СЕРІЯ «Психологія»

УДК 159.97/.98

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-5\(5\)-713-724](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-5(5)-713-724)

Білоусенко Максим Володимирович кандидат економічних наук, практичний психолог, психотерапевт, доцент кафедри соціальної роботи та психології, Національний Університет «Запорізька політехніка», вул. Жуковського, 64, м. Запоріжжя, 69063, тел.: (061)7642506, e-mail: mfranc74@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3769-5144>

Віхляєва Яна Євгенівна старший викладач кафедри соціальної роботи та психології, Національний університет «Запорізька політехніка», вул. Жуковського, 64, м. Запоріжжя, 69063, тел.: (061)7642506, e-mail: yana02081989@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8470-5750>.

ТЕРАПЕВТИЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ І МОРІТА-ТЕРАПІЇ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ

Анотація. В умовах незакінченої війни, населення України, її керівництво та медична система зіткнулися зі збільшеним рівнем психічних розладів, включаючи ПТСР, невротичні реакції різної етіології. Одним із експериментально обґрунтованих психотерапевтичних методів їх подолання є когнітивно-поведінкова терапія А.Бека та А.Елліса. Вона ґрунтується на ідеї про те, що в основі багатьох психічних розладів лежать дисфункціональні розумові моделі. Для подолання невротичних, стресових розладів нею пропонується проведення активної когнітивної перебудови мислення клієнтів, яке включає виявлення дисфункціональних думок, їх заперечення та заміну на більш реалістичні і функціональні.

Однак, такий підхід у клінічній практиці авторів виявився не завжди ефективним і надійним. Тривожно-помисливі, зі схильністю до психастенії, клієнти важко сприймали ідеї дисфункціональності своїх думок, втомлювалися в тривалому процесі їх заперечення. У пошуку додаткових, більш «м'яких» способів терапії, авторами була освоєна терапія, запропонована японським психіатром Ш.Морітою. Цей підхід визнає когнітивну схильність людини до невротичних реакцій, проте когнітивну перебудову проводить в іншому напрямку. Замість заперечування тривожних думок, Моріта-терапія пропонує прийняття своєї тривожності, занепокоєння, страхів, думок, відмови від боротьби з ними. Навчаючись знаходитися у центрі тривоги без боротьби, клієнти терапії вчаться концентруватися на виконанні конструктивних та цінних для них завдань у навколишньому світі, приймати цей світ і себе,

бачити у своїй тривозі відображення свого прагнення до активного життя. Разом з таким прийняттям, приходить стійкість до стресових впливів, можливість реагувати на них функціонально, а невротичні реакції та симптоми слабшають.

Ключові слова: невротичні розлади, посттравматичний стресовий розлад, когнітивно-поведінкова терапія, Моріта-терапія, когнітивна перебудова, терапевтичні інтервенції, емоції.

Bilousenko Maksym Volodimirovich Ph.D. in Economics, practical psychologist, psychotherapist, assistant professor of department of social work and psychology, National University «Zaporiz'ka Politehnika», Zhukovskiy St., 64, Zaporizhzhya, 69063, tel.:(061)769-85-69, e-mail: mfranc74@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3769-5144>

Vikhliaieva Yana Yevgenivna Senior lecturer of department of social work and psychology, National University «Zaporiz'ka Politehnika», Zhukovskiy St., 64, Zaporizhzhya, 69063, tel.:(061)769-85-69, e-mail: yana02081989@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8470-5750>

THERAPEUTIC INTERVENTIONS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND MORITA-THERAPY: A COMPARATIVE ANALYSIS

Abstract. In the context of the unfinished war, the population of Ukraine, its government and the medical system have faced an increased level of mental disorders, including PTSD, neurotic reactions of various etiologies. A.Beck' and A.Ellis' Cognitive-Behavioral Therapy is one of the experimentally substantiated psychotherapeutic method of overcoming these disorders. It is based on the idea that many mental disorders are based on dysfunctional mental models. It proposes an active cognitive restructuring of clients' thinking, which includes identifying dysfunctional thoughts, proving them wrong and replacing them with more realistic and functional ones, to overcome neurotic, stress disorders.

