

**II МЕЖДУНАРОДНЫЙ СЪЕЗД
АССОЦИАЦИИ
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ**

Сборник научных статей

**Санкт-Петербург
2016**

УДК 615.851(063)
ББК 53.57я43
В87

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии (Санкт-Петербург). Международный съезд (2; 2016).

II Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии : сборник научных статей / [авт.-сост.: Ковпак Д.В., Ковпак А.И.]. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2016. – 108 с.

ISBN 978-5-9908187-3-6

Авторы составители: Ковпак Д. В., Ковпак А. И.

Сборник научных статей посвящен актуальным исследованиям и развитию когнитивно-поведенческой терапии в России и мире. Статьи отражают состояние когнитивно-поведенческого подхода психотерапии: его методологию и клиническую практику. Исследования в различных направлениях когнитивно-поведенческого подхода способствуют развитию данного подхода психотерапии, а также стимулируют выработку более эффективных стратегий терапии различных расстройств, воздействуя на мишени и выявляя патогенетические механизмы нарушений.

ISBN 978-5-9908187-3-6

УДК 615.851(063)

ББК 53.57я43

Содержание

<i>Приветственное слово председателя Ассоциации</i>	6
А. Блазер, <i>Представления придворного шута об исследовании психотерапии на Западе.</i>	7
С. А. Замалиева, А. И. Ковпак, Д. В. Ковпак, А. Г. Каменюкин <i>Эффективная профилактика суицидов: международное, междисциплинарное и межведомственное взаимодействие</i>	17
М. В. Земляных <i>Проблематика использования когнитивно-поведенческой терапии в детском и подростковом возрасте.</i>	23
М. Б. Казакова, <i>Тенденция изменения запросов клиентов к психотерапии как отражение современных социальных настроений</i>	28
Д. В. Ковпак <i>Суицидальное поведение и ключевые концепты «третьей» волны когнитивно-поведенческой терапии</i>	33
О. С. Ковшова <i>Когнитивно-поведенческий подход в супервизии</i>	56
Н. А. Павлов <i>АСТ в работе с психологической травмой и ПТСР</i>	68
О. М. Радюк <i>Характер и психотерапия: влияние «большой пятёрки» личностных особенностей пациента на эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии</i>	77
О. М. Радюк, И. В. Басинская, Я. Ю. Воронкова <i>«Большая пятёрка» личностных особенностей</i>	92
А. В. Ялтонская, Д. В. Московченко <i>Психометрические характеристики русско-язычной версии краткой шкалы эмоциональных схем Р. Лихи</i>	105



Организационный комитет

Ковпак Дмитрий Викторович,

председатель Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова, руководитель научной секции психологического консультирования и психотерапии Российского Психологического Общества, вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации, сопредседатель секции КПТ Российской Психотерапевтической Ассоциации.

Каменюкин Андрей Геннадьевич,

заместитель председателя Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, директор Клиники лечения депрессий и фобий.

Ковпак Алиса Игоревна,

кандидат психологических наук, директор по развитию Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, клинический психолог Центра Эмоциональной Коррекции.

Ерухимович Юлия Александровна,

руководитель программ обучения Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, врач психотерапевт Клиники лечения депрессий и фобий.

Замалиева Снежана Александровна,

кандидат философских наук, доцент кафедры общенаучных дисциплин ВЕИП, советник Российской Академии Естествознания.

Савельева Ксения Юрьевна,

организационный консультант, руководитель Студии персональных решений «Мерцай гранями».

Громько Анна Александровна,

коуч-консультант, Руководитель IntegralGem.

Приветственное слово председателя Ассоциации

Дорогие друзья и уважаемые коллеги!

Мы рады видеть вас на нашем уже Втором Международном Съезде Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии! Он стал активным продолжением прошлогоднего яркого события в мире психотерапии и практической психологии. Наше общероссийское объединение специалистов давно шагнуло за пределы отечественной страны, и насчитывает многие сотни активных участников в ближнем и дальнем зарубежье. За шестнадцать лет существования организации было много различных мероприятий, в том числе семинаров, конференций, собраний и даже съездов, но впервые в прошлом году мы смогли организовать столь большой и представительный сбор специалистов в области когнитивно-поведенческой психотерапии, в том числе и наших зарубежных коллег, для обсуждения актуальных вопросов и перспектив этого направления психотерапии. Насыщенный двухдневный семинар Донны Судак, экс-президента Академии Когнитивной Терапии (Филадельфия, США) запомнился многим участникам Съезда. В структуре Съезда были и другие интересные и полезные мероприятия, которые подтолкнули нас к решению не откладывать на несколько лет проведение следующего Международного Съезда, а на волне широкого и актуального интереса провести новую насыщенную встречу.

Мы благодарим вас за то, что приняли участие в нашем мероприятии и вновь надеемся, что замечательная и уютная обстановка великолепного дворца в самом сердце Санкт-Петербурга в преддверии белых ночей позволит нам провести эти майские дни в насыщенном, плодотворном и дружеском общении!

***Д. В. Ковпак,
Председатель Ассоциации
Когнитивно-Поведенческой Психотерапии***

А. Блазер,

Профессор, факультет психологии Бернского Университета, экс-главный психолог Армии Швейцарии, основатель Проблемно-Ориентированной Психотерапии, Берн, Швейцария

Представления придворного шута об исследовании психотерапии на Западе.

В конце своей карьеры я наслаждаюсь привилегиями, которые многие мои коллеги, связанные их профессиональным окружением, не имеют. Я могу позволить себе говорить свободно, как шут. В средние века короли имели при себе шутов, которым было позволено говорить всякие глупости, например, такие, как правда. Я отваживаюсь сейчас на это, имея пятьдесят лет клинической практики и исследований в качестве клинического психолога в научной и военной среде. Однако, каждый раз, когда я захочу высказать здесь мое собственное мнение, я буду добавлять «по-моему».

Мой первый вопрос: что для вас, как для русских людей, Запад? Где для вас начинается Запад? Как я понимаю, для вас Запад начинается у Польской границы. В любом случае, для нас там начинается Восток. Конечно, я понимаю, что это утверждение некорректно ни с политической, ни с исторической точки зрения. Будем откровенны: для нас, западных европейцев, США это «Запад».

Научные новости приходят из Штатов, а не с Востока, нравится нам это или нет. И то преимущественно в порядке одностороннего движения. Таким образом, мы, европейцы, разделяем с вами, русскими, обязанность изъясняться профессионально на английском языке. Американцы, говоря общо, не очень сильны в иностранных языках. Следовательно, одностороннее движение управляет потоком информации. Что бы там ни произвела Европа относительно клинической психологии – даже на английском – не получает адекватного рассмотрения в Штатах, по-моему.

Итог: Научная информация на Западе строится в основ-

ном на исследованиях, поступающих из США, а не востока. Последствия этого есть, но они неизвестны.

Кто проводит исследования по психотерапии?

В общем исследования – это трудный бизнес, требующий больших затрат денег и времени. Вот почему исследования финансируют в основном (государственные) институты, чтобы исследователями были их сотрудники и создавалась видимость, что им нет необходимости беспокоиться о доходе. Это видимость. На деле большинство исследователей подвержено огромному стрессу – опубликоваться или кануть в лету. Запад руководствуется диктатурой своего кредо «чем больше, тем лучше». Для исследователя это означает выдавать примерно по одной статье в две недели. Таким образом, если бы объектом исследования был фрукт, его бы выжали в этой тотальности исследования до последней капли, включая кожуру. Одним из результатов этого является тот факт, что никакие исследования не валидируются необходимым количеством повторений. Это было бы пустой тратой времени, не принесло бы аплодисментов и несло возможную угрозу, что повторения принесут другие результаты, что могло бы повлечь за собой неловкие последствия. Создание новых публикаций, очевидно, превалирует над валидацией полученных знаний. Это приводит к тому, что период полураспада сегодня четыре года! Означает ли это, что все предыдущие знания устаревают? Дух, действующий под таким давлением, не имеет настоящей возможности для творчества, но по определению подчиняется правящей структуре. Авторы, которые не подчиняются такому принуждению, не имеют шанса в этом стерильном научном мире. Я видел, как некоторые блестящие студенты исчезали навсегда, а олухи одерживали победу. К несчастью. Исследованиям нужна свобода и время!

Часто это противоречит желаниям работодателя. Обычно Университет зависим от политических ожиданий, таких, как рейтинг качества, который большей частью построен на том, что можно измерить, нежели на том, что важ-

но или релевантно.

У терапевта-практика дела обстоят иначе. Хотя его мотивы помогать и излечивать благородны, он также стремится к определенному доходу. Не будет большим преувеличением сказать, что есть большие и глубокие основания для стремления исследователя объяснить мир эмпирически, в то время как практик более заинтересован в том, чтобы помогать, нежели выяснять, почему метод работает. Факты таковы, что эти две группы не смогли прийти к плодотворному взаимопониманию. Терапевты часто оправдывают их пренебрежение и даже презрение к эмпирическим исследованиям тем, что хитросплетения психотерапии не могут быть измерены эмпирически.

Исследования в области психотерапии связаны со следующими трудностями: недостатком средств сравнений методов, способов измерения, клиентов и терапевтов.

- Методы: предписания из справочников - всего лишь слабое оправдание попытке контролировать разногласия между терапией и терапевтами. Многоплановые исследования увеличивают количество тщательно изученных объектов, но не их сопоставимость. Лично я не был сильно удивлен, прочитав в рецензии к исследовательскому конгрессу, что старое расхождение между эмпирически и клинически ориентированными психотерапевтическими исследованиями все еще живо, как и в шестидесятых! Если говорить подробнее, то это «война фанатов» между последователями так называемых РКИ (рандомизированными клиническими исследованиями) с их требованиями руководств по психотерапии и адептов клинической реальности, которые предпочитают описательные суждения как пациента так и терапевта. Если я только представлю, чего стоит рандомизировать группу контроля, хорошо зная, как это осуществляется в академической и клинической среде, то я отчетливо увижу, почему эти две системы верований не находят общую основу.

Война между клиницистами и «эмпиристами» не утихает с шестидесятых. Вышеупомянутые РКИ могут быть

пиком прогресса, но они не сгладят массу несовпадающих способов измерения успешности терапии. Если эта война продолжается уже более пятидесяти лет, с чего бы ей вдруг прекратиться в скором времени?

- Клиенты: методология требует сопоставимости. Может ли русский пациент из Магнитогорска, страдающий депрессией (F 32.1), отличаться от своего депрессивного приятеля из Нью-Йорка? Связанные одним и тем же ярлыком – F32.1 из МКБ-10 - они не становятся одинаковыми.

Терапевты: отношения пациент-терапевт составляют основной предмет интереса в психотерапии. По-прежнему ли приемлемо, что личность терапевта все еще затуманена облаком под названием «миф об универсальности психотерапевта»? Вопрос об отношениях между пациентом и терапевтом, говорят, составляет 30% разногласий в вопросах психотерапии. Если это так, то каким образом возможно измерить дружеское похлопывание по плечу пациента, когда он выходит из офиса? Этот дружеский жест, возможно, значил для клиента больше, чем все умные разъяснения, которыми его загружали на предыдущих семнадцати сессиях. Попытка причесать всех терапевтов под одну гребенку не поможет сделать их одинаковыми. Кстати, если Вас интересует личное мнение этих исследователей, не читайте их служебные статьи в модных журналах. Вы поймете гораздо больше, если прочитаете их комментарии к другим статьям. Когда я их читаю, мне трудно воспринять тот факт, что они приходят к эмпирическим выводам, отличающимся от того, что они на самом деле думают. Вы также заметите, что они достаточно хорошо друг друга знают, что создает групповую динамику в профессиональной среде.

Итог: Исследования в психотерапии выполняют разные конкурирующие группы. Они смогли доказать, что психотерапия работает, но не смогли объяснить, почему. Попытка уловить суть выскользывает из рук, как песок.

Продукт, именуемый «статья», находится под огромным давлением и количество важнее качества. Тем не менее, ис-

следования приносят свои плоды, но должны употребляться со здравым смыслом.

Фильтры.

Вернемся к вопросу об одностороннем движении. Зададим простой вопрос: на что в целом ориентируются западные руководства о публикациях в области психологии? На руководство Американской Психологической Ассоциации (АПА) о публикациях, изложенное на 439 страницах! Написание статьи в стиле АПА уже само по себе стало искусством. Если Вы как автор поставите точку или двоеточие не в том месте, рецензент забракует Ваш труд, каким бы гениальным он ни был. А если Ваш образ мыслей не соответствует традициям этого сообщества, они однозначно отвергнут ваш труд. В отчетах говорится, что принимают всего 24 % статей. Как такое возможно?

Мир научных публикаций утратил единство, по-моему, и не столько между Востоком и Западом, сколько между рецензированными и не рецензированными статьями. Вашу работу передают тайному сообществу коллег, с которыми Вам нельзя общаться или спорить. Но кто такие эти коллеги? Те, кто проводят такие же исследования (что в таком случае делает их скорее прямыми конкурентами)? Те, кто занимаются той же дисциплиной? Эксперты в области методологии? И что такое рецензия? Когда кто-нибудь говорит: «На мой взгляд, это нормальная статья»? Потому что, к сожалению, именно так мне видятся иногда рецензии коллег. Или когда кто-нибудь вкладывается в статью, требует предоставить первичные данные, провести повторный анализ, проверяет все ссылки и дает детальные рекомендации для ее улучшения? Такого типа рецензии крайне редки. По-моему, рецензии коллег – это не такая уж незаметная форма цензуры и индукции неочевидной, но и неприкасаемой классовой системы. Какие идеологические, этические, социополитические и другие ценности молчаливо выражает такого рода рецензирование, еще только предстоит рассмотреть. Совершенно точно, что оно задерживает процесс публикации по

меньшей мере на год. Кстати, мощность компьютеров удваивается каждые 15 месяцев! А если период полураспада составляет 4 года, то, чтобы оставаться «современным», Вам придется приводить в своей работе цитаты моложе 4 лет.

Здесь еще важно отметить различные инструменты, отражающие количество «лайков» Вашей работы. Это индекс цитируемости, импакт фактор и др. Было обнаружено, что на импакт-фактор сильно влияет самоцитирование! Доступность интернет-знаний делает импакт-фактор ненадежным мерилем. Наукометрия, которой дали жизнь ваши соотечественники Налимов и Мальченко, столкнулась с вызовом создать новый способ измерения успешности научных публикаций. Здесь возникает новая проблема: откуда возникают умные идеи, кто попросту копирует их, и кто открыто заявляет об источнике их возникновения? Это уже стало проблемой сегодняшнего дня, с которой сталкиваются учителя средних школ и о которую спотыкаются политики!

Итог: Попытки улучшить качество исследований, проводимых в области психотерапии, привело к развитию неясных цензорских структур, над которыми господствует АПА. По сути это тщательно выверенный набор правил, начиная с того, как пользоваться запятыми, до стилистических рекомендаций и, конечно, несогласия с содержимым. Все это осуществляется под безобидным заголовком «рецензия коллеги». Вот что говорит редактор обновленного «Британского медицинского журнала» о рецензии коллег: «Рецензирование коллегами - это далеко не безупречный процесс, полный легко обнаруживаемых дефектов, со слабым подтверждением того, что он работает. Тем не менее, есть вероятность, что он останется важным для науки и журналов, поскольку нет никакой явной альтернативы, а ученые и издатели имеют давнюю веру в рецензии коллег. Как странно, что науке приходится основываться на верованиях».

На институты, управляющие статистикой «лайков» ваших работ, можно повлиять.

Такой взгляд на вещи основан на том, как я вижу и воспринимаю поток научных знаний: представьте себе устье альпийского ручья или реки. Река и направление течения символизирует поток научных знаний. На дне – песок, состоящий из отдельных песчинок. Над ним – мелкая галька, сверху - галька покрупнее, еще выше – мелкие камни, затем камни покрупнее, на них – мелкие глыбы и, наконец, местами, крупные глыбы. Песок символизирует 90 % научной чепухи, которая заполняет наши библиотеки, чтобы галька и камни могли двигаться. По маленьким камням большие покатаются легче. Они не смогли бы двигаться, не будь песка. Действительно большие камни составляют ничтожную долю в процентном соотношении. Они частично управляют потоком реки знаний. Лишь изредка сможете вы обнаружить золотые самородки, которые, конечно, вызывают благоговение, но не влияют на направление потока. Этих больших камней, которые влияют на направление потока, крайне недостаточно. Сегодня такие большие глыбы или скопище глыб называют доказательной медициной. Это еще один магический термин, напоминающий мне ярлык «БИО» (т.е. органический) в пищевом бизнесе. Спросите себя: сколько книг по психотерапии вы прочитали и даже изучили и сколько из них повлияли на ваше понимание вопроса и, возможно, дальнейшее поведение? Больше, чем пальцев на обеих руках? Вы сами в это верите?

Что касается составляющих психотерапии, частично в результате исследований я принял важность необходимых и возможно достаточных элементов:

- Терапевтические отношения. Качество отношений между терапевтом и пациентом важно, но было переоценено. Они являются уважительными, эмпатическими, демократическими и имплицитными.
- Прозрачность и аутентичность мотивации. Используя соответствующие методы, терапия способствует формированию у пациента более ясного осознания происхождения, предпосылок, составля-

ющих и поддерживающих факторов его проблемного опыта или поведения. Внимание: инсайт сам по себе не исцеляет!

- Активация ресурсов. Психотерапии следует внушать доверие и быть прозрачной. Пациент должен понимать и быть согласным с используемыми терапевтическими приемами. Это увеличивает мотивацию и желание клиента сотрудничать.
- Ориентированность на проблемы и их решение. Проблемы, которые надо решить в процессе психотерапии, должны быть четко обозначены, актуализированы и проработаны в терапии. Так называемая приближенность к проблемной ситуации должна быть воссоздана в процессе психотерапии настолько точно, насколько это возможно этически, с тем, чтобы проблемное поведение было тщательно исследовано.
- Решение проблем. Терапия поддерживает пациента, предлагая ему ряд стратегий, специально разработанных для преодоления данной проблемы.

Я должен признать, что на сегодняшний день я не уверен, эффективны ли вышеуказанные параметры. Если да, то для их приобретения не требуются годы!

Увы, критически обсуждаемое здесь исследование обнаружило, что успешность психотерапевта не определяется его опытом, и что такому терапевтическому навыку, как эмпатия, возможно обучить только до незначительного уровня, а также что влияние на качество терапии, которое предопределяется отношениями с пациентом ниже, чем предполагалось в 80-е – не более 30 %.

Плацебо эффект и спонтанные ремиссии объясняют около 50 % случаев ремиссии за год. Этот позволяет мне лучше понять процветающий бизнес самопровозглашенных целителей, домохозяек среднего возраста и фрустрированных секретарш, которые открывают кабинеты, посетив курсы за пару уикендов. Отчаявшиеся клиенты регрессируют в своем

мышлении к магическому уровню, соглашаясь с невероятной чепухой, которую предлагают им целители.

И простите меня за то, что скажу это, но суеверие в России, похоже, является частью культуры. Вам решать, воспользуетесь ли вы этим или останетесь в стороне.

В результате этого мне интересно, как известный психотерапевт-исследователь может оправдать постдипломное обучение, требующее 850 часов «знаний и умений», терапевтической деятельности в рамках 500 сессий, 200 часов супервизии и 100 часов личного опыта. Это потребует от вас расходов в размере 39000 долларов и также поставит в позицию раба. Соглашайтесь или уходите. Это и есть ответ на вопрос.

Взгляд в возможное будущее психотерапии.

- Я вижу возможный раскол между двумя традиционными видами терапий, имеющими дело с качеством отношений и более технической стороной, где ключевыми словами будут нейронаука, онлайн-терапия и компьютеризированная терапия, даже самотерапия.
- Психотерапия отойдет от психопатологического и патогенетического направления и попытается открыть методы в терапии, ориентированные на решение. Предметом интереса станет не упрощение вопроса до выяснения причин того, как возникли проблемы, а вопрос о том, как мы можем их решить.
- Психотерапия перейдет от традиционных отношений доктор-пациент к более партнерским. Специалист перейдет от роли отеческого всеведенья к роли поддерживающего партнера.
- Психотерапия перейдет от терапевт-центрированных предписаний (назначений, указаний – indications) к клиент-центрированным предписаниям.
- Необходимо рассмотреть вопрос о том, «Какой клиент в чем и когда нуждается (а также, в каком

психотерапевте!)».

- Стоит использовать открывающиеся возможности для не ставших пока традиционными видами терапии, например, с мультикультуральные подходы, и даже использование виртуальной среды.
- Экономическая ситуация потребует еще больше краткосрочных видов терапий, причем эмпирически доказанных.

