

ВЫПУСК 4

“АКБТ”

ДЕКАБРЬ

2025

ЖУРНАЛ

**СОВРЕМЕННЫЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ И
ДОСТИЖЕНИЯ В
ОБЛАСТИ
КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ**

ВНУТРЕННИЙ ЖУРНАЛ АКБТ ДЛЯ ЧЛЕНОВ
АССОЦИАЦИИ И ИНТЕРЕСУЮЩИХСЯ
КОЛЛЕГ

Издается с 2025 года

Периодичность: 4 раза в год

Все права защищены. Название журнала, логотип, рубрики, все тексты и иллюстрации являются собственностью журнала и защищены авторским правом. Перепечатка материалов журнала и использование иллюстраций допускаются только с письменного разрешения редакции.

Связь с редакцией: xedin-90@mail.ru Mail@zakharova.info

Члены редакционной коллегии журнала:

Московченко Денис Владимирович - главный редактор

Кандидат психологических наук, аккредитованный по стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт и супервизор, Сертифицированный тренер и супервизор по Индивидуальной схематерапии (ISST).

Сертифицированный провайдер (тренер и супервизор) по Унифицированному Трансдиагностическому протоколу для лечения эмоциональных расстройств.

Захарова Юлия Владимировна - научный редактор

Клинический психолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт.

Агасарян Эмма Георгиевна - президент АКБТ, кандидат медицинских наук, Врач-психотерапевт, Аккредитованный по стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт и супервизор, сертифицированный тренер и супервизор по индивидуальной схематерапии (ISST).

Столбова Ольга Олеговна - член Президиума АКБТ, когнитивно-поведенческий психолог

Васильева Елена Игоревна - когнитивно-поведенческий психолог, член АКБТ, менеджер АКБТ.

Грошева Елена Владимировна - клинический психолог, член АКБТ, когнитивно-поведенческий психолог, схема-терапевт

Любенко Софья Александровна - клинический психолог, член АКБТ, когнитивно-поведенческий психолог, схема-терапевт

Дорогие коллеги и друзья!

Мы рады представить вашему вниманию новый выпуск нашего журнала, который в этот раз посвящен сложным и многогранным вопросам адаптации когнитивно-поведенческой терапии к различным культурным и религиозным контекстам. В условиях глобализации и растущей персонализации терапевтических вмешательств увеличивается требование к учету глубинных ценностей и убеждений клиентов. Это делает тему интеграции духовности в клиническую практику особенно актуальной.

В этом номере мы собрали исследования, освещающие применение религиозно-интегрированной когнитивно-поведенческой терапии (RCBT) при работе с верующими клиентами, принадлежащими к различным конфессиям.

На страницах журнала вы найдете не только теоретические обзоры, но и практические рекомендации по выстраиванию терапевтического альянса с клиентами, чье мировоззрение тесно связано с верой. Мы надеемся, что представленные материалы помогут практикующим специалистам расширить свой инструментарий и обеспечат более глубокое понимание механизмов изменений в процессе терапии. Желаем вам продуктивного чтения и новых профессиональных открытий в наступающем 2026 году.

С Уважением и пожеланиями успехов в Новом Году,

Главный редактор журнала
Московченко Денис Владимирович

ОГЛАВЛЕНИЕ

Современное состояние КПТ:	5
<hr/>	
Религиозно-интегрированная когнитивно-поведенческая терапия: Комплексный анализ теоретических моделей, клинических адаптаций и эффективности в межконфессиональном контексте	5
Список литературы	14
<hr/>	
Часть 2. Публикации членов АКБТ	17
<hr/>	
Яхин Филлос Флюорович	
Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации	17
Список литературы	28
<hr/>	
Мороз Ростислав Васильевич	
Когнитивно-поведенческий подход и христианское понимание природы человека	32
Список литературы	38
<hr/>	
Матюшин Вадим Викторович	
Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия	39
Список литературы	50
<hr/>	
Часть 3. Техники когнитивной терапии	30
<hr/>	
Гижицкий Виктор Владимирович	
Техника «Теория А и Теория В» в когнитивно-поведенческой терапии	52
Список литературы	58
<hr/>	

Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ: “Религиозно-интегрированная когнитивно-поведенческая терапия: Комплексный анализ теоретических моделей, клинических адаптаций и эффективности в межконфессиональном контексте”

Современная клиническая психология переживает фундаментальный сдвиг от строго секулярных, позитивистских моделей к био-психо-социо-духовным подходам. В течение десятилетий психотерапия, и в частности когнитивно-поведенческая терапия, функционировала в рамках парадигмы, которая либо игнорировала религиозность пациента, либо рассматривала её как потенциальный источник патологии. Однако накопленный эмпирический материал свидетельствует о том, что для значительной части популяции религиозные убеждения являются не периферийным, а центральным элементом структуры убеждений и правил, определяющим интерпретацию жизненных событий, копинг-стратегии и этические императивы (Smith M et al., 2025; Hoffman S. et al., 2012; Carlson et al., 2016).





Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Религиозно-интегрированная когнитивно-поведенческая терапия (RCBT) возникла как ответ на потребность в клинических протоколах, которые были бы конгруэнтны мировоззрению верующих пациентов. В основе RCBT лежит гипотеза о том, что когнитивные схемы верующего человека фундаментально неразрывно связаны с его теологическими убеждениями.

Следовательно, терапевтическое вмешательство, игнорирующее это измерение, рискует быть поверхностным или вызвать сопротивление из-за «когнитивного диссонанса» между ценностями пациента и целями терапии (Koenig H. et al., 2025).

Теоретические основы интеграции: Когнитивная модель и Теологическая антропология

Классическая модель КПТ Аарона Бека постулирует, что дисфункциональные эмоции и поведение являются следствием искаженной обработки информации и иррациональных убеждений. RCBT расширяет эту модель, утверждая, что для религиозного человека «истина» не ограничивается эмпирическими фактами, но включает в себя метафизические истины, изложенные в священных текстах. Таким образом, процесс когнитивной реструктуризации трансформируется из проверки реальностью в проверку истиной, где критерием валидности выступает религиозная доктрина (Pearce M. et al., 2015).

Этот процесс находит параллели во всех крупных религиозных традициях:

- В христианстве это концепция «обновления ума» (метанойя), описанная апостолом Павлом (Римлянам 12:2) (Johnson, 2017; Boa, 2001; Foster, 1998; Tan, 2011; Willard, 2002).
- В иудаизме — идея о том, что мысли человека определяют его сущность (Pearce M. et al., 2015)
- В исламе — принцип изменения внутреннего состояния как предпосылки изменения внешней реальности (Pearce M. et al., 2015)
- В буддизме и индуизме — практики контроля ума и осознанности для преодоления иллюзий (майя) и привязанностей (Aich T, 2013).

Эффективность RCBT зависит от глубины интеграции, которая может варьироваться от поверхностной до глубокой (Таблица 1).



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Таблица 1. Уровень интеграции религиозных ценностей и психотерапии

Уровень интеграции	Описание	Пример
ИмPLICITная	Использование духовных ценностей без явного обращения к религии. Терапевт уважает мировоззрение, но работает в светском фрейме.	Обсуждение прощения как ценности без цитирования Писания.
ЭКСПЛИЦИТная	Прямое использование религиозных ресурсов по согласию клиента. Включение молитвы, чтения текстов в сессию.	Когнитивная реструктуризация с использованием библейских стихов для опровержения иррациональных мыслей.
ИНТЕНЦИОНАЛЬная	Терапия рассматривается как часть духовного пути. Цель — не просто снятие симптомов, а духовный рост и святость.	Использование депрессии как повода для переосмысления отношений с Богом.

Христианская традиция: Конфессиональная специфика адаптации КПТ

Христианство не является монолитом, доктринальные различия между протестантизмом, католицизмом и православием требуют радикально разных подходов к адаптации КПТ. Универсальный «христианский» подход часто оказывается неэффективным, если не учитывает специфическую антропологию конфессии.

Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ



Протестантский и Евангельский подходы в психотерапии

В протестантской среде, особенно евангельской, интеграция КПТ опирается на представление о приоритете Священного Писания над светскими ценностями Священного Писания. Библия рассматривается как абсолютный авторитет, и терапевтический процесс часто моделируется как приведение мышления в соответствие с библейской истиной (Pax Renewal Center, 2025).

Когнитивная реструктуризация через Писание. Техника оспаривания дисфункциональных мыслей (disputing) здесь приобретает форму «библейского доказательства». Если пациент утверждает «Я никчем», терапевт не просто ищет доказательства успеха в жизни пациента, но апеллирует к онтологическому статусу верующего: «Псалом 139:14 говорит, что вы дивно устроены. Верите ли вы своим чувствам больше, чем Слову Бога?» (Pax Renewal Center, 2025). Это создает мощный рычаг изменения убеждений, так как иррациональная мысль маркируется не просто как «ошибочная», а как «греховная ложь» или неверие.

Техника «Пленения помышлений». Базируясь на 2 Кор. 10:5 («пленяем всякое помышление в послушание Христу»), терапия обучает клиентов тщательному мониторингу автоматических мыслей. Это коррелирует с метакогнитивной терапией, но с добавлением духовного императива. Журнал мыслей превращается в инструмент духовной дисциплины (Johnson, 2017).

Поведенческая активация и служение. В протестантском контексте пове-



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

денческая активация часто переосмысливается как служение ближнему. Депрессивная пассивность преодолевается не ради удовольствия (как в светской КПТ), а ради исполнения заповеди любви (Послание Иакова 1:22). Это придает деятельности высший смысл, снижая влияние ангедонии (Davis E., 2024).

Католический подход: ¹¹Томистская психология и структура добродетелей

Католическая интеграция КПТ фундаментально отличается опорой на философию Фомы Аквинского и аристотелевскую этику. Психика рассматривается как иерархическая структура, где разум (интеллект) должен управлять волей, а воля — страстями (эмоциями) (Johnson E., 2017).

Интеллект, Воля и Страсти. В томистской модели психологические расстройства часто интерпретируются как нарушение иерархии: страсти «захватывают» волю, затемняя интеллект. КПТ в этом контексте — это инструмент восстановления «естественного порядка». Когнитивная работа направлена на прояснение Интеллекта (познание Истины/реальности), а поведенческая — на тренировку Воли (Foster, 1998).

Концепция добродетели как терапевтическая цель. В отличие от протестантского акцента на вере, католический подход акцентирует внимание на формировании добродетелей через повторение действий. Терапия направлена на развитие кардинальных добродетелей (Tan S., 2011):

- **Благоразумие:** Аналог когнитивной гибкости и тестирования реальности.
- **Мужество:** Аналог экспозиционной терапии при тревожных расстройствах.
- **Умеренность:** Навыки саморегуляции и толерантности к дистрессу.

Сакраментальная интеграция и Искупительное страдание. Уникальным аспектом является интеграция таинств, особенно Исповедь. Исповедь рассматривается как терапевтический акт экстернализации вины и получения ресурса (благодати) для изменений (Carlson et al., 2016).

Кроме того, католическая модель активно использует концепцию искупительного страдания. Пациентов учат «приносить свои страдания» в жертву вместе с Христом. Это снижает вторичный дистресс (страдание по поводу наличия страдания), сближая этот подход с Терапией принятия и ответственности (Carlson et al., 2016).

Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Православная психотерапия: Терапия сердца

Православный подход наиболее радикально пересматривает западные психологические модели, скептически относясь к рационализму. Основой служит святоотеческая антропология и исихастская традиция (Carlson et al., 2016).



Дихотомия Ум и Рассудок: Православие различает дискурсивный рассудок, с которым работает классическая КПТ, и «Ум» — око сердца, орган непосредственного восприятия Бога. Психическая патология часто рассматривается как «потемнение Ума» и его рассеяние. Цель терапии — не просто рациональное переубеждение, а исцеление Ума через его возвращение в сердце (интеграция когнитивного и аффективного) (Razali, S. et al.1998).

Учение о помыслах. Святые отцы детально описали стадии проникновения греховной мысли: прилог (появление мысли), сочетание (внимание к ней), сосложение (эмоциональный отклик), пленение (одержимость) и страсть. Однако православная терапия предлагает иную стратегию: вместо диалога с мыслью (диспутирование в КПТ), предлагается «отсечение» помысла на стадии прилога через молитву (Иисусова молитва) и переключение внимания (трезвение). Это делает православный подход ближе к техникам осознанности и остановки мыслей, чем к классической рациональной реструктуризации.

Терапевтический альянс как Синергия: В православной модели исцеление

Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

— это синергия (сотрудничество) воли человека и благодати Божьей. Терапевт выступает не просто как технический эксперт, а как “со-путник”, помогающий устранить препятствия для действия благодати. Большой акцент делается на смирении как принятии реальности, что является мощным антидотом против нарциссических и перфекционистских расстройств (Razali, S. et al.1998).

Иудаизм: КПТ, Галаха и проблема Скрупулезности

Религиозная Скрупулезность

Религиозная скрупулезность (Religious Scrupulosity) - это специфическое проявление обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), при котором навязчивые мысли и компульсивные действия связаны религиозной или моральной тематикой. Стандартная экспозиция может быть неприемлемой (Abramowitz, 2014).



