

**III Международный Съезд Ассоциации
Когнитивно-Поведенческой
Психотерапии**

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

19-28 мая 2017 года

**Санкт-Петербург
СИНЭЛ
2017**

УДК 615.851(063)
ББК 53.57я43
Т66

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии (Санкт-Петербург). Международный съезд (3; 2017).

III Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии : сборник научных статей / [авт.-сост.: Ковпак Д.В., Ковпак А.И.]. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2017 – 130 с.

ISBN 978-5-9909852-8-5

Сборник научных статей 3 Международного Съезда Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии. Практикующие психотерапевты и психологи представили свои достижения в области когнитивно-поведенческого подхода.

Сборник подготовлен Ассоциацией Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

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

УДК 615.851(063)
ББК 53.57я43
Т66

ISBN 978-5-9909852-8-5

© Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии
© Ковпак Д. В

СОДЕРЖАНИЕ

О чем я не очень хотел бы знать (часть первая). Кого я принимаю как пациента в психотерапии Блазер А.	9
Рефлексия и руминативное самокопание: принципиальные отличия Вотрин А. В.	13
Майндфулнесс – подход как значимый ресурс современной организации Замалиева С. А.	18
Когнитивно-поведенческий подход в адаптации пациентов с ожоговой травмой Ильмузина А. В.	26
Тренинг Mindfulness в практике схематерапевта Зрютин М. А.	31
Возможность интеграции нарративных техник в процесс когнитивно-поведенческой психотерапии Казакова М. Б.	36
Применение рационально-эмотивной терапии А. Эллиса в работе с сотрудниками уголовно- исполнительной системы: возможности и ограничения Капустина В. А., Мартемьянова А. Е.	41
Когнитивно-поведенческий подход в психологической подготовке врачей для работы на крупных спортивных мероприятиях ФИФА-2018 Ковшова О. С.	46
Ожирение, нарушение пищевого поведения и прокрастинация. Опыт врача- гастроэнтеролога Лаптева Е. Н., Попова Ю. Р., Дмитриченко М. С., Дьяч- кова-Герцева Д. С.	51

Преимущества и недостатки терапии ЕМДР Малик Ю. А.	66
Пример сочетания приемов когнитивной психотерапии и арт-терапии Назарова Н.Р.	71
Нейрофизиологические и сердечно-сосудистые эффекты безоценочного восприятия негативных стимулов. Экспериментальное исследование Павлов С. В., Рева Н. В.,	73
Опыт лечения суицидального кризиса согласно принципам когнитивно-поведенческой психотерапии на базе Центра лечения острых отравлений НИИ СП им. И. И. Джанелидзе Прокопович Г. А., Синенченко А. Г., Владыкина Т. В.	75
Возможности «третьей» волны когнитивно-поведенческой терапии в работе с подростками социальными сиротами Размахова О. Л.	78
Общее и отличия медицинской и психологической моделей психотерапии Решетников М.М.	84
Стигматизация и самостигматизация в рамках когнитивного подхода в психотерапии Соловьева С. Л.	94
Иррациональные установки как фактор эмоциональных нарушений у женщин Старикова У. П.	104
Феномен осознанности (mindfulness) в когнитивно-поведенческой психотерапии Тарасова Е.В.	109

Некоторые аспекты нейрофизиологического функционирования в ходе долгосрочной тренинговой программы с применением медитативных практик	
Шаптилей М. А., Кривошапова М. Н.	114
Современные подходы к психокоррекции аффективных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа	
Шарипова Ф. К.	118
Нравственная поведенческая психотерапия	
Хорошутин П. П.	123
Бонус. Творчество членов АКПП. Размышляя об осознанности	
Дмитриев Д.	129

Дорогие друзья и уважаемые коллеги!

Мы рады видеть вас на нашем долгожданном и тщательно подготовленном мероприятии — Третьем Международном Съезде Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии! Уже в третий раз мы соберемся широким кругом профессионалов и единомышленников вместе с нашими иностранными коллегами и партнерами для того, чтобы поделиться своим текущим видением тактики, стратегии и перспектив когнитивно-поведенческой терапии. Также на Съезде нашей организации мы хотим обсудить ее насыщенную работу, ее итоги, планы и перспективы. За прошедший и текущий год сделано очень много разноплановой работы. Ассоциация стала полноценным образовательным ресурсом для специалистов в России и целого ряда других странах. Мы стремимся к тому, чтобы преподавание и практика была на самом высочайшем профессиональном уровне и мировых стандартах качества. Наше общероссийское объединение специалистов давно шагнуло за пределы отечественной страны, и насчитывает многие сотни активных участников в ближнем и дальнем зарубежье. За семнадцать лет существования организации было много различных мероприятий, в том числе семинаров, конференций, собраний и даже съездов, но только в этот раз мы смогли организовать столь большой, представительный и длительный формат мероприятия, в том числе с участием и наших коллег из ближайших зарубежных стран, стран Европы, и впервые наших коллег из Китая. Несомненным хедлайнером, авторитетным экспертом и патриархом всего Съезда выступит блистательный спикер и авторитетный ученый из США, коллега и соавтор Аарона Бека — профессор Артур Фримен. Его доклад будет побудительным мотивом для обсуждения актуальных вопросов и перспектив этого направления психотерапии не только в дни Съезда, но и в последующей долгосрочной перспективе. Ведь его информация коснется фундаментальных вопросов и перспектив всего направления на многие годы вперед. Мы надеемся, что замечательная и уютная обстановка великолепного дворца в самом сердце Санкт-Петербурга в преддверии белых ночей позволит нам провести эти незабываемые майские дни в насыщенном, плодотворном и дружеском общении!

