

10. Ludwig D. S., Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine // JAMA. — 2008. — Vol. 17, no. 300 (11). — P. 1350–1352.
11. Morone N. E., Greco C. M., Weiner D. K. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study // Pain. — 2008. — No. 134 (3). — P. 310–319. doi: 10.1016/j.pain.2007.04.038.
12. Nielsen P. R., Jorgensen L. D., Dahl B. et al. Prehabilitation and early rehabilitation after spinal surgery: Randomized clinical trial // Clin. Rehabil. — 2010. No. 24 (2). — P. 137–148.
13. Niraj G., Rowbotham D. J. Persistent postoperative pain: where are we now? // Br. J. Anaesth. — 2011. — No. 107. — P. 25–29.
14. Otis J. D. Managing chronic pain: a cognitive-behavioral therapy: therapist guide. — New York: Oxford University Press, 2007. — 114 p.
15. Rosendahl J., Tigges-Limmer K., Gummert J. et al. Bypass surgery with psychological and spiritual support (the By. pass study): Study design and research methods // American Heart Journal. — 2009. — No. 158 (1). — P. 8–14.
16. Wilder-Smith O., Arendt-Nielsen L., Yarnitsky D., Vissers K. C. Postoperative Pain: Science and Clinical Practice. — Philadelphia: IASP Press. Wolters Kluwer, 2014.
17. Zgierska A. E., Burzinski C. A., Cox J. et al. Mindfulness meditation and cognitive behavioral therapy intervention reduces pain severity and sensitivity in opioid-treated chronic low back pain: pilot findings from a randomized controlled trial // Pain Med. — 2016. — No. 17 (10). — P. 1865–1881. doi: 10.1093/pm/pnw006.

## МЕТОД «ОТ СИМПТОМА К ЛИЧНОСТИ»

**Павел Алексеевич Федоренко**

магистр психологии, руководитель; Клиника лечения тревоги и депрессии

**Илья Сергеевич Качай**

философ, клинический психолог, научный руководитель,  
старший преподаватель; Сибирский федеральный университет,  
Клиника лечения тревоги и депрессии

**Аннотация.** В статье описывается метод «от симптома к личности», раскрывающий основные этапы и сопутствующие им терапевтические интервенции, необходимые для преодоления различных эмоциональных расстройств. В работе выявляются природа и последствия фрустрированных потребностей, а также источники формирования, активации и поддержания глубинных уязвимостей человека сквозь призму, соответственно, диахронического (продольного), преморбидного и синхронического (поперечного) срезов. Освещается роль когнитивного (промежуточные убеждения) и поведенческого (компенсаторные стратегии) «защитного пояса» глубинных убеждений в клинической декомпенсации. Раскрывается влияние предпринятых попыток решения проблемы на формирование и поддержание вторичных нарушений. Предлагается концепция степеней осознанности, отражающая «конфликт головы и сердца» и иллюстрирующая переход от интеллектуального инсайта к эмоциональному.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая терапия, потребности; глубинные уязвимости, диахронический (продольный) срез, преморбидный срез, синхронический (поперечный) срез, «защитный пояс» глубинных убеждений, клиническая декомпенсация, вторичные нарушения, предпринятые попытки решения проблемы, степени осознанности, эмоциональный инсайт, интеллектуальный инсайт, метод «от симптома к личности».

### Виды потребностей

Каждый человек с рождения имеет большое количество потребностей, удовлетворение которых обуславливает эмоциональный баланс, высокое качество жизни и активное повседневное функционирование человека. С точки зрения У. Глассера, вся жизнь человека от рождения до смерти представляет собой постоянные попытки удовлетворить основные потребности посредством выбора того или иного поведения, которое, как кажется человеку, способствует скорейшей реализации этих потребностей (12). На данный момент представлено множество психологических и психотерапевтических

концепций, обозначающих и классифицирующих потребности человека, среди которых наиболее известными и обоснованными являются концептуальные построения А. Маслоу (10), Э. Фромма (17), У. Глассера (12) и Дж. Янга (19). Выделяемые этими психологами потребности целесообразно рассмотреть сквозь призму наиболее актуальной на настоящий момент биопсихосоциальной модели (впервые предложенной Дж. Энгелем и Дж. Романо). При этом стоит отметить, что использование потребностей в когнитивно-поведенческой терапии на основе биопсихосоциальной модели впервые было описано Д. В. Ковпаком в ряде его статей (6) и выступлений. Схожим образом человеческие потребности градуировали П. В. Симонов и П. М. Ершов, выявляя витальные (биологические), идеальные и социальные потребности (15), однако Д. В. Ковпак предлагает рассматривать потребности именно в контексте биопсихосоциальной модели и когнитивно-поведенческой концептуализации. В этой связи стоит отметить концептуализацию Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (Ковпак Д. В., 2019; Ковпак Д. В., Зрютин М. А., 2021), которая «позволяет рассмотреть генез и развитие дисфункциональных убеждений и мыслей всех уровней в тесной взаимосвязи с неудовлетворенными потребностями сенситивного периода развития (значимые данные детства) и всей жизни (значимые данные жизни)» (6). Таким образом, в качестве своего рода дополнения и развития предложенной Д. В. Ковпаком биопсихосоциальной модели потребностей представляется целесообразным распределить обозначенные вышеуказанными психологами потребности по соответствующим этой модели группам (биологические, психологические и социальные (табл. 1).

Таблица 1. Классификация потребностей («адаптация» биопсихосоциальной модели)

БИОЛОГИЧЕСКИЕ	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ	СОЦИАЛЬНЫЕ
физиологические потребности (А. Маслоу)	потребность в познании (А. Маслоу)	потребность в принадлежности и любви (А. Маслоу)
потребность в безопасности (А. Маслоу)	потребность в творчестве (А. Маслоу)	потребность в признании и уважении (А. Маслоу)

БИОЛОГИЧЕСКИЕ	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ	СОЦИАЛЬНЫЕ
потребность в укорененности в мире (Э. Фромм)	потребность в самоактуализации (А. Маслоу)	потребность в установлении связей (Э. Фромм)
потребность в выживании и воспроизведении (У. Глассер)	потребность в преодолении себя (Э. Фромм)	потребность в принадлежности и привязанности (У. Глассер)
потребность в безопасной привязанности (Дж. Янг)	потребность в самоидентичности (Э. Фромм)	потребность во власти и могуществе (У. Глассер)
	потребность в системе ценностей (Э. Фромм)	потребность в безопасной привязанности (Дж. Янг)
	потребность в свободе (У. Глассер)	
	потребность в интересе и удовольствии (У. Глассер)	
	потребность в автономии и компетентности (Дж. Янг)	
	потребность в границах и самоконтроле (Дж. Янг)	
	потребность в выражении эмоций (Дж. Янг)	
	потребность в спонтанности и игре (Дж. Янг)	