Адаптация экспозиционной терапии: Терапия проводится с раввином. Компульсия переопределяется не как «благочестие», а как нарушение закона. Например, особо подчеркивается запрет добавлять что-либо (правила, запреты, ритуалы) к заповедям. Раввин дает разрешение на «неидеальное» выполнение ритуала. Цель — выполнять заповеди с радостью (симха), а не из страха.



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Учение Рабби Нахмана как прототип КПТ (Carlson et al., 2016)

- Азамра («Я буду петь»): Практика поиска «хороших точек» в себе. Аналог работы с самооценкой.
- Хитбодедут (Уединенная беседа): Спонтанный разговор с Богом, включая выражение гнева. Техника эмоциональной регуляции.
- Борьба с иллюзиями: Депрессия как следствие «иллюзий» воображения. Терапия использует разум (даат) для возвращения в реальность.

Восточные традиции: Дхармические подходы к когнитивной терапии

Индуизм: Бхагавад-гита как модель кризисной интервенции (Bhatia S. Et al., 2013).

- Диагностика: Арджуна демонстрирует симптомы депрессии и катастрофизации («вижу лишь несчастья»).
- Терапевтическая интервенция (Карма-йога): Рефрейминг через Нишкама Карма — действие без привязанности к результату. Фокус на процессе (долг), отпуская результат (контроль высших сил). Снижает страх неудачи (Bhatia S. Et al., 2013).
- Типология Гун: Депрессия идентифицируется как Тамас (инерция), терапия активизирует Раджас (деятельность) для достижения Саттвы (равновесия) (Bhatia S. Et al., 2013).





Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Эмпирическая эффективность RCBT: Сравнительный анализ

Мета-анализы показывают, что религиозная адаптация КПТ не уступает, а часто превосходит стандартные протоколы при работе с религиозными клиентами (Bouwhuis-Van Keulen et al., 2024).

Религиозная КПТ (RCBT) в целом оказалась равноценной традиционной КПТ по терапевтической эффективности при депрессии, тревожных расстройствах и сопутствующих психологических проблемах у соматически больных. В ряде исследований она даже продемонстрировала превосходство над базовыми протоколами – особенно в контексте личностных смыслов (смысл жизни, надежда, благодарность) у глубоко верующих людей (Koenig H. et al., 2015).

RCBT столь же эффективно уменьшает проявления депрессии и тревоги, что подтверждено отсутствием статистически значимых различий во многих РКИ. При этом мета-анализы показывают умеренно больший суммарный эффект в религиозных выборках (разница ~0,3–0,5 в единицах стандартного отклонения) (Bouwhuis-Van Keulen et al., 2024).

Важнее то, что религиозная терапия не проигрывает во времени: опасения, что эффект RCBT может быть кратковременным, не подтвердились (в наблюдениях до 1–2 лет сохранялось улучшение, сравнимое с КПТ) (Propst L. et al., 1992). RCBT часто приводит к росту показателей, не всегда учитываемых в обычной терапии – оптимизма, благодарности, чувства прощения, жизненного смысла. Оба подхода (RCBT и КПТ) повышают эти «позитивные» показатели, но у верующих клиентов опора на религиозные ценности и священные тексты может усилить их динамику (Pearce M. et al., 2016).

Данные убедительно свидетельствуют, что эффективность RCBT относительно выше у людей, для которых вера действительно важна (Koenig H. et al., 2015). Если пациент глубоко религиозен, то включение его духовных убеждений в терапию может немного улучшить результаты и повысить удовлетворенность. Напротив, для слабо религиозных (или нерелигиозных) особой пользы от RCBT не ожидается – им подойдет стандартная КПТ. То есть религиозная адаптация целесообразна у той аудитории, которая этого желает и нуждается.

Таким образом, решающим фактором является учет религиозных предпочтений клиента: для тех, кто считает веру важной частью своей жизни, RCBT может стать оптимальным выбором терапевтической стратегии, объединяя доказанные методы когнитивно-поведенческого лечения с глубоко личностной духовной поддержкой.



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Список литературы

- 1) Abramowitz J. S., Jacoby R. J. Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5 // *Clinical Psychology: Science and Practice*. — 2014. — Vol. 21, no. 3. — P. 221–235. — DOI: 10.1111/cpsp.12076.
- 2) Aich T. K. Buddha philosophy and western psychology // *Indian Journal of Psychiatry*. — 2013. — Vol. 55, suppl. 2. — P. S165–S170. — DOI: 10.4103/0019-5545.105517.
- 3) Bhatia S. C., Madabushi J., Kolli V. [et al.]. The Bhagavad Gita and contemporary psychotherapies // *Indian Journal of Psychiatry*. — 2013. — Vol. 55, suppl. 2. — P. S315–S321. — DOI: 10.4103/0019-5545.105557.
- 4) Boa K. *Conformed to His Image: Biblical and Practical Approaches to Spiritual Formation*. — Grand Rapids: Zondervan, 2001.
- 5) Bouwhuis-Van Keulen A. J., Koelen J., Eurelings-Bontekoe L. [et al.]. The evaluation of religious and spirituality-based therapy compared to standard treatment in mental health care: A multi-level meta-analysis of randomized controlled trials // *Psychotherapy Research*. — 2024. — Vol. 34, no. 3. — P. 339–352. — DOI: 10.1080/10503307.2023.2241626.
- 6) Carlson K. M., González-Prendes A. A. Cognitive Behavioral Therapy With Religious and Spiritual Clients: A Critical Perspective // *Journal of Spirituality in Mental Health*. — 2016. — Vol. 18, no. 4. — P. 253–282. — DOI: 10.1080/19349637.2016.1159940.
- 7) Davis E. Should Christians Seek Talk Therapy? Deuteronomy 6:5 & Cognitive Behavioral Therapy [Электронный ресурс] // Fuller Living and Associates. — URL: <https://fullerlivingandassociates.com/should-christians-seek-talk-therapy-deuteronomy-65-cognitive-behavioral-therapy/> (дата обращения: 09.12.2025).
- 8) Faith Based Cognitive Behavioral Therapy: Powerful 2025 [Электронный ресурс] // Pax Renewal Center. — URL: <https://paxrenewalcenter.com/faith-based-cognitive-behavioral-therapy/> (дата обращения: 09.12.2025).
- 9) Foster R. *Celebration of Discipline: The Path to Spiritual Growth*. — San Francisco: HarperOne, 1998.



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

10) Hofmann S. G., Asnaani A., Vonk I. J. [et al.]. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses // *Cognitive Therapy and Research*. — 2012. — Vol. 36, no. 5. — P. 427–440. — DOI: 10.1007/s10608-012-9476-1.

11) Johnson E. L. *God and Soul Care: The Therapeutic Resources of the Christian Faith*. — Downers Grove: IVP Academic, 2017.

12) Koenig H. G., Pearce M. J., Nelson B. [et al.]. Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: a pilot randomized trial // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. — 2015. — Vol. 203, no. 4. — P. 243–251. — DOI: 10.1097/NMD.0000000000000273.

13) Koenig H. G., Pearce M. J., Nelson B. [et al.]. Effects of religious vs. standard cognitive behavioral therapy on therapeutic alliance: A randomized clinical trial // *Psychotherapy Research*. — 2016. — Vol. 26, no. 3. — P. 365–376. — URL: https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/148114/1/King_Therapeutic%20Alliance%20Paper%201-6-15%20Final%20Accepted%20Version.pdf (дата обращения: 09.12.2025).

14) Pearce M. J., Koenig H. G., Robins C. J. [et al.]. Religiously integrated cognitive behavioral therapy: a new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness // *Psychotherapy*. — 2015. — Vol. 52, no. 1. — P. 56–66. — DOI: 10.1037/a0036448.

15) Pearce M. J., Koenig H. G., Robins C. J. [et al.]. Effects of Religious Versus Conventional Cognitive-Behavioral Therapy on Gratitude in Major Depression and Chronic Medical Illness: A Randomized Clinical Trial // *Journal of Spirituality in Mental Health*. — 2016. — Vol. 18, no. 2. — P. 124–144. — DOI: 10.1080/19349637.2015.1100971.

16) Propst L. R., Ostrom R., Watkins P. [et al.]. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1992. — Vol. 60, no. 1. — P. 94–103. — DOI: 10.1037//0022-006x.60.1.94.

17) Razali S. M., Hasanah C. I., Aminah K., Subramaniam M. Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. — 1998. — Vol. 32. — P. 867–872.



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

16) Smith M., Jones A., Zormati P. [et al.]. A randomised controlled trial of a faith-based culturally adapted intervention for depression in young Muslim women (IM-Adapted): a multi-site feasibility trial protocol // Pilot and Feasibility Studies. — 2025. — Vol. 11, no. 1. — Art. 112. — DOI: 10.1186/s40814-025-01691-9.

17) Tan S.-Y. Counseling and Psychotherapy: A Christian Perspective. — Grand Rapids: Baker Academic, 2011.

18) Willard D. Renovation of the Heart: Putting on the Character of Christ. — Colorado Springs: NavPress, 2002.



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации



Филиус Флюрович Яхин

Клинический психолог

Заместитель председателя Правления Ассоциации психологической помощи мусульманам, член АКБТ, консультант по методу КПТ, сертифицированный схематерапевт (ISST)

КПТ для мусульман: общий обзор

Методы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) стали одним из наиболее популярных подходов при оказании психологической помощи мусульманам. Тренд на активное использование теории и практики КПТ, ее адаптации и модификации для клиентов-мусульман подтверждается опубликованными в последние годы в русскоязычном пространстве работами. В переведенном на русский язык сборнике из двух книг профессора Малика Бадри под общим названием «Теория и практика исламской психологии» (Бадри, 2019), а также его работе «Размышление. Исследование психики и души человека» (Бадри, 2019) обосновывается возможность эффективного использования теоретических положений, методов и техник КПТ при консультировании и психотерапии мусульман. Автор книги по консультированию мусульман Х.Рассул считает, что среди исламских ученых и практиков существует широкий консенсус в отношении того, что основополагающие принципы когнитивной терапии соответствует исламским ценностям. Однако, по его мнению, консультантам необходимо использовать духовно модифицированную модель когнитивной терапии, что требует определенной доработки и уточнения, подкрепленных исследованиями (Рассул, 2022). В литературе по исламской психологии отмечается, что религиозно-ориентированная (теистическая) терапия обычно интегрирует основанные на религии убеждения и концепции в рамках когнитивно-поведенческой терапии (Utz, 2011).

Группа западных исследователей, рассматривавших сходства и различия исламской парадигмы с одной стороны и принципов и стратегий КПТ с другой, пришла к выводу, что даже если существуют некоторые идеологические разногласия между ними, то КПТ, вероятно, является эффективным терапевтическим методом для большей части клиентов-мусульман. Фактически, убеждения некоторых современных исламских групп и более светских мусульман



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

исключительно хорошо соответствуют гуманистическим основам КПТ (Beshai, Clark, & Dobson, 2013). Другие авторы, рассматривая сходства и различия ислама и КПТ, представили подходы, включающие исламские концепции, которые, наряду со стратегиями КПТ, могут быть полезны для практикующих специалистов по психическому здоровью, работающих с мусульманами. В особенности для тех, кто хорошо ориентируется в модели КПТ и может чутко изменять свой подход к оказанию психологической помощи (Thomas, Ashraf, 2011).

Указывается, что несколько уникальных аспектов КПТ делают ее весьма подходящей для многих клиентов-мусульман (Beshai, Clark, Dobson, 2013). Во-первых, учитывая значимость поступков (активности, поведения) в исламе, акцент КПТ на домашних заданиях, внесеансовых поведенческих техниках может быть особенно привлекательным для клиентов-мусульман (Abudabbah, Hays, 2006). Во-вторых, ислам обычно рассматривается как иерархическая система, в которой знания передаются сверху вниз от эксперта (т. е. терапевта) к ученику (т. е. клиенту). Поэтому более директивный подход, которого придерживаются когнитивно-поведенческие терапевты, может быть довольно эффективным с клиентами-мусульманами (Carter, Rashidi, 2004). В-третьих, практические и обучающие стратегии особенно хорошо сочетаются с исламскими традициями получения знаний и уважения к ним (Hodge, Nadir, 2008), и соответственно, упор на психообразование и информирование клиентов лучше подходит для этой группы населения. Наконец, фокус КПТ на текущем и будущем функционировании соответствует исламским ценностям, которые отговаривают верующих от заикливания на прошлых событиях (Hamdan, 2008).

Когнитивно-поведенческие идеи мусульманских исследователей и ученых. Роль познавательных функций и мышления в исламе.

В этом контексте предлагается рассмотреть, как некоторые идеи исламской богословской и философской мысли перекликаются с базовыми положениями когнитивно-поведенческой терапии в части работы с когнициями и поведением.