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 (Санкт-Петербург)

Ковпак Алиса Игоревна,

Кандидат психологических наук, директор по развитию Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, клинический психолог Центра Эмоциональной Коррекции (Санкт-Петербург)

Ерухимович Юлия Александровна,

Руководитель программ обучения Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, врач-психотерапевт Клиники лечения депрессий и фобий (Санкт-Петербург)

Замалиева Снежана Александровна,

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

Размахова Ольга Леонидовна,

Руководитель направления социальных и просветительских проектов Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, руководитель Центра психологии и развития «Равновесие» (Санкт-Петербург), специальный, клинический психолог

Савельева Ксения Юрьевна,

Карьерный консультант, руководитель консалтинговой компании в области управления персоналом (Санкт-Петербург)

Громько Анна Александровна,

Коуч-консультант, руководитель IntegralGem (Санкт-Петербург)

**О чем я не очень хотел бы знать (часть первая).
Кого я принимаю как пациента в психотерапии
Блазер А.**

**Профессор, факультет психологии Бернского
Университета, экс-главный психолог
Армии Швейцарии, основатель Проблемно-
ориентированной психотерапии (Берн,
Швейцария)**

«Что значит этот глупый вопрос?» «Я принимаю абсолютно каждого, кто приходит!» «Я не могу позволить себе избирательного отношения!» Так могут возразить многие частнопрактикующие психотерапевты.

Коллеги, работающие в государственных учреждениях, вследствие определенных обстоятельств, несвободны выбирать пациентов для работы. Они работают с теми, кого им назначают. В случае с частно работающими консультантами материальный вопрос может влиять на вопрос выбора. Рассматриваемый таким образом вопрос «Какой пациент получает какую терапию?» кажется неинтересным. И тем не менее, я его изучил.

Является фактом то обстоятельство, что каждый психотерапевт предпочитает одних пациентов другим, что также правда и в обыденной жизни. Однако, клятва Гиппократа требует равного отношения ко всем пациентам.

Давайте рассмотрим процедуру назначения психотерапии в условиях максимальной свободы: выбора и полного пренебрежения материальным вопросом. Теперь и практики и теоретики, скорее всего, закатают рукава и согласятся, что это крайне сложный вопрос. Скрупулезные психоаналитики найдут так далеко, что будут утверждать, что назначение психоанализа невозможно осуществить на основании интервью или теории. Они будут настаивать, чтобы кандидат прошел «пробный анализ» и только тогда они почувствуют себя в достаточной безопасности, чтобы принимать решение. Эти клиницисты упускают тот факт, что их

решение провести пробный анализ – тоже указание. Созданы длинные списки необходимых и желательных характеристик, которыми должен обладать пациент – умственные способности, способности вербализовывать, интроспекция, психологический настрой, степень страдания, способность к обучению и т. д. Я добавил к этому списку из 23 пунктов 3 переменные, беспокоящие терапевтов:

- этот пациент интересует меня как «случай» (кейс);
- я чувствую, что могу помочь этому пациенту;
- я чувствую сострадание к этому пациенту.

Экспертам была продемонстрирована серия фильмов о полустандартизированных первых интервью с потенциальными пациентами, чтобы оценить их по 23 пунктам и вышеуказанным трем вопросам. Затем они должны были решить, взялись бы они лечить пациента и какой вид терапии был бы наиболее подходящим.

К моему большому удивлению, три указанные переменные в процедуре множественной регрессии превзошли расхождения во всех остальных переменных у пациентов. Для статистически неопытных: если терапевт проявляет интерес к «случаю» (что бы это ни значило), если он чувствует, что может помочь или ему нравится пациент, то он принимает пациента в терапию невзирая на остальные характеристики пациента. Для социальных психологов, которые знакомы с влиянием социальных стереотипов, это может быть и не удивительно. Что же касается бизнеса в области общественного здоровья, там уже существует некий стереотип, называемый YAVIS-пациент. YAVIS означает — young (молодой), attractive (привлекательный), verbal (хорошо владеющий речью), intelligent (с хорошими умственными способностями) и successful (успешный). Такой пациент осчастливит любого целителя. Его противоположность, HOUND — пациент, (homely — простоватый, old — в возрасте, unattractive — непривлекательный, и dumb — неразговорчивый) заставит огорчиться большинство терапевтов.

Рассмотрим следующее: в комбинации эти три переменные терапевта дают восемь вариантов.