### От потребностей к убеждениям

Неудовлетворение этих биологических, психологических и социальных потребностей (особенно хроническое и систематическое) в раннем периоде жизни обуславливает формирование дисфункциональных глубинных убеждений (негативной я-концепции), говоря иначе, ведет к возникновению глубинных психологических уязвимостей человека, на что, в частности, указывает Дж. Янг (в контексте фрустрированных эмоциональных потребностей (19), Д. В. Ковпак (учитывающий всю триаду неудовлетворенных потребностей), а также С. Сассароли, Г. Казелли и Дж. Руджеро, упоминающие о потребностях в безопасности и защите, индивидуальном развитии и самореализации, а также социальной кооперации и сотрудничестве (14). Нельзя также не отметить, что уже А. Эллис указывал на то, что наследственность, социокультурная реальность и индивидуальный выбор человека тесно связаны между собой в контексте человеческой жизни (4). При этом можно предположить, что неудовлетворенные биологические потребности, как правило, приводят к формированию неадаптивных глубинных убеждений категории беспомощности; фрустрированные психологические потребности отвечают за появление деструктивных глубинных убеждений категории никчемности; в свою очередь, неудовлетворенные социальные потребности потворствуют возникновению дисфункциональных глубинных убеждений категории непривлекательности (эта классификация категорий глубинных убеждений предложена Дж. Бек [3]). При этом образующиеся в детском возрасте глубинные психологические уязвимости (дисфункциональные глубинные убеждения) не гарантируют возникновения у человека того или иного эмоционального расстройства, поскольку могут быть отчасти адаптивными и выступать способом «защиты» от неудовлетворяющихся потребностей. Скажем, ребенок, хронически не получающий необходимого ему количества и качества родительской заботы, приходит к выводам о том, что он «какой-то не такой» и что все остальные «холодные» значимые люди также будут лишать его поддержки или даже отвергать его.

### Ригидные когнитивные и поведенческие копинг-стратегии

Действительно, глубинные убеждения как центр мировоззренческой системы человека позволяют ему с самого детства ориентироваться в сложном и многообразном мире и справляться с трудностями,

а некоторые из этих убеждений могут отчасти адекватно отражать реальность (учитывая ограниченность социальных взаимодействий ребенка) и отчасти помогать ему в тот период жизни (хотя в текущий момент — вызывать страдания). Посему причиной эмоционального расстройства человека являются скорее не глубинные убеждения как таковые, а неадаптивные и ригидные способы совладания с ними как на когнитивном (дисфункциональные промежуточные убеждения), так и на поведенческом (дезадаптивные компенсаторные стратегии) уровне, причем эти дисфункциональные когнитивные и поведенческие способы компенсации глубинных убеждений вырабатываются с течением жизни и достигают «кульминации» своего развития, как правило, в более зрелом возрасте. Аналогичным образом сами по себе неудовлетворенные потребности также не предстают источником эмоциональных расстройств, поскольку человек априори не способен сделать так, чтобы все его потребности были постоянно и полностью удовлетворены (как в силу объективных обстоятельств, так и по причине внутренних противоречий между самими потребностями).

### Конфликт между потребностями

Например, удовлетворение биологической потребности в безопасности может вступать в конфликт с удовлетворением психологической потребности в самоактуализации, потому как первая связана с минимизацией рисков, а вторая, напротив, с пренебрежением ими. В то же время удовлетворение социальной потребности в установлении связей приводит к фрустрированию (обычно временному и частичному) психологической потребности в самоидентичности (по причине априорного различия социальных и индивидуальных потребностей как таковых). Итак, удовлетворение биологических, психологических и социальных потребностей часто образует конфликт между этими потребностями и приводит к тому, что одна потребность (времененно и частично) фрустрирует другую. Как пишут С. Сассароли, Г. Казелли и Дж. Руджеро, «постоянное напряжение между базовой безопасностью, социальными и индивидуальными потребностями... предполагает, что состояние частичной неудовлетворенности из-за фрустрации является доминирующим и вынуждает разум терпеть фрустрацию и прилагать усилия по поддержанию баланса» (14). В этой связи способность человека балансировать между удовлетворением различных потребностей (биологических, психологических и социальных) благоприятствует развитию психологической гибкости

и зрелости, высокой толерантности фрустрации, а также того, что сегодня принято называть стрессоустойчивостью.

### Ригидные способы удовлетворения потребностей

Если человек использует ригидные способы совладания с потенциальной фрустрацией, вызванной возможным неудовлетворением той или иной потребности (как по причине объективных обстоятельств, так и в связи с внутренней противоречивостью потребностей), и отдает предпочтение ригидному удовлетворению какой-то одной потребности (за счет всех остальных потребностей и в ущерб удержанию баланса между ними), то в этом случае начинает формироваться то или иное эмоциональное расстройство. Именно по этой причине, как пишут С. Сассароли, Г. Казелли и Дж. Руджеро, «при тревожном расстройстве [человек выбирает] потребность в защите и безопасности. При нарциссическом расстройстве преобладает потребность в личном самоутверждении», а «при депрессии, наоборот, ригидность управления проявляется путем полного отказа от удовлетворения потребности в личном самоутверждении» (14). Итак, способы удовлетворения тех или иных фрустрированных потребностей, выбираемые человеком, могут приводить к эмоциональным нарушениям и страданиям и в этой связи являться причиной различных эмоциональных и поведенческих расстройств (данный тезис является одной из важнейших идей в терапии реальностью (теории выбора) У. Глассера). В то же время более осознанный (и всегда свободный и ответственный) выбор человеком эффективных моделей мышления и поведения для удовлетворения потребностей способствует поддержанию эмоционального баланса и высокого качества жизни.

### Источники эмоциональных расстройств

Как явствует из вышесказанного, неудовлетворяющиеся биологические, психологические и социальные потребности (вкуче с ригидными способами совладания с этой фрустрацией) ведут к появлению глубинных убеждений (глубинных уязвимостей) человека соответственно в собственной беспомощности, никчемности или непривлекательности. При этом источниками эмоциональных расстройств выступают не дисфункциональные глубинные убеждения (сами по себе) и не фрустрированные потребности (сами по себе),

а дисфункциональные способы совладания с глубинными убеждениями и неадаптивные способы удовлетворения фрустрированных потребностей (говоря иначе, ригидное использование ригидных копинг-стратегий; рис. 1).