Еще в XIV веке один из известных мусульманских ученых - Ибн Каййим аль-Джаузия - подробно остановился на вопросе взаимосвязях когнитивных элементов – мыслей и представлений – с эмоциями, мотивами, желаниями и поведением человека: «Известно, что человек не способен умертвить спонтанно возникающие мысли и у него нет сил пресечь их, ибо они приходят к нему регу-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

лярно, как дыхание. Однако силы веры и разума помогают ему принять наилучшее из этих мыслей, удовольствоваться ими и жить с ними, а также отталкивать от себя скверные из них и питать к ним отвращение» (Аль-Джаузия, 2014).

Ибн Каййим также останавливается на тех феноменах психики, которые в КПТ обозначают как «когнитивные искажения (ошибки)»: «Знание – это перенесение образа познаваемого из внешней среды и утверждение его в душе. А действие – это перенесение практического образа из души и утверждение его во внешней среде. И если утвердившееся в душе соответствует действительности, то это – правильное знание. Но очень часто в душе появляются образы, не соответствующие действительности, и тот человек, у которого формируются эти ложные представления, считает их знанием, в то время как на самом деле это всего лишь предположения. Большинство знаний, имеющих у людей, относятся как раз к этой категории» (Аль-Джаузия, 2013).

Таким образом, аль-Джаузия прямо говорит о необходимости и важности работы с мыслями человека, ошибками мышления и искаженными представлениями, работу с которыми КПТ положила в основу своей методологии.

Мусульманского ученого IX века Абу-Зайда аль-Балхи в комментариях к его работе «Пища для души» основоположник современной исламской психологии, профессор М. Бадри называет пионером когнитивной психотерапии, указывая, что аль-Балхи рассматривал ошибочное мышление, приводящее к эмоциональным психологическим привычкам, беспокойству, гневу и грусти, как основную причину психических расстройств души, как и КПТ (аль-Балхи, 2019). Если проанализировать рекомендации Балхи по работе с психологическими проблемами, в частности, с гневом (аль-Балхи, 2019), то они во многом напоминают базовые техники когнитивной психотерапии, приводимые в литературе по КПТ: «оценка преимуществ» (отсутствия гнева), «оценка недостатков» (проявления гнева и агрессии), «выбор формы поведения» (сознательное действие вместо рефлекторного), «эмоциональная регуляция», «отстранение», «осознанное наблюдение» (в момент возникновения гнева), «альтернативная интерпретация» (ситуаций или действий других, вызвавших реакцию гнева), «практика прощения», «практика принятия», «противоположное действие» и т.д. (Лихи, 2020).

При этом, можно найти значимые параллели КПТ не только с подходами мусульманских ученых, но и непосредственно с основополагающими положениями ислама. Так, для верующего мусульманина важнейшее значение



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

имеет акыда - мусульманское вероубеждение - своеобразный фонд догматов, идей и представлений об Аллахе и Его качествах, ангелах и других существах невидимого духовного мира, откровении и пророках, жизни после смерти, судном дне, предопределении и месте человека в мире и т.д. Искаженные убеждения с исламской точки зрения обуславливают и поддерживают эмоциональный дистресс и дисфункциональное поведение человека, и в этом смысле становятся аналогом глубинных убеждений в КПТ (Таблица 1).

Коранические положения раскрывают искаженные представления человека и конфронтуют с ними, касается ли это отношения человека к Богу, к ситуации, другим людям или к самому себе.

Таблица 1. Примеры искажений в убеждениях, аналогичных дисфункциональным глубинным убеждениям в КПТ. Кораническая конфронтация

Ислам	КПТ
«Когда же Он испытывает его, ограничивая его в пропитании, тот говорит: «Господь мой унизил меня» Вовсе нет! Вы сами не почитаете сироту, не побуждаете друг друга кормить бедняка, жадно пожираете наследство» (Коран, 89: 16-19)	«Я ничтожный», «Я ущербный», «Я неудачник»
«Он (Карун, библ.Корей) сказал: "Все это даровано мне благодаря знанию, которым я обладаю". Неужели он не знал, что до него Аллах погубил целые поколения, которые превосходили его мощью и накоплениями?» (Коран, 28:78)	«Я особенный человек, другие люди должны понимать это» «Так как я лучше всех, я имею право на особое отношение и привилегии» «Я имею все основания надеяться на большое будущее»



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

Таблица 1. Примеры искажений в убеждениях, аналогичных дисфункциональным глубинным убеждениям в КПТ. Кораническая конфронтация

Ислам	КПТ
«Видел ли ты того, кто обожествил свою страсть? Разве ты являешься его попечителем и хранителем» (Коран, 25: 43) «...Не потакайте желаниям, чтобы не отступить от справедливости...» (4: 136)	«Если я испытываю желание что-то делать, то я должен это делать» «Я могу не утруждать себя обдумыванием – мне достаточно положиться на «внутреннее» чувство»
«О те, которые уверовали! Избегайте многих предположений, ибо некоторые предположения являются грехом...» (49: 12)	«Доверять людям небезопасно» «Если люди ведут себя дружелюбно, они могут попытаться использовать или эксплуатировать меня» «Часто люди преднамеренно хотят досадить мне»

Следующие положения Корана нацелены на оспаривание когниций в отношении ситуаций, других людей и изменение последующих эмоциональных реакций: «Возможно, вам ненавистно то, что является благом для вас, и нравится то, что для является злом для вас. Аллах знает, а вы не знаете» (Коран, 2:216); «Если вы не любите их (ваших жен), то может вам не нравится то, что Аллах сделает великим благословением» (Коран, 4:19).

Одновременно вырисовываются параллели между позициями мусульманских ученых и КПТ в отношении поведения: как с точки зрения рассмотрения его в качестве фактора, поддерживающего психологические проблемы, так и с позиции использования поведенческих техник для лечения расстройств

Так, согласно мнению ранее упомянутого аль-Балхи, основная цель психоло-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

гической помощи, в том числе самопомощи, состоит в том, чтобы сначала научить себя не слишком остро реагировать на незначительные ситуации, сделать это привычкой, чтобы потом у человека получалось терпеть более расстраивающие ситуации и более раздражающие переживания. М. Бадри сравнивает такой подход с применением поведенческого терапевтического метода десенсибилизации (аль-Балхи, 2019).

Современная КПТ активно использует такую поведенческую интервенцию как экспозиция, направленную, прежде всего, на снижение избегающего поведения, которое является ключевым элементом многих тревожных расстройств и избегающего (тревожного) расстройства личности и часто встречается в симптоматике многих других психических расстройств и субклинических случаев (Добсон&Добсон, 2021; Бек, 2020). Ранее экспозиция часто применялась с использованием десенсибилизации (релаксация) или копинг-поведения (например, самоинструктирования). Но позднее появились исследования, которые допускают применение экспозиций «в чистом виде»: без постепенного снижения тревоги или применения копинг-стратегий (Добсон&Добсон, 2021).

Такая стратегия КПТ и все больший акцент на применение экспозиций для преодоления тревоги, страхов и избегания в полной мере соответствует одному из фундаментальных положений ислама – призыва к проявлению терпения в любых жизненных ситуациях, будь то религия или ежедневные мирские дела. Согласно исламу, высоко ценимое человеческое качество терпения (по-арабски – сабр), является, с одной стороны, способом приближения к Богу, а с другой – состоянием, которое вознаграждается: «Мы непременно испытаем вас незначительным страхом, голодом, потерей из имущества, душ и плодов. Обрадуй же терпеливых, которые, когда их постигает беда, говорят: "Воистину, мы принадлежим Аллаху и к Нему вернемся". Они удостоиваются благословения своего Господа и милости. Они следующие прямым путем» (Коран, 2: 155-157); «...Мы сделали одних из вас искушением для других: проявите ли вы терпение? Твой Господь - Видящий». (Коран, 25: 20); «Воистину, терпеливым их награда воздастся полностью без счета» (Коран, 39: 10).

По сути, применение экспозиции при работе с клиентом-мусульманином является обучением его искомому терпению: способности выдерживать неприятные физиологические состояния и эмоции (тревога, страх, гнев); реализовывать жизненные цели и совершать ранее избегаемые поступки, в том



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

числе религиозно поощряемые; вступать в межличностные отношения, что в итоге будет влиять на его религиозную приверженность, религиозную практику и ежедневное функционирование. Предполагается, что подкрепление экспозиции религиозным обоснованием – мотивирующими посланиями Корана и Сунны – будет способствовать согласию клиентов на экспозицию, преодолению тревоги на начальных этапах, доверию эффективности ее проведения, то есть повышению его мотивации на терапию. Однако данные утверждения требуют подтверждения эмпирическими исследованиями.

Аналогичным образом, поведенческая активация, используемая в КПТ в основном при терапии депрессии [2], близка к исламскому пониманию добрых дел как проявления веры. Ислам – религия не только внутренней веры («веры в душе»), но и внешнего ее проявления в виде самых разных благих деяний – от обязательных ритуальных актов поклонения до небольших добровольных добрых дел: «Тот, кто сделал добро весом в мельчайшую частицу, увидит его» (Коран, 99: 7); «Скажи: "Трудитесь [совершайте деяния], и увидят ваши деяния Аллах, Его Посланник и верующие"» (Коран, 9: 105). Кроме того, согласно исламу, позитивная активность либо оберегает от негативных состояний, либо способствует облегчению положения (дает легкость в делах): «Тому, кто отдавал должное (или раздавал милостыню) и был богобоязнен, кто признавал наилучшее, Мы облегчим путь к легчайшему» (Коран, 92: 5-7); «..Воистину, добрые деяния удаляют злодеяния...» (Коран, 11: 114).

КПТ и ислам: точки расхождения.

В то же время фундаментальные принципы ислама и философские основы КПТ предполагают несколько существенных точек расхождения, которые необходимо учитывать специалистам. Во-первых, несмотря на некоторые общие моменты, различается понимание масштабов окружающего мира (реальности) и пределов его познания – получения истинного знания о нем. С одной стороны, КПТ и ислам сближает то, что, согласно исламской онтологии и эпистемологии, объективная реальность существует, а научный метод и дух научного исследования не только принимаются в исламе, но и поощряются (Iqbal, 2007). Фактически, многие мусульманские ученые и историки рассматривают естественный мир как реализацию Божественной Воли, и, таким образом, систематическое изучение природы и человечества можно рассматривать как



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

раздел исламских наук (Izutsu, 2002). Однако, с другой стороны, согласно исламским источникам и традиционному мировоззрению, возможности чувственного человеческого познания существенно ограничены: существует огромный мир неведомого – «гайб» (Всемогущий Бог, ангелы, джинны, жизнь после смерти и т.д.), знания о котором невозможно получить через опытное познание органами чувств или разумом, и данное знание дается человечеству в исламском Откровении через особых представителей человеческого рода – пророков и посланников. Кроме того, даже в отношении материальной реальности – вещей, явлений, событий – всей полнотой знания человек не обладает, тем более он не может понять весь смысл происходящего. Ограничены пределы человеческого разума в отношении определения того, что является добром, и что является злом, даже несмотря на то, что естественная природа человека – фитра - устремлена к божественному, благому и красивому.

Руководящим Откровением для правоверного мусульманина является Коран, который ниспослан Господом, и поэтому любое утверждение, содержащееся в Коране, является непреложной истиной для верующего мусульманина (Ислам: Энциклопедический словарь, 1991). Кроме того, к Откровению относятся хадисы – высказывания и образцы поведения Пророка ислама – Мухаммада, которые также содержат религиозные, правовые и моральные положения, обладающие различной степенью обязательности. Поэтому, если Коран и хадисы предусматривают, что человек должен придерживаться определенных правил (например, человек обязан уважать и подчиняться своим родителям или не вступать в сексуальную связь вне брака), то несоблюдение таких требований (утверждений «должен») объективно недопустимо: «Для верующего мужчины и верующей женщины нет выбора при принятии ими решения, если Аллах и Его Посланник уже приняли решение. А кто ослушается Аллаха и Его Посланника, тот впал в очевидное заблуждение» (Коран, 33: 36). В КПТ, напротив, считается, что утверждения «должен» неуместны (Ellis, 1980) в том смысле, что их часто можно заменить утверждениями о вероятности, и, таким образом, использование подхода КПТ в этой части может оказаться не в полной мере применимо к клиентам с сильными религиозными взглядами.

С учетом сказанного, в отличие от теоретически неограниченного процесса проверки гипотез, принятого в КПТ, тот же процесс в исламском контексте довольно часто должен протекать в рамках априорного, заданного набора предписаний. Таким образом, для традиционного мусульманского клиента сбор



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

данных и процедура проверки гипотез должны заканчиваться, когда такие процессы или их результаты, скорее всего, будут нарушать исламское вероубеждение или обязательные предписания. Например, было бы неуместно просить клиента-мусульманина, обратившегося с сильным чувством вины, связанного с его добрачными интимными связями, и придерживающегося убеждений, что это является грехом, собрать доказательства, опровергающие такое убеждение, пытаясь снизить чувство вины, учитывая, что указанные поступки однозначно рассматриваются в Коране[3] и хадисах как один из тяжких грехов. Хотя по многим правовым и моральным вопросам в исламе есть различные толкования священных текстов (Корана и хадисов), однако сложившиеся интерпретации и сформулированные выводы религиозных авторитетов (богословов, правоведов, толкователей Корана, специалистов по хадисам) для мусульманина становятся также обязательными, если по соответствующим основаниям он воспринимает их как часть религиозной догмы и этики.

