К., Семенов И.Н.* Логико-психологический анализ продуктивного мышления при дискурсивном решении задач // Новые исследования в психологии. 1979. № 1. С. 3—8.
8. *Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б.* Смысловая регуляция решения творческих задач, в Сб.: Исследование проблем психологии творчества, М., Наука, 1983. С. 62—101.
9. *Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б.* Нарушения саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 1985. № 12. С. 1813—1819.
10. *Карлова М.А.* Структурно-динамические характеристики мышления больных с депрессивными расстройствами на материале решения творческих задач // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 38—61.

11. Колпаков Я.В., Ялтонский В.М. Феномен руминации в структуре тревожно-депрессивных переживаний у лиц молодого возраста [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 19.07.2021).
12. Крылов В.И. Психопатологические особенности и диагностическое значение феномена руминаций // Психиатрия и психофармакотерапия. 2015. № 17. С. 9—12.
13. Кудрявцев И.А., Лавринович А.Н. Особенности регуляции мышления при патологии характера // Вопросы психологии. 1986. № 4. С. 155—162.
14. Труевцев Д.В., Сагалакова О.В., Жирнова О.В. [и др.] Методологическое осмысление феномена руминаций как механизма поддержания психических расстройств [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2020. № 6. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 19.07.2021).
15. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М. [и др.] Когнитивная терапия депрессивных руминаций // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2019. № 1—2. С. 62—68. DOI:10.17116/jnevro20191191262
16. Файнтух Е.Д., Холмогорова А.Б. Коммуникация на тему депрессии в Интернете — фактор психопатологии или ресурс для психотерапии? // Современная терапия психических расстройств. 2021. № 1 С. 44—54. DOI: 10.21265/PSYRH.2021.39.62.006
17. Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 6. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 19.07.2021).
18. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? // Современная терапия психических расстройств. 2016. № 2. С. 16—21. DOI:10.21265/psyph.2016.0.1758
19. Beck A.T., Bredemeier K. A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives // Clinical Psychological Science. 2016. Vol. 4. Iss. 4. P. 596—619. DOI: 10.1177/2167702616628523
20. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.R., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press. 1979. 425 p.
21. Cano-López J.B., Salguero J.M., García-Sancho E., Ramos-Cejudo J. Testing the Metacognitive Model of Rumination and Depression in Non-clinical Population: New Data about PBRS and NBRS Scales // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2021. Vol. 43. P. 240—250. DOI: 10.1007/s10862-020-09828-1
22. He J., Liu Y., Cheng C. et al. Psychometric Properties of the Chinese Version of the 10-Item Ruminative Response Scale Among Undergraduates and Depressive Patients // Front. Psychiatry. 2021. № 12: 626859. DOI:10.3389/fpsy.2021.626859
23. Lane T.J., Northoff G. Is Depressive Rumination Rational? // In Hung T.W., Lane T.J. (eds.), Rationality: Constraints and Contexts. London: Elsevier-Academic Press. 2017. P. 119—143.
24. Lyubomirsky S., Layous K., Chancellor J., Nelson S.K. Thinking About Rumination: The Scholarly Contributions and Intellectual Legacy of Susan Nolen-Hoeksema //

- The Annual Review of Clinical Psychology. 2015. № 11. P. 1—22. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-032814-112733
25. *Lyubomirsky S., Nolen-Hoeksema S.* Self-perpetuating properties of dysphoric rumination // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993. № 65. P. 339—349. DOI:10.1037/0022-3514.65.2.339
 26. *Martin L.L., Tesser A.* Some ruminative thoughts. // In Wyer R.S, Jr. (Ed.) *Ruminative thoughts. Advances in Social Cognition, Volume IX*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1996. P. 1—47.
 27. *Maslej M.M., Mulsant B.H., Andrews P.W.* the nature of depressive rumination and its connection with depressive symptoms // *Journal of social and clinical psychology*. 2020. Vol. 39 (9). P. 761—787.
 28. *McLaughlin K.A., Nolen-Hoeksema S.* Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety // *Behaviour Research and Therapy*. 2011. Vol. 49. № 3. P. 186—193. DOI:10.1016/j.brat.2010.12.006
 29. *Miranda R., Nolen-Hoeksema S.* Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1 year follow-up in a community sample // *Behaviour Research and Therapy*. 2007. Vol. 45. P. 3088—3095. DOI:10.1016/j.brat.2007.07.015
 30. *Nolen-Hoeksema S.* The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms // *Journal of Abnormal Psychology*. 2000. Vol. 109 (3). P. 504—511. DOI:10.1037/0021-843X.109.3.504
 31. *Parola N., Zendjidian X.Y., Alessandrini M. et al.* Psychometric properties of the Ruminative Response Scale-short form in a clinical sample of patients with major depressive disorder // *Patient Preference and Adherence*. 2007. Vol. 11. P. 929—937. DOI:10.2147/PPA.S125730
 32. *Roberts H., Jacobs R.H., Bessette K.L. et al.* Mechanisms of rumination change in adolescent depression (RuMeChange): study protocol for a randomised controlled trial of rumination-focused cognitive behavioural therapy to reduce ruminative habit and risk of depressive relapse in high-ruminating adolescents // *BMC PSYCHIATRY*. 2021. Vol. 21 (1). P. 206—221. DOI: 10.1186/s12888-021-03193-3
 33. *Rogers M.L., Joiner T.E.* Rumination, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts: A Meta-Analytic Review // *Review of General Psychology. Review of General Psychology*. 2017. Vol. 21. № 2. P. 132—142. DOI:10.1037/gpr0000101
 34. *Satyshur M.D., Layden E.A., Gowins J.R. et al.* Functional connectivity of reflective and brooding rumination in depressed and healthy women // *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 2018. Vol. 18. P. 884—901. DOI:10.3758/s13415-018-0611-7
 35. *Sevcikova M. et al.* the Analytical Rumination Hypothesis: Exploring the Longitudinal Effects of Problem Solving Analysis on Depression // *Front. Psychol*. 2020. Vol. 11. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01344
 36. *Smith J.M., Alloy L.B.* A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct // *ClinPsychol Rev*. 2009. Vol. 29 (2). P. 116—128. DOI:10.1016/j.cpr.2008.10.003
 37. *Sumner J.A.* The mechanisms underlying overgeneral autobiographical memory: An evaluative review of evidence for the CaR-FA-X model // *Clinical Psychology Review*. 2012. Vol. 32. P. 34—48. DOI:10.1016/j.cpr.2011.10.003
 38. *Treynor W., Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S.* Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis // *Cognitive Therapy and Research*. 2003. Vol. 27. № 3. P. 247—259. DOI:10.1023/A:1023910315561

39. Tang H., Xiong T., Shi J. et al. Global and reflective rumination are related to suicide attempts among patients experiencing major depressive episodes // *Psychiatry*. 2021. Vol. 21. P. 117. DOI:10.1186/s12888-021-03119-z
40. Watkins E.R. Constructive and Unconstructive Repetitive Thought // *Psychological Bulletin*. 2008. Vol. 134. № 2. P. 163—206. DOI:10.1037/0033-2909.134.2.163
41. Watkins E.R., Scott J., Wingrove J. et al. Rumination-focused cognitive-behaviour therapy for residual depression: a case series // *Behaviour Research and Therapy*. 2007. Vol. 45. № 2. P. 144—154. DOI:10.1016/j.brat.2006.09.018
42. Watkins E.R. Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression. New York: Guilford. 2016. 349 p.
43. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press, 2009. 316 p.
44. Wells A. Breaking the cybernetic code: Understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health // *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol. 10. DOI:10.3389/fpsyg.2019.02621
45. Zhou H.-X., Chen X., Shen Y.-Q. et al. Rumination and the default mode network: Meta-analysis of brain imaging studies and implications for depression // *NeuroImage*. 2020. Vol. 206. DOI:10.1016/j.neuroimage.2019.116287

REFERENCES

1. Alekseev N.G. Proektirovanie uslovii razvitiya reflektivnogo myshleniya. Dissertatsiya v vide nauchnogo doklada na soiskanie uchenoi stepeni doktora psikhologicheskikh nauk. M. 2002. 41 p.
2. Votrin A.V. Refleksiya i ruminativnoe samokopanie: printsipial'nye otlichiya [Reflection and ruminative introspection: fundamental differences]. III Mezhdunarodnyi s^oezd Assotsiatsii kognitivno-povedencheskoi psikhoterapii: sbornik nauchnykh statei [III International Congress of the Cognitive-Behavioral Psychotherapy Association: collection of scientific articles]. Saint-Petersburg: SINEL, 2017, pp. 13—17.
3. Dorosheva E.A., Knyazev G.G. Psikhometricheskie svoistva trekh oprosnikov regulyatsii emotsii [Psychometric properties of three emotion regulation scales]. Sovremennyye problemy klinicheskoi psikhologii i psikhologii lichnosti: Materialy vsereossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem [Proceedings of the All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation «Modern problems of clinical and personality psychology»]. Novosib. gos. un-t. Novosibirsk: IPTs NGU, 2017, pp. 193—198.
4. Zalevsky G.V. Psikhicheskaya rigidnost' v norme i patologii [Psychological rigidity in health and psychopathology] Tomsk: Izdatel'stvo Tomskogo universiteta. 1993. 272 p.
5. Zaretsky V.K. Dinamika urovnevoi organizatsii myshleniya pri reshenii tvorcheskikh zadach. Avtoref. diss. na soisk. uch.step. kand.psihol.n. M.: 1984, 26 p.
6. Zaretsky V.K., Nikolaevskaya I.A. Metod situatsionno-vektornogo analiza kognitivno-lichnostnogo razvitiya uchashchikhsya v protsesse preodoleniya uchebnykh trudnostei [Situation and Vector Analysis of Cognitive and Personality Development of Students in the Process of Overcoming Learning Difficulties] *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2020, vol. 16 (1), pp. 35—48. DOI:10.17759/chp.2020160104 (In Russ., abstr. in Engl.)

7. Zaretsky V.K., Semenov I.N. Logiko-psikhologicheskii analiz produktivnogo myshleniya pri diskursivnom reshenii zadach [Logical and psychological analysis of productive reasoning in discursive problem-solving]. *Novye issledovaniya v psikhologii [New Studies in Psychology]*, 1979, № 1, pp. 3—8.
8. Zaretsky V.K., Kholmogorova A.B. Smyslovaya regulyatsiya resheniya tvorcheskikh zadach [Semantic regulation of creative problem solving], In Ponomarev Ya.A. (eds.) *Issledovanie problem psikhologii tvorchestva [Research in Psychology of creativity]*, Moscow: Nauka, 1983, pp. 62—101.
9. Zeigarnik B.V., Kholmogorova A.B. Narusheniya samoregulyatsii poznavatel'noi deyatel'nosti u bol'nykh shizofreniei. *Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*, 1985, vol. 85 (12), pp. 1813—1819.
10. Karlova M.A. Strukturno-dinamicheskie kharakteristiki myshleniya bol'nym s depressivnymi rasstroistvami na materiale resheniya tvorcheskikh zadach [Structural-dynamic characteristics of thinking of patients with depressive disorders in the study of creative problem solving]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2013, № 2, pp. 38—61. (In Russ., abstr. in Engl.)
11. Kolpakov Ya.V., Yaltonskii V.M. Fenomen ruminatsii v strukture trevozhno—depressivnykh perezhivaniy u lits molodogo vozrasta [Rumination in anxiety-depressive experiences in young adults]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. [Medical Psychology in Russia]* 2013. № 3. URL: <http://medpsy.ru> (Accessed: 19.07.2021).
12. Krylov V.I. Psikhopatologicheskie osobennosti i diagnosticheskoe znachenie fenomena ruminatsii [Psychopathological features and diagnostic significance of rumination]. *Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]*, 2015, № 17, pp. 9—12. (In Russ., abstr. in Engl.)
13. Kudryavtsev I.A., Lavrinovich A.N. Osobennosti regulyatsii myshleniya pri patologii kharaktera [Cognitive regulation specificities in character pathology]. *Voprosy psikhologii [Psychology Issues]*, 1986, no. 4, pp. 155—162.
14. Truevtsev D.V., Sagalakova O.V., Zhirnova O.V. [et. al.] Metodologicheskoe osmyslenie fenomena ruminatsii kak mekhanizma podderzhaniya psikhicheskikh rasstroistv [Elektronnyi resurs] [Methodological conceptualization of the rumination phenomenon as a mental disorders maintenance mechanism]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. [Medical Psychology in Russia]*, 2020, № 6. URL: <http://mprj.ru> (Accessed: 19.07.2021). (In Russ., abstr. in Engl.)
15. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonskii V.M. [i dr.] Kognitivnaya terapiya depressivnykh ruminatsii [Cognitive therapy of depressive rumination]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. Spetsvypuski [Neurology and Psychiatry Journal named after Korsakov S.S.: Special issues]*, 2019, № 1—2, pp. 62—68. DOI:10.17116/jnevro20191191262 (In Russ., abstr. in Engl.)
16. Faintukh E.D., Kholmogorova A.B. Kommunikatsiya na temu depressii v Internete — faktor psikhopatologii ili resurs dlya psikhoterapii? [Communication About Depression on the Internet — factor of Psychopathology or Resource for Psychotherapy?]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv [Modern therapy of mental disorders]*, 2021, no. 1, pp. 44—54. DOI:10.21265/PSYPH.2021.39.62.006
17. Kholmogorova A.B. Kognitivno-bikhevioral'naya terapiya «na grebne tret'ei volny»: revolyutsionnyi povорот ili novye aktsenty? [Cognitive-behavioral therapy «on the

- crest of the third wave»: a revolutionary new turn or new accents?]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv [Modern therapy of mental disorders]*. 2016. no. 2, pp. 16—21. DOI: 10.21265/psyph.2016.0.1758
18. Kholmogorova A.B., Pugovkina O.D. Osnovnye etapy i napravleniya izucheniya kognitivnykh disfunktsii pri depressiyakh [Elektronnyi resurs] [Cognitive dysfunction in depression: main stages and directions of studies]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. [Medical psychology in Russia]*, 2015. № 6. URL: <http://mprj.ru> (accessed: 19.07.2021).
 19. Beck A.T., Bredemeier K. A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Clinical Psychological Science*, 2016. Vol. 4 (4), pp. 596—619. DOI: 10.1177/2167702616628523
 20. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.R., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979, 425 p.
 21. Cano-López J.B., Salguero J.M., García-Sancho E., Ramos-Cejudo J. Testing the Metacognitive Model of Rumination and Depression in Non-clinical Population: New Data about PBRS and NBRS Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2021. Vol. 43, pp. 240—250. DOI: 10.1007/s10862-020-09828-1
 22. He J., Liu Y., Cheng C. et. al. Psychometric Properties of the Chinese Version of the 10-Item Ruminative Response Scale Among Undergraduates and Depressive Patients. *Front. Psychiatry*, 2021. Vol. 12: 626859. DOI:10.3389/fpsy.2021.626859
 23. Lane T.J., Northoff G. Is Depressive Rumination Rational? In Hung T.W., Lane T.J. (eds.), *Rationality: Constraints and Contexts*. London: Elsevier-Academic Press, 2017, pp. 119—143.
 24. Lyubomirsky S., Layous K., Chancellor J., Nelson S.K. Thinking About Rumination: The Scholarly Contributions and Intellectual Legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 2015. Vol. 11, pp. 1—22. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-032814-112733
 25. Lyubomirsky S., Nolen-Hoeksema S. Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993. Vol. 65, pp. 339—349. DOI:10.1037/0022-3514.65.2.339
 26. Martin L.L., Tesser A. Some ruminative thoughts. In Wyer R.S, Jr. (Ed.) *Ruminative thoughts. Advances in Social Cognition*, 1996. Vol. IX, pp. 1—47.
 27. Maslej M.M., Mulsant B.H., Andrews P.W. The nature of depressive rumination and its connection with depressive symptoms. *Journal of social and clinical psychology*, 2020. Vol. 39 (9) , pp.761—787.
 28. McLaughlin K.A., Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 2011. Vol. 49 (3), pp. 186—193. DOI:10.1016/j.brat.2010.12.006
 29. Miranda R., Nolen-Hoeksema S. Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1 year follow-up in a community sample. *Behaviour Research and Therapy*, 2007. Vol. 45, pp. 3088—3095. DOI:10.1016/j.brat.2007.07.015
 30. Nolen-Hoeksema S. The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 2000. Vol. 109 (3), pp. 504—511. DOI:10.1037/0021-843X.109.3.504

31. Parola N., Zendjidian X.Y., Alessandrini M. et al. Psychometric properties of the Ruminative Response Scale-short form in a clinical sample of patients with major depressive disorder. *Patient Preference and Adherence*, 2007. Vol. 11, pp. 929—937. DOI:10.2147/PPA.S125730
32. Roberts H., Jacobs R.H., Bessette K.L. et al. Mechanisms of rumination change in adolescent depression (RuMeChange): study protocol for a randomised controlled trial of rumination-focused cognitive behavioural therapy to reduce ruminative habit and risk of depressive relapse in high-ruminating adolescents. *BMC PSYCHIATRY*, 2021. Vol. 21 (1). DOI: 10.1186/s12888-021-03193-3
33. Rogers M.L., Joiner T.E. Rumination, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts: A Meta-Analytic Review. *Review of General Psychology*, 2017. Vol. 21 (2), pp. 132—142. DOI:10.1037/gpr0000101
34. Satyshur M.D., Layden E.A., Gowins J.R. et al. Functional connectivity of reflective and brooding rumination in depressed and healthy women. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 2018. Vol. 18, pp. 884—901. DOI:10.3758/s13415-018-0611-7
35. Sevcikova M. et al. the Analytical Rumination Hypothesis: Exploring the Longitudinal Effects of Problem Solving Analysis on Depression. *Front. Psychol*, 2020, no. 11. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01344
36. Smith J. M., Alloy L.B. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clin Psychol Rev*. 2009. Vol. 29 (2), pp. 116—128. DOI:10.1016/j.cpr.2008.10.003
37. Sumner J.A. The mechanisms underlying overgeneral autobiographical memory: An evaluative review of evidence for the CaR-FA-X model. *Clinical Psychology Review*, 2012. Vol. 32, pp. 34—48. DOI:10.1016/j.cpr.2011.10.003
38. Treynor W., Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 2003. Vol. 27 (3), pp. 247—259. DOI:10.1023/A:1023910315561
39. Tang H., Xiong T., Shi J. et al. Global and reflective rumination are related to suicide attempts among patients experiencing major depressive episodes. *Psychiatry*, 2021. Vol. 21, p. 117. DOI:10.1186/s12888-021-03119-z
40. Watkins E.R. Constructive and Unconstructive Repetitive Thought. *Psychological Bulletin*, 2008. Vol. 134 (2), pp. 163—206. DOI:10.1037/0033-2909.134.2.163
41. Watkins E.R., Scott J., Wingrove J. et. al. Rumination-focused cognitive-behaviour therapy for residual depression: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 2007. Vol. 45 (2), pp. 144—154. DOI:10.1016/j.brat.2006.09.018
42. Watkins E.R. Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression. New York: Guilford, 2016. 349 p.
43. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press, 2009. 316 p.
44. Wells A. Breaking the cybernetic code: Understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health. *Frontiers in Psychology*. 2019, vol. 10. DOI:10.3389/fpsyg.2019.02621.
45. Zhou H.-X., Chen X., Shen Y.-Q. et al. Rumination and the default mode network: Meta-analysis of brain imaging studies and implications for depression. *NeuroImage*, 2020, vol. 206. DOI:10.1016/j.neuroimage.2019.116287

Информация об авторах

Пуговкина Ольга Дмитриевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>, e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

Сыроквашина Анна Дмитриевна, студентка, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0691-0892>, e-mail: asyrokvashina@gmail.com

Истомин Михаил Андреевич, медицинский психолог, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5713-3766>, e-mail: stominmikhailan@gmail.com

Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

Information about the authors

Olga D. Pugovkina, Ph.D., Associate Professor, Senior Research Associate, Department of Clinical Psychology and Psychological Counseling, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of the Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Department of Clinical and Counseling Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>, e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

Anna D. Syrokvashina, graduate student at Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0691-0892>, e-mail: asyrokvashina@gmail.com

Mikhail.A. Istomin, Medical Psychologist, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5713-3766>, e-mail: stominmikhailan@gmail.com

Alla B. Kholmogorova, Doctor of Psychology, Professor, Dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Leading Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Получена 25.08.2021

Received 25.08.2021

Принята в печать 20.09.2021

Accepted 20.09.2021

РЕФЛЕКСИЯ ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ И СВЯЗАННЫХ С НИМ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫХ УБЕЖДЕНИЙ И ПРОЕКЦИЙ БУДУЩЕГО КАК ФАКТОР ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ У МУЖЧИН

О.Д. ТУЧИНА

Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>,
e-mail: shtuchina@gmail.com

Т.В. АГИБАЛОВА

Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>,
e-mail: agibalovatv@mail.ru

Д.И. ШУСТОВ

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава РФ (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), г. Рязань, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7803-3388>,
e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

В поперечном исследовании на базе наркологической клиники (Москва, 2019—2020 гг.) проверялась гипотеза о связи способности к рефлексии жизненного сценария с длительностью формируемых ремиссий. В выборку вошли 61 пациент мужского пола, с диагнозом АЗ, средний воз-

раст — 44,1 (SD=10,1), без сопутствующих психических расстройств. **Методический комплекс:** 1) для сбора социально-демографических и личностных показателей проводилось полуструктурированное терапевтическое интервью; 2) для оценки параметров эксплицитных (осознаваемых) представлений о будущем и отдельных параметров сценария применялись методики исследования самоопределяющих проекций будущего — «Линия жизни», «Культурный сценарий»; 3) сбор данных о параметрах сценария осуществлялся в рамках «Сценарного интервью». Обработка качественных данных проводилась методами количественного контент-анализа на основании руководств с помощью экспертной оценки. Эффект эксплицитных параметров сценария на различные параметры длительности ремиссий оценивался в ходе множественного линейного регрессионного анализа. **Результаты и выводы.** Пациенты с АЗ, способные к вербализации и рефлексии параметров жизненного сценария — плохо осознаваемых долгосрочных, лично значимых представлений о будущем, отражающих базовые убеждения о собственном жизненном пути — способны к поддержанию более длительных ремиссий по сравнению с пациентами, не рефлексирующими на эти темы и ограничивающими свои воспоминания и проекции будущего глобализованными стандартными для данной культуры сценариями.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рефлексия, когнитивная психотерапия, проспективное мышление, глобализация автобиографической памяти, жизненный сценарий.