Вы только что прочитали еще одну песчинку, благодарю вас!

А. Блазер ©, АКПП © Перевод Ю. О. Ласкова

**С. А. Замалиева, А. И. Ковпак, Д. В. Ковпак,
А. Г. Каменюкин**
*Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии,
Санкт-Петербург*

Эффективная профилактика суицидов: международное, междисциплинарное и межведомственное взаимодействие

В 2016 году Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии (АКПП) открывает новый проект своей общественной деятельности – «Самоубийству стоп!». Ассоциация активно разрабатывает стратегический план, который ставит социально ориентированную задачу – привлечение внимания широкой общественности к острой проблеме суицидов в России. Ожидаемыми результатами долгосрочного социального просветительского проекта являются редуция суицидального поведения, развитие междисциплинарного и межведомственного взаимодействия. Рост суицидов в России и расширение групп риска – это вызов для профессионального сообщества. Среди многих причин смертности процент суицидов остается устойчивым, это означает, что необходимо развивать интерес общества и инвестирование в исследования проблемы, образование специалистов, работающих и так или иначе касающихся групп риска, просвещение населения. Общественные организации – это один из способов интеграции междисциплинарного и отраслевого взаимодействия.

АКПП предлагает воспользоваться опытом, предоставленным Американским Национальным Фондом по превенции суицидов (AFSP). Этот фонд успешно реализует поддержку как организациям, так и лицам, пострадавшим после суицида и их родственникам. AFSP ежегодно инициирует и проводит около 20 % всех исследований, посвященных суицидальному поведению, привлекает доноров и создает гранты, выделяемые на изучение данной остроактуальной для США темы. Общественная и просветительская

деятельность фонда распространяется на законодателей и страховые компании, для того чтобы направлять средства конкретным группам людей, имеющих риск суицидального поведения и проводить с ними первичную и вторичную профилактику, например, инициация программ помощи военными и ветеранами войн. Также специалистами фонда разработана интерактивная скрининговая программа, которую прошли уже более 25 000 человек. Программа рассчитана на людей, которые имеют риск реализации суицида, но желают обращаться за помощью к специалистам. Специалистами AFSP создано большое количество методических, документальных, организационных, статистических, программных и IT-разработок, которыми они готовы поделиться с другими странами, и в частности с Россией.

Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии создает инициативную группу и фонд, чтобы осуществлять, координировать и развивать деятельность, направленную на превенцию суицидов и профилактику суицидального поведения. Эта группа будет фокусировать свою работу на объединении людей и организаций, способствующих борьбе с различными формами суицидального поведения. Расширяя рамки сотрудничества АКПП, эта группа готова организовывать такие события, как Международный День Борьбы с Суицидом, «прогулка из темноты к свету», в которой участвуют более 180 000 человек, пострадавших от суицидального поведения, и 600 000 доноров в США. Количество людей, участвующих в международных событиях, посвященных борьбе с суицидом, неумолимо растет во всем мире, и мы призываем продолжить и присоединиться к развитию данного движения по всей России.

Инновационные области мультидисциплинарных исследований для развития научного направления по превенции суицидов на сегодняшний день:

- В нейробиологии основным вопросом является понимание, какие мозговые структуры и нейромедиаторное функционирование связано с суицидом.

Изучается:

- генетическая обусловленность индивидуальных изменений в мозге обуславливающих суицидальное поведение посредством использования инновационных техник исследования мозга.
- Как нейрокогнитивные нарушения при депрессии увеличивают подверженность суицидальному поведению
- Роль нейронных предикторов суицидального риска у подростков и молодежи с биполярным расстройством

Психологические исследования посвящены факторам риска и распознаванию знаков готовности к совершению суицида. Изучается:

- влияние факторов риска и адаптации относящихся к суицидальному поведению при переходе в период взросления.
- Выявляют наличие связи между повторяющимся самоповреждением и проблемами со сном, суицидальными мыслями, устойчивостью к дистрессу .
- Продолжительный контакт с пестицидами влияет на мозг и усиливает депрессивный аффект, импульсивность и риск суицидального поведения
- Изменения эпидемиологии суицида – возрастные периоды и возрастные группы
- Является ли работа в психологической и социальной сферах значительным фактором риска суицида
- Как можно выявить суицидальный риск, если пациент не сообщает о своем замысле
- Апробируются шкалы направленные на выявление мотивации к суициду

Генетика изучает, каким образом соотносятся генетические особенности и суицидальный риск, и как в связи с этим возможно развитие биологического лечения.

- Изучаются генетические основания анти-суицидальных свойств антипсихотика клозапина.

В терапии исследуются, какие виды лечения – психотерапия или медикаментозное лечение – эффективны для снижения суицидов. Изучается:

- влияние комплексного лечения ночных кошмаров и идей у пациентов с ПТСР на снижение риска суицида.
- Превенция суицида посредством выявления студентов с высоким риском суицидального поведения коллегами и своевременная скорая помощь
- Влияет ли мотивационное интервью, направленное на работу с алкоголизацией, на лечение пациентов после суицидальной попытки.

В общественных науках наиболее актуальный вопрос заключается в измерении эффективности таких общепринятых программ превенции, как телефон доверия, горячая линия, тренинги, работа с сообществом суицидентов.

- Выявляют специфические элементы масс-медиа, влияющие на суицидальное поведение

Общим, интегрирующим направлением в науке является изучение людей потерявших близких в результате суицида, как переживается потеря и как помочь исцелиться.

Борьба с навешиванием ярлыков, просвещение членов общества и лидеров здравоохранения, воспитание культуры поощрения поиска помощи у людей, имеющих психологические проблемы и психические расстройства, являются важнейшими направлениями по предотвращению суицидов. Важным шагом в данном направлении является создание таких средств, которые могли бы предоставить анонимный и простой доступ к лечению для людей, которые не ищут помощи у специалистов напрямую. Просвещение населения и представителей в различных инстанциях должно использовать доказательные подходы, чтобы они могли работать в обычной жизни, помогая учителям, родителям, молодежи и общественным лидерам противостоять суицидам. Для этого создаются тренинги, вебинары, фильмы, упражнения, презентации и другие мероприятия и программы, чтобы нау-

чить специалистов и обычных людей распознавать факторы риска и признаки суицидальной готовности. Общественные организации показывают, как помочь тем, кто находится в группе риска так же, как бороться со стигматизацией людей с психическими расстройствами, которая удерживает их от поиска квалифицированной помощи. АКПП также готова предоставлять актуальные исследования, посвященные изучению суицидов и их превенции врачам и другим специалистам в области психического здоровья, которые могут распознать риск суицидального поведения у своих пациентов, а также обеспечить им адекватную помощь.

Нужно отметить, что каждая потеря вследствие суицида влечет за собой переживание тяжелой утраты сразу у большого количества людей. Проект «Самоубийству стоп!» призван координировать и осуществлять помощь выжившим после попытки суицида и их близким на всех этапах переживания горя, обеспечивая программы и ресурсы для излечения, а также возможности волонтерства для выживших, которые находят поддержку в объединении и обмене опытом и мнениями с людьми, попавшим похожую сложную жизненную ситуацию.

Межведомственное и междисциплинарное взаимодействие способно снизить количество суицидов. Мы должны объединять усилия на федеральном и местном уровнях, чтобы улучшить уровень психического здоровья и сделать более эффективной превенцию и профилактику суицидов.

22 ноября тысячи людей переживших потерю после суицида объединяются вместе по всему миру. Более 275 мероприятий проводится в этот день в местных сообществах для того, чтобы каждый смог найти комфорт, понимание и утешение, поделившись своей историей исцеления и надежды.

В 2016 году уже в 18-й раз пройдет Международный день победы над суицидом. Новые участники программы смогут сделать первый шаг к исцелению, приняв участие в Дне победы над суицидом, поделившись своей историей, найдя свою организацию или специалиста. Ассоциация Когнитив-

но-Поведенческой Психотерапии готова предоставить такую возможность взаимодействия на федеральном уровне, объединив усилия всех отделений АКПП, ее членов и опытных специалистов, а также за счет предоставления опыта коллег из США и по всему миру.

Список литературы:

1. Замалиева С. А., Ковпак А. И., Ковпак Д. В., Превенция суицидального поведения и общественные организации //Кризисные состояния: современные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи: сборник научных статей – с. 110 / XX Клинические Павловские чтения; [сост.: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак]. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2016. – 118 с.

2. Ковпак Д. В., Суицидальное поведение и «третья» волна когнитивно-поведенческой терапии //Кризисные состояния: современные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи: сборник научных статей – с. 45 / XX Клинические Павловские чтения; [сост.: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак]. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2016. – 118 с.

3. Любов Е. Б., Комментарий. Предупреждение суицидов: информированный оптимизм// Социальная и клиническая психиатрия №1/ т.23/ 2013 г. – М.: ИД «Медпрактика – М» - с. 49.

М. В. Земляных

Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, Санкт – Петербург

Проблематика использования когнитивно-поведенческой терапии в детском и подростковом возрасте.

Если вести отсчёт от знаменитого доклада И.П. Павлова о физиологии ВНД в 1904 г. в Мадриде, где он впервые применил термин «reinforcement» (подкрепление), то история использования поведенческой терапии в детском и подростковом возрасте насчитывает более 100 лет. Великий учёный, вероятно, и не подозревал тогда, насколько прочно этот термин укоренится в описании поведенческих техник, применяемых в детском и подростковом возрасте. Многие ранние эксперименты проводились с участием детей: «Маленький Альберт» [8], эксперимент по классическому обуславливанию страха, «Маленький Петер» (Jones, 1924), эксперимент по устранению у ребёнка страха кроликов, подтверждающий эффективность систематической десенсибилизации.

Ряд авторов традиционно рассматривает четыре основных этапа развития поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии в детском и подростковом возрасте [3].

Первый из них является экспериментальным и кратко изложен в первом абзаце данной статьи.

Второй этап хронологически относится к 30-40м годам прошлого столетия и ознаменован развитием парадигмы оперантного обуславливания, в первую очередь работами Ф. Б. Скиннера, которые повлияли на разработки техник оперантного бихевиоризма, активно применявшихся в 30е-50е годы прошлого столетия для работы с детьми, имевшими оппозиционно-вызывающее, демонстративное и манипулятивное поведение. В этот же период осуществлялись первые попытки использования оперантного научения при работе с детьми с аутизмом. Следует отметить, что данный подход актуален и поныне, а ряд направлений, таких как прикладной

поведенческий анализ, АВА (Applied Behavior Analysis) (I. Loovas et all), Интерактивная терапия «Родитель – ребёнок», PCIT (Parent-Child Interaction Therapy) (S.Eyberg, T. Nembree-Kigin, Ch. McNeil et al), жетонная система и ряд других активно применяются в настоящее время, особенно если речь идёт о возрастной группе от 3х до 12 лет. Причём в целом ряд стран Западной Европы и США эту терапию осуществляют не только (и не сколько) врачи-психотерапевты и клинические психологи, но и социальные работники и педагоги. С самого начала в эту работу активно включаются родители, и в настоящее время много говорится об интегрировании поведенческой и семейной терапии. По-прежнему актуальным является использование техник десенсибилизации для нивелирования тревожно-фобических расстройств у детей.

Третий этап приходится на 70-е и 80-е годы прошлого столетия и характеризуется слиянием поведенческого и когнитивного направлений. Однако если принять во внимание возрастные особенности развития когнитивной сферы, то ясно, что основные разработки рассчитываются на подростков, и целевой группой этого этапа становится возраст от 12 до 18 лет. Разрабатываемые когнитивно-поведенческие техники и приёмы активно дополняются приёмами социального научения (A. Bandura, 1969) и навыковыми тренингами (K. Lewin , 1947).

Четвертый этап знаменует развитие дифференцированного нозологического подхода в когнитивно-поведенческой терапии детей и подростков (преимущественно подростков), и разработки алгоритмов когнитивно-поведенческого вмешательства при депрессивных, тревожных и фобических расстройствах, обсессивно- компульсивном расстройстве, посттравматическом стрессовом расстройстве и расстройствах поведения, патологических формированиях личности.

Наконец, в последние 4-5 лет, наряду с активным использованием КПТ, всё больше и больше приобретает популярность диалектико-поведенческая терапия, в частности, для коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений у детей; правда, её методы и подходы в большей степе-

ни адресуются родителям [7]

Таким образом, можно сказать, что объектом применения поведенческой терапии чаще являются дети, когнитивно-поведенческой терапии – подростки, диалектико-поведенческой терапии – подростки и дети (чаще – через обучение и информирование родителей).

В Советском Союзе, а затем и в Российской Федерации использование техник, методов и приёмов как поведенческого, так и когнитивно-поведенческого направления долгое время не было популярным среди специалистов. Предпочтение отдавалось арт-терапии, игровой терапии, психодинамическому подходу, семейной терапии. В последние 5-10 лет ситуация начинает меняться: психотерапевты и психологи, работающие с детьми всё чаще применяют в своей работе методы поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии. Уже получила достаточно широкое распространение система АВА (Прикладной поведенческий анализ) в работе с детьми с аутизмом, а специалисты, работающие с детьми с посттравматическим стрессовым расстройством, успешно интегрируют техники КПТ в свою работу [2]. Однако до настоящего времени ощущается существенная нехватка литературы по данному направлению на русском языке. Таких изданий можно насчитать буквально единицы [1,2,3,4]. Недостаточно и подготовленных специалистов.

Эффективность как поведенческой, так и когнитивно-поведенческой терапии в детском и подростковом возрасте подтверждена данными мета-анализов (J.R. Weisz, 1995).

Однако опыт, накопленный как западными профессионалами, так и российскими специалистами, позволяет говорить и о ряде проблем, связанных с применением КПТ в данной возрастной группе. К наиболее обсуждаемым проблемам можно отнести следующие:

- к ребёнку предъявляются сравнительно высокие требования (например, в области владения речью, рассудительности, мотивированности), которые не по силам маленьким, отстающим в своём развитии

детям и не желающим подвергаться психотерапии подросткам. В результате терапия стала в основном применяться к детям старших возрастов, у которых преобладали трудности и проблемы интровертивного характера (страхи, депрессивность, проблемы самооценки), а дети младших возрастов, отстающие в развитии и негативно настроенные к психотерапии (в частности, агрессивные) оказались на периферии внимания терапевтов, либо в отношении них используют по-прежнему оперантное научение. Кроме того, ребёнок и его родители должны были применять свои знания терапии в повседневной практике, что не всегда возможно [3];

- трудности в детском и подростковом возрасте, связанные с вербализацией эмоциональных состояний. Эта особенность весьма характерна для российских подростков: данные трудности влекут за собой проблему концептуализации, установления понятных для подростков связей между мыслями, эмоциями и поведением;
- низкая мотивация к выполнению домашних заданий, как самими детьми и подростками, так нередко и родителями.

Ряд подходов и техник, таких, как мотивационное интервью, информирование родителей, эмоциональное обучение позволяют справляться с частью этих проблем, однако ряд аспектов нуждается в дополнительных исследованиях и разработках, включая в том числе и учёт культурных и этнических особенностей при применении КПТ. Часть техник в контексте их применения в России нуждается в адаптации к особенностям ментальности российских детей и подростков и их семей.

Тем не менее опыт длительного применения поведенческой и когнитивно-поведенческой в Западной Европе и США и менее длительный в России позволяет говорить о несомненной эффективности данного подхода как в детской, так и в подростковой практике, а возможности его инте-

грации с семейной, игровой терапией, рядом арт-терапевтических техник значительно расширит методологический аппарат психотерапевтического вмешательства в детской и подростковой практике.

Литература:

1. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков. Под ред. Проф. Ю.С. Шевченко – СПб.: Речь, 2003

2. Забадыкина Е.В., Земляных М.В., Храмченкова А.-М., Солнцева Н.В., Шутер Н.Р. Психологические аспекты оказания помощи детям, пострадавшим от коммерческой сексуальной эксплуатации. Методическое руководство, СПб. Стеллит, 2011.

3. Лаут Г.В., Брак У.Б., Линдеркамп Ф. Коррекция поведения детей и подростков: Практическое руководство. I. Стратегия и методы / пер. с нем. В.Т. Алтухова ; науч. ред. рус. текста А.Б. Холмогорова. — М. : Изд. центр «Академия», 2005.

4. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия: Учеб. Пособие для студ. ВУЗов. – Москва, Издательский центр «Академия», 2002, 192 с.

5. Фёдоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб: Питер, 2002- 352с.

6. Harvey P., Penzo J. A. (2009) Parenting a child who has intense emotions: dialectical behavior therapy skills to help your child regulate emotional outbursts and aggressive behavior. New Harbinger Publications, Inc

7. March J. S., Mulle K. (1998) OCD in children and adolescents: a cognitive –behavioral treatment manual. NY, The Gilford Press

8. Watson J.B., Rayner R. Conditioned emotional reactions//J. exp. Psychol. 1920. #3 (1) . P. 1-14

М. Б. Казакова,
ООО «Клиника Доктора Подвизина», Воронеж, Россия.

Тенденция изменения запросов клиентов к психотерапии как отражение современных социальных настроений

Цель написания статьи - возможность получения мнения коллег, обмен опытом построения схем психотерапии.

Материалом послужил разбор 12 случаев индивидуальной работы в контексте когнитивно-поведенческой терапии. Случаи обобщены по общим признакам: во-первых, по имевшейся легко выраженной тревожно – депрессивной симптоматике (не более 21 баллов по шкале тревоги Бека и не более 16 баллов по шкале депрессии Бека), во-вторых, по наличию «нелегкого» запроса к психотерапии: «мне нужен смысл жизни, я чувствую, что я в тупике». В отсутствии явных стрессовых факторов все клиенты могли потреблять блага и получать удовольствие, но не ощущали себя благополучными.

Работа была построена на принципах терапии разработанной А. Беком [1,2]. Соответственно полагалось, что тревожно-депрессивный аффект когнитивно обусловлен и не может быть просто «убран». А напротив, ценен как сигнал о необходимости подвергнуть пересмотру стиль объяснения действительности и модифицировать формы поведения.

В процессе построения планов индивидуальной психотерапии проводилась супервизия, так как запросы клиентов совпали со «слепым пятном» специалиста. Были выявлены следующие три проблемы: недостаточная ориентированность работы на запрос времени, теоретические пробелы в психологии смысла, малое количество «инструментов» для работы.

Решение первой проблемы удалось во многом обнаружить в данных официальной статистики. Инициативный всероссийский опрос «Социальные настроения россиян» ВЦИОМ проведён 30-31 января 2016 г. Опрошено 1600 человек в 130 населенных пунктах в 46 областях, краях и республиках России. Индексы социальных настроений показывают, как

россияне оценивают ситуацию в стране и личной жизни.

Индекс социальных настроений, демонстрирующий, как россияне оценивают ситуацию в своей жизни, уже несколько месяцев держится на уровне минимальных значений 2015 г.

Индекс социальных настроений относительно ситуации в стране с наступлением нового 2016 года не смог преодолеть негативную динамику обновив годовой минимум.

Индекс социальных ожиданий показывает, насколько оптимистично россияне оценивают будущее страны. С октября 2015 по январь 2016 он «просел», а за последний месяц падение было крайне резким. При этом следует отметить, что в последние шесть лет индекс не выходил из области отрицательных значений. Снижение последнего месяца связано в первую очередь с сокращением доли верящих в то, что самые тяжелые времена остались позади (с 19% до 14%). Около половины (53%) считают, что они еще впереди, а каждый четвертый говорит, что мы переживаем их сейчас.

Таким образом, по данным инициативного всероссийского опроса «Социальные настроения россиян», проведённого в январе 2016 г., понижающийся тренд в социальном самочувствии развивается.

В ходе обсуждения этих статистических данных выяснилось, что все 12 клиентов разделяли худшие опасения относительно ситуации в стране и собственной жизни, пессимистично оценивали будущее.

Для решения второй проблемы - слабая теоретическая база - к совместному обсуждению с клиентами в ходе психотерапии (диспут, диалог) были выбраны работы В. Франкла [3,4], Э. Фромма [5], М. Селигмана [6,7], И. Ялома [8,9,10], М. Чиксентмихайи [11,12,13], раскрывающие тему развития личности через поиск и реализацию смысла жизни. Психотерапевтическая работа потребовала совмещения гуманистических и когнитивно-поведенческих подходов, вплотную приближаясь к проблеме осознанного выбора смысла существования.

Привлечено было изучение истории семей клиентов в нескольких поколениях для анализа опыта семьи по преодолению

нию кризисов. Полученные истории использовались затем как веское (исторически-достоверное, лично-близкое) доказательство того, что нельзя выбрать время для жизни, не всегда можно выбрать место для жизни, но можно выбрать рациональную стратегию мышления и действовать адаптивно.