Пациент А и В – чистые случаи, один позитивный, другой абсолютно негативный. Оставшиеся 6 случаев весьма интересны. Взяли бы Вы таких пациентов? Пациент С. Вы чувствуете себя достаточно компетентным, но не испытываете ни интереса, ни сочувствия. Взялись бы Вы лечить его? Если да, то почему? Если нет, то почему?

	A	B	C	D	E	F	G	H
Компетенция	+	-	+	-	+	+	-	-
Интерес	+	-	-	+	-	+	-	+
Симпатия	+	-	-	+	+	-	+	-

Выбрав пациента, какой вид терапии Вы выберете? Существуют сотни видов терапии, но не существует сотен подходящих профилей (описаний) пациентов. Знания и исследования по указаниям на ту или иную терапию скудны. Легче «изобрести» терапию, чем добыть знания об указаниях на нее и слишком часто указания не более чем идиосинкразия.

Спросите себя, как выглядит идеальный пациент для когнитивно-поведенческой терапии и каким образом он отличается от подходящего пациента для атрибутивной терапии (attribution therapy)? Можете побить меня, но я понятия не имею. Факты таковы, что наши эксперты были способны различить только два профиля указаний — аналитический и неаналитический.

Где-то в Библии говорится: «Кто имеет, тому дано будет». И это абсолютно так для наших пациентов в продемонстрированных фильмах. Наиболее выделяющиеся, с хорошими умственными способностями и т.д. получают наиболее сложную (психоаналитическую) терапию, тогда как менее предпочитаемые пациенты получают медикаментозную терапию, как терапию первого выбора. Если некто способен позволить себе две или более (аналитические) сессии в неделю, то тут уже включается материальный вопрос, деньги имеют тенденцию коррелировать с успехом, а успех

– не удел слабых.

Какие выводы могут быть сделаны здесь с должной осмотрительностью?

Указания на психотерапию, не ограниченные необходимостью учитывать материальную сторону, подчинены человеческому восприятию. Привлекательность пациента и чувство собственной компетентности доминируют. Остальные характеристики пациента менее важны, чем терапевту хотелось бы думать.

Что касается выбора вида терапии, недостаток эмпирических данных о соответствии между терапией и пациентом (не говоря уже о сверхважном терапевте!) не оставляет терапевту иного выбора как только руководствоваться идеосинкразией.

Прямо говоря, если терапевт чувствует себя компетентным и ему нравится пациент, он скажет: «Я буду лечить этого парня! И сделаю это насколько смогу хорошо!»

Так что, не надо обманывать себя!

Здесь русские, возможно, добавили бы: «Вот так».

Перевод Ю.О. Ласковой

Рефлексия и руминативное самокопание: принципиальные отличия

Вотрин А. В.

Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена

Альберт Эллис в своей книге «Психотренинг по методу Альберта Эллиса», писал о том, что человек может по своему желанию изменять себя за счёт особой способности — способности размышлять о собственных мыслях. Благодаря этому умению человек в состоянии обдумывать, оценивать, пересматривать и преобразовывать свои цели, задачи, мысли, чувства и действия. [8] В психологии этот феномен называется рефлексией. Рефлексию можно рассматривать как важный критерий психической зрелости, а ее формирование в процессе психотерапии — как развитие важнейшей способности, направленной на то, чтобы клиент становился собственным психотерапевтом. [3]

В настоящее время основные направления психотерапии (психодинамическое, когнитивно-поведенческое, экзистенциальное) придают значение развитию рефлексивных (метакогнитивных) навыков у пациентов. [3] В начале, своеобразной метапозицией выступает психотерапевт, отражая и изучая мысли, чувства, поведение клиента, а потом клиент научается сам занимать рефлексивную позицию по отношению к себе и окружающему миру.

Понятие рефлексии рассматривалось ещё в работах философов Нового времени — Д. Локка, И. Канта, Ф. Шеллинга и др. Джон Локк определял рефлексию, как «наблюдение, которому ум подвергает свою собственную деятельность». В отечественной психологии проблема рефлексии достаточно глубоко раскрыта в трудах таких учёных как: Н. Г. Алексеев, И. Н. Семёнов, В. К. Зарецкий, А. Б. Холмогорова. [1, 7] В подходе этих авторов рефлексия понимается как «способность к осознанию процесса собственного мышления, а так же способность к осознанию и перестрой-

ке его глубинных оснований или определенных исходных представлений». [1, 7]

По А. Б. Холмогоровой, классическую когнитивно-поведенческую психотерапию А. Бека можно рассматривать как терапию, направленную на развитие рефлексивной способности, так как, суть рефлексии — это умение относиться к своим мыслям как к гипотезам и формулировать альтернативные идеи. При этом пошаговая работа с дневником автоматических мыслей соответствует последовательности шагов в рефлексивном акте (модель, предложенная Н. Г. Алексеевым и В. К. Зарецким). [2, 7]

В последнее время польза рефлексии подчёркивается и нейробиологами. Например, Д. Сигел в своих работах не раз пишет о том, что именно благодаря рефлексии «мы остаемся открытыми, наблюдательными и объективными по отношению к происходящему внутри у нас и у других людей». [5]

