

Проблемы психического здоровья и жизненного благополучия: взгляд с позиции регуляции аффекта

James J. Gross¹, Helen Uusberg², Andero Uusberg²

¹NICM Health Research Institute, Western Sydney University, Westmead, Australia;

²Division of Psychology and Mental Health, University of Manchester, Manchester, UK;

³Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia;

⁴Division of Digital Psychiatry, Department of Psychiatry, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA;

⁵Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK;

⁶Physiotherapy Department, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK;

⁷Department of Zoology, Edward Grey Institute, University of Oxford, Oxford, UK;

⁸Merton College, University of Oxford, Oxford, UK;

⁹Translational Health Research Institute, Western Sydney University, Penrith, NSW, Australia;

¹⁰Cambridge Centre for Sport and Exercise Sciences, Anglia Ruskin University, Cambridge, UK;

¹¹Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia;

¹²School of Psychology, Australian Catholic University, Melbourne, Australia;

¹³Department of Rehabilitation Sciences, KU Leuven, Leuven, Belgium;

¹⁴University Psychiatric Center, KU Leuven, Leuven, Belgium;

¹⁵NIHR Manchester Biomedical Research Centre, Manchester University NHS Foundation Trust, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, UK;

¹⁶NIHR Greater Manchester Patient Safety Translational Research Centre, Manchester, UK;

¹⁷Professorial Unit, The Melbourne Clinic, Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia

Перевод: Сулова Ж.В. (Москва)

Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)

Gross J, Uusberg H, Uusberg A. Mental illness and well-being: an affect regulation perspective. *World Psychiatry* 2019;18(2):130–139.

Психическое здоровье в значительной степени зависит от аффективного состояния, которое определяют эмоции, реакции на стресс, импульсы и фон настроения. Эти состояния определяют то, как мы думаем, чувствуем и ведем себя, поддерживая адаптивное функционирование. Однако в некоторых случаях они могут неблагоприятно сказываться на психическом здоровье за счет неадаптивных процессов формирования и/или регуляции аффекта. В настоящей работе мы представляем комплексную систему для осмысления роли формирования и регуляции аффекта при психических расстройствах и жизненного благополучия. В рамках нашей модели формирование аффекта понимается как итеративный цикл внимания, оценки и ответа на жизненные ситуации. Регуляция аффекта рассматривается как итеративная последовательность решений, направленная на преобразование формирования аффекта. Решения, связанные с регуляцией аффекта, включают в себя идентификацию того, что, при необходимости, должно быть изменено в аффекте, отбор стратегии вмешательства в цикл формирования аффекта, выбор того, как реализовать это вмешательство, и мониторинг попытки регуляции, чтобы решить, продолжать ли ее поддерживать, перенаправить или приостановить. Проблемы с этими решениями, часто возникающие из-за ошибочных входных данных для них, могут способствовать манифестации проблем психического здоровья, таких как клинические симптомы, синдромы и расстройства. Модель имеет определенную значимость для клинической оценки и лечения. В частности, она предлагает единый свод концепций для характеристики различных аффективных состояний, обозначает взаимосвязь между формированием и регуляцией аффекта, определяет цели оценки и лечения в качестве составляющих процесса регуляции аффекта и может применяться для профилактики и лечения проблем психического здоровья, а также поддержки и восстановления психологического благополучия.

Ключевые слова: аффект, регуляция аффекта, процесс-модель, проблемы психического здоровья, благополучие, трансдиагностические механизмы, психотерапия.

Психическое здоровье – это не просто отсутствие психических расстройств, но прежде всего состояние психологического благополучия, что отражено в определении Всемирной организации здравоохранения: «психическое здоровье – это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свои способности, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать и вносить вклад в жизнь своего сообщества»¹.

Эти характеристики психического здоровья зависят, помимо прочего, от состояния аффективной сферы (далее – аффект, *прим. ред.*), которая включает эмоции, реакции на стресс, импульсы и фон настроения. Аффект может рассматриваться как более или менее здоровый в зависимости от того, способствует ли интенсивность, длительность, частота возникновения или тип его проявлений поддержанию психического здоровья или создает угрозу для него в конкретном контексте^{2,3}. Например, небольшую тревогу перед собеседованием о приеме на работу можно рассмат-

ривать в качестве здоровой реакции, если это позволяет повысить мотивацию и лучше проявить себя. Выраженная тревога, напротив, может быть нездоровой, если она негативно сказывается на самопрезентации и заставляет избегать новых социальных вызовов.

Некоторые формы нездорового аффекта входят в число определяющих характеристик 40–75% всех психических расстройств^{2,4}. В силу этого важно понять, как аффект приобретает характер нездорового и что можно сделать для предотвращения его возникновения и для его лечения. Эти вопросы давно интересуют психологию и психиатрию⁵. Если упомянуть лишь несколько основных подходов к их пониманию, то в психодинамической традиции аффект связывается с конфликтом между влечениями и запретами⁶, психология стресса и совладающего поведения (копинга) раскрывает когнитивные предпосылки и физиологические последствия аффекта^{7,8}, а школа аффективной нейронауки выявляет некоторые механизмы работы мозга, лежащие в основе аффективного поведения^{9–11}.

Разнообразие данных литературы на темы аффекта и психического здоровья порождает большое количество слабо согласующихся между собой данных. Так, представления об аффекте при психических расстройствах¹², как правило, рассматриваются отдельно от представлений об аффекте при психическом благополучии¹³. Также можно обнаружить отдельные данные для похожих аффективных феноменов при разных психических расстройствах¹⁴. Еще больше усложняет дело использование различных данных на разных уровнях анализа – от нейрохимического до психосоциального. Фрагментарный набор объяснений роли аффекта для психического здоровья создает трудности для врачей-практиков и исследователей при концептуализации индивидуальных случаев, анализе трансдиагностических механизмов и использовании достижений современных исследований.

Одним из путей решения этих проблем является конструирование интегративной системы, способной рассматривать различные виды аффекта применительно как к психическим расстройствам, так и к психическому благополучию. Когда мы пытаемся найти подход к пониманию нездорового аффекта, важно иметь в виду, что, единожды *сформировавшись*, эмоция, реакция на стресс, импульс или настроение не должны продолжать доминировать над поведением, так как люди обычно используют *регуляцию* аффекта для изменения этих аффективных состояний^{8,15-21}. Соответственно, нездоровый аффект может быть следствием нарушений таких процессов, как формирование аффекта, регуляции аффекта или их комбинаций.

Возможны два варианта нарушений: *неспособность к формированию здорового аффекта*, когда регуляция аффекта не в состоянии успешно противодействовать неадаптивному формированию аффекта, и *расстройство регуляции аффекта*, когда регуляция аффекта ведет к обострению ситуации, направляя аффект в неадаптивную сторону. Как неспособность к формированию аффекта, так и расстройство регуляции аффекта могут повышать риск психических расстройств, подрывая психологическое благополучие. И наоборот, адаптивная регуляция аффекта способна предотвратить, повернуть вспять или облегчить психические расстройства и способствовать психологическому благополучию.

В данной работе мы предлагаем комплексную систему осмысления взаимосвязи между формированием и регуляцией аффекта для психического здоровья. Мы сосредоточены в первую очередь на психических расстройствах, но те принципы, которые мы обсуждаем, в равной степени актуальны и для состояния психологического благополучия. Также мы главным образом фокусируемся на регуляции аффекта, но для понимания того, как аффект регулируется, нам необходимо рассмотреть и то, как происходит его формирование.

В первых двух разделах работы мы представляем *процесс-модель регуляции аффекта*, комплексную систему, в рамках которой формирование аффекта рассматривается как четырехстадийный процесс, который может быть подвергнут изменениям со стороны другого четырехстадийного процесса регуляции аффекта^{15,22,23}. В третьем разделе работы мы используем эту систему для рассмотрения проблем регуляции аффекта, которые приводят к проблемам психического здоровья, на примере разнообразных симптомов, синдромов и расстройств. В заключительной части мы рассматриваем некоторые варианты применения процесс-модели регуляции аффекта в клинической оценке и практике.