Для цитаты: Тучина О.Д., Агибалова Т.В., Шустов Д.И. Рефлексия жизненного сценария и связанных с ним бессознательных убеждений и проекций будущего как фактор длительности ремиссии при синдроме зависимости от алкоголя у мужчин // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 116—139. DOI: <https://doi.org/10.17759/срп.2021290308>

REFLECTING ON LIFE SCRIPT, RELATED UNCONSCIOUS BELIEFS, AND FUTURE PROJECTIONS AS A FACTOR OF REMISSION DURATION IN MALE PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

OLGA D. TUCHINA

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russian Federation

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>,

e-mail: shtuchina@gmail.com

TATIANA V. AGIBALOVA

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russian Federation
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>,
e-mail: agibalovatv@mail.ru

DMITRI I. SHUSTOV

I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0989-6598>,
e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

A cross-sectional study performed in a Moscow hospital for addiction treatment (2019–2020) tested a hypothesis that the capacity to reflect on a life script exerted a positive effect on alcohol dependence (AD) remission duration. The sample included 61 males with AD and without dual diagnosis; the mean age was 44.1 (SD = 10.1) years. Methods. (1) Socio-demographic and clinical data was collected using a semi-structured therapeutic interview. (2) Explicit representations of one’s future were evaluated using a Self-defining Future Projections task; “Life Line”, and a “Cultural script” task. (3) Data on life script characteristics was gathered using the semi-structured “Script Questionnaire”. Qualitative data was processed by means of quantitative content analysis performed by experts based on relevant guidelines. Effects of verbalized life script characteristics on several remission parameters were assessed using multiple linear regression. Results and Conclusions. People with AD who were capable of verbalizing and reflecting on long-term, self-relevant representations of the future related to the basic beliefs about their own life course, were capable of maintaining longer remissions in contrast to those who failed to reflect on these topics and limited their memories and future projections by overgeneral cultural script events.

Keywords: alcohol dependence, remission, reflection, cognitive therapy, future thinking, autobiographical memory overgeneralization, life script.

For citation: Tuchina O.D., Agibalova T.V., Shustov D.I. Reflecting on life script, related unconscious beliefs, and future projections as a factor of remission duration in male patients with alcohol dependence. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 116–139. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290308>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Алкогольная зависимость (АЗ) — одна из главных причин повышенной смертности среди мужского населения России [3]. Это обуславливает актуальность исследований, направленных на повышение эффективности психосоциальной реабилитации людей с АЗ.

Современная наука утверждает, что люди помнят свое прошлое для того, чтобы строить собственное будущее [36]. Проспективное мышление (ПМ) как способность к созданию психических репрезентаций вероятных событий будущего [8] — невозможно без ключевых механизмов создания автобиографических воспоминаний: 1) «конструирования сцены» за счет интеграции эпизодических (конкретных) деталей на основе более абстрактного семантического знания-опоры (использование семантической опоры или «семантический скаффолдинг»); 2) проекции «Я» в будущее за счет способности переключать внимание с настоящего момента на другой временный контекст, осознавая себя как его участника (автоноэтическое сознание) [19]. Нарушения ПМ существуют параллельно дефицитам автобиографической памяти и считаются трансдиагностическим фактором психических расстройств [15; 24].

Особая форма ПМ — «воспоминания о будущем» [27] — однажды смоделированные, важные для личности образы будущего, запоминаемые и в дальнейшем извлекаемые в зависимости от ситуации — произвольно или непроизвольно [18]. Предположительно, эти «готовые» образы будущего направляют принятие решений и поведение человека в ситуациях неопределенности и выбора [8], действуя подчас имплицитно, вне осознания, как определенное психическое напряжение, возникающее при неудовлетворении намерения и исчезающее при его осуществлении [31]. Влияние имплицитных когниций на эксплицитное, хорошо осознаваемое и чаще всего произвольное ПМ, убедительно продемонстрировано исследователями [39].

Смоделированные в детстве под воздействием близкого социального окружения и культуры «воспоминания о будущем», связанные с образами будущих «Я» в контакте с людьми и миром и существующие в рамках представлений о собственной судьбе и ее исходе — «финальной сцене» [13], — описываются термином «*жизненный сценарий*» [13; 38]. Имплицитный или бессознательный жизненный сценарий (который следует отличать от «*культурного сценария*» — хорошо осознаваемого представления об очередности событий типичного жизненного пути в рамках данной культуры [14]) и его компоненты — «ранние решения» [22], а в когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) — «базовые убеждения» [11], выступают в качестве семантической опоры для моделирования произвольных образов будущего. В этом смысле сценарий ограничивает свободу выбора и становится фактором, препятствующим самоэффективности и автономии личности. Так, содержание сценария человека часто определяет тяжесть и фатальный исход АЗ [35]; агрессивное и суицидальное поведение людей с АЗ [37]; высокую «виктимность» их созависимых партнеров [33]. Изменение жизненного сценария, возможное через осознание лежащих в его основе убеждений, и

моделирование нового образа будущего и «финальной сцены», например, в результате принятия нового решения [22], приводит к отказу от самоповреждающих сценарных моделей и более автономному поведению [37].

КБТ — от классической когнитивной терапии А. Бека [9] до подходов «третьей волны» (диалектическая бихевиоральная терапия, схема-терапия) — позволяет изменять будущее пациента через осознание и реконсолидацию психического прошлого. Улучшение психического и социального благополучия человека происходит с помощью рефлексии мыслительных процессов, их «глубинных оснований или определенных исходных представлений» [6, с. 110], а также поиска и отработки способов их перестройки для создания новых моделей мышления и изменения связанных эмоциональных и поведенческих паттернов. Способность к *рефлексии* содержания своей психики описывается как метакогнитивная, отражающая такие психологические конструкты, как ментализация, теория психического, самореферентный процесс, рефлексивное сознание, социальный интеллект и другие. Она тесным образом связана и со способностью к ПМ, поскольку ни то, ни другое немислимы без сознательного усилия к децентрации — смещению фокуса с текущей позиции «Я» на другие возможные точки зрения [36]. Способность к рефлексии у людей с АЗ значительно нарушена: они не рассматривают проблему (в том числе самой АЗ) с альтернативных точек зрения, не способны к распознаванию и пониманию эмоций собеседников и своих психических состояний [16]. Тяжесть нарушений рефлексии закономерно нарастает с тяжестью симптомов АЗ и депрессии [16] и определяет негативные результаты лечения, например, досрочный уход из терапии [34].

Ориентация новых стратегий КБТ на достижение *выздоровления или восстановления (recovery)* для «трудных» пациентов с хроническими психическими заболеваниями отражает общую тенденцию современной психотерапии к поиску новых критериев излечения [12]. *Recovery* нарколологических пациентов определяется как «... дорога исцеления и преобразования личности, в конце которой стоит возможность жить полноценной жизнью в том сообществе, которое человек выбирает, а также возможность полной реализации своего личностного потенциала» [12; с. 156]. Данное определение в значительной мере отражает понятие автономности Э. Берна [13] как свободы от жизненного сценария и в этом смысле подчеркивает актуальность нашего исследования, результаты которого могли бы помочь определить стратегии достижения *recovery* у людей с АЗ.

Гипотеза исследования. Проверялась гипотеза о связи способности к рефлексии жизненного сценария и его компонентов (сценар-

ных семантических опор, например, «финальной сцены») с более благоприятным течением АЗ по критерию длительности формируемых ремиссий. Предполагалось, что пациенты с АЗ, способные к вербализации долгосрочных, личностно значимых представлений о собственном будущем, отражающих базовые убеждения об их жизненном пути, а также к экспликации общего автобиографического знания (история семьи, семейные легенды, любимые детские произведения), составляющего семантическую опору сценария, способны к поддержанию более длительных ремиссий по сравнению с пациентами, не рефлексировавшими на тему своей жизненной истории и будущего.

Методы и процедура

Поперечное исследование, одобренное Локальным этическим комитетом, проведено в 2019—2020 гг. в «Московском научно-практическом центре наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы».

Процедура. В исследование включались пациенты-мужчины (25—69 лет) с диагнозом АЗ (F 10.2) без сопутствующих психических расстройств, на этапе медицинской реабилитации, прошедшие детоксикацию не менее чем за 14 дней до первого обследования и злоупотреблявшие алкоголем не менее 14 лет. Пациенты предоставили информированное согласие на участие в исследовании.

Пациенты, соответствовавшие критериям включения по результатам изучения медицинской документации и первичного осмотра клинического психолога, приглашались к обследованию. В течение 4—5 встреч (с перерывом до 5 дней) проводились сбор клинико-anamnestических и биографических данных (посредством полуструктурированного терапевтического интервью, ПТИ [7]); а также психометрическая оценка эксплицитного ПМ — осознаваемых представлений о будущем — с помощью представленных ниже методик. Сбор данных о параметрах жизненного сценария и сценарных семантических опорах («финальной сцене» жизненного пути, любимом художественном нарративе, паттернах межпоколенной передачи и т. д.) проводился в ходе ПТИ, «Сценарного интервью» (СИ) [30], дополняемых фиксацией любимого художественного произведения пациента и изображением его «семейного древа» (генеграммы).

Методический комплекс и переменные. В целях анализа выделено три группы переменных.

1. Сбор данных о *социально-демографическом статусе, характере течения АЗ, качестве и длительности ремиссий* осуществлялся в ходе ПТИ

[7], изучения доступных документов, информации, полученной от специалистов и родственников.

2. Оценка **количественных** (число событий будущего, их объем), **феноменологических** (эмоциональная валентность, яркость, наличие самопроекции, частота представления события, временная дистанция до возникновения будущего события) **и содержательных** (специфичность/глобализация, тематика, соответствие событий будущего культурному сценарию, межличностная ориентация и др.) **параметров эксплицитных** (хорошо осознаваемых и не связанных с жизненным сценарием) **представлений о будущем** проводилась с помощью контент-анализа следующих методик:

- **Методика исследования самоопределяющих проекций будущего** [20; 41] — событий будущего, обладающих высокой личностной значимостью и отражающих центральные темы жизни личности. Испытуемых просили записать одно из таких вероятных событий как можно подробнее, как если бы они рассказывали его незнакомцу, и оценить его характеристики по семибалльной шкале (от наименьшей выраженности/позитивности параметра к наибольшей).

- **Графическая методика «Линия жизни» (ЛЖ)** [4], когда участников просят поставить отметку о собственном возрасте на нарисованной линии, представляющей их жизнь, и отложить от этой точки значимые события их прошлого и предполагаемого будущего, отмечая возраст их наступления, причем чем выше расположено событие — тем оно позитивнее, чем ниже — тем оно негативнее.

- **«Культурный сценарий»** [1; 14]: испытуемых просили представить ребенка того же пола, который родился в тот же день и в той же стране, что и испытуемый, и назвать семь возможных событий его жизни, а также оценить вероятность их наступления и валентность. Полученный материал соотносился с событиями ЛЖ с целью оценки «освоения» испытуемыми событий культурно-одобряемого сценария жизненного пути, а также выявления «выпавших» событий.

3. Сбор данных о **параметрах жизненного сценария** в основном осуществлялся в рамках опросника «Сценарное интервью» (СИ) [29], заполняемого исследователем в ходе беседы с пациентом и верифицируемого последним по результатам работы. При анализе материала СИ выявлялись, кодифицировались и подвергались количественному и качественному контент-анализу следующие культурные, семейные и индивидуальные семантические опоры, которые рассматриваются в качестве характеризующих жизненный сценарий в различных направлениях психотерапии [9; 13; 17].

- Модели межпоколенной передачи (соматическая и психическая патология, включая АЗ, продолжительность жизни в семье, професси-

ональные династии, и т. д.); систематические ранние смерти (в возрасте до 69 лет).

- Модели семейного нарратива (семейные истории, секреты и легенды; художественные произведения). Например, легенда о происхождении у пациента, любимая сказка которого «Золушка», опирается на сюжетные линии сказки, которые он раскрывает: «Отец считал, что я не от него. ...Так говорила ...моя бабушка, подозревая невестку в неверности. Отец считал, что я не похож на него, ревновал меня. А сейчас [я] — вылитый он».

- Наличие моделей передачи деструктивных/позитивных установок через внешнюю атрибутику — особенности называния (имя в честь больных либо рано умерших родственников, знаменитостей, культивирование особого значения имени в семье) («Назван в честь деда — участника войны. Дед крепко выпивал и погиб из-за ранений в 40 лет»), особое толкование имени субъектом («Константин — Победитель», «Толлик-алкоголик»); убежденность в «особенности» определенных чисел и дат («семейные годовщины») (пациент [с устойчивой ремиссией] считает, что умрет 21 числа, так как в этот день родился и умер его отец, родились и умерли во младенчестве от пневмонии братья-близнецы отца, покончил самоубийством родной брат, названный, как и сам пациент, в честь дядей-близнецов); эпизоды «провидения» судьбы респондента его родственниками либо им самим (непроизвольное ПМ) («Мать говорила в детстве [пациенту с безремиссионной формой АЗ]: «Попадешь в больницу и не будешь вылазить оттуда»).

- Осознаваемые, но связанные с жизненным сценарием, представления о будущем, описывающие качество и продолжительность жизни (план жизни через пять лет, ожидания пациента в отношении возраста и причины собственной смерти). Для сбора этих данных использовалось как СИ, так и ПТИ и методика «ЛЖ».

Обработка качественных данных проводилась валидизированными методами контент-анализа [2; 40], принятыми в исследованиях автобиографических нарративов. Качество анализа контролировалось с помощью оценки 30% речевой продукции независимыми экспертами с расчетом коэффициента каппа Коэна [41].

Характеристика выборки. Анализируется материал 61 пациента с АЗ, средний возраст — 44,1 (SD=10,1), согласившихся пройти ПТИ и СИ. Этот объем был достаточен для достижения целевых показателей статистической мощности (80%, величина эффекта f^2 — 0,15, предел ошибок 1 рода — 0,05, 95% двусторонний доверительный интервал), требуемой для проверки гипотезы исследования.

44,3% респондентов (n=27) имели высшее образование; 77% (n=47) были трудоустроены; 72,1% (n=44) — женаты, а 34,4% (n=21) пережили

хотя бы 1 развод. Большинство (62,3%, 38 человек) проходили службу в армии. 16,4% (n=10) имели судимость. Незначительная патология родов и детского развития установлена в 15% (n=9) случаев.

Клиническая картина заболевания по средним показателям выборки отражала типичное течение средней стадии АЗ. Длительность заболевания, в среднем, составляла 21 год (SD=9,7) с начала систематического употребления (в возрасте 23 лет (SD=5,3)), с первой пробой в возрасте 14,5 (SD=3) лет. Участники имели, как правило, среднепрогредиентный (6 лет (SD=3,1) до формирования симптомов синдрома отмены) и периодический тип течения АЗ. 23% госпитализировались в данном году повторно. Большинство имели алкогольсвязанные соматические заболевания (68,9%). 75,4% имели хотя бы один эпизод тяжелой алкогольной интоксикации, в том числе с реанимационным пособием; 16,1% переносили алкогольный психоз; 21,3% — патологическое опьянение.

Математическая обработка. Проверка распределения осуществлялась с помощью критерия Шапиро—Уилка. Эффект параметров сценария на длительность ремиссий в течение всего периода АЗ оценивался в ходе построения моделей множественного линейного регрессионного анализа пошаговым методом. В качестве зависимых выступали параметры продолжительности ремиссии, наименее ассоциированные с возрастом и длительностью заболевания: продолжительность максимальной ремиссии и ремиссии за два года до обследования в днях; индекс ремиссии (частное продолжительности всех ремиссий и длительности заболевания). В качестве факторов для каждой модели отбирались максимум 8 параметров, включавших похожее число параметров эксплицитных представлений о будущем и жизненного сценария. Для контроля множественной коллинеарности проводился априорный корреляционный анализ между факторами, а также расчет толерантности и инфляции дисперсии. В соответствии с данным анализом множественная коллинеарность в моделях отсутствовала. Рассчитывался коэффициент Дарбина—Уотсона для контроля автокорреляции остатков. Распределение остатков, проверяемое визуальным методом, в приведенных моделях было приближено к нормальному.

Результаты

Параметры регрессионных моделей для показателей длительности ремиссии представлены в табл. 1. К включенным в модели эксплицитным параметрам, не связанным с жизненным сценарием, относился лишь процент событий «Культурного сценария» от

числа событий «Линий жизни». Остальные параметры (например, прогностические ожидания в отношении собственной смерти, произвольные образы алкогольсвязанной смерти) могли эксплицироваться некоторыми участниками, однако относились нами к параметрам имплицитного плана жизни — жизненного сценария, поскольку отражали его основные семантические опоры — содержание автобиографической базы знания высокого уровня абстракции, позволяющее моделировать представления о будущем, в частности, о «финальной сцене».

Таблица 1

Модели влияния параметров жизненного сценария и эксплицитного проспективного мышления на длительность ремиссии

№	Факторы	β	SE	t	p
Модель 1. «Продолжительность максимальной ремиссии»					
1	Константа		495,3	2	,05
2	Ожидание внезапной (быстрой) смерти	,28	459,1	2,8	,007
3	Процент событий «Культурного сценария» от событий «Линии жизни»	-,28	8,5	-2,8	,007
4	Специфика имени (неклассифицируемая)	,31	357	3,2	,002
5	Наличие родственников, добившихся ремиссии АЗ	-,39	369,4	-3,8	,000
6	Число родственников на генограмме	,29	16,8	2,8	,006
7	Непроизвольные образы алкогольсвязанной смерти	-,25	387,2	-2,6	,01
Модель 2. «Продолжительность ремиссии за 2 года до обследования»					
1	Константа		450,2	-2,7	,02
2	Эксплицируемый возраст смерти (лет)	,66	6,1	3,4	,01
Модель 3. «Индекс ремиссии»					
1	Константа		,06	2,4	,02
2	Наличие (пра)бабушек/ (пра)дедушек с АЗ	-,4	,04	-4,4	,000
3	Выбор семейной профессии	,4	,04	4	,000
4	Преждевременная (до 69 лет) гибель партнера / ребенка	,3	,05	3,5	,001
5	Число родственников на генограмме	,3	,002	3,2	,002
6	Процент событий «Культурного сценария» от событий «Линии жизни»	-,25	,001	-2,6	,01

Примечание: β — стандартизированный коэффициент регрессии; p — уровень статистической значимости; SE — стандартная ошибка; t — критерий Стьюдента.

Согласно табл. 1, большинство факторов, влиявших на длительность ремиссий, отражали содержание жизненного сценария. Это подтверждает гипотезу о том, что параметры бессознательного сценария влияют на длительность ремиссии АЗ в большей степени, чем параметры эксплицитного ПМ. Хотя процент событий «Культурного сценария» (КС) от всех событий «Линии жизни» (ЛЖ) относился нами к осознаваемому плану ПМ, поскольку содержание КС легко осознается и вербализуется большинством представителей культуры уже в школьном возрасте [1], в естественной ситуации КС выступает в качестве имплицитной семантической опоры автобиографического нарратива и его воспроизведение носит малорефлексируемый характер.

В модели 1 при росте частоты событий КС на ЛЖ и наличии родственников, добившихся ремиссии АЗ, наличии произвольных образов алкогольсвязанной смерти у пациента сокращалась длительность максимальной ремиссии (факторы риска). Протективное влияние оказывали: произвольное ожидание внезапной (быстрой) смерти (*«хотелось бы как дед: сел и умер, без мучений, лет в 96»*), число родственников (то есть образов родительских фигур) на генограмме и неклассифицируемые особенности называния (*«Хотели назвать Борис (мать хотела), а сестра — 5 лет — настояла, чтобы Толик, и все согласились»*).

В модели 2 продолжительность ремиссии за два года до текущего обращения за медицинской помощью зависела исключительно от фактора, связанного с рефлексией «финальной сцены»: чем дольше участники «планировали» прожить, тем более продолжительных ремиссий добивались.

В модели 3 протективными факторами в отношении поддержания трезвости на протяжении всего периода АЗ («индекс ремиссии») вновь стали параметры, описывающие семейную ситуацию, — число родственников на генограмме, выбор пациентом семейной профессии, а также преждевременная смерть жены /ребенка — «переходное» событие [21], связанное с осознанием смертности. Факторами срыва ремиссии вновь оказались высокий процент событий КС на ЛЖ, а также наличие бабушек/дедушек, страдавших АЗ.

Все полученные модели имели удовлетворительное качество, объясняли порядка 50% дисперсии зависимой переменной, имели достаточную статистическую значимость и отсутствие автокорреляции остатков (табл. 2).

Обсуждение

Полученные данные предоставили свидетельства в пользу выдвинутой гипотезы.