Рис. 1. Формирование глубинных уязвимостей

### Формирование, активация и поддержание уязвимостей

Источники формирования, активации и поддержания глубинных уязвимостей необходимо рассмотреть сквозь призму соответственно диахронического (продольного), преморбидного и синхронического (поперечного) аспектов, или срезов. При этом стоит заметить, что сам термин «срез» в контексте возрастной психологии употребляется Б. Д. Корвасарским (8), а в концептуальном пространстве когнитивно-поведенческой психотерапии активно используется Д. В. Ковпаком с разъяснением типологии «срезов» и технологии их использования для диагностики (6), а также Л. Сокол и М. Фокс (16). В виде синонимичного понятия «обзор» (кросс-секционный и лонгитюдный обзор когниций и поведения) искомый термин задействуется Дж. Бек (3).

### Диахронический (продольный) срез

Значимые (и зачастую травматические) события детства, в контексте которых происходит фрустрирование биологических, психологических и социальных потребностей, образуют значимый опыт жизни (детства), который представляет собой исторические источники формирования глубинных уязвимостей (в виде прошлого травматического опыта). Как подчеркивает Д. В. Ковпак, в контексте этого значимого опыта жизни

(детства) биологические потребности могли быть фрустрированы биологическими факторами (серьезные болезни, травмы, операции, отягощенная наследственность), а также иными факторами, которые препятствуют удовлетворению биологических потребностей (тяжелые экономические условия, экологические катастрофы, военные конфликты, частые переезды, несчастные случаи, жестокое обращение, физическое насилие и т. п.). В свою очередь, психологические потребности в контексте значимого опыта жизни (детства) могли быть не удовлетворены в связи с негативным влиянием психологических и смежных с ними факторов (явные или скрытые послания значимых лиц, касающиеся никчемности или непривлекательности человека, воспитание под гнетом жестких правил и требований, болезненные сравнения с другими детьми и т. д.). Наконец, социальные факторы (например, отвержение со стороны родителей, отсутствие или нехватка поддержки, любви и заботы со стороны значимых лиц, дискриминация и травля со стороны сверстников и учителей, культурные стереотипы, религиозные догмы, социальные предписания и пр.) потворствуют фрустрированию социальных потребностей в рамках раннего жизненного (детского) опыта (рис. 2).

### Преморбидный срез

Однако раннего травматического опыта (рассмотренного сквозь призму фрустрированных биологических, психологических и социальных потребностей в связи с соответствующими факторами) недостаточно для развития у человека эмоционального расстройства. Действительно, возникновению симптомов того или иного аффективного расстройства, как правило, предшествуют триггерные события, приводящие к клинической декомпенсации (активации дисфункциональных глубинных убеждений, которые до появления триггерных событий компенсировались (защищались, сдерживались) промежуточными убеждениями (на когнитивном уровне) и копинг-стратегиями (на поведенческом уровне)). Эти триггерные события, угрожающие глубинным убеждениям и способствующие их активации, можно называть провоцирующими расстройство факторами (преморбид) и также рассмотреть с точки зрения биопсихосоциальной модели. Так, провоцирующие то или иное эмоциональное расстройство факторы могут иметь как биологический (тяжелая болезнь, физическая травма, операция, инфекция, интоксикация и ряд других факторов, фрустрирующих биологические потребности), психологический

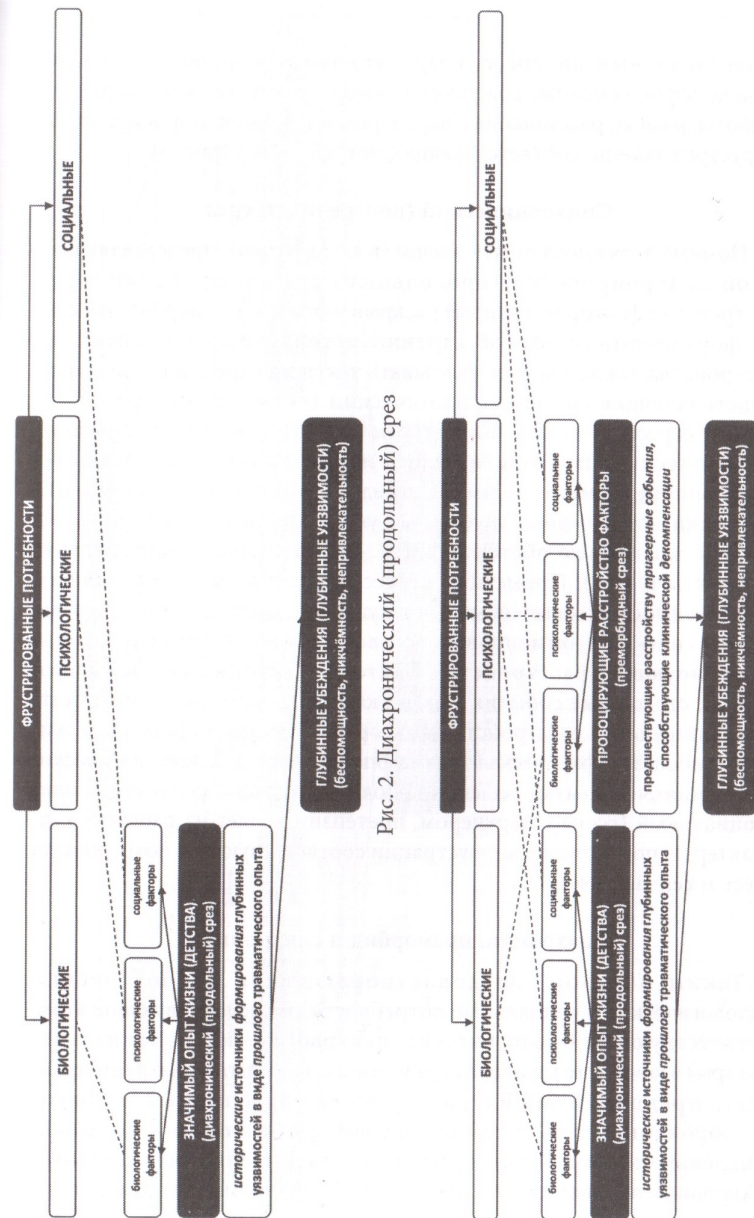


Рис. 2. Диахронический (продольный) срез

Рис. 3. Преморбидный срез

(эмоциональный дистресс, неадаптивное поведение и т. д.), так и социальный (семейные конфликты, повышение по службе, увольнение с работы, развод, расставание с партнером и т. п.) характер и приводит к фрустрированию соответствующих потребностей (рис. 3).