ФОРМИРОВАНИЕ АФФЕКТА

Мы используем слово «аффект» в качестве зонтичного термина для обозначения эмоций, таких как тревога или

радость, реакций на стресс, таких как чувство угрозы или воодушевление, импульсов, таких как желания сбежать или выпить, и настроений, таких как подавленность или эйфория. Несмотря на различия между ними, общим для этих многообразных процессов является то, что все они включают в себя оценку – разграничение между «хорошо для меня» или же «плохо для меня», которое может формировать поведение^{15,24-27}. Например, тревога, чувство угрозы, желание сбежать и подавленность сигнализируют о чем-то неприятном, чего следует избегать. Радость, воодушевление, желание выпить, эйфория указывают на нечто приятное, что стоит испытать. Оценка отражает то, что может дать человеку ситуация с точки зрения его ценностей, потребностей и желаний. Функция аффективных состояний, таким образом, состоит в формировании поведения, исходя из взаимосвязи между ситуацией и мотивационными соображениями.

Принимая во внимание их общие функции, аффективные состояния можно проанализировать на основании единых концепций. Следуя кибернетическому подходу^{15,28-30}, мы рассматриваем аффект как серию итеративных циклов из четырех стадий: а) *ситуация*, которая может переживаться или воображаться; б) *внимание*, которое определяет то, как воспринимается ситуация; в) *оценка* ситуации на основании мотивационных соображений; и г) *ответ* на ситуацию, который может повлечь за собой изменения в субъективном опыте, физиологии и/или реакции лица или всего тела (см. рис. 1). Так, эмоция тревоги может возникнуть, когда человек проходит или представляет себе собеседование о приеме на работу (ситуация), обращает внимание на то, что может пойти не так (внимание), оценивает ситуацию как угрожающую (оценка) и чувствует тревогу, начинает потеть и хочет сбежать (ответ).



Рис. 1. Формирование аффекта. Различные аффективные состояния, такие как эмоции, реакции на стресс, импульсы и настроения, могут быть рассмотрены как итеративный цикл ситуации, внимания, оценки и ответа на ситуацию.

Аффективные ответы, формируемые за одну итерацию данного цикла обратной связи, могут стать частью стадии ситуации на последующей итерации. К примеру, человек теперь может знать, что во время интервью он чувствует тревогу и потеет (ситуация), зафиксироваться на повышенном шансе потерпеть неудачу (внимание), оценить ситуацию как еще более угрожающую (оценка) и испытать еще большую тревогу (ответ). Успешные итерации петли формирования аффекта могут способствовать более избирательному вниманию, многосторонним оценкам и самобытным ответам.

Мы полагаем, что четыре аналогичные итеративные стадии свойственны разным видам аффективных состояний, хотя стадии могут различаться по их автоматизму, специфике, продолжительности и иным характеристикам. Одним из путей систематизации различных аффективных состояний в рамках данной концепции может быть помещение их в континуум на основании того, сколько стадий формирования аффекта обычно являются частью сознательного опыта переживания данного аффективного состояния.

На одном конце континуума находятся эмоции, все четыре стадии которых, как правило, являются частью опыта. Такие эмоции, как тревога или радость, имеют свойство вызывать сильные чувства вокруг ситуации, которая управляет вниманием и по крайней мере частично оценивается сознательно^{27,31}.

На другом конце континуума – фон настроения, например, подавленность или эйфория, которые чаще всего переживаются как диффузные чувства и побуждения к действиям (т.е. это только стадия ответа). По нашему мнению, остальные стадии формирования аффекта причастны к фону настроения, находясь вне осознания. Таким образом, фон настроения зачастую связан с ситуациями, которые были выборочно восприняты и подвергнуты оценке в значительной степени за пределами сознания^{32,33}.

Между эмоциями и фоном настроения в континууме находятся реакции на стресс и импульсы. Реакции на стресс, например, чувство угрозы или воодушевление^{8,34}, напоминают эмоции, для которых стадии внимания, оценки и ответа обычно являются частью опыта. Однако вместо единственной идентифицируемой ситуации данный опыт строится вокруг более широких обстоятельств, таких как развод или новая работа, которые охватывают несколько конкретных ситуаций.

Импульсы, такие как желание сбежать или выпить, могут рассматриваться как аффективные состояния, возникающие как совокупность стадий ответа и ситуации. Импульсы могут ощущаться практически как рефлекс – устойчивые побуждения к действиям (стадия ответа) под влиянием какой-либо угрозы или возможности (стадия ситуации)¹⁷. Мы полагаем, что промежуточные стадии селективного восприятия и оценки ситуации часто протекают на уровне импульсов, даже за пределами сознания.

Четырехстадийная модель формирования аффекта – это гибкий способ охватить как общие черты, так и различия между разными видами аффективных состояний. Что особенно важно для наших целей, разработанная модель подразумевает, что нездоровый аффект может быть объяснен неадаптивным протеканием одной или нескольких из четырех стадий формирования аффекта. Иногда нездоровый аффект возникает лишь из-за неадаптивной ситуации, например, когда человек становится жертвой насилия. Когда нездоровый аффект происходит из адаптивных в целом ситуаций, его причиной, тем не менее, может быть неадаптивное протекание стадий внимания, оценки или ответа. К примеру, последствия неадаптивного протекания стадии внимания для психического здоровья иллюстрирует роль искажений внимания при расстройстве настроения и тревожных расстройствах^{35,36}. Последствия неадаптивного протекания стадии внимания иллюстрируются ролью искажений интерпретации у людей с депрессивной симптоматикой³⁷. Последствия неадаптивного аффективного ответа демонстрирует роль низкой психологической реактивности при экстернализованных синдромах, таких как социопатия³⁸.

Неадаптивное формирование аффекта, таким образом, является важной частью полной картины нездорового аффекта. Тем не менее, в данной работе мы главным образом сосредоточены на регуляции аффекта. Дело в том, что неадаптивное формирование аффекта приводит к нездоровому аффекту преимущественно тогда, когда регуляция аффекта не справляется с нейтрализацией неадаптивного аффекта или даже еще больше усугубляет его.

РЕГУЛЯЦИЯ АФФЕКТА

Регуляция аффекта включает в себя намеренные (но необязательно сознательные) попытки изменить интенсивность, продолжительность, частоту или тип текущего или

ожидаемого аффекта³⁹. В этой работе мы фокусируемся на самоподдерживаемой, или *внутренней*, регуляции аффекта, в отличие от поддерживаемой извне, или *внешней*, регуляции аффекта^{40,41}. Последняя, под которой понимаются чьи-либо попытки регулировать аффективное состояние другого человека, тоже важна для психического здоровья, однако не является предметом рассмотрения в рамках данной работы.

В соответствии с четырьмя видами аффективных состояний, выделенных ранее, мы можем обозначить четыре вида аффективной регуляции: а) эмоциональная регуляция^{15,16,42}; б) регуляция стресса, т.е. копинг^{8,43}; в) регуляция импульсов, т.е. самоконтроль^{17,44}; и г) регуляция настроения^{18,45}. Хотя, может быть, важно различать тип аффекта, на который нацелена регуляция, наш анализ общих механизмов формирования аффекта подразумевает, что есть также и общие механизмы регуляции аффекта.

Процесс-модель регуляции аффекта рассматривает эти общие механизмы через ответы на два фундаментальных вопроса: а) как может происходить регуляция аффекта (стратегии), и б) какие процессы лежат в основе регуляции аффекта (стадии)?

Стратегии регуляции аффекта

Чтобы понять, как может регулироваться аффект, нужно вернуться к петле четырех стадий формирования аффекта, представленной на рис. 1. Принимая во внимание стадии ситуации, внимания, оценки и ответа, мы можем выделить четыре категории стратегий регуляции аффекта, в зависимости от того, на какую стадию формирования аффекта они в первую очередь воздействуют (см. рис. 2).