Отдельное внимание было уделено сравнению концепции индивидуального счастья (как основной движущей силы общества потребления) и концепции благополучия. Постулаты «думай только о хорошем, общайся только с теми, кому хорошо, будь только там, где хорошо, потребляй блага по максимуму» не выдержали проверки временем, лишь поспособствовали эпидемии депрессий. Концепция благополучия по М. Селигману [6,7] включает не только «эмоцию довольства», а пять равнозначных критериев: положительные эмоции, вовлеченность, смысл, общение, достижения. Что позволяет оценить эффективность функционирования человека посредством анализа разнообразных социальных проявлений, а не исключительно по возможности испытывать удовольствие.

Работа оказалась продуктивной, отмечен глубокий интерес к изучению принципов когнитивно – поведенческой психотерапии, оптимистичный настрой к работе.

Для оценки благополучия клиенты должны были ежедневно вести дневники самонаблюдения, где отмечать значительные моменты дня. Еженедельно анализировался собственный вклад в ход событий (вовлеченность), наличие достижений, интенсивность общения, соответствие деятельности смыслу (целям) клиента. Оценка эмоционального фона показала соответствие уровня настроения остальным критериям благополучия. Это позволило убедительно доказать, что индивидуальный стиль объяснения действительности является главной детерминантой возникновения тех или иных эмоций. В результате дневниковой работы клиенты осознали необходимость смещения фокуса внимания с исключительно возможности испытывать счастье на факторы благополучия.

Далее была выстроена практическая часть для постро-

ения новых моделей поведения. Потребовалось с воодушевлением решать третью проблему – недостаток «инструментов». Так как работа велась в рамках индивидуальной психотерапии, то выбор метода происходил в совместном поиске. Например, написание автобиографических очерков для анализа собственных достижений и построения дальнейших жизненных планов (полезным также оказалось чтение и обсуждение их в кругу семьи клиентов). Достигнуто расширение «живого» общения, улучшение отношений в близком кругу. Некоторые из клиентов решились реализовать альтруистические побуждения (волонтерство, благотворительность), один вернулся к занятиям музыкой. Двое решили приступить к изучению смежной специальности для более продуктивной профессиональной деятельности.

Примечательно, что общим для каждого из клиентов и психотерапевта явилось ощущение вовлеченности в общий ход событий, «в поток», погружение в поиск новых возможностей, интересов.

Таким образом, работа с запросом поиска смысла жизни, полноты и благополучия существования в рамках когнитивно – поведенческой психотерапии является высоко востребованной вследствие современной динамики социальных настроений россиян. Метод КПТ является научно – доказанным, позволяет достичь существенных достаточно стойких адаптивных изменений поведения и стабилизации аффективной сферы посредством коррекции когнитивных схем.

Литература:

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии = Cognitive Therapy of depression. — СПб.: Питер, 2003.
2. Когнитивная психотерапия расстройств личности = Cognitive Therapy of Personality Disorders / Под ред. А. Бека, А. Фримена. — СПб.: Питер, 2002.
3. Франкл В. Сказать жизни «Да!»: психолог в концлагере. —

М.: Альпина Нон-фикшн, 2009.

4. Франкл В. Воля к смыслу = The will to meaning. — М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000.

5. Фромм Э. «Искусство любить», «Иметь или быть?», «Человек для самого себя», АСТ, 2014.

6. Селигман М. «Новая позитивная психология», М.: София, 2006.

7. Селигман М. «В поисках счастья», М.: Манн, Иванов и Фербер, 2010.

8. Ялом И. «Дар психотерапии», Эксмо, 2005.

9. Ялом И. «Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти», Эксмо, 2009.

10. Ялом И. «Шопенгауэр как лекарство», Эксмо, 2012.

11. Чиксентмихайи М. «Поток. Психология оптимального переживания», Альпина нон-фикшн, 2013.

12. Чиксентмихайи М. «Эволюция личности», Альпина нон-фикшн, 2013.

13. Чиксентмихайи М. «Креативность. Поток и психология открытий и изобретений», Карьера Пресс, 2015.

Д. В. Ковпак

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии
Российская Психотерапевтическая Ассоциация
Санкт-Петербург*

Суицидальное поведение и ключевые концепты «третьей» волны когнитивно-поведенческой терапии

На протяжении последних двух десятилетий ряд исследователей и методологов психотерапии стали выделять среди вновь возникших за последнее время видов когнитивно-поведенческой терапии тенденцию к выделению так называемой «третьей волны». К первой волне они относят поведенческую терапию, ко второй когнитивную, раскрывшую «черный ящик» промежуточной переменной, а третью волну характеризуют выходом за пределы когнитивной сферы психики человека.

Компилируя данные методологов можно выделить в ряду основных видов когнитивно-поведенческой терапии третьей волны следующие варианты:

1. Основанная на осознанности редукция стресса — MindfulnessBased Stress Reduction (KabatZinn, 1990).
2. Когнитивная терапия основанная на осознанности — MindfulnessBased Cognitive Therapy (Segal et al., 2002).
3. Терапия принятия и ответственности — Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).
4. Диалектико-поведенческая терапия — Dialectical behavior therapy (DBT) (Linehan, 1996).
5. Функционально-аналитическая терапия — Functional analytic psychotherapy (FAP) (Kohlenberg, Tsai, 1991).
6. Схемотерапия — Schema Therapy (Young, 1990).
7. Десенсибилизация и переработка движениями

глаз — Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 1989)

8. Метакогнитивная терапия — Metacognitive Therapy (Clark, Wells, 1994).

9. Терапия ориентированная на участие (сострадание) — Compassion focused therapy (CFT) (Gilbert, 2005)

10. Когнитивная аналитическая терапия — Cognitive analytic therapy (CAT) (A. Ryle, 1990)

В первых трех направлениях концепт Mindfulness является центральным компонентом, в 4м, 5м и 8м — дополнительным.

Mindfulness, обычно передается термином «безоценочное осознание». Это процесс, при котором внимание направляется на настоящий момент, человек воспринимает то, что сейчас происходит в его внутреннем или внешнем мире, и стремится при этом к безоценочности и принятию. Он входит в роль доброжелательного и любопытного наблюдателя, который созерцает внутренние процессы, но не отождествляет себя с ними и не дает им себя поглотить.

Соответственно, и негативные мысли и чувства он наблюдает с приятием, не критикуя себя за них и не пытаясь их подавить. Внимание направляется на непосредственное восприятие через пять органов чувств, мысли и чувства наблюдаются в их текучести. При этом практикующий сознательно противостоит тенденции нашего ума оценивать, критиковать, искать причины, планировать и т.д., а развивает в себе способность принимать то, что сейчас есть, как нечто ценное и преходящее. В практике безоценочного осознания не преследуется никакая цель, а воспринимается процесс.

В течение последних десятилетий в зарубежной литературе отмечается рост интереса к изучению концепции осознанности как психологического конструкта и как формы психотерапевтического вмешательства для профилактики и лечения разных форм психоэмоциональных расстройств и

психической патологии. Исследование феномена осознанности в контексте научного изучения в клинической психологии и психотерапии началось в 1980-х годах и на сегодняшний день оформилось в самостоятельное направление. В современной психологии принято разделять два термина: осознанность (англ. awareness) и внимательность (англ. mindfulness). Осознанность обычно трактуется как способность произвольно сосредоточивать внимание на текущих событиях и ощущениях, произвольно переключать внимание с одних предметов на другие, управляя за счет этой произвольности процессом фокусировки.

В переводе с английского «mindfulness» означает «внимательность, памятьливость». Изначально это слово использовалось (а некоторые авторы утверждают, что было специально «изобретено») для перевода с пали буддийского термина «сати» (санскр. «смрити», тиб. drenpa). В палийских текстах слово «сати» на русский язык обычно переводят как «внимательность», но в действительности это понятие имеет более широкий смысл. Майндфулнесс — это осознанность или более функционально — направление внимания на текущий момент и бесстрастная, нереагирующая, принимающая все таким как есть осведомленность о нем.

Буддийские приемы культивирования «сати» (осознанности) были адаптированы западной психологией в 80-х гг. XX века. К настоящему времени концептуально mindfulness достаточно далеко ушел от своих восточных корней, вписался в контекст западной психотерапии, практической психологии и даже нейронауки. Сегодня говорят о существовании самостоятельного mindfulness approach (майндфулнесс-подхода) в психотерапии.

Джон Кабат-Зинн (одним из первых ввел этот термин в научный и практический оборот) — определяет mindfulness как «безоценочную осведомленность, возникающую в результате сознательного направления внимания на настоящий момент развертывающегося опыта». В своей работе «Coming to our sens» он утверждает: «Mindfulness может рас-

сма­тривать­ся как для­щая­ся от од­но­го мо­мен­та к дру­го­му, не ос­но­ван­ная на рас­суж­де­ни­ях ос­ве­дом­лен­ность, вы­ра­ба­ты­ва­е­мая бла­го­дар­я на­прав­ле­нию вни­ма­ния ос­обым об­ра­зом: то е­сть на те­ку­щий мо­мент, ма­ксим­аль­но не­ре­а­ги­ру­ю­щим об­ра­зом и с от­кры­то­стью серд­ца».

Дру­гой ав­торитет, Би­шоп да­ет сле­ду­ю­щее оп­ре­де­ле­ние: «Mindfulness — это са­мо­ре­гу­ли­ро­ва­ние вни­ма­ния с тем что­бы оно на­прав­ля­лось на те­ку­щий опыт та­ким об­ра­зом, что­бы усилить рас­поз­на­ва­ние пси­хиче­ских со­бы­тий име­ю­щих место в дан­ный мо­мент... ему при­су­щи та­кие ка­че­ства как «лю­бо­пыт­ство, от­кры­тость, при­ня­тие».

В Institute for Meditation and Psychotherapy ис­поль­зу­ет­ся са­мое крат­кое оп­ре­де­ле­ние «Mindfulness — ос­ве­дом­лен­ность о на­сто­я­щем мо­мен­те с его при­ня­ти­ем».

В ра­бо­те «The Mindful Waythrough Depression» под mindfulness по­ни­ма­ют «вни­ма­ние, ко­то­рое мы на­прав­ля­ем на­меренно, на на­сто­я­щий мо­мент, бе­зо­це­ноч­но к су­ще­ству­ю­ще­му по­ло­же­нию ве­щей».

В кон­це 90-х го­дов два­д­ца­то­го ве­ка и на­чале 2000-х на За­па­де на сты­ке пси­хо­ло­гии, ней­ро­на­ук, фи­ло­со­фии и ре­ли­ги­о­ве­де­ния скла­ды­ва­ет­ся но­вая ме­ждис­ци­пли­нар­ная об­ла­сть, ко­то­рая при­об­ре­та­ет ус­лов­ное на­зва­ние «contemplative science» — «со­зер­ца­тель­ная на­ука». Ос­нов­ным пред­ме­том ис­сле­до­ва­ния в дан­ной об­ла­сти ста­но­вят­ся тех­ники со­зер­ца­ния и эф­фек­ты от прак­ти­ки та­ких тех­ник. Уров­ень осоз­нан­но­сти не­ко­то­рые ис­сле­до­ва­те­ли свя­зы­ва­ют с раз­личиями в ря­де па­ра­мет­ров моз­го­вой ак­тив­но­сти. Так, на­при­мер, J. D. Creswell [13] с ис­поль­зо­ва­нием функ­ци­ональ­ных ме­то­дов ней­рови­зу­а­ли­за­ции об­на­ру­жил, что вы­со­кий уров­ень осоз­нан­но­сти был свя­зан с умень­ше­нием ак­тив­а­ции в об­ла­сти ми­н­да­ли­ны и бо­лее ши­ро­ким по­лем ак­тив­а­ции пре­фрон­таль­ной ко­ры го­лов­но­го моз­га. Бы­ла за­фик­сиро­вана вы­ра­жен­ная об­рат­ная свя­зь ме­жду ак­тив­а­ци­ей пре­фрон­таль­ной ко­ры и ми­н­да­ли­ны сре­ди ис­пы­ту­е­мых с вы­со­ким уров­нем осоз­нан­но­сти, е от­ли­чие от ис­пы­ту­е­мых, с низ­ким уров­нем, у ко­то­рых та­кой свя­зи не об­на­ру­жи­ва­лось.

Это позволяет предполагать, что более «осознающие» испытуемые лучше способны регулировать эмоциональные реакции за счет активности префронтальной коры и ингибирования активности в области миндалины. Осознанность также отрицательно коррелирует с активностью в миндалине, медиальной префронтальной и теменной областях мозга во время сосредоточения испытуемого на своих ощущениях, в то время как высокий уровень выраженности симптомов депрессии положительно коррелирует с активностью в этих областях [40].

Эти техники не новость и открытие для человеческой цивилизации. Многие из даже являются прямыми заимствованиями из условно обозначаемыми как «восточные практики» техническими приемами например буддизма. В южной ветви буддизма — школе Тхеравады — уже не первое тысячелетие большое внимание уделяется осознанию различных психических процессов и бесстрастному наблюдению за ними. Школа Дзен строится на осознании происходящего в данный момент в повседневной жизни. Под влиянием буддийских школ в статьях различных западных исследователей появляются такие термины как «принятие своего опыта («acceptance of experience» (Hahn, 1998; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), «сострадательное отношение к себе и страданиям других» (Gilbert, 2005), «способность к безоценочному самонаблюдению» (Kabat-Zinn, 1990)). Безусловно, психология со времени своего появления старалась проникнуть в суть подобных явлений и феноменов, практик и традиций, стараясь описать их феноменологически и каузально посредством научного языка. В свое время такие формы терапии как, например, гештальт давал свой контекст и язык описания данных процессов и феноменов. Видимо, пришло время когнитивно-поведенческому направлению психотерапии, вслед за экзистенциально-гуманистическим, приступить к переработке и описанию на своем терминологическом языке богатого наследия так называемых духовных практик и традиций.

Снижение стресса с помощью осознанности (Mindfulness-based stress reduction, MBSR), это программа созданная Джоном Кабат-Зинном в медицинском центре университета Массачусетса. Программа была разработана для помощи людям с хроническим дистрессом, хронической болью и другими дисфункциями. Рандомизированные контролируемые клинические исследования продемонстрировали значительную положительную динамику пациентов с хроническим болевым синдромом, прошедших программу MBSR.

Когнитивная терапия основанная на осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) это вид терапии «третьей волны» основанной на когнитивно-поведенческой терапии и практиках осознанности. Главным применением этой терапии является лечение и предотвращение депрессии. MBCT разрабатывалась как подход к предотвращению рецидивов, использующийся во время ремиссии. Зиндел Сигал, Джей Марк Уильямс и Джон Тисдейл создали основанную на осознанности когнитивную терапию в значительной степени приспособившая MBSR, с целью предотвращения рецидивов депрессии. Авторы подхода высказывали опасения, что интенсивность негативного мышления и трудности концентрации в активной фазе депрессивного расстройства помешают получить необходимый эффект от терапии. Однако результаты сравнения эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии второй волны и MBCT для лечения пациентов в период активного депрессивного эпизода показали схожую эффективность обоих методов [27]. У значительного числа пациентов наблюдалась существенная редукция симптомов депрессии. В исследованиях отмечается факт, что многие пациенты продолжают использовать техники осознанности после прохождения курса MBCT убеждаясь в их полезности [16].

MBCT противопоставляет дисфункциональным мыслям ряд метакогнитивных навыков:

- способность занимать метапозицию по отношению к потоку своего мышления;

- способность осознавать текущий поток внутренних и внешних раздражителей;
- принятие определенной ориентации к опыту своих переживаний как к относительному и проходящему, включая отношение любопытства, открытость и принятие;
- способность произвольно переключать свое внимание с одного аспекта опыта на другой.

Принятие — один из ведущих принципов и приемов практики майндфулнесс. Принятие — это настолько могущественный фактор трансформации, что он лег в основу самостоятельного вида психотерапии — АСТ — Acceptance and Commitment Therapy — Терапии Принятия и Ответственности. Основная идея этого подхода состоит в том, что с какими бы переживаниями не столкнулся человек он способен принять их и действовать, невзирая на них, в соответствии со своими внутренними ценностями.

Следует отметить, что «принятие» в контексте осознанности не следует отождествлять с пассивностью или отстраненностью. В большей степени, принятие в данном контексте относится к способности испытывать события во всей их полноте, не прибегая к одной из крайностей, как например, чрезмерной озабоченности, избеганию или подавлению опыта. Как отмечал Д. Кабат-Зинн: «Принятие — это не пассивное подчинение, а акт распознавания того, что вещи таковы, какими они являются. Иногда они не такие, какими мы бы хотели их видеть. Принятие не означает, что мы не можем работать над тем, чтобы поменять мир или изменить те или иные обстоятельства. Но это означает, что пока мы не примем вещи такими, какие они есть, мы будем пытаться заставить вещи быть тем, чем они не являются, и это может породить многочисленные трудности. Некоторые вещи тяжело принять. Например, иногда вы испытываете боль в теле и не знаете, отчего это происходит. Это очень и очень тяжело принять, потому что в первую очередь вы хотите знать, в чем причина происходящего и устранить ее. И если

у вас нет ответа на вопрос о причине боли, может быть очень и очень трудно принять это. Но что мы обнаружили при работе с пациентами с хроническими болями, так это то, что прежде чем по-настоящему работать с болью и страданием, нужно развернуть для боли и страдания ковровую дорожку с надписью «Добро пожаловать» и принять их такими, какие они есть».

Задача терапии, основанной на осознанности, «вернуть человека в настоящее», этот метод фокусирует внимание человека на проживании настоящего момента для того, чтобы избавить его от избыточной стереотипичности и автоматизированности мышления, содержащего дисфункциональные паттерны.

В отличие от традиционной когнитивно-бихевиоральной терапии, условно выделяемой «второй волны», терапия, основанная на осознанности, ставит перед собой задачи не изменить содержание мыслей, а лишь сосредоточиться на отношении человека к этому потоку и его содержанию. Задача этой терапии - научить человека воспринимать собственные состояния без веры в то, что они объективны и отражают реальность. В данном подходе тренируется неосуждающее и безоценочное восприятие, в том числе негативных эмоциональных переживаний, физиологических дисфункций как проходящих и небесконечных [35]. Технически это предполагает развитие у пациентов/ клиентов навыка безоценочного содержания негативных мыслей в качестве ментальных событий, элементов собственного внутреннего поведения, а не как фактов и элементов реальности.

Полученный результаты J. Teasdale [38] связывает с возрастанием автоматизации запуска и поддержания механизмов формирования депрессии. С каждым последующим эпизодом ассоциативная связь между плохим настроением и паттернами негативного мышления натренировывается и становится крепче. Это способствует все большей чувствительности и уязвимости, в результате которой для рецидива достаточно все меньше стрессогенных факторов. У пациен-

тов с тремя и более эпизодами в анамнезе приемы МВСТ, позволяющие снизить использование дисфункциональных автоматических мыслей и повысить осознанность каждого проживаемого момента и совершаемого выбора, закономерно оказываются эффективными. В пользу этого предположения свидетельствует факт соотношения эффективности профилактики рецидива у пациентов с четырьмя и более эпизодами: рецидив имел место в 38% случаев после МВСТ и в 100% случаев после традиционного лечения [26, 38].

Одним из ведущих факторов суицидального поведения считается непреодолимая психологическая боль, связанная с потерей и ее непринятием. При активном и длительном подобном переживании пациент теряет веру в позитивное будущее. Его экспектации носят негативистичный, а порой и катастрофический характер. Внимание такого человека становится предельно избирательным к негативным событиям прошлого, настоящего и моделируемого будущего и сосредотачивается в большей степени на тех, что подтверждают безысходность положения. Чувства безнадежности и беспомощности, как ключевые элементы одного из центральных глубинных убеждений в когнитивной терапии поддерживаются особым вниманием к любым негативным сигналам. Эта тенденция замыкает круг автоматических мыслей, типичных для депрессии и суицидального поведения.

Механизм повторяющихся суицидальных попыток похож на механизм возникновения рецидива при депрессии: с каждой новой попыткой все меньше стрессовых воздействий необходимо для возобновления суицидального поведения [18].

