

УЯВЛЕННЯ ПРО ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ТРЬОХ ХВИЛЯХ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

Проаналізовано уявлення про психологічне благополуччя та механізми його досягнення у трьох хвилях когнітивно-поведінкової терапії (КПТ): поведінковій терапії першої хвилі КПТ, класичній когнітивній терапії А. Елліса та А. Бека другої хвилі КПТ та контекстуальних терапіях третьої хвилі КПТ.

Зазначено, що ідеалом психологічного благополуччя класичної поведінкової терапії є толерантність особи до фрустрації, що дозволяє зміну власної реакції на некомфортні стимули. Основними методами, що можуть забезпечити механізм досягнення цього ідеалу, є техніка покрокової десенсибілізації та вироблення іншої поведінки за допомогою оперантного навчання.

Зауважено, що класична когнітивна терапія А. Елліса та А. Бека оперувала більш повною моделлю, розглядаючи також особистісні чинники реакцій на стимули, що зумовило виникнення технік корекції помилкових стратегій мислення, які розглядалися як викривлення об'єктивного сприйняття інформації. Відповідно, ідеалом психологічного благополуччя вважається якомога більш реалістичний погляд на реальність, а механізмом – корекція змісту когнітивних утворень – автоматичних думок, глибоких переконань та наближення їх до якомога більш реалістичних шляхом тестування реальності, наприклад поведінкових експериментів. На переконання представників другої хвилі, людина має бути дослідником в розумінні позитивних наук – ставити гіпотези та перевіряти їх.

Означено також, що ідеалом психологічного благополуччя людини КПТ третьої хвилі є відсторонена позиція спостерігача щодо подій внутрішнього світу, під якими розуміються думки, емоції, глибокі переконання. Також важливого значення надається звершенню людиною своїх власних цінностей. Механізмом досягнення ідеалу є зміна контексту думок, що викликають дистрес без зміни їхнього змісту.

Попри певну суперечність між поглядами другої та третьої хвилі КПТ у роботі психолога техніки цих підходів можуть використовуватися у певній послідовності, адже за допомогою технік корекції думок терапії другої хвилі дещо змінюється статус думки як істини, що може поглиблюватися за допомогою технік третьої хвилі, що змінюють статус думки з об'єкта на статус контексту життя людини в досягненні власних цілей.

Ключові слова: когнітивно-поведінкова терапія, психологічне благополуччя, метакогнітивна терапія, терапія прийняття та відповідальності.

Вступ

Актуальність та мета дослідження. Когнітивно-поведінкова психотерапія є одним із найбільш поширених сучасних методів психологічного консультування та психотерапії. Вона включає підходи, пов'язані загальними принципами. Водночас у її межах вирізняються окремі напрями підходів, об'єднані С. Гейсом у три "хвилі" когнітивно-поведінкової терапії. У їх межах відбувається зміна поглядів на ідеал психологічного благополуччя особистості та механізми його досягнення. Динаміка зміни цих поглядів потребує наукової рефлексії та аналізу для виявлення основних закономірностей, що поглибить розуміння можливостей психологічної допомоги та інтеграції технік різних хвиль когнітивно-поведінкової терапії.

Огляд літератури. С. Гейс виокремлює три "хвилі" когнітивно-поведінкової терапії (Hayes, 2016). Першою хвилею когнітивно-поведінкової терапії вважають поведінкову терапію, що постала з класичного біхевіоризму Д. Ватсона та Б. Скінера. Основними методами, що застосовувалися у межах першої хвилі, були техніка покрокової десенсибілізації та вироблення нової поведінки за допомогою оперантного навчання. Другою хвилею вважають класичну когнітивно-поведінкову терапію А. Бека та раціонально-емоційно-поведінкову терапію А. Елліса. У межах цих підходів широко розроблялися техніки корекції помилкових переконань та стратегій мислення. Третя хвиля містить кілька підходів, які об'єднує акцент на аналізі та роботі над процесом переживання на противагу його змісту. До підходів третьої хвилі належать такі, як: Терапія Прийняття і Відповідальності (Acceptance and commitment therapy) С. Гейса; Діалектико-поведінкова терапія (Dialectical behavioral therapy) М. Лінехан; Метакогнітивна терапія (Metacognitive therapy) М. Веллса; Когнітивна