However, this approach was not always effective and reliable in the authors' clinical practice. Anxious and suspicious clients, with a tendency to psychasthenia, find it difficult to accept the ideas of dysfunctionality of their thoughts, get tired of the long process of proving them wrong. In search of additional, "softer" methods of therapy, the authors mastered the therapy proposed by Japanese psychiatrist Sh.Morita. This approach recognizes a person's cognitive predisposition for neurotic reactions, but conducts cognitive restructuring in a different direction. Instead of denying anxious thoughts, Morita Therapy offers acceptance of the anxiety, worry, fears, anxious thoughts and refusal to fight them. By learning to be in the midst of anxiety without suppressing it, clients of therapy learn to focus on performing constructive and valuable environmental tasks, to accept this world and themselves, to see in their anxiety a reflection of their own desire for an active life. The

resistance to stresses, the ability to respond to them functionally comes along with this acceptance, and neurotic reactions and symptoms weaken.

Keywords: neurotic disorders, post-traumatic stress disorder, cognitive-behavioral therapy, Morita-therapy, cognitive restructuring, therapeutic interventions, emotions.

Постановка проблеми. Перебуваючи в умовах незавершеної війни, Україна зіштовхнулася зі значним зростанням рівня психічних розладів. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у військових та переселенців, посилення невротичних реакцій – реальний виклик для населення країни, її керівництва, системи медичної та психологічної допомоги [3], [4]. Одна з найбільш поширених і, як вважається, науково обґрунтованих модальностей психологічної корекції (психотерапії) психічних розладів – це когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) у варіантах, розроблених А.Беком та А.Еллісом¹²[1], [6]. Ця модальність терапії добре відома як психологам і психотерапевтам, так і лікарям-психіатрам. Деякі з них проходять курси навчання КПТ і рекомендують пацієнтам психіатричних клінік саме цю терапію як основний немедикаментозний варіант допомоги при невротичних розладах. Однією з головних рис цієї модальності є уявлення про те, що багато психічних розладів мають своє коріння в дисфункціональних/ірраціональних моделях мислення, і саме вони стають основною мішенню терапевтичних інтервенцій.

Тому, щоб впоратися з невротичними проявами чи проявами гострого стресу, КПТ пропонує проводити активну когнітивну перебудову мислення клієнта. Вона включає виявлення та аналіз дисфункціональних розумових моделей, патернів, які постійно повторюються у свідомості клієнта, підштовхуючи його до неефективних дій, які викликають страждання. Після цього клієнту пропонується виконувати активне заперечення своїх власних думок та заміну дисфункціональних на більш раціональні, на ті, які призводять його до більшої свободи, гнучкості, прийняття себе та життя з усіма недосконаlostями та слабкостями.

Однак у клінічній практиці авторів, а також з досвіду інших психологів, виявився факт деякої невідповідності завдань і цілей КПТ, та можливостей клієнтів. В останні сім років робота з невротичними розладами, у тому числі obsesивно-компульсивними невротами, ПТСР, показує, що у тривожно-помисливих, гіперчутливих клієнтів саме поняття «дисфункціональних», «ірраціональних» думок викликає посилення почуття тривоги та провини. Крім того, вони, як правило, не мають упевненості в тому, що у них є набір більш раціональних і «здорових», з погляду життя, думок, суджень та оцінок, якими вони могли б замінювати ті, які викликають страждання. Авторитету терапевта часто не вистачає для того, щоб в найближчий період запропонувати їм більш ефективні розумові підходи. Більше того, вони швидко починають відчувати

¹² А.Елліс назвав свій підхід раціонально-емоційно-поведінковою терапією (РЕПТ) [6, С.15].

втому при боротьбі з власними думками, що посилює і так песимістичне ставлення до себе і до майбутнього.

Тому, приймаючи до уваги необхідність перебудови когніцій при невротичних, стресових розладах, її можна проводити в інших формах. Однією з перспективних та ефективних форм є Моріта-терапія, особливості когнітивних інтервенцій якої, порівняно з КПТ, викладаються у статті.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з методів лікування, у тому числі, тривожних розладів, ефективність якого була доведена емпіричним шляхом [10], [11]. Проте, на початку ХХ ст. виник і поступово успішно розвивається, довівши свою ефективність, новий підхід, запропонований японським психіатром Шьома Морітою (1874-1938) [12], [14], [15]. Він створив свою психотерапію на основі ідей дзен-буддизму та глибокого розуміння типів людської особистості, які задають схильність до тривожних невротичних реакцій. Він також передбачав необхідність когнітивної перебудови мислення клієнтів, проте в його терапії вона досягається іншим шляхом – шляхом повної відмови від боротьби зі страхом, тривожністю, неспокійними думками. Навчання такому відношенню, яке спочатку проводилося в стаціонарній формі, а в останні роки все більше в амбулаторній формі у вигляді групової або індивідуальної терапії, стає все більш активним і поширеним поза японським культурним контекстом [15]¹³.