Однако ряд авторов иногда указывают на то, что рефлексия может оказывать негативное влияние на состояние человека. В экзистенциальной терапии со времен В. Франкла существует метод под названием «дерефлексия» — прием избавления от так называемой «повышенной» рефлексии, используемый в лечении депрессий, суицидов и неврозов. [6] Но имеет ли описанный В. Франклом феномен отношение к рефлексии? Ведь ни избыточный самоанализ, ни гиперконтроль, ни фиксации на собственных переживаниях ещё не являются рефлексией (то есть мышлением, направленным на мышление), так как рефлексия, в первую очередь, подразумевает под собой позицию по отношению к собственным переживаниям и мыслям, а так же — изменения. Именно благодаря рефлексии для человека становится возможным заметить искажения своего мышления и выйти из потока блуждающих мыслей, дистанцируясь от него.

Можно предположить, что разные авторы, говоря о рефлексии, имеют в виду качественно разные феномены. Д. А. Леонтьев, А. Ж. Аверина [4], пытаясь разрешить амбивалентность подходов к рефлексии, выделили несколько её форм:

1. системная рефлексия (самодистанцирование и взгляд на себя со стороны, возможность видеть одновременно полюс субъекта и полюс объекта);
2. интроспекция (фокусом внимания становится собственное внутреннее переживание; самокопание);
3. квазирефлексия (уход в посторонние размышления, фантазирование — о прошлом, будущем, о том, что было бы, если бы...).

Из трех описанных форм рефлексии Д. А. Леонтьев считает системную рефлексия наиболее адаптивной, и связывает её с самодетерминацией.

Из практики известно, что избыточный самоанализ, описанный В. Франклом и то, что Д. А. Леонтьев называет интроспекцией, в значимой мере свойственны расстройствам невротического спектра.

Основатель метакогнитивной терапии А. Wells пишет о том, что для лиц, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами, характерен когнитивно-аттентивный синдром — своеобразный стиль мышления, состоящий из устойчивого беспокойства, руминаций, концентрации внимания на опасностях и неэффективных метакогнитивных копинг-стратегий. [9]

Определение интроспекции по Д. А. Леонтьеву согласуется с тем, что в метакогнитивной терапии называется руминациями. Нужно понимать, что рефлексия и руминативное самокопание — два принципиально разных феномена, которые иногда путаются. Их различия представлены в *таблице 1*.

Рефлексия может быть компонентом таких психологических конструктов как эмпатия и ментализация, а так же предшествовать или сопровождать Mindfulness и Acceptance.

Изучение метакогнитивных процессов, и в частности, рефлексии, имеет теоретическое, методологическое и практическое значение. Так же важно отличать рефлексия от когнитивных и метакогнитивных искажений. Рефлексия в психотерапии будет являться тем самым инструментом,

с помощью которого становится возможным регуляция когнитивных процессов.

Таблица 1

Рефлексия	Руминативное самокопание
Позиция по отношению к потоку мыслей	Состояние потока мыслей
Ведёт к изменениям	Чаще всего бесполезна, не решает проблемы
После нахождения ответа – прекращается	Повторяется снова и снова, даже когда выводы вроде бы сделаны
Дистанцирование, взгляд со стороны	Слияние с ситуацией, мыслями
Приводит к психологической гибкости	Приводит к психологической ригидности

Список литературы:

1. Алексеев Н.Г. Рефлексия и формирование способа решения задач // М., 2002. 137 с.
2. Бек.Д. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. — М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. — 400 с.
3. Кулаков С.А., Вотрин А.В. Метакогнитивные процессы в интегративной психотерапии (исследование единичного случая) // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. — 2015. — N 2 (8) [Электронный ресурс].
4. Леонтьев Д.А. Аверина А.Ж. Феномен рефлексии в контексте проблемы саморегуляции [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 2 (16).
5. Сигел Д. Майндсайт: новая наука личной трансформации // Манн, Иванов и Фербер; Москва; 2015
6. Франкл В. Доктор и душа. — СПб.: Ювента, 1997. — 285 с.
7. Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли быть

полезна российская психология в решении проблем современной психотерапии: размышления после XX конгресса интернациональной федерации психотерапии (IFP). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 17.03.2017).

8. Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. — СПб.: Питер Ком, 1999.
9. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. — New York: Guilford Press, 2009.

Майндфулнесс – подход как значимый ресурс современной организации *Замалиева С. А.*

Mindfulness Студия #1

Понятие «майндфулнесс».

В последние годы подход, получивший название майндфулнесс (*mindfulness*) получил широкое распространение в психологической науке и практике, в различных областях, начиная от психиатрии и заканчивая организационным менеджментом.

На русский язык данное понятие часто переводится как «осознанность», однако его содержание, отсылающее к восточным, прежде всего, буддистским практикам, гораздо глубже и специфичнее.

Исторически, понятие майндфулнесс связано с введением в терминологический аппарат западной психологии буддистского понятия *sati* или *smṛti*, который, как считается, был переведен на английский язык как *mindfulness* Р. Дэвидсом в конце XIX века [Getin, 2013].