Acceptance and Commitment Therapy (АСТ, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) - это модель поведенческой психотерапии, направленная на снижение стратегии избегания контакта с опытом (мыслями, чувствами, действиями, ощущениями) и когнитивной спутанности с одной стороны и побуждение клиента развивать поведение, направленное на реализацию персональный ценностей (жизненных смыслов). Целью

АСТ является увеличение психологической гибкости, то есть осознанного контакта с текущим моментом и способности выстраивать свое поведение с учетом контекста и в соответствии с выбранными ценностями. С точки зрения подхода АСТ, избегание опыта происходит в связи с нашей способностью оценивать, предсказывать и избегать события. Созданный в начале 1980-х годов американским психологом Стивеном Хайесом, АСТ использует метафоры, парадоксы и практики осознанности, а также широкий спектр упражнений и ценностных интервенций. По своей сути, АСТ – это поведенческая терапия, поскольку речь идет о совершении конкретных действий. В АСТ есть и существенная экзистенциальная составляющая, поскольку важно быть в контакте с тем, что действительно представляет ценность. Мы можем использовать эти ценности, чтобы двигаться вперед и быть вдохновленными и мотивированными. Кроме того, действия направляются ценностями, этот подход внимательных и осознанных действий – когда мы полностью открываемся и полностью включаемся во все, что мы делаем. АСТ получила свое название от одного из своих основных смыслов: принятие того, что находится за пределами личного контроля, и ответственность за свою жизнь, выборы делать то, что ее развивает и обогащает. Цель АСТ в том, чтобы помочь нам создать насыщенную, полную и осмысленную жизнь, одновременно принимая все трудности и даже боль, которую жизнь неизбежно приносит. Но, на пути реализации человеком своих ценностей лежит целый ряд преград и препятствий.

Когнитивное спутывание означает тенденцию человека застревать в ловушке содержания того, что они думают. Это приводит к преобладанию мышления над другими способами поведенческой регуляции. Под «думанием» в АСТ понимается любое произвольно возникающее символическое или сравнительное мышление, включающее, например, слова, догадки, мысли, знаки и образы. Мы используем наш ум для того чтобы судить, оценивать, сортировать,

маркировать и группировать информацию. Но эти полезные свойства ума могут стать ловушкой, если мы начинаем воспринимать его содержание буквально, думать, что мы только такие и есть как представляемся себе. Человеческая способность занимать метапозицию по отношению к своему потоку сознания и осознавать субъективность внутриспсихической картины реальности рассматривается как потенциально эффективный антидот против распространенных форм психоэмоционального стресса - тревоги, страха, раздражения, гнева, обиды, руминаций и других форм стресса, дисфункциональный характер которых определяется во многом крайне деструктивными стратегиями избегания, подавления или избыточной озабоченности негативными переживаниями и мыслями.

В состоянии когнитивного спутывания и слияния мы становимся «пойманными» нашими мыслями и попадаем ловушку их содержания. Наши мысли воспринимаются нами как «правда» буквально. Они легко принимаются на веру в качестве: правил, которые должны соблюдаться; важных событий, которые требуют нашего полного внимания; угрожающих событий, которые мы должны устранить и тому подобное. Когда мы сливаемся с нашими мыслями, они имеют сильное влияние на нас и наше поведение.

Когнитивное расцепление позволяет отступить, метафорически сделать шаг назад, позволяет занять позицию наблюдателя (метапозицию) и осознавать мысли, не будучи ими пойманными. Так мы получаем практическую возможность распознавать, что наши мысли – не более и не менее, чем постоянно меняющийся поток второй сигнальной системы, различных слов, звуков и картинок, даже запахов и телесных ощущений не связанных с текущим перцепторным опытом. Когда мы расцепляемся, дистанцируемся от мыслей, они значительно снижают влияние на нас и перестают жестко детерминировать наше поведение.

Большое количество книг по АСТ описывают свыше сотни различных техник расцепления. Например, чтобы

справиться с провоцирующими мыслями мы можем просто отстраненно наблюдать их; громко повторять их снова и снова, пока это не станет просто бессмысленным набором звуков; представить их звучащими голосом персонажа из мультфильма; спеть их на легкомысленный мотив или про себя сказать «Спасибо, ум, благодарю тебя за такие необычные / регулярные / интересные мысли». Существуют неисчерпаемые возможности для творчества.

В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, ни один из этих методов расщепления не включает оценивание, обсуждение нежелательных мыслей. Не принципиально, иррациональные это мысли или нет. Более функционально с позиции АСТ действие - остановить эту мысль или быть ею пойманным.

Ведущая идея АСТ – это функциональность, «применимость», полезность. В ответ на вопрос: «То, что ты делаешь сейчас, – сделает ли это твою жизнь более наполненной, насыщенной и значимой?». Вопрос «Что ты делаешь?» и осознаешь ли ты это, один из ключевых и в терапии реальности У. Глассера. И Уильям Глассер, так же обращал внимание своих пациентов, на деятельность. И даже предлагал сместить внимание с существительных на глаголы, отражающие текущее функционирование, посредством акцента на настоящее. «Ты не пациент с депрессией/ тревожным расстройством, ты делаешь себя депрессивным / тревожным». «И что ты теперь планируешь делать, чтобы получить желаемое?»

Мы можем использовать осознанность, чтобы «проснуться», соединиться с самими собой и ценить полноту каждого момента жизни. Мы можем использовать осознанность, чтобы лучше узнать себя – узнать больше о том, как мы чувствуем, думаем и реагируем. Мы можем использовать осознанность для более глубокой и тесной связи с людьми, о которых мы заботимся – и, в том числе, о себе. И мы можем использовать ее, чтобы сознательно влиять на наше собственное поведение, расширить свой поведенческий репер-

туар в мире, в котором мы живем. Это действие, сознательная жизнь, – мудрый способ повышения психологической устойчивости и удовлетворенности жизнью. Это объясняет, в частности, почему АСТ широко применяется для усиления эффективности терапии и уменьшения профессионального выгорания самих терапевтов.

АСТ выделяет четыре психологических навыка осознанности:

1. Расцепление / не-слияние: дистанцирование от не-полезных мыслей, убеждений и воспоминаний, и последующее их отпусkanie.
2. Принятие: предоставление пространства для болезненных чувств, желаний и ощущений, позволение им приходить и уходить без усилий.
3. Связь с настоящим моментом: полное взаимодействие с опытом здесь и сейчас, с отношением открытости и заинтересованности.
4. Всеобъемлющее осознание: доступ к всеобъемлющему переживанию себя, к трансцендентному аспекту Я, осознающему мысли и чувства как текущий опыт, но не отождествляющемуся с ними.

Навык расцепления позволяет просто наблюдать угнетающие или тревожные мысли также, как мы наблюдаем проезжающие мимо машины, капли дождя или волны моря. Таким подходом мы можем формировать позицию и поведение, которое в восточных практиках обычно именуют «недеятелем». Созерцательные практики позволяют разделить себя и того, что ранее было раздражителем, когда мы были с ним сцеплены. Так же и навык принятия позволяет людям оставить бессмысленную и беспощадную борьбу с чувствами и ощущениями тревоги, позволяет просто быть, несмотря на дискомфорт и не требуя немедленного комфорта.

В подходе АСТ для наполненной и значимой жизни одной осознанности недостаточно. АСТ учит навыкам осознанности в контексте жизненных ценностей и ответственных действий. Другими словами, клиенты учатся идентифици-

ровать, прояснять для себя и воссоединяться с ключевыми ценностями, чтобы четче устанавливать цели, ориентиры, формировать необходимые для их реализации процессы и осуществлять изменения в жизни. Осознанность не только помогает людям преодолеть психологические барьеры к изменениям, но также способствует наполненному вовлечению в путешествие жизни, ориентированному на осознание себя и своих ценностей.

Диалектическая поведенческая терапия, или ДПТ — в основном представляет собой адаптацию широкого спектра методов когнитивной и поведенческой терапии специально для проблемы ПРЛ, включая различные виды суицидального поведения. М. Linehan разработала диалектическую поведенческую терапию в связи с недостаточной эффективностью стандартных протоколов для терапии суицидальных пациентов (Linehan & Dimeff, 2001).

Основополагающий аспект этой диалектики — необходимость принимать пациентов такими, какие они есть, и, в то же время, пытаясь научить их меняться.

Акцент на принятии как противовесе изменениям вытекает непосредственно из интеграции психологической практики Запада и восточной философии (дзэн). Термин “диалектика”, кроме того, подразумевает необходимость диалектического мышления со стороны терапевта, а также работу над изменениями собственного недиалектического, дихотомического, негибкого мышления со стороны пациента. Стил ДПТ представляет собой сочетание основанного на фактах, несколько негативного, порой даже жестокого отношения к парасуицидальному поведению и другим дисфункциональным типам поведения в настоящем и прошлом, с одной стороны, и теплоты, гибкости, чуткости и стратегического самораскрытия терапевта — с другой. Постоянные попытки в рамках ДПТ произвести “рефрейминг” суицидального и других дисфункциональных поведенческих паттернов и представить их в качестве одного из множества средств решения проблем, приобретенных пациентами,

уравновешиваются акцентом на валидации текущих эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций в том виде, в котором они проявляются. Сосредоточение на решении проблем требует от терапевта систематической работы над всеми дисфункциональными поведенческими паттернами пациента (как во время психотерапевтических сеансов, так и вне их) и терапевтическими ситуациями, включая проведение совместного поведенческого анализа, формулирование гипотез относительно возможных факторов влияния на данную проблему, генерирование возможных изменений (поведенческих решений), а также испытание и оценку этих решений. Пациентов активно обучают эмоциональной регуляции, межличностной эффективности, навыкам перенесения дистресса, общей психической вовлеченности и самоконтролю. Все терапевтические модели приветствуют и разъясняют применение упомянутых навыков. Использование стрессовых ситуаций в терапевтическом контексте требует, чтобы терапевт внимательно отслеживал влияние обоих участников — себя и пациента — друг на друга. Хотя основной упор делается на естественно возникающих стрессовых обстоятельствах как средстве воздействия на поведение пациента, терапевту позволяет использовать как произвольное подкрепление, так и ситуации дистресса, если данное поведение может иметь летальный исход или если в обычных терапевтических условиях трудно добиться от пациента необходимого поведения. В ДПТ постоянно подчеркивается тенденция пациентов с пограничным расстройством личности активно избегать угрожающих ситуаций. Поэтому в рамках ДПТ одобряется экспозиция угрожающих раздражителей как в терапевтическом контексте, так и *in vivo* (в условиях реальной жизни, лат.).

Валидация (от англ. *valid* — действительный, веский) — распознавание и признание окружением эмоциональных реакций индивида. Валидация чувств поощряет “Я” индивида — он чувствует поддержку, одобрительные комментарии окружения вселяют в него чувство полноценности. В какой

бы форме ни осуществлялась валидация чувств, индивид всегда понимает ее содержание одинаково: “Ваши чувства приемлемы, вы имеете на них право”.

Акцент ДПТ на валидации требует, чтобы терапевт искал частицу смысла или истины, которая заключена в каждой реакции пациента, и доносил этот смысл или истину до своего подопечного. Вера в то, что пациент желает добиться терапевтического прогресса и личностного роста, а также вера в присущую ему способность к изменениям является основой данной терапевтической системы. Валидация включает также частое, благожелательное признание терапевтом того эмоционального отчаяния, которое испытывает пациент. На протяжении всего терапевтического процесса сохраняется ориентация на построение и поддержание позитивных межличностных отношений сотрудничества между пациентом и терапевтом.

Акцент на диалектических принципах в ДПТ больше всего похож на терапевтическую направленность в гештальт-терапии, которая также берет начало в холистической теории систем и ориентируется на такие идеи, как синтез. Интересно, что новейшие подходы когнитивной терапии к ПРЛ, разработанные А. Беком и его коллегами (Beck, Freeman, & Associates, 1990; Young, 1988), открыто заимствуют методики гештальт-терапии.

Метакогнитивная терапия (МСТ) (Wells, 1995, 2009) основана на саморегуляторной модели управления функциональностью (S-REF) (Wells & Matthews, 1994, 1996). Она представляет собой новые разработки в понимании причин проблем с психическим здоровьем и их терапии. Основопологающий ее принцип заключается в том, что периоды негативного мышления, использования стрессогенных убеждений и негативных эмоций представляют собой достаточно распространенную и нормальную часть человеческой жизни, но все это может развиваться чрезмерно, усилиться и длиться подолгу в зависимости от того, какой когнитивный стиль и копинг-стратегии использует человек для их пере-

работки. Причиной расстройства (в том смысле, что все это начинает длиться чрезмерно долго) является токсичный стиль мышления, который получил название когнитивного синдрома внимания (CAS), и который является продуктом метакогнитивной деятельности.

Метакогниция - это сфера мышления, которая несет ответственность за регулирование и оценку мышления. Область метакогнитивных исследований сформировалась в контексте психологии развития и исследований памяти, но только с недавних пор в ней стали плодотворно работать в направлении понимания природы психологических расстройств.

Ситуация значительно изменилась в тот момент, когда была предложена саморегуляторная модель управления функциональностью (S-REF), в рамках которой и было предложено использовать представление о метакогниции для понимания того, как формируются, развиваются и поддерживаются психологические расстройства (Wells & Matthews, 1994, 1996). В рамках теории S-REF возникновение любого психологического расстройства связывается с активацией стиля мышления, который называется CAS внимания (CAS – Cognitive Attentional Syndrome). Он включает в себя три компонента: 1) преобладание вербальной активности концептуального характера в форме беспокойства и руминации; 2) тенденция удерживать внимание на источниках угрозы; и 3) копинг-поведение, нарушающее саморегуляцию или приобретение новой информации, которая может изменить ошибочное знание.

Теория саморегуляции исполнительских функций Велса и Мэттьюса (The Self-Regulatory Executive Function (S-REF) theory) состоит в изучении психических нарушений с позиции особенностей неадаптивных когнитивных процессов при разнообразных расстройствах. Все расстройства объединены активацией дисфункциональных паттернов мышления и внимания, называемых когнитивным синдромом внимания (CAS – Cognitive Attentional Syndrome), заключа-

ющимся в ригидной самофокусировке внимания, персеверативном стиле мышления в виде тревожных руминаций, фиксированной стратегии внимания и мониторинга опасности (угрозы), а также супрессии мыслей.

Важнейшей терапевтической стратегией при этом является развитие состояния беспристрастного произвольного внимания («detached mindfulness», далее – DM). Данный конструкт возникает в теории саморегуляции переработки информации при эмоциональных расстройствах (Вэлс, Мэттьюс, 1994) и рассматривается как метакогнитивное состояние, которое способствует повышению психологической гибкости при психических расстройствах. Беспристрастное произвольное внимание состоит из целой системы элементов, включающих необходимую активацию метакогнитивного познания, метакогнитивного мониторинга и контроля, супрессии (блокировки) когнитивных процессов, гибкости/ригидности внимания, когнитивной фиксированности/децентрации внимания. Это осведомленность по поводу автоматической и непроизвольной смены потока внутренних явлений, в первую очередь мыслей. В таком состоянии личность «когнитивно децентрирована». Мысли рассматриваются как объекты психики, отделенные от реальности, а не как факты реальности, не требующие проверки (как это происходит при тревожных расстройствах). А. Вэлс предложил техники достижения состояния «detached mindfulness». Техники достижения DM изменяют стиль мышления и характер отношений личности с собственными мыслями и эмоциями. Состояние DM используется для содействия метакогнитивным и когнитивным изменениям в убеждениях, применяется в качестве обычной формы метакогнитивной терапии в череде разных стратегий лечения.

Таким образом, мы можем наблюдать значимую динамику и эволюцию когнитивно-поведенческого подхода и направления психотерапии, которая позволяет помочь справиться с проблемами суицидального поведения гораздо более широкому контингенту пациентов за счет привлече-

ния нового психологического инструментария и «переоткрываемых» КПТ с переводом на научный язык описания методов восточных практик, таких как осознанность (майндфулнесс) и принятие.

Литература:

1. Кабат-Зинн Дж., Куда бы ты ни шел — ты уже там: Медитация полноты осознания в повседневной жизни/Пер. с англ. М. Белобородовой. — М.: Независимая фирма “Класс”, Издательство Трансперсонального института, 2001. — 208 с.

2. Ковпак Д. В. Олимпийское спокойствие. Как его достичь? — СПб.: Питер, 2014 — 208 с.

3. Ковпак Д. В. «Тетя волна» когнитивно-поведенческой терапии. Майндфулнесс в терапии хронической боли // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. — Вып. XV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В.И. — СПб.: изд-во «Альта Астра» — 2015. — 158 с.

4. Лайнен, Марша М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ. - М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2008. - 592 с.

5. Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L. et al. Mindfulness: A pro-posed operational definition // *Clinical Psychology: Science and Practice*. — 2004. — Vol. 11. — P. 230–241.

6. Brown K.W., Ryan R.M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*. — 2003. — Vol. 84. — P. 822–848.

7. Brown K.W., Ryan R.M., Creswell J.D. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects // *Psychological Inquiry*. 2009. Vol. 18. P. 211–237.

8. Cardaciotto L., Herbert J.D., Forman E.M., Moitra E., Farrow V. The as-sessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale // *Assessment*. – 2008. – Vol. 15. – P. 204–223.
9. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta6analysis // *Psychiatry Research*. 2001. Vol. 187. P. 441–453.
10. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. // *J Altern Complement Med*. 2009. 15(5): 593 – 600.
11. *Clinical handbook of mindfulness* / Didonna F. (Ed.). New York: Springer, 2009.
12. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse / Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. // *Archives of General Psychiatry*. 2006. Vol. 63. P. 749–755.
13. Creswell J.D., Way B.M., Eisenberger N.I., Lieberman M.D. Neuralcorrelates of dispositional mindfulness during affect labeling // *Psychosomatic Medicine*. – 2007. – Vol. 69. – P. 560–565.
14. Dekeyser M., Raes F., Leijssen M., Leysen S., Dewulf D. Mindfulness skills and interpersonal behavior // *Personality and Individual Differences*. – 2008. – Vol. 44. – P. 1235–1245.
15. Evans S., Ferrando S., Findler M., Stowell C., Smart C., Haglin D. Mind-fulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2008. – Vol. 22. – P. 716–721.
16. Finucane A, Mercer S.W. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care // *BMC Psychiatry*. – 2006. – Vol. 6. – P. 14–24.
17. How does mindfulnessbased cognitive therapy work? / Kuyken W., Watkins E., Holden E. et al. // *Behaviour Research and Therapy*. 2010. Vol. 48. P. 1105–1112.

18. Joiner T.E., Rudd M.D. Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous attempts and negative life events // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 68. – P. 909–916.

19. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta, 1990.

20. Kaplan K.H., Goldenberg D.L., Galvin-Nadeau M. The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. // *General Hospital Psychiatry* 1993. 15(5): 284–9.

21. Keng S., Smoski M., Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // *Clinical Psychology Review*. 2011. Vol. 31. P. 1041–1056.

22. Kim B., Lee S.H., Kim Y.W., Choi T.K. et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2010. – Vol. 24. – P. 590–595.

23. Kuyken W., Byford S., Taylor R.S., Watkins E. et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2008. – Vol. 76. – P. 966–978.

24. Kuyken W., Watkins E., Holden E. et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? // *Behaviour Research and Therapy*. – 2010.

25. Lush E., Salmon P., Floyd A., Studts J.L., Weissbecker I., Sephton S.E. Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2009 Jun; 16 (2): 200–7.

26. Ma S.H., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention Effects // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2004. – Vol. 72. – P. 31–40.

27. Manicavasgar V., Parker G., Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for nonmelancholic depression // *Journal of Affective Disorders*. – 2011. – Vol. 130. – P. 138–144.

28. Miklowitz D., Alatiq Y., Goodwin G.M., Geddes J.R. et al. A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder // *International Journal of Cognitive Therapy*. – 2009. – Vol. 2. – P. 373–382.

29. Powell J., Geddes J., Deeks J., Goldacre M., Hawton K. Suicide in psychiatric patients: Risk factors and their predictive power // *British Journal of Psy-chiatry*. – 2000. – Vol. 176. – P. 266–272.

30. Rosenzweig S., Greeson J.M., Reibel D.K., Green J.S., Jasser S.A., Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. // *J Psychosom Res*. 2010. 68(1): 29–36.

31. Segal Z.V., Gemar M., Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1999. – Vol. 108. – P. 3–10.

32. Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse // *Archives of General Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 749–755.

33. Segal Z.V., Williams J., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. – New York: Guilford Press, 2002.

34. Shapiro, S., et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. // *International Journal of Stress Management*. 2005. Vol. 12(2), P. 164 – 176.

35. Sipe W, Eisendrath S. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice // *Can J Psychiatry*. – 2012. – Vol. 57. – P. 63–69.

36. Teasdale J.D. Emotional processing, three modes of mind, and the prevention of relapse in depression // Behaviour Research and Therapy. – 1999. – Vol. 37. – P. 53–78.

37. Teasdale J.D., Segal Z., Williams J. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help // Behaviour Research and Therapy. – 1995. – Vol. 33. – P. 25–39.

38. Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J. et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 68. – P. 615–623.