терапія, заснована на майндфулнес (Mindfulness based cognitive therapy – MBCT), Дж. Тісдейла; Терапія, сфокусована на співчутті (Compassion focused therapy) П. Гілберта та інші, менш відомі та поширені. У всіх зазначених підходах так чи інакше застосовується концепт майндфулнес (Mindfulness), як перебування тут-і-тепер та відстороненого спостереження та прийняття власних думок та емоцій.

Результати

Класичний біхевіоризм, а отже, і перша хвиля КПТ, оперували моделлю "Стимул-Реакція", що виключала будь-які внутрішні, особистісні змінні, будь-яке опосередкування впливу зовнішнього середовища на реакцію індивіда.

Така модель передбачала шлях психологічної допомоги особі в модифікації її реакції на стимули. Одним з основних методів психологічної допомоги в межах поведінкової терапії були систематична десенсибілізація та контробумовлення, засновані та теоретичних положеннях Д. Вольпе та К. Джонс. Особі пропонувалася програма покрокового наближення до негативно забарвлених для неї стимулів від найменш до найбільш лячних або неприємних. При цьому людина мала заспокоювати себе за допомогою технік дихання або прогресивної м'язової релаксації. Відповідно до механізму реципрокного гальмування відбувалося зменшення сили однієї реакції під дією одночасно викликаній альтернативної реакції. Важливою умовою при цьому було не вийти з "вікна толерантності" особи, щоб вона була в змозі переносити психологічний дистрес.

Психологічне благополуччя особистості бачилося залежним від того, що А. Елліс пізніше називав "толерантністю до фрустрації" (Ellis, 2004) – здатністю витримувати психологічний дискомфорт в експозиції до

емоційно негативно забарвлених стимулів задля корекції власних неадаптивних реакцій.

Також широко використовувалася теорія оперантного навчання Б. Скіннера для вироблення нової поведінки. У такому випадку використовувалася обернена формула "Реакція – Стимул", і особу нагороджували за поведінку, що наближала до поставленої мети.

Треба зазначити, що ці практичні і теоретичні погляди успішно використовуються і сьогодні для розроблення програм навчання новій поведінці під час роботи з дітьми, особами із залежностями, а також у супроводі позитивних змін, що відбуваються у консультативній та психотерапевтичній роботі.

Варто відмітити також Мультимодальну терапію А. Лазаруса (Lazarus, 1990). Під модальностями розумілися основні сфери існування людини (поведінка, афект, чуттєвість, образи, думки тощо), за якими слід діагностувати і коригувати стан і поведінку клієнта. Автор розміщує ці модальності в акронімі BASIC ID, однак послідовність літер не має значення – кожна з модальностей може бути першою у розгортанні певної поведінки. Подібні моделі аналізу поведінки відіграють провідну роль у роботі із залежностями та розладами харчової поведінки. Мультимодальна терапія Р. Лазаруса виходила за межі класичної поведінкової терапії, поступово вводючи додаткові, окрім ситуацій та реакції, змінні для аналізу.

Одразу після виникнення підходів, заснованих на моделі класичного біхевіоризму стали помітними її обмеження, що призвели до появи опосередковувальних змінних на кшталт думок та образів у мультимодальній терапії А. Лазаруса. Загалом обмеженість моделі Стимул – Реакція показували і дослідження на тваринах, що призвело до її ускладнення шляхом введення опосередковувальної ланки у вигляді "Організму". Але цього ускладнення виявилось недостатньо, і суперечність, викликану недостатністю цієї моделі, зняла лише когнітивна революція, яка ввела в модель змінну когнітивного опрацювання інформації, що призвело до нового бачення психологічного благополуччя особистості і виникнення нових методів його досягнення.

Друга "хвиля" становить класичну когнітивну терапію А. Елліса (Ellis, 2001) та А. Бека (Westbrook et al., 2007). У межах підходів цих дослідників в внутрішнього опрацювання інформації.