Этот сложнопереводимый термин связан с философией и практикой буддизма и предполагает осознанное, глубокое фокусирование внимания на телесном и ментальном опыте, а также способность осознавать свои намерения, поступки и мысли.

В течение практически всего XX века понятие майндфулнесс находилось на задворках психологической науки, а возрождение интереса и стремительный рост внимания как к понятию майндфулнесс, так и возможностям научного анализа восточных медиативных практик произошло в конце XX века.

Современная трактовка понятия майндфулнесс и развитие соответствующего подхода в медицине связано, прежде всего, с именем американского исследователя профессора Джона Кабат-Зина. В 1980-х годах Дж. Кабат-Зин, работая в Медицинском центре Массачусетского университета, разработал программу снижения стресса, основанную на подходе майндфулнесс [Kabat-Zinn, 1990] и известную сейчас

как MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction — Снижение Стресса, Основанное на Майндфулнессе). При этом, как отмечает сам автор методики, MBSR — это лишь один из возможных способов привести идеи и практики буддизма в теорию и практику медицины и психотерапии [Kabat-Zinn, 2011].

Майндфулнесс — это практика безоценочного осознания продолжительного момента настоящего времени, помогающая распознать свои мысли, чувства и действия в момент их возникновения, не переходя на автоматические реакции.

Подобная практика основывается на следующих семи принципах:

1. Воздержание от категоризации и оценочных суждений в отношении переживаемого и осознаваемого опыта.
2. Терпимость в отношении своего ума и своего тела, в отношении своих желаний и стремлений.
3. Принятие установки «ум новичка» или «любопытный ум».
4. Доверие как базовая установка в отношении себя и своих чувств, своей интуиции — в противоположность опоре на внешние авторитеты.
5. Неделание, отказ от устремлений и целеполагания в ходе практики осознанной медитации.
6. Принятие вещей и явлений такими, каковы они в настоящий момент.
7. Непривязанность в отношении идей и тех элементов опыта, за которые цепляется наш ум и фокусируется внимание; стремление воспринимать весь опыт как равнозначный [Kabat-Zinn, 1990].

Начиная с 1990-х, отмечается резкий, экспоненциальный рост научных публикаций, посвященных практике осознанной медитации и, в частности, программам MBSR и МВСТ (основанная на осознанной медитации когнитивная терапия), а в ряде стран она была рекомендована в качестве когнитивной терапии при лечении депрессии [Williams and Kabat-Zinn, 2011]. Широкое распространение получили практические руководства по реализации идей осознанного

присутствия, в том числе на русском языке [Уильямс и Пенман, 2014; Замалиева и Еричев, 2016].

Применение майндфулнесс подхода в современных организациях.

Майндфулнесс-подход обладает чертами, делающими его релевантными в том числе в организационном контексте. Действительно, условия работы в современных организациях, действующих в высококонкурентной среде, создают благоприятную почву для возникновения многих психологических проблем, решение которых предполагается в прикладных программах на основе майндфулнесс.

Высокая интенсивность труда, конкуренция, ненормированный рабочий день и работа в режиме доступности 24/7, информационная перегрузка, многозадачность и, как следствие — интерференция задач, высокая сложность организационных проблем, интенсивные социальные взаимодействия, — эти черты, характерные для современной организации, приводят к множеству негативных эффектов: стрессам, профессиональному выгоранию, эмоциональному истощению, депрессиям, конфликтам, — которые, в свою очередь, негативно сказываются на производительности труда и качестве организационной среды.

Возможности и перспективы применения практики майндфулнесс в организациях, в частности, целенаправленной реализации программ осознанной медитации для сотрудников, начинают широко обсуждаться в современной литературе [Chaskalson, 2011; Dane, 2011; Van Gordon et al., 2014].

Многие крупнейшие зарубежные корпорации уже экспериментируют, а некоторые — успешно применяют программы осознанной медитации, что свидетельствует о востребованности и воспринимаемой перспективности данного подхода. К числу компаний, успешно реализующих такие программы, относятся Apple, Yahoo, Starbucks, Google [Bradberry, 2016]. Последняя, в частности, разработала целый курс под названием «Search Inside Yourself» (Поиск вну-

три себя), который доступен для всех сотрудников и пользуется у них большим успехом [Tan et al., 2014].

Вместе с тем, эмпирических исследований, посвященных влиянию практик майндфулнесс на организационную эффективность, к настоящему времени проведено сравнительно немного.

Так, в результате исследования влияния корпоративной программы снижения стресса, реализованной в американской страховой компании, было выявлено позитивное влияние практик осознанной медитации на снижение стресса у работников [Wolever et al., 2012]. Другие обнаруженные эффекты включали в себя улучшение сна, а также улучшение сердечного ритма, свидетельствующее о снижении реактивности и росте адаптивности нервной системы. Следует отметить, что этот эффект был достигнут благодаря реализации проекта небольшой длительности (12-14 часов всего в ходе 12 недель), а сам проект был разработан для категорий работников, подверженных наибольшему стрессу на рабочем месте.