39. Treadway M.T., Lazar S.W. The neurobiology of mindfulness // Didonna F. (Ed.), Clinical handbook of mindfulness . – New York: Springer, 2009. – P. 45–58.

40. Way B.M., Creswell J.D., Eisenberger N.I., Lieberman M.D. Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest // Emotion. – 2010. – Vol. 10. – P. 12–24.

41. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques // Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy. – 2006. – Vol. 23, №4.

О. С. Ковшова

*ГБОУ ВПО Самарский Государственный Медицинский
Университет Минздрава России, Самара*

Когнитивно-поведенческий подход в супервизии

Супервизия, как индивидуальный контроль качества подготовки будущего специалиста введена в программу обучения на факультете медицинской психологии СамГМУ с 1997 года по настоящее время. Принципиально новым в нашей супервизии является понимание ее не как особой формы наставничества, а как профессиональной программы подготовки, ориентированной на исследование проблем на завершающем этапе обучения. Супервизия (СВ) - это в первую очередь диагностический анализ профессиональной подготовки и профессиональной идентификации

Основная учебная цель СВ - выработать у стажера на заключительном этапе обучения не просто навык, но и потребность в профессиональном самоанализе.

СВ имеет несколько целей и основная - обеспечить безопасность пациента, оградив его от некомпетентного вмешательства. СВ складывается из нескольких этапов.

Первая ступень СВ - установление доверительных отношений в диаде супервизор - стажер. Это достигается путем составления контрактных (договорных) отношений между участниками процесса. При заключении контракта обычно рассматривают несколько аспектов деятельности, равным образом относящихся и к супервизору, и к стажеру:

- основные правила работы;
- границы устанавливаемых отношений;
- ответственность и ожидания.

Основные правила работы включают: программу клинической СВ, фиксированное время встреч с супервизором, формы работы в СВ (индивидуальная СВ, групповая СВ, теоретические семинары, тренинги, факультативы по выбору стажера).

Границы отношений подразумевают: анализ ролевых границ, особенностей культуры, речевого этикета, дистанции, конфиденциальности.

Включаясь в процесс СВ, супервизор составляет для себя план работы с конкретным студентом, учитывая его учебный запрос, когнитивный стиль обучения, историю жизни, анализ личностного развития. По мере углубления процесса СВ студент более отчетливо начинает понимать СВ и может пересмотреть свой контракт. Очень важно в начале СВ (пока студент не выработал навык безболезненного критического самоконтроля) не давать отрицательной оценки его деятельности, работать на позитивном подкреплении. Одной из “ловушек” начального этапа СВ является ранняя конфронтация.

Анализируемым материалом в СВ является самоотчет студента о проделанной работе (он представляется в письменном виде - вербальный отчет, а также как аудио- или видеоматериал). Этот материал на 2-м учебном этапе СВ, называемым ФОКУС, оценивается с разных позиций. Смещая фокус расследования проблемы, рассматривая ее под другим углом зрения, студент с помощью супервизора входит в увлекательный мир исследования. На этапе фокуса выделяют 5 ступеней:

1. основной вопрос;
2. направления (его рассмотрения);
3. презентация;
4. подход;
5. концепция.

Третья ступень СВ получила название - ПРОСТРАНСТВО. Это - психологическое поле общения супервизора и стажера. Если пространство не сбалансировано, например, валентность конфронтации превышает поддержку, супервизор не сможет обеспечить психологическую безопасность студента.

Четвертая ступень - МОСТ. Эта ступень обеспечивает перенос знаний, полученных стажером в его практическую

работу с больным.

Последняя ступень - РЕВЮ. Здесь происходит подведение итогов, обзор проделанной работы и, по мере необходимости, реконтрактирование.

Все ступени важны по-своему. Договор энергетически “запускает” процесс СВ. Фокус формирует альтернативное видение. Пространство обеспечивает безопасность. Мост показывает как практикант способен применить в работе новые знания. Ревю выявляет еще неиспользованные ресурсы и подводит студента к формулированию новой учебной задачи.

Основным обучающим элементом СВ является супервизорское вмешательство. Основные из форм супервизорского вмешательства будут рассмотрены ниже. В целом, анализ СВ вмешательства - это рассмотрение способов представления информации стажеру супервизором. Сюда относятся: моделирование супервизором способа решения проблемы; обучение постановке открытого вопроса; сократический диалог; интерпретация. Следует отметить, что открытая интерпретация в СВ не поощряется. Формулировка самим супервизором проблемы студента мешает творчеству последнего, лишает его собственного “инсайта”, снижает его активность и инициативу в супервизорском процессе.

Обычно выделяют три основных этапа СВ:

- - начальный
- - промежуточный
- - заключительный (“зрелой” супервизии)

На начальном этапе ведется работа по контрактированию, дается анализ семейной истории, происходит работа с семейной генограммой, формируется сотрудничество, создается безопасное психологическое пространство.

На промежуточном этапе СВ студент приобретает необходимые навыки самонаблюдения. По мере развития СВ фокус внимания перемещается от проблем пациента к реакциям на них стажера. Студента подводят к самостоятельному пониманию того, как он строит взаи-

моотношения с пациентом, как он понимает проблему психологической помощи. Идет постоянный параллельный процесс: анализ пациента и его ситуации, анализ реакций стажера и его ситуации. Благодаря чему стажеру становится все более ясной роль собственной личности в психологической помощи, он понимает, чем обусловлен выбор рабочей теории, в ключе которой он работает с пациентом, он без сожаления расстается с установочными нереальными (мифологическими) ожиданиями и от “харизматической” установки переходит к взвешенной позиции включенного наблюдателя. Оспаривание супервизором его позиции, конфронтация с ним уже не вызывает у стажера “простуды Эго” и он, как Спиноза, может сказать: “Я понял, что все чего я боялся, не содержит ни хорошего, ни плохого, а лишь воздействуют на разум.”

Теперь стажер может ответить на вопрос: “Каков я, как душепопечитель?” Он исследовал и знает свой способ выражения эмоций, свой способ переработки и получения информации, у него установлены четкие отношения с самим собой и с рабочей теорией. Он может ответить на вопрос, чем обусловлен его выбор психотерапевтического направления при работе с конкретным больным.

Особо следует подчеркнуть: супервизор не дает оценку работы студента с пациентом, он лишь анализирует самооценку проделанной студентом работы.

Модель СВ, адаптируемая нами, исходит из понимания того, что обучение конкретного студента связано с механизмами личностного становления, в том числе и с системой используемых защит “Я”, этапом личностного развития, на котором находится студент в данный учебный период.

Процесс самораскрытия заключается в том, что прорабатывая личную психобиографию и генограмму, стажер открывает и осознает свою форму выражения эмоций, способ принятия решений, механизмы защиты, реакции на давление, отношение к власти и авторитетам.

В результате анализа личной истории и составления ге-

нограммы студент самостоятельно, фокусируя внимание на проблемах семьи, приходит к пониманию ее сильных и слабых сторон, и соответственно видит свои сильные и слабые стороны в общении с другими людьми, строящемся по модели внутрисемейного общения. Постепенно студент начинает осознавать, с чем связан его выбор профессии, психотерапевтической тактики и то, в какой степени этот выбор определяется его личностными особенностями, психобиографией, системой ценностей и мировоззрением.

Существует принципиальное различие между супервизией и традиционным клиническим обучением: в процессе клинического обучения внимание студента и преподавателя сосредоточено только на проблемах пациента. При этом психическое состояние студента, работающего у постели больного не учитывается, психологические проблемы студента не анализируются; происходит односторонняя передача преподавателем своего клинического опыта и знаний студенту. В этом случае существует всего одна система взаимодействия: преподаватель-стажер, причем она часто исключает использование нормальной обратной связи, информация от студента возвращает сказанное преподавателем. В процессе супервизии осуществляется неформальная обратная связь. Основной формой проведения СВ, как было сказано, является исследование вербального отчета (ВО), представляемым студентом супервизору. ВО - это описание клинического визита к пациенту. Информативность ВО в большой степени зависит от самого обучающегося. Количество деталей, которое студент вспомнит (или сможет записать), определение цели написания отчета и другие факторы будут определять значимость отчета.

Первая ступень - заключение контракта:

- 1) "запускает", энергетически обеспечивает процесс СВ;
- 2) накладывает взаимные обязательства на супервизора и студента;
- 3) структурирует процесс супервизии и показывает направление его развития;

4) "демистифицирует" процесс супервизии (устанавливает строго договорные отношения, снимает ситуационную тревогу студента перед неизвестным).

Вторая ступень - фокус. Фокус в супервизии - это субъект или материал, который становится предметом анализа (в терминах гештальт - психологии это фигура, выступающая из фона). Эта ступень касается самопрезентации и студента и супервизора, которые чутко реагируют на вербальные и невербальные коммуникативные сигналы, что способствует самораскрытию и самоанализу (это касается и супервизора, девиз которого: "Уча - учусь"). СВ - постоянный процесс личностных изменений (Фелманн, 1991): "интерес представляет не только и не столько новая информация, сколько способность обучающегося изменяться, используя новую информацию. Будущий специалист должен начинать свою деятельность с самоанализа, то есть видеть не только проблему пациента, но и свои реакции, позицию, поведение".

СВ, проводимая квалифицированным специалистом, помогает студенту проанализировать личностные проблемы и особенности их видения, неразрешенные конфликты, которые могут препятствовать работе с пациентом.

Для каждого человека (Кейсмент) существуют две реальности - внутренняя и внешняя. Внешняя реальность переживается во внутренней реальности, которая сформировалась под воздействием прошлого опыта, тенденции к восприятию настоящего сквозь призму прошлого.

В ходе супервизии достигается "ЭГО-диссоциация", дающая возможность наблюдать за собой со стороны (за своими чувствами, переживаниями, за тем, как эти чувства воспринимаются другими - пациентом, супервизором, коллегами). Фокусировка на чувствах вместо фокусировки на какой-либо теме может помочь самостоятельному прояснению ситуации студентом.

Бывает полезно найти промежуточную ступень, на которой можно сфокусировать внимание (промежуточный фокус). Это можно сделать, резюмируя сказанное студентом,

то есть устанавливая обратную связь.

Один из вариантов смещения фокуса - так называемая пробная идентификация: студент получает задание идентифицироваться с пациентом. Имитируя интонацию, мимику пациента, студент проникается его чувствами, усиливая эмпатию, начинает по-другому смотреть на пациента.

Третья ступень - пространство - это то психологическое поле, в котором строятся взаимоотношения супервизора и студента. Пространство, являясь сердцевинной процессу супервизии, включает в себя: сотрудничество; исследование; конфронтацию; контроль и эмоциональную поддержку. Если взаимоотношения между студентом и супервизором не сбалансированы и конфронтация превышает поддержку, то СВ не будет эффективной. Особенно важно бережно относиться к межличностному общению в самом начале процесса: супервизор должен создать атмосферу психологической безопасности и конфиденциальности (важно не переусердствовать, так как студент, абсолютно не испытывающий тревоги, может чересчур расслабиться).

Супервизор должен анализировать не только чувства студента, но и свои собственные. Ориентация на чувства имеет целью прояснение мотивировки, а вербализация чувств есть перевод бессознательного на язык сознания. Анализ чувств - не самоцель, а инструмент прояснения проблемы (конфликта).

В конце супервизии студент должен представить свою концепцию работы с пациентом; супервизор - сделать комментарии (провести супервизорское вмешательство), подчеркнув при этом, что все, что он говорит - не приказ к исполнению, а приглашение к исследованию.

В супервизии очень полезно поработать в ключе нескольких подходов к теории личности, используя разные направления в диагностике и психокоррекции. Для этого на семинаре необходимо создать атмосферу исследования личности, отказавшись от обучения базовым техникам. Именно теория, концепция, создает основу для развития

техники. В противном случае техника превращается в самоцель или инструмент манипулирования личностью.

Именно владение теорией, адекватное самоосознание, правильная профессиональная самоидентификация помогают начинающему специалисту достичь рационального уровня работы, освободиться от иррациональных установок, эмоций при работе с пациентом.

Если студент отдает предпочтение определенной психотерапевтической модели, то он должен доказать ее преимущества и эффективность при работе с данным конкретным пациентом. Изначальная приверженность (приоритетная установка) может стать препятствием к супервизии, усилить сопротивление обучению. Это связано с боязнью принятия нового опыта, дезинтегрирующего прежнюю, уже сложившуюся систему ценностей.

Пространство - это психологическое поле межличностного общения супервизора и студента. Адаптированная нами модель СВ построена на когнитивно-поведенческом подходе, на отношениях сотрудничества и коллегиальности, создающих ощущение совместного исследования. Акцент ставится на совместном исследовании и диалоге, в котором мнение супервизора не ограничивает мнение студента. Обе стороны уважительно прислушиваются друг к другу, отмечают вопросы, на которых сосредотачивается собеседник. Принимая на себя ответственность за обучения студента, супервизор отвечает и за его психологическую безопасность, устанавливая четкие границы отношений со студентом.

Пространство включает 5 составляющих:

- Сотрудничество и создание рабочего альянса не ограничивается только рациональными отношениями, возникает динамика бессознательного.
- Исследование способов обучения. На начальном этапе СВ проблемы могут быть связаны с различиями в способах мышления супервизора и студента. Для их разрешения супервизор должен определить способ

познания, присущий обучающемуся, сопоставить его со своим собственным и понять, каким образом студент получает знания, критикует, оценивает и использует новую информацию; определить, что составляет стержень его познания: эмпирика, логика или эмоции.

Помимо понимания когнитивного стиля студента, очень важным этапом профессионального обучения является познание его аффективной восприимчивости. Задача супервизора - помочь студенту научиться понимать и терпимо относиться к своим эмоциональным реакциям во время работы с пациентом.

- Конфронтация. Цель любой конфронтации - пролить свет на те вопросы, которые обычно находятся в тени. По определению NeRon (1991) “конфронтация сообщает нам не всегда приятную правду, но делать это следует с любовью и уважением так, чтобы человек наиболее полно осознал эту правду”.

В результате эффективной конфронтации студент развивается. Эффективно конфронтровать довольно сложно: важно, чтобы человек услышал, что ему говорят без желания защищаться, не чувствуя, что на него “нападают”, не испытывая вины и стыда. Viocher (1983) отмечает основную трудность, с которой сталкивается супервизор: “Если конфронтации не существует, то студент не совершенствуется. Когда она слишком сильна, студент может “сломаться”, испытывая при этом тревогу и отчаяние”.

- Поддержка. Супервизор должен обладать знаниями и опытом консультирования. И студенту бывает важно чувствовать компетентность супервизора в этой роли. Чувство уверенности в себе и чувство безопасности в присутствии супервизора могут способствовать преодолению неуверенности у студента по отношению к консультативной (психотерапевтической) работе. У студента

появляется безопасное место, где можно делиться сомнениями, тревогой и получать поддержку.

- **Одобрение.** Необходимость одобрять действия студента, которые являются конкретной, и в то же время, общей задачей: бывают конкретные моменты, когда студент успешно справляется с трудным заданием; с другой стороны - студенту необходимо знать, что его ценят. Это и обеспечивает поддержку.

Одобрение - задача приятная, поэтому относиться к её выполнению надо серьёзно и искренне. Это обеспечивает душевное здоровье студента. Однако одобрение должно быть заслуженным.

Четвёртая ступень — мост. На этой ступени супервизии студент, на основе совместного с супервизором анализа, пытается по-новому строить работу с пациентом, т.е. “перекидывает мостик” от учебного процесса к практической деятельности.

Пятая ступень - ревью (обзор проделанной работы), когда подводя итог, студент видит новые цели и более осмысленно подходит к реконтрактиванию.

Заключение. Супервизия - контролирующий анализ профессиональной деятельности стажера, готовящего стать специалистом (психотерапевтом, клиническим психологом, социальным работником). Цель СВ - выработать навык самоанализа и расширить границы самосознания (Дэвидсон, 1987). Фелман назвал супервизию “повивальной бабкой при родах специалиста”. Инструментом самоанализа в процессе супервизии является периодическое смещение фокуса расследования, что позволяет под новым углом увидеть “старую проблему”. По мере развития процесса супервизии фокус внимания перемещается от проблем пациента к реакциям на них психолога. Психолог учится смотреть на себя со стороны, развивая самоконтроль. В результате внешняя “учебная” СВ сменяется внутренней и когда студент овладевает навыком “самовидения”, СВ завершается. В результате

СВ происходит: самораскрытие; рациональная критическая диагностика своей профессиональной деятельности; рациональный критический анализ учебной деятельности; соучастие в исследовательском процессе.

Литература

1. Болюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии.- М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003.-с.223
2. Винер Дж., Майзен Р., Дакхэм Дж. Супервизия супервизора. Практика в поисках теории. М.: Когито-Центр., 2006.-с.352
3. Джейкобе Д., Дэвид П., Мейер Д. Дж. Супервизорство.- СПб., 1997.-235 с.
4. Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии.- СПб.: Речь, 2002.-с.236
5. Кейсмент П. «Обучаясь у пациента».- Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. - 256 с.
6. Ковшова О.С., Чернышева Л.А., Мельченко Н.И., Супервизия в подготовке клинического психолога -Учебное пособие для студентов факультета медицинской психологии., 2015.- 78с.
7. Уильямс Э. Вы — супервизор... Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии / Перевод с английского Т.С. Драбкиной — М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. — 288 с.
8. Baudry F. The personal dimension and management of the Isupervisory situation with a special note the parallel process, psychoanalytic Quarterly. -1993.
9. Levine F.M., Tilker H.A. A behavior modification approach to supervision of psychotherapy // Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1974.
10. Ludewig K. Grundarten des Helfens // Supervision aus systematischer Sicht / Hrsg. H. Brandau. Salzburg, 1991.- p. - 5468.
11. Ponterott et al. A multimodel approach to concelor supervision // Concelor Education and Supervision. 1984. Vol. 24(1).- p.- 4050.

12. Robiner W.R., Schofield W. Referencies of supervision in clinical and counseling psychology // Professional Psychology: Research and Practice., 1990.—V.21.-p. -297312.

13. Schmidt J.P. Psychotherapy supervision. A cognitive-behavioral model // Professionel Psychology. ,1979. V.10. p.-278284.

Н. А. Павлов

*Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии,
Москва*

АСТ в работе с психологической травмой и ПТСР

Психологическая травма и ее последствия занимают значительное место в жизни большинства людей. Чтобы пережить травматический опыт, который может развиваться в пост-травматическое стрессовое расстройство, не нужно участвовать в боевых действиях или попадать в землетрясения. Достаточно оказаться не в том месте, чтобы быть ограбленным или пережить изнасилование, потерять бдительность за рулем и попасть в аварию, стать свидетелем акта насилия или пережить длящуюся во времени цепочку жестокого обращения.

Диагностический справочник DSM V предлагает 7 групп признаков Посттравматического стрессового расстройства (309.81, F43.10). Среди них значатся наличие травматического события, повторное проживание опыта, навязчивые негативные представления о себе, избегание стимулов, связанных с травмой (внешних и внутренних), симптомы гипервозбуждения.

Мне не удалось найти статистику ПТСР в России, поэтому я воспользовался данными по США, где 70% взрослого населения переживали травматическое событие хотя бы раз в жизни. А это приблизительно 233.4 миллиона человек. Из них более 20% получили развитие ПТСР. То есть около 44.7 миллионов человек. А в любую заданную единицу времени ПТСР страдают 8% популяции США, то есть около 24.4 миллиона человек, что эквивалентно населению самого крупного штата Техас. Каждая девятая женщина страдает ПТСР и этот показатель в два раза выше чем у мужчин. Почти 50% все амбулаторных пациентов, страдающих психическими расстройствами имеют ПТСР.

В группу повышенного риска развития ПТСР попадают:

- пережившие насилие в детстве,
- имеющие сопутствующие проблемы с психическим здоровьем,

- живущие в семье где кто-то страдает психическим расстройством,
- испытывающие дефицит поддержки со стороны друзей и родственников,
- неожиданно утратившие близкого человека,
- недавно пережившие стрессовые события,
- злоупотребляющие алкоголем,
- плохо образованные.

Как видно по статистике, вероятность встретить пациента, страдающего от последствий психической травмы, крайне высока у любого специалиста в области охраны психического здоровья, образования и социальной помощи. Поэтому крайне важно включать в подготовку специалистов этих отраслей получение базовых знания и отработку навыков обращения и помощи с такой категорией пациентов или клиентов.

В данной статье представлен обзор базовых принципов работы с психическое травмой и ПТСР с позиции модели поведенческой Терапии Принятия и Обязательств (Acceptance and commitment therapy, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Далее по тексту я буду использовать английскую аббревиатуру АСТ, которая произносится как «АКТ», что переводится как «действуй» и отражает принцип поведенческой терапии.