В то же время, хотя конкретные действия могут рассматриваться как объективно «неправильные» или «правильные», когнитивно-поведенческий терапевт, тем не менее, может помочь клиенту снизить его склонность к чрезмерному обобщению этих случаев (сверхобобщение) или «черно-белому» (дихотомическому) восприятию. Кроме того, стратегия когнитивной реструктуризации и другие техники когнитивной работы могут помочь выявить когниции, выражающие установки долженствования, включая запреты, ограничения, предписания, которые не основаны непосредственно на исламе, а культурно обусловлены, либо отражают личные представления о том, как «должен» быть устроен идеальный мир и «должна» протекать идеальная жизнь. Зачастую такие установки выходят за рамки религиозных предписаний и строго монотеистических положений ислама о жизни в этом мире как определенном испытании, предопределении Господом добра и зла, жизненного удела человека и т.д. В этой связи различение ислама как религии и культуры мусульман, которая может содержать не основанные на религии убеждения и практики, а также учет личных убеждений человека являются принципиально значимыми условиями эффективной терапии.

Важнейшей частью религиозной догматики ислама является вера в предопределение, из которой, соответственно, следует, что любые неприятности, в том числе психическое расстройство или психологические проблемы, а также



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

все внутренние и внешние факторы рассматриваются как проявление Божественной Воли: «Любое несчастье, которое происходит на земле и с вами самими, записано в Писании еще до того, как Мы сотворили его. Воистину, это для Аллаха легко» (Коран, 57: 22) «Скажи: «Нас постигнет только то, что предписано нам Аллахом. Он - наш Покровитель. И пусть верующие уповают на одного Аллаха»» (Коран, 9: 51). Одновременно ислам возлагает ответственность человека за то, что ним происходит: «Любое благо, которое достается тебе, приходит от Аллаха. А любая беда, постигающая тебя, приходит от тебя самого...» (4: 79); «Любое бедствие постигает вас лишь за то, что приобрели ваши руки, и Он прощает вам многое» (Коран, 42: 30).

Эти положения являются значимым фактором для процесса социализации клиентов-мусульман в КПТ (т. е. обучения клиента когнитивно-поведенческим принципам), который обычно происходит на начальных этапах терапии (Alford&Beck, 1997). Раз все события и даже психологические проблемы находятся в полной власти Божественного Соизволения, хотя и в некоторой (недоступной человеческому пониманию) степени зависят от решений и действий индивидов, то роль когнитивных процессов как адаптивных (функциональных, позитивных) или неадаптивных (дисфункциональных, негативных) будет не столь существенной. Не все искомые изменения в психологическом состоянии или жизни будут происходить из изменений в мышлении и убеждениях, а только если и когда Бог допускает такие изменения: «...Воистину, Аллах не меняет положения людей, пока они не изменят самих себя. Если же Аллах пожелает людям зла, то ничто не предотвратит этого. Нет у них властелина, кроме Него» (Коран, 13: 11). В то же время, представления о предопределенности жизненных невзгод способствуют принятию происходящих ситуаций и собственного состояния, формированию навыков эмоциональной регуляции и укреплению надежд на изменения. И могут, фактически, стать позитивным фактором для терапии.

В ходе терапевтического процесса использование стратегий и техник КПТ «в чистом виде», без культуральной адаптации или модификации может способствовать формированию коллизий между КПТ и исламом. Во-первых, существует вероятность непосредственной и положительной связи между уровнем религиозной приверженности клиента и конфликтом ценностей (Beshai, Clark, Dobson, 2013). Это происходит по мере того, как основные ценности КПТ вступают в противоречие с религиозными убеждениями клиента, которые могут устойчиво сохраняться и препятствовать изменениям или даже усиливаться как



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

стратегии совладания или защитные механизмы. В литературе утверждается, что основной областью диссонанса между западными психотерапевтическими традициями и исламским мировоззрением является особый акцент, который КПТ и другие западные модели психотерапии делают на индивидуализме, при том, что в исламе большой акцент делается на социуме и личном подчинении Богу (Thomas&Ashraf, 2009). В таком контексте становится довольно очевидным, что более строгая приверженность ценностям, согласно которым интересы сообщества ставятся выше интересов отдельного человека, с большей вероятностью будет вступать в противоречие с КПТ, которая явно уделяет большое внимание личности и ответственности личности за терапевтические изменения.

Кроме того, конфликт ценностей может быть связан и с характером представленной проблемы (запроса). Даже при низком уровне религиозной приверженности, заявляемые и/или преследуемые цели и стратегии изменения тех убеждений человека, которые воспринимаются как основополагающие для ислама, могут повысить вероятность такого столкновения. Например, использование КПТ для лечения клиента-мусульманина с тревогой, связанной с публичными выступлениями, почти наверняка будет менее проблематичным, чем использование когнитивно-поведенческих стратегий и техник для помощи мусульманскому клиенту с социальной тревогой в отношении взаимоотношений с противоположным полом. Это связано с тем, что тревожность может проистекать из убеждений, имеющих религиозный характер. А когнитивные искажения, в свою очередь, поддерживают или усиливают эту тревогу. Таким образом, коллизии между исламом и КПТ с большей вероятностью возникают в ситуациях, когда имеет место существенное несоответствие между фундаментальными ценностями клиента и ценностями КПТ. Причем независимо от того, сформировалось ли это несоответствие вследствие высокого уровня религиозной приверженности клиента, строгого соблюдения принципов и следования целям КПТ терапевтом или, возможно, более умеренных уровней обеих переменных (Beshai, Clark, Dobson, 2013). При этом следует признать, что все эти переменные весьма подвижны, индивидуально обусловлены и связаны еще с рядом других значимых факторов терапии. Соответственно, довольно сложно подтверждать степень их влияния эмпирическими исследованиями.

Также вероятность коллизии зависит от глубины когнитивных изменений, на которые нацелена терапия (Beshai, Clark, Dobson, 2013). В силу этических и



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

практических причин очень затруднительно, а зачастую и нецелесообразно, изменение глубинных убеждений (схем), которые могут иметь явно выраженные религиозные истоки у набожного мусульманина. В этих случаях возможны два варианта: 1) терапевтические интервенции на уровне автоматических мыслей и связанных с ними симптомов; 2) выявление таких убеждений (схем), которые, будучи даже в субъективном плане религиозно мотивированными, тем не менее не согласуются с исламскими принципами. Такая ситуация складывается в том случае, когда формирование этих убеждений (схем) связано с тенденциозной, искаженной интерпретацией религиозных установлений, которая формируется в силу личных психологических особенностей человека или культурно-обусловленных представлений и ценностей, влияния противоречащих исламу традиций и обычаев. Второй вариант работы требует высокого уровня специальной культуральной компетентности специалистов. В первую очередь, хорошего знания и понимания положений ислама, понимания различий и соотношения собственно религиозно-исламского и культурно-мусульманского в системе убеждений и моделях поведения клиентов.

Список литературы

- 1) Abudabbeh, N., & Hays, P. A. (2006). Cognitive-behavioral therapy with people of Arab heritage. In P. A. Hays & G. Y. Iwamasa (Eds.), *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision* (pp. 141–159). Washington, DC: American Psychological Association.
- 2) Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- 3) Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (2000). Mental illness and its treatment in Malaysia. In I. Al-Issa (Ed.), *Al-Junūn: Mental illness in the Islamic world* (pp. 163–186). International Universities Press, Inc.; Wahass, S. & Kent, G. (1997a). Coping with auditory hallucinations: A cross-cultural comparison between western (British) and non-western (Saudi Arabian) patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 664–668
- 4) Beshai, S., Clark, C. M., & Dobson, K. S. (2013). Conceptual and pragmatic considerations in the use of cognitive-behavioral therapy with Muslim clients. *Cognitive*



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

Therapy and Research, 37(1), 197–206.

5) Carter, D. J., & Rashidi, A. (2004). East meets west: Integrating psychotherapy approaches for Muslim women. *Holistic Nursing Practice*, 18(3), 152.

6) Ellis, A. (1980). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 325–340; Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: The Guilford Press.

7) Hamdan, A. (2008). Cognitive restructuring: An Islamic perspective. *Journal of Muslim Mental Health*, 3(1), 99–116.

8) Hodge DR, Nadir A. Moving toward culturally competent practice with Muslims: modifying cognitive therapy with Islamic tenets. *Soc Work*. 2008 Jan;53(1):31-41. doi: 10.1093/sw/53.1.31. PMID: 18610819.

9) Hodge, D. R., & Nadir, A. (2008). Moving toward culturally competent practice with Muslims: Modifying cognitive therapy with Islamic tenets. *Social Work*, 53, 31–41.

10) Iqbal, M. (2007). *Science and Islam*. Westport, CT: Greenwood Press.

11) Izutsu, T. (2002). *Ethico-Religious Concepts in the Qur'an*. McGill-Queen's University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt80w81>

12) Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. The Guilford Press

13) Qasqas, M. (2024). *Islāmically Modified Cognitive Behavioural Therapy (1st ed.)*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003364207>

14) abki, ZA., Sa'ari, CZ., Muhsin, SB., Kheng, GL., Sulaiman, AH., Koenig, HG (2019). Islamic integrated cognitive behavior therapy: a shari'ah-compliant interventions for Muslims with depression. *The Malaysian Journal of Psychiatry*

15. Thomas, J., & Ashraf, S. (2011). *Exploring the Islamic Tradition for Resonance and*



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

Dissonance with Cognitive Therapy for Depression. *Mental Health, Religion & Culture*, 14, 183-190. <https://doi.org/10.1080/13674676.2010.517190>

16) Utz A. *Psychology from the Islamic perspective*. Riyadh: International Islamic Publishing House, 2011. С.309-311

17) Аль-Балхи Абу Зайд (2019). Пища для души. Когнитивно-поведенческая терапия врача девятого века. Перевод и аннотация рукописи девятого века выполнен М.Бадри. Перевод Л.Мамедова, М.: Международный институт исламской мысли. ООО «Идрак», Ассоциация психологической помощи мусульманам;

18) Аль-Джаузия Ибн Каййим (2014). Деяния сердец//Пер. с арабского Е.Сорокоумовой. М.

19) Аль-Джаузия Ибн Каййим (2013). Фаваид.// Пер. с арабского Е.Сорокоумовой. М.,

20) Бадри М. (2019). Размышление. Исламское исследование психики и души человека./ пер. Р.Гулиев. 2-е изд. Межд.ин-т исламской мысли., Острог.

21) Бадри М. (2018).Теория и практика исламской психологии/под ред. О.С. Павловой, В.С. Полосина. М.: АНО НПЦ «Аль-Васатя - умеренность»,

22) Бек А., Фримен А. (2019). Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер.

23) Бек Джудит С. (2020). Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. СПб.: Питер

24) Добсон Д., Добсон К. (2021). Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. СПб.: Питер

25) Ислам: Энциклопедический словарь.—М.; Наука. Главная редакция восточной литературы, 1991.

26) Кантер Дж.У., Буш Э.М., Руш Л.К. (2021). Поведенческая активация: отличитель-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческая терапия при работе с клиентами-мусульманами: культуральные адаптации и модификации

ные особенности. М., Диалектика.

27) Лихи Р. (2020) Техники когнитивной психотерапии. – СПб.: Питер.

28) Рассул Х. (2022). Исламское консультирование. Введение в теорию и практику. М.: Институт интеграции знаний, Ассоциация психологической помощи мусульманам.



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий подход и христианское понимание природы человека.



Ростислав Васильевич Мороз

Психолог

**Когнитивно-поведенческий терапевт, Схематерапевт,
Руководитель Приморского отделения Ассоциации
когнитивно-бихевиоральных терапевтов, действующий
священник Русской Православной Церкви.**

Автор данной статьи является верующим человеком, и не просто верующим, но и священником Русской Православной Церкви. И одновременно практикующим когнитивно-поведенческим терапевтом. Данное совмещение нередко вызывает вопросы и со стороны верующих людей, и со стороны светских психологов, ибо это жанры разные, но все же имеющих отношение к душепопечению. Многие психологи, приходящие к вере, вынуждены критически пересматривать свой багаж, и отказываться от многих концепций, методов и техник, находя в них противоречия с христианским учением о человеке. Это справедливо, особенно для тех направлений, которые имеют свою особенную концепцию человеческой личности. Если мы возьмем классический психоанализ, мы убедимся, что это чисто материалистическая концепция понимания человека, в которой человек лишен дара свободы, ибо детерминирован собственным бессознательным. Если возьмем гуманистическое направление психотерапии (Маслоу, Роджерс и т.д.), то убедимся в противоположном понимании базовых свойств человеческой личности относительно психоанализа. Ибо человек, в представлении этого направления, имеет от рождения чистую природу, изначально стремящуюся к благу, которую портит исключительно социальная среда. Иное дело бихевиоризм. С одной стороны, это вполне себе материалистическая концепция, достаточно примитивно описывающая человека как продукт набора стимулов, с помощью которого можно добиться любого поведения. С другой стороны, случившаяся в 70-е годы прошлого века так называемая когнитивная революция внесла существенное дополнение: поведение человека зависит не столько от приложенных стимулов, сколько от внутренней оценки этих стимулов. Именно когнитивную часть психики описывается как ведущая. Или, другими словами, мышлению возвращается главенство среди всех психических процессов, имеющих место в природе человека.