Мета статті – викласти основні ідеї КПТ і Моріта-терапії у порівнянні та показати ефективність та перспективність моделі Ш.Моріти.

Виклад основного матеріалу. Когнітивно-поведінкова терапія заснована на трикомпонентній моделі когнітивних патернів А.Бека та моделі А-В-С А.Елліса, які припускають, що думки, почуття та поведінка взаємопов'язані [1, С.18-19], [6, С.24 -31]. А.Бек, проводячи дослідження пацієнтів, які переживали досвід депресії, дійшов такого висновку: «В основі даного підходу [КПТ] лежить теоретична посилка, згідно з якою емоції та поведінка людини значною мірою детерміновані тим, як вона структурує світ. Уявлення людини (вербальні чи образні «події», присутні у його свідомості) визначаються його установками та умовбудовами (схемами), сформованими в результаті минулого досвіду. Терапевтичні техніки, які використовуються в рамках даного підходу... дозволяють виявити, проаналізувати і скоригувати помилкові концептуалізації та дисфункціональні переконання (схеми) пацієнта... Когнітивний терапевт допомагає пацієнтові мислити і діяти більш реалістично і адаптивно і тим самим усуває симптоми, які його турбують» [1, С.12].

А.Елліс писав: «Рационально-емоційна поведінкова теорія постулює, що в основі невротичних розладів лежить схильність людей давати сприйманим подіям свого життя категоричні, абсолютистські оцінки... Такі погляди в теорії РЕПТ розглядаються як ірраціональні, тому що вони зазвичай утрудняють здійснення людьми своїх цілей та задач, або перешкоджають йому. Існує кілька

¹³ Ця модальність психотерапії виявилася досить ефективною у терапевтичній практиці авторів статті.

рівнів зміни. Теорія РЕПТ вважає, що найбільш якісні та тривалі зміни, яких можуть досягти люди, включають філософське реструктурування ірраціональних поглядів... терапевти активно орієнтують своїх клієнтів на визначення філософських джерел їхніх психологічних проблем та показують їм, що вони можуть оскаржити та змінити свої ірраціональні оцінки-зобов'язання» [6, С.31-50].

Відповідно до цих теорій, зміна неадаптивного мислення повинна і може передувати змінам неадаптивних емоцій (афекту) та поведінки пацієнта. Для цього:

- виявляються автоматичні ірраціональні думки (напр., мислення на кшталт «все чи нічого», поспішні висновки, драматизація, персоніфікація, відкидання позитиву тощо);
- вивчаються докази «за» і «проти» цих думок;
- проводиться оскарження та зміна цих моделей мислення;
- змінюється проблемні поведінка і відпрацьовуються навички адаптивніших відносин з іншими людьми [11, Р.14-15].

Такі терапевтичні інтервенції когнітивно-поведінкової терапії показали себе ефективними при лікуванні тривожних розладів. В цьому процесі вони використовуються у поєднанні з поведінковими методами, які можуть включати вправи на перебування в турбуючих ситуаціях, коли людину поступово вчать бути в ситуації, яка її лякає, витримують її в ній (звідси назва техніки – «експозиція», тобто витримка) [11, Р.14-15]. До переліку її інструментів також входять і техніки з менеджменту симптомів, призначені для полегшення неприємних наслідків тривоги, виховання здатності контролювати її та відмови від переваги тривожних інтерпретацій. У цьому процесі найпоширенішою стала м'язова релаксація (систематичне напруження та розслаблення всіх груп м'язів). Окрім неї, існують інші ефективні технології, такі, як глибоке та уповільнене дихання, медитація [11, Р.15].

Проте, як було зазначено вище, при роботі з невротичними розладами, у тому числі ананкастними (обсесивно-компульсивними невротами), пост-травматичними стресовими розладами, співзалежністю, виявився той факт, що у тривожно-помисливих, високочутливих клієнтів саме поняття «дисфункціональних», «ірраціональних» думок викликає посилення почуття тривоги і провини. Ті з них, хто мають акцентуацію психастенічного типу, як правило, не мають упевненості в тому, що у них є якийсь набір раціональніших і «здоровіших», з погляду життя, думок, суджень та оцінок, якими вони могли б замінювати ті, які викликають їхні болючі симптоми. В результаті використання технік КПТ у них швидко починає з'являтися втома від боротьби з власними думками, що ще більше позбавляє їх тієї невеликої енергії, яка у них є.