#### Синхронический (поперечный) срез

Помимо значимого опыта жизни (в т. ч. детства), представляющего собой диахронический (продольный) срез, и провоцирующих расстройство факторов, которые раскрываются как преморбидный срез, для формирования полной картины источников эмоционального расстройства также следует учитывать текущие стрессовые ситуации, представляющие собой синхронический (поперечный) срез. Итак, текущие стрессовые ситуации, которые способствуют фрустрированию биологических, психологических и социальных потребностей в настоящий момент времени, представляют собой актуальные источники поддержания глубинных уязвимостей (говоря иначе, это текущие жизненные обстоятельства — проблемы, межличностные конфликты и т. д.). Примерами стрессовых ситуаций могут служить повседневные стрессовые события и текущие сложности, способствующие поддержанию уже активированных (вследствие вышерассмотренных провоцирующих расстройство факторов) глубинных убеждений. Текущие стрессовые события (так же как и значимые события детства и провоцирующие расстройство факторы) могут иметь биологический (тяжелая болезнь, физическая травма, операция и т. д.), психологический (предпринятые попытки решения проблемы, ведущие к ее усугублению) и социальный (ссора с партнером, претензии коллег на работе и т. д.) характер и способствовать фрустрации соответствующих потребностей «здесь и сейчас» (рис. 4).

#### Диахрония, преморбид и синхрония

Таким образом, неудовлетворяющиеся биологические, психологические и социальные потребности (и способствующие этому соответствующие биологические, психологические и социальные факторы) в контексте прошлого травматического опыта (диахронический срез), предшествующих расстройству триггерных событий (преморбидный срез), а также текущих жизненных обстоятельств (синхронический срез) потворствуют соответственно формированию (диахрония), активации (преморбид) и поддержанию (синхрония) тех

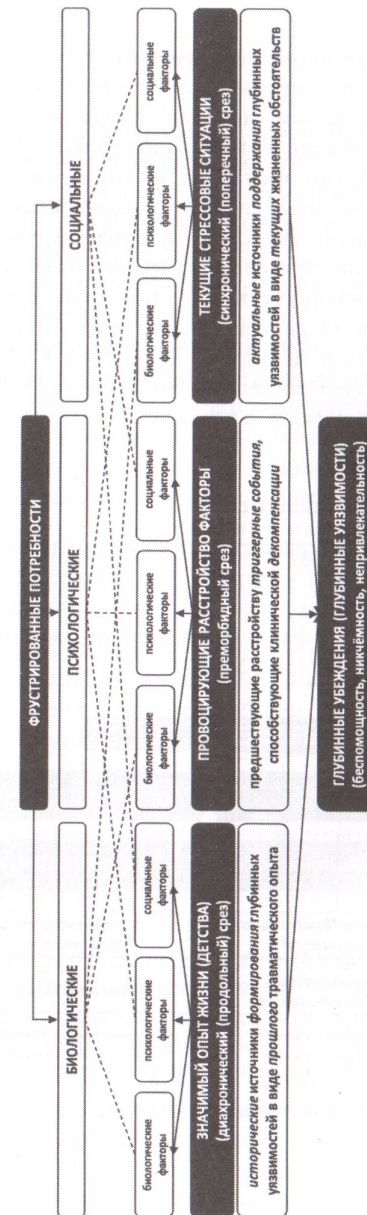


Рис. 4. Синхронический (поперечный) срез

или иных глубинных убеждений (уязвимостей) человека (в собственной беспомощности, никчемности и/или непривлекательности). Иными словами, если значимый опыт жизни (детства) предопределяет чувствительность человека к определенным триггерным темам, а провоцирующие расстройство факторы активируют эту чувствительность, то текущие стрессовые ситуации поддерживают ее. При этом и значимый опыт жизни (детства), и провоцирующие расстройство факторы, и текущие стрессовые ситуации объясняют актуальные эмоциональные, поведенческие, социальные и иные проблемы и симптомы клиента. Однако в контексте когнитивно-поведенческой психотерапии, как отмечают С. Хофманн и С. Хейс, «больше внимания уделяется поддерживающим факторам, поскольку именно они становятся объектами эффективного лечения дезадаптации» (18).

### Три концептуальных среза

Таким образом, эмоциональные расстройства обуславливаются активацией глубинных убеждений, историческое формирование которых связано со значимым опытом жизни (детства), активация — с провоцирующими расстройство факторами, а поддержание — с текущими стрессовыми ситуациями (рис. 5).