1. АСТ-модель психологических процессов при ПТСР.

Acceptance and Commitment Therapy (АСТ, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) - это модель поведенческой психотерапии, направленная на снижение стратегии избегания контакта с опытом (*мыслями, чувствами, действиями, ощущениями*) и когнитивной спутанности с одной стороны и побуждение клиента развивать поведение, направленное на реализацию персональный ценностей (*жизненных смыслов*). Целью АСТ является *увеличение психологической гибкости*, то есть осознанного контакта с текущим моментом и способности выстраивать свое поведение с учетом контекста и в соответ-

ствии со выбранными ценностями. АСТ применяется для широкого круга проблем и хорошо подходит для терапии последствий психической травмы.

Люди, страдающие от ПТСР часто переживают травматические переживания, ночные кошмары, неприятные мысли и болезненные чувства. Их стратегии совладания как правило связаны с избеганием этого опыта, ситуаций связанных с травмой или напоминающих о ней. В добавок к симптомам ПТСР, болезненный эмоциональный опыт и последствия травмы часто ведут к формированию себя как «раненого» или «сломанного». Все эти сложные чувства и мысли часто приводят к разного рода поведенческим проблемам от злоупотребления алкоголем до проблем в отношениях.



АСТ модель психопатологии может быть проиллюстрирована в виде шестиугольника (рис. 1), в котором каждый угол соотносится с одним из ключевых процессов, лежащих в основе допущений о природе человеческих страданий и развития психопатологий (Hayes et al., 2006). В центре диаграммы располагается понятие психологической ригидности, термин обозначающий результат взаимодействия всех процессов. И хотя модель АСТ признает что специфические патологические процессы связаны с конкретными расстрой-

ствами, но говорит о том, что эти процессы в основе своей лежат в том, что мы называем психопатологией, которая является следствием нарушения психологической гибкости. В работе с ПТСР основной фокус направлен на два процесса: *избегание опыта и когнитивное спутывание*.

Данная модель является основой составления и анализа клинического кейса в АСТ, а также формирования стратегий консультативной и психотерапевтической работы, а также при составлении протоколов лечения. Среднее количество сессий, упоминаемых в руководствах по применению АСТ примерно от 6 до 12, по 1-2 сессии на каждый процесс. Модель не ограничивается краткосрочной формой и может применяться в долгосрочной терапии расстройств различной степени тяжести как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами.

Избегание опыта и когнитивное спутывание при ПТСР.

Избегание опыта или контроль опыта - это попытка контроля или изменения формы, частоты или чувствительности к внутреннему опыту (мыслей, чувств, ощущений или воспоминаний), даже когда они являются причиной поведенческого вреда (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). С точки зрения АСТ, избегание опыта происходит из нашей естественной способности оценивать, предсказывать и избегать событий.

Этот процесс напрямую относится к ПТСР. Во-первых, пациенты с ПТСР не готовы вступать в контакт с частным опытом в текущем моменте, так как этот опыт оценивается ими крайне негативно как тяжелое эмоциональное состояние, пугающе мысли и неприятные ощущения такие как сердцебиение, потливость и томительное возбуждение. А во-вторых, такие пациенты предпочитают избавиться от неприятных форм опыта любыми способами (например, *злоупотреблением медицинскими препаратами, алкоголем*

и наркотиками), даже если они наносят им вред (Walser & Hayes, 2006). Таким образом, избегание опыта играет ключевую роль в механизме развития и поддержке ПТСР.

Например, клиент, переживший сексуальную травму, может избегать интимности и как следствие терять важные отношения. А переживший автокатастрофу может отказываться от транспортных средств, хотя ему надо ездить на работу. Среди военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов нередки случаи злоупотребления алкоголем для подавления воспоминаний о боевых действиях, в которых они участвовали. Последний пример демонстрирует трудность, с которой приходится сталкиваться психотерапевтам - клиент фиксируется на том, что такие способы как алкоголь имеют краткосрочный эффект облегчения, что создает ложное впечатление о работоспособности подобной стратегии. Клиенты застревают в идее, что им просто нужен способ, который заставит их «чувствовать себя лучше» или «стать лучше» (восстановить то что «испортилось» от травмы). Вместо этого АСТ предлагает клиентам учиться «чувствовать себя лучше» и учиться жить осмысленной и наполненной ценностями жизнью с тем опытом и изменениями, которые уже произошли.

Когнитивное спутывание. Вербальная природа страдания.

Когнитивное спутывание означает тенденцию человека застревать в ловушке содержания того, что они думают. Это приводит к преобладанию мышления над другими способами поведенческой регуляции. Под «*думанием*» в АСТ понимается любое произвольно возникающее символическое или сравнительное мышление, включающее, например, слова, догадки, мысли, знаки и образы.

Образно говоря, при когнитивном спутывании происходит смешение реального мира и представлений о нем таким образом, что пропадает рефлексия по поводу восприятия мира. Но если мир и мышление/мысли о нем представляют

единое целое, привычное мыслительное поведение может диктовать то, как мы реагируем на мир и мы начинаем думать, что мир такой и есть, вместо понимания того, что мир такой, каким мы привыкли его воспринимать. Восприятие - это то, что мы делаем.

Если мы проверяем влияние вербального поведения (говорения, мыслей использования нашего ума/внутренней речи), то увидим как оно может влиять на жизнь пережившего травму пациента в широком формате. Способность нашего вида к использованию речи может играть ключевую роль в совладании с повреждениями, наносимыми травматическим событием. Например, аверсивным стимулом может стать само описание и оценка травмы (Hayes et al., 1999; Walser & Hayes, 2006). Простой рассказ истории травмы может пробуждать негативные чувства и опыт, несмотря на то, что сама травма может быть не активна в данный момент, а травматическое событие осталось давно позади. Кроме того, вербальное поведение распространяется на разные контексты, таким образом привнося боль и проблемы в разные области жизни, иногда никак не связанные с изначальным контекстом травмы (Walser & Hayes, 2006). Мы используем наш ум для того чтобы судить, оценивать, сортировать, маркировать и группировать информацию. Но эти полезные свойства ума могут стать ловушкой, если мы начинаем воспринимать его содержание буквально, думать, что мы только такие и есть как представляемся себе.

Если женщина пережила сексуальную травму, она может воспринимать себя как «поврежденную», «опороченную», «никому ненужную» «жертву» (в англоязычной литературе реже применяется слово «жертва» и все чаще «пережившая/ший травму»). Принимая эти ярлыки за истину, она будет прикладывать много усилий, чтобы «избавиться от порушенной части себя, чувств и мыслей о своей ненужности, чтобы стать опять целостной (парадокс попытке избавиться от части себя чтобы стать целым) и полноценно взаимодействовать с миром (Walser & Hayes, 2006).

Стратегическая ориентация АСТ-терапевта.

Позиция АСТ терапевта отличается от ряда моделей когнитивной-поведенческой терапии допущением о том, что сложные и неприятные мысли, чувства, воспоминания и другой опыт клиента не является проблемой. Ее порождают способы справляться с ними. Желание выпить не является проблемой, но если человек пьет - это проблема. Мысль «со мной что-то не так» становится проблемой, если человек буквально верит в нее, позволяя ей выполнять функцию барьера на пути к наполненной жизни. Ключевой фокус АСТ в поддержке клиента быть с тем опытом, что уже есть (неприятные мысли, чувства, ощущения и т.д.) и создании границы между ним и способом его выражения. Продолжая пример с пережившей сексуальную травму, это будет формирование мета-позиции к мысли «я никогда не смогу заниматься сексом», прояснение ценностей и смыслов жизни «я хочу быть желанной и получать удовольствие от секса», развитие навыков и поддержание поведения для реализации этих ценностей.

Говоря о ПТСР, терапевт АСТ-модели помнит, что главным желанием клиента будет «все исправить», но это не может быть целью терапии. Даже если клиент с ПТСР приходит в терапию с желанием «стать как прежде» или «двигаться дальше», при детальном расспросе можно часто обнаружить, что это значит желание стереть травму, избавиться от этого опыта. АСТ - активная форма терапии, но она направлена не на изменение опыта или избавление от него (снижение симптомов в том числе), а на изменение неработающих копинг-стратегий, снижающих психологическую гибкость и ухудшающих качество жизни.

Конечной целью в АСТ при ПТСР помочь клиентам научиться выносить свой травматический опыт, не перевозбуждаясь и так, чтобы он перестал управлять их жизнь, чтобы они научились жить с травматическим опытом наполненную и осмысленную жизнь.

АСТ терапевт активно использует техники осознанности

(mindfulness), которым обучает клиентов для управления вниманием и развития способности оставаться в контакте с неприятным внутренним. Фундаментальной задачей в терапии травматического стресса является восстановление баланса между «рациональным» и «эмоциональным» мозгом так, чтобы клиент мог почувствовать как он откликается на стимулы и управляет своим поведением. Попадание в состояние гипер- или гиповозбуждения, человек выпадает из «окна толерантности» - пределов оптимального функционирования. Становится реактивным и дезорганизованным, внутренние события (мысли, чувства, ощущения и т.д.) полностью захватывают наше внимание, принося страдания. До тех пор пока человек перевозбужден или отключен, он не может учиться на основе опыта, оставаясь в рамках внутренних правил (ригидное представления о себе, травме, жизни). И даже если он может контролировать себя, его сопровождают подавленность и снижение психологической гибкости. Восстановление от травмы включает в себя восстановление контакта с ценностями, ощущением себя, способности к творчеству.

Заключение.

Модель АСТ предлагает в работе с ПТСР фокусировку на работу с процессами избегания неприятного опыта и когнитивного застревания в негативных установках и самоидентификации с помощью принципов принятия текущего опыта и признания его важности без попыток поменять его содержание или интенсивность. Техники осознанности (mindfulness) применяются для развития мета-позиции и способности переключать внимание с негативных мыслей на выбор желаемых качеств своего поведения и реализации им жизненных смыслов. Целью терапии АСТ является увеличение психологической гибкости, которая проявляется в способности быть открытым любым проявлениям внутреннего опыта, навыках регистрировать его, замечать автомати-

ческие реакции на внутренние стимулы и выбирать способы поведения в ответ на них в соответствии с определенными ценностями.

Литература:

1. US Department of Veterans Affairs <http://www.ptsd.va.gov/public/PTSD-overview/basics/how-common-is-ptsd.asp>
2. Robyn Walser. Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma-Related Problems.
3. Learning ACT : an acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists / Jason B. Luoma, Steven C. Hayes, and Robyn D. Walser.
4. Bessel van der Kolk MD. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma».
5. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association's (APA), 2013.

О. М. Радюк

www.radyuk.com

Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

Белорусское отделение Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

Характер и психотерапия: влияние «большой пятёрки» личностных особенностей пациента на эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии

Профессиональная деятельность как поведенческих, так и когнитивных психотерапевтов имеет ряд общих характеристик [3, 4, 11]: 1) они не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с существующими в настоящем проблемным поведением и иррациональными мыслями; 2) они смотрят на терапию, как на процесс научения, а на терапевта – как на учителя; 3) они дают своим пациентам домашние задания, чтобы практиковать за пределами терапевтической среды то, что получено во время сеанса терапии; 4) они отдают предпочтение практическому подходу, не обремененному сложными теориями личности [4, с. 28]. И если первый и четвёртый пункты этого списка – фокусирование на настоящем и практико-ориентированность – можно отнести к факторам, определяющим границы «терапевтической зоны», то пункты второй и третий – процесс научения и домашние задания – составляют суть когнитивной и/или поведенческой психотерапии. Причём основной результат – освоение и доведение до автоматизма новых способов мышления и поведения – пациент приобретает именно во время работы над домашними заданиями, а не на нечастых (обычно раз в неделю) и непродолжительных (от 45 до 60 минут) сеансах психотерапии.

Например, при выработке «рефлекса расслабления» в процессе освоения техники нервно-мышечной релаксации [5] психотерапевтические сеансы продолжительностью до 60 минут проводятся с периодичностью один раз в 7-14 дней, и

основные задачи сеанса – это анализ успехов и неудач в работе над домашним заданием, выявление и коррекция допущенных ошибок, демонстрация новых или более эффективных приёмов погружения в расслабление, а также формулирование нового домашнего задания на следующий период самостоятельной работы. Очевидно, что эти задачи носят характер скорее информационный, чем прикладной. После сеанса пациент знает, что ему нужно делать, но ещё не умеет делать это хорошо. Выработка умения расслаблять новую группу мышц быстро и эффективно осуществляется во время трёхразовых ежедневных занятий. После часового сеанса пациент должен до следующей встречи с психотерапевтом практиковать новое умение в общей сложности от 7 до 14 часов (20 минут x 3 раза в день = 1 час в день, всего от 7 до 14 дней).

Неудивительно, что многие исследователи дисциплинированность пациента в работе над домашними заданиями относят к предикторам эффективности терапии [7–10, 12–14, 16–20, 22, 24–28] the completion of which is a known predictor of a positive outcome. The aim of the present study was to examine the session-by-session relationships between enthusiasm to complete the homework and the improvement of psychological distress in depressed people through the course of therapy.

METHODS: Working people with subthreshold depression were recruited to participate in the telephone CBT (tCBT: регулярность и правильность исполнения домашних заданий – два необходимых условия максимально быстрого достижения терапевтических целей).

Что определяет отношение пациента к домашним заданиям? Можно ли заранее предсказать уровень энтузиазма пациента в отношении самостоятельной работы? Насколько сильно формирование терапевтического альянса повысит исполнительность пациента? Как предсказать степень дисциплинированности пациента при выполнении домашних заданий? Должно ли домашнее задание быть простым и рутинным, или, наоборот, необычным и креативным? Получить обоснованный ответ на подобные вопросы можно

было бы, взглянув на них через призму характерологических (личностных) особенностей пациента.

Вопросы исследования личностных факторов, влияющих на исполнительность пациента в отношении домашних заданий, в научной литературе освещаются крайне редко. Нам удалось обнаружить лишь одну публикацию подобной направленности: это статья Тимоти Миллера, частнопрактикующего психолога из Калифорнии, опубликованная в 1991 году [21]. Статья базируется на достаточно прогрессивной для того времени (и общепризнанной сейчас) пятифакторной модели личности, которая, быв сформулированной в 1960-е годы [6, 23, 29], до середины 1990-х продолжала уступать по индексу цитирования моделям Айзенка и Кэттела и лишь в конце XX столетия вышла на лидирующие позиции [15].

Пятифакторная модель личности («большая пятёрка» личностных особенностей) содержит пять биполярных факторов (свойств):

- нейротизм (N): эмоциональность – спокойствие;
- экстраверсия (E): энергичность – сдержанность;
- открытость опыту (O): оригинальность – практичность;
- сотрудничество (A): привязанность – отчуждённость;
- добросовестность (C): контролирование – импульсивность.

Рассмотрим, какое влияние каждый из пяти факторов оказывает на работу с домашними заданиями, на отношение пациента к психотерапевту и психотерапии и, в конечном итоге, на эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии.

Эмоциональность (высокий уровень нейротизма) отражает тенденцию испытывать негативные аффективные состояния, такие как страх, тревога, грусть, подавленность, раздражение, гнев, чувства вины и отвращения. Как правило, уровни нейротизма у психотерапевтических пациентов существенно превышают средние показатели, однако они не явля-

ются идентичными у разных пациентов с одинаковыми диагнозами. Поскольку эмоциональность (высокий нейротизм) отражает силу и продолжительность переживаемого пациентом стресса, данный показатель позволяет прогнозировать успешность терапии и скорость достижения терапевтических целей. Так, если паническое расстройство у пациента с низким нейротизмом, наиболее вероятно, является реакцией на действительно тяжёлые жизненные события, то аналогичное состояние у человека с высокой эмоциональностью может появиться после воздействия гораздо более слабых стрессоров. И если при низком уровне нейротизма терапия может быть ограничена отдельными интервенциями, узко нацеленными на решение возникшей проблемы, то при высокой эмоциональности, в дополнение к таким техникам, потребуется также обучение клиента методам управления эмоциями и когнитивная психотерапия [21, р. 421]. Нейротизм может несколько понижаться в процессе краткосрочной терапии. Однако, как и все личностные характеристики, он является достаточно стабильной чертой, и, как правило, его изначально высокий уровень редко нормализуется полностью, что обуславливает более высокий риск развития рецидивов при воздействии новых стрессоров.

Особенности психотерапии эмоциональных клиентов [21, р. 418]:

- ключевые характеристики: множество неприятных переживаний;
- типичные проблемы: полный спектр невротических жалоб;
- преимущества для терапии: сильный психологический дискомфорт эффективно мотивирует пациента к работе над проблемой;
- потенциальные препятствия: при сохранении высокой эмоциональности жизнь в целом продолжает оставаться дискомфортной.

Спокойствие (низкий уровень нейротизма) свидетельствует о хорошей адаптивности, высокой стрессоустойчивости, эмоциональной стабильности. Как уже говорилось

выше, пациенты с низким нейротизмом быстрее выздоравливают и реже сталкиваются с рецидивами по сравнению с более эмоциональными людьми [21, р. 421].

Особенности психотерапии спокойных клиентов [21, р. 418]:

- ключевые характеристики: эмоциональное спокойствие, особенно заметное в сочетании со сдержанностью;
- типичные проблемы: ситуационного характера;
- преимущества для терапии: стремится извлечь пользу из консультации и эффективно это делает;
- потенциальные препятствия: эмоциональное спокойствие ошибочно может быть расценено терапевтом как сопротивление или безразличие.

Энергичность (высокий уровень экстраверсии) характерна для людей общительных, напористых, активных, энергичных, оптимистичных. Энергичность (экстраверсия) усиливает энтузиазм клиента в отношении процесса психотерапии. Такие клиенты часто шутят и смеются при озвучивании своих жалоб. Они начинают много и эмоционально говорить с первых же минут общения с терапевтом и как будто с нетерпением ждут очередного сеанса, чтобы поговорить на интересные для них темы. Их коммуникабельность и позитивные эмоции могут сформировать у психотерапевта ошибочное впечатление и привести к недооценке тяжести их состояния; для минимизации такого риска рекомендуется использовать оценочные шкалы выраженности негативных эмоций [21, р. 423-425].

Особенности психотерапии энергичных клиентов [21, р. 418]:

- ключевые характеристики: очень коммуникабельны, любят общение;
- типичные проблемы: легковозбудимы, что при сочетании с эмоциональностью способно приводить к межличностным конфликтам;
- преимущества для терапии: энергичны и оптимистичны, не требуют высокоструктурированного подхода;

- потенциальные препятствия: чрезмерная разговорчивость может уводить далеко от цели.

Сдержанность (интроверсия, или низкий уровень экстраверсии) свидетельствует об эмоциональной и коммуникативной сдержанности, а также о склонности к одиночеству и независимости [2, с. 21-22]. Лишённая позитивных эмоций, сдержанность клиента может привести к противоположной (по сравнению с энергичным клиентом) ошибке психотерапевта: он может преувеличить тяжесть состояния пациента либо прийти к необоснованному выводу о нежелании клиента продолжать терапию [21, р. 423-425]. Как и в случае с высоким уровнем экстраверсии, применение методик для оценки клиентом степени выраженности собственных негативных эмоций будет содействовать объективизации клинической картины.

Особенности психотерапии сдержанных клиентов [21, р. 418]:

- ключевые характеристики: малообщительность, избегание людей;
- типичные проблемы: в сочетании с эмоциональностью сдержанность приводит к апатичности, угрюмости, депрессивности;
- преимущества для терапии: эффективно работают в условиях высокоструктурированных подходов;
- потенциальные препятствия: недостаток энтузиазма для продолжения общения с терапевтом.

Оригинальность (высокий уровень открытости опыту) отражает тенденцию подвергать сомнению авторитеты, принимать и поддерживать новые этические, социальные и политические идеи [2, с. 22-23]. Клиенты с высоким уровнем оригинальности обычно не испытывают затруднений в процессе психотерапии. Они эффективно работают с методами, требующими активного использования фантазии. Они имеют более яркие и эмоциональные воспоминания о прошлом. Им легко рассказывать об эмоциях, испытываемых ими или другими людьми. Их речь оригинальна и богата метафорами и аналогиями. Они готовы экспериментировать с новыми

способами мышления и поведения – даже с необычными или парадоксальными. И с ними интересно беседовать – по крайней мере психотерапевтам, также имеющим высокий уровень открытости новому опыту. Однако, при всех преимуществах, высокий уровень оригинальности имеет и недостатки: слишком яркое воображение способно генерировать ненужные негативные эмоции, а высокий уровень любознательности может привести к чрезмерным затратам времени на интересные, но несущественные детали [21, р. 425-427].

