

ПРЕДИКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Стоянова И.Я.¹, Смирнова Н.С.²

¹ Стоянова Ирина Яковлевна

доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник; Научно-исследовательский институт психического здоровья, федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», пер. Кооперативный 5, Томск, 634009, Россия. Тел.: 8 (3822) 72-43-79.

E-mail: ithka1948@mail.ru

² Смирнова Наталья Сергеевна

медицинский психолог отделения аффективных состояний; Научно-исследовательский институт психического здоровья, федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», пер. Кооперативный 5, Томск, 634009, Россия. Тел.: 8 (3822) 72-43-19.

Аннотация

Увеличение числа пациентов с депрессивными расстройствами, затяжное течение заболевания побуждает к поиску новых форм психологической помощи. В статье рассматриваются возможности метакогнитивной схематерапии Дж. Янга в групповой работе с пациентами депрессивного спектра.

Целью психологической работы является развитие психологической безопасности у пациентов с депрессивными расстройствами. Психологическая безопасность изучается как результат взаимодействия человека и среды, динамический процесс, опосредствованный когнитивными, аффективными, поведенческими характеристиками. В рамках когнитивно-поведенческого подхода проведено пилотное исследование, направленное на выявление уровня психологической безопасности у пациентов, страдающих расстройствами депрессивного спектра. Изучались взаимосвязи показателей психологической безопасности, их соотношение с психологическими, терапевтическими и клинично-динамическими особенностями пациентов. Методы психодиагностики включали: шкалы депрессии и безнадежности А. Бека, самооценки уровня тревожности Спилбергера — Ханина, опросники базовых убеждений Р. Янов-Бульман (адаптация О. Кравцовой), Дж. Янга «Ранние неадаптивные схемы» (адаптация Касьяник П.М., Романовой Е.В.) «Индекс жизненного стиля» Плутчека-Келермана (адаптация Вассермана Л.И., Клубовой Е.Б.). В исследовании участвовали 40 пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня, преимущественно женского пола, получавших лечение и принимавших участие в групповой психотерапии в отделениях НИИ психического здоровья Томского научно-исследовательского медицинского центра.

Результаты исследования. У пациентов с депрессивными расстройствами выявляются ранние дезадаптивные схемы, эмоциональная депривированность, подавление эмоций, жесткие стандарты. Установлено, что тяжесть депрессивного расстройства определяет степень психологической безопасности. Чем тяжелее протекает депрессия, тем в большей степени выражено искажение образа «Я», включая переживание бесперспективности, снижение веры в собственные силы, потерю контроля над событиями своей жизни. Уровень напряженности защитных механизмов отличается у пациентов различных нозологических групп.

Восстановлению психологической безопасности пациентов способствовал метод схема-терапии, применяемый в групповой форме и направленный на перестройку когнитивных структур путем удовлетворения фрустрированных потребностей. В психокоррекционной работе использовались техники, направленные на обучение принятию проблемной ситуации как части жизненного опыта, переоценку собственной роли с принятием на себя ответственности и формированием активной позиции в преодолении сложившихся обстоятельств.

Результаты поведенческого исследования позволяют утверждать, что метод интегративной схематерапии Дж. Янга является эффективным методом психологической коррекции когнитивных искажений, снижающих психологическую безопасность у пациентов депрессивного спектра.

Ключевые слова: депрессивные расстройства; ранние дезадаптивные схемы; психологическая безопасность; когнитивно-поведенческая психотерапия; метакогнитивная психотерапия; групповая психотерапия.

УДК 159.9:616.895.4

Библиографическая ссылка

Стоянова И.Я., Смирнова Н.С. Предикторы психологической безопасности у пациентов депрессивного спектра // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 1. – С. 6. doi: 10.24411/2219-8245-2018-11061

Поступила в редакцию: 12.12.2017 Прошла рецензирование: 29.12.2017 Опубликовано: 05.02.2018

Психическое здоровье — одна из наиболее остро обсуждаемых проблем в психиатрии, медицинской психологии, психотерапии, других научных дисциплинах. В рамках психологической модели содержание этой категории постоянно расширяется. В современных научных исследованиях психическое здоровье рассматривается как сложный феномен, включающий психологические характеристики психического равновесия, пластичности при взаимодействии различных сфер личности.

В качестве важных критериев психического здоровья рассматриваются гармония и саморегуляция, определяющие сохранение динамического баланса между человеком и окружающей средой в ситуациях, требующих мобилизации ресурсов для адекватного приспособления к благоприятным и негативным воздействиям [1].

С перечисленными выше психологическими характеристиками тесно связано понятие «психологическая безопасность», целенаправленные исследования которой в рамках психологической модели датируются серединой XX века. В представлениях А. Маслоу, потребность в безопасности и защите — одна из базовых потребностей человека [17].

Ронни Янов-Бульман рассматривает безопасность в качестве значимого чувства для психически здорового человека. Оно включает три категории базисных убеждений, составляющих ядро субъективного мира человека, отношение к окружающему миру: вера в то, что в мире больше добра, чем зла, убеждение, что мир полон смысла, а также уверенность в ценности собственного «Я». Янов-Бульман отмечает, что чувство психологической безопасности, защищенности рождается в детстве, имеет субъективное содержательное наполнение, способствующее психической стабильности человека и его успешности в жизни, а также является важным условием личностного развития. Высокий уровень психологической безопасности способствует личностному росту, усиливает стремление человека к достижению целей [43].

В настоящее время в научной литературе накоплен обширный материал по различным аспектам безопасности [6; 7; 14; 18; 19; 20; 23; 25]. При этом проблема психологической безопасности остается недостаточно разработанной в отношении клинических исследований, направленных на изучение соотношения психологической безопасности и психического здоровья, на формирование психологической безопасности у пациентов в процессе психологической реабилитации [28].

Расширяется сфера исследований, где психологическая безопасность изучается в контексте внешних условий, где человек выступает объектом воздействия [18; 25; 30; 35]. Исследователи, работающие в данном направлении, концентрируют внимание на изучении внешних факторов, провоцирующих психологическую незащищенность, подверженность индивида психотравмирующим обстоятельствам. При такой трактовке центральным феноменом становится «внешняя угроза», выделяемая на основании источника происхождения: природные катаклизмы, эпидемии, техногенные катастрофы, социальное неблагополучие [3; 7; 14; 18; 21; 23; 25].

Другой кластер исследований этого феномена посвящен изучению взаимосвязи человека с окружающей его действительностью, рассмотрением его особенностей при восприятии угрозы, а также совладании с ней [4; 15; 26; 27; 29; 31]. Принцип обратной связи в виде возможностей саморегуляции, обеспечивающей устойчивость к средовым воздействиям, позволил изучать психологическую безопасность как результат взаимодействия человека и среды, как динамический процесс перехода системы из состояния опасности в состояние безопасности, опосредствованный когнитивными, личностными, поведенческими характеристиками. В этих исследованиях индивидуально-психологические особенности рассматриваются в качестве ресурсов адаптации, отождествленных с преодолением сложных ситуаций. При этом подчеркивается ответственность человека за свою психологическую безопасность, а ее формирование связано с развитием и саморазвитием [8; 11; 12].

Актуальность исследования психологической безопасности пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, обусловлена высокой распространенностью данных нарушений, необходимостью сохранения психического здоровья и оказания эффективной психологической помощи с опорой на личностные ресурсы [16; 25; 25; 31; 32].

Ориентируясь на принципы системного подхода [8; 11] и анализ литературных источников, применительно к исследованиям в рамках медицинской психологии психологическую безопасность можно рассматривать как интегративный и многомерный феномен:

- 1) как процесс, т.е. динамическую составляющую психологической безопасности, которую возможно формировать в процессе психокоррекционной работы;
- 2) как состояние, обеспечивающее базовую потребность личности;
- 3) как свойство личности.

Системно-динамическая модель психологической безопасности представлена такими составными частями, как:

- осмысленность жизни (наличие осмысленных целей и возможности использования различных способов для их достижения);
- готовность к преодолению жизненных трудностей и возможности саморазвития;
- ответственность и конструктивность мышления, высокий уровень дифференцированности;
- открытость по отношению к миру, людям, себе; гибкость как открытость новому.

Отношения между этими психологическими составляющими подвижны и синергичны [15; 20; 26].

В своей исследовательской и практической работе мы опираемся на определение психологической безопасности как динамической системы, где центром является человек как целостная, активная, рефлексивная, ответственная, способная решать жизненные противоречия сущность. Психологическая безопасность рассматривается как состояние, носящее динамический характер, как во внутреннем пространстве субъекта, так и в системе «человек — внешняя среда». Данное определение не только включает понимание психологической безопасности в контексте выживания и адаптации, но и раскрывает возможности самореализации и саморазвития.

Поскольку психологическая безопасность в своей структуре содержит три основных компонента — аффективный, когнитивный, и поведенческий, то наиболее подходящим методом для ее формирования у больных расстройствами депрессивного спектра, по нашему представлению, является когнитивно-поведенческий подход.