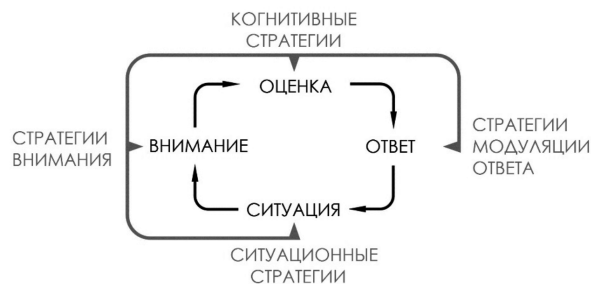


Рис. 2. Стратегии регуляции аффекта. Четыре категории стратегий регуляции аффекта различаются в зависимости от того, на преобразование какой стадии формирования аффекта они преимущественно нацелены.

Ситуационные стратегии нацелены на изменение формирования аффекта на стадии ситуации путем выбора ситуаций, с которыми происходит столкновение (*выбор ситуаций*) или модифицирования того, что в них происходит (*модификация ситуаций*)⁴⁴. Например, люди, которым хочется поднять свое подавленное настроение, могут позвонить другу (*выбор ситуации*) или сменить тему уже начатого разговора на более позитивную (*модификация ситуации*).

Стратегии внимания нацелены на изменение формирования аффекта на стадии внимания посредством смены аспектов ситуации, на которые направлено внимание⁴⁶. К примеру, человек, находящийся в подавленном настроении, может отвлечь себя от негативных мыслей, переключив свое внимание на игру вроде «тетриса».

Когнитивные стратегии направлены на изменение формирования аффекта на стадии оценки за счет модификации того, как ситуация рассматривается с точки зрения целей, ценностей и прочих мотивационных соображений⁴⁷. Так, с подавленным настроением возможно справиться, если подумать о том, что все обстоит не так уж плохо, как казалось изначально.

Наконец, *стратегии модуляции ответа* направлены на изменение аффекта на стадии ответа путем противостояния связанным с аффектом опытно-эмпирическим, поведенческим или физиологическим изменениям. Например, человек, находясь в подавленном настроении, может приготовить себе чашку кофе, чтобы взбодриться физически.

Помимо регуляции настроений те же категории стратегий можно считать актуальными и для регуляции эмоций⁴², стресса²² и импульсов^{44,48}.

Каждый из четырех основных путей изменения аффекта может быть действенным, но также имеет свои издержки и выгоды^{49,50}. Допустим, стратегии, подразумевающие раннее вмешательство в цикл формирования аффекта, могут принести облегчающее освобождение от аффективного состояния⁵¹, однако потенциально ценой ограничения возможностей к обучению^{52,53}. После того, как исследователями были определены различные издержки и выгоды стратегий регуляции, стало ясно, что адаптивная регуляция аффекта требует соответствия стратегий свойствам аффекта, подлежащего регуляции, самому индивиду и текущему контексту⁵⁴⁻⁵⁶. Так, в контексте, где неприятную ситуацию можно улучшить, имеет смысл попробовать изменить ситуацию, а не прибегать к когнитивным стратегиям для изменения оценки ситуации. Напротив, если, исходя из контекста, практически ничего нельзя сделать для того, чтобы улучшить ситуацию, разумнее использовать когнитивные, а не ситуационные стратегии⁵⁷⁻⁵⁹.

Стадии регуляции аффекта

Если решение о наилучшей регуляции аффекта представляется таким сложным, то как оно принимается? Процесс-модель регуляции аффекта решает этот вопрос, предлагая последовательность из четырех стадий: идентификация, отбор, реализация и мониторинг (см. рис. 3). Каждую из стадий можно рассматривать как решение, принимаемое человеком, сознательно или нет^{60,61}. Если вновь обратиться к примеру с человеком, находящимся в подавленном настроении, то какие решения необходимы ему для регуляции своего настроения?

Для начала, на стадии *идентификации*, ему следует прийти к решению о том, что его текущее настроение должно быть улучшено. Затем это решение активирует стадию *отбора*, на которой он должен выбрать, какую стратегию регуляции аффекта использовать (т.е. на каком этапе вмешаться в цикл формирования аффекта). Например, он может избрать стратегию внимания, чтобы отвлечься от навязчивых мыслей. Отбор стратегии запускает стадию *реализации*, где человеку нужно принять решение о действиях, которые предстоит осуществить. К примеру, он может решить поиграть в «тетрис».

Как только выбранные действия вмешиваются в формирование аффекта, всем трем решениям может потребоваться корректировка: сохраняется ли необходимость в регуляции аффекта, остается ли стратегия внимания наилучшей стратегией, а также является ли игра в «тетрис» по-прежнему наилучшей линией поведения. Продолжающаяся итерация трех решений может рассматриваться в качестве отдельной стадии *мониторинга* регуляции аффекта, на которой человек решает, поддерживать ли, перенаправить или приостановить текущую попытку регуляции аффекта.

Для лучшего понимания стадий идентификации, отбора, реализации и мониторинга полезно рассмотреть, обработка какой информации осуществляется для принятия решений, необходимых на каждой стадии. Процесс-модель регуляции аффекта предполагает, что на каждой стадии задействуются два основных канала входных данных, и теперь мы переходим к описанию того, какую роль играют эти данные на каждой из четырех стадий.

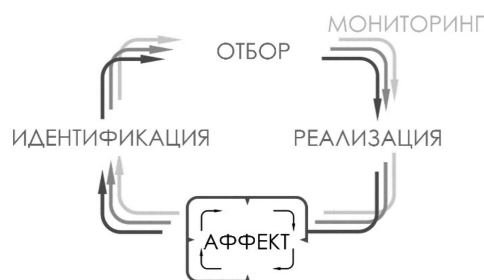


Рис. 3. Стадии регуляции аффекта. Регуляция аффекта состоит из ключевых решений, принимаемых людьми, сознательно или нет, в ходе четырех стадий. На стадии идентификации человек решает, что, при необходимости, должно быть изменено в аффекте. На стадии отбора принимается решение о том, какую стратегию регуляции аффекта использовать для достижения заданной цели. На стадии реализации принимается решение о том, какие действия предпринять в рамках выбранной стратегии по изменению процесса формирования аффекта. Стадия мониторинга представляет собой итерацию корректировок решений, принятых на стадиях идентификации, отбора и реализации, что выливается в отдельное решение о том, поддерживать ли текущую попытку регуляции, перенаправить ее или остановить.

Решение на стадии идентификации, определяющее, что, при необходимости, должно быть изменено в аффекте (т.е. какова цель регуляции), основывается на: а) репрезентации текущего аффективного состояния наряду с альтернативными состояниями, и б) оценке издержек и выгод этих состояний в данном контексте.

Первый канал входных данных для решения на стадии идентификации, таким образом, необходим, чтобы представить переживаемое состояние наряду с другими состояниями, которые человек мог бы испытать в данной ситуации. Важность этих данных иллюстрируется наблюдением о том, что люди, у которых хорошо получается замечать и обозначать свои аффективные состояния, обычно бывают столь же успешны и в регуляции аффекта^{62,63}.

Второй канал входящих данных для решения на стадии идентификации – оценка текущего и альтернативного аффективных состояний на основании их издержек и выгод. Чаще всего люди оценивают аффективные состояния в свете гедонистических мотивов – стремления усилить приятные чувства и уменьшить неприятные. Впрочем, оценки людей могут иметь и антигедонистическую (т.е. практическую) природу, например, когда им хочется чувствовать себя злее, чем обычно, так как они полагают, что это поможет в переговорах⁶⁴.

Когда стадия идентификации протекает успешно, человек определяет текущее аффективное состояние и возможные альтернативные, надлежащим образом оценивает их и принимает решение (сознательно или нет) о том, что должно измениться в данном аффективном состоянии, если на то есть необходимость.

Решение об изменении аффекта запускает стадию *отбора*, где человеку предстоит решить, в какой момент вмешаться в формирование аффекта (т.е. какую стратегию регуляции использовать). Решение об отборе базируется на: а) репрезентации доступных стратегий регуляции, и б) оценке их издержек и выгод в данном контексте.

Доступность стратегий может варьировать в зависимости от ситуаций, а также самих людей. Так, когнитивные стратегии могут больше подходить для применения в ситуациях, для которых возможны многочисленные интерпретации⁶⁵. Разные люди могут отдавать предпочтение различным стратегиям, исходя из своих способностей и возможностей. Например, стратегии внимания, вероятно, лучше работают у людей со сравнительно высокими возможностями кратковременной памяти⁶⁶, и они, предположительно, могут чаще выбирать их в качестве рабочего варианта для регуляции.