Філософською основою робіт А. Елліса та А. Бека можна назвати стоїцизм. А. Елліс часто цитував вислів давньогрецького стоїка Епіктета "людей розчаровують не речі, а думки про них". Психологічна допомога особистості в другій хвилі когнітивно-поведінкової терапії загалом полягала в корекції (*challenging*) викривлень у сприйнятті реальності – так званих "негативних автоматичних думок".

А. Елліс першим розробив поняття "автоматичні думки", які він розумів як автоматизми мозку, що обумовлюють реакції на події. Автор сформулював "кодекс невротика" – дванадцять переконань, що сприяють психологічному неблагополуччю людини. Серед цих переконань найбільш поширеним типом є "повинності" на кшталт "Кожен повинен бути компетентним у всіх сферах знань", "Існує жорстка необхідність бути схвалюваним кожною людиною у значущому оточенні". За А. Еллісом, необхідно працювати з нереалістичними вимогами, які людина висуває до себе, до світу та до людей навколо. "Кодекс невротика" доповнюють переконання про уникання: "Якщо існує небезпека, то не слід її долати". А також переконання про катастрофічні наслідки невідповідності світу або людей вимогам, що

висуває особа: "Відбудеться катастрофа, якщо події підуть іншим шляхом, ніж запрограмувала людина".

Рационально-емоційно-поведінкова терапія (РЕПТ) А. Елліса полягає у визначенні глибинних переконань клієнта та дискусії з терапевтом ригідних установок клієнта та їх пом'якшенню. Загалом у своїй роботі А. Елліс використовував структуровані положення "Тиранія «Треба»" К. Горні (Horney, 1950).

А. Бек розробив свою концепцію приблизно одночасно з А. Еллісом, ґрунтуючись на власному досвіді роботи з пацієнтами з депресією, довівши згодом її ефективність (Beck et al., 1987). У структурі когнітивних утворень, за А. Беком, існують три рівні: автоматичні думки, глибинні переконання та правила життя (Beck, 2011). Глибинні переконання стосуються того, який "я", світ і люди навколо. Правила життя – способи, якими людина компенсує почуття, що викликають глибинні переконання.

Також у концепції А. Бека є поняття про когнітивні фільтри, помилки або стратегії мислення, що підтримують глибинні переконання. Серед них: дихотомічне мислення ("Якщо я не досягну успіху в усьому, то я невдаха"), катастрофізація ("Я так засмучусь, що не зможу взагалі нічого робити"), знецінення позитивного ("Справді, мені вдалося виконати цю роботу. Але це зовсім не означає, що я здатний, мені просто пощастило"), емоційне обґрунтування ("Я знаю, що мені багато чого вдається на роботі, але я, як і раніше, відчуваю себе невдахою") тощо.

А. Бек описав метод поведінкового експерименту (Bennett-Levy et al., 2004). Попри назву поведінковий експеримент не є технікою, спрямованою на вироблення нової поведінки. Він є інструментом тестування автоматичних думок та глибинних переконань. Цей метод ілюструє поведінковий принцип когнітивно-поведінкової психотерапії: переконання найкраще формуються і змінюються унаслідок здійснення певної поведінки.

У межах цієї техніки клієнту пропонувалося протестувати певну когніцію шляхом перевірки її на практиці. Наприклад, поширеним переконанням під час панічних атак, що супроводжуються гіпервентиляцією є "Я впаду, якщо в мене буде паморочитися голова". Після психоедукації особи про фізіологічні механізми гіпервентиляції терапевт пропонує клієнту разом із ним навмисно вдатися до гіпервентиляції для того, щоб викликати супутні симптоми. Таким чином клієнт тестує власне переконання, що, відчуваючи ці симптоми, можна не боятися впасти.

Зазвичай після поведінкових експериментів клієнту пропонують техніку експозиції із запобіганням реакції, щоб перевчити організм від рефлексу страху на відчуття гіпервентиляції. Ця техніка схожа на техніку систематичної десенсибілізації, що зазначалася в описі першої хвилі когнітивно-поведінкової терапії. Клієнту пропонують поступове наближення до неприємного стимулу, але тепер уже без використання захисної поведінки або відволікання у вигляді релаксації.