Таблица 2

Оценка качества моделей

Модель	R ²	R ² с коррекцией	SE	F	p	DW
1	,51	,45	1281,5	9,2	,000	1,8
2	,44	,4	242,3	11,8	,004	1,59
3	,53	,5	,13	12,3	,000	1,86

Примечание: DW — статистика Дарбина-Уотсона; F — критерий Фишера; p — уровень значимости; R² — коэффициент детерминации; SE — стандартная ошибка.

Рефлексия «финальной сцены» жизненного сценария.

Рефлексия собственной смерти, обдумывание ее возможных вариантов и моделирование определенных прогнозов выступали в качестве протективного фактора в отношении продолжительности ремиссии (максимальной и в течение двух лет до обследования). В отличие от персональных ожиданий пациентов, фактор продолжительности жизни родственников не влиял (не вошел ни в одну модель) на длительность ремиссии в нашем исследовании.

Пример 1. Пациент Д. (66 лет), с несколькими соматическими заболеваниями и инвалидностью, общий стаж АЗ — 30 лет, 17 из которых находится в терапевтической ремиссии, живет с четким ожиданием смерти в 85 лет, как ему «нагадала» цыганка. Все значимые родственники мужского пола в семье пациента уже ушли из жизни: один дядя убит в 64 года; другой — умер в ходе операции (66 лет); брат (40 лет) — из-за анафилактического шока от инъекции; отец — в 63 г. в результате аварии. Д. остается жив и трезв уже спустя два года после обследования.

Рефлексия возраста своей смерти и факта смерти близких людей также способствовала увеличению числа дней ремиссии у респондентов.

Пример 2. Пациент Ж. (60 лет), длительность АЗ — более 35 лет, добился к настоящему моменту 25-летней ремиссии АЗ и обращается исключительно за терапевтической поддержкой в ситуациях стресса под угрозой срыва. На прямой вопрос о возрасте смерти предположил, что умрет в 82 года. Этот возраст он подтверждает и в тексте самоопределяющей проекции будущего: «Через 20 лет. Смерть. О мертвых говорят либо хорошо, либо молчат. Важно, что станут говорить обо мне. По мне, так пусть говорят. (Лучше хорошее)».

Отметим, что устойчивой ремиссии Ж. добился вскоре после суицида брата с алкогольной и игровой зависимостью. Некоторые респонденты достигали максимально продолжительных (и иногда единственных) ремиссий исключительно в результате таких «переходных», важных для

идентичности событий (переезд, развод, свадьба, рождение или смерть ребенка и др.), что часто описывается в исследованиях «естественного» течения АЗ [21].

Трудности рефлексии «финальной сцены» и проекций будущего, их вклад в сокращение ремиссий и способы преодоления.

Непроизвольное, малоосознаваемое проспективное мышление. Проявление менее осознанных вариантов размышления о будущей жизни и смерти оказывало негативное влияние на продолжительность ремиссий. Так, наличие непроизвольных, внезапно возникающих и часто неприятных образов собственной смерти приводило к сокращению максимальной ремиссии. Последнее может говорить о работе примитивных защитных механизмов отрицания и их неожиданных сбоев с последующим импульсивным поведением (acting out), а также избеганием осмысления своей жизни в контексте неизбежности смерти и принятия этого факта. По Хайдеггеру: «Физически смерть разрушает человека, но идея смерти спасает его: <...> сознание предстоящей личной смерти побуждает нас к переходу на более высокий модус существования» [42, с. 30—31]:

Пример 3. Пациент Г., 30 лет, страдал комбинированной (алкоголь и опиоиды) зависимостью. Находясь в тюремной камере, в момент «страстной мысли» о суициде (увидел себя мертвым в крови и внезапно понял, что хочет вскрыть вены), схватил чужую «заточку» и начал «ковырять» вены. Услышав спокойный голос сокамерника о том, что эта «заточка» — «для хлеба», Г. «прозрел», поняв, «как дальше жить», что суицид — это «глупо». Суицид был прерван, мысли о нем больше не возникали. Опиоиды не употребляет более 10 лет, однако в качестве замещающего вещества продолжает злоупотреблять алкоголем в безрецептурной форме.

Произвольные и непроизвольные образы и мысли о будущей смерти отражают размышления пациентов о «финальной сцене», при этом разное направление их влияния на длительность ремиссии, скорее всего, связано с различиями в их функциях [18]. Произвольное ПМ обеспечивает функцию осмысления, адаптации и подготовки к смерти, снижения тревоги, связанной с ее возможностью [25]. Непроизвольные яркие образы смерти, травматичных событий, или «флеш-форварды» [26] не осознаются до момента своего возникновения и «предупреждают» человека о возможном наступлении негативного события [18]. Они часто выступают триггером актуализации эмоциональных расстройств и суицидального поведения [26].

Пример 4. Пациент Л., 30 лет, систематически употреблявший алкоголь с 15 лет и не добившийся ни одной произвольной ремиссии, во

время службы в армии (где вынужденно соблюдал трезвость) совершил импульсивную попытку суицида (попытался прыгнуть с высоты, предварительно напившись), увидев эротические образы якобы изменявшей ему девушки (с момента принятия решения до употребления алкоголя и прыжка прошло несколько минут). Спасен находящимися рядом товарищами.

Непроизвольные образы фатального будущего можно рассматривать и как автоматическую манифестацию (разрядку напряжения по К. Левину [31]) «воспоминаний о будущем» — когда-то смоделированных и неактуализованных аутоагрессивных намерений, то есть проявление деструктивных когнитивных схем по типу: «Если я прекращу пить, я умру», «Если что-то пойдет не так, я всегда могу убить себя (алкоголем)», — составляющих основу жизненного сценария. Пациент Л. (пример 4) описывает парадоксальное стремление *«выпивать, чтобы жить»*, утверждая, что *«если остановишься (пить), то мотор встанет»*.

Глобализация автобиографической памяти и проспективного мышления.

Негативный эффект нарушения рефлексии за счет сверхобобщения или глобализации автобиографических воспоминаний и проспективного мышления (ПМ) в нашем исследовании отразился в том факте, что вытеснение специфичных событий прошлого и будущего стандартными, культурально-ожидаемыми событиями (*«женитьба»*, *«рождение детей»*, *«пенсия»*, *«покупка машины»*) в рамках методики «Линия жизни» (ЛЖ) сокращало продолжительность максимальной ремиссии. Предполагается, что «освоение» событий культурного сценария (КС) и их инструментальное использование для организации автобиографического нарратива свидетельствует о нормальном психическом функционировании индивидов, их способности усваивать культурные нормы и создавать когерентный нарратив [38]. В нашей работе наблюдался другой процесс.

Планируя свою жизнь через пять лет, многие пациенты (особенно с безремиссионным течением АЗ) моделировали глобализованные образы, мало соотносящиеся с реальностью, свидетельствующие об определенной некритичности: *«Если все получится, могу даже стать президентом России, перевестись на другую работу. Опыт есть, заняться своим делом ..., хочу обучить сына»*; *«Счастливый, без алкоголя, семья, чтобы было хорошо во всех сферах»*; *«Стабильная работа, новая семья»* и т. д.

То же наблюдалось и в самоопределяющих проекциях (СПБ) пациентов, когда вместо конкретного события персональной жизни, предполагаемого инструкцией [41], моделировался набор культураль-

но ожидаемых клише, причем часто относящихся к другим людям: «Финансовая независимость, рождение ребенка, постройка своего дома»; «Надеюсь мой сын найдет свою половинку в жизни... будет свадьба, счастье и у сына с женой и у всех нас...»; «Сын пойдет в армию и станет настоящим мужчиной». Похожие события пациенты отображали в будующем на своих «ЛЖ».

Основная проблема автобиографической глобализации при АЗ состоит в том, что со временем она превращается в малоосознаваемый тип реагирования, который усиливает чувства безысходности, депрессии и низкой самооценки [32]. Замещение автономной рефлексии будущего и моделирования конкретных образов культуральными клише затрудняет реконсолидацию старого и интеграцию вновь поступающего опыта в автобиографическую систему, что приводит к невозможности гибко реагировать на новые ситуации [32]. Так, пациент Ч., 52 года, пишет: «Я всегда считал что я выйду на пенсию в 60 лет. Но ... этот срок отложился на 13 лет т.е. до моего 65-летия. С учетом того что дети выросли, работа надоела я жду момента когда можно начать жить только для себя и моей супруги. К большому сожалению, до него можно не дожить».

Хотя безнадежность проявляется в СПб людей с АЗ достаточно редко (ср. данные об эмоциональной валентности проекций у зависимых, [41]), в прогнозе пациента Ч. отражаются деструктивные сценарные родительские послания «Не достигай», «Не чувствуй радости», интериоризуемые детьми в раннем возрасте без какой-либо критики [13; 37]. В случае Ч. они принимают форму пессимистичных ожиданий о сроке жизни (смерть в раннем возрасте до 65 лет, не достигающем среднего срока смерти мужчин в России на момент исследования).

Продемонстрированное сверхобобщение — перенос неудачного прошлого опыта на будущую ситуацию без попытки рефлексии других возможностей — корректируется с помощью КБТ. Терапевтическая работа строится на исследовании и выявлении старых глав истории, преобразованных в сценарные опоры-схемы безнадежности, подкрепляемые катастрофизацией и подавляющие самооценку [11; 32; 37]. Для прояснения деструктивных сценариев используют техники «сократического диалога» [11] или деконтаминации (осознания предрассудков, иллюзий и деструктивных убеждений, ограничивающих автономное мышление), когда пациента направляют к рефлексии и осознанию автоматических мыслей о будущем. Так, внимательное исследование представлений пациента Ч. о будущем могло бы вскрыть и базовые убеждения («ранние решения»), лежащие за пессимистичными прогнозами о неспособности добиться запланированного: «Я растерян и напуган», «Все закончится печально», «Мне никто не поможет», «Я неудачник» [9; 11].

Малорефлексируемая межпоколенная передача сценариев.

Факторы, относимые к семейным семантическим опорам сценария — автобиографическому знанию об опыте и судьбе семьи — оказывали разнонаправленное воздействие на длительность ремиссии. Большая частота репрезентаций родительских фигур последовательно оказывалась благоприятным фактором для поддержания ремиссии, как и выбор и освоение традиционной для семьи профессии, возможно, за счет обеспечения социальной поддержки, позволяющей справляться с тревогой в отношении неопределенности будущего. Вместе с тем наличие АЗ в старших поколениях уменьшало индекс ремиссии (соотношение трезвых дней и дней АЗ), а наличие родственников с АЗ, добившихся ремиссии, сокращало длительность максимальных ремиссий. Указанный результат можно интерпретировать с биологических позиций, как указывающий на большую наследственную отягощенность у пациентов с более тяжелым течением АЗ. На психологическом уровне наличие определенных моделей выздоровления от АЗ в семье могло бы ложиться в основу когнитивных искажений, связанных с иллюзией легкости достижения излечения («смогу сам завязать, как дед завязал»), нормализацией приема алкоголя и преуменьшением тяжести заболевания.

Полученные данные подтверждают многочисленные свидетельства о межпоколенной передаче психопатологии, как на генетическом, так и на социокультурном уровне, например, с позиций трансляции специфической алкогольной культуры [28], которая становится семантической опорой алкогольного жизненного сценария.

Возможности психотерапии. Полученные данные могли бы использоваться в психотерапии людей с АЗ, ориентированной на достижение устойчивого выздоровления (recovery). Первое направление интервенций могло бы быть связано с усилением специфичности ПМ пациентов, как в отношении их персональной будущей жизни [15], так и в отношении самого процесса излечения — например, конкретизация и визуализация результатов терапии (см. предисловие J. Beck к этому выпуску) в рамках контрактного метода [13]. На этапе сформированного рабочего альянса у пациентов могла бы стимулироваться рефлексия собственной смертности, которая, по-видимому, способна расширять горизонт эксплицитного планирования и нейтрализовать имплицитные дезадаптивные когниции за счет коррекции обесценивания долгосрочных последствий поведения [30]. Второе касается традиционного для КБТ и ряда других методов достижения инсайта и развития способности к рефлексии мало осознаваемых когниций — в данном случае компонентов плохо осознаваемого жизненного сценария, свя-

занных с «планируемой» продолжительностью и качеством жизни [10]. В-третьих, это интервенции, способствующие усилению когерентности автобиографического нарратива за счет рефлексии собственной и семейной истории.

Ограничения исследования связаны: с 1) отсутствием контрольной группы, хотя контроль ряда показателей эксплицитного проспективного мышления и жизненного сценария осуществлялся в рамках расширения протокола исследования и проведения дополнительных исследований [41], а также анализа данных по нормативным выборкам и выборкам людей с АЗ с похожими критериями включения/исключения и в том же сеттинге [5]; 2) отсутствием пациентов женского пола (связанное с особенностями реабилитационного отделения, где проводилось исследование) и небольшой выборкой (в исследование включено 96 человек, в регрессионный анализ вошли 61 человек), достаточность которой была продемонстрирована в ходе апостериорного анализа; 3) использованием качественных методов сбора и интерпретации данных, что преодолевалось с помощью дополнительной экспертной оценки, методов количественного контент-анализа данных, техники методологической триангуляции, предполагавшей верификацию качественных данных в ходе применения диверсифицированных методик, изучения доступной документации, опроса лечащих специалистов и родственников.

Выводы

1. На длительность ремиссии пациентов с АЗ более выраженное влияние оказывают характеристики бессознательного плана жизни — жизненного сценария, а именно — степень отрефлексированности и дифференцированности относящихся к сценарию событий прошлого и будущего.

2. Пациенты с АЗ, способные к вербализации и рефлексии долгосрочных, личностно значимых представлений о собственном будущем, отражающих базовые убеждения о собственном жизненном пути и его окончании (рефлексия «финальной сцены»), поддерживают более длительные периоды трезвости по сравнению с пациентами, не рефлексирующими на тему своего будущего и жизненной истории.

3. Глобализация автобиографических воспоминаний и образов личного будущего, выражающаяся в увеличении процента формальных событий традиционного культурного сценария и замещении ими дифференцированных описаний конкретных событий личного прошлого и будущего при выполнении методики «Линия жизни», оказывала отрицательное влияние на продолжительность ремиссии.

4. Психотерапия пациентов с АЗ должна быть ориентирована на усиление рефлексии малоосознаваемых параметров «финальной сцены» жизненного сценария, повышение специфичности эксплицитных образов будущего, как связанных, так и напрямую не связанных с жизненным сценарием.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алюшева А.П.* Овладение репертуаром культурных жизненных сценариев как фактор развития макроструктуры автобиографической памяти [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2012. Том 5, № 25. С. 3. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 04.07.2021).
2. *Волкова С.В., Холмогорова А.Б.* Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах (на примере тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств) // Консультативная психология и психотерапия. 2001. Том 9. № 4. С. 49—60.
3. *Немцов А.В.* Российская смертность в свете потребления алкоголя // Демографическое обозрение. 2015. Том 2(4). Р. 111—135.
4. *Нуркова В.В.* Свершенное продолжается: Психология автобиографической памяти личности. М.: Изд-во Университета РАО, 2000. 320 с.
5. *Нуркова В.В., Бодунов Е.А.* Автобиографическая память как ресурс преодоления внутриличностного конфликта при алкоголизме // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014. № 2. С. 46—60.
6. *Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К.* Может ли культурно-историческая концепция Л. С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? // Культурно-историческая психология. 2011. Том 7. № 1. С. 108—118.
7. *Шустов Д.И., Меринов А.В., Валентик Ю.В.* Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. М: МЗ РФ, 2000. 20 с.
8. *Baumeister R. F. et al.* Consciousness of the future as a matrix of maybe: Pragmatic prospection and the simulation of alternative possibilities // Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice. 2018. Vol. 5(3). P. 223—238. DOI: 10.1037/cns0000154
9. *Beck A. T. et al.* Cognitive therapy of substance abuse. New York, NY: Guilford Press, 1993. 354 p.
10. *Beck A.T., Finkel M.R., Beck J.S.* The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions // Cogn Ther Res. 2021. Vol. 45. P. 391—400. DOI:10.1007/s10608-020-10098-0
11. *Beck J. et al.* Cognitive therapy // Clinical textbook of addictive disorders / R.J. Frances, S.I. Miller, A. Mack (eds). New York, NY: Guilford Press, 2005. P. 474—501.
12. *Bellack A., Drapalski A.* Issues and developments on the consumer recovery construct // World Psychiatry. 2012. Vol. 11. P. 156—160.
13. *Berne E.* What do you say after you say Hello? New York: Grove Press, 1972. 457 p.

14. *Berntsen D., Rubin D.C.* Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory // *Memory & Cognition*. 2004. Vol. 32. P. 427—442. DOI:10.3758/bf03195836
15. *Bickel W.K. et al.* Reinforcer Pathology: Implications for Substance Abuse Intervention // *Curr Top Behav Neurosci*. 2020. Vol. 47. P. 139—162. DOI: 10.1007/7854_2020_145.
16. *Bora E., Zorlu N.* Social cognition in alcohol use disorder: a meta-analysis. // *Addiction*. 2017. Vol. 112(1). P. 40—48. DOI: 10.1111/add.13486
17. *Bowen M.* Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson, 1978. 562 p.
18. *Cole S., Kvavilashvili L.* Spontaneous and deliberate future thinking: a dual process account // *Psychological Research*. 2021. Vol. 85. P. 464—479. DOI:10.1007/s00426-019-01262-7
19. *Conway M. A., et al.* The self-memory system revisited: Past, present, and future. // *The organization and structure of autobiographical memory* / J.H. Mace (Ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2019. P. 28—51. DOI: 0.1093/oso/9780198784845.003.0003
20. *D'Argembeau A. et al.* Self-defining future projections: Exploring the identity function of thinking about the future // *Memory*. 2012. Vol. 20(2). P. 110—120. DOI:10.1080/09658211.2011.647697
21. *Dawson D.A. et al.* Maturing out of alcohol dependence: the impact of transitional life events // *Journal of Studies on Alcohol*. 2006. Vol. 67(2). P. 195—203. DOI: 10.15288/jsa.2006.67.195
22. *Goulding M.M., Goulding R.L.* Changing lives through redecision therapy. New York, NY: Grove Press, 1979. 297 p.
23. *Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T.* Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals with Schizophrenia // *Psychiatr Serv*. 2017. Vol. 68. № 10. P. 997—1002. DOI: 10.1176/appi.ps.201600413
24. *Hallford D.J. et al.* Psychopathology and episodic future thinking: A systematic review and meta-analysis of specificity and episodic detail // *Behaviour Research and Therapy*. 2018. Vol. 102. P. 42—51. DOI:10.1016/j.brat.2018.01.003
25. *Hallford D., D'Argembeau A.* Why We Imagine Our Future: Introducing the Functions of Future Thinking Scale (FoFTS) [Электронный ресурс]. DOI:10.31234/osf.io/bez4u. URL: <https://psyarxiv.com/bez4u> (дата обращения: 04.07.2021).
26. *Holmes E.A. et al.* Mental Imagery in Depression: Phenomenology, Potential Mechanisms, and Treatment Implications // *Annu Rev Clin Psychol*. 2016. Vol. 12. P. 249—280. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-092925
27. *Ingvar D. H.* «Memory of the future»: an essay on the temporal organization of conscious awareness // *Hum. Neurobiol*. 1985. Vol. 4. P. 127—136.
28. *Jayne M., Valentine G.* «It makes you go crazy»: Children's knowledge and experience of alcohol consumption // *Journal of Consumer Culture*. 2017. Vol. 17(1). P. 85—104. DOI:10.1177/1469540515574450
29. *Johnsson R.* Client Assessment in Transactional Analysis — A Study of the Reliability and Validity of the Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire. *International Journal of Transactional Analysis Research & Practice* [Электронный ресурс] //

- International Journal of Transactional Analysis Research and Practice. 2011. Vol. 2(2). DOI: 10.29044/v2i2p19
30. Kelley N.J., Schmeichel B.J. Thinking about Death Reduces Delay Discounting // PLoS One. 2015. Vol. 10(12). P. e0144228. DOI: 10.1371/journal.pone.0144228
 31. Lewin K. *Vorsatz, Wille, und Bediirfnis*. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1926. 92 p.
 32. Nandrino J.L. et al. Autobiographical memory compromise in individuals with alcohol use disorders: Towards implications for psychotherapy research // Drug and Alcohol Dependence. 2017. Vol. 179. P. 61—70. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2017.06.027
 33. Noriega, G., et al. Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors // American Journal of Orthopsychiatry. 2008. Vol. 78(2). P. 199—210. DOI: 10.1037/0002-9432.78.2.199
 34. Rupp C.I., et al. Impact of Social Cognition on Alcohol Dependence Treatment Outcome: Poorer Facial Emotion Recognition Predicts Relapse/Dropout // Alcohol Clin Exp Res. 2017. Vol. 41(12). P. 2197—2206. DOI: 10.1111/acer.13522
 35. Saburova L., et al. Alcohol and fatal life trajectories in Russia: understanding narrative accounts of premature male death in the family // BMC Public Health. 2011. Vol. 11. P. 481. DOI: 10.1186/1471-2458-11-481
 36. Schacter D.L. et al. Episodic future thinking: mechanisms and functions // Current Opinion in Behavioral Sciences. 2017. Vol. 17. P. 41—50. DOI: 10.1016/j.cobeha.2017.06.002
 37. Shustov D.I. et al. The Social Relationship of Suicidal Individuals: A Neglected Issue // The End of Suicidology: Can We Ever Understand Suicide? (Ed. D. Lester). New York: Nova Science Publishers, 2019. P. 127—133.
 38. Singer J.A. et al. Self-defining memories, scripts, and the life story: narrative identity in personality and psychotherapy // Journal of Personality. 2013. Vol. 81(6). P. 569—582. DOI: 10.1111/jopy.12005
 39. Szpunar K.K. Evidence for an implicit influence of memory on future thinking // Memory & Cognition. 2010. Vol. 38(5). P. 531—540. DOI:10.3758/mc.38.5.531
 40. Thorne A., McLean K. *Manual for coding events in self-defining memories*. University of California, Santa Cruz, 2001. 24 p.
 41. Tuchina O.D. et al. Ambivalent Prospection: Covid-Related Attitudes in Patients with Substance Dependence // Counselling Psychology and Psychotherapy [Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya]. 2020. Vol. 28(3). P. 100—121. DOI:10.17759/cpp.2020280307
 42. Yalom I. *Existential Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books, 1980. 524 p.