Второй канал входных данных для решения об отборе – это оценка издержек и выгод доступных стратегий⁶⁷. Главной ожидаемой выгодой для каждой доступной стратегии является ее эффективность для изменения аффекта. К примеру, при попытке снизить интенсивность эмоций люди чаще выбирают отвлечение (стратегию внимания), а не переоценку (когнитивную стратегию), так как первая считается более эффективной⁶⁷. В числе основных выгод также рассматриваются время и усилия, необходимые для того, чтобы задействовать стратегию⁶⁸. Другие издержки и выгоды, более специфичные для различных стратегий, людей и контекстов, тоже могут помочь в окончательном выборе стратегии.

Когда стадия отбора работает успешно, человек представляет себе доступные стратегии, должным образом оценивает их и решает, какую стратегию регуляции использовать.

Решение об отборе активирует стадию *реализации*, на которой человек решает, как применить выбранную стратегию в данном контексте. Эта стадия необходима, поскольку широкий круг стратегий вмешательства на каждой из четырех стадий формирования аффекта может быть реализован по-разному⁶⁹, что также иногда именуется тактикой регуляции. К примеру, приняв на стадии идентификации решение о том, что нужно поднять подавленное настроение, а на стадии отбора – решение о том, чтобы полагаться на стратегию внимания, человек может решить поиграть в «тетрис», чтобы отвлечь себя таким способом от негативных мыслей. Такое решение о реализации основано на: а) репрезентации различных действий, возможных в рамках ситуации, и б) оценке издержек и выгод этих действий в данном контексте.

Стадия реализации – это тот пункт, где процесс регуляции достигает своей цели по мере того, как специфическая умственная или физическая активность воздействует на процесс формирования аффекта (см. рис. 3). Например, за счет игры в «тетрис» происходит отвлечение когнитивных ресурсов от стадии внимания, которая задействована в формировании подавленного настроения.

При успешном протекании стадии реализации человек представляет себе действия, возможные в конкретном контексте, надлежащим образом оценивает их и решает, как применить попытку регуляции.

Решения на стадиях идентификации, реализации и отбора формируют итеративный цикл. После того, как стратегия, *отобранная* для *идентифицированной* цели регуляции, *реализуется*, может потребоваться изменить каждое из решений с учетом изменений в аффекте, который подвергся регуляции, а также в более широком контексте. Итерация изменений решений по регуляции аффекта может рассматриваться как отдельная стадия *мониторинга*, на которой принимается решение о том, поддерживать ли, перенаправить или приостановить текущую попытку регуляции аффекта. Входные данные для этого решения охватывают: а) изменения в аффекте, которые могут быть как спонтанными, так и вызванными текущей регуляцией, и б) изменения в контексте.

Если предпринятой попытке регуляции аффекта удастся поддерживать в нем желаемые изменения, а контекст существенно не меняется, человек может *поддерживать* регуляцию, опираясь на последние решения стадий идентификации, отбора и реализации (например, играть в «тетрис», отвлекая себя от негативных мыслей с целью поднять подавленное настроение). Но, если аффект не поддается изменению или изменяется нежелательным образом, выбранный способ реализации, стратегия или цель регуляции могут быть переизбраны (*перенаправление* попытки регуляции) или же попытка регуляции может быть и вовсе *остановлена*. Перенаправление или остановка могут также

потребоваться из-за изменения в контексте, например, если в середине игры в «тетрис» позвонил друг.

Для того, чтобы быть адаптивной, регуляция аффекта должна с оптимальной гибкостью реагировать на изменения в аффекте и в контексте^{43,55}. Нехватка гибкости может привести к чрезмерности определенного поведения по регуляции аффекта, а слишком большая гибкость – к недостаточно устойчивому эффекту.

При успешном протекании стадии мониторинга человек должным образом отмечает происходящие изменения в аффекте и контексте и в соответствии с этим решает, поддерживать, перенаправить или остановить регуляцию.

НЕАДАПТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ АФФЕКТА И ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Процесс-модель регуляции аффекта, описанная в предыдущих разделах, может помочь при рассмотрении вопроса о том, какой вклад неадаптивная регуляция аффекта способна вносить в проблемы психического здоровья. Решения об идентификации, отборе, реализации и мониторинге могут расцениваться как неадаптивные, когда они не соотносятся с аффективным состоянием, на которое нацелены, текущими мотивами человека и/или условиями контекста⁵⁴⁻⁵⁶. В этом разделе мы рассматриваем, как каждое из этих решений может стать неадаптивным. Мы используем отдельные примеры манифестации проблем психического здоровья, такие как различные симптомы, синдромы и расстройства. Важно отметить, что даже говоря об определенном механизме применительно к определенной манифестации, мы не подразумеваем, что данная манифестация не может быть связана с другими механизмами, а данный механизм не может быть вовлечен в другие манифестации проблем психического здоровья.

Проблемы на стадии идентификации

Нездоровый аффект может сформироваться из стадии идентификации цикла регуляции аффекта, когда решение о том, что, при необходимости, должно измениться в аффективном состоянии, оказывается неадаптивным. Это может произойти, когда у человека возникают трудности как минимум с одним каналом входных данных для решения об идентификации, т.е. когда речь идет о неверной репрезентации аффективных состояний и/или о неверной оценке их издержек и выгод.

Трудности первого рода характерны для людей с высоким уровнем алекситимии, которые испытывают сложность с тем, чтобы замечать и точно идентифицировать свои аффективные переживания⁷⁰. В сравнении с контрольной группой здоровых людей у них была выявлена склонность к вовлечению в неадаптивные паттерны регуляции аффекта⁷¹, что может быть связано с низкой детализацией свойственной для них репрезентации аффекта. Алекситимия также распространена среди людей с такими проблемами психического здоровья, как расстройства аутистического спектра⁷² или пищевого поведения⁷³, что позволяет предположить, что нездоровый аффект, сопровождающий эти состояния, также частично может быть вызван неверной репрезентацией аффективных состояний.

Трудности второго рода, ассоциированные со стадией идентификации, связаны с неверной оценкой издержек и выгод текущего аффективного состояния либо возможных альтернативных состояний. К примеру, люди, имеющие паническое расстройство, часто переоценивают издержки своей текущей тревоги⁷⁴. Они могут проинтерпретировать выявляющееся нормальное для тревоги учащение сердцебиения как знак надвигающегося сердечного приступа или тревожные мысли – как знак скорой потери связи с реаль-

ностью. Подобная переоценка издержек аффекта может привести к неадаптивному решению на стадии идентификации и запустить избыточную попытку регуляции. Кроме издержек люди также могут неверно оценивать выгоды от аффективных состояний. Так, имеющие биполярное расстройство часто выбирают не снижать неадаптивный позитивный аффект, даже если они в состоянии это сделать и им были даны соответствующие инструкции⁷⁵. Одной из причин может быть то, что люди с биполярным расстройством переоценивают гедонистическую выгоду от позитивных аффективных состояний, игнорируя их издержки, а также выгоды от альтернативных состояний⁷⁶.

Проблемы на стадии отбора

Нездоровый аффект может сформироваться из стадии отбора, когда решение о том, какую стратегию регуляции использовать для достижения цели регуляции, оказывается неадаптивным. Это может случиться, если у человека возникают трудности как минимум с одним каналом входных данных для этого решения, т.е. в случае неверной репрезентации доступных вариантов стратегий и/или неверной оценки издержек и выгод этих стратегий.

Одной из причин для неверной репрезентации доступных стратегий может быть ограниченность у человека навыка или опыта, связанных с различными стратегиями. Например, люди, имеющие расстройство злоупотребления алкоголем, могут испытывать трудность с тем, чтобы применять стратегии иные, чем употребление алкоголя, которые являются для них наиболее привычными⁷⁷. Похожие ограничения могут иметь люди, страдающие компульсивным перееданием, которые часто прибегают к нездоровым моделям пищевого поведения для целей регуляции аффекта⁷⁸.