Цю техніку можна описати як ілюстрацію поведінкового принципу в когнітивно-поведінковій терапії: переконання найкраще формуються і змінюються унаслідок нової поведінки. Переконання формуються через споглядання за результатами власної поведінки. Особа "дізнається" про те, що вона смілива, коли робить сміливий вчинок. Відповідно, класична поведінкова терапія імпліцитно модифікувала власне переконання особи, що здійснювала експозицію до стимулів, які викликали в неї негативні почуття.

За А. Беком та А. Еллісом, стратегією роботи когнітивного терапевта є дослідження та корекція у формі

сократівського діалогу автоматичних думок та глибинних переконань людини про себе, світ і людей навколо. Психолог мав навчати людину самостійно активно виявляти, перевіряти та коригувати свої переконання та автоматичні думки щодо їх відповідності реальності. Наприклад, у вихідній моделі роботи з депресією за А. Бек виокремлював три мішені роботи: негативні переконання клієнта про себе, своє теперішнє та майбутнє.

Отже, відповідно до поглядів А. Елліса та А. Бека ідеалом психологічного благополуччя є якомога більша реалістичність у сприйнятті реальності, думках про неї. Механізмом досягнення цього є корекція (*challenging*) автоматичних думок особи, постійне тестування реальністю власних припущень, особливо катастрофічних, емоційно негативно забарвлених. На переконання представників другої "хвилі" людина має бути дослідником у розумінні позитивних наук – ставити гіпотези та перевіряти їх. Відповідно, чим більше думки людини позбавлені інтерпретацій та відповідають реальності, тим щасливішою має бути людина.

Термін "третя хвиля когнітивно-поведінкової терапії" запропонував С. Гейс у 2004 р. До нього зараховують низку підходів, які використовують концепт майндфулнес (*Mindfulness*). Цей термін важко однозначно перекласти українською. Найбільш вживаним на сьогодні є переклад "усвідомлюваність", також можливим перекладом може бути "уважність". Найбільш відомими підходами є Терапія прийняття і відповідальності (*Acceptance and commitment therapy*) С. Гейса, Діалектико-поведінкова терапія (*Dialectical behavioral therapy*) М. Лінехан, Метакогнітивна терапія (*Metacognitive therapy*) М. Веллса, Когнітивна терапія, заснована на *mindfulness* (*Mindfulness based cognitive therapy* – *MBCT*), Дж. Тісдейла.

У третій хвилі когнітивно-поведінкової терапії, окрім безпосереднього сприйняття особою ситуації, окремий акцент робиться на визначенні її ставлення до власних інтерпретацій дійсності, автоматизмів мозку. У підходах третьої хвилі інтерпретація дійсності особи та автоматизми її мозку (автоматичні думки, глибинні переконання) об'єктивуються та вважаються "подіями внутрішнього світу". Бажаною вважається позиція спостерігача за "подіями внутрішнього світу", яку має зайняти особа для досягнення психологічного благополуччя.

Слід зазначити, що А. Бек описав цю позицію у 1980-х роках у монографії "КПТ тривожних розладів", використовуючи для цього акронім AWARE (Beck et al., 1985): (A)ccepting anxiety (приймай тривогу); (W)atching anxiety without judgment (спостерігай за тривогою без оцінювання); (A)cting with anxiety, as if one were not anxious (Дій, незважаючи на тривогу, так, ніби її немає); (R)epeating the first three steps (повторюй три перші кроки); (E)xpecting the best (чекай на краще).

У терапії прийняття і відповідальності (*Acceptance and commitment therapy*) С. Гейса, крім виокремлення автоматичної думки як суб'єктивного сприйняття реальності, проводиться аналіз контексту, в якому вона виникає, та її функції в житті людини. Наприклад, думка "я помру", сама по собі не є ні позитивною ні негативною. Такою її робить контекст, у якому вона виникає, та її функція. Наприклад, вона може викликати натхнення та бажання людини присвячувати цінний час власного життя важливим для неї речам та життю відповідно до її цінностей. У цьому разі ця думка виконує корисну функцію у житті особи.