Особенности психотерапии оригинальных клиентов [21, р. 418]:

- ключевые характеристики: любознательны, любят разнообразие и новизну;
- типичные проблемы: абстрактная терминология при формулировании проблем, чрезмерно яркое воображение;
- преимущества для терапии: эффективны подходы, использующие воображение;
- потенциальные препятствия: избыточная любознательность приводит к неэффективному расходованию времени и других ресурсов.

Практичность (низкий уровень открытости опыту) отражает тенденцию вести себя традиционно, общепринятым способом и проявлять консервативность в своих взглядах [2, с. 22-23]. Практичность пациента способна затруднить процесс психотерапии. Таким клиентам трудно работать с воображением, трудно сформулировать в словах переживаемые эмоции, их речь может представляться психотерапевту слишком скучной и педантичной. Безуспешность попыток использования эффективных в работе с другими клиентами методов психотерапии может негативно повлиять на профессиональную самооценку психотерапевта [21, р. 425-427].

Особенности психотерапии практичных клиентов [21, р. 418]:

- ключевые характеристики: испытывают дискомфорт и растерянность при столкновении с новым опытом;
- типичные проблемы: стандартная, общепринятая

терминология при формулировании проблем;

- преимущества для терапии: эффективны практико-ориентированные, прикладные подходы: обучение, поддержка, поведенческая терапия;
- потенциальные препятствия: сопротивление изменениям и недостаток любознательности могут быть расценены психотерапевтом как сопротивление терапии.

Привязанность (высокий уровень сотрудничества) отражает стремление к сотрудничеству и альтруизму. Индивидуумы с высоким уровнем сотрудничества симпатизируют другим и стремятся им помочь [2, с. 23]. Привязанность – параметр, оказывающий влияние на характер взаимоотношений клиента с другими людьми и, в том числе, на взаимоотношения с терапевтом. Такие клиенты очень быстро формируют терапевтический альянс, но нередко без критической проработки принимают рациональные идеи, предлагаемые терапевтом, что не способствует их глубокому усвоению. Для них свойственна чрезмерная эксплуатация и даже виктимизация со стороны других людей, поскольку они ставят чужие интересы выше собственных и при этом слишком зависят от чужого мнения, – но при этом они не считают себя пострадавшими, поскольку легко прощают своих обидчиков [21, р. 427-429].

Особенности психотерапии привязанных клиентов [21, р. 418]:

- ключевые характеристики: сострадательные и великодушные, видят «сладкую сторону» жизни;
- типичные проблемы: наивные, доверчивые, их часто эксплуатируют; при высокой эмоциональности могут быть сверхчувствительны к критике;
- преимущества для терапии: быстрое формирование терапевтического альянса;
- потенциальные препятствия: могут некритично воспринимать советы и интерпретации терапевта, слишком стараются заслужить похвалу терапевта.

Отделённость (низкий уровень сотрудничества) свидетельствует о тенденции к конкуренции, соперничеству, эгоцентризму [2, с. 23]. Формирование терапевтического альянса с такими пациентами требует продолжительного периода времени и редко проходит без затруднений в силу выраженного скептицизма и критической настроенности клиента [21, р. 427-429].

Особенности психотерапии отделённых клиентов [21, р. 419]:

- ключевые характеристики: любят, чтобы ими восхищались, стремятся быть кем-то значительным, видят «горькую сторону» жизни;
- типичные проблемы: непопулярность, чрезмерное конкурирование, недостаток социальной поддержки; зависть, подозрительность, обидчивость.
- преимущества для терапии: критичное мышление, ассертивность и заинтересованность в результате ускоряют разрешение проблем;
- потенциальные препятствия: враждебность и скептицизм по отношению к терапевту, сложности формирования терапевтического альянса.

Контролирование (высокий уровень «добросовестности») касается способа, которым мы контролируем, регулируем и направляем наши импульсы. Индивидуумы с высоким уровнем контролирования – это целеустремленные, волевые, решительные и непреклонные личности, которые характеризуются надёжностью в работе, целенаправленностью, способностью планировать деятельность и последовательно действовать в соответствии с намеченным планом [1, 2]. Способность контролировать импульсы и желания, настойчиво идти к цели, умение терпеть дискомфорт – факторы, которые обеспечивают не только профессиональный успех, но и эффективность любой деятельности, и психотерапевтической работы в том числе. Такие пациенты никогда не забывают о принятых обязательствах, однако нередко сталкиваются с противоположной проблемой – чрезмерным усердием и перфекционизмом, что также может за-

тормозить процесс терапии [21, р. 429-431].

Особенности психотерапии контролирующих клиентов [21, р. 419]:

- ключевые характеристики: стремятся к достижениям;
- типичные проблемы: перфекционизм, чрезмерное усердие;
- преимущества для терапии: настойчиво работают для получения результата, с терпением переносят дискомфорт и фрустрацию;
- потенциальные препятствия: привычка к постоянному контролю и чрезмерные усилия делают трудным освоение релаксационных методов.

Импульсивность (низкий уровень «добросовестности») свидетельствует о склонности следовать своим импульсам, тенденции к спокойствию в отношении (не) достижения профессиональных целей, а также о выраженных гедонических устремлениях [2, с. 23-24]. Высокая импульсивность, являясь признаком недостаточно развитых волевых качеств, нередко коррелирует с неуспешностью в работе и в жизни в целом. Импульсивные люди меньше зарабатывают, имеют более низкий социальный статус, менее комфортабельное жильё – но обычно продолжают мечтать о «лучшей жизни», не пытаясь при этом что-либо реально изменить. Постепенно усиливающееся несоответствие желаемого действительному становится всё более серьёзным стрессором и часто приводит к развитию расстройств невротического плана. Обращаясь за психотерапевтической помощью, такие люди в силу своей слабой целеустремлённости требуют дополнительных мотивирующих воздействий и более пристального контроля [21, р. 429-431].

Особенности психотерапии импульсивных клиентов [21, р. 419]:

- ключевые характеристики: любят удовольствия;
- типичные проблемы: не стремятся к успеху, импульсивны, половинчаты в решении проблем;
- преимущества для терапии: относительно легко

(если удаётся обеспечить регулярность занятий) осваивают релаксационные методы, создающие комфортное состояние и не требующие особых волевых усилий;

- потенциальные препятствия: не любят работу над домашними заданиями, избегают вести дневники самонаблюдения, склонны отказываться от интервенций, которые требуют напряжённой работы или необходимости терпеть дискомфорт.

Подводя итог изложенному выше, можно сделать следующие выводы. Шкала «эмоциональность – спокойствие» определяет продолжительность и интенсивность негативных эмоций и позволяет прогнозировать оптимальную продолжительность терапии. Фактор «энергичность – сдержанность» оказывает влияние на энтузиазм клиента в отношении психотерапии. Шкала «оригинальность – практичность» предопределяет степень креативности или консерватизма в отношении интервенций, предлагаемых психотерапевтом. От фактора «привязанность – отделимость» зависят реакция клиента на личность терапевта и скорость формирования терапевтического альянса. Шкала «контролирование – импульсивность» влияет на решительность и дисциплинированность клиента как при выполнении домашних заданий, так и в психотерапевтической работе в целом.

Рассмотренные личностные особенности пациента могут быть отнесены к ключевым факторам, определяющим качество работы пациента над домашними заданиями и скорость достижения терапевтических целей. Учёт «большой пятёрки» личностных особенностей пациента терапевтом при формулировании домашних заданий позволит существенно повысить эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии.

Список литературы

1. Ассанович М.А. Метод оценки личности с использованием опросников в рамках пятифакторной модели в клинической практике: инструкция по применению / М. А. Ассанович, Н. В. Крюк – Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2013. – 15с.
2. Орел В.Е. Личностные опросники NEO PI-R, NEO FFI: руководство по применению / В. Е. Орел, И. Г. Сенин – Ярославль: НПЦ «Психодиагностика», 2008. Вып. 2 – 39с.
3. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций / А. А. Александров – СПб.: «Академический проект», 1997. – 335с.
4. Александров А.А. Психотерапия: Учебное пособие / А. А. Александров – СПб.: Питер, 2004. – 480с.
5. Радюк О.М. Обучение релаксации: базовые упражнения (обучение нервно-мышечной релаксации по методу Эдмунда Джейкобсона): учеб-метод. пособие / О. М. Радюк – Минск, 2006. – 27с.
6. Borgatta E.F. The structure of personality characteristics / E. F. Borgatta // *Behav. Sci.* – 1964. – Т. 9 – № 1 – 8–17с.
7. Bowie C.R. Cognitive remediation for treatment-resistant depression: effects on cognition and functioning and the role of online homework / C. R. Bowie, M. Gupta, K. Holshausen, R. Jokic, M. Best, R. Milev // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2013. – Т. 201 – № 8 – 680–5с.
8. Busch A.M. Measuring homework completion in behavioral activation / A. M. Busch, L. A. Uebelacker, Z. Kalibatseva, I. W. Miller // *Behav. Modif.* – 2010. – Т. 34 – № 4 – 310–29с.
9. Cammin-Nowak S. Specificity of homework compliance effects on treatment outcome in CBT: evidence from a controlled trial on panic disorder and agoraphobia / S. Cammin-Nowak, S. Helbig-Lang, T. Lang, A. T. Gloster, L. Fehm, A. L. Gerlach, A. Ströhle, J. Deckert, T. Kircher, A. O. Hamm, G. W. Alpers, V. Arolt, H.-U. Wittchen // *J. Clin. Psychol.* – 2013. – Т. 69 – № 6 – 616–29с.

10. Coon D.W. Encouraging homework completion among older adults in therapy / D. W. Coon, D. Gallagher-Thompson // *J. Clin. Psychol.* – 2002. – T. 58 – № 5 – 549–63c.
11. Doyle C.L. Explorations in Psychology / C. L. Doyle – Monterey, CA: Brooks/Cole, 1987. – 672c.
12. Fabiano G.A. A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder / G.A. Fabiano, A. Chacko, W. E. Pelham, J. Robb, K. S. Walker, F. Wymbs, A. L. Sastry, L. Flammer, J. K. Keenan, H. Visweswaraiyah, S. Shulman, L. Herbst, L. Pirvics // *Behav. Ther.* – 2009. – T. 40 – № 2 – 190–204c.
13. Hayasaka Y. Enthusiasm for homework and improvement of psychological distress in subthreshold depression during behavior therapy: secondary analysis of data from a randomized controlled trial. / Y. Hayasaka, T. A. Furukawa, T. Sozu, H. Imai, N. Kawakami, M. Horikoshi // *BMC Psychiatry* – 2015. – T. 15 – 302c.
14. Hundt N.E. Predictors of CBT outcome in older adults with GAD / N. E. Hundt, A. B. Amspoker, C. Kraus-Schuman, J. A. Cully, H. Rhoades, M. E. Kunik, M. A. Stanley // *J. Anxiety Disord.* – 2014. – T. 28 – № 8 – 845–850c.
15. John O.P. Paradigm shift to the integrative big-five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues / O. P. John, L. P. Naumann, C. J. Soto // *Handb. Personal. Theory Res.* – 2008. – 114–158c.
16. Jungbluth N.J. Promoting homework adherence in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression / N. J. Jungbluth, S. R. Shirk // *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* – 2013. – T. 42 – № 4 – 545–53c.
17. Kazantzis N. Assessing compliance with homework assignments: review and recommendations for clinical practice / N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan // *J. Clin. Psychol.* – 2004. – T. 60 – № 6 – 627–41c.

18. Kazantzis N. Homework Assignments in Cognitive and Behavioral Therapy: A Meta-Analysis / N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan // *Clin. Psychol. Sci. Pract.* – 2006. – T. 7 – № 2 – 189–202c.

19. Kimhy D. Use of Palm computer as an adjunct to cognitive-behavioural therapy with an ultra-high-risk patient: a case report / D. Kimhy, C. Corcoran // *Early Interv. Psychiatry* – 2008. – T. 2 – № 4 – 234–41c.

20. Kobak K.A. Integrating technology into cognitive behavior therapy for adolescent depression: a pilot study / K. A. Kobak, J. C. Mundt, B. Kennard // *Ann. Gen. Psychiatry* – 2015. – T. 14 – 37c.

21. Miller T.R. The psychotherapeutic utility of the five-factor model of personality: a clinician's experience / T. R. Miller // *J. Pers. Assess.* – 1991. – T. 57 – № 3 – 415–33c.

22. Mueser K.T. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness / K. T. Mueser, S. D. Rosenberg, H. Xie, M. K. Jankowski, E. E. Bolton, W. Lu, J. L. Hamblen, H. J. Rosenberg, G. J. McHugo, R. Wolfe // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2008. – T. 76 – № 2 – 259–71c.

23. Norman W.T. Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. / W. T. Norman // *J. Abnorm. Soc. Psychol.* – 1963. – T. 66 – № 6 – 574–583c.

24. Otero P. Relationship of cognitive behavioral therapy effects and homework in an indicated prevention of depression intervention for non-professional caregivers / P. Otero, F. L. Vázquez, E. Hermida, O. Díaz, Á. Torres // *Psychol. Rep.* – 2015. – T. 116 – № 3 – 841–54c.

25. Pelham W.E. Implementation of a comprehensive schoolwide behavioral intervention: The ABC program / W. E. Pelham, G. M. Massetti, T. Wilson, H. Kipp, D. Myers, B. B. N. Standley, S. Billheimer, D. A. Waschbusch // *J. Atten. Disord.* – 2005. – T. 9 – № 1 – 248–60c.

26. Rees C.S. Relationship between homework completion and outcome in cognitive behaviour therapy / C. S. Rees, P. McEvoy, P. R.

Nathan // Cogn. Behav. Ther. – 2005. – T. 34 – № 4 – 242–7c.

27. Ros R. Parent Training for Children With or at Risk for Developmental Delay: The Role of Parental Homework Completion / R. Ros, J. Hernandez, P. A. Graziano, D. M. Bagner // Behav. Ther. – 2016. – T. 47 – № 1 – 1–13c.

28. Sachsenweger M.A. Pessimism and Homework in CBT for Depression / M. A. Sachsenweger, R. B. Fletcher, D. Clarke // J. Clin. Psychol. – 2015. – T. 71 – № 12 – 1153–72c.

29. Tupes E.C. Stability of personality trait rating factors obtained under diverse conditions / E. C. Tupes, R. C. Christal // USAF Wright Air Dev. Cent. Tech. Note. No. – 1958.

О. М. Радюк, И. В. Басинская, Я. Ю. Воронкова
Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

«Большая пятёрка» личностных особенностей

Личностные особенности человека в значительной степени определяют его поведение, отношение к себе и окружающей действительности, поэтому возможность их диагностировать наиболее точно и иметь качественную развернутую интерпретацию полученных данных является важным для практически любой сферы человеческой деятельности, будь то профориентация, подбор кадров, бизнес-консультирование, психологическое консультирование, лечение соматических заболеваний или психотерапия. Надёжная и валидная методика позволяет лучше понять клиента, подобрать оптимальный тип терапии, сравнить показания клиента и его близких (при сравнении результатов версий методик для самоанализа и для анализа другими [11]), составить психологический портрет участников групповой терапии. Все вышенаписанное позволяет осуществить пятифакторная модель личности, созданная на основе прилагательных, которыми люди чаще всего описывают поведение – своё или других людей.

Пятифакторная модель личности («большая пятёрка» личностных особенностей в терминологии Л. Голдберга [4]) является диспозициональной (от англ. disposition – предрасположенность) моделью личности человека и, как следует из названия, содержит пять общих и относительно независимых диспозиций (черт, свойств, характеристик, факторов, шкал): нейротизм, экстраверсию, открытость опыту, сотрудничество и добросовестность. Указанные названия, на наш взгляд, не являются оптимальными, поскольку недостаточно точно отражают суть каждой шкалы. Альтернативные существующим варианты предложены в последних строках таблиц 1 – 5.

Нейротизм (N): эмоциональность – спокойствие

Варианты названий диспозиции «Нейротизм» приведены в таблице 1. Здесь и в следующих четырёх таблицах во второй и третьей строках перечислены названия, наиболее часто используемые в различных версиях психодиагностических методик для оценки «большой пятёрки» личностных особенностей на английском (NEO PI-R, BFI, IPIP, TDA, TIPI, BFQ-2, WPBFP и др.) и русском [8–10, 12–15] языке; в последней строке приведены варианты, предлагаемые авторами настоящей статьи.

Таблица 1 – Варианты названий диспозиции «Нейротизм»

Категория названий	Высокий уровень	Низкий уровень
Используемые (англ.)	Neuroticism, N, N Domain, Emotionality, Need for Stability	Stability, Emotional Stability
Используемые (рус.)	Нейротизм, Эмоциональность	Эмоциональная стабильность, Сдержанность, Эмоциональная сдержанность
Предлагаемые (рус.)	Эмоциональность	Спокойствие

Эмоциональность (высокий уровень нейротизма) отражает тенденцию испытывать негативные аффективные состояния, такие как страх, тревога, грусть, подавленность, раздражение, гнев, чувства вины и отвращения. Для людей с высокой эмоциональностью характерны склонность к иррациональным идеям, пониженная стрессоустойчивость и, в целом, неумение приспособливаться к жизни [10]. Эмоционально неустойчивые, неспособные эффективно контролировать собственные эмоции и импульсивные влечения, такие люди часто чувствуют себя беспомощными, усталыми и неспособными справиться с жизненными трудностями. Внешне это может проявляться как слабый эмоциональный контроль, отсутствие чувства ответственности, капризность, уклонение от реальности. Их поведение во многом обусловлено ситуацией; они с тревогой ожидают неприятностей, а в случае неудачи легко впадают в отчаяние. Их самооценка, как правило, занижена, в своих неудачах они обвиняют

в первую очередь себя. Испытывая психологическое напряжение, они плохо работают в стрессогенных ситуациях [13]. Люди с высоким уровнем нейротизма эмоционально реактивны: они эмоционально реагируют на события, которые не повлияют на большинство людей, и их реакции, как правило, более интенсивные, чем обычно. Они в большей степени интерпретируют обычные ситуации как угрожающие, а мелкие разочарования – как безнадежные. Их отрицательные эмоциональные реакции обычно сохраняются в течение длительного периода времени, в результате чего они часто находятся в плохом настроении. Проблемы в эмоциональной регуляции могут уменьшить способность ясно мыслить и принимать эффективные решения [8, с. 7-8]. Следует отметить, что шкала «Нейротизм» не рассматривается как инструмент для измерения психопатологических проявлений: индивид может иметь высокий уровень эмоциональности и при этом не иметь психического расстройства, и наоборот: не все психические расстройства характеризуются высоким нейротизмом. Высокий уровень нейротизма может расцениваться лишь как признак принадлежности к зоне риска в отношении отдельных категорий психических расстройств [10].

Спокойствие (низкий уровень нейротизма) свидетельствует о хорошей адаптивности, высокой стрессоустойчивости, эмоциональной стабильности. Люди с низким уровнем нейротизма обычно спокойные, уравновешенные и расслабленные. В стрессовых ситуациях они, как правило, продолжают сохранять спокойствие, не поддаются эмоциям, не паникуют и не расстраиваются [10]. Самодостаточные, уверенные в своих силах, эмоционально зрелые, спокойные, постоянные в своих привязанностях, не поддающиеся случайным колебаниям настроения, такие люди смотрят на жизнь серьёзно и реалистично, хорошо осознают требования действительности, не скрывают от себя собственных недостатков, не расстраиваются из-за пустяков, чувствуют себя хорошо приспособленными. Эмоциональная устойчивость позволяет им сохранять спокойствие и уравновешен-

ность даже в неблагоприятных ситуациях [13]. Необходимо заметить, что свобода от негативных чувств не означает, что спокойные люди испытывают много позитивных эмоций: частота положительных эмоций является компонентом иного фактора – энергичности, или экстраверсии [8].

Экстраверсия (Е): энергичность – сдержанность

Варианты названий диспозиции «Экстраверсия» приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Варианты названий диспозиции «Экстраверсия»

Категория названий	Высокий уровень	Низкий уровень
Используемые (англ.)	Extraversion, E, E Domain, Energy, Enthusiasm, Surgency, Dominance	Introversion
Используемые (рус.)	Экстраверсия, Энергия, Энергичность	Интроверсия
Предлагаемые (рус.)	Энергичность	Сдержанность

Энергичность (высокий уровень экстраверсии) характерна для людей общительных, напористых, активных, энергичных, оптимистичных. Такие индивидуумы характеризуются энергией, «бьющей через край». Они любят людей, имеют весёлый нрав и склонны выбирать профессии социального и предпринимательского типов [10]. Типичные экстраверты, отличаясь общительностью, любят развлечения и коллективные мероприятия, имеют большой круг друзей и знакомых, беззаботны, оптимистичны и любят перемены, люди смелые и предприимчивые, тяготеют к острым, возбуждающим впечатлениям, часто рискуют, действуют импульсивно, необдуманно, по первому побуждению. В работе экстраверты, как правило, ориентированы на скорость выполнения задания в ущерб качеству [13]. Экстраверсия характеризуется выраженным взаимодействием с внешним миром. Экстраверты полны энергии и часто испытывают положительные эмоции. Это люди, которые соглашаются участвовать в том, что вызывает эмоциональное возбуждение. В обществе они любят заявлять о себе и обращать на себя внимание [8].