Усвідомлення того, що розбудову неефективних когніцій при невротичних розладах необхідно проводити іншими, більш природними та «м'якими» техніками, автори дійшли висновку про важливість використання терапії, створеної на початку ХХ ст. японським психіатром Шьома Морітою

(1874-1938). Згідно з Ш.Морітою, існує особлива особистісна схильність до тривожних невротичних розладів, яку він назвав *шинкейшицу*¹⁴[9], [12], [16]. У Японії ця група пов'язаних типів невротичних симптомів і психосоматичних процесів отримала назву «Моріта-шинкейшицу» [9, Р.218]. Вона приймає різні форми, такі як фобічні нав'язливі ідеї, тривога, уникаюча поведінка, панічні атаки, іпохондрія та пов'язані соматичні проблеми, які приблизно відповідають тривожним та соматоформним розладам західних класифікацій.

Моріта виділив такі фактори, які сприяють формуванню неврозу *шинкейшицу*:

- a) схильність нервової системи, зокрема, афективна гіперчутливість¹⁵, тривожність і «застрягаюче» мислення (схильність до нав'язливостей, «розумової жуйки»);
- b) перфекціонізм, догматичні та ідеалістичні когнітивні тенденції (напр., завищені стандарти для себе та для своєї здатності до самоконтролю), які посилюють схильність до внутрішніх конфліктів та самокритики;
- c) інтроспективний фокус уваги та посилений самоконтроль;
- d) непродуктивні моделі поведінки та спосіб життя, що характеризується спробами контролю симптомів та уникненням тривожності;
- e) випадкові або непрямі фактори та критичні інциденти в житті (напр., критика з боку інших, попадання в центр суспільної уваги), які викликали інтенсивне та болюче усвідомлення певних аспектів себе (напр., почервоніння, запаху тіла, рис обличчя, волосся на тілі тощо) [9, Р.218].

Пункт (d) у цьому списку – один із найважливіших. Справа в тому, що клієнти-*шинкейшицу* схильні до віри в те, що тривога або інші неприємні почуття потрібно контролювати або ліквідувати силою волі, щоб їм не ставало гірше. Вони припускають настання катастрофічних наслідків у разі втрати контролю над своїми емоціями і найчастіше залучаються до неефективних спроб маніпулювати своїми спонтанними емоційними реакціями. У процесі здійснення цих спроб вони зазнають невдачі в тому, щоб реагувати на поточні потреби життя, оскільки очікують, що будуть їх виконувати лише після того, як їм стане «краще».

Ш.Моріта вважав, як і засновники КПТ, що саме догматичне, перфекціоністське, самодеструктивне мислення лежить в основі завзятих, але марних спроб клієнтів-*шинкейшицу* змінити своє тривожне Я і за будь-яких умов усунути симптоми тривожності. Однак його основна ідея полягає в тому,

¹⁴ У російсько- та українськомовній літературі такий тип особистості називають психастенічним, сенситивним або дифензивним, див. [2, Гл.4], [5, С.117].

¹⁵ І.Павлов узагальнив такий тип реакцій категорією «слабка нервова система», маючи на увазі, що в корі головного мозку у таких особистостей гальмування не може збалансувати збудження. Вони, грубо кажучи, є «людьми роздумів», інтровертами, схильними до сумнівів та роздумів [5, С.38-39]. Е.Ерон навала такий тип людей «надчутливими» [7].

що надмірна увага до суб'єктивних процесів під час терапії може ще більше посилити цей тип сфокусованості на собі. У Моріта-терапії звільнення клієнтів від безплідних спроб позбутися тривожності стає критичним моментом у терапевтичному прогресі. Раціональне, аналітичне втручання у мислення та емоції вважається контрпродуктивним для клієнтів, які глибоко укорінилися у своїх саморуйнівних системах переконань, у схильності до надмірної інтелектуалізації та інтроспекції. Замість цього, Моріта-терапевти пропонують швидше «терапію дій», ніж розмовну терапію [12], [9, Р.221-222].