Філософською основою терапії прийняття і відповідальності є функціональний контекстуалізм, що є розвитком функціонального аналізу Е. Маха, який говорив, що шукати причину будь чого, як і поведінки, описувати її, не потрібно, марно та шкідливо, і не відповідає духу позитивізму. І

завдання науки – лише описувати функціональні зв'язки між стимулом і реакцією, які до того ж були б економічними – тобто лаконічними, і дозволяли передбачати.

Відповідно, у межах філософської основи терапії прийняття і відповідальності неможливо шукати причину поведінки в думках і модифікувати їх для досягнення психологічного благополуччя. Думки бачаться не як причини, а як події, регульовані контекстом. Відповідно, змінювати треба контекст думок, на що спрямовані численні техніки цього підходу.

У межах функціонального аналізу розроблено теоретичну основу підходу – Теорію реляційних фреймів (*relational frame theory*), що є поведінковою теорією мови і когніцій. В її межах мова розглядається як вивчена поведінка, спрямована на побудову і реагування на відносини між об'єктами і подіями, заснованими на соціальних контекстах.

Терапія прийняття і відповідальності використовує власний концепт психологічної гнучкості, що на противагу психологічній негнучкості зумовлює психологічне благополуччя особи (Harris, 2019). Складниками психологічної гнучкості є: контакт з моментом теперішнього замість концентрування лише на минулому чи майбутньому; прийняття важких емоцій та станів замість спроб боротьби з ними чи їх уникання; дистанціювання від думок замість злиття з ними; розуміння себе як контексту замість себе як контенту; розуміння власних цінностей та вчинки відповідно до них.

Доречно навести цитату С. Гейса, який каже, що біль не дорівнює стражданню. Емоції, почуття, фізичний біль стає стражданням тоді, коли ми починаємо румінувати щодо нього.

У метакогнітивній терапії А. Веллса, іншого представника третьої хвилі, наведена власна структура когнітивних утворень, що передбачає зміну в акцентах ролі когнітивних структур у психологічному благополуччі людини. Відповідно до А. Веллса, автоматичні думки, глибинні переконання та правила життя – утворення одного і того самого рівня і однаково впливають на процес переживання. Ключовим чинником процесу переживання є метакогніції – переконання про процес мислення та цінність окремих думок (Wells, 2011). Метакогніції є "диригентом" – моніторять, контролюють і оцінюють процес мислення. Наприклад, метакогніція "я погана людина, якщо думаю погані речі" може спровокувати розвиток obsесивно-компульсивного розладу, якщо людина буде намагатися контролювати свої думки. Людина з метакогніцією "думки нічого не означають" не буде вдаватися до румінацій та звертати увагу на "погані" думки, отже, має меншу схильність до психологічного неблагополуччя.

Метакогніції поділяються на позитивні та негативні. Позитивні стверджують про цінність певного стилю мислення або переживання, наприклад: "звертати увагу на загрозу корисно", "хвилюючись про майбутнє, я можу позбутися небезпеки", "якщо я хвилююсь про когось, значить, я його люблю". Негативні метакогніції стверджують про небезпеку, неконтрольованість думок тощо, наприклад: "я не контролюю свої думки, тривогу", "я можу хибнутися розумом від тривоги", "якщо я буду думати про щось, то зроблю це мимоволі", "неможливість щось згадати свідчить про травму голови".

Неадаптивні метакогніції призводять до "когнітивного синдрому уваги" – тривоги, румінації, фіксованості на думках та переживанні увазі та дисфункціональному копінгю, метою якого є посилення, придушення або змінити певні думки.

Відповідно, ключовим у роботі когнітивно-поведінкового терапевта стає не те, про що людина думає – зміст думок, а те, "як вона про це думає" – процес мислення. Людина може не мати депресії, маючи негативно забарвлені

думки, якщо вона не звертає на них увагу. Основним питанням психолога клієнту стає не "На основі чого ви прийшли до цього висновку?", як було в терапіях другої хвилі, а "Для чого ви це думаєте, у чому цінність цих думок для вас?". Після виявлення метакогніції терапевт може працювати з нею, використовуючи техніки роботи з думками, розроблені в другій хвилі когнітивно-поведінкової терапії.