В компании Dow Chemical Company использовалась дистанционная (онлайн) программа майндфулнесс для снижения стресса у сотрудников. Результаты подтвердили положительный эффект программы: было зафиксировано снижение воспринимаемого уровня стресса, рост психической устойчивости, энергии и вовлеченности в рабочий процесс [Aikens et al., 2014].

В докторской диссертации К. Литтла были представлены результаты эксперимента, проведенного в Департаменте образования и обучения Квинсленда (Австралия). Реализация программы осознанной медитации, проведенной со 131 работником, показала ее влияние на снижение сопротивления изменениям, но одновременно — и снижение инновационного поведения [Little, 2016]. Вместе с тем, в этом же исследовании было выявлено, что диспозиционная осознанность (майндфулнесс как черта личности) тесно связана с более высоким качеством отношений с коллегами, более позитивными эмоциями и ощущением самосовершенствования,

а также снижением сопротивления изменениям и ростом инновационности — что свидетельствует о необходимости дальнейших исследований.

Если в описанных выше исследованиях объектом интервенций выступали работники организации, то в исследовании Дж. Реб и коллег майндфулнесс подход был применен по отношению к лидерам организации. В данном случае также исследовалась диспозиционная осознанность. Исследование показало, что чем в большей степени руководитель склонен к осознанному восприятию настоящего (диспозиционной осознанности), тем ниже проявляется явление эмоционального выгорания у подчиненных, тем выше у них гармония между работой и жизнью, тем выше производительность и ниже девиантные проявления [Reb et al., 2014].

Другие исследования подтверждают наличие положительных эффектов от реализации корпоративных программ, основанных на осознанной медитации. Среди отмеченных эффектов: снижение стресса, рост производительности труда, снижение эмоционального выгорания, улучшение рабочей памяти и внимательности, улучшение психологического самочувствия, рост позитивного настроения, увеличение когнитивной гибкости, удовлетворенности трудом и др. (см. обзор в: [Little, 2016: 8-19]).

На наш взгляд, анализ существующих работ в области майндфулнесс позволяет заключить о большом потенциале программ данного рода в коммерческих и некоммерческих организациях, прежде всего, в знаниеемких отраслях, в которых работники находятся в состоянии постоянного стресса, обусловленного высокой интенсивностью труда, сложностью решаемых задач и давлением социальных факторов. Вместе с тем, необходимы дополнительные исследования, направленные на изучение эффективности реализуемых программ с учетом:

- специфики техники, используемой в конкретной программе;
- специфики бизнес-задач, стоящих перед организацией; реализующей программу осознанного присутствия (сни-

жение стресса, улучшение общего воспринимаемого благополучия, повышение лидерских качеств руководителя, снижение сопротивления изменениям, снижение профессионального выгорания, улучшения организационных коммуникаций и т. п.);

- влияния опосредующих факторов, таких как сложившаяся система управления, корпоративная культура, специфика отрасли или рабочих операций конкретных должностных позиций, и пр.;
- исходных личностных особенностей сотрудников, и др.

Таким образом, можно констатировать, что использование программ майндфулнесс для повышения эффективности в организации обладает большим потенциалом, однако требует их «тонкой настройки» в зависимости от специфики организационного контекста.

Литература

1. Замалиева С., Еричев А. Сила момента: Mindfulness: принципы осознанности для нового качества жизни. — Издательские решения, 2016.
2. Пуговкина О.Д., Шильникова З.Н. Концепция mindfulness (осознанность): неспецифический фактор психологического благополучия // Современная зарубежная психология. — 2014. — № 2. — С. 18-28.
3. Уильямс М., Пенман Д. Осознанность: Как обрести гармонию в нашем безумном мире. — М.: Манн, Иванов и Фербер, 2014.
4. Aikens K. A. et al. Mindfulness goes to work: Impact of an on-line workplace intervention. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2014. Vol. 56. P. 721-731.
5. Baer R.A. Measuring mindfulness. *Contemporary Buddhism*. 2011. Vol. 12. P. 241-261.
6. Brown K.W. and 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., and Creswell J.D. Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*. 2007. Vol. 18. P. 211-237.
8. Bradberry T. Could mindfulness make you a better leader? [Electronic resource]. *World Economic Forum*. 05 January 2016. URL: <https://www.weforum.org/agenda/2016/01/could-mindfulness-make-you-a-better-leader>. Date of access: 11.11.2016.
9. Der Velden A.M. and Roepstorff A. Neural mechanisms of mindfulness meditation: Bridging clinical and neuroscience investigations. *Nature Review Neuroscience*. 2015. Vol. 16. P. 439.
10. Eberth J. and Sedlmeier P. The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness*. 2012. Vol. 3. P. 174-189.
11. Fox K.C. R. et al. Is meditation associated Neural mechanisms of mindfulness meditation: Bridging clinical and neuroscience investigations with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2014. Vol. 43. P. 48-73.
12. Gethin R. On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*. 2011. Vol. 12. P. 263-279.
13. Goldin P., Ramel W., and Gross J. Mindfulness meditation training and self-referential processing in Social Anxiety Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2009. Vol. 23. P. 242-257.
14. Hölzel B.K. et al. How does meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*. 2011. Vol. 6. P. 537-559.
15. Ives-Deliperi V., Solms M., and Meintjes E. M. The neural substrates of mindfulness: An fMRI investigation *Social Neuroscience*. 2011. Vol. 6. P. 231-242.
16. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom*