Исследования депрессии в рамках когнитивно-бихевиорального подхода осуществлялись с опорой на концепцию когнитивной уязвимости А. Бека [13], которая рассматривает два уровня мыслительных процессов — поверхностный и глубинный. Первый уровень отвечает за способ переработки информации. При этом избирательная фокусировка внимания на негативных аспектах блокирует адекватную переработку положительных событий в жизни депрессивных пациентов.

Второй уровень — глубинный, он свидетельствует о присутствии сложноустроенной системы аффективно-заряженных дисфункциональных убеждений, которых придерживаются пациенты. Дисфункциональные убеждения, или схемы, представляют собой жизненную философию пациента, «систему глубинных установок по отношению к самому себе, миру, людям, задающую основу для переработки текущей информации и стратегий решения проблем». В этой системе фиксирован весь жизненный опыт человека, а особую роль играют детские впечатления и особенности семьи [37].

Важной особенностью депрессогенных когнитивных схем является недостаток дифференцированности в их содержании, что указывает на их инфантильную природу. Причинами развития базовых посылок депрессии называются следующие:

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

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

Метод КПТ создавался для индивидуальной работы с пациентами. Однако уже в 1979 г. в классическом руководстве по лечению депрессии А. Беком с соавторами упоминается возможность ее использования в групповой работе.

В 2009 году был разработан и апробирован лечебный протокол групповой КПТ депрессий. Авторы пришли к выводу, что реализация этого метода в формате группы представляет собой уникальную терапевтическую возможность, эффект от которой наступает не только вследствие освоения когнитивных техник, но и усиливается в результате группового терапевтического процесса [38; 39; 40; 41].

Описывая особенности групповой терапии по формированию психологической безопасности в когнитивно-поведенческой парадигме, следует отметить трудности проведения группы в условиях психиатрического стационара [32].

Клиническая ситуация психиатрического стационара:

1. Средний срок пребывания пациентов 3-4 недели, следовательно, предполагается значительная смена состава группы, практически на каждой группе есть новые участники.
2. Большинство пациентов стремятся к облегчению своего состояния, а не к личностному росту и пониманию себя.
3. В группе часто присутствуют немотивированные пациенты.
4. Часто психотерапевты не имеют возможности контролировать процесс составления группы.
5. В группе редко наблюдается сильное чувство сплоченности.
6. Нет времени на постепенное распознавание тонких межличностных паттернов, на их проработку.

Постановка цели, созвучной вышеперечисленным условиям, отличается от традиционной групповой когнитивно-поведенческой терапии. Ее можно сформулировать как знакомство с психотерапией, вовлечение депрессивного пациента в процесс психотерапии, а так же смягчение проблемного поведения депрессивного пациента таким образом, чтобы он снова смог осуществлять жизнедеятельность вне стен клиники.

В психиатрических отделениях существует несколько эффективных способов помощи депрессивным пациентам: психофармакология, терапия средой, соматическая терапия, индивидуальная психотерапия и т.п. Однако формирование психологической безопасности более эффективно в групповой работе, нежели при других способах психологической помощи. Многие пациенты с депрессивными расстройствами нуждаются в проработке трудностей, которые у них возникают при общении с другими людьми. При этом группа создает уникальную терапевтическую среду, а в фокусе групповой работы по-прежнему находится трансформация искаженных когниций. Позитивные изменения достижимы разными способами: посредством поведенческих экспериментов, изучения фактов, решения задач, проигрывания ролей, мысленного реструктурирования [37].

К современным подходам из так называемой «третьей волны» КПТ относится Метакогнитивная терапия, или Схематерапия, Дж. Янга. Появление этого направления (Metacognitivetherapy) — МКТ — связано с именами оксфордских ученых — Дэвида Кларка и Эдриена Уэллса, создавших базовую модель, которая была разработана для пациентов, страдающих генерализованным тревожным расстройством, а позднее — адаптирована для лечения широкого спектра психических заболеваний, в том числе депрессий [5; 40; 42; 45; 46].

В отличие от традиционных когнитивных моделей, Метакогнитивная терапия фокусирует внимание не на содержании и смысле автоматических мыслей, а на процессе мышления, на метакогнициях, на «мышлении по поводу мышления» [44].

По представлениям создателей МКТ, пациенты, страдающие избыточной тревогой или депрессией, часто жалуются на невозможность контролировать свое мышление, на навязчивые, повторяющиеся мысли — руминации, которые могут быть связаны с негативным предвосхищением событий, с переживаниями собственных неудач, чрезмерной фиксацией на телесных симптомах. Комплекс шаблонов мышления, связанных с навязчивой фиксацией внимания на негативных аспектах, называется когнитивно-фиксационным синдромом (Cognitive-Attentional Syndrome — CAS), который и является главной мишенью Метакогнитивной терапии. МКТ-терапевты помогают пациентам избавиться от данного синдрома при помощи выявления и изменения метакогнитивных убеждений, обучения способам контроля за направлением мышления.

Схематерапия (СТ), или схема-ориентированная модель, разработана американским доктором Джеффри Янгом и является интегративным психотерапевтическим подходом, который совмещает в себе идеи КПТ, теории привязанности, гештальт-терапии и психодинамического подходов. Данный интегративный подход ориентирован, прежде всего, на работу с пациентами с хроническими депрессиями, посттравматическими личностными расстройствами, а также расстройствами личности [2; 34; 37; 47; 48].



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

Всего в СТ выделено пять базовых потребностей, каждой из которых соответствует ряд ранних неадаптивных схем [2]:

- потребность в надежной привязанности (включая безопасность, понимание, принятие);
- потребность в автономии, компетентности и чувстве идентичности;

- потребность в свободе выражать свои истинные потребности и эмоции;
- потребность в спонтанности и игре;
- потребность в реалистичных ограничениях и самоконтроле.

Дж. Янг определяет психическое здоровье как способность проявлять и удовлетворять свои базовые психологические потребности. Неадаптивные схемы, сформировавшиеся в раннем опыте, как способы презентации этого опыта определяют эмоции, поведение и характер переработки информации [47; 48]. Это способствует пониманию того, почему пациенты депрессивного спектра фиксированы на негативных, болезненных идеях вопреки очевидному присутствию в жизнедеятельности позитивных факторов. Согласно СТ, негативные представления возникают, когда базовые потребности ребенка не были удовлетворены. В соответствии с этим главная задача — помочь взрослому человеку встретиться со своими потребностями, которые не были удовлетворены в детстве, и способствовать их удовлетворению.

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

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

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

Модусы схем («схема-режимы») описываются четырьмя основными категориями:

1. Модус «Дисфункциональный ребенок».
2. Модус «Дисфункциональный родитель».
3. Модус «Дисфункциональные копинговые режимы».

С психическим здоровьем связаны два модуса: 1) «Режим счастливого ребенка»; 2) «Режим здорового взрослого».

**Режим требовательного
родителя:**

- *быть успешным;*
- *проявлять кротость;*
- *ставить интересы других выше своих;*
- *запрет на демонстрацию собственных.*

Уязвимый ребенок:

- *чувство эмоциональной пустоты;*
- *непривлекательный, нелюбимый;*
- *не заслуживающий любви;*
- *беззащитность, утрата надежды.*

Копинговый режим – избегание:

Режим "отстраняющийся защитник":

- *психологически отстраняется от боли путем избегания эмоций, отвержения помощи.*

Для хронической депрессии характерна модель схема-режимов, включающая модус «Уязвимый ребенок». Именно с ним связаны особенно сильные негативные эмоции печали, тоски, заброшенности и одиночества. Задача специалиста — преодолеть защитный модус избегания боли и тяжелых чувств, в котором чаще всего находится пациент, и помочь встретиться с этой частью, направляя процесс в трех аспектах:

- 1) разделить оценки себя, которые мало дифференцированы, например, часто «плохой» и «печальный» слиты между собой;
- 2) научить выражать свои потребности;
- 3) частично удовлетворить потребности пациента в процессе психотерапии.

Схема-терапия направлена на перестройку соответствующих когнитивных структур путем удовлетворения фрустрированных потребностей, в том числе потребности в безопасности в процессе психотерапии [2; 47; 48].

Хронификация депрессивных состояний, рекуррентное течение побуждают к использованию новых интегративных форм психотерапии на основе клинико-психологических и индивидуально-личностных характеристик пациентов с целью повышения эффективности оказываемой помощи. В этом ракурсе осуществлено пилотажное исследование, направленное на выявление уровня психологической безопасности у пациентов, страдающих расстройствами депрессивного спектра. Кроме этого, изучались взаимосвязи основных показателей психологической безопасности, их соотношение с психологическими, терапевтическими и клинико-динамическими особенностями.

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

Основные критерии включения пациентов в выборку исследования: наличие депрессивной симптоматики, классифицируемой в разделах МКБ-10 (F32.0, F32.1, F33.01, F33.11, F43.21, F43.22), информированное согласие пациента на участие в исследовании, стационарное лечение. Критерии исключения из выборки: органическое поражение ЦНС, зависимость от психоактивных веществ, соматические или неврологические расстройства, связанные с высоким риском развития депрессии, а также отказ пациента от участия в исследовании.