Дослідження, зокрема, рекурентної депресії, підтверджують погляди представників третьої хвилі – приділення уваги негативним думкам активує стійкі асоціативні ланцюжки негативного мислення і спричинює негативні емоційні переживання.

Отже, у третій хвилі КПТ використовується критерій корисності / некорисності думок. Але шлях досягнення психологічного благополуччя відмінний від запропонованого у другій хвилі когнітивно-поведінкової терапії. Замість корекції (*challenging*) викривлень у сприйнятті реальності та приведення їх у відповідність до об'єктивного її сприйняття, у підходах третьої хвилі когнітивно-поведінкової терапії широко використовується майндфулнес – стан дистанціювання, споглядання за власними думками без боротьби з ними.

Майндфулнес – здійснена Дж. Кабат-Зінн адаптація медитативних технік східної філософії, що пропонують тренувати увагу задля безоцінного споглядання за дійсністю, що відбувається тут-і-зараз, що досягається практикою медитації (Kabat-Zinn, 2005).

А. Веллс пропонує інший концепт майндфулнес – "відсторонений майндфулнес". Основними його відмінностями є такі (Wells, 2005): не включає медитацію; не вимагає тривалого і наполегливого тренування; не включає таких характеристик, як розширене усвідомлення цього моменту; під час медитації використовуються тілесні вправи типу фокусування на диханні (з метою повернути увагу до нього, якщо особа відволікалася на думки), тоді як відсторонений майндфулнес не вимагає будь-яких тілесних якорів для фіксації уваги; відсторонений майндфулнес переважно стосується розвитку метаусвідомлення думок, а не розширеного усвідомлення теперішнього; у відстороненому майндфулнесі відстороненість і усвідомлення внутрішнього життя розглядаються як окремі навички; відсторонений майндфулнес підкреслює відділення "Я" від інших ментальних феноменів.

Отже, існує суперечність: терапії другої "хвилі" пропонують активну конфронтацію з негативними думками, їх спростування та зміну на ті, що відповідають реальності; терапії третьої хвилі – дистанціювання від негативних думок та спостереження за ними.

Попри цю суперечність варто зазначити, що позиція "спостерігача" за власними думками описана А. Беком у формі необхідності вміння ідентифікувати власні автоматичні думки, якого навчають клієнта на початках терапії. Також, попри очевидну суперечність у поглядах на взаємодію з негативними думками, підходи другої та третьої хвилі разом включені в сучасні протоколи роботи з депресією – на початках терапії пропонують використовувати конфронтацію з негативними думками, а на завершальних етапах для попередження майбутніх рецидивів пропонується навчання клієнтів технік дистанціювання майндфулнес. Під час першого епізоду депресії пропонують використовувати класичні техніки когнітивно-поведінкової терапії другої хвилі, а під час наступних епізодів – техніки третьої хвилі.

Отже, ідеалом психологічного благополуччя особи в терапіях третьої хвилі є його позиція спостерігача за подіями власного внутрішнього світу без реагування на них і життя відповідно до власних цінностей, яким надається визначна роль у терапії прийняття та відповідальності

С. Гейса. Автор наголошує на відмінності цінностей від цілей. Цілі мають конкретне формулювання і можуть стати недосяжними. На противагу цьому, цінності можуть бути реалізовані по-іншому завжди, попри всі зовнішні обставини. Життя з навичками майндфулнес без усвідомлення власних цінностей С. Гейс метафорично описує, як поїзду, де ви – водій автобуса, набитого людьми з вашого минулого, вашими страхами, заботами, які постійно вас відволікають, ви опанували навички майндфулнес і вмієте від них дистанціюватися, але без знання цінностей ви не знаєте, куди вести ваш автобус.