Если мы обратимся к христианской антропологии, она имеет основание в Самом Боге, тайна Которого выражена прежде всего в Его троичности. Бог един,



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий подход и христианское понимание природы человека.

но при этом существует в трех Лицах: Бог Отец, Бог Сын и Бог Святой Дух. Если мы обратимся к христианской антропологии, она имеет основание в Самом Боге, тайна Которого выражена прежде всего в Его троичности. Бог един, но при этом существует в трех Лицах: Бог Отец, Бог Сын и Бог Святой Дух. Лица Троицы равночестны и равнозначны, но, при осуществлении любой деятельности имеют, если так можно выразиться, свою «зону ответственности». В частности, относительно творения мира и человека – Бог Отец замышляет, Бог Сын реализует, Бог Святой Дух окончательно оформляет и поддерживает творение. Библия повествует, что Бог творит мир Своим повелением, Божественным Словом: «И сказал Бог. да будет свет. И стал свет» (Быт. 1, 4). Словом здесь является как раз второе Лицо Святой Троицы, Бог Сын. Именно Его именует Словом апостол и евангелист Иоанн Богослов в своем Евангелии: «В начале было Слово, и Слово было у Бога и Слово было Бог. Все через Него начало быть, и без Него ничто не начало быть, что начало быть...» (Ин. 1, 1-5). Человек – это особое творение Бога, отличающееся от всей другой твари прежде всего тем, что имеет в себе образ и подобие Самого Бога: «И сказал Бог. сотворим человека по образу Нашему и подобию Нашему...» (Быт. 1, 26-27). Святые отцы дают множество толкований, что является образом и подобием Бога в человеке. В контексте нашей темы наиболее интересным представляется толкование, относящееся к человеческому разуму. Который также имеет в себе некоторую троичность – ум, слово и дух. Ум рождает мысль, мысль воплощается в слове, духом определяется направленность мысли. «Ум наш – образ Отца; слово наше – образ Сына; дух – образ Святого Духа», – учит святитель Игнатий Брянчанинов. – Как в Троице-Боге три Лица неслитно и нераздельно составляют одно Божественное Существо, так в троице-человеке три лица составляют одно существо, не смешиваясь между собой, не сливаясь в одно лицо, не разделяясь на три существа. Ум наш родил и не перестает рождать мысль, мысль, родившись, не перестает снова рождаться и вместе с тем пребывает рожденной, сокровенной в уме. Ум без мысли существовать не может, и мысль – без ума. Начало одного непременно есть и начало другой; существование ума есть непременно и существование мысли. Точно также дух наш исходит от ума и содействует мысли» (святитель Игнатий Брянчанинов).

То есть, согласно христианскому вероучению, ум занимает центральное место в антропологии человека. Проводя аналогии с психикой и ее процессами, мышление признается ключевым и системообразующим, все остальное – так или иначе – зависящим от процессов мышления. Тут сложно не заметить прямой аналогии с когнитивной моделью психики человека в когнитивно-поведенчес-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий подход и христианское понимание природы человека.

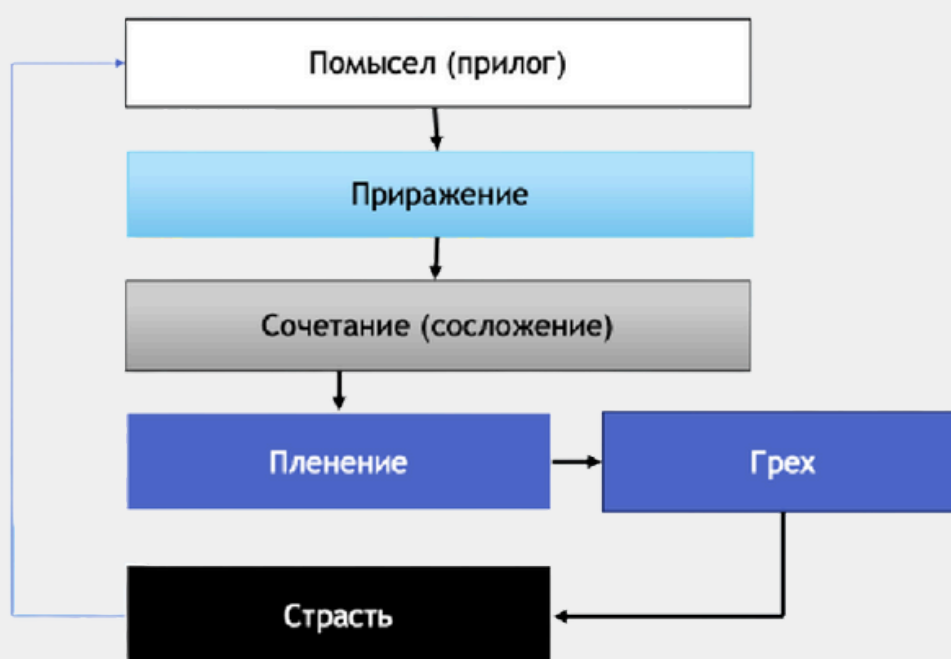
ком подходе.

Конечно, когнитивная модель не является абстрактной теорией, она применяется для практической работы. Христианская антропология тоже не является исключительно умозрительной, но активно применяется на практике. И если в светском обществе имеются специальные люди, которые не только разрабатывают какую-то теорию, но и обеспечивают ее практическое применение (ученые), так и в христианском обществе довольно быстро (уже к IV веку нашей эры) сформировалось сообщество, которое начало активно переводить христианские идеи в практическую плоскость. И самая активная часть таких людей сделали это делом своей жизни, можно сказать, профессиональной деятельностью. Так появилось монашество. Основное направление этой деятельности сложилось естественным порядком. Что является главным для христианина? Вернуться к Богу, воссоединиться с Ним. Что этому мешает? Прежде всего комплекс несовершенств как человеческой природы вообще, так и некоторых действий каждого конкретного человека, который именуется грехом. Чтобы научиться бороться с грехом, нужно было разобраться, что такое грех. И не только в общем, но и как он конкретно действует в каждом отдельном человеке. И такие исследования очень быстро привели к выводу, что грех не совершается «просто так». Всегда есть некоторая история, всегда есть причины. И если начинать разбирать эти причины, попытаться определить, где начало всего этого процесса, - как если бы мы попытались двигаться от устья реки к ее истоку, - финал будет всегда один. Какая-то мысль, какая-то идея, которая будет постепенно укрепляться, укореняться, пока не завладеет всем существом человека и не оставит ему никакого выбора. Наиболее известные исследователи этого процесса (мы именно их, как правило, называем святыми отцами Церкви) описали этот процесс в подробностях (Рисунок 1).

Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий подход и христианское понимание природы человека.

Рисунок 1.

Святоотеческое понимание развития греха в человеке



Имеет смысл обратить внимание, что модель развития страсти в человеке представляет из себя самоподдерживающийся цикл. Фактически это своеобразная концептуализация, составленная очень задолго до появления когнитивно-поведенческой модели.

Мысль, с которой процесс начинается, обычно называется помыслом (или прилогом). В когнитивно-поведенческой модели это аналог автоматической мысли. Мысль, которая просто приходит в голову (в христианском понимании не всегда «просто», ибо у каждой мысли есть источник: один из трех. Либо мысль от Бога, либо от самого человека, либо от дьявола. Отсюда важное значение имеет так называемое «искусство различения помыслов»). Если эту мысль проигнорировать, продолжения не будет. Но если ее заметить и начать с ней собеседование, то процесс может перейти в следующую стадию, которая называется приражение. По мысли еще не принимается никакого решения –



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий подход и христианское понимание природы человека.

Если мы еще «покопаемся» в святоотеческом наследии, то убедимся, что христианскими подвижниками были глубоко исследованы как формы мышления, так и способы борьбы с нежелательными мыслями. Мы можем видеть некоторую последовательность мыслительных действий от «различения помысла», где будет главным понимание, что помысел 1) вредоносный 2) не твой. «Мимолетные мысли, к которым сердце не прилепляется, быстро проходят, как в калейдоскопе. Ум наш никогда не останавливается, всегда занят. Дурные мысли не надо считать своей неотъемлемой собственностью, они не от нашего естества. Не может один и тот же ум и славословить Бога, и хулить. На такие мысли не надо обращать внимание, надо выбрасывать их, как сор, как нечто постороннее». (Прп. Никон Оптинский)

Вредоносным помыслам нужно уметь противостоять, но более эффективно – уметь не обращать на них внимание: «А что вы в домашней молитве своей, а иногда даже и в церковной, ощущаете разные мысли и рассеяние, то это бывает так иногда невольно, а иногда произвольно. Например, в Москве и Санкт-Петербурге почти непрерывно проходят мимо окошек разносчики с разными мелочами и кричат: «купите, купите! продаю очень дешево». Чтобы не проходить им и не кричать, это не в нашей воле, а остановить их и вступить в разговор с ними и в рассмотрение разносимых мелочей, это в нашей воле, и мы не без убытка бываем, когда купим у них что. Так должно разуметь и об мыслях. Чтобы они не приходили, это не в нашей воле, а разговаривать с ними в нашей, т.е. если усладимся нечистым воображением, от чего да сохранит нас Господь!» (Прп. Антоний Оптинский).

Проводя аналогию с когнитивно-поведенческим подходом, мы можем видеть здесь понимание и практическое применение принципов третьей волны КПТ задолго до ее появления.

Переходя к итогам вышеизложенных размышлений, возникает правомерный вопрос. Если в христианской традиции было столь глубоко проработанное понимание мышления человека и его связи с поведением, почему не появилось христианской психотерапии? Тем более, что попытки такие делались, но они не стали вполне успешными. Представляется, что основных причин здесь две. Во-первых, цели христианского делания и собственно психотерапии различаются. Цель христианского делания – восстановление отношений с Богом. Цель терапии – восстановление психического здоровья. Одно другому никак не противоречит и даже, отчасти, является необходимым условием (наличие психического здоровья), но все-таки это не одно и то же, поэтому и методы будут отличаться. Во-вторых, техники изменения мышления в христианском делании специфичны. Они



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий подход и христианское понимание природы человека.

рассчитаны исключительно на верующего человека, и не просто верующего, а человека, для которого вера является содержанием его жизни. Если говорить проще, техники эти разрабатывались монахами для монашествующих. Прежде всего это такие важные формы христианского подвижничества, как непрестанная молитва, откровение помыслов и безусловное послушание духовнику. Реализовать их вне стен монастыря очень проблематично. Не то, чтобы прочие верующие не могли этого делать, но это очень сложная задача. Хотя, безусловно, имеющийся опыт показывает, что применение этих техник позволяет добиться глубокого изменения мышления и, как следствие, всей жизни подвижника, позволяя стяжать святость, как высшую форму существования человека, возможную на земле. В отличие от христианского подхода, техники, разработанные в рамках когнитивно-поведенческого подхода, рассчитаны на любого человека и они гораздо проще в изучении и практическом применении. При этом они, что уже вполне очевидно, весьма комплементарны техникам христианского делания. Что вполне позволяет взаимозаменяемо ими пользоваться: где (или, точнее, с кем) есть возможность применить христианские техники в рамках когнитивно-поведенческой концептуализации, это будет вполне уместно и (при корректном применении) может улучшить терапию. И наоборот, на начальных стадиях христианского делания, с целью научиться различать помыслы и правильно им противостоять, вполне возможно использование техник КПТ. В частности, святые отцы много писали о так называемой «прелести» как наиболее серьезной проблеме для начинающих (и не только начинающих) подвижников. То, что противоположно прелести, есть состояние «благоразумия» или «трезвения», способность правильно, логично и реалистично рассуждать. «Также я хочу, дети мои, чтобы вы знали, что есть много таких, которые совершали великие подвиги в течение всей своей жизни, но их погубил недостаток рассуждения (благоразумия), трезвения. И не удивительно, дети мои, что если вы без трезвения будете совершать труды ваши, то попадете в руки дьявола, думая при этом, что приближаетесь к Богу, и в ожидании света, вместо него вас охватит вечный мрак» (Прп. Антоний Великий). Когнитивно-поведенческий подход как раз позволяет этому научиться очень хорошо.

В заключение мы можем сделать выводы, что когнитивно-поведенческий подход не создал какого-то принципиально нового знания о мышлении человека, но, основываясь на многовековой мудрости, взятой из разных источников, создал понятную и удобную технологию работы с мышлением, направленную, прежде всего, на лечение психических расстройств. Идея первичности мышления



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий подход и христианское понимание природы человека.