Початкова мета втручання полягає в тому, щоб зменшити посилене та вибіркове фокусування клієнтів на собі та на боротьбі з симптомами. Їхня енергія перенаправляється на те, що вони можуть вибирати і робити, а не на марні спроби змінити приховані установки та психофізіологічні реакції (напр., тривогу, страхи, нав'язливі ідеї та соматичні симптоми), які не підлягають обговоренню.

Крім того, підвищення обізнаності клієнтів про природу їхніх проблем та занурення в практичні завдання вважається корисним для розширення їх поведінкового репертуару у повсякденному житті. Це, у свою чергу, генерує новий досвід, який сам по собі, без допомоги терапевта, кидає виклик догматичним переконанням та припущенням клієнтів. Морітіанські інтервенції призначені для мобілізації власного активного та усвідомленого вибору клієнтами дій, які базуються на практичних та конструктивних цілях.

Таким чином, клієнти з навичками *шинкейшицу*, які передбачають настання катастрофи за відсутності контролю над тривогою, конфронтуються терапевтом, завдання якого полягає в тому, щоб допомогти їм увійти в центр своєї тривоги і вистояти там без її придушення чи опору. В результаті відпрацювання такої навички, переживання тривоги нормалізується та депатологізується [8, Р.377].

Моріта-терапевт дотримується неупередженої позиції стосовно людських емоцій (так званий *фумон*): немає неправильних емоцій, емоції просто є [13, Р.138], [12]. Проблема у тому, як реагувати на них. Клієнти-*шинкейшицу* оцінюють певні афективні реакції як небажані чи ненормальні, стають критичними до себе і соромляться цих реакцій. Вони перетворюють свої, часто цілком виправдані стресовою ситуацією початкові страждання, у тривалий внутрішній конфлікт, психологічну занепокоєність. Вони намагаються контролювати небажані реакції, а потім продовжують критикувати себе, коли це не вдається. Моріта назвав це процесом «подвоєння та потроєння первісного страждання» [12], [9, Р.220].

Щоб утишити такий саморуйнівний процес, Моріта-терапевт підкреслює, що тривога та інші некомфортні почуття є нормальними людськими емоціями, які лежать поза межами наших вподобань і суджень. Тривога є не тільки неминучим супутником людського існування, але й відображенням здорового та сильного бажання клієнтів жити повноцінно, мати хороше здоров'я, прагнути щастя, сенсу, успіху та досягнень. Без людських бажань немає

тривоги. Люди, до всього іншого, нездатні контролювати чи передбачати майбутні події, тому вони завжди стикаються з невідомістю, яка породжує страх. Однак поступово вони можуть усвідомити, що страх і невизначеність є прийнятними. Ніяких подальших маніпуляцій з ними не потрібно, і страх має бути просто прийнятий таким, яким він є [9, Р.220-221].

Морітіанський метод рефреймінгу («техніка позитивної інтерпретації») пропонує клієнтам принципово нову перспективу і можливість зміцнити своє психічне та фізичне здоров'я, розпізнаючи екзистенційний сенс тривоги та бажань, що лежать в її основі. Він пропонує сприймати тривогу та бажання розвиватися як дві сторони однієї медалі. Одне не існує без іншого, за кожним занепокоєнням чи тривогою лежить якесь позитивне бажання. Так, за страхом смерті виявляється стійке бажання жити. Оскільки ми прагнемо громадського визнання і успіху, ми також відчуваємо страх соціального відкидання та низької оцінки. Заперечувати тривогу означає заперечувати відповідне бажання. У Моріта-терапії поняття «прагнення до життя» чи *сеи-но-йокубо*, тобто, спонтанний інтерес до конструктивної діяльності та широкого спектру пов'язаних зі здоров'ям міжособистісних, кар'єрних, освітніх, фінансових, духовних устремлінь та бажань, грає вирішальну роль. Тому, увага клієнта переводиться з самої тривоги на життєве бажання, яке лежить в її основі, і досліджуються конкретні способи його реалізації. Замість того, щоб залучати клієнтів до інтелектуального самоаналізу думок, терапевт спонукає їх усвідомити необхідні повсякденні справи та дії, а також короткострокові та довгострокові особисті проекти, що сприяють здійсненню їхнього прагнення до життя [8, Р.377-378].

Коли клієнти усвідомлюють наявність у собі сильних і здорових бажань та особистих цілей, їхня увага та енергія починають більше перетікати у конкретні та практичні способи їх реалізації. Цей процес залучення до цілеспрямованої діяльності поступово звільняє клієнтів від звичної сфокусованості на емоціях і допомагає уникнути ситуацій, які провокують тривогу. Замість того, щоб навчати клієнтів робити помилкові спроби змінити свою тривожну природу та її симптоми, Моріта-терапевт прагне виявити та зміцнити здоровий бік їхньої тривожної природи.