REFERENCES

1. Alyusheva A.R. Ovladenie repertuarom kul'turnykh zhiznennykh stsenariiev kak faktor razvitiya makrostruktury avtobiograficheskoi pamyati [Acquisition of cultural life scripts repertory as a factor of autobiographical memory macrostructure development] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskie issledovaniya [Psychological Studies]*. 2012. Vol. 5, no. 25, pp. 3. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed: 04.07.2021).
2. Volikova S.V., Kholmogorova A.B. Semeinye istochniki negativnoi kognitivnoi skhemy pri emotsional'nykh rasstroistvakh (na primere trevozhnykh, depressivnykh

- i somatoformnykh rasstroistv) [Family sources of negative cognitive scheme in emotional disorders (anxiety, depressive and somatiphorm disorders). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*. 2001. Vol. 9, no. 4, pp. 49—60.
3. Nemtsov A.V. Rossiiskaya smertnost' v svete potrebleniya alkogolya [Mortality in Russia in Light of the Alcohol Consumption]. *Demograficheskoe obozrenie [Demographic Review]*. 2015. Vol. 2, no. 4, pp. 111—135.
 4. Nourkova V.V., Bodunov E.A. Avtobiograficheskaya pamyat' kak resurs preodoleniya vnutrilichnostnogo konflikta pri alkogolizme [Autobiographical memory as a resource for coping with intrapersonal conflict in alcoholics]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya. [Moscow University Psychology Bulletin]*. 2014. Vol. 2, pp. 46—60.
 5. Nurkova V.V. Svershennoe prodolzhaetsya: Psikhologiya avtobiograficheskoi pamyati lichnosti [*Past continuous: psychology of autobiographical memory*]. Moscow: Izd-vo Universiteta RAO, 2000, pp. 46—50.
 6. Kholmogorova A.B., Zaretsky V.K. Can Vygotsky's Cultural-Historical Concept Help us to Better Understand What We Do as Therapists? *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2011. Vol. 7, no. 1, pp. 108—121.
 7. Shustov D.I., Merinov A.V., Valentik Yu.V. Diagnostika autoagressivnogo povedeniya pri alkogolizme metodom terapevticheskogo interv'yuu [Diagnosing self-destructiveness in patients with alcohol dependence using therapeutic interview]. Moscow: Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 2000. 20 p.
 8. Baumeister R.F. et al. Consciousness of the future as a matrix of maybe: Pragmatic prospection and the simulation of alternative possibilities. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 2018. Vol. 5(3), pp. 223—238. DOI: 10.1037/cns0000154
 9. Beck A.T. et al. Cognitive therapy of substance abuse. New York, NY: Guilford Press, 1993. 354 p.
 10. Beck A.T., Finkel M.R., Beck J.S. The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions. *Cogn Ther Res*, 2021. Vol. 45, pp. 391—400. DOI:10.1007/s10608-020-10098-0
 11. Beck J. et al. Cognitive therapy // In Clinical textbook of addictive disorders / R.J. Frances, S.I. Miller, A. Mack (eds). New York, NY: Guilford Press, 2005, pp. 474—501.
 12. Bellack A., Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry*, 2012. Vol. 11, pp. 156—160.
 13. Berne E. What do you say after you say Hello? New York: Grove Press, 1972. 457 p.
 14. Berntsen D., Rubin D.C. Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. *Memory & Cognition*, 2004. Vol. 32, pp. 427—442. DOI:10.3758/bf03195836
 15. Bickel W.K. et al. Reinforcer Pathology: Implications for Substance Abuse Intervention. *Curr Top Behav Neurosci*, 2020. Vol. 47, pp.139—162. DOI: 10.1007/7854_2020_145.
 16. Bora E., Zorlu N. Social cognition in alcohol use disorder: a meta-analysis. *Addiction*, 2017. Vol. 112(1), pp. 40—48. DOI: 10.1111/add.13486

17. Bowen M. Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson, 1978. 562 p.
18. Cole S., Kvavilashvili L. Spontaneous and deliberate future thinking: a dual process account. *Psychological Research*, 2021. Vol. 85, pp. 464–479. DOI:10.1007/s00426-019-01262-7
19. Conway M.A., et al. The self-memory system revisited: Past, present, and future. // *The organization and structure of autobiographical memory* / J.H. Mace (Ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2019, pp. 28–51. DOI: 0.1093/oso/9780198784845.003.0003
20. D'Argembeau A. et al. Self-defining future projections: Exploring the identity function of thinking about the future. *Memory*, 2012. Vol. 20, no 2, pp. 110–120. DOI:10.1080/09658211.2011.647697
21. Dawson D. A. et al. Maturing out of alcohol dependence: the impact of transitional life events. *Journal of Studies on Alcohol*. 2006. Vol. 67, no 2, pp. 195–203. DOI: 10.15288/jsa.2006.67.195
22. Goulding M.M., Goulding R.L. Changing lives through rededication therapy. New York, NY: Grove Press, 1979. 297 p.
23. Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T. Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals with Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 2017. Vol. 68, no. 10, pp. 997–1002. DOI: 10.1176/appi.ps.201600413
24. Hallford D., D'Argembeau A. Why We Imagine Our Future: Introducing the Functions of Future Thinking Scale (FoFTS) [Электронный ресурс]. 2020. 10.31234/osf.io/bez4u. URL: <https://psyarxiv.com/bez4u> (дата обращения: 04.07.2021).
25. Hallford D.J. et al. Psychopathology and episodic future thinking: A systematic review and meta-analysis of specificity and episodic detail. *Behaviour Research and Therapy*, 2018. Vol. 102, pp. 42–51. DOI: 10.1016/j.brat.2018.01.003
26. Holmes E.A. et al. Mental Imagery in Depression: Phenomenology, Potential Mechanisms, and Treatment Implications. *Annu Rev Clin Psychol*, 2016. Vol. 12, pp. 249–80. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-092925
27. Ingvar D.H. «Memory of the future»: an essay on the temporal organization of conscious awareness. *Hum. Neurobiol*, 1985. Vol. 4, pp. 127–136.
28. Jayne M., Valentine G. «It makes you go crazy»: Children's knowledge and experience of alcohol consumption. *Journal of Consumer Culture*, 2017. Vol. 17, no. 1, pp.85–104. DOI:10.1177/1469540515574450
29. Johnsson R. Client Assessment in Transactional Analysis — A Study of the Reliability and Validity of the Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire. *International Journal of Transactional Analysis Research & Practice* [Электронный ресурс]. *International Journal of Transactional Analysis Research and Practice*, 2011. Vol. 2(2). DOI: 10.29044/v2i2p19
30. Kelley N.J., Schmeichel B.J. Thinking about Death Reduces Delay Discounting. *PLoS One*, 2015. Vol. 10(12): e0144228. DOI: 10.1371/journal.pone.0144228
31. Lewin K. *Vorsatz, Wille, und Bediirfnis*. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1926. 92 p.
32. Nandrino J.-L. et al. Autobiographical memory compromise in individuals with alcohol use disorders: Towards implications for psychotherapy research.

- Drug and Alcohol Dependence*, 2017. Vol. 179, pp. 61–70. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2017.06.027
33. Noriega, G., et al. Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2008. Vol. 78, no 2, pp. 199–210. DOI: 10.1037/0002-9432.78.2.199
 34. Rupp C.I., et al. Impact of Social Cognition on Alcohol Dependence Treatment Outcome: Poorer Facial Emotion Recognition Predicts Relapse/Dropout. *Alcohol Clin Exp Res*, 2017. Vol. 41, no 12, pp.2197–2206. DOI: 10.1111/acer.13522
 35. Saburova L., et al. Alcohol and fatal life trajectories in Russia: understanding narrative accounts of premature male death in the family. *BMC Public Health*, 2011. Vol. 11, pp. 481. DOI: 10.1186/1471-2458-11-481
 36. Schacter D.L. et al. Episodic future thinking: mechanisms and functions. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 2017. Vol. 17, pp. 41–50. DOI: 10.1016/j.cobeha.2017.06.002
 37. Shustov D.I. et al. The Social Relationship of Suicidal Individuals: A Neglected Issue. *The End of Suicidology: Can We Ever Understand Suicide?* (Ed. D. Lester). New York: Nova Science Publishers, 2019, pp. 127–133.
 38. Singer J.A. et al. Self-defining memories, scripts, and the life story: narrative identity in personality and psychotherapy. *Journal of Personality*, 2013. Vol. 81, no. 6, pp. 569–582. DOI: 10.1111/jopy.12005
 39. Szpunar K.K. Evidence for an implicit influence of memory on future thinking. *Memory & Cognition*, 2010. Vol. 38, no 5, pp. 531–540. DOI:10.3758/mc.38.5.531
 40. Thorne A., McLean K. Manual for coding events in self-defining memories. University of California, Santa Cruz, 2001. 24 p.
 41. Tuchina O.D. et al. Ambivalent Prospection: Covid-Related Attitudes in Patients with Substance Dependence. *Counseling Psychology and Psychotherapy [Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya]*, 2020. Vol. 28, no 3, pp. 100–121. DOI:10.17759/cpp.2020280307
 42. Yalom I. *Existential Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books. 1980. 524 p.

Информация об авторах

Тучина Ольга Дмитриевна, научный сотрудник, Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>, e-mail: shtuchina@gmail.com

Агибалова Татьяна Васильевна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>, e-mail: agibalovatv@mail.ru

Шустов Дмитрий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, Рязанский государственный медицинский университет

имени академика И.П. Павлова Минздрава РФ ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7803-3388>, e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

Information about the authors

Olga D. Tuchina, Researcher, Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>, e-mail: shtuchina@gmail.com

Tatiana V. Agibalova, MD, PhD, Principal Researcher, Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>, e-mail: agibalovatv@mail.ru

Dmitri I. Shustov, MD, PhD, Professor, Chair of the Department of Psychiatry, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7803-3388>, e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

Получена 25.06.2021

Received 25.06.2021

Принята в печать 01.09.2021

Accepted 01.09.2021

ИНТЕГРАЦИЯ РЕСУРСОВ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА М. СПИВАКА, КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И КУЛЬТУРНО- ИСТОРИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ЗАДАЧ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТОВ В РОССИИ

М.Е. СИСНЁВА

Межведомственная рабочая группа по разработке основных подходов к реформе психоневрологических интернатов при Министерстве труда и социальной защиты РФ, Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-5792>,

e-mail: msisneva@yandex.ru

В 2016 г. Российская Федерация (РФ) начала реформу психоневрологических интернатов (ПНИ). Важнейшим условием ее успеха является реинтеграция пациентов в общество, что требует разработки и внедрения эффективных программ психосоциальной реабилитации. *Материалы и методы.* В 2018 г. на базе ПНИ № 22 г. Москвы была впервые разработана и реализована комплексная программа реабилитации, интегрирующая принципы и методы системного подхода М. Спивака, культурно-исторической психологии и когнитивно-би-хевииоральной терапии. В реабилитационную группу вошли 12 пациентов с хроническими психическими расстройствами и инвалидностью, проживающих в ПНИ от 3 до 16 лет. Общая продолжительность программы 6 месяцев. Экспертная оценка психологических и социальных компетенций участников в основных сферах жизнедеятельности (жилье и быт, труд и занятость, гигиена, межличностные отношения, хобби и досуг) проводилась с помощью диагностических шкал М. Спивака до и после прохождения программы реабилитации. *Результаты.* Исследование эффективности комплексной реабилитаци-

литационной программы показало статистически значимое улучшение компетенций реабилитантов в основных сферах жизнедеятельности. Отслеживание динамики в последующие 3 года после завершения программы позволило зафиксировать положительные изменения в их социальной адаптации. **Выводы.** Можно сделать предварительный вывод об эффективности предлагаемой комплексной программы реабилитации для развития и тренировки социальных навыков, повышающих автономию реабилитантов, а также для преодоления установок на самоограничение и стратегии избегания активности, возникших в результате негативного опыта социальных «поражений» и институционального опыта выученной беспомощности. Каждый из трех интегрированных подходов вносит свой вклад в решение реабилитационных задач. Необходимы дальнейшие исследования с расширением выборки.

Ключевые слова: психоневрологические интернаты, реабилитанты, психосоциальная реабилитация, культурно-историческая психология, когнитивно-бихевиоральная терапия, ресоциализация.

Благодарности. Автор статьи выражает благодарность всем ведущим комплексной программы реабилитации, всем сотрудникам ПНИ № 22 г. Москвы и студентам факультета консультативной и клинической психологии МГППУ, принявшим участие в работе, а также главным участникам программы: 12 жителям ПНИ, решившим изменить свою жизнь и приложившим большие усилия для получения нового правового статуса.

Для цитаты: *Сиснева М.Е.* Интеграция ресурсов системного подхода М. Спивака, когнитивно-бихевиоральной терапии и культурно-исторической психологии в решении задач реформирования психоневрологических интернатов в России // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 140—158. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290309>

INTEGRATING RESOURCES OF M. SPIVAK'S SYSTEMIC APPROACH, COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND CULTURAL-HISTORICAL PSYCHOLOGY IN ADDRESSING CHALLENGES OF REFORMING RESIDENTIAL INSTITUTIONS FOR PSYCHIATRIC PATIENTS IN RUSSIA

MARIA E. SISNEVA

Clinical psychologist, member of Interdepartmental Working Group
on the Development of Basic Approaches to Reforming Residential Institutions

for Psychiatric Patients, the Ministry of Labor and Social Security
of the Russian Federation, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-5792>,
e-mail: msisneva@yandex.ru

In 2016, the Russian Federation started a reform of residential institutions for psychiatric patients. An essential condition of its success is reintegration of patients into society, which implies development and implementation of effective psychosocial rehabilitation programs. **Materials and Methods.** In 2018, an integrated rehabilitation program was developed and implemented for the first time in Psychoneurological Residential Institution No. 22 in Moscow. The program integrated the principles and methods of M. Spivak's systemic approach, cultural-historical psychology, and cognitive-behavioral therapy. The rehabilitation group included 12 patients with chronic mental disorders and disabilities who had resided in the institution for 3 to 16 years. The total duration of the program was 6 months. An expert assessment of the participants' psychological and social competencies in the major life areas (housing and everyday life; work and employment; hygiene; interpersonal relations; hobbies and leisure) was carried out before and after the rehabilitation program, using Spivak's diagnostic scales. **Results.** A study of the integrated rehabilitation program effectiveness showed a statistically significant improvement in the patients' competencies in the major life areas. Follow-up of the dynamics within the following 3 years upon the program completion revealed positive changes in their social adaptation. **Output.** A preliminary conclusion could be made that the proposed integrated rehabilitation program might be effective for shaping and training of social skills that increase the patients' autonomy, as well as for overcoming self-limiting attitudes and avoidance strategies resulting from their negative experience of social "defeats" and institutional experience of learned helplessness. Each of the three integrated approaches contributed to achieving the rehabilitation objectives. Further research with larger samples is needed.

Keywords: psychoneurological residential institutions, rehabilitation patients, psychosocial rehabilitation, cultural-historical psychology, cognitive-behavioral therapy, resocialization.

Acknowledgements. The author expresses her gratitude to the trainers of the integrated rehabilitation program, all employees of Moscow residential institution 22 and students of the Counseling and Clinical Psychology Department of Moscow State University of Psychology and Education, who took part in the study, and to the participants of the program: 12 residents of the residential institution, who decided to change their lives and made great efforts to obtain their legal capacity.

For citation: Sisineva M.E. Integrating resources of M. Spivak's systemic approach, cognitive-behavioral therapy and cultural-historical psychology in addressing challenges of reforming residential institutions for psychiatric patients in Russia. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 140–158. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290309> (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение. Реформа ПНИ в России: трудности и достижения

В Российской Федерации (РФ) многие люди, имеющие инвалидность вследствие психического расстройства, попадают в систему психоневрологических интернатов (ПНИ), предназначенных для их проживания и обслуживания. В ПНИ живут 156 тысяч граждан РФ, и эта цифра увеличивается на тысячу в год. 71% из них лишены дееспособности, лишь 2% трудоустроены [11]. Отмечались нарушения прав граждан в ПНИ, неблагоприятные условия среды, отсутствие реабилитационных программ, направленных на ресоциализацию, и несоответствие нормам международной «Конвенции о правах инвалидов», ратифицированной РФ в 2012 г. [2; 5]. В 2016 г., после поручения вице-премьера О.Ю. Голодец, данного Минтруда РФ, началась реформа ПНИ [10]. Для предлагаемых изменений было выделено несколько ПНИ — участников пилотного проекта, но, по оценкам ряда экспертов и представителей органов власти, приведенным в средствах массовой информации, преобразования зачастую носили формальный характер [1].

В 2017 г. по инициативе некоммерческих организаций (НКО) вопрос о нормативно-правовом закреплении сопровождаемого проживания (СП) инвалидов как основной альтернативы ПНИ был включен в перечень президентских поручений [9], однако по сей день он остается нерешенным. СП — это стационарозамещающая технология социального обслуживания, предусматривающая совместное проживание малых групп инвалидов в обычных местах жительства и получение ими необходимых услуг, — аналог системы residential facilities в странах, прошедших процесс деинституционализации. Инновационный опыт СП и социальной занятости существует во Владимирской, Иркутской, Ленинградской, Нижегородской, Пензенской, Псковской областях, в Москве и Санкт-Петербурге, а также других регионах России [11].

Еще одним важным аспектом реформы ПНИ является принятие «закона о распределенной опеке». Он направлен на реализацию положений «Конвенции о правах инвалидов» о недопустимости конфликта интересов при осуществлении правоспособности и о праве инвалидов жить в обычных местах проживания. Одно из его ключевых положений касается возможности установления внешнего опекунства над недееспособными гражданами, проживающими в ПНИ. Опекунами смогут быть как физические, так и юридические лица, включая НКО. Проект закона прошел первое чтение в Государственной Думе еще в 2016 году, однако до сих пор находится на рассмотрении.

Огромная ригидная система ПНИ с трудом поддается изменениям. Стигматизация и самостигматизация — важнейшие факторы, препят-

ствующие ресоциализации больных [13; 24]. Предубеждения и стереотипы приводят к изоляции больных в институциональной системе вместо их амбулаторного обслуживания [22]. Работодатели не хотят, чтобы рядом были люди с психическими заболеваниями, поэтому не нанимают их [23]. Предубеждения и стереотипы, обращенные внутрь личности, и опыт социального отвержения формируют самостигматизацию. Она приводит к формированию системы негативных убеждений о себе («Я слаб и некомпетентен»), заниженной самооценке, отказу от новых жизненных возможностей, избеганию активности и, в конечном счете, к выученной беспомощности [28; 29].

Улучшение социального функционирования больных, как одно из важнейших условий успеха реформы ПНИ, требует разработки и внедрения эффективных реабилитационных программ.

Цель исследования: предварительная оценка эффективности комплексной реабилитационной программы, разработанной при участии сотрудников и приглашенных специалистов на базе ПНИ №22, интегрирующей наиболее важные достижения системного подхода к реабилитации пациентов с ментальной инвалидностью М. Спивака [32] с принципами и методами культурно-исторической психологии (КИП) и когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ).

КБТ в психосоциальной реабилитации больных шизофренией

Эффективность современных моделей КБТ, широко применяемых в реабилитации больных шизофренией и другими тяжелыми расстройствами, доказана и с клинической, и с экономической точки зрения [12; 16]. Специалисты реабилитационных центров активно интегрируют их с другими подходами с целью повышения общей эффективности реабилитационных программ. Так, продемонстрирована большая эффективность реабилитации клиентов, получавших индивидуальную КБТ в сочетании с реабилитационной программой центра дневного пребывания, по сравнению с группой, получавшей только услуги центра [20]. Анализ данных о социальном функционировании, симптоматике и госпитализациях за трехлетний период показал, что в группе с интегрированным подходом результаты были не только лучше, но и оставались стабильными в течение более длительного времени. Показаны и преимущества использования элементов КБТ медсестрами, обслуживающими психических пациентов в реабилитационных программах, реализуемых в сообществе: превенция рецидивов, меньшее время пребывания в стационаре при повторной госпитализации, восстановление в трудовой деятельности [25]. В 2015 г. группа американских исследователей осу-

шестьвила успешную интеграцию тренинга когнитивно-поведенческих и социальных навыков в работу групп Assertive Community Treatment — ассертивной терапии в сообществе для больных шизофренией [26]. Продемонстрирована эффективность интеграции mindfulness-based interventions (МБИ) — инструментов КБТ, связанных с техниками осознанности и принятия — в реабилитацию больных шизофренией, имеющих высокие риски обострения [34]. Результаты показали преимущества МБИ с точки зрения коррекции нарушений внимания, оперативной памяти и социального познания, а также улучшения психологического благополучия за счет расширения возможностей пациентов управлять своими симптомами.