- of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York: Delta, 1990.
17. Kabat-Zinn J. Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*. 2011. Vol. 22. P. 281-306.
 18. Little C.A. *Mindfulness at Work: PhD Thesis*. University of Queensland, 2016.
 19. Reb J.M., Narayanan J., and Sankalp C. Leading mindfully: Two studies of the influence of supervisor trait mindfulness on employee well-being and performance. *Mindfulness*. 2014. Vol. 5. P. 36-45.
 20. Segal Z.V., Williams M.G., and Teasdale J.D. *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression*. New York: The Guilford Press, 2013.
 21. Stahl B. and Goldstein E. *A mindfulness-based stress reduction workbook*. Oakland: New Harbinger Publications, 2010.
 22. Tan C.-M., Goleman D., and Kabat-Zinn J. *Search Inside Yourself: The Unexpected Path to Achieving Success, Happiness and World Peace*. New York: Harper One, 2012.
 23. Tang Y.-Y., Hölzel B.K., and Posner M.I. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Review Neuroscience*. 2015. Vol. 16. P. 213-225.
 24. Turner J. A. et al. Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*. 2016. Vol. 157. P. 2434-2444.
 25. Williams J.M. G. and Kabat-Zinn J. Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*. 2011. Vol. 22. P. 1-18.
 26. Wolever R.Q. et al. Effective and viable mind-body stress reduction in the workplace: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2012. Vol. 17. P. 246-258.

Когнитивно-поведенческий подход в адаптации пациентов с ожоговой травмой
Ильмузина А. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

Цель исследования: определить особенности психической адаптации пациентов в остром периоде ожоговой болезни и оказать психологическую помощь на госпитальном этапе клинико-психологического сопровождения.

Исследование проводилось на базе ожогового центра Городской клинической больницы №1 имени Н.И. Пирогова. В нем приняли участие 50 человек в возрасте от 22 до 35 лет (мужчин и женщин поровну) с диагнозом ожоговая болезнь II-III степени. Методы исследования: клиническая беседа и наблюдение; метод рисуночной фрустрации С. Розенцвейга; интегративный тест тревожности; копинг-тест Р. Лазаруса.

В ходе проведения клинической беседы пациенты, зачастую избегали говорить о своих психологических переживаниях, отмечали, что «мыслей нет», их жалобы носили, в основном, соматизированный характер. В качестве психологического механизма защиты здесь выступало отрицание. В дальнейшем они заявляли следующие характерные жалобы: угнетенность эмоционального состояния, нарушение сна. Обычно пациенты упоминали боль от ожога, которая не давала им отдохнуть в ночное время суток, также тревогу и усталость. Мужчины в основном высказывали беспокойство по поводу своей нетрудоспособности, а женщины больше переживали за своих детей и родителей. Многие пациенты опасались оперативного вмешательства.

При исследовании ситуативной и личностной тревожности, были выявлены следующие показатели: высокий уровень «ситуативной» тревожности в виде «эмоционального дискомфорта», «тревожной оценки перспективы»

и «астенического компонента». По данным теста С. Розенцвейга у пациентов с ожоговой болезнью вначале лечения повышен удельный вес эго-защитных реакций ($E-D > N-P > O-D$), то есть в ситуации фрустрации отмечается склонность к эго-защитным реакциям в форме агрессии направленной на окружающих и порицания партнёров по ситуации ($E > M > I$). Отмечалась низкая групповая адаптация (GCR). У пациентов с ожоговой болезнью было выявлено различное стресс-совладающее поведение, с преобладанием дезадаптивных копинг-стратегий: «дистанцирование», проявляющего себя в виде отдаления от ситуации, уменьшения её значимости и игнорирования.

Современный подход в профилактике отдаленных негативных последствий ожоговой травмы предполагает необходимость проведения как можно более ранней психологической реабилитации [8, 10]. На основании полученных психодиагностических данных нами была разработана и реализована программа психологической коррекции для пациентов с ожоговой болезнью. Целью программы психологической реабилитации пациентов с ожоговой болезнью средней степени тяжести было повышение адаптационного потенциала пациентов с ожоговой болезнью: гармонизация эмоционального и физического состояния и психологической устойчивости.

Программа психологической помощи опиралась на техники когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) [1, 2, 3, 4, 5]. Основной этап КПП коррекции проводился в госпитальных условиях (10 занятий) 1,0 час, 3 занятия в неделю. При составлении программы мы учитывали факторы психической дезадаптации: индивидуально психологические характеристики, актуальное физическое и эмоциональное состояние, направленность реакций в ситуации фрустрации, копинг-стратегии ожоговых больных.