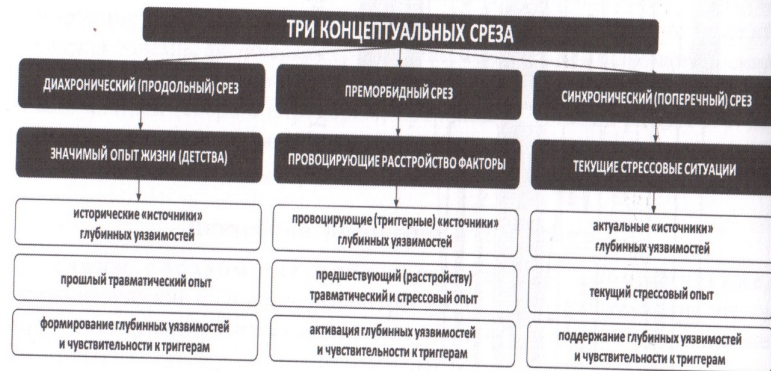


Рис. 5. Три концептуальных среза

### «Защитный пояс» глубинных уязвимостей

Аналогичным образом значимый опыт жизни (детства) ведет к созданию когнитивного (промежуточные убеждения) и поведенческого (копинг-стратегии) «защитного пояса» (глубинных убеждений), провоцирующие расстройство факторы активируют этот «защитный пояс», а текущие стрессовые ситуации поддерживают его (само понятие «защитный пояс» введено И. Лакатосом для обозначения механизмов защиты научно-исследовательской программы, содержащих позитивную и негативную эвристику; в контексте когнитивно-поведенческой терапии это понятие используется Р. Лихи). Таким образом, по причине того, что человек неосознанно выстраивает вокруг своих глубинных убеждений «защитный пояс» в виде промежуточных убеждений (правил, условных предположений и отношений) и компенсаторных стратегий (гиперкомпенсации, избегания и капитуляции), его глубинные убеждения так и остаются «настройками по умолчанию», поскольку не подвергаются оспариванию. Более того, как отмечает Р. Лихи, промежуточные убеждения и компенсаторные стратегии способствуют укреплению негативных глубинных убеждений, равно как и усилению ложной веры в необходимость постоянного использования этого «защитного пояса» с целью «защиты» от деструктивных глубинных убеждений (9). Так, глубинное убеждение, выраженное в виде автоматической мысли «Я неудачник», поддерживается различными промежуточными убеждениями (клиническими формами когнитивных искажений — по определению Д. В. Ковпака), например долженствованием («Я должен быть успешным»), избирательной фильтрацией («Во время написания эссе я наделал очень много ошибок»), чтением мыслей («Она считает, что я неудачник»), сверхобобщением («Я никогда ничего не делаю хорошо») и всеми остальными промежуточными убеждениями. Компенсаторные стратегии также вносят свою лепту в укрепление дисфункциональных глубинных убеждений. Гиперкомпенсация в виде стремления работать безошибочно с целью доказывания (себе и другим) того, что человек не является «неудачником», ведет к отказу от достаточно хорошего выполнения работы, которое могло бы показать человеку, что он может без всяких негативных последствий ограничиться таким подходом к своим обязанностям. В то же время избегание выполнения любой работы также будет лишь подкреплять глубинное убеждение человека в том, что он — неудачник. Итак, промежуточные убеждения и копинг-стратегии, с одной стороны, являются своего рода «защитой»

от глубинных убеждений, а с другой — способствуют их подкреплению (рис. 6).

### Ригидное использование компенсаторных стратегий

При этом когнитивно-поведенческая терапия исходит из предложенной А. Беком модели диатеза-стресса, согласно которой клиническая декомпенсация человека и появление у него эмоционального расстройства обуславливается не только наличием неадаптивных глубинных убеждений (которые даже в случае возникновения угрожающих им триггерных событий могут оставаться неактивными в силу адаптивного применения здоровых копинг-стратегий), но прежде всего ригидным использованием дисфункциональных копинг-стратегий (гиперкомпенсации, избегания и капитуляции), превращающих приемлемый дискомфорт в интенсивные симптомы, а стресс — в дистресс. Как замечает Д. В. Ковпак, за счет дисфункциональных копинг-стратегий человек пытается безуспешно удовлетворить ранее не удовлетворенные биологические, психологические и/или социальные потребности и как рыба об лед бьется над этими копинг-стратегиями, но так и не достигает желаемого самопринятия (преодоления «никчемности»), принятия другими (преодоления «непривлекательности») и безопасности/контроля (преодоления «беспомощности»). Однако именно неудовлетворенные потребности, как подчеркивает Д. В. Ковпак, и создают симптомы, и чем ярче тот или иной физиологический или психологический симптом, тем сильнее не удовлетворена какая-либо потребность человека (так, та же социальная тревога зачастую связана с неудовлетворенными социальными потребностями).

### Конфликт потребностей и интроектов

В свою очередь, потребности часто не удовлетворяются в силу наличия у человека ограничивающих дисфункциональных убеждений и иррациональных верований (в том числе усвоенных от значимых Других ригидных правил и требований). Эти требования часто формируются в детстве и являются следствием воздействия авторитарного воспитания, культурных стереотипов, религиозных учений, социальных стандартов и прочих навязанных значимыми Другими «правил жизни», которые постепенно усваиваются (интериоризируются) человеком, становятся внутренними когнитивными конструктами и постоянно подкрепляются упорным соблюдением этих

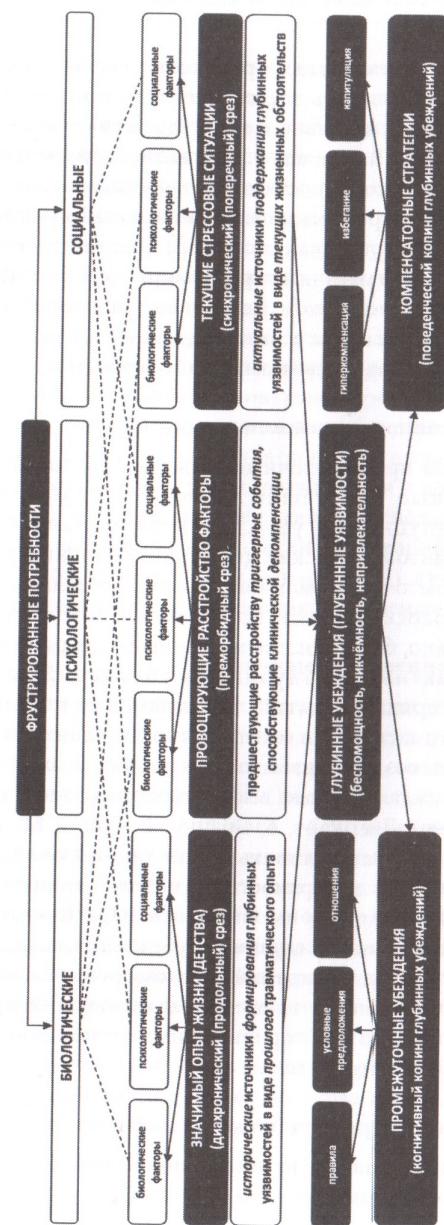


Рис. 6. «Защитный пояс» глубинных убеждений



жестких правил (4). Вследствие этих процессов человек зачастую становится неспособным отличить то, что он на самом деле хочет, от того, что было навязано ему извне в виде «должен» и «следует». В итоге, как подчеркивает Д. В. Ковпак, у него возникает внутренний конфликт между истинными потребностями и усвоенными от значимых лиц жесткими правилами и требованиями, которые самому человеку могут быть не нужны и которые являются всего лишь интроектами. Итак, эти интроекты в виде догматичных требований и жестких правил, которые часто не осознаются человеком, мешают ему удовлетворять его истинные потребности, поскольку он продолжает слепо верить и следовать этим усвоенным извне догмам и императивам.

#### Клиническая декомпенсация

Таким образом, когда промежуточные убеждения и вытекающие из них компенсаторные стратегии перестают срабатывать, дисфункциональные глубинные убеждения поднимают голову и начинают создавать автоматические дисфункциональные мысли, которые приводят к избыточным эмоциональным реакциям, а также дискомфортным физиологическим и проблемным поведенческим следствиям. Действительно, большинство эмоциональных расстройств формируется в силу активации глубинных убеждений на фоне угрожающих им триггерных событий, что приводит к тому, что дисфункциональные автоматические мысли начинают чаще возникать в конкретных ситуациях, создавая избыточные эмоции и их телесные проявления, а также побуждая человека выбирать неадаптивные модели поведения. Как замечают Дж. Райт, Г. Браун, М. Тейз и М. Баско, глубинное убеждение может усиливаться «до такой степени, что стимулирует появление более поверхностного потока отрицательных автоматических мыслей и начинает им управлять» (13). Кроме этого, сохраняющиеся дисфункциональные глубинные убеждения, являющиеся фундаментом промежуточных убеждений и автоматических мыслей, обуславливают предуготовленность человека неадаптивно реагировать на определенные события и по этой причине создают эмоциональные проблемы в настоящем моменте времени.