Сдержанность (интроверсия, или низкий уровень экстраверсии) свидетельствует об эмоциональной и коммуникативной сдержанности, а также о склонности к одиночеству и независимости [10]. Для интровертов характерны невнимание к происходящим вокруг событиям, предпочтение абстрактных идей конкретным явлениям действительности, большая опора на собственные силы и желания, чем на взгляды других людей. Интроверты обладают ровным, несколько сниженным фоном настроения, они избегают рассказывать о себе и о своих переживаниях, а проблемами других людей не интересуются, предпочитая книги людям. Они строго контролируют свои чувства, редко бывают несдержанными и возбуждёнными, отдают предпочтение теоретическим и научным видам деятельности, достигая в учёбе более заметных успехов, чем экстраверты [13]. Низкие баллы по фактору экстраверсии говорят о таких особенностях личности как сдержанность, склонность быть тихим и не включённым в социальные взаимодействия; такие люди нуждаются в меньшем количестве стимулирующих воздействий и предпочитают быть одни [8].

Открытость опыту (O): оригинальность – практичность

Варианты названий диспозиции «Открытость опыту» приведены в таблице 3.

Таблица 3 – Варианты названий диспозиции «Открытость опыту»

Категория названий	Высокий уровень	Низкий уровень
Используемые (англ.)	Openness, O, O Domain, Openness to Experience, Openness to Change, Culture, Open-Mindedness, Originality	Closedness to experience
Используемые (рус.)	Открытость опыту, Открытость, Экспрессивность, Игривость, Интеллект, Широта кругозора	Практичность
Предлагаемые (рус.)	Оригинальность	Практичность

Оригинальность (высокий уровень открытости опыту) отра-

жает тенденцию подвергать сомнению авторитеты, принимать и поддержать новые этические, социальные и политические идеи. Индивидуумы с высоким уровнем открытости опыту гораздо интенсивнее переживают позитивные и негативные эмоции. Такие люди характеризуются также активным воображением, эстетической чувствительностью, вниманием к чувствам других, предпочтением разнообразия, гибкостью ума и независимостью в суждениях и оценках [10]. Человеку с высоким уровнем оригинальности сложно понять тех, кто боится совершить ошибку в жизни, рассчитывая каждый шаг и отдавая все свои силы созданию материального благополучия. Такие люди могут выглядеть слишком беззаботными и совершать легкомысленные, с точки зрения окружающих, поступки. Они легко обучаются, но не всегда серьёзно относятся к научной деятельности. Непрактичные, эмоциональные, с развитым эстетическим и художественным вкусом, такие люди часто не отличают свой вымысел от действительности. Полагаясь больше на свои чувства и впечатления, чем на логику и расчёт, они обращают мало внимания на текущие повседневные дела и обязанности, не любят рутинную работу и легко переключаются с одного вида деятельности на другой [13]. Оригинальность описывает то, что отличает творческих людей. Они любознательны, ценят искусство, чувствительны к красоте. Они, как правило, более осведомлены о своих чувствах. Они имеют тенденцию думать и действовать в соответствии со своими собственными потребностями и представлениями, а не пытаясь соответствовать кому-либо или чему-либо. Другой характерной особенностью является способность использовать в мышлении абстрактные символы, не связанные с конкретным опытом. В зависимости от конкретных интеллектуальных способностей человека, это символическое познание может осуществляться в виде математического, логического мышления, художественного и метафорического употребления языка, музыкальной композиции или одного из многих видов визуального или исполнительского искусства [8].

Практичность (низкий уровень открытости опыту) отражает тенденцию вести себя традиционно, общепринятым

способом и проявлять консервативность в своих взглядах. Практичные люди имеют более узкую сферу интересов и меньшую степень их интенсивности, они предпочитают новому известное, а их эмоциональные реакции приглушены [10]. Такие люди реалистично смотрят на жизнь. Они верят в ценность материальных благ больше, чем в отвлеченные идеи, поэтому стремятся улучшить свое материальное положение, живут сегодняшним днем, решают практические, жизненные проблемы, предпочитают фантазиям и проектам реальные ценности, которые сами же и создают. Не гибкие, простые в обычной жизни, они проявляют постоянство своих привычек и интересов, не любят резких перемен, предпочитая предсказуемость и надёжность во всём, что их окружает. Ко всем жизненным событиям они подходят с логической меркой, ищут рациональные объяснения и практическую выгоду [13]. Люди с низкими баллами по данному фактору предпочитают простоту и очевидность, а не комплексность и тонкие нюансы. Они могут относиться к искусству и науке с подозрением, рассматривать их как умные или не имеющие никакого практического применения области. Такие люди предпочитают всё знакомое и, как правило, резистентны к изменениям [8].

Сотрудничество (А): привязанность – отделённость

Варианты названий диспозиции «Сотрудничество» приведены в таблице 4.

Таблица 4 – Варианты названий диспозиции «Сотрудничество»

Категория названий	Высокий уровень	Низкий уровень
Используемые (англ.)	Agreeableness, A, A Domain, Affection, Altruism, Accommodation, Attitudinal	Antagonism
Используемые (рус.)	Сотрудничество, Привязанность, Доброжелательность, Дружелюбие	Отделённость
Предлагаемые (рус.)	Привязанность	Отделённость

Привязанность (высокий уровень сотрудничества) отражает стремление к сотрудничеству и альтруизму. Индивидуумы с высоким уровнем сотрудничества симпатизируют другим и стремятся им помочь, надеясь при этом на равноценную помощь в ответ. Как правило, сотрудничающие люди более популярны в социуме, чем более эгоцентричные индивиды [10]. Такие люди испытывают потребность быть рядом с другими людьми, помогать им. Добрые и отзывчивые, они стараются избегать разногласий, хорошо понимают других, чувствуют личную ответственность за их благополучие и терпимо относятся к их недостаткам. Они умеют сопереживать и радоваться успехам других, любят поддерживать коллективные мероприятия, чувствуют свою ответственность за общее дело, стараются выполнять взятые на себя обязательства [13]. Лица с высоким уровнем сотрудничества любят ладить с другими людьми, они внимательные, доброжелательные, предупредительные и готовы идти на компромисс даже в ущерб своим интересам. Такие люди также имеют оптимистический взгляд на природу человека: они считают, что люди в основном честные, порядочные и заслуживают доверия [8].

Отделённость (низкий уровень сотрудничества) свидетельствует о тенденции к конкуренции, соперничеству, эгоцентризму. Критическое мышление, свойственное людям с низким уровнем сотрудничества, определяет успешность многих видов умственной деятельности. Такие люди скептически относятся к намерениям других и более эффективны в отстаивании интересов – как собственных, так и других людей (если только они начинают бороться за интересы других) [10]. Лица с низким уровнем сотрудничества, как правило, равнодушны к потребностям других и, следовательно, вряд ли будут жертвовать собой ради других людей. Иногда их скептицизм по поводу мотивов других заставляет их быть подозрительными, недружелюбными и отказываться от сотрудничества [8]. Предпочитая быть независимыми от других людей и дистанцируясь от них, такие индивидуумы избегают общественных поручений, часто не понимают

тех, с кем общаются. Как правило, собственные проблемы их волнуют больше, чем проблемы других людей, а для достижения своих целей они используют все доступные им средства [13].

Добросовестность (С): контролирование – импульсивность

Варианты названий диспозиции «Добросовестность» приведены в таблице 5.

Таблица 5 – Варианты названий диспозиции «Добросовестность»

Категория названий	Высокий уровень	Низкий уровень
Используемые (англ.)	Conscientiousness, C, C Domain, Control, Constraint, Control of impulses, Consolidation, Motivational	Lack of direction
Используемые (рус.)	Добросовестность, Сознательность, Контроль, Контролирование, Стремление к достижениям	Естественность
Предлагаемые (рус.)	Контролирование	Импульсивность

Контролирование (высокий уровень «добросовестности») касается способа, которым мы контролируем, регулируем и направляем наши импульсы, и отражает тенденцию к скрупулезности, пунктуальности, надёжности. Индивидуумы с высоким уровнем контролирования – это целеустремленные, волевые, решительные и непреклонные личности, которые характеризуются надёжностью в работе, целенаправленностью, способностью планировать деятельность и последовательно действовать в соответствии с намеченным планом [8, 10]. Развитая волевая регуляция поведения проявляется в таких чертах личности, как добросовестность, ответственность, обязательность, точность и аккуратность в делах. Такие люди любят порядок, настойчивы в деятельности и обычно достигают в ней высоких результатов. Даже когда моральные принципы, нормы и правила поведения в обществе кажутся пустой формальностью, они соблюдают их. Люди с высоким уровнем контролирования редко

чувствуют себя полностью раскованными и не позволяют себе дать волю чувствам [13]. Такие люди легко избегают неприятностей и достигают успеха, однако, с другой стороны, могут становиться перфекционистами и трудоголиками, казаться окружающим скучными [8]. Высокий уровень контроля положительно коррелирует с академическими и профессиональными достижениями [10].

Импульсивность (низкий уровень «добросовестности») свидетельствует о склонности следовать своим импульсам, тенденции к спокойствию в отношении (не)достижения профессиональных целей, а также о выраженных гедонических устремлениях. Такие люди не бывают привередливыми, навязчиво аккуратными или раздражающе разборчивыми, риск стать трудоголиком у них стремится к нулю [10]. Они редко проявляют в своей жизни волевые качества и живут сегодняшним днем, стараясь не усложнять свою жизнь и не пытаясь строить планы на завтра. Естественность поведения у них органично сочетается с беспечностью и склонностью к необдуманым поступкам [13]. Низкие баллы по данному фактору говорят об импульсивности, непоследовательности, рассеянности. Импульсивность, по сути, не плоха, иногда временные ограничения требуют быстрых решений, и действие по первому импульсу может быть эффективным ответом. Кроме того, спонтанные действия могут восприниматься более интересными, красочными, живыми. Однако импульсивные поступки часто приводят к немедленному вознаграждению, но нежелательным долгосрочным последствиям. Импульсивное поведение снижает эффективность человека, ограничивает возможность рассмотреть альтернативные решения, некоторые из которых были бы разумнее в данной ситуации. Оно также мешает в работе, которая требует организованной последовательности шагов или этапов [8].

Благодаря знанию личностных особенностей пациента психотерапевт может предсказать, к примеру, насколько пациент будет исполнителен при выполнении домашних за-

даний. Кроме того, некоторые исследователи «большой пятерки» твердо уверены в том, что патологическое поведение лучше рассматривать как крайние значения шкал нормальных черт личности [3, 11].

Пятифакторная модель личности в настоящий момент является тем консенсусом, который был достигнут после десятилетий исследований таксономии личностных черт, основанной на анализе слов, которые люди используют в своем родном языке для описания себя и других. За это время были также проведены кросскультурные исследования, доказывающие универсальность черт в пятифакторной модели, в том числе и для русскоговорящей популяции [6, 9, 14]. Популярность пятифакторной модели, разнообразие тем исследований, связанных с ней [1, 2, 5, 7, 15], а также большое количество вариаций методик для диагностики «большой пятёрки» личностных особенностей на разных языках позволяют говорить о том, что «большая пятерка» действительно содержит универсальные ключевые характеристики, предоставляющие возможность «увидеть» личность и спрогнозировать ее поведение.

В силу того, что авторы-основатели пятифакторной модели и оригинальных методик были англоговорящими, а русский и английский языки сильно отличаются между собой, на данный момент среди русскоязычных методик нет единства в терминологии черт «большой пятерки», чего весьма не хватает и что активно пытаются исправить авторы настоящей статьи путем детального исследования описания факторов и субфакторов и подбора их наилучших определений в русском языке.

Список литературы

1. Udovičić S. Big Five Personality Traits and Social Support as Predictors of Postpartum Depression / S. Udovičić, Ubiquity Press, 2014. 66-73 с.
2. Roccas S. [и др.]. The Big Five Personality Factors and Personal

Values // Personality and Social Psychology Bulletin. 2002. № 6 (28). С. 789–801.

3. Costa P.T.J., Widiger T.A. Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality / P.T.J. Costa, T.A. Widiger, 2-е изд., American Psychological Association (APA), 2002.

4. Goldberg L.R. An alternative «description of personality»: The Big-Five factor structure. // Journal of Personality and Social Psychology. 1990. № 6 (59). С. 1216–1229.

5. Janasz S.C. de, Dowd K., Schneider B. Interpersonal Skills in Organizations / S.C. de Janasz, K. Dowd, B. Schneider, 5-е изд., Columbus, OH: McGraw-Hill Higher Education, 2014. 521 с.

6. McCrae R.R., Allik J. (Eds. . The five-factor model of personality across cultures / R.R. McCrae, J. (Eds. . Allik, 2002.

7. Zhao H., Seibert S.E. The big five personality dimensions and entrepreneurial status: a meta-analytical review. // The Journal of applied psychology. 2006. № 2 (91). С. 259–271.

8. Ассанович М.А., Крюк Н.В. Метод оценки личности с использованием опросников в рамках пятифакторной модели в клинической практике: инструкция по применению / М.А. Ассанович, Н.В. Крюк, Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2013. 15 с.

9. Голдберг Л.Р., Шмелев А.Г. Межкультурное исследование лексики личностных черт Большая Пятерка факторов в английском и русском языках // Психологический журнал. 1993. № 4 (14). С. 32–39.

10. Орел В.Е., Сенин И.Г. Личностные опросники NEO PI-R, NEO FFI: руководство по применению / В.Е. Орел, И.Г. Сенин, 2-е изд., Ярославль: НПЦ «Психодиагностика», 2008. 39 с.

11. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования / Л. Первин, О. Джон, 7th-е изд., Москва: Аспект Пресс, 2000. 607 с.

12. Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности: Учеб-

но-методическое пособие / А.Б. Хромов, Курган: Изд-во Курганского гос. университета, 2000. 23 с.

13. Хромов А.Б. Пятифакторный личностный опросник: тест 5FPQ. Методические указания к выполнению контрольного задания по общему психологическому практикуму для студентов направлений (специальностей) 030301 / А.Б. Хромов, Курган: РИЦ Курганского государственного университета, 2010. 27 с.

14. Шмелев А.Г., Похилько В.И., Козловская-Тельнова А.Ю. Репрезентативность личностных черт в сознании носителя русского языка // Психологический журнал. 1991. № 2 (12). С. 27–44.

15. Щебетенко С.А. Большая Пятерка черт личности и активность пользователей социальной сети «Вконтакте» // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2013. С. 73–83.

А. В. Ялтонская, Д. В. Московченко

Ялтонская А. В. Федеральный Медицинский Исследовательский Центра Психиатрии и Наркологии им. В.П. Сербского; Европейский Медицинский Центр; Ассоциация когнитивно-бихевиоральных психотерапевтов (АКБТ), Москва

Московченко Д. В., Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва

Психометрические характеристики русско-язычной версии краткой шкалы эмоциональных схем Р. Лихи

В настоящее время, когнитивная модель регуляции эмоций получает активное развитие в связи с возрастающим интересом специалистов в области психического здоровья к эмоциональным состояниям. Согласно модели Р. Лихи дисфункциональные убеждения формируются не только в отношении конкретных ситуаций, но и в отношении эмоций, их выражения. В рамках данной модели первым этапом эмоциональной переработки является распознавание, дифференциация и классификация эмоций, что в конечном итоге приводит к процессу интерпретации и выбору стратегий их регуляции. Совокупность имплицитных интерпретаций, ожиданий, формирующихся у человека в отношении собственных эмоций и эмоций других людей, то, что человек думает о собственных эмоциях и об эмоциях других, то, какие поведенческие и межличностные стратегии он применяет в ответ на собственные эмоции и эмоции других, получило название эмоциональных схем. Исследования показывают, что дезадаптивные эмоциональные схемы связаны с депрессией, тревогой, посттравматическим стрессовым расстройством, разногласиями в семейном функционировании и расстройствами личности.

Целью работы является апробация русскоязычной версии краткой шкалы эмоциональных схем Р. Лихи, состоящей из 28 пунктов и позволяющей исследовать 14 эмоциональных схем: «Инвалидация эмоций другими», «Недостаточная ос-

мысленность эмоций», «Чувство вины за собственные эмоции», «Упрощенное представление об эмоциях», «Обесценивание эмоций», «Страх потери контроля при переживании сильных эмоций», «Эмоциональное оцепенение», «Склонность к рационализации чувств», «Прогнозируемая длительность эмоций», «Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других», «Ингибирование собственных эмоций», «Склонность к руминациям», «Низкая эмоциональная экспрессивность», «Обвинение других». Для оценки внешней валидности был использован следующий комплекс методик: «Опросник психопатологической симптоматики» («Symptom Check List-90-Revised» Derogatis L.) в адаптации Тарабриной Н. В.; «Опросник когнитивной регуляции эмоций» (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire N. Garnefski, V. Kraaij, P. Spinoven, 2001) в адаптации И.В. Плужникова.

Результаты. Согласно Р. Лихи шкала эмоциональных схем предполагает не только диагностику уровня напряженности эмоциональных схем, но и позволяет выявлять специфические варианты дисфункциональных схем. Для анализа структуры методики применялся эксплораторный факторный анализ. Для проверки целесообразности применения факторного анализа применялись критерии Бартлетта и критерий адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина. Было выявлено, что факторный анализ является приемлемым для анализа корреляционной матрицы полученных данных. По результатам эксплораторного факторного анализа с применением метода главных компонент и неортогональным вращением факторов было получено 9 факторов с собственными значениями больше, чем один. В целом, на 9 факторов приходится 65,23% общей дисперсии. Полученные нами результаты факторного анализа данных схожи с психометрическими показателями оригинальной, англоязычной версии шкалы эмоциональных схем. Дальнейшее изучение факторов с использованием графического критерия отсеивания Кэттела позволило предположить, что разумны является выделение однофакторной модели опросника. В соответствии с нашим предположением

об однофакторной модели был проведен повторный анализ с заданным количеством факторов. В однофакторной модели опросника большинство пунктов имели факторную нагрузку больше 0,30. На выборке используемой для апробации методики надежность (альфа Кронбаха) достигает 0,80, что указывает на достаточный уровень внутренней согласованности шкалы. Анализ расщепленной надежности (критерий Гутмана составил 0,83). Корреляция между частями шкалы составляет 0,716.

Внешняя валидность. Эмоциональная схема «Недостаточная осмысленность эмоций» статистически достоверно коррелирует со шкалами «Обсессивность-компульсивность», «Межличностная сензитивность», «Депрессия», «Тревожность». Эмоциональная схема «Страх потери контроля при переживании сильных эмоций» статистически достоверно связана со шкалами «Обсессивность-компульсивность», «Депрессия», «Тревожность». Эмоциональная схема «Склонность к руминациям» статистически достоверно положительно коррелирует со шкалами «Обсессивность-компульсивность», «Межличностная сензитивность», «Депрессия», «Тревожность». Эмоциональная схема «Недостаточная осмысленность эмоций» статистически достоверно коррелирует со шкалой «Катастрофизация», эмоциональная схема «Обесценивание эмоций» статистически достоверно отрицательно коррелирует со шкалой «Позитивное мышление», эмоциональная схема «Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других» статистически достоверно положительно связана со шкалой «Катастрофизация».

Выводы: Данное исследование показало, что краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи имеет хорошую внутреннюю согласованность, является надежным и валидным инструментом для оценки имплицитных интерпретационных стилей в отношении собственных эмоций и эмоций других. Результаты исследования показали, что шкала эмоциональных схем коррелирует с тревогой, депрессией, межличностной сензитивностью и обсессивно-компульсивной симптоматикой, а также стратегиями когнитивной регуляции эмоций.

**II МЕЖДУНАРОДНЫЙ СЪЕЗД
АССОЦИАЦИИ
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ**

Сборник научных статей

Подписано в печать 10.05.2016
Гарнитура Georgia. Печать офсетная. Формат 60x90/16.
Бумага офсетная. Усл. Печ. л. 6,75
Тираж 120 экз. Заказ № 1005

Издательство «СИНЭЛ»
Отпечатано в ООО «СИНЭЛ»
194223, г. Санкт-Петербург, ул. Курчатова, д. 10