Исходя из методологических оснований изучения психологической безопасности, в программу психодиагностики включены следующие методы: шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory (BDI)) [13], шкала безнадежности Бека (Hopelessness Scale, Beck et al., 1974) [Там же], шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера — Ханина [42]; Шкала базовых убеждений Р. Янов-Бульман (в адаптации О. Кравцовой) [36], выявляющая восемь категорий убеждений, а также опросник «Ранние неадаптивные схемы» Дж. Янга (YSQ S3R) в адаптации Касьяник П.М., Романовой Е.В. [10] и «Индекс жизненного стиля» Плутчека-Келермана в адаптации Вассермана Л.И., Клубовой Е.Б. и др. [22].

Оригинальная версия методики Р. Янов-Бульман не предполагает расчет индекса психологической безопасности. Возможность расчета суммарного индекса «Психологическая безопасность» как среднего арифметического от сложения показателей всех восьми субшкал установлена С.А. Богомазом, А.Г. Гладких [6].

Опросник «Ранние неадаптивные схемы» включает 18 ранних неадаптивных схем в пяти областях:

РАЗРЫВ СВЯЗЕЙ И НЕПРИЯТИЕ

1. Покинутость/Нестабильность.
2. Недоверие/Ожидание жестокого обращения.
3. Эмоциональная депривированность.
4. Дефективность/Стыдливость.
5. Социальная изоляция/Отчуждение.

НАРУШЕНИЯ АВТОНОМИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

6. Зависимость/Беспомощность.
7. Уязвимость.
8. Запутанность/Неразвитая идентичность.
9. Неуспешность.

НАРУШЕННЫЕ ГРАНИЦЫ

10. Привилегированность/Грандиозность.
11. Недостаточный самоконтроль/Самодисциплина.

СВЕРХОРИЕНТИРОВАННОСТЬ ВОВНЕ

12. Покорность.
13. Самопожертвование.
14. Поиск одобрения/признания.

СВЕРХБДИТЕЛЬНОСТЬ И ПОДАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЙ

15. Негативизм/Пессимизм.
16. Подавление эмоций.
17. Жесткие стандарты/Придирчивость.
18. Пунитивность.

С помощью методики «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) исследовался уровень напряженности восьми основных психологических защит, а также их суммарный показатель.

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением пакета стандартных программ Statistica for Windows (V.10.0). Из статистических методов использовались: описательная статистика, корреляционный анализ по Спирмену, критерий Манна — Уитни.

В исследовании участвовали 40 пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня, получавших лечение и принимавших участие в групповой психотерапии в отделениях НИИ психического здоровья Томского научно-исследовательского медицинского центра. В обследуемой группе преобладали женщины — 80% ($n = 32$; $p < 0,01$). Значение медианы возраста пациентов мужского пола составило 46 лет, женского пола 44,5 года.

Анализ семейного положения больных расстройствами депрессивного спектра в обследуемой группе указал на значительный удельный вес (55%) одиноких пациентов. В браке состояли 18 пациентов (45%). В обследуемой выборке преобладали пациенты с высшим образованием — 70% ($n = 28$; $p < 0,01$).

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

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

Результаты исследования

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

Установлена корреляция между уровнем безнадежности и психологической безопасности по шкалам «Контролируемость событий в мире» ($r = -0,39$; $p < 0,05$), «Осмысленность мира» ($r = -0,64$; $p < 0,05$). Интерпретация этих показателей свидетельствует об убежденности пациентов с низким уровнем безопасности в том, что окружающий мир лишен смысла, события происходят случайно и не подчиняются законам справедливости, не следует доверять никому, т.к. это не безопасно. Они не верят в возможность изменения жизни к лучшему, ощущают собственную беспомощность.

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

- 1) «Эмоциональная депривированность» (схема, предполагающая невозможность тесной эмоциональной связи с другими (потребности в безопасности, стабильности, защите, надежности никогда не будут удовлетворены));
- 2) «Подавление эмоций» (что проявляется в стремлении контролировать свои чувства и эмоции, в избегании чувств стыда и вины);
- 3) «Жесткие стандарты» (в основе схемы — убеждение в том, что всё должно соответствовать высоким интернализированным стандартам поведения и функционирования, обычно во избежание критики, приводящее к чувству напряженности, невозможности остановиться).

Эти данные совпадают с исследованием Д.В. Труевцева по выявлению и анализу ранних дезадаптивных схем при разном уровне выраженности депрессии. В результате этого исследования было установлено, что независимо от уровня выраженности при депрессии актуализируются «Подавление эмоций» и «Жесткие стандарты». В дальнейших исследованиях О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева и др. по изучению руминации описаны когнитивные паттерны беспомощности, включающие неуверенность, негативную оценку себя, предъявление к себе жестких требований [16; 24; 29; 33].

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

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

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

У пациентов с депрессивными эпизодами (в рамках единичного эпизода и РДР), по данным Life Style Index, выявлялся более высокий ($p < 0,05$) уровень напряженности 2-х защитных механизмов, по сравнению с другими нозологическими группами: «замещение» — перенос агрессии с более сильного и значимого на более слабый объект или на себя, а также «проекция» — локус неприемлемых мыслей и чувств во вне. Данные механизмы усиливают представление о мире как о враждебном и ненадежном. Также у пациентов этой группы определялся более высокий ($p < 0,05$) уровень безнадежности (по шкале безнадежности Бека), чем у пациентов с депрессивными реакциями. Это может свидетельствовать о выраженном пессимизме по поводу своего будущего. Поэтому важной психотерапевтической задачей становится создание максимально безопасной эмпатической среды.

Таким образом, предикторами формирования психологической безопасности в процессе групповой работы с пациентами депрессивного спектра становятся работа с ранними дезадаптивными схемами, образом «Я», психологическими защитными механизмами. Выявленные психологических характеристик, предрасполагающих к нарушению психологической безопасности в процессе групповой работы, помогает ее участникам обрести понимание собственных схем как неконструктивных способов совладания с реальностью. У них возникает потребность в освоении нового опыта, который дает возможность самостоятельно производить нужные когнитивные, аффективные, межличностные и поведенческие изменения в целях профилактики рецидивов в будущем.

Выводы:

1. У пациентов с депрессивными расстройствами, независимо от нозологической принадлежности, выявляются ранние дезадаптивные схемы, включающие эмоциональную депривированность, подавление эмоций, жесткие стандарты.
2. Тяжесть депрессивного расстройства определяет степень психологической безопасности.
3. В процессе психологической работы необходимо учитывать, что уровень напряженности защитных механизмов отличается у пациентов депрессивного спектра различных нозологических групп.
4. Анализ литературных источников и результаты поведенного исследования позволяют утверждать, что метод интегративной схема-терапии Дж. Янга является эффективным методом психологической коррекции когнитивных искажений, которые снижают психологическую безопасность у пациентов депрессивного спектра.

Литература

1. Александрова Л.А. Адаптация к трудным жизненным ситуациям и психологические ресурсы личности // Личностный потенциал: структура и диагностика / науч. ред. Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2011. – С. 547–578.
2. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах / пер. с англ. Е. Плотниковой. – М.: Научный мир, 2016. – 320 с.
3. Баева И.А. Психология безопасности как основа анализа экстремальной ситуации // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2012. – № 145. – С. 6–18.
4. Беляева П.И. Психологическая безопасность личности младшего школьника и образовательная среда // Психология обучения. – 2012. – № 8. – С. 113–121.
5. Блешль Л. Депрессивные расстройства: этиология и анализ условий возникновения // Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – 2-е межд. изд. – СПб.: Питер, 2002. – С. 1053–1063.
6. Богомаз С.А., Гладких А.Г. Психологическая безопасность и ее измерение с помощью Шкалы базисных убеждений // Вестник ТГУ. – 2009. – № 318. – С. 191–194.
7. Грачев Г.В. Личность и общество: информационно-психологическая безопасность и психологическая защита. – М.: ПЕР СЭ, 2003. – 304 с.
8. Зинченко Ю.П. Психология безопасности как социально-системное явление // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2011. – № 4. – С. 4–11.
9. Исследование тревожности (Ч.Д. Спилбергер; адаптация Ю.Л. Ханин) // Диагностика эмоционально-нравственного развития / ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб.: Речь, 2002. – С. 124–126.
10. Касьяник П.М., Романова Е.В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. – СПб.: Санкт-Петербург. политех. университет, 2014. – 120 с.