Еще один путь, посредством которого стадия отбора может вносить свой вклад в нездоровый аффект, – это трудности с оценкой издержек и выгод различных стратегий. Многие проблемы психического здоровья связаны с неверной оценкой неадаптивных стратегий регуляции. Например, практика несуицидального самоповреждения частично основывается на оценке этого вида поведения как эффективной стратегии регуляции аффекта^{79,80}. А люди с генерализованным тревожным расстройством рассматривают беспокойство, еще одну стратегию с негативными последствиями, в качестве продуктивной (например, «Беспокойство помогает мне быть готовым ко всему и избегать неприятностей») или как положительную личностную характеристику («Если я беспокоюсь, это значит, что я забочусь»)⁸³.

Трудности с анализом издержек и выгод вариантов стратегий также могут быть результатом проблем с принятием решений более общего порядка. Так, многие проблемы психического здоровья ассоциированы с усилением временного дисконтирования, при котором непосредственные результаты оказываются переоцененными в сравнении с долгосрочными результатами даже больше, чем в здоровой популяции⁸¹. Проблема временного дисконтирования может вызывать сбой на этапе отбора стратегий регуляции аффекта, приводя к недооценке долгосрочных выгод по сравнению с краткосрочными. К примеру, люди с социофобией зачастую избирают стратегии избегания в поведении, чтобы снизить тревогу, несмотря на то что это способно серьезно ограничивать их социальные и профессиональные перспективы в будущем⁸².

Проблемы на стадии реализации

Нездоровый аффект может сформироваться из стадии реализации в случае, если решение о том, как применить выбранную стратегию в конкретной ситуации, оказывается

неадаптивным. Это может произойти, если у человека возникают трудности как минимум с одним каналом входных данных для этого решения, т.е. при неверной репрезентации доступных возможностей действий и/или при неверной оценке их издержек и выгод.

Трудность первого рода может возникнуть, если человеку не удастся рассмотреть доступные возможности действий за пределами очевидных, диктуемых привычкой или окружением. Например, кто-либо, пытающийся применить ситуационную стратегию для того, чтобы повысить свое воодушевление, может не найти иных вариантов кроме просмотра телевизора, имеющегося в комнате. Для того, чтобы заметить менее очевидные возможности действий, часто нужен когнитивный контроль⁸⁴, набор процессов, который зачастую оказывается нарушен при ряде проблем психического здоровья⁸⁵. Нарушения когнитивного контроля особенно значимы при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)⁸⁶, для которого также характерна неадаптивная регуляция аффекта⁸⁷. Наш анализ позволяет предположить, что неадаптивная регуляция аффекта при СДВГ может происходить, помимо прочего, из трудностей с обнаружением менее очевидных тактик регуляции.

Еще одной трудностью, с которой можно столкнуться на стадии реализации, является неверная оценка издержек и выгод различных возможностей действий. Это говорит о том, что проблемы психического здоровья, сопровождаемые сложностями с прогнозированием последствий действий, такие как большое депрессивное расстройство^{88,89}, могут способствовать неадаптивной регуляции аффекта, затрудняя надлежащую оценку возможностей действий, даже если их удается заметить. Например, помимо просмотра телевизора человек может найти еще несколько вариантов реализации стратегии внимания для цели повышения своего воодушевления, но не сумеет рассмотреть некоторые из их последствий, что приводит к неадаптивному выбору. В соответствии с данным подходом один из механизмов, за счет которого регуляция аффекта приобретает неадаптивный характер у людей с депрессивной симптоматикой⁹⁰, таким образом, может включать в себя неверную оценку возможностей действий, выявленных в ходе регуляции аффекта.

Проблемы на стадии мониторинга

Нездоровый аффект может сформироваться из стадии мониторинга, если решение о том, поддерживать, перенаправить или остановить регуляцию, становится неадаптивным. Это может произойти, если у человека возникают трудности как минимум с одним каналом входных данных для этого решения, т.е. в случае неверной репрезентации изменений в аффекте, подлежащем регуляции, и/или в соответствующем контексте. Так как последствия от этих трудностей достаточно схожи, мы не будем рассматривать их по отдельности. Вместо этого мы рассмотрим два направления неверной репрезентации: недостаточная репрезентация изменений в аффекте или контексте, которая приводит к нехватке гибкости при регуляции, и чрезмерная репрезентация изменений в аффекте или контексте, которая способствует повышенной гибкости при регуляции⁵⁵.

Недостаток гибкости может привести к ненужному поддержанию усилий по регуляции, когда те уже дали свой результат либо едва ли способны к нему привести. Такая инертность в регуляции наблюдается при ряде проблем психического здоровья. Например, люди с генерализованным тревожным расстройством продолжают беспокоиться несмотря на то, что это усиливает тревогу и требует значительных когнитивных затрат^{91,92}. Похожим образом люди с большим депрессивным расстройством продолжают руми-

нирывать, хотя это скорее усугубляет, а не облегчает подавленное настроение⁹³.

С другой стороны, мониторинг решения может стать чрезмерно гибким в случае, если изменения в аффекте или контексте переоцениваются. Эта трудность может привести к преждевременному переключению между стратегиями и их реализацией до того, как они смогут достичь эффективности, или к преждевременной остановке регуляции в целом⁵⁵. Так, пограничное расстройство личности характеризуется как частым изменением аффективных состояний⁹⁴, так и высоким уровнем импульсивности⁹⁵. Это позволяет предположить, что одной из причин аффективной лабильности людей, имеющих это расстройство, может быть недостаточная устойчивость в применении регуляции аффекта, т.е. слишком высокая гибкость регуляции аффекта.

ЗНАЧИМОСТЬ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Оценка и лечение нездорового аффекта находятся в центре внимания многих психотерапевтических подходов, включая когнитивно-поведенческую терапию⁹⁶, диалектико-поведенческую терапию⁹⁷, вмешательства, основанные на принятии и осознанности⁹⁸⁻¹⁰¹, эмоционально-фокусированную терапию¹⁰², тренинг регуляции аффекта¹⁰³ и терапию эмоциональной регуляции¹⁰⁴. Рассматриваемая нами система дополняет эти подходы, выдвигая четыре основных положения, которые могут найти применение в клинической оценке, а также лечении.

Во-первых, данная система предполагает, что проблемы с различными аффективными состояниями, такими как эмоции, реакции на стресс, импульсы и настроения, могут быть проанализированы в рамках единых положений. Во-вторых, неадаптивный аффект обычно возникает из определенной комбинации неадаптивного формирования аффекта и неадаптивной регуляции аффекта. В-третьих, неадаптивная регуляция аффекта может возникнуть на базе решений об идентификации, отборе, реализации и мониторинге. Наконец, аффективные процессы имеют одинаковое значение для проблем психического здоровья и психологического благополучия. В данном заключительном разделе мы кратко обсудим применение каждого из этих положений для целей оценки и лечения.

Единая концепция различных аффективных состояний

Эмоции, реакции на стресс, импульсы и настроения часто изучаются как отдельные феномены, что приводит к появлению раздельных инструментов оценки и подходов в лечении. Не отрицая ситуаций, где подобное разделение является необходимым, процесс-модель регуляции аффекта предполагает, что столь же целесообразным было бы сфокусироваться на сходствах, а не различиях между аффективными состояниями.

В рамках системы выделяются интерактивные стадии ситуации, внимания, оценки и ответа и способы их регуляции, что составляет набор концепций, достаточно широкий для того, чтобы охватывать различные аффективные состояния. В качестве примера можно рассмотреть такой проблемный аффект, как генерализованная тревога, которая переживается как диффузное чувство с переменным осознанием стадий ситуации, внимания и оценки цикла формирования аффекта. При работе с клиентом, описывающим данный аффективный паттерн, врач может попробовать раскрыть содержание этих предшествующих этапов¹⁰⁵. Каковы ситуационные триггеры для этих состояний? Участвуют ли процессы избирательного восприятия?