относительно прочих психических процессов оказалась созвучной христианской антропологии, которая для верующего человека является безусловной истиной, так как базируется на откровении Самого Бога. Поэтому, несмотря на продолжающиеся научные споры относительно первичности/ не первичности мышления, ученый-христианин не будет сомневаться, что когда-нибудь этот спор получит свое окончательное разрешение в виде научного постулата о первичности мышления. Методы и техники когнитивно-поведенческой терапии, в отличие от некоторых иных направлений психотерапии, не противоречат христианскому пониманию природы человека и могут быть безоговорочно использованы в практике христианского психолога.

Список литературы

- 1) Творения святителя Игнатия Брянчанинова. Том 1. Аскетические опыты. – М.: Паломник, 2020. – с. 250-251;
- 2) Прп. Никон Оптинский, Душеполезные поучения преподобных оптинских старцев. Том 2. М.: Благовест, 2018. - с. 76;
- 3) Прп. Антоний Оптинский, Душеполезные поучения преподобных оптинских старцев. Том 2. М.: Благовест, 2018. - с. 68;
- 4) Прп. Антоний Великий. Творения. – М.: Благовест, 2017.



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия



Матюшин Вадим Викторович

**Клинический психолог
ДБТ- и АСТ-терапевт, ДБТ наставник и полный
преподаватель
ДБТ, инструктор осознанности**

«...я вспоминаю, как несколько лет назад я был на встрече выпускников Йельского университета. Я сидел там и разговаривал с одним из однокурсников о позитивной психологии, благодарности и сострадании. Он посмотрел на меня с усмешкой и сказал: «Боб, кажется, некоторые говорили об этом более 2000 лет назад». Полагаю, мы продолжаем узнавать то, что уже известно другим.»

Роберт Лихи из предисловия к книге «Буддийская психология и когнитивно-поведенческая психотерапия»

С середины XX века отмечается рост интереса к буддизму в рамках западной психотерапии. Уже первые исследователи обращали внимание на сходство в декларируемой цели психотерапии и буддизма: обе традиции стремятся избавить человека от страдания, пытаясь изменить его психические процессы. Далее мы постараемся кратко осветить ключевые эпизоды истории взаимодействия буддизма и КБТ и актуальные точки взаимодействия.

Представители буддийской традиции подчеркивают, что относить весь комплекс буддийских идей и практик к одной западной категории «религия» - это свехупрощение. По их мнению, в рамках буддизма можно выделить по меньшей мере 3 комплекса идей:

- буддийская религия (метафизические и сотериологические концепции);
- буддийская философия (учение о пустотности «Я» и окружающего мира);
- буддийская эмпирическая «наука об уме» (набор отрефлексированных наблюдений о механизмах функционирования психики) (Dalai Lama & Thubten Chodron, 2017).

Последние десятилетия интерес к буддийской мысли (в первую очередь к буддийской философии и к «науке об уме») проявляют представители западной философии сознания, феноменологии, психологии и нейронаук. Этот интерес выражается в совместных исследовательских проектах, круглых столах, адаптациях учебных программ, появлении новых междисциплинарных областей исследований (Wallace, 2007). Проникновение буддийских концепций и практик в



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

психотерапию является частью этого, более широкого, процесса взаимообмена западной и восточной интеллектуальных традиций.

Легче всего рост интереса к буддийским идеям со стороны психотерапевтов обнаружить в их текстах. Например, К.Г. Юнг написал предисловие к книге Д.Т. Судзуки «Основы дзен-буддизма», где отметил параллели в описании буддийского пути со своей теорией индивидуации. Э. Фромм исследовал сходства и различия практики дзен и психоанализа в работе «Дзен буддизм и психоанализ». К концу XX века было опубликовано множество книг, авторами - психотерапевтами различных направлений, которые практиковали буддизм и использовали буддийские идеи для терапевтических целей. Из переведенных на русский язык книг этой категории можно упомянуть М. Эпштейн «Мысли без мыслящего», Т. Брах «Радикальное принятие», Т. Беннетт Гоулман «Алхимия эмоций» и др. Также вышел ряд коллективных сборников статей, посвященных пересечениям буддизма и психотерапии. (На русский язык переведены «Self и No-Self: Продолжение диалога между буддизмом и психотерапией», «Пробуждение и прозрение. Дзен-буддизм и психотерапия».) В 2002 году журнал «Cognitive and Behavioral Practice» посвятил специальный выпуск интеграции буддийской философии в практику КБТ. В этом сборнике опубликованы статьи о связи буддизма с АСТ (Hayes, 2002), ДБТ (Robins, 2002), метакогнитивной терапией (Toneatto, 2002) и терапией зависимостей (Marlatt, 2002). Из недавних работ заслуживают упоминания «Buddhist Psychology and Cognitive-Behavioral Therapy: A Clinician's Guide», Д. Тирча, Л. Силберштейн и Р. Колта (хорошо известных русскоязычным психотерапевтам) и Т. Giralди «Psychotherapy, Mindfulness and Buddhist Meditation».

Часть работ подчеркивает параллели между буддийскими моделями совладания со страданием, и моделями, сложившимися в рамках КБТ. Эти параллели позволяют некоторым авторам утверждать, что этим мы можем научно обосновать эффективность буддийских идей и практик (Hayes, 2002). Другие авторы, опираясь на принцип прагматичности КБТ («всё что работает – тому есть место в КБТ»), призывают на этой основе смелее заимствовать привлекательные концепции (Toneatto, 2002). Работы 2010-20-х гг. используют оптику колониальной теории. Они подчеркивают скрытый характер заимствования буддийских идей западным научным сообществом и призывают открыто признать азиатское наследие (Wang & Stone, 2022).

Что заставляет исследователей и практикующих психотерапевтов обращаться в своих поисках к буддийским концепциям и практикам? В качестве факторов, влияющих на этот процесс, называют: 1) растущее культурное разнообразие кли-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

ентов; 2) необходимость «этнокультурно-синтонных» интервенций для выходцев из азиатских культур; 3) буддизм выступает скорее, как система практик, а не догм, что делает его более приемлемым для экспериментов по интеграции; 4) сходство буддизма и КБТ в том как они смотрят на взаимосвязи мыслей, эмоций и поведения; 5) высокие показатели рецидива в КБТ заставляют искать новые инструменты в любых источниках; 6) рост числа исследований по нейрофизиологии буддийской медитации, повышающих доверие и интерес клиентов к этим практикам; 7) признание важности духовного измерения в человеческой жизни в научной литературе и рост числа эмпирических исследований о вкладе духовности в человеческое благополучие; 8) медийная активность лидеров буддийского сообщества (Далай-Ламы, Тит Нат Хана, Матье Рикара); 9) растущий доступ к высококачественным переводам классических буддийских текстов на английском языке; 10) рост числа буддийских центров в Западе (Shonin и др., 2014).

Буддийские традиции, внесшие вклад в КБТ

В современном буддизме существует несколько крупных течений в разной степени оказавших влияние на психотерапию.

1) Южная ветвь буддизма - традиция Тхеравады (Тайланд, Бирма, Шри-Ланка). На основе учений и практик этой традиции в 1975 году в США была основана организация «Insight Meditation Society», которая внесла огромный вклад в распространение буддийских идей и их адаптацию к современной западной культуре. Многие американские психотерапевты, использующие в своей практике элементы буддизма, в той или иной степени связаны с этим сообществом. Практика сатипаттханы (применения четырех основ осознанности), ключевая для этой традиции, в большой степени повлияла на набор упражнений и логику протоколов MBSR\MBCT.

2) Дзен-буддизм (Япония, Вьетнам). Во второй половине XX века в США активно развиваются центры дзен-буддизма. Это связано с эмиграцией в Америку ряда крупных носителей традиции дзен, и с подъемом контр-культурных молодежных движений. Влияние дзен ярко прослеживается в таких терапевтических подходах как DBT и MBSR\MBCT.

3) Северный буддизм Махаяны (Тибет, Непал, Северная Индия). Эта ветвь буддизма довольно широко представлена в медиа (в большой степени благодаря публичной деятельности ЕС Далай-Ламы). Крупнейшей организацией, способс-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

твующей обмену идеями между представителями этой традиции и западной наукой, является «Mind & Life Institute». Представители этой традиции часто участвуют в нейрофизиологических исследованиях медитативных практик, междисциплинарных круглых столах, обсуждениях вопросов философии сознания, этики и психического здоровья. Но их вклад в психотерапевтическую практику на сегодняшний день очень небольшой. Известно несколько протоколов, в основном связанных с развитием сострадания, в разработке которых участвовали выходцы из этой традиции, и некоторые практики, используемые в CFT (Терапии сфокусированной на сострадании) пришли из этой ветви буддизма.

4) Буддийские традиции Китая (чань, буддизм Чистых земель) – пока в очень малой степени оказали влияние на психотерапию.

Вклад буддизма в инструментарий КБТ

Вклад буддизма в инструментарий КБТ

Сложно составить точный и исчерпывающий список буддийских идей и практик, которые вошли в различные направления КБТ. Ниже лишь некоторая часть из них:

1. Практики осознанности (наблюдение за дыханием, осознанная ходьба, наблюдение за органами чувств, наблюдение за психическими феноменами (мыслями, эмоциями, побуждениями), сканирование тела, наблюдение за болевыми ощущениями...)
2. Идея «Срединного пути»
3. Практика пребывания в настоящем моменте
4. Идея «равностного», принимающего отношения к своему субъективному опыту в текущем моменте
5. Идея и практика дистанцирования от содержания своих мыслей
6. Ценность переживания непостоянства внешнего мира и мира психики
7. Идея о процессуальном характере «Я» (отсутствии «Я», как постоянного феномена)
8. Идеи целенаправленного развития сострадания и любящей доброты (пал. метта), а также практики, связанные с ними.

Важно отметить, что часть этих идей носит характер универсальных прозрений, которые можно обнаружить в любой развитой системе созерцательных практик (созерцательное христианство, суфизм, адвайта, даосизм и др). Но в силу ряда исторических и культурных причин именно буддийские созерцательные практи-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

ки оказались более доступными для рецепции западным психотерапевтическим сообществом.

Пытаясь проследить пути заимствования идей и практик, стоит отметить, что до 2010-х годов их буддийские корни скорее замалчивались. Тем не менее мы можем найти подтверждения влияния буддийских идей в биографиях основоположников тех или иных психотерапевтических направлений. Так, в мемуарах создательницы ДБТ Марши Линехан заметное место уделяется размышлениям о её практике дзен (Linehan, 2020). В некоторых работах А. Эллиса упоминается о влиянии дзен на его терапевтическую практику (Christopher, 2003). Стивен Хейс, один из создателей подхода АСТ, в интервью рассказывает, что на него лично повлияла философия и практика дзен и что он некоторое время жил в восточном созерцательном сообществе (Russ Hurris, 2020). Алан Марлатт в своих воспоминаниях о создании Mindfulness-Based Relapse Prevention, MBRP) отмечает большую значимость для этого процесса своей личной буддийской практики (Marlatt, 2002).

Дзен и ДБТ

Наиболее ярким и открытым примером интеграции буддийских идей в КБТ является история диалектической-поведенческой терапии (ДБТ). В 80-х гг XX века для лечения клиентов с суицидальным поведением и ПРЛ М. Линехан предложила новый подвид КБТ – диалектическую-поведенческую терапию. Стандартные методы КБТ, делавшие упор на изменение мыслей и поведения, демонстрировали низкую эффективность, поскольку клиенты воспринимали такие интервенции как обвинения и инвалидацию. Чтобы сбалансировать фокус на изменении М. Линехан, опираясь на свой опыт практик дзен и христианской созерцательной молитвы, привнесла в психотерапию практики принятия и осознанности. Принципы дзен являются ядром обучения навыкам осознанности и перенесения стресса в стандартном тренинге навыков ДБТ. Исследователи подчеркивают глубокую схожесть буддийских идей и некоторых принципов ДБТ (Robins, 2002). В соответствии с принципами дзен, клиентов в ДБТ побуждают уделять внимание наблюдаемому опыту (а не умопостроениям о происходящем), учат оставаться в настоящем моменте (в противовес уходам в прошлое и будущее), призывают рассматривать внутренние состояния как объекты наблюдения, а не как истины, а практики осознанности используются как упражнения в экспозиции к неприятным переживаниям. Кроме того, важную роль как для терапевтов, так и для клиентов играет буддийская концепция



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

«Срединного Пути», практики отстраненного наблюдения за мышлением и практики сострадательного отношения к себе и окружающим.

В программу обучения ДБТ-терапевтов входит раздел, посвященный идеям дзен, их влиянию на терапию, сходствам и различиям дзен и поведенческой науки во взглядах на человека. В целом, ДБТ в наименьшей степени маскирует влияние буддийских идей клиническим или научным языком.