11. Клочко В.Е. Постнеклассическая наука и проблема объяснения в психологии // Методология и история психологии. – 2008. – Т. 3. – Вып. 1. – С. 165–178.
12. Клочко В.Е., Галажинский Э.В. Психология инновационного поведения. – Томск: Томск. гос. университет, 2009. – 240 с.
13. Когнитивная психотерапия расстройств личности / под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
14. Корытова Г.С., Закотнова Е.Ю. Психологическая безопасность и защищенность образовательной среды: факторы риска, угрозы и условия // Вестник ТГПУ. – 2015. – № 9 (162). – С. 96–102.
15. Краснянская Т.М. Психология самообеспечения безопасности (феноменология, механизмы, стратегии): дис. ... д-ра психол. наук. – Таганрог, 2006. – 373 с.
16. Личностные факторы риска парасуицидальности (антивитальности) и снижения психологической безопасности студентов в образовательной среде / И.Я. Стоянова, Ю.А. Шухлова, О.А. Сагалакова [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 4(89). – С. 112–116.
17. Маслоу А. Мотивация и личность / пер. с англ. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2011. – 352 с.
18. Папоян В.Р., Мурадян Е.Б. Образовательная система с точки зрения обеспечения психологической безопасности личности студента // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2012. – № 21. – С. 44–49.
19. Писарь О.В., Ребрик Э.Ю. Исследования информационно-психологической безопасности личности в зарубежной и отечественной психологии // Альманах современной науки и образования. – 2012. – № 2. – С. 104–109.
20. Психологическая безопасность: учеб. пособ. / В.П. Соломин, О.В. Шатровой, Л.А. Михайлов [и др.]. – М.: Дрофа, 2008. – 284 с.
21. Психологическая безопасность в структуре психического здоровья населения, проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы / В.Я. Семке, Т.Г. Бохан, С.А. Богомаз [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1(64). – С. 57–62.
22. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова [и др.]. – СПб.: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – 54 с.
23. Рудницкий В.А. Клинические и реабилитационные проблемы экологической психиатрии: дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2011. – 340 с.
24. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Когнитивно-перцептивная избирательность и целевая регуляция психической деятельности в ситуациях персонального оценивания при социальном тревожном расстройстве // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 1(24) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 01.12.2017).
25. Сараева Н.М., Суханов А.А., Мыскина Э.А. Влияние экологически неблагоприятной среды на психологическую адаптацию человека // Вестник Российского гуманитарного научного фонда. – 2015. – № 4(81). – С. 150–161.
26. Свиридова И.А., Серый А.В., Яницкий М.С. Ценностно-смысловые индикаторы психологического здоровья личности // Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии: материалы Международной науч.-практ. конф. / под ред. Н.А. Кравцовой. – Владивосток: Мор. гос. университет. – 2011. – С. 190–197.
27. Синякова М.Г., Кошкарлов В.С. Теоретические аспекты изучения проблемы психологической безопасности личности // Техносферная безопасность. – 2015. – № 3(8). – С. 68–74.
28. Соловьева С.В. Психологическая реабилитация в психиатрической клинике // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2016. – Т. XLVIII. – № 3. – С. 82–87.
29. Социальная тревога в подростковом и юношеском возрасте в контексте психологической безопасности / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, И.Я. Стоянова [и др.] // Вопросы психологии. – 2016. – № 6. – С. 63–75.

30. Тарабрина Н.В., Быховец Ю.В. Современное состояние психологических исследований террористической угрозы // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 5(10) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 01.12.2017).
31. Терехина О.В. Психологическая безопасность как фактор психического здоровья людей, проживающих в условиях риска техногенно-экологической угрозы: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Томск, 2016.
32. Технология психофармакологической и когнитивно-поведенческой терапии при расстройствах адаптации депрессивного спектра: Медицинская технология / Н.С. Смирнова, Е.Д. Счастливый, И.Я. Стоянова [и др.]. – Томск: Иван Федоров, 2016. – 46 с.
33. Труевцев Д.В. Ранние неадаптивные схемы при депрессии разной степени тяжести // 25 лет Московскому психологическому обществу: юбилейный сборник РПО: в 4 т. / отв. ред. Д.Б. Богоявленская, Ю.П. Зинченко. – М.: МАКС Пресс, 2011. – Т. 2. – С. 22–25.
34. Холмогорова А.Б. Схема-терапия Дж. Янга – один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 2, № 2. – С. 78–87.
35. Эксакусто Т.В. Теоретические основы социально-психологической безопасности: монография / под ред. Н.А. Лызь. – Таганрог: Таган. технолог. институт ЮФУ, 2011. – 244 с.
36. Янов-Бульман Р. Шкала базовых убеждений // Психодиагностика толерантности личности / под ред. Г.У. Солдатовой, Л.А. Шайгеровой. – М.: Смысл, 2008. – С. 66–72.
37. Beck A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates // Am. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 165, № 8. – P. 969–977.
38. Beck A.T., Dozois D.J.A. Cognitive therapy: Current Status and Future Directions // Ann Rev Med. – 2011. – Vol. 62. – P. 397–409.
39. Bieling P.J., McCabe R.E., Antony M.M. Cognitive-behavioral Therapy in Groups. – New York: Guilford Press, 2009. – 452 p.
40. Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression. – New York: Wiley, 1999. – 504 p.
41. Hollon S.D., Shaw B.F. Group cognitive therapy for depressed patients // Cognitive Therapy of depression / edit. by A. Beck, A. Rush, B. Shaw [et al.]. – New York: Guilford Press, 1979. – P. 328–353.
42. Ionescu S. Psychopathologies et société. Tendances dans le champ de la psychopathologie sociale // Psychopathologies et société: traumatismes, événements et situations de vie / édit. par S. Ionescu, C. Jourdan-Ionescu. – Paris: Vuibert, 2006. – P. 7–17.
43. Janoff-Bulman R. Psychometric review of world assumptions scale // Measurement of Stress, Trauma and Adaptation / edit. by B.H. Stamm. – Lutherville, MD: Sidran Press. – 1996. – P. 440–442.
44. Liotti G. Attachment and cognition: a guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy // Cognitive psychotherapy. Theory and practice / edit. by C. Perris, I.M. Blackburn, H. Perris. – Berlin: Springer, 1988. – P. 62–79.
45. Morrison N. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? // Behavioral and Cognitive Psychotherapy. – 2001. – Vol. 29, № 3. – P. 311–322.
46. Seligman M.E.P. Depression and Learned Helplessness // The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research / edit. by R.J. Friedman, M.M. Katz. – Washington DC: Winston-Wiley, 1974. – P. 83–113.
47. Young J.E., Brown G. Young Schema Questionnaire // Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach / edit. by J.E. Young. – 3rd ed. – Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, 1999. – P. 63–76.
48. Young J., Klosko J., Weishaar M. Schema therapy: A Practitioner's Guide. – N.Y.: Guilford Press, 2006. – 436 p.

Predictors of psychological security in patients of depressive spectrum

Stoyanova I.Ya.¹, Smirnova N.S.²

¹ *Stoyanova Irina Yakovlevna*

doctor of psychology, leading researcher; Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, 5 Kooperativny str., Tomsk, 634009, Russia. Phone: +7 (3822) 72-43-79.

E-mail: ithka1948@mail.ru

² *Smirnova Natal'ya Sergeevna*

medical psychologist, affective states department; Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, 5 Kooperativny str., Tomsk, 634009, Russia. Phone: +7 (3822) 72-43-19.

Abstract

Increase in the number of patients with depressive disorders and protracted course of the disease induce the search for new form of psychological assistance. The paper considers possibilities of the metacognitive schema therapy by J. Young in the group work with patients suffering from disorders of depressive spectrum.

The aim of psychological work is development of psychological security in patients with depressive disorders. Psychological security is studied as a result of the interaction of the person and the environment, dynamic process mediated by cognitive, affective, behavioral characteristics. Within cognitive-behavioral approach a pilot study was performed which was directed at detection of the level of psychological security in patients suffering from disorders of depressive spectrum. The interrelationships of indices of psychological security, their correlation with psychological, therapeutic and clinical-dynamic traits of patients were studied. Methods of psychodiagnosis included: Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale, the scale of self-assessment of level of anxiety by Spielberger—Khanin; World Assumptions Scale by R. Janoff-Bulman (O. Kravtsova's adaptation), the questionnaire Early Maladaptive Schemas by J. Young in P.M. Kas'yanik's, E.V. Romanova's adaptation and Life Style Index by Plutchik-Kellerman in L.I. Wasserman's, E.B. Klubova' s adaptation. The study enrolled 40 patients with depressive spectrum disorders of non-psychotic level, mainly female, under treatment and under group psychotherapy at the wards of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center.

Study results. In patients with depressive disorders early maladaptive schemas, emotional deprivation, inhibition, unrelenting standards were revealed. It was established that severity of depressive disorder determined degree of psychological security. The more severe the depression was, the more severe the distortion of the image of "Self" was, including experience of hopelessness, reduction of belief in one's own forces, loss of control over events of one's own life. Level of tension of defensive mechanisms differed in patients of different nosological groups.

Recovery of psychological security of patients was contributed by method of schema therapy applied in group form and directed at cognitive restructuring by the way of satisfaction of disordered needs. In the psychocorrective work the techniques were used which were directed at training in acceptance of the problem situation as a part of life experience, re-estimation of one's own role with acceptance of responsibility and formation of active attitude in overcoming the emerged circumstances.

The results of the performed study allowed to claim that method of the integrative schema therapy by J. Young was an efficient method of psychological correction of cognitive distortions which reduced psychological security in patients of depressive spectrum.

Key words: depressive disorders; early maladaptive schemas; psychological security; cognitive-behavioral psychotherapy; metacognitive psychotherapy; group psychotherapy.