Активно развивается новое направление, разработанное для помощи людям с тяжелыми психическими расстройствами: Recovery-Oriented Cognitive Therapy (СТ-R) — когнитивная терапия, ориентированная на восстановление, основанная на когнитивной модели А. Бека и принципах Recovery Movement — движения за восстановление [17]. Терапия направлена на расширение прав и возможностей пациентов, личностно-социальное восстановление, повышение жизнестойкости, преодоление «пораженческих» способов мышления и поведения. СТ-R фокусируется на сильных сторонах личности, активации адаптивного образа жизни, развитии важных для пациента устремлений, вовлечении в личностно значимую деятельность для достижения желаемых жизненных целей. СТ-R концептуализирует проблемы психического здоровья в более широком контексте интересов, ценностей и стремлений человека к полноценной жизни. Эмпирические исследования доказывают эффективность нового подхода в работе с тяжелыми пациентами, имеющими длительный опыт госпитализаций и выраженные проблемы социального функционирования [27; 31; 33].

Модель Марка Спивака: системный подход к психосоциальной реабилитации

М. Спивак (1929—1998) — американский клинический психолог, посвятивший себя решению проблемы реабилитации больных хроническими психическими расстройствами. Он руководил разработкой и проведением реабилитационных программ для лиц с тяжелыми психическими расстройствами в Израиле, а в конце 1980-х гг. внедрил свой подход на базе реабилитационных центров в Италии в рамках реформы по деинституционализации итальянской психиатрии, которая считается самой успешной в мире и является ориентиром для других стран [8].

Основные положения и принципы программы реабилитации. Модель М. Спивака основана на понимании хронического психического расстройства как результата десоциализации — процесса стрессогенного и разрушительного взаимодействия между больным и его окружением, характеризующегося повторяющимися эпизодами несоответствия ожиданиям, разочарования, боли, вины, гнева [32]. Десоциализация приводит к разрушению психологических и социальных компетенций, рецидивам, снижению уровня функционирования, парализации продуктивной деятельности и в итоге — к бессрочному помещению больного в институциональное учреждение. Вносят свой вклад и факторы социального стресса: потеря работы, сужение круга общения, стигматизация. Целью реабилитации является достижение максимально возможного уровня развития психологических и социальных компетенций для интеграции реабилитантов в социум. Реабилитационные усилия направлены на конкретные области жизнедеятельности реабилитантов.

Принципы реабилитации включают в себя:

1) выполнимость поставленных перед реабилитантом задач — любой пациент имеет огромный опыт разочарований, и каждая новая неудача актуализирует его травматический опыт, поэтому чрезвычайно важным является такое планирование задач, которое гарантировало бы успех реабилитанта при их выполнении;

2) предоставление персоналом поддержки реабилитанту в его чувствах и действиях, связанных с преодолением трудностей, с учетом долгой истории личных и социальных поражений;

3) терпимость к «странному» поведению: требования к нему менее строгие, чем в обычных условиях, за исключением опасных форм поведения;

4) неподкрепление негативных ожиданий: сотрудники не демонстрируют реакции разочарования, отвержения, отказа, наказания, которые ожидаются реабилитантом вследствие его негативного опыта;

5) избирательное поощрение: компетентные формы поведения поощряются, а асоциальные, агрессивные — нет. Используются наиболее желательные для реабилитанта виды поощрения.

Эффективность данного подхода хорошо доказана на практике [21; 30], однако в работах автора фактически отсутствует его научное обоснование — эмпирически проверенные модели нарушений мотивации и связанной с ними системы убеждений, сформированных у больных шизофренией в процессе их неблагоприятного жизненного опыта. Такие исследования проводились как в рамках московской школы клинической психологии, так и КБТ, причем последние были начаты под руководством и при непосредственном участии А. Бека [18].

Обоснование концепции реабилитации М. Спивака на основе эмпирических данных, полученных в рамках культурно-исторической психологии (КИП) и КБТ

Представления М. Спивака о постепенном развитии компетенций и регулировании уровня доступности заданий соответствуют принципам концепции зоны ближайшего развития Л.С. Выготского [3]. Активизация и поддержка субъектной позиции при преодолении трудностей реализуется в рамках рефлексивно-деятельностного подхода [4], развивающего традиции КИП. Таким образом, идеи М. Спивака получают важное теоретическое обоснование в принципах и исследованиях представителей КИП.

В исследовании А.Б. Холмогоровой на материале решения творческих задач моделировалась ситуация затруднения и было доказано, что у пациентов происходит ослабление процесса саморегуляции мышления, выражающееся в нарушении мобилизующей и конструктивной функции рефлексии [15]. Это приводит к отказу от выполнения задания, уходу из ситуации, избеганию трудностей и интеллектуальных усилий. Данный феномен получил название «установки на самоограничение» [15]. Также в работах Н.С. Курека и А.Б. Холмогоровой на модели уровня притязаний продемонстрировано нарушение процесса целеобразования у больных шизофренией — адинамия уровня притязаний, выражающаяся в сохранении неизменного уровня сложности цели, — особая тактика поведения, с помощью которой больные стремятся избегать ситуаций неуспеха [7; 15]. Авторы убедительно доказали, что у больных доминирует мотивация избегания неуспеха и практически парализована мотивация достижения целей и направленность на решение проблем.

Еще одним психологическим дефицитом, характерным для шизофрении, является социальная ангедония, определяющая ослабление коммуникативной направленности мышления и приводящая к самоизоляции [6; 16]. Особую роль в манифестации и течении психических расстройств играет социальная тревожность, заставляющая людей отказываться от участия в социальных контактах, — еще одна причина разрушения их компетенций и отношений [16]. Можно говорить о комплексной природе нарушений социального познания и поведения больных шизофренией, вклад в которые вносит множество взаимосвязанных феноменов.

В рамках КБТ описываются преморбидные нейрокогнитивные нарушения у больных шизофренией, повышающие их уязвимость к опыту неуспеха (например, неуспеваемости в школе) [19]. Это приводит к дисфункциональным убеждениям («Я хуже других»), негативным оценкам и дезадаптивным стратегиям поведения, например избеганию контактов и самоизоляции [19]. Эмпирически обосновывается, что больные ши-

зофренией не склонны рассматривать свои проблемы как имеющие чисто биологическую основу, поэтому важными принципами построения терапевтического альянса являются учет точки зрения пациента и его понимания симптомов, их концептуализация как проблем, требующих решения, и концентрация на редукции симптомов, а не на признании себя больным [35].

Предварительная оценка эффективности комплексной программы реабилитации жителей ПНИ, интегрирующей ресурсы системного подхода М. Спивака, КБТ и КИП

Выборка и процедура исследования. В начале 2018 г. администрация ГБУ «Психоневрологический интернат № 22» г. Москвы предложила организовать программу психосоциальной реабилитации для группы жителей ПНИ, лишенных дееспособности, но претендующих на получение ограниченной дееспособности (ОД), которая значительно расширяет возможности больных, хотя и накладывает ограничения на определенные действия, например, крупные сделки. Участники включались в программу на основании компетентных мнений сотрудников ПНИ, а также собственного намерения получить ОД. Критерии отбора включали: состояние ремиссии не менее 2 лет; осуществление самообслуживания в быту; незначительные колебания настроения и нарушения поведения; избирательное участие в трудовых и досуговых мероприятиях.

Группа состояла из 12 человек (10 мужчин, 2 женщины в возрасте от 26 до 65 лет), имеющих диагнозы хронических психических расстройств (F20.0, F21.4, F06.9 и F07.9) и инвалидность. 9 участников группы имели среднее образование, 1 — неоконченное среднее, 1 — высшее, и 1 — обучение по адаптированной программе среднего образования. 7 членов группы ранее состояли в браке, 4 имеют детей. 10 участников находились в состоянии ремиссии на фоне приема фармакотерапии, у 2 ремиссия сохранялась после ее отмены. У 8 человек в прошлом имелась алкогольная зависимость (причем у 4 — сочетанное употребление психоактивных веществ). Пять участников предпринимали ранее попытки суицида. К моменту обследования участники проживали в ПНИ от 3 до 16 лет. Общая продолжительность программы — 6 месяцев. Всего в разработке и ведении разных элементов программы принимали участие 7 специалистов: 4 сотрудника ПНИ и 3 приглашенных специалиста.

Методика оценки эффективности комплексной программы. Для оценки уровня компетенций участников группы до и после реабилитационной программы были использованы 5 шкал оценки психологических и социальных компетенций М. Спивака [32], каждая из которых оцени-

вает 25 простых компетенций в одной из пяти основных сфер жизнедеятельности: жилье и быт, труд и занятость, гигиена, межличностные отношения, хобби и досуг. Итоговые баллы определяют компетенции на одном из трех уровней: достаточно сформированные, частично сформированные и практически не сформированные.

Первичное исследование уровня компетенций и оценка их динамики после завершения реабилитационной программы были проведены пятью экспертами: тремя студентами выпускных курсов факультета клинической и консультативной психологии МГППУ и двумя сотрудниками ПНИ. Студенты прошли обучение в реабилитационном центре Futura (Калабрия, Италия), сотрудники ПНИ получили инструменты оценки и были обучены их корректному использованию организаторами и ведущими программы. При оценке учитывалась информация из нескольких источников: полуструктурированное интервью с респондентом и информация от персонала и родственников. Первичный процесс сбора и уточнения данных по одному испытуемому (март 2018 г.) занял около 4 часов, повторная оценка (сентябрь 2018 г.) — 2 часа. Оценка проводилась методом консенсуса, полученные результаты по каждому респонденту обсуждались всеми пятью экспертами.

Содержание и структурные компоненты программы. Развитие недостаточно сформированных компетенций стало задачей индивидуальных реабилитационных планов (ИРП), разработанных совместно с сотрудниками ПНИ. Важнейший принцип их составления — прогнозируемая успешность реабилитанта. Каждый шаг ИРП намечался как заведомо выполнимый, лежащий в зоне ближайшего развития респондента. В ИРП были включены следующие структурные компоненты: 1) участие в трудовой занятости в ПНИ или за его пределами; 2) мотивационный тренинг восстановления конструктивной активности и самооффективности, основанный на поддержке субъектной позиции реабилитантов [14]; 3) формирование навыков шоппинга с переходом к роли помощников соработников; 4) тренинг гигиенических навыков в форме соревнования; 5) обсуждение в группе проблем в отношениях с родственниками. В сотрудничестве с сообществом «Анонимные алкоголики» Москвы для 8 человек с диагнозом алкогольной зависимости в прошлом была организована группа самопомощи. Был проведен и ряд индивидуальных мероприятий. Для девушки, поступившей в ПНИ из детского дома-интерната, был найден наставник. Два реабилитанта хотели участвовать в жизни сообщества при храме и стали посещать проводимые там мероприятия.

Реабилитация была бы малоэффективной, если бы не были изменены условия среды. С 2018 г. двери отделений этого ПНИ открыты, жильцы свободно перемещаются по территории. Выход людей, лишенных дееспособности, за пределы ПНИ традиционно является проблемой для

администрации учреждения, вызывает опасения об обеспечении их безопасности. Участники группы получали всё необходимое сопровождение за пределами ПНИ.

Наконец, важным компонентом ИРП был длительный тренинг, направленный на подготовку пациентов к получению ОД, с использованием основных инструментов КБТ. Количество занятий в модуле варьировалось от 1 до 3 (длительностью 1,5 часа каждое) в зависимости от уровня трудности, доступного участникам. Тренинг, как и вся реабилитационная программа, длился полгода и состоял из 11 модулей.

1. Работа с опасениями и тревогами, связанными с получением ОД.
2. Постановка целей и задач.
3. Психообразовательный модуль.
4. Модуль, направленный на усвоение материала, связанного с правовыми аспектами ОД.
5. Развитие общего кругозора.
6. Психологические аспекты судебного процесса и экспертизы.
7. Репетиционный модуль (воссоздание обстановки судебного заседания и экспертизы и ролевое разыгрывание *in vitro*).
8. «Смена ролей» (участники выступают в роли психологов, судей, экспертов-психиатров).
9. Повышение стрессоустойчивости и развитие навыков саморегуляции.
10. Развитие навыков разрешения конфликтов.
11. Подведение итогов.

В ходе занятий использовались следующие методы КБТ: фиксация негативных мыслей, определение когнитивных искажений, проведение реалистичной оценки, поиск контраргументов, выявление базовых убеждений и условных правил, рефрейминг опыта, обсуждение привычных стратегий совладания, овладение новыми копинг-стратегиями, когнитивные репетиции, десенсибилизация, экспозиция, разработка реалистичных планов с учетом доступных способов целедостижения. Участники знакомились с основными понятиями КБТ, выполняли домашние задания с опорой на структурированные вспомогательные материалы, тренировались в переносе полученных знаний в повседневную жизнь.

Пример использования методов КБТ в первом модуле, направленном на работу с тревогами и опасениями участников группы. В форме «Опасения, тревоги, сложности и преграды» участникам было предложено записать свои мысли о том, что может помешать получению ОД. После пояснений ведущего о когнитивных искажениях и способах их коррекции участники были приглашены к обсуждению обозначенных ими тревог.

50-летняя участница А. высказала мысль о необъективности экспертов-психиатров: в ее понимании, ей как женщине гораздо труднее

успешно пройти судебно-психиатрическую экспертизу, поскольку «к мужчинам эксперты относятся более лояльно». Изучение истории возникновения убеждения показало, что оно связано с ее прошлым опытом: в молодости она одевалась вызывающе и подвергалась осуждающим комментариям, как со стороны других женщин, так и со стороны мужчин старшего возраста (особенно в официальных ситуациях, например, при обращении в регистратуру поликлиники). Участница отстаивала свое убеждение, несмотря на контраргументы других членов группы. В качестве доказательств она приводила «статистику» получения ОД в ее ПНИ: в течение года положительные экспертные заключения получили 4 мужчины и только 1 женщина. Расчеты показали, что в данном ПНИ проживают 75% мужчин и 25% женщин и такие результаты отражают их объективное количественное соотношение, а не являются признаком дискриминации, что и стало предметом обсуждения в группе.

Участник В. в качестве фактора, способного осложнить получение ОД, назвал свой «тяжелый анамнез» (он перенес несколько острых психотических эпизодов и предпринимал попытку суицида). В качестве доказательства он указал, что каждый раз при беседе с врачом-психиатром тот уделяет особое внимание этим эпизодам, «и лицо его при этом становится неодобрительным». Члены группы не усмотрели признаков когнитивных искажений в этой тревожной мысли. Контраргументы ведущего о «чтении мыслей» врача не имели успеха, поскольку участники имели опыт стигматизации. В качестве упражнения было предложено В. заполнить форму «Мое психическое состояние раньше — Мое психическое состояние сейчас» (сходства и различия). В итоге обсуждения В. и группа пришли к выводу, что психическое состояние В. значительно улучшилось, а при оценке экспертизы, скорее всего, будут уделять больше внимания текущему состоянию и динамике, чем эпизодам прошлого.

В качестве домашнего задания предлагалось продолжить работу с формой «Опасения, тревоги, сложности и преграды»: разделить негативные мысли на искаженные и реалистичные, записать контраргументы к искаженным мыслям, предложить пути решения реальных проблем. В течение тренинга участники вели тетради для работы с негативными мыслями при поддержке ведущего и соблюдении принципа работы в зоне ближайшего развития.

Оценка результатов эффективности программы

Сравнение баллов первичной (март 2018 г.) и повторной (сентябрь 2018 г.) оценки с помощью критерия Уилкоксона представлено в табл 1.

Таблица 1

Сравнение баллов «до» и «после» проведения тренинга

Области жизнедеятельности	До (март 2018) Me (IQR)	После (сент. 2018) Me (IQR)	p
Жилье и быт	19,3 (2,6)	22,5 (2,6)	0,004
Труд и занятость	18,3 (6,9)	21 (5,2)	0,037
Гигиена	21 (4,3)	23,8 (2,4)	0,004
Межличностные отношения	17,3 (4,1)	21,3 (3,6)	0,002
Хобби и досуг	17,5 (4,8)	21 (2,9)	0,004

Примечание: Me — медиана; IQR — интерквартильный размах; значимость установлена на уровне $p = 0,05$.

Согласно табл. 1, по результатам первой оценки в марте 2018 г., баллы, соответствующие наименее развитым компетенциям, участники группы получили в 3 областях: «межличностные отношения», «хобби и досуг», «труд и занятость». Лучше всего компетенции были сформированы в сферах «гигиена» и «жилье и быт». Эти результаты объяснимы социальной ситуацией ПНИ, где жизнь сосредоточена вокруг бытового и гигиенического обслуживания жильцов, имеющих лимитированные возможности общения и продуктивной деятельности.

По итогам реабилитации участники повысили свои компетенции во всех 5 областях жизнедеятельности. Положительные изменения уровня компетенций являются статистически значимыми. В 2018 г. четыре члена группы получили ОД. В 2021 г. один из них вошел в судебный процесс по получению полной дееспособности и собирается проживать с родственниками. Два участника получили ОД в 2020 г. Одна участница покинула ПНИ и проживает самостоятельно, двое вошли в программу СП и живут за пределами ПНИ. Один участник наладил отношения с семьей и находится в длительном домашнем отпуске, планируя покинуть ПНИ. Пятеро трудоустроены: один работает в ПНИ, трое — в трудовых мастерских НКО, один — на открытом рынке труда. Трое проходят судебный процесс по получению ОД в 2021 г.

Ограничения исследования. Данное исследование носит пилотный характер и ограничено объемом выборки.

Выводы

1. Реформа ПНИ требует создания эффективных реабилитационных программ для успешной и безопасной реинтеграции в общество граждан, проживающих в ПНИ. Разработанная комплексная программа психосоциальной реабилитации основана на интеграции ресурсов и достижений системного реабилитационного подхода М. Спивака, КИП и КБТ. Все три подхода хорошо согласуются в своих основных идеях и принципах и взаимно дополняют друг друга. Преодоление выученной беспомощности и устойчивой мотивации избегания, как следствия негативного социального опыта и длительного пребывания в условиях ПНИ, осуществляется на основе создания безопасной поддерживающей среды, тренинга различных социальных навыков и активирующих техник, с опорой на принципы движения в зоне ближайшего развития и поддержки субъектной позиции реабилитанта, в процессе постепенного укрепления рабочего альянса на основе учета отношения пациентов к своим проблемам и совместной когнитивной концептуализации с целью проверки и преодоления дисфункциональных убеждений и выработки конструктивных способов решения проблем.

2. Полученные предварительные данные показали эффективность разработанной комплексной программы реабилитации. По прошествии полугода, в течение которых проводилась программа, в выделенных пяти основных сферах жизнедеятельности пятью экспертами методом консенсуса зафиксировано статистически значимое повышение уровня компетенций у всех 12 реабилитантов. Положительные изменения в жизни участников в следующие три года связаны с получением ограниченной дееспособности, трудоустройством, возвращением в семью, переходом на сопровождаемое или самостоятельное проживание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алленова О. Все опасности сети «Интернат» [Электронный ресурс] // Коммерсантъ-Власть. 28.10.2019. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4140760> (дата обращения: 01.08.2021).
2. *Виноградова Л.Н.* Контраст психоневрологических интернатов Москвы и Московской области [Электронный ресурс] // Независимый психиатрический журнал. 2013. № 3. URL: <http://npar.ru/kontrast-psixonevrologicheskix-internatov-moskvy-i-moskovskoj-oblasti/> (дата обращения: 01.08.2021).
3. *Выготский Л.С.* Мышление и речь. Изд. 5, испр. М.: Лабиринт, 1999. 352 с.
4. *Зарецкий В.К.* Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 8—37.
5. *Клепикова А.А.* Наверно я дурак. СПб: Изд-во Европейского ун-та в СПб, 2018. 432 с.

6. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Медицина, 1991. 256 с.
7. Курек Н.С. Исследование снижения психической активности у больных шизофренией на материале процессов целеобразования и целедостижения: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1982. 207 с.
8. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения // Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров, 2006. [Электронный ресурс]. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328055?locale-attribute=pt&> (дата обращения: 16.07.2021).
9. Перечень поручений президента по итогам встречи с представителями социально ориентированных, благотворительных организаций и волонтерского движения 26.07.2017 [Электронный ресурс]. URL: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/55419> (дата обращения: 16.07.2021).
10. Протокол заседания Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере от 6.06.2016 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.porechitely.ru/about/vypiska/> (дата обращения: 11.07.2021).
11. Протокол заседания Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере от 29.03.2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.porechitely.ru/about/vypiska/> (дата обращения: 11.07.2021).
12. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: ИД Медпрактика-М, 2015. 420 с.
13. Серебряйская Л.Я. Психологические факторы стигматизации психически больных: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. 177 с.
14. Таккуева Е.В., Сиснева М.Е., Холмогорова А.Б. Возможности восстановления конструктивной активности и самоэффективности средствами мотивационного тренинга у больных шизофренией в условиях ПНИ // Современная терапия психических расстройств. 2019. № 4. С. 38—46.
15. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1983. 219 с.
16. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания. Новая парадигма в исследовании центрального психологического дефицита при шизофрении. М.: ФОРУМ, 2016. 288 с.
17. Beck A.T., Finkel M.R., Beck J.S. The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions // Cognit Ther Res. 2021. Vol. 45. P. 391—400.
18. Beck A.T., Rector N.A. Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium // Am. J. Psychother. 2000. Vol. 54(3). P. 291—300.
19. Beck A.T., Rector N.A. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy // Ann. Rev. Clin. Psychol. 2005. Vol. 1. P. 577—606.
20. Bradshaw W. Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: results of a three-year trial // Community Ment Health J. 2000. Vol. 36(5). P. 491—500.
21. Carozza P. Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione. Franco Angeli editore. Libro Universitario, 2006, 500 p.