КБТ и практики осознанности

Когда заходит речь о рецепции буддийских идей в КБТ, чаще всего вспоминается протокол Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), созданный Джоном Кабат-Зинном в начале 80-х, и его развитие - протокол Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Эти протоколы содержат медитативные упражнения и концепции, заимствованные из буддизма, а преподавателей даже обучают отвечать на вопрос: «Почему MBSR это не буддизм?». Спустя несколько десятилетий Кабат-Зинн написал статью «Some Reflections on the Origins of MBSR...» (Kabat-Zinn, 2011) в которой открыто размышляет над тем, как возник MBSR, почему он основан на буддийском понимании закономерностей жизни, но подан в светском виде, как соединить научную эпистемологию и медитативные традиции и как учителям MBSR сохранять глубину практики, не используя буддийскую терминологию. С точки зрения Кабат-Зинна, MBSR - это не набор техник, а «универсальный способ воплощения дхармы». «Универсальная дхарма» у Кабат-Зинна - это не буддизм как религия, а всеобщий закон природы, описывающий структуру человеческого опыта (в том числе и опыта страдания), природу ума и возможность освобождения. Это дхарма, совпадающая по сути с буддийским учением, но не ограниченная его историческими и культурными формами. Именно эту дхарму MBSR стремится передать, используя светский язык, через практики осознанности. Эта «универсальная дхарма» включает в себя такие классические буддийские концепции как непостоянство, фундаментальную уязвимость человека к страданию, отсутствие самости («не – Я»), использование созерцательных практик для получения инсайта о природе реальности (випассана), обучение через прямой опыт, развитие «не-стремления», «не-цепляния» и др.. Кабат-Зинн утверждает, что он отказался от буддийских терминов, чтобы избежать ассоциаций с практиками «Нью-Эйдж», не создавать препятствий для людей, насторожено относящихся к религиозным системам, и сделать протокол доступным в самых разных клинических контекстах, где люди сталкиваются с интенсивным страданием.



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

С освоением идеи осознанности связан любопытный терминологический эпизод. Хотя термин *mindfulness* («осознанность») является английским переводом палийского термина *sati* (санск. *smṛti*), означающего «памятование», значение, которое он приобрел в психотерапевтическом контексте, благодаря усилиям Д. Кабат-Зинна, не соответствует его смыслу в буддийских текстах. В психологических подходах «осознанность» означает «безоценочное внимание к происходящему в настоящий момент», в то время как каноническое значение термина «памятование» - «не-забывание, удерживание в памяти объекта медитации или этического обета». На сегодняшний день «психотерапевтическое» определение стало настолько повсеместным, что теперь уже авторам буддийских текстов приходится делать специальную оговорку, подчёркивающую отличия в значении этого термина.

А. Бек и Буддизм

В 2005 году А. Бек был приглашен для публичной дискуссии о вопросах психического здоровья с Далай-Ламой. Перед этой встречей он изложил свое видение того, как соотносятся модели когнитивной терапии (КТ) и буддийской психологии в эссе «*Buddhism and Cognitive Therapy*». В своем анализе он не ограничился поверхностными аналогиями между «осознанностью» и КБТ, а попытался проанализировать механизмы возникновения страдания в обеих традициях. Согласно буддийской модели, чтобы устранить страдание необходимо избавиться от «умственных омрачений» (привязанность, гнев, гордыня, заблуждение, патологические сомнения и др.) и заменить их состояниями спокойствия, сострадания и мудрости. В эссе А. Бек приходит к выводу, что буддийские «умственные омрачения» можно понять в терминах когнитивной модели как устойчивые ошибочные интерпретации и эгоцентрические искажения обработки информации.

А. Бек считает, что и буддизм, и КТ пытаются уменьшить поглощенность человека собой и предлагает 3-уровневую модель эгоцентричности. На первом уровне речь идет о фокусе внимания на телесных ощущениях или мыслях о собственной ценности и проблемах (типично при тревоге, панике, депрессии, ипохондриии). На втором уровне происходит искажение значений событий: им приписывается чрезмерная личная значимость. Третий уровень эгоцентричности состоит в приоритете собственных желаний и целей над желаниями и целями других людей. Психотические пациенты демонстрируют гипертрофированную версию этих процессов, но и у «обычных» пациентов проявляются те же механиз-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

мы, но мягче. Таким образом, А. Бек фактически предложил когнитивное объяснение того, что в буддизме описывается как процесс возникновения страдания.

Также в своем эссе А. Бек уделяет внимание современным подходам, использующим управление вниманием (МВСТ, ДБТ и техники тренировки внимания). А. Бек подчёркивает, что и КБТ, и буддийская практика сходятся в двух ключевых процессах: дистанцировании от содержания мысли и децентрации, то есть снижении доминирования «я»-центра в восприятии. Эти процессы, по его мнению, не только уменьшают интенсивность негативных эмоций, но и создают условия для развития эмпатии и сострадания — качеств, традиционно считающихся центральными в буддизме, но также важных для психотерапевтического выздоровления.

Буддизм и Марлатт

В 2002 году один из мэтров психотерапии зависимостей Алан Марлатт публикует статью «Buddhist Philosophy and the Treatment of Addictive Behavior» (Marlatt, 2002). В ней он довольно откровенно рассказывает о своем личном пути к применению буддийских моделей в психотерапии зависимостей и предлагает модель зависимостей, основанную на буддийском понимании феноменологии и механизмов тяги («жажды»). Эта модель ориентирована на психологические и когнитивные процессы, а не на модель болезни или моральной слабости. Согласно этой модели, зависимость – это “ложное прибежище” от страдания. Поведение аддикции мотивировано страстным желанием, тягой, жаждой облегчения этого страдания. Эпизод употребления ведет к краткосрочному облегчению, но в долгосрочной перспективе усиливает страдания. Человек с зависимостью “цепляется” за стимулы, которые дают временное облегчение и эта зависимость подпитывается неведением (санск. авидья, неправильное понимание природы страдания и природы удовлетворения). Для того чтобы разорвать этот порочный круг Марлатт предлагает использовать несколько буддийских инструментов: 1) медитацию осознанности (в частности разработанную им модификацию, позволяющую проживать возникновение и уход волны тяги без импульсивных действий); 2) концепцию срединного пути (примерами идеи срединного пути для психотерапии зависимостей он называет концепцию «снижения вреда» и модель постепенных изменений); 3) доктрина непостоянства (стремление пациента к постоянному удовольствию, видение тяги как временного процесса); 4) использование сострадания к себе и другим (снижа-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

ет стыд и самокритику). В итоге Марлатт приходит к выводу, что буддизм выступает прагматичной моделью, ориентированной на наблюдение за психическими процессами и развитие навыков. За несколько тысяч лет до появления КБТ в нем предлагались схожие, а иногда и идентичные модели, объясняющие механизмы зависимости.

Буддизм и метакогнитивная терапия

Ещё одной областью интеграции буддийских идей в КБТ является сфера метакогнитивных ресурсов психики. Например, в своей статье КБТ-терапевт и практикующий буддист Т. Тонеатто показывает, как буддийская психология может способствовать пониманию и лечению тревожных расстройств через концепцию метакогниций (Toneatto, 2002). Он исходит из допущения, что КБТ стремится интегрировать любые техники, эффективность которых подтверждена эмпирически и это делает её открытой к заимствованию элементов буддийской психологии, которая и сама имеет эмпирический характер. Метакогнитивные процессы – это мышление о мышлении или осознанное наблюдение своих когнитивных процессов. Как буддизм, так и метакогнитивная психология различают «обычное содержание» ума и внутреннюю позицию, из которой это содержание может наблюдаться. Т. Тонеатто утверждает, что буддийские методы развития метакогнитивных способностей и сделанные на их основе феноменологические наблюдения, способны «углубить метакогнитивную модель тревоги, предоставив глубокое описание природы и функционирования когниции». Т. Тонеатто подробно объясняет ключевой буддийский тезис о том, что любые когнитивные состояния не являются объективной реальностью, они неуправляемы, непостоянны, лишены субстанциональности и не обладают собственной силой. Буддийская модель тревоги утверждает, что тревога возникает, когда человек принимает мимолётные когниции за опасные и реальные, приписывает им силу и значение, которых они не имеют, верит, что их невозможно переносить и пытается их избежать или подавить (что только усиливает страдание). Буддийские практики и модели позволяют понять и пережить в своем опыте, что когнитивные события естественны, не опасны и их можно наблюдать без реакции. Используя осознанное внимание, практикующий наблюдает за мыслями, не сливаясь с ними. При этом он не избегает и не подавляет их, а относится к ним с терпением, доброжелательностью и принятием. Вывод, к которому приходит Т. Тонеатто: буддийская психология фундаментально совместима с КБТ. Её ключевой вклад состоит в понимании природы когниций



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

и разработке практики осознанного внимания как инструмента коррекции метакогниций. Освоение этого подхода помогает пациентам «видеть» природу тревожных мыслей и прекращать реактивные ответы.

КБТ, сострадание и «любящая доброта»

Одна из недавних концепций, заимствованных КБТ из буддизма - это идея сострадательного отношения к себе и к другим. Буддийская традиция описывает сострадание (санск. каруна) как мотивацию, желающую «чтобы все живые существа были свободны от страдания и его причин». Современные исследовательские и практические протоколы по развитию сострадания открыто признают буддийские корни этой концепции и опираются на это определение. Терапия сфокусированная на сострадании (СФТ) – это наиболее яркий пример интеграции буддийского сострадания в рамках парадигмы КБТ. Исторически СФТ выросла из работы с пациентами, которые не отвечали на стандартную КБТ из-за сильного стыда и самокритики. Основатель подхода П. Гилберт сформулировал модель трех систем (угроза – драйв – безопасность) и строит терапию вокруг тренировки «системы безопасности» через сострадание, в том числе к себе. Подход соединяет элементы КБТ, психодинамических подходов, эволюционной науки и буддийских практик. (Singer & Bolz, 2013).

Ещё один пример объединения буддийской концепции сострадания с КБТ - программа Cognitively-Based Compassion Training (CBCT), разработанная в университете Эмори. Изначально эта светская программа тренировки сострадания, предназначалась для студентов, но затем её адаптировали для клинических и медицинских популяций. Эта программа практически полностью повторяет традиционную последовательность шагов для развития сострадания, принятую в тибетской системе практик лоджонг («тренировка ума»). CBCT часто используется как самостоятельная интервенция или как модуль внутри КБТ-программ при депрессии, стрессе, хронических заболеваниях (Ash и др., 2021).

Отдельная линия интеграции буддийских идей и практик в КБТ - это включение практик любящей доброты (пал. метта) в отдельные протоколы. Согласно буддийской традиции «любящая доброта» - это настрой, желающий благополучия всем существам. Его можно развивать и поддерживать с помощью соответствующих практик. В контексте терапии эти практики преследуют 2 цели: 1) достижение самоуспокоения и усиление позитивного аффекта; 2) изменения установок в социальных взаимодействиях. Эти практики можно встретить в программах по развитию самосострадания, ДПТ, Радикально Открытом ДПТ,



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

MBSR\ MBCT (и производных от них протоколах) (Stefan & Hofmann, 2019).

Критика взаимодействия КБТ и буддизма

Тем не менее часть исследователей (с обеих сторон) более критично смотрят на взаимодействие буддизма и западной психотерапии. Они обращают внимание на фундаментальные различия в целях психотерапии (устранение симптомов, возвращение к «нормальному» уровню страданий) и буддизма (полное преобразование сознания и устранение возможности для страданий), важность этического и метафизического измерения в буддизме. Некоторые авторы подчеркивают опасность коммерциализации и упрощения буддийских практик, и в частности, практик осознанности. Преподносимые в контексте КБТ практики осознанности превращены в товар, оторванный от своей этической основы, они используются для повышения продуктивности работников корпораций и эффективности действий военных во время армейских операций, что противоречит буддийским ценностям ненасилия и освобождения от страданий (Purser, 2019). Некоторых последователей буддизма заботит проблема культурной апроприации буддийских моделей и практик: западные психотерапевты извлекают буддийские практики из их культурного контекста, часто не признавая их азиатское происхождение, и продают их как "научно обоснованные" западные инновации. Также буддийских авторов беспокоит влияние терапевтической культуры на западный буддизм. По их мнению, он перестает быть «учением об освобождении» и становится разновидностью психотерапии. Всё это, впрочем, не мешает буддийским учителям апеллировать к терапевтическим понятиям и ценностям психотерапии. В современных буддийских учениях можно услышать утверждения, что «Будда был первым в истории когнитивным терапевтом» или предложение «стать своим собственным терапевтом».

Резюме

Подводя итог, мы видим, что со второй половины XX века происходит проникновение буддийских идей и практик в различные подходы в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии. Буддийское влияние ярко заметно в так называемых «терапиях третьей волны» - диалектической-поведенческой терапии и протоколах, основанных на осознанности (MBSR, MBCT, MBRP и др). Наиболее заметный вклад буддизма в КБТ связан с практиками осознанности, разработкой принимающей и дистанцирующейся позиции по отношению к свое-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

му опыту и идеей сострадательного отношения к себе и окружающим.