For citation

Stoyanova I.Ya., Smirnova N.S. Predictors of psychological security in patients of depressive spectrum. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 1, p. 6. doi: 10.24411/2219-8245-2018-11061 [in Russian, in English].

Received: December 12, 2017

Accepted: December 29, 2017

Publisher: February 5, 2018

Mental health is one of most acutely discussed problems in psychiatry, medical psychology, psychotherapy, and other scientific disciplines. Within the framework of a psychological model the content of this category is steadily expanded. In the contemporary scientific research mental health is considered as a complex phenomenon including psychological characteristics of mental balance, plasticity during interaction of different domains of the personality.

Harmony and self-control are considered as significant criteria of mental health which determine maintenance of dynamic balance between the person and the environment in the situations, requiring mobilization of resources for adequate adaptation to favorable and negative influences [1].

The concept of "psychological security" is closely associated with mentioned above psychological characteristics. Its purposeful studies within the framework of a psychological model are dated the middle of the XXth century. In A. Maslow's views, need for security and protection is one of human bottom-level needs [18].

R. Janoff-Bulman considers security as a significant feeling for mentally healthy person. It includes three categories of world assumptions, making the core of subjective world of the person, attitude towards the surrounding world: assumption that in the world there is more good than evil, assumption that the world is full of sense as well as assumption of worth of his/her own "Self". R. Janoff-Bulman notes that feeling of psychological security, protectability is born at childhood, has subjective content filling, contributing to human mental stability and one's success in the life and also is an important condition of one's personality development. A high level of psychological security contributes to personality growth, enhances ambitions of the person [43].

Currently, in the scientific literature an extensive material on different aspects of the security is accumulated [7; 9; 16; 19; 20; 21; 24; 28]. Thereby the problem of psychological security remains insufficiently developed in relation to clinical trials directed at study of correlation of psychological security and mental health, at formation of psychological security in patients in the process of psychological rehabilitation [29].

The body of studies expands where psychological security is studied in the context of external conditions where the person is an object of influence [8; 19; 24; 32]. Researchers, working in this direction, focus their attention on study of external factors provoking psychological insecurity, susceptibility of the individual to psychotraumatic circumstances. Under such interpretation the "external threat" distinguished on the basis of the source of origin becomes the central phenomenon: natural cataclysms, epidemics, technogenic accidents, social adversity [3; 9; 16; 19; 21; 24; 25].

Another cluster of studies of this phenomenon is devoted to study of the interrelationship of the person with the reality surrounding him/her, consideration of his/her features under perception of threat, and also the coping with it [5; 17; 23; 26; 31; 33]. The principle of feedback in the form of opportunities of the self-control providing resistance to environmental influences allowed to study psychological security as a result of interaction of the person and the environment, as a dynamic process of transition of system from condition of danger to condition of security, mediated by cognitive, personal, behavioral characteristics. In these studies individual-psychological traits are considered as resources of adaptation identified with overcoming of difficult situations. Thus, responsibility of the person for his/her psychological security is emphasized, and its formation is connected with development and self-development [14; 15; 36].

Relevance of research of psychological security of patients suffering from depressive disorders is caused by high prevalence of these disturbances, need of maintenance of mental health and rendering effective psychological assistance with support on personality resources [24; 27; 30; 31; 33].

Being guided by the principles of system approach [14; 36] and the analysis of references, in relation to studies within medical psychology, psychological security can be considered as an integrative and multidimensional phenomenon:

- 1) a process, i.e. a dynamic component of psychological security which is possible to be formed in the course of psychocorrectional work;
- 2) a state providing basic need of the personality;
- 3) a personality trait.

The system-dynamic model of psychological security is represented by the following components:

- sense of purpose of life (existence of the sense bearing goals and possibility of use of various ways for their achievement);
- readiness for overcoming the life difficulties and possibility of self-development;
- responsibility and constructiveness of thought, high level of differentiation;
- openness in relation to the world, people, oneself; flexibility as openness to the novelty.

The relations between these psychological components are mobile also synergic ones [17; 28; 31].

In our research and practical work we rely on definition of psychological security as a dynamic system where the center is the person as an integral, active, reflexive, responsible nature, capable to solve life contradictions. Psychological security is considered as a condition having dynamic character both in inner space of the subject, and in the system "person — environment". This definition includes understanding of psychological security not only in the context of survival and adaptation, but also opens possibilities of self-realization and self-development.

Because psychological security contains three main components in the structure: affective, cognitive, and behavioral, so the most suitable method for its formation in patients with depressive spectrum disorders, in our views, is cognitive-behavioral approach.

Studies of depression within the cognitive-behavioral approach were carried out with support of the concept of cognitive vulnerability by A. Beck [4] which considers two levels of thought processes — superficial and deep. The first level is responsible for the way of processing of information. Thus, selective focusing of attention on negative aspects blocks adequate processing of positive events in life of depressive patients.

The second level — a deep one, testifies to presence of complex system of the affectively loaded dysfunctional assumptions to which patients adhere. Dysfunctional assumptions or schemas represent life philosophy of the patient, "system of deep attitudes towards oneself, the world, people, the setting basis for processing the current information and strategy of the solution of problems". In this system the entire life experience of the person is fixed, and the special role is played by childhood impressions and features of his/her family [37].

Important feature of depressogenic cognitive schemas is the lack of differentiation of their contents that indicates their infantile nature. The reasons of development of basic premises of depression are introduced as follows:

- 1) loss of one of the parents in the childhood therefore psychological losses can be interpreted as irreversible and intolerable traumas;
- 2) presence of the parent, whose system of assumptions actualizes his/her deficiency or system of constructs consisting of rigid, unrelenting rules;

- 3) deficiency of social skills, negative experience of communication, lack of empirical testing of negative experience;
- 4) the physical defect contributing to formation of the image of "Self" as different from the others, avoiding of the contacts hindering the testing.

The Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) as a system of psychotherapeutic approaches exists more than 45 years. Its basis is a carefully developed theoretical base which was formulated in the course of long work with a large number of patients. Today in the world the results of hundreds of studies evidencing efficiency of this method in therapy of affective disorders are accumulated.

The CBT method was created for individual work with patients. However in 1979 in the classical handbook of therapy for depression A. Beck et al. have mentioned possibility of its use in group work.

In 2009 the medical protocol of group CBT of depressions was developed and approved. Authors came to a conclusion that realization of this method in a format of group represents unique therapeutic opportunity, the effect from which comes not only from development of cognitive techniques, but also amplifies as a result of group therapeutic process [38; 39; 40; 41].

Describing features of group therapy in formation of psychological security in cognitive-behavioural paradigm, difficulties of carrying out the group in the conditions of a psychiatric hospital should be noted [27].

Clinical situation of a psychiatric hospital:

- 1. Average term of stay of patients is 3-4 weeks, consequently, it is assumed a significant replacement of the composition of the group, practically every group has new participants.*
- 2. Most patients attempt mitigation of their own state but not personality growth and self-comprehension.*
- 3. The group has frequently unmotivated patients.*
- 4. Frequently psychotherapists have no possibility to control the process of enrollment of the group.*
- 5. The group has not frequently strong feeling of cohesion.*
- 6. There is not time for gradual detection of subtle interpersonal patterns, for their study.*

Goal-setting, conformable to above-mentioned conditions, differs from traditional group cognitive-behavioral therapy. It can be formulated as an acquaintance with psychotherapy, involvement of the depressive patient in the process of psychotherapy, secondly, mitigation of problem behavior of the depressive patient so that he/she again could carry out activity out of walls of the clinic.