22. *Corrigan P.W.* Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change // *Clin Psychol Sci Pract.* 2000. Vol. 7(1). P. 48–67.
23. *Corrigan P.W., Penn D.L.* Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma // *Am Psychol.* 1999. Vol. 54. P. 765–776.
24. *Corrigan P.W., Watson A.C.* Understanding the impact of stigma on people with mental illness // *World Psychiatry.* 2002. Vol. 1(1). P. 16–20.
25. Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months / Malik N. et al. // *J Clin Psychiatry.* 2009. Vol. 70(2). P. 201–207.
26. *Granhölm E. et al* Enhancing assertive community treatment with cognitive behavioral social skills, training for schizophrenia // *Trials.* 2015. Vol. 16. P. 438.
27. *Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T.* Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals with Schizophrenia // *Psychiatr Serv.* 2017. Vol. 68(10). P. 997–1002.
28. *Link B.G.* Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection // *Am Sociol Rev.* 1987. № 52, P. 96–112.
29. *Link B.G. et al.* On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse // *J Health Soc Behav.* 1997. Vol. 38. P. 177–190.
30. Patterni assistenziali ed esiti (outcome) psicosociali. Uno studio osservazionale-longitudinale prospettico: suggerimenti per un buon funzionamento dei servizi di riabilitazione / Curcio J. et al. // *Psicologia Calabria.* 2012. Vol. 1(2). P. 9–16.
31. Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy / Grant P.M. et al. // *Psychol Med.* 2018. Vol. 48(2). P. 261–268.
32. *Spivak M.* Introduzione alla riabilitazione sociale, teoria, tecnologia e modelli d'intervento // *Riv. Sperim. Freniatria.* 1987. Vol. CXI. P. 522–574.
33. Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia / Grant P.M. et al. // *Psychol Serv.* 2014. Vol. 11(2). P. 125–133.
34. The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial / Langer L.I. et al. // *Trials.* 2017. Vol. 18(1). P. 233.
35. *Turkington D., Kingdon D., Weiden P.J.* Cognitive behavior therapy for schizophrenia // *Am J Psychiatry.* 2006. Vol. 16. P. 365–373.

REFERENCES

1. Allenova O. Vse opasnosti seti “Internat” [All dangers of the net of the residential institution] [Elektronnyi resurs]. *Kommersant Vlast = Kommersant. Power*, 28.10.2019. Available at: <https://www.kommersant.ru/doc/4140760> (Accessed: 01.08.2021). (In Russ.).
2. Vinogradova L.N. Kontrast psikhonevrologicheskikh internatov Moskvy i Moskovskoy oblasti [Contrast of residential institutions for psychiatric patients in Moscow and in Moscow Region] [Elektronnyi resurs]. *Nezavisimiy Psikhiatricheskij*

- Zhournal = Independent Psychiatric Journal*, 2013, no 3. Available at: <http://npar.ru/kontrast-psixonevrologicheskix-internatov-moskvy-i-moskovskoj-oblasti/> (Accessed: 01.08.2021). (In Russ.).
3. Vygotsky L.S. Myshlenie i rech [Thinking and speech], 5th ed., rev. Moscow: Labirint, 1999, 352 p. (In Russ.).
 4. Zaretsky V.K. Stanovlenie i suschnost' refleksivno-deyatelnostnogo podkhoda d okazaii konsultativnoy psikhologicheskoy pomoschi [Formation and essence of the reflexive-activity approach in providing counseling psychological help]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2013, no. 2, pp. 8–37. (In Russ.).
 5. Klepikova A.A. Naverno ya durak [Probably I am a fool]. St.-Petersburg: PH of the European Un-ty in St. Petersburg, 2018, 432 p. (In Russ.).
 6. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Y.F. Patologiya psikhicheskoy deyatelnosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie [Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition]. Moscow: Meditsina, 1991, 256 p. (In Russ.).
 7. Kurek N.S. Issledovanie snizheniya psikhicheskoy aktivnosti u bolnykh shizofreniy na materiale protsessov tseleobrazovaniya i tselestozhizheniya. Diss. kand. psikhol. nauk [A study of the decrease in mental activity of patients with schizophrenia based on the processes of goal-formation and goal-achievement. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 1982, 207 p. (In Russ.).
 8. Okhranapsikhicheskogo zdorovya: problem i puti ikh resheniya. Otchet o Evropeyskoy konferentsii VOZ na urovne ministrov, 2006 [Mental health: challenges and solutions. Report on the WHO European Ministerial Conference, 2006] [Elektronnyi resurs] Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328055?locale-attribute=pt&> (Accessed: 16.07.2021). (In Russ.).
 9. Perechen porucheniy presidenta po itogam vstrechi s predstavitel'yami sotsialno orientirovannykh blagotvoritel'nykh organizatsiy i volonterskogo dvizheniya 26.07.2017 [List of President's instructions following a meeting with representatives of socially oriented charity organizations and volunteer movement 26.07.2017] [Elektronnyi resurs] Available at: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/55419> (Accessed: 16.07.2021). (In Russ.).
 10. Protokol zasedaniya Soveta pri Pravitel'stve RF po voprosam popechitel'stva v sotsialnoy sfere ot 06.06.2016 [Minutes of the meeting of the Council under the Government of the Russian Federation on issues of patronage in the social sphere dated 06.06.2016] [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.popechitely.ru/about/vypiska/> (Accessed: 11.07.2021). (In Russ.).
 11. Protokol zasedaniya Soveta pri Pravitel'stve RF po voprosam popechitel'stva v sotsialnoy sfere ot 29.03.2019 [Minutes of the meeting of the Council under the Government of the Russian Federation on issues of patronage in the social sphere dated 29.03.2019] [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.popechitely.ru/about/vypiska/> (Accessed: 11.07.2021). (In Russ.).
 12. Psikhosotsialnaya i kognitivnaya terapiya i reabilitatsiya psikhicheskikh bolnykh. Prakticheskoye rukovodstvo [Psychosocial and cognitive therapy and rehabilitation of the psychiatric patients. Practical guide]. In Gurovich I.Y., Shmukler A.B. (ed.). Moscow: PH Medpraktika-M, 2015, 420 p. (In Russ.).

13. Serebriyskaya L.Y. Psikhologicheskiye factory stigmatizatsii psikhicheski bolnykh. Diss. kand. psikhol. nauk [Psychological factors of stigmatization of the psychiatric patients. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 2005, 177 p. (In Russ.).
14. Takkueva E.V, Sisneva M.E., Kholmogorova A.B. Vozmozhnosti vosstanovleniya konstruktivnoy aktivnosti i sameffectivnosti sredstvami motivatsionnogo treninga u bolnykh shizofreniy v usloviyakh PNI [Restorative possibilities of constructive activity and self-efficacies by means of motivational training of those who suffers from schizophrenia in conditions of psychoneurological boarding schools]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders*, 2019, no. 4, pp. 38–46. (In Russ., abstr. in Engl.).
15. Kholmogorova A.B. Narusheniya reflektivnoy regulyatsii poznatelnoy deyatelnosti pri shizofrenii. Diss. kand. psikhol. nauk [Disorders of the reflexive regulation of cognitive activity in schizophrenia. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 1983, 219 p. (In Russ.).
16. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. Narusheniya sotsialnogo poznaniya. Novaya prapardigma v issledovaniyah tsentralnogo psikhologicheskogo defitsita pri shizofrenii [Disorders of social cognition. A new paradigm in research on the key psychological deficits in schizophrenia.]. Moscow: FORUM, 2016, 288 p. (In Russ.).
17. Beck A.T., Finkel M.R., Beck J.S. The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions. *Cognit Ther Res.*, 2021, no. 45, pp. 391–400.
18. Beck A.T., Rector N.A. Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium. *Am. J. Psychother.*, 2000, no. 54(3), pp. 291–300.
19. Beck A.T., Rector N.A. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Ann. Rev. Clin. Psychol.*, 2005, no. 1, pp. 577–606.
20. Bradshaw W. Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: results of a three-year trial. *Community Ment Health J.*, 2000, no. 36(5), pp. 491–500.
21. Carozza P. Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione / Franco Angeli editore. Libro Universitario, 2006, pp. 500.
22. Corrigan P.W. Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Pract.*, 2000, no. 7(1), pp. 48–67.
23. Corrigan P.W. Penn D.L. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol.*, 1999, no. 54, pp. 765–776.
24. Corrigan P.W., Watson A.C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 2002, no. 1(1), pp. 16–20.
25. Malik N., et al. Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months. *J Clin Psychiatry*, 2009, no. 70(2), pp. 201–207.
26. Granholm E., et al. Enhancing assertive community treatment with cognitive behavioral social skills, training for schizophrenia. *Trials*, 2015, no. 16, p. 438.
27. Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T. Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals with Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 2017, no. 68(10), pp. 997–1002.
28. Link B.G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev.*, 1987, no. 52, pp. 96–112.

29. Link B.G., et al. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav.*, 1997, no. 38, pp. 177—190.
30. Curcio J., et al. Patterni assistenziali ed esiti (outcome) psicosociali. Uno studio osservazionale-longitudinale prospettico: suggerimenti per un buon funzionamento dei servizi di riabilitazione. *Psicologia Calabria*, 2012. No. 1—2, pp. 9—16.
31. Grant P.M., et al. Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy. *Psychol Med.*, 2018. Vol. 48(2), pp. 261—268.
32. Spivak M. Introduzione alla riabilitazione sociale, teoria, tecnologia e modelli d'intervento. *Riv. Sperim. Freniatria*, 1987. Vol. CXI, pp. 522—574.
33. Grant P.M., et al. Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia. *Psychol Serv.*, 2014. Vol. 11(2), pp. 125—133.
34. Langer L.I., et al. The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2017. Vol. 18(1), p. 233.
35. Turkington D., Kingdon D., Weiden P.J. Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2006. Vol. 16, pp. 365—373.

Информация об авторах

Сиснёва Мария Евгеньевна, клинический психолог, преподаватель программ дополнительного профессионального образования Московского государственного психолого-педагогического университета (ФГБОУ ВО МГППУ), член Межведомственной рабочей группы по разработке основных подходов к реформе психоневрологических интернатов при Министерстве труда и социальной защиты РФ, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-5792>, e-mail: msisneva@yandex.ru

Information about the authors

Maria E. Siseva, clinical psychologist, lecturer of additional professional education programs of Moscow State Psychological and Pedagogical University (MGPPU), member of Interdepartmental Working Group on the Development of Basic Approaches to Reforming Residential Institutions for Psychiatric Patients of the Ministry of Labor and Social Security of the Russian Federation, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-5792>, e-mail: msisneva@yandex.ru

Получена 01.07.2021

Принята в печать 01.09.2021

Received 01.07.2021

Accepted 01.09.2021

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ:
ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КОНТЕКСТЕ
ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ**

**METHODOLOGICAL ISSUES OF PSYCHOTHERAPY:
EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL HELP IN THE CONTEXT
OF DEVELOPMENTAL THEORY**

**ПРОБЛЕМА ЭФФЕКТИВНОСТИ
РОДИТЕЛЬСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
В СИТУАЦИЯХ УЧЕБНЫХ ТРУДНОСТЕЙ
С ПОЗИЦИЙ РЕФЛЕКСИВНО-
ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА
И КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ**

В.К. ЗАРЕЦКИЙ

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>,
e-mail: zar-victor@yandex.ru

А.А. АГЕЕВА

Средняя общеобразовательная школа №4 (МБОУ СОШ № 4),
г. Мытищи, Российская Федерация; Московский государственный
областной университет (МГОУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3481-3910>,
e-mail: a.ageeva_psy@mail.ru

В статье в практическом и теоретическом аспектах рассматривается проблема эффективности родительской помощи детям в ситуациях затруднения. Соединительным звеном между двумя аспектами являются условия и критерии эффективности психологической помощи. Исходя из того, что развитие является основным жизненным контекстом ребенка, проблема эффективности помощи ставится через ее отношение к развитию. Формулируется и обосновывается тезис о том, что эффективна та помощь в ситуациях затруднения, которая способствует развитию. В связи с концептуальной близостью культурно-исторической психологии (как теории развития) и когнитивно-бихевиоральной психотерапии (КБТ), как практики содействия когнитивному развитию, выделяются и сопоставляются критерии эффективности помощи, способствующей развитию ребенка. С позиций рефлексивно-деятельностного подхода (РДП) и КБТ рассматривается типология способов родительской помощи детям в ситуации затруднения с точки зрения их эффективности. Приводятся результаты эмпирического исследования способов родительской помощи детям в преодолении учебных трудностей на выборке из 100 родителей учащихся младших классов, проведенного на основе оригинальной методики. Результаты показали, что по сформулированным критериям эффективности подавляющее большинство родителей (94,5%) практикуют виды помощи, не способствующие развитию детей, т. е. неэффективные. Ставится проблема культуры оказания помощи в ситуациях учебных трудностей и делается вывод о необходимости практической психологической работы с родителями, направленной на перестройку их способов помощи средствами РДП и КБТ.

Ключевые слова: культурно-историческая психология, зона ближайшего развития, многовекторная модель зоны ближайшего развития, рефлексивно-деятельностный подход, учебные трудности, психологическая помощь, субъектная позиция, рефлексия, помощь родителей, условия эффективности помощи, когнитивно-бихевиоральная терапия.

Для цитаты: Зарецкий В.К., Агеева А.А. Проблема эффективности родительской помощи детям в ситуациях учебных трудностей с позиций рефлексивно-деятельностного подхода и когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 159—179. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290310>

PROBLEM OF THE EFFECTIVENESS OF PARENTAL ASSISTANCE TO CHILDREN IN SITUATIONS OF EDUCATIONAL DIFFICULTIES FROM THE PERSPECTIVES OF THE REFLECTION-ACTIVITY APPROACH AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

VICTOR K. ZARETSKY

Moscow State University of Psychology and Education,

Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>,

e-mail: zar-victor@yandex.ru

ANTONINA A. AGEEVA

Secondary General Education School No. 4 (MBOU SOSh No. 4),

Mytishchi, Russian Federation Moscow State Regional University (MSOU),

Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3481-3910>,

e-mail: a.ageeva_psy@mail.ru

The article considers the subject of effectiveness of parental assistance to children in challenging situations from the practical and theoretical perspectives. The conditions and criteria of psychological assistance effectiveness represent a link between these perspectives. Proceeding from the fact that development is the child's main life context, the subject of assistance effectiveness is viewed through the lens of its relation to development. The authors word and provide the rationale for an assumption that effective assistance implies facilitation of development. Due to a conceptual closeness of cultural-historical psychology (as a developmental theory) and cognitive-behavioral psychotherapy (CBT) as a practice of promoting cognitive development, the criteria for the effectiveness of assistance contributing to the child's development are singled out and compared. A taxonomy of modes in which parents provide assistance to their children in challenging situations in terms of their effectiveness is viewed from the perspective of the reflection-activity approach (RAA) and CBT. The article presents the results of an empirical study of the parental assistance modes in the context of helping their children overcome learning difficulties in a sample of 100 parents of primary school students. The study relied on unique methodology. The results showed that, according to the effectiveness criteria developed, the overwhelming majority of the parents (94.5%) presented with assistance modes that did not contribute to the children's development, i.e. these modes were ineffective. The issue of specific culture of rendering assistance with learning

difficulties is discussed and it is inferred that there is a need to engage parents in practical psychological work to restructure their assistance modes by means of RAA and CBT.

Keywords: cultural-historical psychology, zone of proximal development, multi-dimensional model of the zone of proximal development, reflection-activity approach, educational difficulties, psychological assistance, subjectness position, reflection, parental help, conditions of effective assistance, cognitive-behavioral therapy.

For citation: Zaretsky V.K., Ageeva A.A. Problem of the effectiveness of parental assistance to children in situations of educational difficulties from the perspectives of the reflection-activity approach and cognitive-behavioral therapy. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 159–179. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290310>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Постановка проблемы эффективности психологической помощи

Проблему эффективности родительской помощи детям в ситуациях столкновения с теми или иными трудностями, в том числе учебными, можно рассматривать в двух аспектах: практическом и теоретическом. В практическом аспекте психолога-консультанта или практико-ориентированного исследователя будут интересовать три вопроса:

1. Как родители помогают детям, какие виды помощи практикуют?
2. Насколько эти виды помощи эффективны?
3. Как помочь тем родителям, которые реализуют неэффективные, а иногда и вредные виды помощи, перейти к эффективной помощи?

В теоретическом аспекте важно найти основания и критерии для различения и оценки видов помощи по их эффективности. И здесь можно поставить вопрос о том, чему тот или иной вид помощи способствует, какие психологические механизмы вызывает к жизни, как помощь родителей сказывается на развитии и психическом здоровье детей, насколько для ребенка развитие является основным жизненным контекстом. Развитие может быть нормальным, поступательным, а может быть отклоняющимся, патологическим.

И в этом контексте уместно вспомнить предсказание А. Бека, относящееся к психотерапии вообще, о том, что в будущем роль психологических теорий для психотерапии будет возрастать [22]. Действительно, психотерапевты все чаще обращаются к психологическим теориям, причем востребованы оказываются именно теории развития. Так, представители КБТ взяли на вооружение теорию развития

интеллекта Ж. Пиаже, ассимилировав понятие «когнитивной схемы», а также теорию привязанности Дж. Боулби. В последние два десятилетия все активнее проникает в психотерапию и практику консультирования культурно-историческая психология Л.С. Выготского [9; 23], которая также представляет собой теорию развития, содержащую ряд понятий, весьма эвристичных для рассмотрения и построения процедур психологической помощи. В частности, культурно-историческая психология стала теоретическим основанием разработки рефлексивно-деятельностного подхода к оказанию психолого-педагогической помощи учащимся в преодолении учебных трудностей, способствующей их развитию [9].

КБТ, основоположником которой является Аарон Бек, основана на оказании помощи клиенту в совладании с болезнью при психических расстройствах и соматических заболеваниях с психологической составляющей [1, с. 21]. Ее эффективность доказана практикой и многочисленными исследованиями. Дж. Бек подчеркивает, что КБТ — это «образовательная терапия», «... ее цель — научить клиента быть терапевтом самому себе» [1, с. 26]. Терапевт в КБТ — это прежде всего помощник клиенту. В руководстве по КБТ, написанном Дж. Бек, слово «помощь» является одним из ключевых, которое постоянно встречается на протяжении всей книги. Поскольку Дж. Бек щедро иллюстрирует текст своей книги примерами стенограмм психотерапевтических сессий с ее клиенткой Салли и комментирует их, то мы можем увидеть, что на разных этапах работы терапевт помогает клиенту в том, что тот не может сделать самостоятельно. Вот выдержки из книги Дж. Бек:

«Я помогала Салли оценивать ее опыт через призму когнитивной модели. Она училась... Это помогало сменить поведение...» [1, с. 25].

«... я помогала ей проявлять большую активность в ходе сессий...» [1, с. 25].

«С моей помощью она формулировала цель в плоскости поведения...» [1, с. 26].

«Я помогла ей оценить мысли, противоречащие ее цели в плоскости поведения...» [1, с. 26].

«Я помогаю Салли определить важную для нее проблему, выявить и оценить связанные с ней дисфункциональные идеи, составить разумный план и оценить эффективность вмешательства» [1, с. 43].

Даже по этим коротким репликам видно, что активным субъектом терапевтического процесса является сам клиент, а процесс представляет помощь клиенту «в обучении быть терапевтом самому себе».

Дж. Бек не опирается на культурно-историческую психологию, не включает работы Л.С. Выготского и его последователей в список литера-

турных источников¹. Но сам факт того, что в КБТ в связке рассматриваются вопросы обучения, развития, помощи и лечения (т. е. достижения психического здоровья), заслуживает особого внимания сторонников культурно-исторической психологии. Хотя термин «развитие» относится лишь к когнитивному развитию как осознанию и преодолению дисфункциональных убеждений и закреплению новых позитивных убеждений, тем не менее здесь уместно вспомнить про базовый тезис Л.С. Выготского: «обучение ведет за собой развитие». В КБТ обучение также ведет за собой развитие. Согласно Л.С. Выготскому, человеком, который, обучая, способствует развитию, является взрослый. У А. Бека человеком, который, обучая, способствует лечению (и развитию), является терапевт. У Л.С. Выготского взрослый может выполнять эту функцию, так как он является носителем культурно-исторического опыта, который в сотрудничестве ребенка и взрослого присваивается ребенком. В КБТ носителем «культурно-исторического опыта» в виде знания о механизме возникновения депрессий и их терапии является терапевт, который выстраивает отношения сотрудничества с клиентом и обучает его (транслирует свой опыт). Близость КБТ и культурно-исторической психологии в этих базовых положениях, побуждает к рассмотрению проблемы эффективности родительской помощи детям с этих двух позиций — КИП и КБТ².

Анализируя родительскую помощь детям с позиции культурно-исторической психологии, мы будем опираться на исходные положения теории Л.С. Выготского и на практику рефлексивно-деятельностного подхода к оказанию помощи в преодолении учебных трудностей. Запрос на помощь в преодолении учебных трудностей школьным психологам в нашей стране является одним из самых распространенных, как со стороны учителей, так и со стороны родителей и самих учеников. Ситуация пандемии

¹ Хотя имя Л.С. Выготского упоминается известным представителем этого направления Дональдом Майхенбаумом в контексте истории становления детской КБТ: «До некоторой степени повлияли на развитие КБТ, в особенности детской, работы советского психолога Льва Выготского (Vygotsky, 1978) и его ученика А. Лурия (Luria, 1976). Эти авторы считали, что ребенок социализируется посредством интериоризации межличностной коммуникации и превращения ее во внутреннюю речь. Предложенные ими модели социализации и интериоризации стали теоретической базой для развития детской когнитивно-бихевиоральной модификации» (Meichenbaum, 1988).