По суті, мета терапії – не відкинути «тривожну схильність» (*шинкейшинцу*), а змінити її сприйняття, заохочуючи прийняття клієнтами їхньої власної тривожної гіперчутливості та схильності не як слабкості, але як потенційно функціональної та конструктивної риси. Терапевтичний прогрес, таким чином, починається тоді, коли клієнти приймають позитивний погляд на тривожність, яку вони відкидали, і успішно застосовують її для ефективного вирішення практичних завдань. Іншими словами, мета Моріта-терапії, на відміну від КПТ та РЕПТ, не в тому, щоб викоринити схильність до тривожності та гіперчутливості клієнта, а в тому, щоб трансформувати ці дисфункціональні

властивості у функціональні [8, Р.376].

Шляхом відмови від спроб контролювати тривогу та розвитку навички залишатися в її центрі, клієнти Моріта-терапії заохочуються продовжувати своє життя, залучаючись до цінних та важливих для них видів діяльності. Одна з цілей терапевтичних інтервенцій – допомогти клієнтам усвідомити, що переживання тривоги та здійснення ефективних дій не є взаємовиключним. Коли клієнти в позитивному ключі реінтерпретують значення і сенс своєї тривожності, тривога стає засобом, який допомагає транслювати їхнє прагнення жити здоровим чином, конструктивно, у конкретні поведінкові акти. Клієнти поступово навчаються тому, щоб завзято виносити тривожні моменти та зміщувати свою увагу на важливі поточні завдання та практичні цілі. Вони починають усвідомлювати, що можуть здійснювати важливі дії *разом* із тривожністю, а не без неї [8,Р.379], [12].

Коли клієнти поринають у конкретну практичну діяльність, їхня увага починає спонтанно перемикається на зовнішні події. Раніше приречений на провал ланцюжок афективних, когнітивних та поведінкових реакцій починає замінюватися більш продуктивним. Клієнти, також, починають отримувати задоволення від виконання роботи вдома і в бізнесі, і від досягнення практичних цілей. Завдяки активному вибору конкретних дій, їх опір до раніше уникнених психологічних станів і тривожних реакцій також зростає.

Таким чином, на відміну від когнітивно-поведінкової терапії, з самого початку терапевтичного процесу терапія Ш.Моріти починає з того, що допомагає клієнту прийняти себе і свій стан, свою тривожність, соматичні симптоми, як природні, з якими немає потреби боротися і витратити для цього значну енергію. Замість заперечення своїх думок і почуттів, які с з них випливають – що схоже на те, якби людина відмовлялася визнавати свою імунну систему і заперечувала її існування, - клієнт заохочується до того, щоб побачити за тривогою і соматичними розладами підказки про свої глибинні цілі, цінності та бажання. Навчаючись тому, щоб здійснювати вибір і досягати важливих цілей разом з тривогою, людина поступово усвідомлює, що її почуття, хоч би якими вони не були, та її справи не суперечать одне одному. Приймаючи свої почуття такими, які вони є і не борючись із ними, клієнт відкриває канал для вільної течії своєї власної життєвої енергії, яка має позитивний характер. Така психотерапія приваблює клієнтів не менше, ніж західні напрацювання КПТ.

Нижче наведено порівняльні таблиці цілей та методів когнітивно-поведінкової терапії і Моріта-терапії:

Таблиця 1

	КПТ/РЕПТ	Моріта-терапія
Що викликає страждання	Дисфункціональні, ірраціональні переконання та автоматичні думки	Особистісна схильність <i>шинкейшинцу</i> , яка включає: афективну гіперчутливість, тривожність, «застрягаюче» мислення, перфекціоністські, догматичні, ідеалістичні когнітивні тенденції, інтроспективний фокус уваги, самоконтроль, спроби контролю симптомів, уникнення тривожності.
Що потрібно зробити, щоб позбавити клієнта від страждання	Здійснити когнітивну перебудову: змінити ірраціональні думки на функціональні, раціональні	Здійснити когнітивну перебудову: навчити клієнта приймати свою тривожність і думки як частину своїх сильних сторін; заохочувати робити активні та важливі дії разом із тривогою та занепокоєнням, не борючись з ними, не намагаючись їх контролювати.
Методи досягнення	Виявлення дисфункціональних та ірраціональних автоматичних думок, заперечення їх, заміна на раціональні. Експозиція, менеджмент симптомів.	Позитивна реінтерпретація тривоги, перебування у її центрі, усвідомлення те, що з нею можна й треба жити, не борючись, і робити конструктивні дії.
Націленість терапії	Усунення тривожності, некомфортних симптомів	Прийняття симптомів як прояву позитивних якостей, конструктивне життя без фокусування на них