#### «Симптомы» — «расстройство» — «диагноз»

Таким образом, произрастающие из дисфункциональных глубинных и промежуточных убеждений автоматические мысли создают

проблемные эмоциональные, телесные и поведенческие реакции в различных триггерных (для человека) ситуациях, что в конечном итоге приводит к тому, что сам человек называет «симптомами», психотерапевт — «расстройством», а психиатр — «диагнозом» (рис. 7). Но ни когнитивно-поведенческому терапевту, ни тем более клиенту нет никакой необходимости (и пользы) в том, чтобы навешивать на эти состояния свехобобщающие и поляризующие ярлыки-диагнозы, априори не способные отразить всего многообразия и сложности человеческих переживаний. В этой связи многие современные направления психотерапии все чаще используют так называемый трансдиагностический подход, согласно которому «тип», «класс» или «вид» того или иного эмоционального расстройства не так важен (как и диагноз, который, как известно, рождает болезнь и за которым зачастую теряется сам человек, а также упускается из виду индивидуальная специфика его мышления и поведения). К тому же, как отмечает С. Хофманн, «классификация с использованием критериальных психиатрических диагностических категорий на основе имеющихся симптомов сводит к минимуму ситуационные факторы, способствовавшие возникновению проблемы» (18).

#### Вторичные нарушения

По поводу вызываемых искаженными и дисфункциональными мыслями эмоциональных, физиологических и поведенческих реакций у человека могут возникать вторичные мысли (мысли'), ведущие к вторичным эмоциональным, телесным и поведенческим реакциям (реакции'), вследствие чего состояние человека усложняется и усугубляется. Так, человек может испытывать тревогу из-за тревоги, гнев из-за неприятных симптомов, стыд из-за агрессивного поведения, а также критиковать себя по поводу мыслей, которые вызывают изначальные (первичные) эмоциональные, телесные и поведенческие реакции. Такого рода вторичные нарушения весьма часто удерживают человека в порочном круге эмоционального расстройства, поскольку эмоциональные, телесные и поведенческие реакции, вызываемые автоматическими мыслями, в свою очередь, влияют на мысли (за счет петли обратной связи), а также поддерживают и подкрепляют друг друга (согласно диагностической холистической крест-круг-модели [7]).

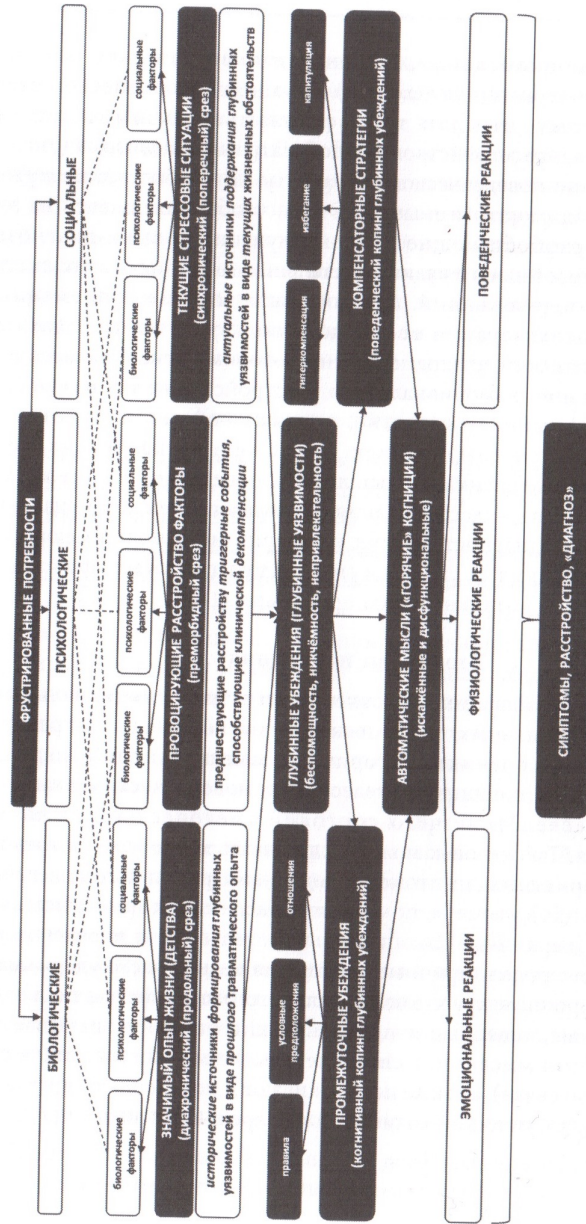


Рис. 7. Клиническая декомпенсация

### Предпринятые попытки решения проблемы

Среди вторичных нарушений особого внимания заслуживают неадаптивные стратегии поведения, которые упорно воспроизводятся человеком в надежде на преодоление его когнитивных, эмоциональных, телесных и поведенческих симптомов, но которые только поддерживают и структурируют расстройство (например, борьба и контроль симптомов, избегающее и защитное поведение, обращения за помощью, обсуждение переживаний, поиск заверений, самокопание (поиск причин), самомониторинг (поиск симптомов) и т. д.). По мнению одного из основоположников краткосрочной стратегической терапии Дж. Нардонэ, такие дисфункциональные стратегии поведения (определяемые им как предпринятые попытки решения проблемы) нередко становятся основной проблемой, которая и поддерживает (и структурирует) эмоциональное расстройство человека (11). Как замечает Дж. Нардонэ, попытки решения проблемы являются дисфункциональными в связи с тем, что они: а) применяются, когда ничего делать не нужно; б) не применяются, когда это необходимо; в) применяются, но являются неподходящими (1). Так или иначе, любые предпринимаемые человеком действия, которые не помогают решить проблему (в том числе проблему вторичных нарушений), как правило, только усиливают эту проблему (и структурируют эмоциональное расстройство; рис. 8).

### От симптома — к личности

Суть метода «от симптома к личности» иллюстрируется его названием и заключается в последовательном переходе от работы с симптомами (такими как панические атаки, навязчивые состояния, ипохондрические переживания, беспокойство и т. д.) к решению более глубоких проблем человека и устранению личностных дефицитов и уязвимостей (рис. 9). Однако многие люди верят в то, что избавиться от эмоционального расстройства можно лишь путем обнаружения детских психотравм или внутренних конфликтов, но, как показывает практика, такие поиски избавляют лишь от регулярной работы по изменению вредных привычек мышления и поведения, которые и являются причиной страданий. Несмотря на то что причины и источники эмоциональных расстройств кроются в прошлом, решение беспокоящей проблемы возможно в настоящем, поскольку никто не в силах изменить прошлое. Поиски причин эмоциональных

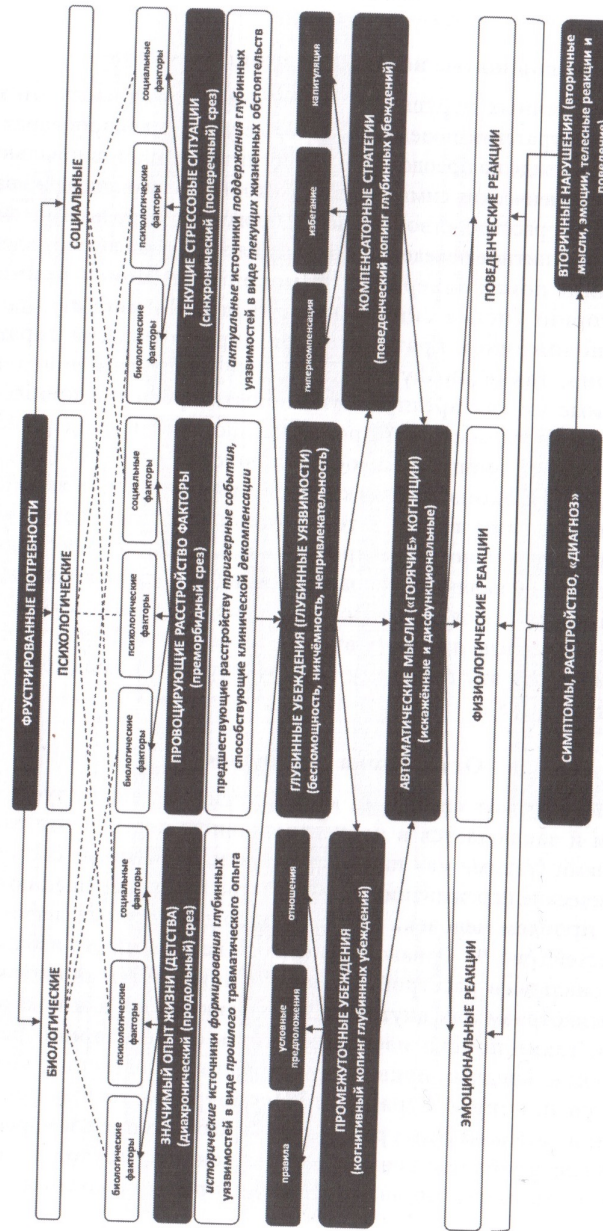


Рис. 8. Вторичные нарушения

расстройств в прошлом бесполезны еще и потому, что невозможно удовлетворить фрустрированную (пусть даже и в детстве) потребность, как говорится, задним числом: потребности можно удовлетворить только в настоящем. Более того, такого рода обвинения других людей и обстоятельств в собственном стрессе ведут лишь к усилению чувства беспомощности и усугублению эмоционального расстройства.

**Последовательное изменение уровней мышления**

При этом, как замечает Д. В. Ковпак, сразу проработать глубинные убеждения человека или разрешить фундаментальные экзистенциальные проблемы без предварительной работы на более поверхностных уровнях (в том числе на уровне беспокоящего человека симптома и уровне вторичных нарушений) в большинстве случаев довольно затруднительно (в том числе по причине низкой степени осознанности или интенсивной симптоматики). Когнитивно-поведенческая терапия осуществляется по законам дидактики, поэтому терапевтическая работа ведется сначала на более поверхностном и податливом для изменений уровне автоматических мыслей и только потом затрагивает лежащие в основе этих автоматических мыслей промежуточные убеждения (правила, условные предположения и отношения) и глубинные убеждения (о себе, других и мире). Действительно, как отмечают З. Ф. Камалетдинова и Н. В. Антонова, «прежде чем перейти к работе с глубинными убеждениями, терапевт обучает пациента выявлять и оценивать автоматические мысли и промежуточные убеждения», поскольку «если начать работу с изменения глубинных убеждений, она окажется неэффективной» (5). Дж. Бек следующим образом высказывается о таком подходе: «Это похоже на попытку пробежать марафон, не тренируясь в течение года. Обычно лучше начать просто с ходьбы — и наращивать мышцы, не травмируя себя» (2).

**Метод «от симптома к личности»: основные этапы**

Таким образом, последовательность реализации терапевтических целей и интервенций, дидактически восходящих от эмоциональной, физиологической, поведенческой и когнитивной симптоматики клиента к глубинным личностным уязвимостям и дефицитам, можно представить в виде семи основных этапов, на каждом из которых целесообразно задействование определенных терапевтических методов. Говоря иначе, на различных терапевтических уровнях (уровне вторичных нарушений,

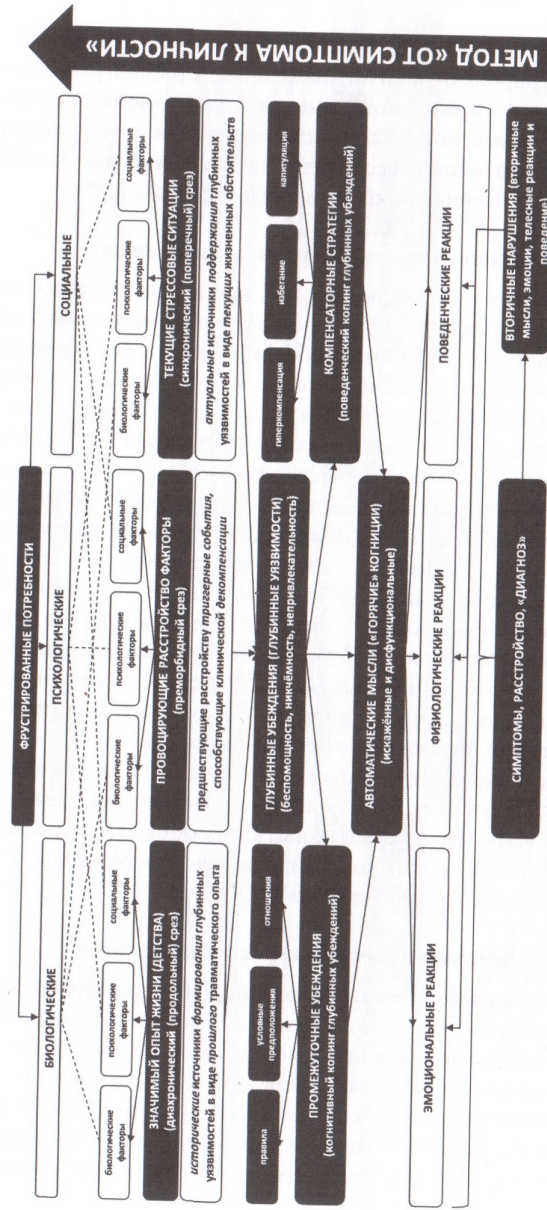


Рис. 9. Метод «от симптома к личности»