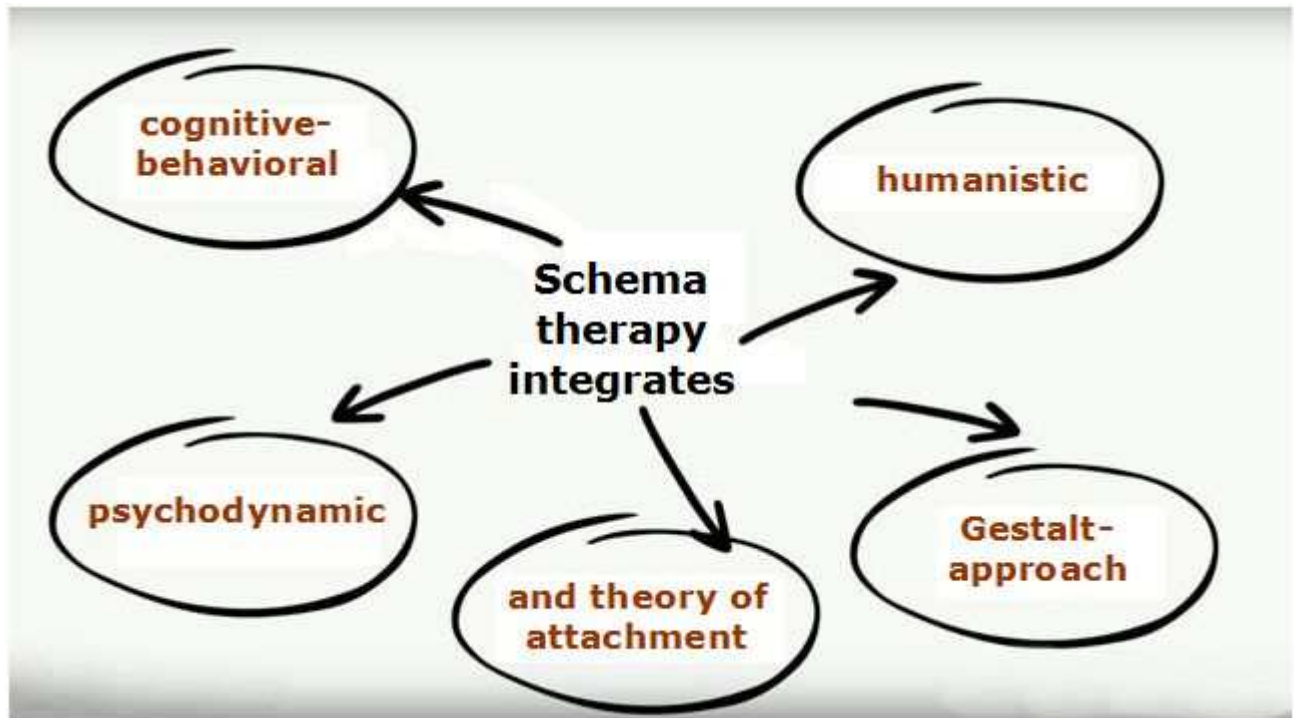
In psychiatric wards there are some effective ways of the help to depressive patients: psychopharmacology, milieu therapy, somatic therapy, individual psychotherapy, etc. However, formation of psychological security is more effective in group work, than in other ways of psychological assistance. Many patients with depressive disorders need study of difficulties which in them arise during communication with other people. Thus, the group creates the unique therapeutic environment, and in focus of group work there is still a transformation of the distorted cognitions. Positive changes are achievable in the different ways: by means of behavioral experiments, study of cases, solution of tasks, playing the roles, mental restructuring [37].

Metacognitive therapy or schema therapy by J. Young is among modern approaches from the so-called "third wave" of CBT. Emergence of this direction (metacognitive therapy) — MCT — is connected with names of the Oxford scientists — David Clark and Adrian Wells who created basic model which was developed for patients suffering from generalized anxiety disorder, and later — was adjusted for treatment of a wide range of mental diseases, including depressions [6; 40; 42; 45; 46].

Unlike traditional cognitive models, metacognitive therapy focuses its attention not on the contents and sense of automatic thoughts, but on the process of thought, on the metacognitions, on "thought concerning thought" [44].

In views of founders of MCT, patients suffering from excess anxiety or depression often complain of impossibility to control their thought, of the persuasive, repeating thoughts — rumination which can be connected with the negative anticipation of events, with experiences of own failures, excessive fixing on body symptoms. The complex of the templates of thought associated with persuasive fixing of attention on negative aspects is called Cognitive-Attentional Syndrome (CAS) which is the main target of the metacognitive therapy. MCT-therapists help patients to free from this syndrome by means of identification and change of metacognitive assumptions, training in ways of control of the direction of their thought.

Schema therapy (ST) or the schema-focused model is developed by the American doctor Jeffrey Young and is an integrative psychotherapeutic approach which combines in itself ideas of CBT, theory of attachment, Gestalt-therapy and psychodynamic approaches. This integrative approach is focused, first of all, on work with patients with chronic depressions, post-traumatic personality disorders, and also personality disorders [2; 13; 37; 47; 48].



In his approach J. Young continued development of the concept of cognitive "schemas" begun by A. Beck, considerably having expanded and having modified it. By means of clinical observations he identified 18 early maladaptive schemas in five domains.

In total in ST five bottom-level needs are distinguished, to each of which there corresponds a number of early maladaptive schemas [2]:

- Need for secure attachment (including security, understanding, and acceptance);
- Need for autonomy, competence and feeling of Self;
- Need for freedom to express one's true needs and emotions;
- Need for spontaneity and game;
- Need for realistic restrictions and self-control.

J. Young defines mental health as an ability to manifest and satisfy one's own basic psychological needs. The early maladaptive schemas created in early experience as ways of presentation of this experience, determine emotions, behavior and nature of processing of information [47; 48]. It contributes to understanding of why patients with depressive spectrum disorders fix on negative, morbid ideas contrary to obvious presence of positive factors in vital activity. According to ST, negative ideas arise when bottom-level needs of the child were not satisfied. According to this the main task is to help the adult to meet his/her needs which were not satisfied at childhood, and to contribute to their satisfaction.

Specifics of the schema therapy in comparison with traditional CBT include the following features:

- Focus on processing of memories of traumatic early experience;
- An intensive use of techniques of imagination for change of negative emotions;
- Conceptualization of the psychotherapeutic relations as limited re-parenting for creation of conditions of experience of positive experience of interaction in the secure environment;
- A support of the model of schema modes which helps the therapist and the patient to understand his/her relevant problems and to create a set of therapeutic techniques.

In addition to early maladaptive schemas the main conceptual apparatus of ST includes concept of schema modes, meaning a certain stable moment-to-moment emotional states, intended to explain change of mood or existence of conflict desires and ideas at the same time, thus, the modes describe the states caused by activation of the schema.

Modes of schemas ("schema modes") are described by four main categories:

1. Mode "The dysfunctional child".
2. Mode "The dysfunctional parent".
3. Mode "The dysfunctional coping modes".

Two modes are connected with mental health: 1) "Mode of happy child" and 2) "Mode of healthy adult".



For a chronic depression the model of schema modes including a mode "vulnerable child" is typical. Especially strong negative emotions of grief, melancholy, abandonment and loneliness are associated with it. The specialist's task is to overcome a defensive mode of avoiding the pain and hard feelings in which most frequently the patient is, and to help to meet this part, directing process in three aspects: 1) to divide estimates of oneself which are little differentiated, for example, frequently "bad" and "sad" are merged among themselves; 2) to teach to express his/her needs; 3) partially to satisfy needs of the patient in the course of psychotherapy.

The schema therapy is directed at reorganization of the relevant cognitive structures by satisfaction of disordered needs, including needs for security in the course of psychotherapy [2; 47; 48].

Chronification of depressive states, recurrent course induces the use of new integrative forms of psychotherapy, on the basis of clinical-psychological and individual-personality characteristics of patients for the purpose of increase of efficiency of the given help. In this foreshortening the pilot study directed at the identification of level of psychological security in patients suffering from disorders of depressive spectrum was carried out. In addition, interrelationships of the main indicators of psychological security, their correlation with psychological, therapeutic and clinical-dynamic features were studied.

Research problems included selection of tools for identification of correlation between the level of psychological security and clinical-dynamic indicators, assessment of psychological security of patients with depressive disorders depending on their nosology, severity of the disease, and identification of targets for differentiated psychotherapy.

Main criteria of inclusion of patients in study sample were as follows: existence of depressive symptoms classified in the sections of ICD-10 (F32.0, F32.1, F33.01, F33.11, F43.21, F43.22), the informed patient's consent to participation in the study, hospitalization. Criteria of exclusion from sample: CNS organic impairment, substance dependence, somatic or neurologic disorders associated with high risk of development of depression as well as refusal of the patient of participation in the study.

Proceeding from the methodological reasons of study of psychological security, the program of psychodiagnostics included the following methods: Beck Depression Inventory (BDI) [4], Beck Hopelessness Scale [Ibid.], scale of self-assessment of level of anxiety by Spielberger—Khanin [42]); World Assumptions Scale by R. Janoff-Bulman (in O. Kravtsova's adaptation) [11], revealing eight categories of beliefs as well as the questionnaire Early Maladaptive Schemas by J. Young (YSQ S3R) in P.M. Kas'yanik's, E.V. Romanova's adaptation [12] and Life Style Index by Plutchik-Kellerman in L.I. Wasserman's, E.B. Klubova's adaptation etc. [35].

The original version of the technique by R. Janoff-Bulman does not assume calculation of an index of psychological security. Possibility of calculation of the total index "Psychological security" as an arithmetic mean from addition of indices of all eight subscales is established by S.A. Bogomaz, A.G. Gladkikh [7].

The questionnaire "Early Maladaptive Schemas" includes 18 early maladaptive schemas in five domains:

DISCONNECTION AND REJECTION

1. Abandonment/Instability
2. Mistrust/Abuse
3. Emotional deprivation
4. Defectiveness/Shame
5. Social isolation/Alienation

IMPAIRED AUTONOMY AND PERFORMANCE

6. Dependence/Incompetence
7. Vulnerability to harm or illness
8. Enmeshment/Undeveloped Self
9. Failure to achieve

IMPAIRED LIMITS

10. Entitlement/Grandiosity
11. Insufficient self-control/Self-discipline

OTHER-DIRECTNESS

12. Subjugation
13. Self-sacrifice
14. Search for approval/recognition

OVERVIGILANCE AND INHIBITION

15. Negativity/Pessimism
16. Emotional inhibition
17. Unrelenting standards/Hypercriticalness
18. Punitiveness

By means of Life Style Index the level of tension of 8 main psychological defenses as well as their total index was investigated.