Список литературы

- 1) Ash, M., Harrison, T., Pinto, M., DiClemente, R., & Negi, L. T. (2021). A model for cognitively-based compassion training: Theoretical underpinnings and proposed mechanisms. *Social Theory & Health*, 19(1), 43–67. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00124-x>
- 2) Christopher, M. S. (2003). Albert Ellis and the Buddha: Rational Soul Mates? A comparison of Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) and Zen Buddhism. *Mental Health, Religion & Culture*, 6(3), 283–293. <https://doi.org/10.1080/1367467031000100975>
- 3) Dalai Lama, & Thubten Chodron. (2017). *Approaching the Buddhist path*. Wisdom Publications.
- 4) Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 58–66. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80041-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80041-4)
- 5) Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281–306. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>
- 6) Linehan, M. (2020). *Building a Life Worth Living: A Memoir*. Random House Publishing Group.
- 7) Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 44–50. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80039-6](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80039-6)
- 8) Purser, R. E. (2019). *McMindfulness: How mindfulness became the new capitalist spirituality*. Repeater.
- 9) Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 50–57. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80040-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80040-2)



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Буддизм и КБТ: искать общее, уважать различия

10) Russ Hurris. (б. д.). Interview Steven Hayes.
https://thehappinesstrap.com/upimages/Steve_Hayes_Interview.pdf

11) Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2014). The emerging role of Buddhism in clinical psychology: Toward effective integration. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(2), 123–137. <https://doi.org/10.1037/a0035859>

12) Singer, T., & Bolz, M. (2013). *Compassion. Bridging Practice and Science*. Max Planck Society.

13) Stefan, S., & Hofmann, S. G. (2019). Integrating Metta Into CBT: How Loving Kindness and Compassion Meditation Can Enhance CBT for Treating Anxiety and Depression. *Clinical Psychology in Europe*, 1(3), e32941. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i3.32941>

14) Toneatto, T. (2002). A metacognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 72–78. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80043-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80043-8)

15) Wallace, B. A. (2007). *Contemplative science: Where Buddhism and neuroscience converge*. Columbia University Press.

16) Wang, V., & Stone, B. M. (2022). Invisibility of Asians, Asian Americans, and Buddhist roots in Western psychology. *Psychiatry Research Communications*, 2(3), 100064. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100064>

Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника «Теория А и Теория В» в когнитивно- поведенческой терапии



Гижицкий Виктор Владимирович
Кандидат психологических наук, Клинический психолог
Аккредитованный по стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт

История техники

Техника «Теория А и Теория В» (Theory A/Theory B) относится к дидактическим инструментам когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), предназначенным для работы с катастрофическими интерпретациями. Проследить ее возникновение достаточно сложно. Скорее всего ее истоки уходят в классические когнитивные модели. Например, Давид Кларк в 1986 году в статье «A Cognitive Approach to Panic» описал, что центральным механизмом панического расстройства является катастрофическая интерпретация телесных ощущений (например, учащённое сердцебиение трактуется как «сердечный приступ») [Clark, 1986]. Одновременно с ним, Пол Салковскис в 1985 и 1989 годах предложил когнитивный анализ обсессивно-компульсивного расстройства, где критическим фактором является придание избыточного значения мысли (например, «думать о плохом опасно») [Salkovskis, 1985; Salkovskis, 1989]. Оба подхода базировались на идее альтернативного объяснения симптомов и их последующего эмпирического тестирования. В 1990-е годы Салковскис и его коллеги (в частности, D. Veale) стали использовать более наглядную форму работы с пациентами, формулируя две конкурирующие гипотезы:

- Теория А — катастрофическая интерпретация;
- Теория В — альтернативное, более реалистичное объяснение.

Таким образом, техника возникла как практическое расширение когнитивной модели Кларка и Салковскиса и была популяризирована в клинических руководствах по лечению тревожных расстройств и ОКР [Veale, 2007; Clark & Salkovskis, 2009].

В настоящее время данная техника наиболее часто используется:

- при паническом расстройстве (интерпретация соматических симптомов);
- при обсессивно-компульсивном расстройстве (значимость мыслей, контроль над ними);
- при генерализованном тревожном расстройстве (катастрофические сценарии)



Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника «Теория А и Теория В» в когнитивно- поведенческой терапии

будущего);

- при ипохондрии / тревоге здоровья (опасения болезни при наличии физических ощущений).

Техника может применяться как на сессии, так и в виде домашнего задания.

Суть техники

Часто при тревожных расстройствах человек объясняет события или свои симптомы катастрофически: «я болен, у меня слабое сердце», «если я буду думать плохо - мои близкие пострадают». Такое объяснение называют Теорией А.

Другое объяснение, более реалистичное и вероятное, называют Теорией В. Например: «эти симптомы связаны с моей тревогой, а не с реальной болезнью», «Меня пугают эти мысли, поэтому кажется, что случится что-то плохое, на самом деле мысли не материальны».

Данная техника помогает клиенту увидеть, что катастрофическое объяснение («Теория А») не является единственно возможным. Вместо немедленной «рационализации» терапевт предлагает ввести конкурирующую гипотезу («Теория В») и сравнить их между собой по критерию доказательности (Таблица 1).

Как работает техника:

- 1) Формулирование Теории А. Терапевт помогает клиенту чётко сформулировать его катастрофическое объяснение.
- 2) Формулирование Теории В. Вместе ищут другое объяснение — не обязательно обратное, а просто правдоподобное более вероятное и менее катастрофическое.
- 3) Сбор доказательств. Клиент анализирует факты «за» и «против» обеих теорий.
- 4) Проверка в реальности. Иногда, когда фактов недостаточно можно обратиться к поведенческим экспериментам, чтобы проверить, какая теория лучше подтверждается (например, наблюдать, что сердцебиение проходит без инфаркта). Либо, если клиент длительное время не обследовал здоровье, может иметь смысл пройти ему диспансеризацию. И ее результаты также будут фактами «за» или «против» обеих теорий.
- 5) Заключение. Клиент формирует вывод, какая теория лучше объясняет происходящее.



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника «Теория А и Теория В» в когнитивно- поведенческой терапии

Таблица 1. Пример работы с техникой “Теория А \ Теория В”

Ситуация	Теория А (катастрофическое объяснение)	Теория В (альтернативное объяснение)	Доказательств тва «за»	Доказательств а «против»	Вывод
Пример: Сердце сильно бьётся	У меня сердечный приступ, я умру	Это тревога, естественна я реакция на стресс	У отца был инфаркт; сердцебиени е сильное	Уже не раз бывало и проходило; обследования были нормальные; бывает на работе перед стрессом	Теория В более вероятна

Если по результатам анализа доказательств подтверждается Теория А (то есть катастрофическое объяснение оказывается более вероятным и поддерживается объективными данными), это указывает на наличие возможной медицинской проблемы. В таком случае задача психолога — не продолжать когнитивную работу, а рекомендовать клиенту обращение к профильному врачу для проведения медицинской диагностики и необходимого лечения.

Если же большую убедительность имеет Теория В (альтернативное объяснение, исключающее катастрофический исход), то именно эта гипотеза становится основой для последующей терапии. В этом случае начинается целенаправленная психотерапевтическая работа с тревогой, включающая когнитивные и поведенческие техники (коррекция искажений, экспозиции, поведенческие эксперименты и др.).

Место техники в структуре терапии

Применение техники «Теория А / Теория В» особенно целесообразно на ранних этапах когнитивно-поведенческой терапии, где основная задача — сфор-



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника «Теория А и Теория В» в когнитивно- поведенческой терапии

мировать у клиента когнитивную модель проблемы и мотивацию к дальнейшему исследованию собственных интерпретаций. Эта техника выполняет несколько ключевых функций: дидактическую, диагностическую, мотивационную и альянсообразующую.

Дидактическая функция

В начале терапии клиенту необходимо усвоить базовый принцип когнитивной модели — то, что эмоциональная реакция определяется интерпретацией событий, а не самими событиями. Техника «Теория А / Теория В» наглядно иллюстрирует этот принцип, противопоставляя две возможные когнитивные гипотезы: катастрофическую и альтернативную.

Как отмечал А. Бек, обучение клиента распознаванию и проверке своих автоматических мыслей является центральным элементом когнитивной реструктуризации [Beck, 1979]. Однако простое вербальное объяснение нередко оказывается недостаточно убедительным для тревожного клиента, склонного к буквальному восприятию своих симптомов и мыслей. Метод двух теорий превращает когнитивную модель в эмпирически наблюдаемую структуру — клиент видит, что его тревожные предположения можно рассматривать как одну из возможных гипотез, а не как факт.

Таким образом, техника выполняет роль обучающего инструмента, способствующего формированию у клиента метакогнитивной позиции — умения наблюдать и оценивать собственное мышление [Clark & Salkovskis, 2009].

Диагностическая функция

Сравнение Теории А и Теории В позволяет терапевту получить важную информацию о когнитивной структуре клиента:

- тип преобладающих искажений (катастрофизация, избирательное внимание, переоценка вероятности опасности);
- характер доказательственной базы (эмоциональные, субъективные или поведенческие аргументы);
- степень когнитивной ригидности и готовности к альтернативному мышлению.

По сути, эта техника служит качественным методом когнитивной диагностики, позволяя выявить, на каком уровне клиенту будет сложнее всего — в распознава-



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника «Теория А и Теория В» в когнитивно- поведенческой терапии

нии мыслей, в проверке доказательств или в эмпирическом тестировании.

Вил отмечает, что структурирование обсуждения симптомов в виде двух конкурирующих гипотез помогает терапевту понять, насколько клиент способен к аналитическому мышлению и допущению неопределённости — что имеет прогностическое значение для эффективности КПТ. Кроме того, результаты техники помогают наметить мишени для последующей когнитивной и поведенческой работы [Veale, 2007].

Мотивационная функция

На раннем этапе терапии важно создать у клиента ощущение, что тревога — это объект исследования, а не нечто неконтролируемое или опасное. Формат двух теорий снижает интенсивность тревоги, так как переводит её из эмоциональной плоскости в когнитивно-исследовательскую.

Салковскис (1999) подчеркивал, что терапевтическая работа должна вызывать у клиента любопытство к собственным мыслям, а не чувство угрозы. Сравнение Теории А и Теории В делает тревогу «проверяемой гипотезой» и усиливает чувство компетентности. Клиент начинает воспринимать терапию как совместное научное исследование, а не как «попытку убедить его».

Это повышает мотивацию, уменьшает сопротивление и способствует формированию внутреннего локуса контроля. Клиент получает первый опыт эмпирической проверки убеждений, что впоследствии делает более продуктивными техники поведенческих экспериментов и экспозиций [Veale, 2007].

Альянсообразующая функция

На ранних сессиях терапевту важно заложить основу кооперативных терапевтических отношений, основанных на доверии, уважении и совместном исследовании. Формат двух теорий способствует этому естественным образом: терапевт не навязывает «правильную» интерпретацию, а предлагает клиенту сравнить разные варианты и сделать вывод самостоятельно:

- «Давайте посмотрим, какие есть доказательства за вашу Теорию А»;
- «А какие факты могут говорить в пользу другой, альтернативной Теории В?»

Кларк и Салковскис (2009) отмечают, что такая позиция исследовательского



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника «Теория А и Теория В» в когнитивно- поведенческой терапии

партнёрства снижает риск сопротивления и способствует формированию у клиента чувства безопасности. Клиент ощущает, что его опыт не обесценивается, а рассматривается всерьёз, что усиливает валидирующий компонент взаимодействия.

Кроме того, этот подход отражает фундаментальный принцип КПТ — collaborative empiricism (сотрудничающий эмпиризм), предложенный Бекком (Beck, 1979): терапевт и клиент выступают как со-исследователи реальности, проверяющие гипотезы. Техника «Теория А и Теория В» делает этот принцип практическим и осязаемым уже в первые встречи.

Такой подход поддерживает уважительное и валидирующее взаимодействие: клиент видит, что его тревожные интерпретации не обесцениваются, а рассматриваются всерьёз как рабочая гипотеза. Одновременно ему предлагается поискать новые объяснения, что формирует ощущение контроля и автономности.

Заключение

Техника «Теория А и Теория В» — один из простых и в то же время наглядных способов демонстрации когнитивной гибкости. Она учит клиента мыслить в парадигме «несколько объяснений» и оценивать их правдоподобие, а не принимать катастрофический сценарий как факт. На ранних этапах терапии она служит дидактическим и диагностическим инструментом, укрепляет мотивацию и способствует построению терапевтического альянса, закладывая основу для дальнейшей когнитивной и поведенческой работы.

Список литературы

- 1) Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- 2) Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470.
- 3) Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583.
- 4) Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677–682.



**Часть 3. Техники когнитивной терапии - история,
описание, разбор случая
Техника «Теория А и Теория В» в когнитивно-
поведенческой терапии**

5) Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(Suppl 1), S29-S52.

6) Veale, D. (2007). Cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(6), 438-446.

7) Clark, D. M., & Salkovskis, P. M. (2009). *Cognitive Therapy for Anxiety Disorders*. Oxford: Oxford University Press.

8) Sighvatsson, M., Bjornsson, A. S., Emmelkamp, P. M., & Olafsson, R. P. (2021). Evaluation of mechanism of change in transdiagnostic cognitive behaviour therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 45(1), 135-147.