Как происходит оценка избирательно воспринимаемой ситуации? Даже если клиент изначально не осознает эти стадии, он может предоставить убедительную информацию о них посредством техник интервьюирования, таких как анализ цепочки поведения⁹⁷. Необходимая информация также может быть получена при помощи техник ежедневной оценки, которые могут помочь восстановить аспекты ситуации и когнитивные процессы, имеющие свойство становиться менее доступными, если пытаться вернуться к ним позднее¹⁰⁶.

Фокусировка на сходствах между различными аффективными состояниями также может быть полезна при выборе и адаптации видов лечения для конкретных клиентов. Например, опираясь на идею систематической десенсилизации¹⁰⁷, терапевт может разработать иерархию аффективных состояний, основанную на степени сложности их регуляции для клиента. Так, клиент может не испытывать трудностей с отказом от вредной пищи, с определенным успехом справляться со снижением злости, но практически никогда не быть в состоянии преодолеть приступы подавленного настроения. Терапевт может внедрить эту иерархию в практику управления регуляцией аффекта, в рамках которой используются различные техники регуляции, начав с самого низа иерархии и постепенно продвигаясь вверх. К примеру, клиент может начать с закрепления здоровых привычек питания через модификацию ситуации, разместив здоровые продукты для перекуса в доступных для себя местах. Затем он может использовать этот опыт как полезную метафору для нахождения способов модификации ситуации с целью улучшить свое подавленное настроение.

Связь между формированием и регуляцией аффекта

Согласно процесс-модели регуляции аффекта, одна и та же манифестация нездорового аффекта может быть связана с различными комбинациями неадаптивного формирования аффекта и неадаптивной регуляции аффекта².

С одной стороны, это позволяет предположить, что формирование аффекта и регуляция аффекта составляют целостную динамическую систему, которую можно рассмотреть в качестве единой функциональной единицы. Например, для многих клинических целей, таких как первичное обследование на предмет аффективных нарушений, в целом не имеет значения, отражает ли проблемный аффективный паттерн чрезмерность формирования или слабость регуляции аффекта. С другой стороны, процесс-модель также иллюстрирует важность разделения вкладов формирования и регуляции в нездоровый аффект. Рассматривать эти вклады по отдельности может быть сложно, так как клиент может иметь ограниченную осведомленность о том, как функционируют различные аффективные процессы. Техники интервью, упомянутые выше, могут быть приспособлены к этой задаче. Помимо этого в исследовательском сообществе началась разработка многообещающих комбинаций, основанных на самоотчете, поведенческих и статистических подходов для разделения формирования аффекта и регуляции аффекта³⁹.

Разграничение формирования и регуляции аффекта также может иметь важность при подборе адресных мер лечения. Во многих случаях люди страдают от комбинации неадаптивного формирования и неадаптивной регуляции аффекта и, таким образом, могут получить пользу от одновременного или же обоснованно последовательного лечения обоих. К примеру, в случае с большим депрессивным расстройством фармакологические виды вмешательства могут быть использованы для лечения неадаптивного формирования аффекта, а психотерапия – для улучшения регуляции аффекта¹⁰⁸. Пропуск одного или другого компонента

в режиме лечения приведет к снижению его общей эффективности. Также могут быть случаи, когда возможно отследить нездоровый аффективный паттерн вплоть до его основного первоисточника – процессов формирования и регуляции аффекта. При этом адекватный выбор целей лечения приобретает еще большую значимость. Можно рассмотреть, к примеру, клиента, который уже достаточно хорошо справляется с регуляцией аффекта, но страдает главным образом от неадаптивного формирования аффекта. Если ему предложить один лишь дальнейший тренинг регуляции аффекта, оставив без помощи неадаптивное его формирование, то у него может возникнуть ощущение спада своей личной эффективности, что может привести к ухудшению терапевтических отношений и ослаблению приверженности лечению.

Работа с регуляцией аффекта

Третья возможность применения процесс-модели регуляции аффекта состоит в том, что стадии идентификации, отбора, реализации и мониторинга и соответствующие им каналы входных данных могут выступать в качестве более специфических целей для оценки и лечения.

Например, метод оценки может быть сконструирован с учетом фокусировки на определении трудностей с *идентификацией* целей регуляции, *отбором* стратегий регуляции, их *реализацией* посредством действий, подходящих в данном контексте, и *мониторингом* итога с целью необходимых изменений. Составляющие этих процессов могут быть измерены с использованием существующих инструментов самоотчета, таких как Торонтская шкала alexситимии¹⁰⁹, Опросник регуляции эмоций¹¹⁰, Опросник когнитивно-эмоциональной регуляции¹¹¹, Шкала трудностей эмоциональной регуляции¹¹², Шкала гибкости совладающего поведения¹¹³ и многие другие. Однако, поскольку эти инструменты оценивают пересекающиеся, но неполные аспекты четырех стадий регуляции аффекта, мы поддерживаем будущие усилия по разработке комплексных методов измерения для процесс-модели аффективной регуляции. Эти разработки могут основываться не только на самоотчетах, но и на поведенческих и психофизиологических оценках, например, измерении аффективных реакций на стандартизированные стимулы с использованием физиологических коррелятов в соответствии со специальными инструкциями¹¹⁴.

Прояснение того, на трудностях какой из стадий – идентификации, отбора, реализации или мониторинга – основана конкретная проблема регуляции аффекта, может стать важным шагом на пути к возможности принятия информированных решений по поводу индивидуальных вариантов лечения. Так, людям, испытывающим трудности на стадии идентификации из-за неверной репрезентации текущего аффективного состояния, могут быть полезны программы и техники терапии осознанности. Людям, сталкивающимся с трудностями на стадии отбора, могут помочь освоение новых адаптивных стратегий, повышение ситуационно-стратегической личностной эффективности, а также модификация дисфункциональных убеждений, способствующих неверной оценке стратегий. Люди, имеющие трудности на стадии реализации, могут получить пользу от внешних ресурсов, таких как мобильные приложения, предлагающие варианты воплощения в жизнь различных стратегий. Для людей, испытывающих трудности в связи со стадией мониторинга, могут быть полезны виды вмешательств, основанные на осознанности, для повышения осведомленности о переменах в аффективном состоянии и контексте, а также тренировки переключения между стратегиями в соответствии с изменяющимися обстоятельствами. В большинстве случаев клиенты индивидуальной тера-

пии имеют трудности более чем с одним (но необязательно всеми) решением из числа участвующих в регуляции аффекта.

От проблем психического здоровья к благополучию

Хотя данная работа главным образом была сфокусирована на проблемах психического здоровья, процесс-модель регуляции аффекта столь же актуальна и для рассмотрения роли аффекта при психологическом благополучии¹¹⁵. Цели психиатрии и клинической психологии охватывают как профилактику и устранение неадаптивного формирования аффекта и паттернов регуляции, так и поддержку и восстановление их адаптивных противоположностей. Чтобы соответствовать этому идеалу, методы оценки и лечения должны разрабатываться с должным вниманием к здоровому аффекту. Например, методы оценки должны затрагивать аффективные состояния, которые способствуют улучшению благополучия. Это гедонистические позитивные переживания удовольствия, счастья и любви, а также аффективные состояния, которые могут быть антигедонистическими, но все же иметь эвдемническую ценность, привнося ощущение смысла и содействуя приобретению опыта или личностному росту¹¹⁶.

Психологическое благополучие столь же важно и при выборе методов вмешательства. Мы увидели, как можно использовать процесс-модель регуляции аффекта для подбора техник регуляции, нацеленных на снижение выраженности антигедонистических (например, подавленного настроения) и вредоносных с практической точки зрения аффективных состояний (неадаптивный позитивный аффект при биполярном расстройстве). Впрочем, процесс-модель может точно так же применяться и для подбора техник поддержания гедонистических или благоприятных с практической стороны аффективных состояний. Так, ситуационные стратегии вроде пешей прогулки могут использоваться для создания хорошего настроения¹¹⁷. Стратегии внимания, такие как сосредоточение на тех вещах, за которые человек благодарен, могут применяться для поддержания чувства счастья и ощущения смысла¹¹⁸. Когнитивные стратегии, такие как создание мысленного образа хорошо выполненной работы в текущей ситуации, когда нужно сделать еще много работы, могут быть использованы для воодушевления и повышения мотивации¹¹⁹. Стратегии модуляции ответа, например физические упражнения, могут применяться для достижения ощущений расслабления и удовлетворенности¹²⁰. Поддержанию этих состояний может дополнительно поспособствовать анализ их предпосылок, имевших место на стадиях идентификации, отбора, реализации или мониторинга.