Дискусія і висновки

Кожна психотерапевтична модель передбачає власне бачення ідеалу психологічного благополуччя. Цей ідеал передбачає певне уявлення про поведінку особи, певні аспекти її світогляду, що стосуються себе, інших та світу навколо, а також механізм його досягнення.

Як приклад можна навести логотерапію, що постулює необхідність наявності в людини індивідуального сенсу життя, психоаналіз, що постулює прагнення людини до гомеостазу як позбавлення внутрішніх конфліктів і необхідності для цього переміщення змісту підсвідомого у свідомість, гештальт-терапію, яка постулює необхідність переживання непрожитих емоцій. Дещо парадоксально та окремо міститься позиція неративної терапії, яка, виходячи з власних постулатів про неможливість метанаративу, не може нав'язувати клієнту наратив терапевта, а отже, і цінності та ідеали психологічного благополуччя. Цей парадокс вирішується наданням переваги "авторським" наративам клієнта, у яких більше відображається його суб'єктність.

Когнітивно-поведінкова терапія за довгий час свого існування віднайшла у своїй методології різні психотерапевтичні моделі, які по-різному розуміють психологічне благополуччя особи та механізми його досягнення.

Ідеалом психологічного благополуччя класичної поведінкової терапії є толерантність особи до фрустрації, що дозволяє зміну власної реакції на некомфортні стимули. Основними методами, що можуть забезпечити механізм досягнення цього ідеалу, є техніка покрокової десенсибілізації та вироблення іншої поведінки за допомогою оперантного навчання. Обмеження поведінкових терапій закладалися у самій моделі біхевіоризму як нехтування внутрішніми детермінантами, що обумовлюють реакцію на стимули. Незважаючи на це, техніки, що використовувалися біхевіоральною терапією, є актуальними досі і використовуються у протоколах лікування багатьох розладів.

Класична когнітивна терапія А. Елліса та А. Бека оперувала більш повною моделлю, розглядаючи також особистісні чинники реакцій на стимули, що призвело до виникнення технік корекції когнітивних стратегій мислення, які розглядалися як викривлення об'єктивного сприйняття інформації. Відповідно, ідеалом психологічного благополуччя вважався якомога більш реалістичний погляд на реальність, а механізмом – корекція змісту когнітивних утворень – автоматичних думок, глибинних переконань та наближення їх до якомога більш реалістичних шляхом тестування реальності, наприклад, поведінкових експериментів. На переконання представників другої хвилі, людина має бути дослідником у розумінні позитивних наук – ставити гіпотези та перевіряти їх, чим більше думки людини позбавлені інтерпретацій та відповідають реальності – тим щасливішою вона має бути.

Ідеалом психологічного благополуччя КПТ третьої хвилі є зайняття людиною відстороненою позицією спостерігача щодо подій внутрішнього світу, під якими розуміються думки, емоції, глибинні переконання. Також

важливого значення надається переслідуванню людиною своїх власних цінностей. Механізмом досягнення ідеалу є зміна контексту думок, що викликають дистрес без зміни їхнього змісту.

Цікавим аспектом є певна суперечність між поглядами терапій другої та третьої хвилі. Зважаючи на їхнє методологічне підґрунтя, їх інтеграція є неможливою, оскільки, зокрема, класична когнітивна терапія та терапія прийняття та відповідальності вбачають різний статус причинності думок у розвитку психологічних проблем.

Незважаючи на це, у практиці можлива еклектика технік цих підходів, наприклад, на різних етапах роботи з депресією, коли основна робота відбувається у межах другої хвилі, а на етапі роботи на запобігання рецидиву клієнта навчають технік майндфулнес. Для пояснення цього можна запропонувати, що спільним в обох підходах є зміна статусу думок – від істинних до таких, які можна піддати сумніву та дослідити – у другій хвилі, та до подій внутрішнього світу, "погоди", на яку не треба звертати увагу під час слідування власним цінностям. Отже, техніки цих двох хвилі можна використовувати послідовно.

Список використаних джерел

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, 2nd Ed.: Basics and Beyond*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, C., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Basic Books.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford University Press.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for Rational Emotive Behavior Therapy*. Prometheus Books.
- Ellis, A. (2004). *The Road to Tolerance: The Philosophy of Rational Emotive Behavior Therapy*. Prometheus Books.
- Harris, R. (2019). *ACT Made Simple: An Easy-to-read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior therapy*, 47(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth: The Struggle towards Self-Realization*. W. W. Norton, & Co., Inc.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: healing ourselves and the world through mindfulness*. Hyperion.

Lazarus, A. A. (1990). Multimodal Applications and Research: A Brief Overview and Update. *Elementary School Guidance, & Counseling Multimodal Theory. Research, and Practice*, 24(4).

Wells, A. (2005). Detached Mindfulness In *Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis And Ten Techniques*. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 23, 337–355. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0018-6>

Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.

Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2007). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications*. SAGE.

References

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, 2nd Ed.: Basics and Beyond*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, C., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Basic Books.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford University Press.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for Rational Emotive Behavior Therapy*. Prometheus Books.
- Ellis, A. (2004). *The Road to Tolerance: The Philosophy of Rational Emotive Behavior Therapy*. Prometheus Books.
- Harris, R. (2019). *ACT Made Simple: An Easy-to-read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior therapy*, 47(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth: The Struggle towards Self-Realization*. W. W. Norton, & Co., Inc.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: healing ourselves and the world through mindfulness*. Hyperion.
- Lazarus, A. A. (1990). Multimodal Applications and Research: A Brief Overview and Update. *Elementary School Guidance, & Counseling Multimodal Theory. Research, and Practice*, 24(4).
- Wells, A. (2005). Detached Mindfulness In *Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis And Ten Techniques*. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 23, 337–355. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0018-6>
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2007). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications*. SAGE.
- Отримано редакцією журналу / Received: 11.08.23
Прорецензовано / Revised: 01.10.23
Схвалено до друку / Accepted: 15.11.23

Volodymyr ABRAMOV, PhD (Psychol.), Assoc. Prof.
ORCID ID: 0000-0003-1186-5272
e-mail: volodymyr.abramov@knu.ua
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

CONCEPTS OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN THREE WAVES OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

This article analyzes the concepts of psychological well-being and the mechanisms of its achievement in three waves of cognitive-behavioral therapy (CBT): the behavioral therapy of the first wave, the classical cognitive therapy of A. Ellis and A. Beck of the second wave, and the contextual therapies of the third wave.

The ideal of psychological well-being in classical behavioral therapy involves an individual's frustration tolerance, enabling a change in their response to uncomfortable stimuli. Primary methods to achieve this ideal include step-by-step desensitization and the development of alternative behaviors through operant conditioning.

Classical cognitive therapy by A. Ellis and A. Beck operates with a more comprehensive model, considering personal factors influencing reactions to stimuli. This has led to the development of correction techniques for erroneous thinking strategies, viewed as distortions in objective information processing. Consequently, the ideal of psychological well-being is seen as a more realistic perception of reality, achieved through correcting cognitive constructs such as automatic thoughts and core beliefs aligning them with reality through testing, such as behavioral experiments. According to proponents of the second wave, individuals should adopt a scientist's mindset by formulating and testing hypotheses.

In the third wave of CBT, the ideal of psychological well-being involves individuals adopting a detached observer position toward events in their inner world, including thoughts, emotions, and core beliefs. Additionally, great importance is placed on individuals pursuing their own values. The mechanism for achieving this ideal involves changing the context of distress-inducing thoughts without altering their content.

Despite some contradictions between the views of the second and third waves of CBT, the techniques of these approaches are consistent and can be used sequentially. Corrections in thought processes, as facilitated by second-wave therapy, can change the status of thoughts from being perceived as objective truths, which can be further deepened through third-wave techniques, altering the status of thoughts from objects to contextual elements in an individual's life.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, psychological well-being, metacognitive therapy, acceptance and commitment therapy.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів. Спонсори не брали участі в розробленні дослідження; у зборі, аналізі чи інтерпретації даних; у написанні рукопису; в рішенні про публікацію результатів.

The author declares no conflicts of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses or interpretation of data; in the writing of the manuscript; in the decision to publish the results.