Statistical data processing was carried out with application of the package of the standard programs Statistica for Windows (V.10.0). Statistical methods were as follows: descriptive statistics, Spearman's correlation analysis, Mann—Whitney's criterion.

40 patients with disorders of depressive spectrum of non-psychotic level who were receiving therapy and taking part in group psychotherapy at wards of Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center participated in the study. In the examined group women ($n = 32$) predominated ($p < 0.01$) — 80%. Value of mean age of male patients was 46 years, female — 44.5 years.

The analysis of marital status of patients with disorders of depressive spectrum in the examined group indicated the considerable specific weights (55%) of lonely patients. 18 patients (45%) were married. In the examined sample patients with the higher education predominated ($p < 0.01$) — 70% ($n = 28$).

As a pharmacotherapy all patients received antidepressants of various pharmacological groups.

At the first stage after carrying out the psychodiagnosis the assessment of interrelationships of the level of psychological security (as a total index "Psychological security") and nosological belonging of depressive disorder, degree of its severity and indices of clinical scales was carried out.

Results of study

The findings testify to absence of significant correlations between the level of psychological security and nosological belonging of disorders of depressive spectrum ($p > 0.05$). Thus, interrelationships between severity of disorders and indicators of psychological security both in general ($r = -0.69$; $p < 0.05$) and according to separate scales were found: "worth of own Self" ($r = -0.51$; $p < 0.05$), "degree of self-control" ($r = -0.55$; $p < 0.05$). On the basis of the findings it is possible to claim that, the more severe the depression is, the more severe the distortion of the image of "Self" is, including hopelessness experience, decrease in belief in one's own forces, loss of control over events of the life.

Correlation between the level of hopelessness and psychological security according to scales "controllability of events in the world" ($r = -0.39$; $p < 0.05$), "sense of purpose of the world" ($r = -0.64$; $p < 0.05$) was established. Interpretation of these indices testifies to conviction of patients with the low level of security that the world around has no sense, events occur incidentally and do not subordinate to laws of justice, one should not trust anybody since it is not secure. They do not trust in possibility of change of life to the best, feel their own helplessness.

The analysis of data according to J. Young's questionnaire showed that in all patients the maximum characteristics in domains "disconnection and rejection", and also "overvigilance and inhibition" are revealed. Thus, severity of the following early maladaptive schemas is noted (severity degree more than 50%):

- 1) "emotional deprivation" (the schema assuming impossibility of close emotional relationship with others (needs for security, stability, protection will never be satisfied));
- 2) "emotional inhibition" (that is manifested in attempt to control feelings and emotions, to avoid feelings of shame and guilt);
- 3) "unrelenting standards" (at the heart of the schema — belief what has to conform to high internalized standards of behavior and performance, usually in order to avoid criticism, leading to feeling of tension, impossibility to stop).

These data coincide with D.V. Truyevtsev's study on identification and analysis of early maladaptive schemas at different levels of depression severity. As a result of this study it was established that irrespective of severity level, in depression "emotional inhibition" and "unrelenting standards" are actualized. In further studies by O.A. Sagalakova, D.V. Truyevtsev et al. on investigation of rumination the cognitive patterns of helplessness including uncertainty, negative self-estimation, presentation strict requirements to oneself [22; 23; 30; 34] are described.

Research of features of psychological defense by means of Life Style Index (LSI) in patients with depressive spectrum disorders of different nosological representation allowed designating psychotherapy "targets".

It is established that in patients with short-term depressive reaction the highest level of tension of the defensive mechanism "denial" in comparison with other clinical groups is noted ($p < 0.05$). High level of this defensive mechanism indicates a lack of other defensive mechanisms. Respectively, it is necessary to include in psychotherapeutic actions the techniques directed at training in acceptance of a problem situation as a part of life experience, reevaluation of one's own role in the psychotraumatic situation, with taking responsibility and formation of an active position in overcoming of the developed circumstances.

In patients with prolonged depressive reactions the most severe defensive mechanisms ($p < 0.05$), in comparison with other nosological groups, were as follows: "regression" — return to earlier stages of mental development, "compensation" — emphasizing the socially approved behavior, "rationalization" — removal of tension by means of logical ideas. Also in group of patients with prolonged depressive reactions the highest level of trait anxiety according to scale of level of anxiety by Spielberger—Khanin was revealed when comparing with other nosological groups. Increase of anxiety as an integrative indicator of level of security and actualization of the complex of defensive mechanisms, assumes complex psychological work.

In patients with depressive episodes (within a single episode and Recurrent Depressive Disorder (RDD)) according to Life Style Index a higher ($p < 0.05$) level of tension of two defensive mechanisms, in comparison with other nosological groups, was revealed: "replacement" — shift of aggression from a stronger and more significant onto a weaker object or onto itself as well as "projection" — a locus of unacceptable thoughts and feelings outwards. These mechanisms strengthen idea of the world as hostile and insecure. Also in patients of this group a higher ($p < 0.05$) hopelessness level was determined (Beck Hopelessness Scale), than in patients with depressive reactions. This can testify to the severe pessimism concerning the future. Therefore creation of the most secure empathic environment becomes an important psychotherapeutic task.

Thus, the work with early maladaptive schemas, image of "Self", psychological defensive mechanisms becomes predictor of formation of psychological security in the course of group work with patients suffering from depressive spectrum disorders. During detection of psychological characteristics contributing to disturbance of psychological security in the course of group work its participants acquire understanding of their own schemas as not constructive ways of coping with reality. There is a need for development of a new experience which gives the chance to make independently necessary cognitive, affective, interpersonal and behavioral changes for prevention of recurrence in the future.

Conclusions:

1. In patients with depressive disorders, irrespective of nosological belonging the early maladaptive schemas including emotional deprivation, inhibition, unrelenting standards are revealed.
2. Severity of depressive disorder determines degree of psychological security.
3. In the course of psychological work it is necessary to consider that the level of tension of defensive mechanisms differs in patients of depressive spectrum of various nosological groups.
4. The analysis of references and results of the carried out study allow to claim that the method of integrative schema therapy by J. Young is an effective method of psychological correction of cognitive distortions which reduce psychological security in patients with depressive spectrum disorders.

References

1. Aleksandrova L.A. *Adaptatsiya k trudnym zhiznennym situatsiyam i psikhologicheskie resursy lichnosti* [Adaptation to difficult life situations and psychological resources of the personality]. In: Leontiev D.A., ed. *Lichnostnyi potentsial: struktura i diagnostika*. Moscow, Smysl Publ., 2011, pp. 547–578.
2. Arntts A., Yakob G. *Prakticheskoe rukovodstvo po skhema-terapii. Metody raboty s disfunktsional'nymi rezhimami pri lichnostnykh rasstroistvakh* [Practical handbook of schema therapy. Work methods with the dysfunctional modes in personality disorders]. Moscow, Nauchnyi mir Publ., 2016. 320 p.
3. Baeva I.A. Psychology of security as a basis of the analysis of an extreme situation *Izvestiya RGPU im. A.I. Gertsena*, 2012, no. 145, pp. 6–18 [in Russian].
4. Beck A., Freeman A., eds. *Kognitivnaya psikhoterapiya rasstroistv lichnosti* [Cognitive psychotherapy of personality disorders]. St. Petersburg, Piter Publ., 2002. 544 p.
5. Belyaeva P.I. Psychological security of the personality of the younger school child and educational environment. *Psikhologiya obucheniya*, 2012, no. 8, pp. 113–121 [in Russian].
6. Bleshl L. *Depressivnye rasstroistva: etiologiya i analiz uslovii vozniknoveniya* [Depressive disorders: etiology and analysis of conditions of onset]. In: Perre M., Baumann U., eds. *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical psychology]. 2nd international edition. St. Petersburg, Piter Publ., 2002, pp. 1053–1063.
7. Bogomaz S.A., Gladkikh A.G. Psychological security and its measurement by means of World Assumptions Scale. *Vestnik TGU*, 2009, no. 318, pp. 191–194 [in Russian].
8. Eksakusto T.V. *Teoreticheskie osnovy sotsial'no-psikhologicheskoi bezopasnosti* [Theoretical bases of social and psychological security]. Taganrog, Tagan. tekhnolog. institut YuFU Publ., 2011. 244 p.
9. Grachev G.V. *Lichnost' i obshchestvo: informatsionno-psikhologicheskaya bezopasnost' i psikhologicheskaya zashchita* [Personality and society: information and psychological security and psychological protection]. Moscow, PER SE, 2003. 304 p.