ВЫВОДЫ

Нами была предложена процесс-модель регуляции аффекта – единая концепция того, как происходит формирование аффекта, как может осуществляться его регуляция и как два этих процесса совместно могут оказывать влияние на психическое здоровье. В рамках данной концепции формирование аффекта понимается как четырехстадийный цикл обратной связи, а регуляция аффекта – как согласованный четырехстадийный процесс принятия решений. Адаптивное функционирование каждой из этих стадий способствует поддержанию психического здоровья и благополучия, в то время как неадаптивное функционирование этих стадий может повышать риск возникновения проблем психического здоровья.

Мы убеждены, что процесс-модель регуляции аффекта является полезной концепцией как для клинических исследований, так и для практики. Модель согласуется с более

широкомасштабными усилиями по выявлению трансдиагностических аспектов, лежащих в основе проблем психического здоровья^{14,121}. Она связывает сложные аффективные паттерны с простыми психологическими механизмами, такими как циклы обратной связи²⁹ и процессы принятия решений^{122,123}, которые удобны для проведения исследований при помощи вычислительных и нейронных методов.

Модель требует дальнейших исследований, в частности для понимания возможностей для оценки и лечения, которые она предоставляет. С одной стороны, важно найти дальнейшие подтверждения тому, что различные симптомы, синдромы и расстройства действительно имеют связь с трудностями на различных стадиях формирования и регуляции аффекта. С другой стороны, также необходимо выяснить, как существующие методы лечения воздействуют на эти стадии, а также разработать новые методы лечения.

Мы надеемся, что, при должном содействии и поддержке этих важных достижений, процесс-модель регуляции аффекта сможет внести свой вклад в совершенствование доказательной персонализированной психиатрии и психотерапии.

БЛАГОДАРНОСТИ

Данная работа была поддержана Estonian Research Council, гранты IUT2-13, PUTJD-79 и MOBTP-17.

Библиография

- World Health Organization. Strengthening mental health promotion. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. *Clin Psychol Sci* 2014;2:387-401.
- Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci Pract* 1995;2:151-64.
- Jazaieri H, Urry HL, Gross JJ. Affective disturbance and psychopathology: an emotion regulation perspective. *J Exp Psychopathol* 2013;4:584-99.
- Kring AM, Sloan DM (eds). *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford, 2010.
- Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. In: Strachey J, Freud A (eds). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press, 1926:77-175.
- Godoy LD, Rossignoli MT, Delfino-Pereira P et al. A comprehensive overview on stress neurobiology: basic concepts and clinical implications. *Front Behav Neurosci* 2018;12:127.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.
- Etkin A, Büchel C, Gross JJ. The neural bases of emotion regulation. *Nat Rev Neurosci* 2015;16:693-700.
- Harrison NA, Critchley HD. Affective neuroscience and psychiatry. *Br J Psychiatry* 2007;191:192-4.
- Panksepp J. *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press, 1998.
- Kring AM. Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. In: Lewis M, Haviland-Jones JM, Feldman Barrett L (eds). *Handbook of emotions*, Vol. 3, 3rd ed. New York: Guilford, 2008:691-705.
- Donaldson SI, Dollwet M, Rao MA. Happiness, excellence, and optimal human functioning revisited: examining the peer-reviewed literature linked to positive psychology. *J Posit Psychol* 2015;10:185-95.
- Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry* 2018;17:282-93.
- Gross JJ. Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychol Inq* 2015;26:1-26.
- Koole SL. The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cogn Emot* 2009;23:4-41.
- Kotabe HP, Hofmann W. On integrating the components of self-control. *Perspect Psychol Sci* 2015;10:618-38.
- Larsen RJ. Toward a science of mood regulation. *Psychol Inq* 2000;11:129-41.
- Parkinson B, Totterdell P. Classifying affect-regulation strategies. *Cogn Emot* 1999;13:277-303.
- Webb TL, Schweiger Gallo I, Miles E et al. Effective regulation of affect: an action control perspective on emotion regulation. *Eur Rev Soc Psychol* 2012;23:143-86.
- Westen D. Toward an integrative model of affect regulation: applications to social-psychological research. *J Pers* 1994;62:641-67.
- O'Leary D, Suri G, Gross JJ. Reducing behavioural risk factors for cancer: an affect regulation perspective. *Psychol Health* 2018;33:17-39.
- Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2015;11:379-405.
- Carruthers P. Valence and value. *Philos Phenomenol Res* 2018;97:658-80.
- Lang PJ. Emotion and motivation: toward consensus definitions and a common research purpose. *Emot Rev* 2010;2:229-33.
- Russell J. Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychol Rev* 2003;110:145-72.
- Scherer KR. What are emotions? And how can they be measured? *Soc Sci Inf* 2005;44:695-729.
- Carver CS. Control processes, priority management, and affective dynamics. *Emot Rev* 2015;7:301-7.
- Pezzulo G, Cisek P. Navigating the affordance landscape: feedback control as a process model of behavior and cognition. *Trends Cogn Sci* 2016;20:414-24.
- Uusberg A, Suri G, Dweck CS et al. Motivation: a valuation systems perspective. *Nebr Symp Motiv* (in press).
- Frijda NH. Emotion experience and its varieties. *Emot Rev* 2009;1:264-71.
- Siemer M. Mood experience: implications of a dispositional theory of moods. *Emot Rev* 2009;1:256-63.
- Trimmer PC, Paul ES, Mendl MT et al. On the evolution and optimality of mood states. *Behav Sci* 2013;3:501-21.
- Kemeny ME. The psychobiology of stress. *Curr Dir Psychol Sci* 2003;12:124-9.
- Cisler JM, Koster EHW. Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: an integrative review. *Clin Psychol Rev* 2010;30:203-16.
- Leppänen JM. Emotional information processing in mood disorders: a review of behavioral and neuroimaging findings. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:34-9.
- Everaert J, Podina IR, Koster EHW. A comprehensive meta-analysis of interpretation biases in depression. *Clin Psychol Rev* 2017;58:33-48.
- Lorber MF. Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2004;130:531-52.
- Gross JJ, Sheppes G, Urry HL. Emotion generation and emotion regulation: a distinction we should make (carefully). *Cogn Emot* 2011;25:765-81.
- Reeck C, Ames DR, Ochsner KN. The social regulation of emotion: an integrative, cross-disciplinary model. *Trends Cogn Sci* 2016;20:47-63.
- Zaki J, Williams WC. Interpersonal emotion regulation. *Emotion* 2013;13:803-10.
- Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol* 1998;2:271-99.
- Bonanno GA, Burton CL. Regulatory flexibility: an individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspect Psychol Sci* 2013;8:591-612.
- Duckworth AL, Gendler TS, Gross JJ. Situational strategies for self-control. *Perspect Psychol Sci* 2016;11:35-55.
- Davidson RJ, Lewis DA, Alloy LB et al. Neural and behavioral substrates of mood and mood regulation. *Biol Psychiatry* 2002;52:478-502.
- Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci* 2005;9:242-9.
- Uusberg A, Taxer JL, Yih J et al. Reappraising reappraisal. *Emot Rev* (in press).
- O'Leary D, Uusberg A, Gross JJ. Identity and self-control: linking identity-value and process models of self-control. *Psychol Inq* 2017;28:132-8.
- Morawetz C, Bode S, Derntl B et al. The effect of strategies, goals and stimulus material on the neural mechanisms of emotion regulation: a meta-analysis of fMRI studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2017;72:111-28.
- Webb TL, Miles E, Sheeran P. Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychol Bull* 2012;138:775-808.

51. Sheppes G, Gross JJ. Is timing everything? Temporal considerations in emotion regulation. *Personal Soc Psychol Rev* 2011;15:319-31.
52. Paul S, Kathmann N, Riesel A. The costs of distraction: the effect of distraction during repeated picture processing on the LPP. *Biol Psychol* 2016;117:225-34.
53. Uusberg H, Uusberg A, Talpsep T et al. Mechanisms of mindfulness: the dynamics of affective adaptation during open monitoring. *Biol Psychol* 2016;118:94-106.
54. Aldao A. The future of emotion regulation research: capturing context. *Perspect Psychol Sci* 2013;8:155-72.
55. Aldao A, Sheppes G, Gross JJ. Emotion regulation flexibility. *Cogn Ther Res* 2015;39:263-78.
56. Doré BP, Silvers JA, Ochsner KN. Toward a personalized science of emotion regulation. *Soc Personal Psychol Compass* 2016;10:171-87.
57. Ford BQ, Feinberg M, Lam P et al. Using reappraisal to regulate negative emotion after the 2016 U.S. Presidential election: does emotion regulation trump political action? *J Pers Soc Psychol* (in press).
58. Haines SJ, Gleeson J, Kuppens P et al. The wisdom to know the difference: strategy-situation fit in emotion regulation in daily life is associated with well-being. *Psychol Sci* 2016;27:1651-9.
59. Troy AS, Shallcross AJ, Mauss IB. A person-by-situation approach to emotion regulation: cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. *Psychol Sci* 2013;24:2505-14.
60. Braunstein LM, Gross JJ, Ochsner KN. Explicit and implicit emotion regulation: a multi-level framework. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2017;12:1545-57.
61. Gyurak A, Gross JJ, Etkin A. Explicit and implicit emotion regulation: a dual-process framework. *Cogn Emot* 2011;25:400-12.
62. Füstös J, Gramann K, Herbert BM et al. On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2013;8:911-7.
63. Barrett LF, Gross J, Christensen TC et al. Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cogn Emot* 2001;15:713-24.
64. Tamir M. Why do people regulate their emotions? A taxonomy of motives in emotion regulation. *Personal Soc Psychol Rev* 2015;20:199-222.
65. Suri G, Sheppes G, Young G et al. Emotion regulation choice: the role of environmental affordances. *Cogn Emot* 2018;32:963-71.
66. Kobayashi R, Miyatani M, Nakao T. High working memory capacity facilitates distraction as an emotion regulation strategy. *Curr Psychol* (in press).
67. Sheppes G, Scheibe S, Suri G et al. Emotion regulation choice: a conceptual framework and supporting evidence. *J Exp Psychol Gen* 2014;143:163-81.
68. Sheppes G, Meiran N. Divergent cognitive costs for online forms of reappraisal and distraction. *Emotion* 2008;8:870-4.
69. Naragon-Gainey K, McMahon TP, Chacko TP. The structure of common emotion regulation strategies: a meta-analytic examination. *Psychol Bull* 2017;143:384-427.
70. van der Velde J, van Tol M-J, Goerlich-Dobre KS et al. Dissociable morphometric profiles of the affective and cognitive dimensions of alexithymia. *Cortex* 2014;54:190-9.
71. Swart M, Kortekaas R, Aleman A. Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PLoS One* 2009;4:e5751.
72. Berthoz S, Hill EL. The validity of using self-reports to assess emotion regulation abilities in adults with autism spectrum disorder. *Eur Psychiatry* 2005;20:291-8.
73. Nowakowski ME, McFarlane T, Cassin S. Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *J Eat Disord* 2013;1:1-14.
74. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986;24:461-70.
75. Gruber J. Can feeling too good be bad? Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Curr Dir Psychol Sci* 2011;20:217-21.
76. Meyer B, Johnson SL, Winters R. Responsiveness to threat and incentive in bipolar disorder: relations of the BIS/BAS scales with symptoms. *J Psychopathol Behav Assess* 2001;23:133-43.
77. Britton PC. The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addict Res Theory* 2004;12:103-14.
78. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K et al. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;49:125-34.
79. McKenzie KC, Gross JJ. Nonsuicidal self-injury: an emotion regulation perspective. *Psychopathology* 2014;47:207-19.
80. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci* 2009;18:78-83.
81. Robbins TW, Gillan CM, Smith DG et al. Neurocognitive endophenotypes of impulsivity and compulsivity: towards dimensional psychiatry. *Trends Cogn Sci* 2012;16:81-91.
82. Hofmann SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cogn Behav Ther* 2007;36:193-209.
83. Borkovec TD, Hazlett-Stevens H, Diaz ML. The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clin Psychol Psychother* 1999;6:126-38.
84. Cohen JD. Cognitive control: core constructs and current considerations. In: Egner T (ed). *The Wiley handbook of cognitive control*. Chichester: Wiley, 2017:1-28.
85. McTeague LM, Goodkind MS, Etkin A. Transdiagnostic impairment of cognitive control in mental illness. *J Psychiatr Res* 2016;83:37-46.
86. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* 1997;121:65-94.
87. Martel MM. A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:1042-51.
88. Chen C, Takahashi T, Nakagawa S et al. Reinforcement learning in depression: a review of computational research. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;55:247-67.
89. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:327-37.
90. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30:217-37.
91. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL et al. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9:85-90.
92. Wells A. The metacognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cogn Ther Res* 2005;29:107-21.
93. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 2000;109:504-11.
94. Rosenthal MZ, Gratz KL, Kosson DS et al. Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clin Psychol Rev* 2008;28:75-91.
95. Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1999;13:1-9.
96. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford: International Universities Press, 1976.
97. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford, 1993.
98. Farb NA, Anderson AK, Irving JA et al. Mindfulness interventions and emotion regulation. In: Gross JJ (ed). *Handbook of emotion regulation*, 2nd ed. New York: Guilford, 2014:548-67.
99. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change*, 2nd ed. New York: Guilford, 2012.
100. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. Hachette: Piatkus, 2013.
101. Segal ZV, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*, 2nd ed. New York: Guilford, 2013.
102. Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington: American Psychological Association, 2015.
103. Berking M, Whitley B. *Affect regulation training*. New York: Springer, 2014.
104. Mennin DS, Fresco DM. *Emotion regulation therapy*. In: Gross JJ (ed). *Handbook of emotion regulation*, 2nd ed. New York: Guilford, 2014:469-90.
105. Wells A. Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother* 1995;23:301-20.
106. Stone AA, Neale JM. New measure of daily coping: development and preliminary results. *J Pers Soc Psychol* 1984;46:892-906.
107. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Cond Reflex Pavlov J Res Ther* 1968;3:234-40.

108. DeRubeis RJ, Siegle GJ, Hollon SD. Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nat Rev Neurosci* 2008;9:788-96.
 109. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994;38:23-32.
 110. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;85:348-62.
 111. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personal Individ Differ* 2006;41:1045-53.
 112. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004;26:41-54.
 113. Kato T. Development of the Coping Flexibility Scale: evidence for the coping flexibility hypothesis. *J Couns Psychol* 2012;59:262-73.
 114. Hajcak G, MacNamara A, Olvet DM. Event-related potentials, emotion, and emotion regulation: an integrative review. *Dev Neuropsychol* 2010;35:129-55.
 115. Quoidbach J, Mikolajczak M, Gross JJ. Positive interventions: an emotion regulation perspective. *Psychol Bull* 2015;141:655-93.
 116. Henderson LW, Knight T. Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *Int J Wellbeing* 2012;2:196-221.
 117. Bratman GN, Hamilton JP, Daily GC. The impacts of nature experience on human cognitive function and mental health. *Ann NY Acad Sci* 2012;1249:118-36.
 118. Wood AM, Froh JJ, Geraghty AWA. Gratitude and well-being: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev* 2010;30:890-905.
 119. Oettingen G. Future thought and behaviour change. *Eur Rev Soc Psychol* 2012;23:1-63.
 120. Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:189-93.
 121. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
 122. Gold JJ, Shadlen MN. The neural basis of decision making. *Annu Rev Neurosci* 2007;30:535-74.
 123. Ratcliff R, Smith PL, Brown SD et al. Diffusion decision model: current issues and history. *Trends Cogn Sci* 2016;20:260-81.
- DOI: 10.1002/wps.20618