² Близость отечественной психологии мышления и КБТ, структуры рефлексивного акта и схемы работы когнитивного терапевта рассматривалась в ряде работ (Холмогорова, 2001, 2011 и др.), в том числе в статьях настоящего выпуска, так что мы не будем здесь на них останавливаться. У данной статьи другой предмет и другая задача.

мии обострила вопрос о родителях, которые в условиях дистанционного обучения стали активнее вмешиваться в учебный процесс. Однако и вне пандемии родители, особенно родители учащихся младшей школы, нередко помогают детям в выполнении домашних заданий, пытаются помочь преодолеть учебные трудности, справляться с другими проблемами, возникающими во взаимоотношениях с учителями и сверстниками.

Попытка взглянуть на проблему родительской помощи с позиций КБТ сталкивается со следующей трудностью. В КБТ учебные трудности не выделяются в качестве психологической проблемы, которая успешно решается в рамках КБТ. Так, Дж. Бек указывает на более 40 различных психических расстройств, соматических проблем с психологической составляющей и собственно психологических проблем [1, с. 26], но проблемы учебных трудностей и связанные с ними проблемы в семье в этом списке отсутствуют. Хотя основной пример, который приводит Дж. Бек в своей книге, это случай Салли, которая обращается к терапевту с запросом на помощь именно в преодолении учебных трудностей. (Вот что говорит на диагностической сессии Салли: «Я надеялась, что вы сможете мне помочь, что делать с учебой. Я очень отстала» [1, с. 70]).

Чтобы иметь возможность рассматривать проблемную ситуацию с обеих позиций (КИП и КБТ), мы решили воспользоваться термином «ситуация затруднения», которая может рассматриваться и как учебная трудность (возникающая в учебной деятельности), и как любая жизненная трудность, с которой ребенок может обратиться за помощью к родителям. Мы предполагаем, что типы помощи, которые родитель практикует по отношению к собственному ребенку, помогая справляться с учебными трудностями, скорее всего, будут аналогичными и в других ситуациях затруднения, которые могут быть не связаны с учебой.

Условия эффективности помощи в ситуациях затруднения с позиций РДП и КБТ

Основные идеи культурно-исторической психологии Л.С. Выготского, на которые мы опираемся в разработке проблемы помощи, были сформулированы им в последние 2—3 года жизни, поэтому его теорию следует рассматривать как принципиально незавершенную [6; 13]. А одна из центральных его идей, которая в последние два—три десятилетия начинает активно использоваться в педагогике, психотерапии и консультировании, — идея зоны ближайшего развития (ЗБР), в которой ребенок с помощью взрослого делает то, чего не может сам, благодаря чему развивается, появляется в текстах Л.С. Выготского всего за год с небольшим до кончины. Тем не менее, понятие ЗБР можно рассматри-

вать как центральное, потому что через него соединяются и получают обоснование целый ряд положений, которыми Л.С. Выготский описывает связь обучения и развития, а также роль взрослого в развитии ребенка [4; 5].

Кратко перечислим их, так как каждое из них важно для разработки условий и критериев эффективности помощи.

1. Обучение ведет за собой развитие, т. е. развитие происходит в процессе обучения.

2. Развитие происходит при сотрудничестве ребенка и взрослого в зоне ближайшего развития.

3. ЗБР — область действий, которые ребенок не может выполнить самостоятельно, но может с ними справиться с помощью взрослого, действуя осознанно.

4. Понятие ЗБР можно распространить на личностное развитие в целом.

5. Один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии.

В отечественной психологии понятие ЗБР стало предметом внимания различных исследователей (Н.Л. Белопольская, И.А. Корепанова, Е.Е. Кравцова, Л.Ф. Обухова, Г.А. Цукерман и др.), направленного на поиск «измерений» личностного развития с целью распространить и на них понятие ЗБР [13]. Результатом этих поисков стала многовекторная модель ЗБР, которая начала разрабатываться в 2006 г. (рис. 1).

На схеме (рис. 1) условно изображены ребенок и взрослый (учитель, педагог-психолог, консультант, родитель и др.), которые являются субъектами движения ребенка в плоскости учебной деятельности. «Над ребенком» находятся различные способности, качества, особенности личности ребенка, которые связаны с осуществляемой учебной деятельностью. Они обозначены как потенциальные векторы развития, в том смысле, что их состояние может меняться в процессе преодоления учебной трудности. Например, успешное преодоление трудности может сопровождаться не только развитием когнитивных функций (внимания, памяти, способов мышления), но и рефлексии, роста мотивации, самооффективности и др. Каждый из векторов, включая вектор, обозначенный плоскостью учебной деятельности, подразделен на три гипотетические зоны: зону актуального развития (ЗАР), в которой ребенок может действовать сам без помощи взрослого; зону ближайшего развития (ЗБР), в которой ребенок может успешно действовать лишь с помощью взрослого; зону актуально недоступного (ЗАН), в которой ребенок не может осознанно взаимодействовать с взрослым (граница между доступным и недоступным пониманию).

Предполагается, что шаги в обучении — это изменение границ ЗАР и ЗБР в учебной плоскости, а шаги в развитии — это качественные из-

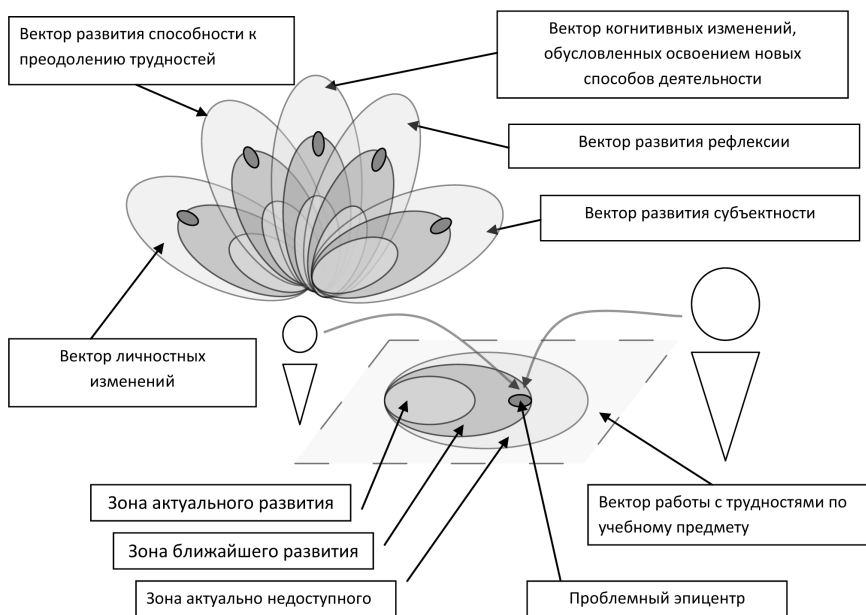


Рис. 1. Схема зоны ближайшего развития как совокупности векторов, по которым в процессе обучения возможны «шаги» в развитии [6; 13]

менения по каждому из векторов. Формула Л.С.Выготского «один шаг в обучении — сто шагов в развитии» в рамках данной модели приобретает вполне конкретный смысл: один шаг по вектору в учебной деятельности может сопровождаться качественными изменениями по многим векторам одновременно.

Важнейшим и необходимым условием является участие ребенка в совместной деятельности как субъекта, который активно ищет препятствия, которые нужно преодолеть, чтобы справиться с задачей, и осознанно присваивает опыт совместного с взрослым преодоления трудностей, стремясь научиться делать самостоятельно то, что не получается. Все изменения, которые при этом могут произойти в ребенке, могут быть отображены как новообразования или «шаги» по тому или иному вектору.

Опираясь на многовекторную модель ЗБР, можно сформулировать условия и критерии эффективности помощи взрослому ребенку в преодолении учебных трудностей, или — шире — ситуаций затруднения в какой-либо деятельности. Все эти условия тесно связаны между собой. Невыполнение одного из них влечет за собой невозможность выполнения других.

1. Поддержка субъектной позиции. В РДП ребенок рассматривается как субъект деятельности по преодолению своих трудностей и ее рефлексии [9]. Эффективной является именно та помощь, которая способствует становлению субъектной позиции ребенка.

2. Сотрудничество ребенка и взрослого. Становление субъектной позиции возможно при условии установления отношений сотрудничества ребенка и взрослого.

3. Эмоциональный контакт взрослого с ребенком. Установлению отношений сотрудничества способствует прочный постоянно поддерживаемый эмоционально-смысловой контакт, основанный на понимании смысла совместной деятельности, симпатии и доверии.

4. Совместная деятельность со взрослым в ЗБР ребенка. Если ребенок делает то, что уже умеет, он не развивается. Если ребенок пытается делать то, что недоступно его пониманию, и не может выполнять сложное задание даже с помощью взрослого, такой негативный опыт может его травмировать и способствовать возникновению выученной беспомощности. Поэтому условием эффективности помощи является совместная деятельность в ЗБР.

5. Рефлексия совместной деятельности. Инициация, поддержка и содействие развитию рефлексии является важным условием становления способности ребенка осознавать и перестраивать свои способы действия, появления механизма саморазвития. Помощь эффективна тогда, когда совместный опыт успешной деятельности присваивается ребенком осознанно, расширяет, изменяет, обогащает арсенал его способов действия.

6. Отношение к трудности как ресурсу развития. Помощь эффективна тогда, когда она способствует изменению отношения ребенка к трудности, а именно, отношения к ней как ресурсу для развития, а не как к потенциальному источнику неприятностей и свидетельства его несостоятельности.

7. Выделение проблемного эпицентра для каждого ребенка в каждой ситуации затруднения. Помощь наиболее эффективна тогда, когда она способствует продвижению ребенка в проблемном эпицентре, т. е. преодолению некоего внутреннего препятствия, которое блокирует динамику по другим векторам. Проблемный эпицентр может располагаться на любом из векторов: мотивации, смысла, самоэффективности, любых базовых убеждений, которые могут блокировать активность и рефлексия.

Наверное, список условий эффективной помощи можно продолжить, но мы ограничимся этим перечнем, так как его достаточно для понимания того, как благодаря помощи взрослого проблемная ситуация, ситуация затруднения, может стать ресурсной для развития. Если это происходит, то такая помощь может рассматриваться как эффективная,

а на практике позитивную динамику можно наблюдать или фиксировать, используя соответствующие инструменты «измерения».

На следующем шаге попробуем сопоставить выявленные условия эффективной помощи, т. е. помощи, способствующей развитию в ситуации столкновения ребенка с трудностью, с принципами КБТ, а также покажем, что невыполнение этих условий может сделать помощь неэффективной, а при определенных условиях опасной для развития и здоровья ребенка (табл. 1).

Таблица 1

Условия эффективности психологической помощи

Условия эффективности помощи в РДП (КИП)	Принципы помощи в КБТ	Неэффективная «помощь»
Содействие субъектной позиции ребенка	Обучение, которое помогает стать терапевтом самому себе	Воздействие на ребенка как на объект с целью изменить в нем что-то, скорректировать
Сотрудничество ребенка и взрослого	Сотрудничество терапевта и клиента	Отношения «ведущий—ведомый»
Прочный позитивный эмоционально-смысловой контакт	«Крепкий терапевтический союз», эмпатия, понимание	Игнорирование эмоций, опора на негатив, критика
Совместная деятельность в ЗБР	Помощь во всем, чего клиент не может сам. Начинать с малого, с простых задач	Действие за пределами ЗБР (основная терапевтическая ошибка, по W.B. Stiles [23])
Поддержка рефлексии, осознание своих способов действия, установление отношений между способами и ошибками, их изменение	Помощь в осознании дисфункциональных убеждений, установлении отношений между ними и своими состояниями, замена дисфункциональных убеждений на позитивные	Директивы вместо рефлексии (подсказки, делание «за»)
Отношение к трудности как к ресурсу для развития	Трудность — это испытание, которое клиент способен выдержать, если не будет поддаваться дисфункциональным убеждениям	Трудности и ошибки — это плохо!
Наибольший эффект помощи при действии в проблемном эпицентре	В основании проблем лежат глубинные убеждения, которые необходимо выявить и модифицировать	Сама возможность некоего «эпицентра», узловых проблемы не принимается во внимание

Типы родительской помощи ребенку в ситуациях затруднения

Разрабатывая представления о типах родительской помощи, мы опирались на исследования А.Б. Холмогоровой с соавторами [17; 18; 19], в которых выделены следующие типы поддержки: антиподдержка, формальная, инструментальная, эмпатическая, инструментально-эмпатическая, рефлексивная и рефлексивно-эмпатическая поддержка.

Рассмотрим все указанные виды поддержки сквозь призму выделенных выше условий эффективности помощи.

Один из способов, который, по мнению родителей, может подтолкнуть ребенка к нужному результату, — это критика или порицание. «Нужно лучше слушать учителя на уроке!» — отвечает родитель на просьбу о помощи. По сути, это обвинение ребенка в том, что он столкнулся с трудностью и не может справиться с ней самостоятельно. Часто при этом родитель акцентирует внимание на других неприятных моментах ситуации, вспоминает прошлые ошибки и неудачи. Подобная реакция родителей приводит к усилению негативных чувств ребенка, который находится в ситуации затруднения и без того ощущает свою слабость. Такой способ можно назвать **анти-помощью**, так как реальной помощи в преодолении трудности ребенок не получает. Эмоционально состояние ребенка в таком случае усугубляется. При таком способе реагирования родителей на возникновение трудностей развитию ребенка может быть нанесен вред. Соответственно, мы не можем назвать данный способ родительской помощи эффективным, так как он не помогает ребенку преодолеть возникшие трудности и не только не способствует дальнейшему развитию, но и может негативно влиять на него. Так, в исследованиях показано, что высокий уровень родительской критики в семейных коммуникациях прямо связан с ростом симптомов депрессии и тревоги у детей [16]. Кстати, у Дж. Бек примером такой неэффективной реакции матери на учебные трудности дочери, является ситуация из детства, осознанная Салли как источник дисфункционального убеждения в своей неспособности: «Когда мать кричала на нее за четверку, полученную за тест, Салли думала: “Она права. Я глупая”» [1, с. 62].

Еще один способ реагирования родителей на возникновение у ребенка трудностей — банальные комментарии, например: «У всех бывают неудачи, это не страшно». В этом случае взрослый не уделяет внимания эмоциональному состоянию ребенка, оказавшегося в сложной ситуации, не разделяет его переживания. Преодоления трудности при таком включении родителей тоже не происходит. Такой вид помощи можно назвать **формальным**. Родители откликаются на запрос ребенка, но реальной помощи не оказывают. Ребенок при этом остается один на один со своими трудностями, что может привести к снижению его самооценки и повышению тревожности. Неразрешенные трудности могут накапливаться, не давая

ребенку возможности развиваться. Такой способ взаимодействия родителей и ребенка также, как и предыдущий, нельзя назвать результативным.

Многие родители готовы помочь ребенку, оказавшемуся в ситуации затруднения, конкретными инструкциями или действиями. Например: «Нужно разбить текст на части, так будет легче его запомнить». В этом случае родитель знакомит ребенка со способами разрешения трудностей, которыми пользуется сам. Такую помощь можно назвать *инструментальной*. Действуя под руководством взрослого, ребенок справляется с отдельно взятой трудностью. Взаимодействие ребенка и взрослого носят субъектно-объектный характер: взрослый руководит процессом, ребенок выполняет конкретные действия. Ребенок не является субъектом своей деятельности. Принимая во внимание поддержку субъектной позиции ребенка как необходимое условие развития, мы можем сказать, что такая помощь не способствует развитию ребенка.

Одним из примеров инструментальной помощи является подсказка. В исследовании С.А. Позняковой [15] доказано, что подсказка взрослого замещает мыслительный процесс ребенка. Взрослый думает вместо ребенка, который может не понимать, как происходит решение той или иной задачи. Более того, подсказка взрослого отнимает инициативу у ребенка, снижает его мотивацию к решению трудной задачи, делает его пассивным исполнителем, а не субъектом деятельности. Злоупотребление инструментальной помощью может привести к формированию симптома выученной беспомощности у ребенка, когда он не может без инструкций взрослого решить даже простую задачу, так как у него нет опоры на собственный опыт.

Инструментальная помощь дает возможность справиться с отдельно взятой трудностью, но ребенок не всегда нуждается в том, чтобы ему подсказали, «как надо». Иногда он просто нуждается в сочувствии и понимании, иногда он хочет во что бы то ни стало сделать все самостоятельно. Тогда подсказка разрушит его главный замысел. Но если процесс застопорился, негативные эмоции разрушают процесс, то, помогая ребенку, следует учитывать его эмоциональное состояние.

Помощь родителей, направленную, прежде всего, на стабилизацию эмоционального состояния ребенка можно назвать *эмпатической*. Например: «Я вижу, что тебе трудно запомнить это правило, но ты обязательно справишься!». Взрослый присоединяется к чувствам ребенка, его душевному состоянию. Этот вид помощи снижает напряжение ребенка, уменьшает его тревогу, стабилизирует эмоциональное состояние, но не содействует преодолению конкретной трудности. В лучшем случае он после эмоциональной поддержки сможет восстановить свои попытки справиться с трудностью, но вряд ли эти попытки будут успешными без какой-то еще помощи взрослого.

Инструментальная помощь может присутствовать одновременно с эмпатической. И тогда это *инструментально-эмпатический* способ помощи родителей, который предполагает внимание и присоединение к чувствам ребенка и конкретные инструкции по преодолению трудности. Например: «Не волнуйся, если будут ошибки, я скажу тебе, как их исправить». Но даже в этом случае способ не становится эффективным, так как не предполагает участия ребенка в процессе преодоления трудности как субъекта деятельности, а значит, не способствует его дальнейшему развитию. И с этой точки зрения, по нашим критериям, его также нельзя отнести к эффективным.

Если в процессе оказания помощи взрослый и ребенок выстраивают отношения сотрудничества, то есть ребенок является субъектом этой деятельности, а в процессе преодоления трудности взрослый поддерживает активность ребенка в поиске решения, например, задавая вопросы, которые помогают ребенку двигаться в проблемной ситуации: уточняет запрос на помощь, помогает зафиксировать разные варианты решения без прямых рекомендаций и советов, инициирует процесс рефлексии, задавая вопросы, способствующие осмыслению ребенком своих действий и установлению отношений между способами и результатами, то такой способ оказания помощи мы называем *рефлексивным*. Например: «Что именно вызывает у тебя затруднение в понимании этой задачи?». Рефлексия становится возможной только при наличии осознанной самостоятельной деятельности ребенка и субъектной позиции по отношению к этой деятельности. Побуждая ребенка к рефлексии, родители способствуют мобилизации его собственных ресурсов. В процессе рефлексии ребенок с помощью взрослого не только находит причину своих затруднений, но и определяет пути их преодоления. Действия из субъектной позиции и с опорой на рефлексию, изменение своей деятельности способствуют развитию личности ребенка [12].

Таким образом, рефлексивный способ оказания помощи детям в процессе преодоления трудностей отвечает критериям эффективности.

Рефлексивная помощь может быть недостаточной, если ребенком владеют эмоции, от которых он не может освободиться и которых, возможно, даже не осознает. Но она может сочетаться с эмпатической помощью, что в результате дает возможность нам говорить о *рефлексивно-эмпатическом* способе оказания родителями помощи детям. В этом случае рефлексивный компонент помощи способствует осмыслению неадекватных способов, их перестройке, выработке новых способов и их интериоризации, что ведет к дальнейшему развитию учащегося. Эмпатический компонент способствует стабилизации эмоционального состояния и открытию имеющихся у ребенка ресурсов в процессе преодоления трудностей.

Таким образом, из всех вышеперечисленных способов рефлексивно-эмпатический способ родительской помощи, на наш взгляд, макси-

мально способствует преодолению конкретной трудности и развитию ребенка в целом. Когда ребенок постоянно получает опыт рефлексивной и эмпатической помощи, то, помимо навыков решения задач, приобретает опыт успешного преодоления трудностей, различает, что уже может сам, а в чем ему нужна помощь, начинает относиться к трудностям как временным затруднениям, полезным для его развития.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что трудности, с которыми сталкивается ребенок в процессе обучения, можно сделать ресурсом для его дальнейшего развития, используя при этом определенные способы помощи. По выделенным нами критериям, только рефлексивный и рефлексивно-эмпатический виды помощи будут способствовать развитию ребенка, а не только преодолению отдельно взятой трудности. «Чисто» эмпатическая помощь может способствовать нормализации эмоционального состояния, но вряд ли может повлиять на осознание и изменение способов действия, посредством чего происходит развитие. То есть ее нельзя отнести к эффективным видам помощи. Инструментальная помощь замещает процесс собственного мыслительного поиска, поэтому не только неэффективна, но может нанести психологический вред ребенку, закрепляя его зависимость от родителя, формируя чувство выученной беспомощности. Формальная помощь и антипомощь, как уже было сказано выше, вообще не могут рассматриваться как виды помощи, так как они, скорее, являются неадекватной заменой помощи, которая наносит потенциальный вред самому ребенку и его отношениям с родителями. Максимально способствующими развитию способами оказания родителями помощи детям в преодолении учебных трудностей, с этой точки зрения, являются рефлексивный и рефлексивно-эмпатический способы, которые не только способствуют совладанию с проблемной ситуацией, но и помогают использовать ее ресурс для осуществления «шага в развитии», для наращивания личностного потенциала в преодолении трудностей, включения механизма саморазвития и расширения ЗАР и ЗБР по различным векторам.

Эмпирическое исследование типов помощи в ситуации учебных трудностей, оказываемой родителями младшим школьникам

Несмотря на актуальность темы учебных трудностей и связанной с ними школьной дезадаптацией, вопросы родительской помощи детям в ситуации учебных трудностей до настоящего времени практически не исследовались, что доказывается отсутствием в имеющейся литературе на эту тему каких-либо методов диагностики.