Висновки. Одна з найвідоміших модальностей психотерапії, яка довела свою ефективність, – когнітивно-поведінкова терапія – у сучасних українських умовах іноді не дозволяє досягти запланованого результату з людьми, які переживають гострі стресові стани та неврози різної етіології. Новий підхід, розроблений Ш.Морітою або Моріта-терапія, на відміну від моделі КПТ, передбачає когнітивну перебудову, яка спрямована на те, щоб клієнт терапії побачив у собі нові можливості та сили, оцінив би високо і гідно те, що КПТ називає «дисфункціональними» або «ірраціональними» моделями мислення. Клієнти терапії навчаються приймати себе зі своєю тривожністю, тому, що можливо і потрібно виконувати конструктивні дії, перебуваючи у її центрі.

Тому невротична схильність відходить на задній план життя, перестає перебувати у фокусі уваги. Ідея прийняття себе з усіма своїми почуттями, їх позитивна реінтерпретація, відмова від боротьби зі своїм мисленням від самого початку створюють позитивний настрій і посилюють терапевтичний альянс між психотерапевтом і клієнтом. Тим самим, як показує клінічна практика, значно підвищується ймовірність досягнення позитивного результату терапії. Терапія Ш.Моріти, таким чином, може бути використаною як один з ефективних інструментів психологічної допомоги населенню країни поряд із відомими модальностями психотерапії.

Література:

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. - СПб.; Питер, 2003. – 304 с.
2. Волков П. Разнообразие человеческих миров / Рук. по профилактике душев. расстройств: Основы и нюансы характерологии. Психология душев. болезней. Поиск взаимопонимания и психотерапия. - М:Аграф,2000. – 525 с.
3. Осипян А. Первые дни психического здоровья в Украине, последние – карательной психиатрии. Зеркало недели. 15 октября 2021. [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <https://zn.ua/HEALTH/pervye-dni-psikhicheskoho-zdorovja-v-ukraine-poslednie-karatelnoj-psikhiatrii.html>
4. Робертс Б., Махашвили Н., Джавахишвили Д. Скрытые последствия конфликта: Проблемы психического здоровья внутренне перемещенных лиц и доступность психологической помощи в Украине. [Електронний ресурс]. – Режим доступа: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ukraine_hiddenburdensconflictidps_ru_2017.pdf
5. Собчик Л. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – СПб.: «Речь», 2005. - 624 с.
6. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. – СПб.: «Речь», 2002. - 352 с.
7. Эрон Э. Сверхчувствительная натура. Как преуспеть в безумном мире. – М.: Азбука Бизнес, 2014. - 416 с.
8. Ishiyama I. Morita therapy: Its Basic Features And Cognitive Intervention For Anxiety Treatment // Psychotherapy. 1986. Vol.23. pp.375-381.
9. Ishiyama I. A Bending Willow Tree: A Japanese (Morita Therapy) Model of Human Nature and Client Change // Canadian Journal of Counseling. 2003. Vol. 37, №3. pp.216-231.
10. Kaczurkin A., Foa E. Cognitive-Behavioral Therapy For Anxiety Disorders: An Update On The Empirical Evidence // Dialogues in Clinical Neuroscience. 2015. Vol.17. №3. pp.337-346
11. Lang A. Treating Generalized Anxiety Disorder With Cognitive-Behavioral Therapy // Journal of Clinical Psychiatry. 2004. V.65 [suppl 13], pp.14-19
12. Morita Sh. Morita-Therapy and The True Nature of The Anxiety-Based Disorders (Shinkeishitsu). – USA, State University of New York, 1998. 180 p.
13. Ogawa B. Desire For Life: The Practitioner's Introduction to Morita Therapy for the Treatment of Anxiety Disorders. – Bloomington, IN: Xlibris Corporation. 2013. 286 p.
14. Ogawa, B. A River to Live by: The 12 Life Principles of Morita Therapy. Philadelphia, PA: Xlibris/ Random House. 2007. 166 p.
15. Reynolds D. Constructive Living. – USA, A Koloalu Book, University of Hawaii Press.1984. 120 p.
16. Sugg HVR, Richards D., Frost J. What is Morita Therapy? The Nature, Origins, and Cross-Cultural Application of a Unique Japanese Psychotherapy // Journal of Contemporary Psychotherapy. 2020. Vol.50. pp.313-322.