10. *Issledovanie trevozhnosti (Ch.D. Spilberger; adaptatsiya Yu.L. Khanin)* [Investigation of anxiety (Ch.D. Spielberger, adaptation by Yu.L. Khanin)]. In: Dermanova I.B., ed., com. *Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya* [Diagnosis of emotional and moral development]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2002, pp. 124–126.
11. Janoff-Bulman R. *Shkala bazovykh ubezhdenii* [World Assumptions Scale]. In: Soldatova G.U., Shaigerova L.A., eds. *Psikhodiagnostika tolerantnosti lichnosti* [Psychodiagnosis of tolerance of the personality]. Moscow, Smysl Publ., 2008, pp. 66–72.
12. Kas'yanik P.M., Romanova E.V. *Diagnostika rannikh dezadaptivnykh skhem* [Diagnosis of early maladaptive schemas]. St. Petersburg, Politekh. universitet Publ., 2014. 120 p.
13. Kholmogorova A.B. J. Young's schema therapy – one of the most effective methods of the help to patients with borderline personality disorder. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*, 2014, vol. 2, no. 2, pp. 78–87 [in Russian].
14. Klochko V.E. Postnonclassical science and the problem of the explanation in psychology. *Metodologiya i istoriya psikhologii*, 2008, vol. 3, no. 1, pp. 165–178 [in Russian].
15. Klochko V.E., Galazhinskii E.V. *Psikhologiya innovatsionnogo povedeniya* [Psychology of innovative behavior]. Tomsk: Tomsk. gos. universitet Publ., 2009. 240 p.
16. Korytova G.S., Zakotnova E.Yu. Psychological security and security the educational environment: risk factors, threats and conditions. *Vestnik TGPU*, 2015, no. 9 (162), pp. 96–102 [in Russian].
17. Krasnyanskaya T.M. *Psikhologiya samoobespecheniya bezopasnosti (fenomenologiya, mekhanizmy, strategii). Dis. d-ra psikhol. nauk* [Psychology of security self-sufficiency: phenomenology, mechanisms, strategy. Doc. psychol. sci. diss.]. Taganrog, 2006.
18. Maslow A. *Motivatsiya i lichnost'* [Motivation and personality]. 3rd ed. St. Petersburg, Piter Publ., 2011. 352 p.
19. Papoyan V.R., Muradyan E.B. Educational system from the point of view of ensuring psychological security of the personality of the student. *Sborniki konferentsii NITs Sotsiosfera*, 2012, no. 21, pp. 44–49 [in Russian].
20. Pisar' O.V., Rebrik E.Yu. Investigations of information-psychological security of the personality in foreign and domestic psychology. *Al'manakh sovremennoi nauki i obrazovaniya*, 2012, no. 2, pp. 104–109 [in Russian].
21. Rudnitsky V.A. *Klinicheskie i reabilitatsionnye problemy ekologicheskoi psikhiatrii. Dis. d-ra med. nauk* [Clinical and rehabilitation problems of ecological psychiatry. Doc. med. sci. diss.]. Tomsk, 2011.
22. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V. Cognitive and perceptual selectivity and target regulation of mental activity in personal evaluation situations of social anxiety disorder. *Med. psihol. Ross.*, 2014, vol. 6, no. 1, p. 3. doi: 10.24411/2219-8245-2014-00002 [in Russian, in English].
23. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya., Terekhina O.V. Social anxiety at adolescent and preadult age in the context of psychological security. *Voprosy psikhologii*, 2016, no. 6, pp. 63–75 [in Russian].
24. Saraeva N.M., Sukhanov A.A., Myskina E.A. Influence of the ecological adverse environment on psychological adaptation of the person. *Vestnik Rossiiskogo gumanitarnogo nauchnogo fonda*, 2015, no. 4 (81), pp. 150–161 [in Russian].
25. Semke V.Ya., Bokhan T.G., Bogomaz S.A., Gerdt Yu.V. Psychological security in structure of mental health of the population living in conditions of risk of technogenic and ecological threat. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii*, 2011, no. 1 (64), pp. 57–62 [in Russian].
26. Sinyakova M.G., Koshkarov V.S. Theoretical aspects of study of the problem of psychological security of the personality. *Tekhnosfernaya bezopasnost'*, 2015, no. 3 (8), pp. 68–74 [in Russian].
27. Smirnova N.S., Schastnyi E.D., Stoyanova I.Ya., Lebedeva E.V., Simutkin G.G., Surovtseva A.K. *Tekhnologiya psikhofarmakologicheskoi i kognitivno-povedencheskoi terapii pri rasstroistvakh adaptatsii depressivnogo spektra: Meditsinskaya tekhnologiya* [Technology of

psychopharmacological and cognitive-behavioral therapy in adjustment disorders of depressive spectrum: medical technology]. Tomsk, Ivan Fedorov Publ., 2016. 46 p.

28. Solomin V.P., Shatrovoi O.V., Mikhailov L.A., Malikova T.V. *Psikhologicheskaya bezopasnost'* [Psychological security]. Moscow, Drofa Publ., 2008. 284 p.

29. Solov'eva S.V. Psychological rehabilitation in psychiatric clinic. *Nevrologicheskii vestnik. Zhurnal im. V.M. Bekhtereva*, 2016, vol. XLVIII, no. 3, pp. 82–87 [in Russian].

30. Stoyanova I.Ya., Shukhlova Yu.A., Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Terekhina O.V., Chekanova M.O. Personality risk factors of parasuicidality (anti-vitality) and decrease in psychological security of students in the educational environment. *Sibirskii vestnik psikhologii i narkologii*, 2015, no. 4 (89), pp. 112–116 [in Russian].

31. Sviridova I.A., Seryi A.V., Yanitsky M.S. Value-meaning indicators of psychological health of the personality. *Problemy zdorov'ya lichnosti v teoreticheskoi i prikladnoi psikhologii: materialy Mezhdunarodnoi nauch.-prakt. konf.* [Problems of health of the personality in theoretical and applied psychology. Proc. Sci. Conf.]. Vladivostok, 2011, pp. 190–197 [in Russian].

32. Tarabrina N.V., Bykhovets Yu.V. Bykhovets Yu.V. Current state of psychological research of terrorist threat. *Med. psihol. Ross.*, 2011, no. 5 (10). Available at: <http://mprj.ru> (Accessed 1 December 2017).

33. Terekhina O.V. *Psikhologicheskaya bezopasnost' kak faktor psikhicheskogo zdorov'ya lyudei, prozhivayushchikh v usloviyakh riska tekhnogenno-ekologicheskoi ugrozy. Avtoref. dis. kand. psikhol. nauk* [Psychological security as a factor of mental health of people, living in conditions of risk of technogenic and ecological threat. Cand. psychol. sci. diss.]. Tomsk, 2016.

34. Truevtsev D.V. *Rannie neadaptivnye skhemy pri depressii raznoi stepeni tyazhesti* [Early maladaptive schemas in depression of different severity]. In: Bogoyavlenskaya D.B., Zinchenko Yu.P., eds. *25 let Moskovskomu psikhologicheskomu obshchestvu: yubileinyi sbornik RPO. V 4 t.* [25 years of the Moscow psychological society: a jubilee RPO collection. In 4 vol.]. Moscow, MAKS Press Publ., 2011, vol. 2, pp. 22–25.

35. Wasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B., et al. *Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya. Posobie dlya psikhologov i vrachei* [Psychological diagnostics of life style index]. St. Petersburg, Psikhonevrol. institut im. V.M. Bekhtereva Publ., 2005. 54 p.

36. Zinchenko Yu.P. Psychology of security as a social and system phenomenon. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya*, 2011, no. 4, pp. 4–11 [in Russian].

37. Beck A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am. J. Psychiatry*, 2008, vol. 165, no. 8, pp. 969–977.

38. Beck A.T., Dozois D.J.A. Cognitive therapy: Current Status and Future Directions. *Ann Rev Med*, 2011, vol. 62, pp. 397–409.

39. Bieling P.J., McCabe R.E., Antony M.M. *Cognitive-behavioral Therapy in Groups*. New York, Guilford Press, 2009. 452 p.

40. Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York, Wiley, 1999. 504 p.

41. Hollon S.D., Shaw B.F. *Group cognitive therapy for depressed patients*. In: Beck A., Rush A., Shaw B., eds. *Cognitive Therapy of depression*. New York, Guilford Press, 1979, pp. 328–353.

42. Ionescu S. *Psychopathologies et société. Tendances dans le champ de la psychopathologie sociale*. In: S. Ionescu, C. Jourdan-Ionescu, eds. *Psychopathologies et société: traumatismes, événements et situations de vie*. Paris, Vuibert, 2006, pp. 7–17.

43. Janoff-Bulman R. *Psychometric review of world assumptions scale*. In: Stamm B.H., ed. *Measurement of Stress, Trauma and Adaptation*. Lutherville, MD, Sidran Press, 1996, pp. 440–442.

44. Liotti G. *Attachment and cognition: a guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy*. In: Perris C., Blackburn I.M., Perris H., eds. *Cognitive psychotherapy. Theory and practice*. Berlin, Springer, 1988, pp. 62–79.

45. Morrison N. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 2001, vol. 29, no. 3, pp. 311–322.
46. Seligman M.E.P. *Depression and Learned Helplessness*. In: Friedman R.J., Katz M.M., eds. *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Washington DC, Winston-Wiley, 1974, pp. 83–113.
47. Young J.E., Brown G. *Young Schema Questionnaire*. In: Young J.E., ed. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. 3rd ed. Sarasota, FL, Professional Resource Exchange, 1999, pp. 63–76.
48. Young J., Klosko J., Weishaar M. *Schema therapy: A Practitioner's Guide*. N.Y., Guilford Press, 2006. 436 p.