В исследовании, направленном на диагностику видов помощи, которые оказываются будущими психологами и учителями (студентами психо-

логических и педагогических факультетов) [17] было показано, что будущие педагоги гораздо чаще, чем будущие психологи, используют способы помощи или поддержки детей в ситуации затруднения, не способствующие развитию в соответствии с критериями, изложенными выше. Нами была разработана методика «Способы родительской помощи детям в ситуации затруднения». Основой для создания методики стала экспериментальная методика «Стратегии утешения» Ф.Е. Василюка и Е.В. Шерягиной [21] и ее модифицированная версия, представленная А.Б. Холмогоровой, В.К. Зарецким, Е.Н. Клименковой и Н.С. Воложаниной в 2019 году [17].

Было предложено пять ситуаций столкновения ребенка с учебными трудностями и его реакции на них, выделенных на основе наиболее частых запросов родителей, обратившихся за консультацией к школьному психологу (табл. 2).

Таблица 2

**Бланк методики «Способы родительской помощи детям
в ситуации затруднения»**

№	Ситуация трудности/Высказывание ребенка
1.	Дима учится в 3-м классе, ему трудно дается математика. Учитель объявил в классе, что на следующем уроке будет контрольная работа. Накануне вечером мальчик был в подавленном настроении, а утром сказал родителям: «Можно я сегодня не пойду в школу, я боюсь, что не смогу решить контрольную работу и получу двойку?»
2.	Катя — ученица 2-го класса, учится на «4» и «5». Каждый вечер она ждет с работы маму, чтобы вместе с ней сделать домашнее задание. Мама позвонила и сказала, что сегодня задержится на работе и Кате нужно сделать домашнее задание самостоятельно. Когда мама вернулась, Катя сказала: «Я не смогла сама сделать уроки! Но ты же мне поможешь?»
3.	Миша учится в 4-м классе. В прошлом учебном году мальчик часто болел и не усвоил большой объем учебного материала. В домашнем задании по математике оказалась сложная задача. Миша обратился за помощью к маме (папе): «Я не понимаю эту задачу, что делать?»
4.	Света учится в 4-м классе и получает в основном отличные оценки. Учитель посоветовала ей поучаствовать в городской олимпиаде по математике, но дома Света сказала родителям: «Я не смогу решить такие сложные задачи и окажусь хуже всех! Может, я лучше вообще не пойду?»
5.	Первокласснику Егору не нравится учиться в школе. По утрам идет в школу крайне неохотно, капризничает, жалуется на плохое самочувствие, просит оставить его дома. Родители пытаются объяснить, что все дети должны учиться, что это интересно и важно получать образование. Но у Егора другое мнение: «Мне не интересно, и я не хочу получать образование!» (Что бы Вы сказали Егору?)

Родителям давалась следующая инструкция: «Ниже приводятся реплики разных детей, которые оказались в трудной ситуации и обращаются за помощью. Дайте Ваш вариант ответа на эти фразы. Отвечайте так, как Вы ответили бы своему ребенку в подобной ситуации».

Исследование проводилось в 2020 году до пандемии и введения дистанционного формата учебы. Всего было обследовано 100 родителей в возрасте от 25 до 48 лет, 85 матерей и 15 отцов. Все были родителями младших школьников в возрасте от 8 до 10 лет, обучающихся в 1—4 классах.

Ответы родителей были отнесены к той или иной категории помощи (антипомощь, формальная, инструментальная, эмпатическая, инструментально-эмпатическая, рефлексивная и рефлексивно-эмпатическая помощь) тремя компетентными независимыми экспертами, оценки которых продемонстрировали высокую согласованность.

Результаты показали, что только 5,49% родителей применяют способы оказания помощи детям в преодолении учебных трудностей, которые способствуют развитию, — рефлексивный и рефлексивно-эмпатический. 27,03% родителей применяют формальный тип помощи и антипомощь, которые не только не способствуют развитию ребенка, но и негативно влияют на его эмоциональное благополучие. 67,48% родителей используют инструментальный, инструментально-эмпатический и эмпатический способы помощи детям, которые не усугубляют эмоциональное состояние ребенка, находящегося в ситуации затруднения, но и не способствуют его развитию. Таким образом, общая доля родителей, оказывающих помощь детям в процессе преодоления учебных трудностей, не способствующую развитию, — 94,51%.

Опыт практической психологической работы в школе показывает, что и учителя, и вслед за ними родители — в подавляющем большинстве — к ошибкам и трудностям своих детей относятся негативно. С точки зрения когнитивно-поведенческой психотерапии А. Бека, такую позицию можно объяснить появлением негативных автоматических мыслей относительно возникающих трудностей, которые, в свою очередь, приводят к когнитивным ошибкам в виде катастрофизации: родители рассматривают трудности как признак несостоятельности детей, рисуют в своем воображении картины неблагополучия в профессиональной сфере ребенка (будешь плохо учиться — станешь дворником) и в жизни в целом. Они нередко скрывают от учителей трудности своих детей, делая вместе с ними (и даже за них) домашние задания. При этом они не всегда понимают, что такие способы взаимодействия с детьми в процессе решения трудностей не являются эффективными. Это остро ставит вопрос об отношении к трудностям и школьных учителей тоже, так как нередко именно от них родители усваивают такое отношение к учебным трудностям.

Выводы

1. Анализ проблемы эффективности психологической помощи в ситуациях затруднения с позиций культурно-исторической психологии (рефлексивно-деятельностного подхода) и когнитивно-бихевиоральной психотерапии позволил выделить и обосновать условия и критерии эффективности помощи, следование которым позволяет превратить ситуацию затруднения в ресурсную для развития ребенка. К таким условиям относятся: поддержка субъектной позиции ребенка, его рефлексии, установление отношений сотрудничества и эмоционального контакта, содействие в становлении отношения к трудности как к ресурсу для развития, действие в проблемном эпицентре ситуации затруднения.

2. Результаты проведенного эмпирического исследования остро ставят вопрос о необходимости изменения отношения к учебным трудностям и повышения культуры оказания помощи со стороны родителей, так как доминирующими видами помощи, оказываемой родителями своим детям, являются неэффективные виды. Демонстрируя ребенку свои способы переживания ситуаций затруднения и оказания помощи в них, родители передают «эстафету» таких же нездоровых способов эмоционального реагирования и неэффективных стратегий помощи своим детям. Способы переживания и преодоления трудных ситуаций, усвоенные ребенком от взрослого, становятся его собственными стратегиями переживания трудных жизненных ситуаций, а также стратегиями помощи другим людям, которые, будучи неосознаваемыми, без специальной работы над их изменением будут столь же неэффективны.

3. Рефлексивно-деятельностный подход к оказанию психолого-педагогической помощи и когнитивно-бихевиоральная терапия обладают важными ресурсами для повышения культуры оказания помощи специалистами в школе и родителями дома. Освоение родителями и специалистами способов оказания эффективной помощи является важным условием профилактики травматизации, повышения школьной успеваемости, сохранения здоровья и создания условий нормального развития обучающихся.

4. Разработанные представления об условиях и критериях эффективности помощи могут выполнить функцию ориентира для родителей и средства самооценки адекватности своих действий в отношении ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бек Дж.С. Когнитивная терапия: полное руководство: пер. с англ. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. 400 с.
2. Василюк Ф.Е., Зарецкий В.К., Молостова А.Н. Психотехнический метод исследования творческого мышления // Культурно-историческая психология. 2008. Том 4. № 4. С. 34—47.
3. Воликова С.В., Холмогорова А.Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах (на примере

- тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств) // Консультативная психология и психотерапия. 2001. Том 9. № 4. С. 49—60.
4. *Выготский Л. С.* Вопросы детской психологии. СПб.: Союз, 2004. 224 с.
 5. *Выготский Л.С.* Мышление и речь. 5-е изд., испр. М.: Лабиринт, 1999. 352 с.
 6. *Зарецкий В.К.* Зона ближайшего развития: о чем не успел написать Выготский... / Культурно-историческая психология. 2007. Том 3, № 3. С. 96—104.
 7. *Зарецкий В.К.* Один шаг в обучении — сто шагов в развитии: от идеи к практике // Культурно-историческая психология. 2016. Том 12. № 3. С. 149—188.
 8. *Зарецкий В.К.* Рефлексивно-деятельностный подход в работе с детьми, имеющими трудности в обучении // Педагогическая психология: учебное пособие / Под ред. И.Ю. Кулагиной. М.: Сфера. 2008. 480 с.
 9. *Зарецкий В.К.* Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 2. С. 8—37.
 10. *Зарецкий В.К., Николаевская И.А.* Многовекторная модель зоны ближайшего развития как способ анализа динамики развития ребенка в учебной деятельности // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Том 27. № 2. С. 95—113.
 11. *Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б.* Педагогическая, психологическая и психотерапевтическая помощь в процессе преодоления учебных трудностей как содействие развитию ребенка // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 3. С. 33—59.
 12. *Зарецкий В.К.* Еще раз о зоне ближайшего развития // Культурно-историческая психология. 2021. Том 17. № 2. С. 37—49.
 13. *Зарецкий Ю.В.* Субъектная позиция по отношению к учебной деятельности как ресурс развития и предмет исследования // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 2. С. 110—128.
 14. *Зарецкий Ю.В.* Опыт психологического консультирования учителей, работающих в режимах онлайн и офлайн // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 2. С. 137—150.
 15. *Познякова С.А.* Сравнительный анализ подсказки и помощи по процессу в преодолении учебных трудностей с позиции рефлексивно-деятельностного подхода // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 2. С. 149—177.
 16. *Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Сорокова М.Г.* Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Том 24. № 4. С. 97—125.
 17. *Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К., Клименкова Е.Н., Воложанина Н.С.* Модификация методики «Стратегии утешения» Ф.Е. Василюка и Е.В. Шерягиной // Культурно-историческая психология. 2019. Том 15. № 1. С. 79—92.
 18. *Холмогорова А.Б., Клименкова Е.Н.* Способность к эмпатии в контексте проблемы субъектности // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 2. С. 75—93.
 19. *Холмогорова А.Б., Московская М.С., Шерягина Е.В.* Алекситимия и способность к оказанию разных видов социальной поддержки // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Том 22. № 4. С. 115—129.

20. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия А.Бека и культурно-историческая психология Л.С.Выготского // Консультативная психология и психотерапия. 2011. Том 19. № 2. С. 20—33.
21. Шерягина Е.В. Проективная методика исследования стратегий утешения // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 2. С. 212—224.
22. Beck A.T., Haaga D. The future of cognitive therapy // *Psychotherapy Theory Research & Practice*. 1992. Vol. 29(1). P. 34—38.
23. Stiles W.B., Galbada I.C., Ribeiro E. Exceeding the Therapeutic Zone of Proximal Development as a clinical Error // *Psychotherapy*. American Psychological Association. 2016. Vol. 53, № 3. P. 268—272.

REFERENCES

1. Beck Judith S. Cognitive therapy: a complete guide: Trans. from English-M.: LLC “I.D. Williams”, 2006. 400 p.
2. Vasilyuk F.E., Zaretsky V.K., Molostova A.N. Psychotechnical method of research of creative thinking. *Cultural and historical psychology*, 2008. Vol. 4 (4), pp. 34—47.
3. Volikova S.V., Kholmogorova A.B. Family sources of negative cognitive schema in emotional disorders (on the example of anxiety, depressive and somatoform disorders). *Consultative psychology and psychotherapy*, 2001. Vol. 9 (4), pp. 49—60.
4. Vygotsky L.S. Questions of child psychology. St. Petersburg: Publishing house “Soyuz”, 2004. 224 p.
5. Vygotsky L.S. Thinking and speech. Ed. 5, ispr. M.: Labyrinth, 1999. 352 p.
6. Zaretsky V.K. Zone of the nearest development: what Vygotsky did not have time to write about... *Cultural and historical psychology*, 2007. Vol. 3 (3), pp. 96—104.
7. Zaretsky V.K. One step in training — one hundred steps in development: from idea to practice. *Cultural and historical psychology*, 2016. Vol. 12 (3), pp. 149—188.
8. Zaretsky V.K. Reflexive-activity approach in working with children with learning difficulties. Pedagogical psychology: A textbook. Edited by I.Y. Kulagina. M.: Shopping center Sphere, 2008. 480 p.
9. Zaretsky V.K. The formation and essence of the reflexive-activity approach in providing consultative psychological assistance. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2013. Volume 21 (2), pp. 8—37.
10. Zaretsky V.K., Nikolaevskaya I.A. A multi-vector model of the zone of proximal development as a way of analyzing the dynamics of child development in educational activities. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2019. Vol. 27 (2), pp. 95—113.
11. Zaretsky V.K., Kholmogorova A.B. Pedagogical, psychological and psychotherapeutic assistance in the process of overcoming educational difficulties as a contribution to the development of a child. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2017. Vol. 25 (3), pp. 33—59.
12. Zaretsky V.K. Once again about the zone of the nearest development. *Cultural and historical psychology*, 2021. Vol. 17 (2), pp. 37—49.
13. Zaretsky Yu.V. The subjective position in relation to educational activity as a resource for development and the subject of research. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2013. Vol. 21 (2), pp. 110—128.
14. Zaretsky Yu.V. The experience of psychological counseling of teachers working in online and offline modes. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2020. Vol. 28 (2), pp. 137—150.

15. Poznyakova S.A. Comparative analysis of hints and assistance in the process of overcoming educational difficulties from the position of a reflexive-activity approach. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2013. Vol. 21 (2), pp. 149—177.
16. Kholmogorova A.B., Volikova S.V., Sorokova M.G. Standardization of the questionnaire «Family emotional communications». *Consultative psychology and psychotherapy*, 2016. Vol. 24 (4), pp. 97—125.
17. Kholmogorova A.B., Zaretsky V.K., Klimentkova E.N., Volozhanina N.S. Modification of the methodology of the «Strategy of consolation» by F.E. Vasilyuk and E.V. Sheryagina. *Cultural and historical psychology*. 2019. Vol. 15, No. 1, pp. 79—92.
18. Kholmogorova A.B., Klimentkova E.N. The ability to empathy in the context of the problem of subjectivity. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2017. Vol. 25 (2), pp. 75—93.
19. Kholmogorova A.B., Moskovskaya M.S., Sheryagina E.V. Alexithymia and the ability to provide various types of social support. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2014. Vol. 22 (4), pp. 115—129.
20. Kholmogorova A.B. Cognitive psychotherapy of A. Beck and cultural-historical psychology of L.S. Vygotsky. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2011. Vol. 19 (2), pp. 20—33.
21. Sheryagina E.V. Projective methodology for the study of consolation strategies. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2013. Vol. 21 (2), pp. 212—224.
22. Beck A.T., Haaga D. The future of cognitive therapy. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 1992. Vol. 29(1), pp. 34—38.
23. Stiles W.B., Galbalda I.C., Ribeiro E. Exceeding the Therapeutic Zone of Proximal Development as a clinical Error. *Psychotherapy. American Psychological Association*, 2016. Vol. 53 (3), pp. 268—272.

Информация об авторах

Зарецкий Виктор Кириллович, кандидат психологических наук, профессор кафедры индивидуальной и групповой психотерапии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zar-victor@yandex.ru

Агеева Антонина Александровна, преподаватель кафедры начального образования факультета психологии, Московский государственный областной университет (МГОУ), Московская обл., г. Мытищи, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3481-3910>, e-mail: a.ageeva_psy@mail.ru

Information about the authors

Viktor K. Zaretsky, PhD, Professor of the Department of Individual and Group Psychotherapy, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zar-victor@yandex.ru

Antonina A. Ageeva, Lecturer, Department of Primary Education, Faculty of Psychology, Moscow State Regional University (MSOU), Moscow Region, Mytishchi, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3481-3910>, e-mail: a.ageeva_psy@mail.ru

Получена 15.08.2021

Received 15.08.2021

Принята в печать 15.09.2021

Accepted 15.09.2021

СОБЫТИЯ EVENTS

11-Й КОНГРЕСС МЕЖДУНАРОДНОЙ АССОЦИАЦИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (IACBT-CONGRESS — 2024) 26—29 ИЮНЯ 2024 ГОДА

Д.В. КОВПАК

Для цитаты: Ковпак Д.В. 11-й конгресс Международной ассоциации когнитивно-поведенческой терапии (IACBT-CONGRESS — 2024) 26—29 июня 2024 года // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 180—182. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290311>

THE 11TH CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY (JUNE 26—29, 2024)

DMITRIY V. KOVPAK

For citation: Kovpak D.V. The 11th congress of the International Association for Cognitive-Behavioral Therapy (June 26—29, 2024). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 180—182. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290311>

Санкт-Петербург неоднократно становился местом проведения выдающихся событий и встреч мирового масштаба. В 2024 году, с 26 по 29 июня город на Неве примет экспертов и специалистов в области когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) из разных стран мира. Первый раз в истории конгресс Международной ассоциации когнитивно-поведенческой терапии (IACBT) пройдет в России. Международный конгресс IACBT является выдающимся событием в мире профессионалов в области психического здоровья, источником повышения квалификации и получения новых современных знаний в области КПТ и психотерапии в целом, мощный импульс к профессиональному росту и самореализации.

Международная ассоциация когнитивно-поведенческой терапии (которая до июня 2021 года носила название «Международная ассоциация когнитивной психотерапии» — IACP) была создана Аароном Бекем и его коллегами. На протяжении многих лет эта ассоциация помогала развитию КПТ во всем мире и раз в три года проводила свои конгрессы в разных странах мира. 11-ый конгресс впервые в истории ассоциации пройдет в России в городе Санкт-Петербурге с 26 по 29 июня 2024 года.

Решение о проведении конгресса в Санкт-Петербурге члены правления Международной ассоциации когнитивной психотерапии (IACBT) приняли по результатам многоступенчатого конкурса. Россия в финале голосования была в числе претендентов наряду с Нидерландами, Марокко и Венесуэлой, но благодаря большой проделанной работе команды Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, представившей заявку, смогла стать лидером голосования и победителем международного конкурса.

Российская Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии, созданная в 1999 году, с момента ее основания провела серьезную работу, чтобы стать ведущей ассоциацией в стране и странах СНГ для реализации своей миссии — популяризации метода КПТ. Ассоциация объединяет более двух тысяч специалистов в области психического здоровья и имеет государственную образовательную лицензию, занимается социальными проектами, издает профильные книги и сборники научных работ.

Конгрессы такого уровня вносят значительный вклад в развитие когнитивно-поведенческой терапии не только в Российской Федерации, но и в мировом психотерапевтическом пространстве. На конгресс приглашены эксперты и лидеры КПТ со всего мира, а также запланирован официальный визит представителей организаций-основателей Международной ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии — Институт Бека (Филадельфия, США), вместе с Джудит Бек, Алле-

ном Миллером и командой института, и Институт Эллиса (Нью-Йорк, США), в лице директора Института Кристин Дойл, лидеров направления Рационально-эмотивно-поведенческой терапии (РЭПТ) — Р. ДиДжузеппе, У. Драйдена, Д. Дэвида и других известных специалистов РЭПТ.

В конгрессе примут участие ведущие психотерапевты и психологи в области КПТ: З. Сигал, Р. Лихи, К. Добсон, Д.М. Кларк, Д.А. Кларк, П. Салковскис, С. Хофман, К. Пападжорджио, Д. Судак, Л. Сокол, М. Сунгур, Л. МакДжин, Л. МакФарр и многие другие практики, исследователи и эксперты из разных стран мира.

Конгресс будет наполнен интерактивными событиями: состоятся не только лекции и доклады, но и мастер-классы, постерные доклады, дискуссии и круглые столы, церемонии открытия и завершения конгресса, а также торжественные ужины после этих церемоний, активное общение коллег и совместные экскурсии по знаменательным местам.

Сайт конгресса — <https://iacbtc2024.com/>

Ждем вас на 11-м конгрессе Международной ассоциации когнитивно-поведенческой терапии IACBT-Congress-2024 26—29 июня 2024 года!

Д.В. Ковпак,
кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии,
медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного
медицинского университета И.И. Мечникова.
Президент Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии,
вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Гаранян Наталья Георгиевна — доктор психологических наук, профессор
Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук, профессор
Майденберг Эмануэль (США) — доктор психологии, клинический профессор психиатрии

Польская Наталия Анатольевна — доктор психологических наук, профессор
Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, профессор
Холмогорова Алла Борисовна — главный редактор, доктор психологических наук, профессор

Шайб Питер (Германия) — доктор естественных наук, психотерапевт

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Бабин Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор
Бек Джудит С. (США) — доктор психологии, клинический профессор
Гулина Марина Анатольевна (Великобритания, Россия) — доктор психологических наук, профессор

Кадыров Игорь Максумович — кандидат психологических наук, доцент
Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор
Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицины, доктор философии, профессор
Лэнгле Альфрид (Австрия) — доктор медицины, доктор философии, почетный доктор, приват-доцент, профессор

Орлов Александр Борисович — доктор психологических наук, профессор
Осорина Мария Владимировна — кандидат психологических наук, доцент
Перре Майнрад (Швейцария) — доктор психологии, почетный профессор
Петренко Виктор Федорович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАН

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор
Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент
Таэз Сэфик (Германия) — доктор медицины, психолог
Щелкова Ольга Юрьевна — доктор психологических наук, профессор

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию¹

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 40 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристаетные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, идентификационный номер в ORCID, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы — сделаны в WORD.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов представленные материалы отклоняются.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям (http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml) является основанием для отправки материала на доработку автору.

¹ С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml