

# Возможности групповой психотерапии пациентов с депрессивными расстройствами

Е.Д. Счастный, Н.С. Смирнова, И.Я. Стоянова, В.А. Рудницкий

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр  
Российской академии наук Томск, Россия

## РЕЗЮМЕ.

**Цель исследования.** В статье рассмотрены возможности интегративной схема-терапии Дж. Янга в групповой работе с пациентами депрессивного спектра. Целью психотерапии является формирование и развитие психологической безопасности у 40 пациентов, проходивших лечение в НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

**Материалы и методы.** Методы психодиагностики включали шкалы депрессии и безнадежности А. Бека, самооценки уровня тревожности Спилбергера – Ханина, опросники базовых убеждений Р. Янов-Бульман, Дж. Янга «Ранние неадаптивные схемы», «Индекс жизненного стиля» Л.И. Вассермана, Е.Б. Клубовой.

**Результаты.** Отсутствуют значимые корреляции между уровнем психологической безопасности и нозологической принадлежностью расстройств депрессивного спектра (F32.0, F32.1, F33.01, F33.11, F43.21, F43.22) ( $p > 0,05$ ). Обнаружены взаимосвязи между степенью тяжести расстройства и показателями психологической безопасности как в целом ( $r = -0,69$ ;  $p < 0,05$ ), так и по отдельным шкалам: «ценность собственного Я» ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,05$ ), «степень самоконтроля» ( $r = -0,55$ ;  $p < 0,05$ ). Чем тяжелее протекает депрессия, тем в большей степени выражено искажение образа «Я», в том числе переживание бесперспективности, снижение веры в собственные силы, потерю контроля над событиями своей жизни.

**Выводы.** У пациентов депрессивного спектра выявляются ранние дезадаптивные схемы, эмоциональная депримированность, подавление эмоций, жесткие стандарты. Установлено, что тяжесть депрессивного расстройства определяет степень нарушения психологической безопасности, а ее восстановлению способствует метод схема-терапии, применяемый в групповой форме и направленный на перестройку когнитивных структур.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** депрессивные расстройства; ранние дезадаптивные схемы; психологическая безопасность; групповая психотерапия

**КОНТАКТ:** evgeny.schastnyy@gmail.com

## Введение

Увеличение числа пациентов с депрессивными расстройствами, затяжное течение заболевания, невысокая эффективность фармакотерапии побуждают к поиску новых форм психотерапевтической работы.

В рамках когнитивно-бихевиорального подхода изучение возможностей психотерапевтической работы осуществлялось с опорой на концепцию когнитивной уязвимости А. Бека [1]. Согласно этой концепции, у пациентов с депрессивными расстройствами нарушаются мыслительные процессы, представленные в двух уровнях – поверхностном и глубинном. Первый уровень отвечает за способ переработки информации. При этом избирательная фокусировка только на негативных аспектах жизнедеятельности блокирует адекватную переработку положительных событий в жизни. Второй уровень – глубинный, включает наличие сложностроенной системы аффективно-заряженных дисфункциональных убеждений, которых придерживаются пациенты. Дисфункциональные убеждения или схемы представляют собой жизненную философию пациента, «систему глубинных установок по отноше-

нию к самому себе, миру, которые являются основой для переработки текущей информации и стратегий решения проблем». В этой системе фиксирован весь жизненный опыт человека, а особую роль играют детские впечатления и особенности семьи [2].

Важной особенностью депрессогенных когнитивных схем является недостаток дифференцированности в их содержании, что отражает их инфантильную природу. В качестве причин депрессии выделяют следующие:

- 1) утрата одного из родителей в детстве, в результате чего психологические потери могут интерпретироваться как необратимые и непереносимые травмы;
- 2) наличие родителя, чья система убеждений актуализирует собственную неполноценность или систему конструкторов, состоящую из ригидных, жестких правил;
- 3) дефицит социальных навыков, негативный опыт общения, отсутствие эмпирической проверки негативного опыта;
- 4) физический дефект, способствующий формированию «образа Я» как отличного от других, избегание контактов, препятствующих проверке.

Работа выполнена в рамках темы новой медицинской технологии «Технология персонализированной терапии депрессивных расстройств, связанных с утратой значимого близкого человека», реализуемой по плану ПНИ НИИ психического здоровья (одобрена Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья, протокол № 99 от 17.04.2017 г., дело № 99/4.2017).

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) как система психотерапевтических подходов существует уже более 45 лет. Ее основой является тщательно разработанная теоретическая база, которая сформирована в процессе длительной работы с большим числом пациентов. На сегодняшний день в мире накоплены результаты сотен исследований, подтверждающие эффективность этого метода при лечении аффективных расстройств.

Метод КПТ создавался для индивидуальной работы с пациентами. Однако уже в 1979 г. в классическом руководстве по лечению депрессии А. Бек с соавторами упоминает о возможности ее использования в групповой работе [3, 4].

В 2009 году был разработан и апробирован лечебный протокол групповой КПТ депрессий. Авторы пришли к выводу, что реализация этого метода в формате группы представляет собой уникальную терапевтическую возможность, эффект от которой наступает от освоения когнитивных техник и усиливается в результате группового терапевтического процесса [5–7].

В клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в процессе групповой психотерапевтической работы с пациентами депрессивного спектра акцент делается на формировании психологической безопасности в качестве важной составляющей психического здоровья. Психологическая безопасность изучается как результат взаимодействия человека и среды, как динамический процесс, опосредованный когнитивными, аффективными, поведенческими характеристиками.

«Мишенью» психотерапевтического воздействия при таком подходе будут факторы риска, угрожающие физическому и психическому здоровью человека и нарушающие его психологическую безопасность, их выявление, осмысление и минимизация психического ущерба.

Описывая особенности групповой терапии по формированию психологической безопасности в когнитивно-поведенческой парадигме, следует отметить трудности проведения группы в условиях психиатрического стационара [8]. Клиническая ситуация психиатрического стационара требует модификации традиционного когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии, поскольку:

- средний срок пребывания пациентов 3–4 недели, следовательно, предполагается значительная смена состава группы, практически в каждой группе есть новые участники;
- большинство пациентов стремятся к облегчению своего состояния, а не к личностному росту и познанию себя;
- в группе часто присутствуют немотивированные пациенты: психологически неискушенные, без любопытства в отношении себя или не желающие находиться в группе (при назначении лечения врачом);
- часто психотерапевты не имеют возможности контролировать процесс составления группы;
- в группе редко наблюдается сильное чувство сплоченности; у участников мало времени для того, чтобы научиться заботиться друг о друге и формировать доверительные отношения;

- нет времени на постепенное распознавание тонких межличностных паттернов, на их проработку, практически нет возможности сосредоточиться на перенесении опыта на ту ситуацию, которая окружает пациента в домашней обстановке.

Постановка цели, созвучной вышеперечисленным условиям, отличается от традиционной групповой когнитивно-поведенческой терапии. Ее можно сформулировать как знакомство с психотерапией, вовлечение депрессивного пациента в процесс психотерапии, во-вторых – смягчение проблемного поведения таким образом, чтобы пациенты смогли осуществлять жизнедеятельность вне стен клиники.

В психиатрических отделениях существует несколько эффективных способов помощи депрессивным пациентам: психофармакотерапия, нелекарственные методы, в том числе электросудорожная терапия и другие методы электростимуляции мозга, терапия средой, соматическая терапия, индивидуальная психотерапия и т. п. Однако формирование психологической безопасности более эффективно в групповой работе, чем при других технологиях. Многие пациенты с депрессивными расстройствами нуждаются в проработке трудностей, которые возникают у них при общении. При этом группа создает уникальную терапевтическую среду, а в фокусе групповой работы по-прежнему находится трансформация искаженных когнитивных проявлений. Позитивные изменения достижимы разными способами: посредством поведенческих экспериментов, изучения фактов, решения задач, проигрывания ролей, мысленного реструктурирования.

К современным подходам из так называемой «третьей волны» КПТ относится схема-терапия Дж. Янга.

Схема-терапия (СТ), или схема-ориентированная модель, разработана американским доктором Джеффри Янгом и является интегративным психотерапевтическим подходом, который совмещает в себе идеи КПТ, теории привязанности, гештальт-терапии и психодинамического подходов. Данный интегративный подход ориентирован прежде всего на работу с пациентами, имеющими хронические депрессии, посттравматические личностные расстройства, а также расстройства личности [9–18].

В своем подходе Дж. Янг продолжил развитие концепции когнитивных схем, начатой А. Беком, значительно расширив и модифицировав ее. С помощью клинических наблюдений он идентифицировал 18 ранних неадаптивных схем в пяти областях.

Всего в СТ выделено пять базовых потребностей, каждой из которых соответствует ряд ранних неадаптивных схем [17]:

- 1) потребность в надежной привязанности (включая безопасность, понимание, принятие);
- 2) потребность в автономии, компетентности и чувстве идентичности;
- 3) потребность в свободе выражать свои истинные потребности и эмоции;
- 4) потребность в спонтанности и игре;
- 5) потребность в реалистичных ограничениях и самоконтроле.

Дж. Янг определяет психическое здоровье как способность проявлять и удовлетворять свои базовые

вые психологические потребности. Ранние неадаптивные схемы, сформировавшиеся в раннем опыте как способы презентации этого опыта, определяют эмоции, поведение и характер переработки информации [11, 18]. Это способствует пониманию того, почему пациенты депрессивного спектра фиксированы на негативных, болезненных идеях вопреки очевидному присутствию в жизнедеятельности позитивных факторов. Согласно СТ, негативные представления возникают, когда базовые потребности ребенка не были удовлетворены. В соответствии с этим главная задача – помочь взрослому человеку ознакомиться с потребностями, неудовлетворенными в детстве, и способствовать их удовлетворению.

Специфика схема-терапии по сравнению с традиционной КПТ включает следующие особенности [12]:

- сфокусированность на переработке воспоминаний о травматическом раннем опыте;
- интенсивное использование техник воображения для изменения негативных эмоций;
- концептуализацию психотерапевтических отношений как ограниченного родительства (limited reparenting) для создания условий переживания положительного опыта взаимодействия в безопасной среде;
- опору на модель схема-режимов, которая помогает терапевту и пациенту понять его актуальные проблемы и сформировать набор терапевтических техник.

Кроме ранних неадаптивных схем в основной концептуальный аппарат СТ входит понятие схема-режимов, обозначающее определенное устойчивое на какой-то промежуток времени эмоциональное состояние, призванное объяснить смену настроения или наличие конфликтных желаний и идей одновременно, таким образом, режимы описывают состояния, вызванные активацией схемы.

Модусы схем (схема-режимы) описываются следующими основными категориями:

- 1) «дисфункциональный ребенок»;
- 2) «дисфункциональный родитель»;
- 3) «дисфункциональные копинговые режимы».

С психическим здоровьем связаны два модуса:

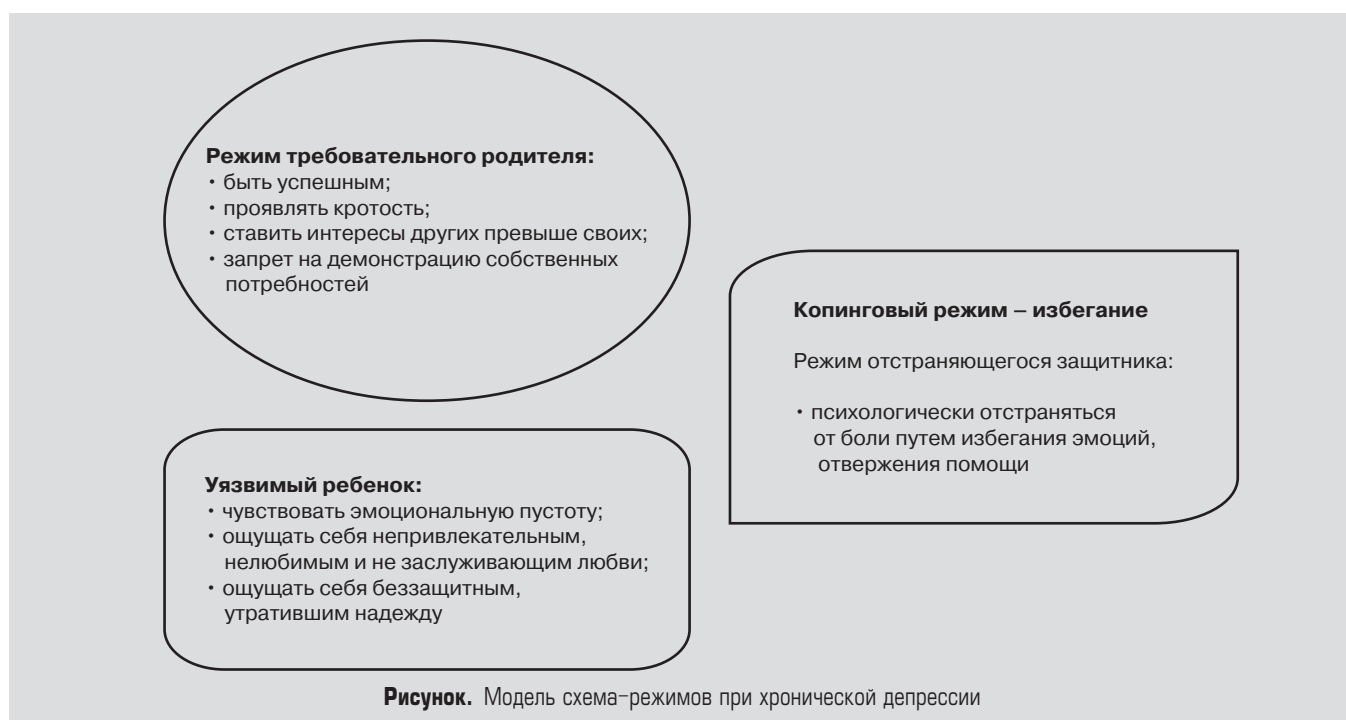
- 1) «режим счастливого ребенка»;
- 2) «режим здорового взрослого».

Для хронической депрессии характерна модель схема-режимов, включающая модус «уязвимый ребенок» (см. рисунок). Именно с ним связаны особенно сильные негативные эмоции печали, незащитности, одиночества [12, 13]. Схема-терапия направлена на перестройку соответствующих когнитивных структур путем удовлетворения фрустрированных потребностей, в том числе потребности в безопасности в процессе психотерапии.

В этом ракурсе было осуществлено пилотное исследование, целью которого было выявление уровня психологической безопасности у пациентов, страдающих расстройствами депрессивного спектра (F32.0, F32.1, F33.01, F33.11, F43.21, F43.22). Кроме этого, изучались взаимосвязи основных показателей психологической безопасности, их соотношение с психологическими, терапевтическими и клинико-динамическими особенностями.

Задачи исследования включали подбор инструментария для выявления соотношения между уровнем психологической безопасности и клинико-динамическими показателями, оценку психологической безопасности пациентов с депрессивными расстройствами в зависимости от нозологии, степени тяжести заболевания, выявление мишеней для дифференцированной психотерапии.

Основными критериями включения пациентов в выборку исследования были наличие текущей депрессивной симптоматики, классифицируемой в разделах МКБ-10 (F32.0, F32.1, F33.01, F33.11,



F43.21, F43.22), информированное согласие пациента на участие в исследовании, стационарное лечение. Критерии исключения: органическое поражение центральной нервной системы, зависимость от психоактивных веществ, соматические или неврологические расстройства, связанные с высоким риском развития депрессии, а также отказ пациента от участия в исследовании.

Исходя из методологических оснований изучения психологической безопасности [19–25], в программу психодиагностики включены следующие методы: шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory (BDI)), шкала безнадежности Бека (Hopelessness Scale, Beck et al., 1974) [26], шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера – Ханина [27]); Шкала базовых убеждений Р. Янов-Бульман (в адаптации О. Кравцовой) [28], выявляющая восемь категорий убеждений, а также опросник «Ранние неадаптивные схемы» Дж. Янга (YSQ S3R) в адаптации П.М. Касьяник, Е.В. Романовой [26] и «Индекс жизненного стиля» Плутчика – Келермана в адаптации Л.И. Вассермана, Е.Б. Клубовой и др. [29].

Оригинальная версия методики Р. Янов-Бульман не предполагает расчет индекса психологической безопасности. Возможность расчета суммарного индекса «Психологическая безопасность» как среднего арифметического от сложения показателей всех восьми субшкал установлена С.А. Богомазом, А.Г. Гладких [30].

Опросник «Ранние неадаптивные схемы» направлен на их изучение в пяти областях, включая покинутость и социальную изоляцию, нарушение автономии и функционирования, нарушение границ личности, сверхориентированность во вне, сверхбдительность и подавление эмоций.

С помощью «Индекса жизненного стиля» исследовали уровень напряженности восьми основных психологических защит, а также их суммарный показатель.

## Материалы и методы

В исследовании участвовали 40 пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня (F32.0, F32.1, F33.01, F33.11, F43.21, F43.22) в возрасте от 18 до 65 лет, получавших лечение и принимавших участие в групповой психотерапии в НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Нами были выделены основные варианты психопатологических синдромов, определяющих клиническую картину текущего состояния в группе исследования: депрессивный – 12 (30,0 %), астенодепрессивный – 4 (10,0 %), тревожно-депрессивный – 9 (22,5 %), депрессивно-дисфорический – 8 (20,0 %), депрессивно-ипохондрический – 2 (5,0 %), истеродепрессивный – 5 (12,5 %). В настоящем исследовании была проведена субъективная оценка степени выраженности депрессии с использованием шкалы самооценки депрессии Бека. В обследуемой группе преобладали женщины – 80 % ( $n = 32$ ,  $p < 0,01$ ). Значение медианы возраста пациентов мужского пола составило 46 лет, женского пола – 44,5 лет.

Анализ семейного положения больных расстройствами депрессивного спектра в обследуемой группе

указал на значительный удельный вес (55 %) одиноких пациентов: вдовы – 7,5 % ( $n = 3$ ), разведенные – 27,5 % ( $n = 11$ ), холостые – 20 % ( $n = 8$ ). В браке состояли 18 пациентов (45 %). В обследуемой выборке преобладали ( $p < 0,01$ ) пациенты с высоким уровнем образования: большинство – 70 % ( $n = 28$ ) имели высшее образование, 15 % ( $n = 6$ ) – среднее специальное образование, 10 % ( $n = 4$ ) – среднее образование и 5 % ( $n = 2$ ) – незаконченное среднее образование. В данном исследовании контрольная группа здоровых лиц отсутствовала.

В качестве лекарственной терапии все пациенты получали антидепрессанты различных фармакологических групп.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием компьютерной статистической программы Statistica версия 8.0 (StatSoft, Inc., USA для Windows) с вычислением медианы, 25 и 75 % квартилей; значимость различий между группами определяли по критериям Манна – Уитни (для двух независимых выборок), так как отсутствовало нормальное распределение признаков. Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) использовался в изучении действия одной переменной на исследуемые признаки. Для исследования взаимосвязи между переменными использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена  $r$ . Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

На первом этапе после проведения психодиагностики осуществлялась оценка взаимосвязей уровня психологической безопасности (как суммарный индекс «Психологическая безопасность») и нозологической принадлежности депрессивного расстройства, степени его тяжести и показателей клинических шкал.

## Результаты

Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии статистической значимости между уровнем психологической безопасности и нозологической принадлежностью расстройств депрессивного спектра ( $p > 0,05$ , дисперсионный анализ ANOVA). При этом обнаружены взаимосвязи между степенью тяжести расстройства по шкале самооценки депрессии Бека и показателями психологической безопасности, как в целом ( $r = -0,69$ ;  $p < 0,05$ ), так и по отдельным шкалам: «ценность собственного Я» ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,05$ ), «Степень самоконтроля» ( $r = -0,55$ ;  $p < 0,05$ ). На основании полученных результатов можно утверждать, что, чем тяжелее протекает депрессия, тем в большей степени выражено искажение образа «Я», включая переживание бесперспективности, снижение веры в собственные силы, потерю контроля над событиями своей жизни.

Установлена корреляция между уровнем безнадежности и психологической безопасности по шкалам «контролируемость событий в мире» ( $r = -0,39$ ;  $p < 0,05$ ), «осмысленность мира» ( $r = -0,64$ ;  $p < 0,05$ ). Интерпретация этих показателей свидетельствует об убежденности пациентов с низким уровнем безопасности в том, что окружающий мир лишен смысла, события происходят случайно и не подчиняются законам справедливости, не следует доверять никому,

так как это небезопасно. Они не верят в возможность изменения жизни к лучшему, ощущают собственную беспомощность.

Анализ данных по опроснику Дж. Янга показал, что у всех пациентов выявлены максимальные характеристики в сферах «разрыв связей и неприятие», а также «сверхбдительность и подавление». При этом отмечается выраженность следующих ранних дезадаптивных схем (степень выраженности больше 50 %):

1) «эмоциональная депривированность» (схема, предполагающая невозможность тесной эмоциональной связи с другими (потребности в безопасности, стабильности, защите, надежности никогда не будут удовлетворены));

2) «подавление эмоций» (что проявляется в стремлении контролировать свои чувства и эмоции, избегании чувств стыда и вины);

3) «жесткие стандарты» (в основе схемы – убеждение в том, что должно соответствовать высоким интернализованным стандартам поведения и функционирования, обычно во избежание критики, приводящее к чувству напряженности, невозможности остановиться).

Исследование особенностей психологической защиты с помощью шкалы «Индекс жизненного стиля» у пациентов депрессивного спектра разной нозологической представленности позволило обозначить «мишени» психотерапии.

В ходе проведения исследования были обозначены мишени психотерапии в зависимости от получаемых данных (см. таблицу).

Установлено, что у пациентов с кратковременной депрессивной реакцией отмечается наиболее высокий уровень напряженности защитного механизма «отрицание» по сравнению с другими клиническими группами ( $p < 0,05$ ). Высокий уровень данного защитного механизма указывает на недостаток других защитных механизмов. Соответственно, в психотерапевтические мероприятия следует включать техники, направленные на обучение принятию проблемной ситуации как части жизненного опыта, переоценку собственной роли в психотравмирующей ситуации, с принятием на себя ответственности и формированием активной позиции в преодолении сложившихся обстоятельств.

У пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями наиболее выраженными ( $p < 0,05$ ),

по сравнению с другими нозологическими группами (кратковременная депрессивная реакция и текущий депрессивный эпизод), оказались следующие защитные механизмы: «регрессия» – возвращение на более ранние этапы психического развития, «компенсация» – подчеркивание социально одобряемого поведения, «рационализация» – снятие напряжения при помощи логических установок. Также в группе пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями выявился наиболее высокий уровень личностной тревоги по шкале уровня тревожности Спилбергера – Ханина при сравнении с другими нозологическими группами (кратковременная депрессивная реакция и текущий депрессивный эпизод) ( $p < 0,05$ ). Повышение уровня тревожности как интегративного показателя уровня безопасности и актуализация комплекса защитных механизмов предполагает комплексную психологическую работу.

У пациентов с текущим депрессивным эпизодом (в рамках единичного эпизода и РДР) по данным Life Style Index выявлялся более высокий уровень напряженности двух защитных механизмов по сравнению с другими нозологическими группами: «замещение» (78 %,  $p < 0,01$ ) – перенос агрессии с более сильного и значимого на более слабый объект или на себя, а также «проекция» (71 %,  $p < 0,001$ ) – как способ перенесения собственных неприемлемых чувств и мыслей на других. Данные механизмы усиливают представление о мире как о враждебном и ненадежном. Также у пациентов этой группы определялся более высокий уровень безнадежности (по шкале безнадежности Бека), чем у пациентов с депрессивными реакциями ( $p < 0,05$ ). Это может свидетельствовать о выраженном пессимизме по поводу своего будущего. Поэтому важной психотерапевтической задачей становится создание максимально безопасной эмпатической среды.

## Дискуссия

Нестабильность современного мира, катастрофические, непредсказуемые события часто приводят к снижению психологической устойчивости, фрустрации базовой потребности в безопасности, а также развитию расстройств настроения. Хроническое и рекуррентное течение депрессивных расстройств

**Таблица.** Уровень напряженности защитных механизмов (Life Style Index) в зависимости от выраженности и длительности депрессивной симптоматики

| Симптом                                            | Отрицание            | Вытеснение | Регрессия           | Компенсация          | Проекция             | Замещение            | Интеллектуализация   | Реактивное образование |
|----------------------------------------------------|----------------------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| Кратковременная депрессивная реакция ( $n = 15$ )  | 86 %<br>$p = 0,0003$ | 55 %       | 62 %                | 57 %                 | 49 %                 | 59 %                 | 48 %                 | 61 %                   |
| Пролонгированная депрессивная реакция ( $n = 12$ ) | 46 %                 | 69 %       | 88 %<br>$p = 0,015$ | 89 %<br>$p = 0,0072$ | 27 %                 | 48 %                 | 83 %<br>$p = 0,0093$ | 71 %                   |
| Текущий депрессивный эпизод ( $n = 13$ )           | 65 %                 | 64 %       | 71 %                | 68 %                 | 71 %<br>$p = 0,0001$ | 78 %<br>$p = 0,0034$ | 56 %                 | 79 %                   |

побуждает к поиску новых форм диагностики и лечения с целью повышения эффективности оказываемой помощи. Нами проведено исследование, направленное на выделение критериев психологической безопасности пациентов с расстройствами депрессивного спектра, имеющее клиническое, терапевтическое и прогностическое значение. Возможные ограничения данной методики связаны с различной степенью выраженности когнитивных нарушений у пациентов с депрессивными расстройствами. Выявленные психологические характеристики предрасполагают к нарушению психологической безопасности. При этом предикторами формирования психологической безопасности в процессе групповой работы с пациентами депрессивного спектра становятся трансформация ранних дезадаптивных схем, несостоятельного образа «Я», избыточных психологических защитных механизмов в специально созданной среде, где принимают пациента таким, какой он есть, без критики, навязывания, в атмосфере «эмпатической конфронтации», с поддержкой позитивных изменений. В процессе групповой работы ее участники обретают понимание собственных схем как неконструктивных способов совладания с реальностью. Возникает потребность в освоении нового

опыта, который дает возможность самостоятельно производить нужные когнитивные, аффективные, межличностные и поведенческие изменения в целях профилактики рецидивов в будущем. Таким образом, результаты поведенческого исследования позволяют утверждать, что метод интегративной схематерапии Дж. Янга является эффективным при работе с когнитивными искажениями, которые снижают психологическую безопасность у пациентов депрессивного спектра.

## Выводы

У пациентов с депрессивными расстройствами, независимо от нозологической принадлежности (F32.0, F32.1, F33.01, F33.11, F43.21, F43.22) выявляются ранние дезадаптивные схемы, включающие эмоциональную депривированность, подавление эмоций, жесткие стандарты.

Тяжесть депрессивного расстройства определяет степень нарушения психологической безопасности.

В процессе психотерапевтической работы необходимо учитывать различие в уровне напряженности защитных механизмов у пациентов депрессивного спектра различных нозологических групп.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2003. – 312 с.
2. Beck A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates // *Am J Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165. – P. 1–9.
3. Beck A.T., Dozois D.J.A. Cognitive therapy: Current status and future directions // *Ann Rev Med*. – 2011.
4. Bieling P.J., McCabe R.E., Antony M.M. Cognitive-behavioral therapy in groups. – New York, NY: Guilford, 2009. – 452 p.
5. Hollon S.D., Show B.F. Group cognitive therapy for depressed patients // *Cognitive Therapy of depression* / Eds. A. Beck, A. Rush, B. Shaw, G. Emery. – New York: Guilford Press, 1979. – P. 328–353.
6. Morrison A.P. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? // *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 2001. – Vol. 29. – P. 311–322.
7. Seligman M.E.P. Depression and learned helplessness // Friedman P.J., Katz M.M. (eds.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. – New-York: Wiley, 1974. – P. 83–125.
8. Смирнова Н.С., Счастный Е.Д., Стоян И.Я., Лебедева Е.В., Симуткин Г.Г., Суровцева А.К. Технология психофармакологической и когнитивно-поведенческой терапии при расстройствах адаптации депрессивного спектра: медицинская технология. – Томск: Иван Федоров, 2016. – 46 с.
9. Блешль Л. Депрессивные расстройства: этиология и анализ условий возникновения // *Клиническая психология*. – 2-е изд. / под ред. М. Пере, У. Баумана. – СПб., 2003. – 312 с.
10. Janoff-Bulman R. The world assumptions scale / B.H. Stamm (ed.) // *Measurement of Stress, Trauma and Adaptation*. – Lutherville, MD: Sidran Press, – 1996.
11. Young J.E., Brown G. Young Schema-Questionnaire (3rd ed.) // Young J.E., *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. – Rev. ed. J. – Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1999. – P. 63–76.
12. Холмогорова А.Б. Схема-терапия Дж. Янга – один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2014. – № 2. – С. 78–87.
13. Холмогорова А.Б. Концептуальный аппарат и основные принципы схема-терапии пограничного расстройства личности // *Современная терапия психических расстройств*. – 2015. – № 3. – С. 21–25.
14. Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. – New York: Wiley, 1999.
15. Ionescu S. (ed.). *Psychopathologies etsociete. Tendancesdans le champ de la psychopathologiesociale* // *Psychopathologies et societe. Traumatismes, evenementset situations de vie*. – Paris: Editions Vuibert, 2005. – P. 7–17.
16. Liotti G. Attachment and cognition: a guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy // *Cognitive psychotherapy. Theory and practice* / C. Perris (ed.). – Berlin, Heidelberg, NY.: Springer-Verlag, 1988. – P. 62–80.

## REFERENCES

1. Bek A., Frimen A. *Kognitivnaya psihoterapiya rasstrojstv lichnosti*. – SPb.: Piter., 2003. – 312 s.
2. Beck A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates // *Am J Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165. – P. 1–9.
3. Beck A.T., Dozois D.J.A. Cognitive therapy: Current status and future directions // *Ann Rev Med*. – 2011.
4. Bieling P.J., McCabe R.E., Antony M.M. *Cognitive-behavioral therapy in groups*. – New York, NY: Guilford, 2009. – 452 p.
5. Hollon S.D., Show B.F. Group cognitive therapy for depressed patients // *Cognitive Therapy of depression* / Eds. A. Beck, A. Rush, B. Shaw, G. Emery. – New York: Guilford Press, 1979. – P. 328–353.
6. Morrison A.P. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? // *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 2001. – Vol. 29. – P. 311–322.
7. Seligman M.E.P. Depression and learned helplessness // Friedman P.J., Katz M.M. (eds.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. – New-York: Wiley, 1974. – P. 83–125.
8. Tekhnologiya psihofarmakologicheskoy i kognitivno-povedencheskoy terapii pri rasstrojstvah adaptatsii depressivnogo spektra: Medicinskaya tekhnologiya / Smirnova N.S., Chastnyj E.D., Stoyanova I.YA., Lebedeva E.V., Simutkin G.G., Surovceva A.K. – Tomsk: [Ivan Fedorov], 2016. – 46 s.
9. Bleshl' L. Depressivnye rasstrojstva: ehtiologiya i analiz uslovij vozniknoveniya / v kn.: *Klinicheskaya psihologiya*. – 2-e mezhnunarodnoe izdanie / pod red. M. Pere, U. Bauman. – SPb., 2003 g. – 312 s.
10. Janoff-Bulman R. The world assumptions scale / B.H. Stamm (ed.) // *Measurement of Stress, Trauma and Adaptation*. – Lutherville, MD: Sidran Press, – 1996.
11. Young J.E., Brown G. Young Schema-Questionnaire (3rd ed.) // Young J.E., *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. – Rev. ed. J. – Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1999. – P. 63–76.
12. Holmogorova A.B. Skhema-terapiya Dzh. YAnga – odin iz naibolee effektivnyh metodov pomoshchi pacientam s pogranichnym rasstrojstvom lichnosti // *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*, 2014. – № 2. – S. 78–87.
13. Holmogorova A.B. Konceptual'nyj apparat i osnovnye principy shema-terapii pogranichnogo rasstrojstva lichnosti // *Sovremennaja terapii psicheskikh rasstrojstv*, 2015, № 3. – S. 21–25.
14. Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. – New York: Wiley, 1999.
15. Ionescu S. (ed.). *Psychopathologies etsociete. Tendancesdans le champ de la psychopathologiesociale* // *Psychopathologies et societe. Traumatismes, evenementset situations de vie*. – Paris: Editions Vuibert, 2005. – P. 7–17.
16. Liotti G. Attachment and cognition: a guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy // *Cognitive psychotherapy. Theory and practice* / C. Perris (ed.). – Berlin, Heidelberg, NY.: Springer-Verlag, 1988. – P. 62–80.

17. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах. – М.: Научный мир, 2016. – 320 с.
18. Young J., Klosko J., Weishaar M. Schema therapy. – N.Y., London, 2003.
19. Баева И.А. Психология безопасности как основа анализа экстремальной ситуации // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2012. – № 145. – С. 6–18.
20. Краснянская Т.М. Психология самообеспечения безопасности: феноменология, механизмы, стратегии. Дисс. ... д-ра психол. наук. – Таганрог, 2006. – 373 с.
21. Маслоу А. Мотивация и личность. – Ростов-на-Дону: Магистр, 2017. – 352 с.
22. Сараева Н.М., Суханов А.А., Мыскина Э.А. Влияние экологической неблагоприятной среды на психологическую адаптацию человека // Вестник Российского гуманитарного научного фонда. – 2015. – № 4 (81). – С. 150–161.
23. Соломин В.П., Михайлов Л.А., Маликова Т.В., Шатровой О.В. Психологическая безопасность: учеб. пособие. – М.: Дрофа, 2008. – 284 с.
24. Стоянова И.Я., Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Терехина О.В., Чеканова М.О. Личностные факторы риска парасуицидальности (антивита́льности) и снижения психологической безопасности студентов в образовательной среде // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2016. – № 4 (89). – С. 112–116.
25. Терехина О. В. Психологическая безопасность как фактор психического здоровья людей, проживающих в условиях риска техногенно-экологической угрозы. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Томск, 2016. – 24 с.
26. Касьяник П.М., Романова Е.В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. – СПб.: Изд-во политехн. ун-та, 2014. – 120 с.
27. Спилбергер Ч.Д. Исследование тревожности (адаптация Ю.Л. Ханина) // Диагностика эмоционально-нравственного развития / ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб., 2002. – С. 124–126.
28. Янов-Булман Р. Шкала базовых убеждений // Психодиагностика толерантности личности / под ред. Г.У. Солдатовой, Л.А. Шайгеровой. – М.: Смысл, 2008. – 172 с.
29. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 50 с.
30. Богомаз С.А., Гладких А.Г. Психологическая безопасность и ее измерение с помощью Шкалы базисных убеждений // Вестник ТГУ. – 2009. – Вып. 318. – С. 191–195.
17. Arntz A., Jakob G. Praktisches Handbuch zur Schema-Therapie. Methoden der Arbeit mit disfunktionellen Moden bei Persönlichkeitsstörungen. – M.: Nauchnyj mir. – 2016. – 320 s.
18. Young J., Klosko J., Weishaar M. Schema therapy. – N.Y., London, 2003.
19. Baeva I. A. Psihologiya bezopasnosti kak osnova analiza ehkstrema'noj situacii // Izvestiya RGPU im. A.I. Gercena. – 2012. – № 145. – S. 6–18.
20. Krasnyanskaya T. M. Psihologiya samoobespecheniya bezopasnosti: fenomenologiya, mekhanizmy, strategii : dis. ... d-ra psihol. nauk – Taganrog, 2006. – 373 s.
21. Maslou A. Motivaciya i lichnost'. – Rostov-na-Donu. – Magistr. – 2017. – 352 s.
22. Saraeva N. M., Suhanov A.A., Myskina E.H. Vliyaniye ehkologicheskij neblagopriyatnoj sredy na psihologicheskuyu adaptatsiyu cheloveka // Vestnik Rossijskogo gumanitarnogo nauchnogo fonda. – 2015. – № 4 (81). – S. 150–161.
23. Solomin V.P., Mihajlov L.A., Malikova T.V., SHatrovoj O.V. Psihologicheskaya bezopasnost': uchebnoe posobie. – M.: Drofa, 2008. – 284 s.
24. Stoyanova I.YA., Sagalakova O.A., Truevcev D.V., Terekhina O.V., CHekanova M.O. Lichnostnye faktory riska parasuicidal'nosti (antivital'nosti) i snizheniya psihologicheskoy bezopasnosti studentov v obrazovatel'noj srede // Sibirskij Vestnik psichiatrii i narkologii – 2016. – № 4 (89). – S. 112–116.
25. Terekhina O. V. Psihologicheskaya bezopasnost' kak faktor psichicheskogo zdorov'ya lyudej, prozhivayushchih v usloviyah riska tekhnogenno-ehkologicheskoy ugrozy: avtorefer. dis. ... k.p.n. – Tomsk, 2016. – 24 s.
26. Kas'yanik P.M., Romanova E.V. Diagnostika rannih dezadaptivnyh skhem. – SPb.: Izd-vo Politekh. Un-ta, 2014. – 120 s.
27. Issledovanie trevozhnosti (CH. D. Spilberger, adaptaciya YU. L. Hanin) // Diagnostika ehmocional'no-nravstvennogo razvitiya / red. i sost. I. B. Dermanova. – SPb., 2002. – S. 124–126.
28. Yanov-Bulman R. Shkala bazovyh ubezhdenij // Psihodiagnostika tolerantnosti lichnosti / pod red. G.U. Soldatovoj, L.A. SHajgerovoj. – M.: Smysl, 2008. – 172 s.
29. Vasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B. Psihologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya. – Spb.: Izdatel'stvo: SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2005. – 50 s.
30. Bogomaz S. A., Gladkih A.G. Psihologicheskaya bezopasnost' i ee izmerenie s pomoshch'yu SHkaly bazisnyh ubezhdenij // Vestnik TGU. – 2009. – Vyp. 318. – S. 191–195.

## Possibilities of Group Psychotherapy in Patients with Depressive Disorders

E.D. Schastnyy, N.S. Smirnova, I.Ya. Stoyanova, V.A. Rudnitsky

*Mental Health Research Institute of Tomsk NRMC, Tomsk, Russia*

### SUMMARY:

**Objective.** The paper considers possibilities of metacognitive schema therapy by J. Young in the group work with patients of depressive spectrum. The aim of the psychotherapy is the formation and development of psychological security in 40 patients treated at the Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center.

**Material and methods.** Methods of psychodiagnosis included Beck Depression Inventory and Hopelessness Scale, the scale of self-assessment of level of anxiety by Spielberger-Khanin, World Assumptions Scale by P. Janoff-Bulman, "Early Maladaptive Schemas" by J. Young, Life Style Index by L.I. Wasserman, E.B. Klubova.

**Results.** Significant correlations between level of psychological security and nosology of depressive spectrum disorders are absent ( $p > 0.05$ ). The interrelationships between degree of severity of the disorder and indices of psychological security both as a whole ( $r = -0.69$ ;  $p < 0.05$ ), and across separate scales: "worth of own Self" ( $r = -0.51$ ;  $p < 0.05$ ), "degree of self-regulation" ( $r = -0.55$ ;  $p < 0.05$ ) are found. The more severe the course of depression is the more severe is the distortion of image "Self" including experiencing the hopelessness, decrease of the belief in own forces, loss of control over events of own life.

**Conclusions.** In patients of depressive spectrum the early maladaptive schemas, emotional deprivation, emotional inhibition, unrelenting standards are revealed. It is established that severity of depressive disorder determines the degree of the impairment of psychological security and its recovery is promoted by the method of schema therapy used in the group form and directed at the reformation of cognitive structures.

**KEY WORDS:** depressive disorders; early maladaptive schemas; psychological security; metacognitive group psychotherapy

**CONTACT:** evgeny.schastnyy@gmail.com