References:

1. Beck A., Rush B., Emery G. (2003) *Kognitivnaya terapiya depressii [Cognitive therapy of depression]*. St.Pb.: Piter. 304 p. [in Russian].
2. Volkov P. (2000) *Raznoobrazie chelovecheskih mirov / Ruk. po profilaktike dushev. rasstroistv: Osnovi i nyuansi harakterologii. Psihologiya dushev. bolezni. Poisk vzaimoponimaniya i psihoterapiya. [Variety of human worlds / Handbook for the prevention of mental disorders: Fundamentals and nuances of characterology. Psychology of mental illness. Search for mutual understanding and psychotherapy]*. Moscow: Agraf. 525 p. [in Russian].
3. Osipjan A. (2021) *Pervye dni psihicheskogo zdorovja v Ukraine, poslednie – karatel'noj psihiatrii [First days of psychic health in Ukraine, last days of punitive psychiatry]*. Zerkalo nedeli. 15 oktjabrja. Mirror of week. October, 15th. [Electronic resource]. Retrieved from: <https://zn.ua/HEALTH/pervye-dni-psikhicheskoho-zdorovja-v-ukraine-poslednie-karatel'noj-psihiatrii.html> [in Russian].
4. Roberts B., Mahashvili N., Dzhavahishvili D. (2017) *Skrytye posledstvija konflikta: Problemy psihicheskogo zdorovja vnutrenne peremeshennyh lic I dostupnosjt psihologicheskoy pomoshi v Ukraine [Hidden effects of conflict: Mental health problems and accessibility of psychological aid in Ukraine]*. [Electronic resource]. Retrieved from: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ukraine_hiddenburdensconflictids_ru_2017.pdf [in Russian].
5. Sobchik L. (2005) *Psihologija individualnosti. Teorija i practica psihodiagnostiki [Psychology of personality. Theory and practice of psychodiagnostics]*. St.Petersburg: «Rech». 624 p. [in Russian].
6. Ellis A., Dryden W. (2002) *Praktika racionalno-emocionalnoi povedencheskoi terapii [The practice of rational emotive behavior therapy]*. St.Petersburg: «Rech». 352 p.
7. Aron E.(2014) *Sverhchuvstvitel'naya natura. Kak preuspet v bezumnom mire. [The highly sensitive person. How to blossom out in the insane world]*. Moscow: Azbuka-Bizness. 416 p. [in Russian].
8. Ishiyama I. (1986) Morita therapy: Its Basic Features And Cognitive Intervention For Anxiety Treatment. *Psychotherapy*. Vol.23. pp.375-381.
9. Ishiyama I. (2003) A Bending Willow Tree: A Japanese (Morita Therapy) Model of Human Nature and Client Change. *Canadian Journal of Counseling*. Vol. 37, №3. pp.216-231.
10. Kaczurkin A., Foa E. (2015) Cognitive-Behavioral Therapy For Anxiety Disorders: An Update On The Empirical Evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. Vol.17. №.3. pp.337-346
11. Lang A. (2004) Treating Generalized Anxiety Disorder With Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*. V.65 [suppl.13], pp.14-19
12. Morita Sh. (1998) Morita-Therapy and The True Nature of The Anxiety-Based Disorders (Shinkeishitsu). USA, State University of New York,. 180 p.
13. Ogawa B. (2013) Desire For Life: The Practitioner's Introduction to Morita Therapy for the Treatment of Anxiety Disorders. Bloomington, IN: Xlibris Corporation.. 286 p.
14. Ogawa B. (2007) A River to Live by: The 12 Life Principles of Morita Therapy. Philadelphia, PA: Xlibris/ Random House. 166 p.
15. Reynolds D. (1984) Constructive Living. USA, A Kolovalu Book, University of Hawaii Press. 120 p.
16. Sugg HVR., Richards D., Frost J. (2020) What is Morita Therapy? The Nature, Origins, and Cross-Cultural Application of a Unique Japanese Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Vol.50. pp.313-322.