уровне симптомов, уровне автоматических мыслей, уровне промежуточных убеждений, уровне поведения (копинг-стратегий), уровне глубинных убеждений и уровне потребностей) формулируются соответствующие терапевтические цели, для осуществления которых подбираются целесообразные методы, подходы и инструменты (табл. 2).

### От мыслей — к убеждениям

Таким образом, регулярное формулирование альтернативных мыслей для конкретных автоматических мыслей, возникающих в триггерных для человека ситуациях, способствует улучшению его ситуативных эмоциональных, физиологических и поведенческих реакций. Систематическое использование произвольных альтернативных мыслей в аналогичных ситуациях способствует их трансформации в автоматические функциональные мысли, а впоследствии — в функциональные убеждения как новые мировоззренческие позиции, обуславливающие предуготовленность человека реагировать адаптивным образом во множестве (доселе триггерных для него) ситуаций. Обобщая когнитивные и поведенческие изменения на все большее количество ситуаций, человек постепенно меняет свои глубинные убеждения о себе, других и мире, что приводит к устранению избирательности и предвзятости мышления, внимания и памяти, а также к формированию более реалистичных и гибких представлений о самом себе, других людях и мире, которые будут способствовать адаптивным реакциям в большинстве ситуаций. Но если для изменения автоматических мыслей зачастую достаточно найти убедительные рациональные возражения, то для диспутирования давно и глубоко укоренившихся убеждений (промежуточных и глубинных) необходима еще более тщательная работа по изменению мышления и поведения (нередко с использованием отдельных интервенций).

### От интеллектуального инсайта — к эмоциональному

Последовательное продвижение в формировании функциональных способов мышления на различных уровнях ведет к постепенному расширению степени осознанности человека и переходу от интеллектуального инсайта к эмоциональному. Иными словами, человек начинает не только понимать (альтернативные произвольные мысли) и даже знать (альтернативные автоматические мысли), но и быть убежденным (функциональные промежуточные убеждения — правила,

Таблица 2. Последовательность этапов метода «от симптома к личности»

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ	ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ	ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
Уровень вторичных нарушений	изменение вторичных автоматических мыслей (мыслей) по поводу избыточных эмоций и телесных симптомов с целью улучшения вторичных эмоциональных (и поведенческих) реакций (реакций)	когнитивная терапия (А. Бек)
Уровень симптомов	— психообразование по поводу природы симптомов (телесные симптомы стресса, тревога, панические атаки, навязчивые мысли и действия, беспокойство и др.) — выработка навыков принятия симптомов и совладания с ними (тревога, панические атаки, навязчивые мысли и действия, беспокойство и др.) — изменение автоматических мыслей по поводу симптомов (телесные симптомы стресса, тревога, панические атаки, навязчивые мысли и действия, беспокойство и др.) — отказ от предпринятых попыток решения проблемы формирование навыков саморегуляции	— психообразование «ключи к свободе» (П. А. Федоренко, И. С. Качай) — когнитивная терапия (А. Бек) — краткосрочная стратегическая терапия (Дж. Нардоне) — парадоксальная интенция (В. Франкл) — нервно-мышечная релаксация (Э. Джекобсон), абдоминальное дыхание, практики осознанности (Дж. Кабат-Зинн)
Уровень автоматических мыслей	изменение автоматических мыслей в текущих стрессовых ситуациях с целью улучшения эмоциональных, физиологических и поведенческих реакций	когнитивная терапия (А. Бек)
Уровень промежуточных убеждений	— философское диспутирование иррациональных верований промежуточного уровня (правила, условные 1 предположения и отношения) и формирование философии пожелания (вместо философии должностований) — проработка перфекционизма и зависимости от достижений и формирование оптимизма — проработка конформности и зависимости от одобрения (и/или любви) и формирование уверенности в себе	— рационально-эмоционально-поведенческая терапия (А. Эллис) — когнитивная терапия (А. Бек), рационально-эмоционально-поведенческая терапия (А. Эллис) — когнитивная терапия (А. Бек), рационально-эмоционально-поведенческая терапия (А. Эллис)

Уровень поведения (копинг-стратегий)	— отказ от дисфункционального поведения (защитное, избегающее, компульсивное и др.) — преодоление выученной беспомощности и развитие самостоятельности и ответственности — развитие навыков уверенного поведения (открытое выражение эмоций и желаний, уверенное предъявление требований, умение говорить «нет» и т. д.) — развитие навыков межличностного общения (установление, поддержание и разрыв контакта, вызов симпатии) — решение актуальных жизненных проблем	— когнитивная терапия (А. Бек), рационально-эмоционально-поведенческая терапия (А. Эллис), краткосрочная стратегическая терапия (Дж. Нардоне) — когнитивная терапия (А. Бек), рационально-эмоционально-поведенческая терапия (А. Эллис) — поведенческая терапия (В. Г. Ромек) — поведенческая терапия (В. Г. Ромек), эффективная коммуникация (Д. Бернс) — алгоритм решения реальных проблем (П. А. Федоренко, И. С. Качай)
Уровень глубоких убеждений	— ослабление дисфункциональных и укрепление функциональных глубоких убеждений — устранение глубоких узависимостей и развитие безусловного принятия себя, других и мира	— когнитивная терапия (А. Бек) — рационально-эмоционально-поведенческая терапия (А. Эллис)
Уровень потребностей	— развитие адаптивных способов удовлетворения биологических, психологических и социальных потребностей — реализация долгосрочных целей и следование ценностям сохранения жизни и получения удовольствия — развитие навыков получения удовольствия — развитие оптимизма — содействие добродетелям	— терапия реальностью (У. Глассер) — рационально-эмоционально-поведенческая терапия (А. Эллис) — тренинг наслаждения (В. Г. Ромек, Е. А. Ромек) — теория оптимизма (М. Селигман) — античная философия (Сократ, Платон)