В зависимости от стадии заболевания психологическое сопровождение пациентов с ожоговой болезнью имеет свои особенности. На стадии ожогового шока основными факторами

стресса являются внезапность, боль, страх, стыд. У пациента актуализирована потребность в безопасности. Для облегчения состояния пациента использовались техники «насыщения информацией», «когнитивного структурирования», прием «вентиляции эмоций». Большое внимание уделяется созданию рабочего альянса между пациентом, его родственниками, медицинским персоналом и психологом [9, 11].

На стадии токсемии пациент испытывает оторванность от привычного социального окружения, недостаток эмоциональной поддержки, страдает от тревожных мыслей о своем будущем, переживает изменения, связанные со своим внешним обликом. Для облегчения эмоционального состояния использовались приемы: техника «вентиляции эмоций», методика «инверсии возможностей», прием «когнитивной переработки» и «структурирования», десенсибилизация.

Особое место в структуре переживаний пациента занимает болевой синдром, выраженность которого может привести к развитию у них тревожных, депрессивных или дисфорических реакций. Боль при ожогах не связана с площадью обожженной поверхности и имеет, по-видимому, во многом эмоциональное, а не физическое происхождение [6, 7]. Психологическая работа с болевым синдромом основывалась на техниках когнитивно-поведенческой терапии [4, 12] и проходила в несколько этапов: информирование пациента о взаимовлиянии болевого синдрома и эмоционального состояния; переоценка значимости болевых симптомов; коррекция поведения путем переключения внимания на эмоционально-положительные стимулы, с активизацией деятельности доставляющей удовольствие. Все пациенты обучались аутогенной тренировке с использованием музыкотерапии, дыхательным техникам и когнитивным техникам работы с болью посредством ее созерцания, ощущения, мысленного раскладывания на компоненты, смещения фокуса на здоровые участки тела, трансформации ощущения боли в детальный визуальный образ с последующей редукцией.

На стадии реконвалесценции пациент проявлял обеспокоенность своим будущим, возможными проблемами в профессиональной и межличностной сфере. На данном этапе проводилась работа с чувством беспомощности и безнадежности, подготовка больного к новой социальной ситуации жизни после лечения ожога и принятие себя. Проводилось исправление когнитивных ошибок, имеющихся у больного, использовались приемы разъяснения — логический, эмпирический и прагматический диспут, сократовский диалог, а также техники «насыщения информацией», «отдаление», эмпирическая проверка, методика переоценки, «декатастрофизация», использование воображения, переоценка ценностей, техника «мобилизация надежды».

В процессе КПП-коррекции повысилась психическая адаптация пациентов с ожоговой болезнью, снизилась тревожность и стабилизировалось эмоциональное состояние, сформировались более адаптивные копинг-стратегии, которые могут использоваться как психический ресурс на этапе выздоровления.

Литература

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. — СПб.: Питер, 2003. — 304 с.
2. Бурно А. М. Методика инверсии возможностей: Пособие для врачей. — М.: РУДН, 2011. — 68 с.
3. Качалов П. В. Когнитивная и поведенческая терапия невротоподобных нарушений у больных ожоговой болезнью. Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии. — М., 1988. — С. 102-107.
4. Ковпак Д. В. Как преодолеть боль. Практическое руководство психотерапевта. — СПб.: Наука и техника, 2008. — 256 с.
5. Ковшова О. С. Психосоматическая модель здоровья и болезни // Аспирантский Вестник Поволжья. — 2014. — №11. — С. 140-141.

6. Лафи С.Г. Психологические особенности травматического стресса при ожоговой болезни // Психология стресса и совладающего поведения: Материалы III Международной научно-практической конференции. — Кострома, 2013. — С. 197-200.
7. Лафи С.Г., Лафи Н.М. // Боль при ожоговой болезни. Возможные пути изучения и коррекции // Комбустиология. — 2014. — № 51. — [Электронный ресурс] — URL: http://combustiolog.ru/number_journal/pomer-51-2014 (дата обращения 25.07.2016).
8. Полянина Д.А., Епифанова Н.М., Смирнов С.В. Особенности психотерапии при ожоговой болезни // Душевное здоровье человека — духовное здоровье нации: материалы V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии. — М.: изд-во Института психотерапии, 2002. — С. 87-89.
9. Factors Relating to Return to Work After Burn Injury/Wrigley M., Trotman B.K., Dimick A., Fine P. // Journal of Burn Care and Rehabilitation. — 1995. — Volume 16. — Issue 4. — 95 p.
10. Emotional Distress and Psychosocial Resources in Patients Recovering From Severe Burn Injury/Wallis H., Renneberg B., Ripper S., Germann G., Wind G., Jester A. // Journal of Burn Care and Research. — 2006. — Volume 27. — Issue 5. — P. 734-741.
11. Kiecolt-Glaser J.K., Williams D.A. // Self-Blame, Compliance and Distress Among Burn Patients // Journal of Personality and Social Psychology. — 1987. — Volume 53. — № 1. — P. 187-193.
12. Retrouvey H., Shahrokhi S. // Pain and the Thermally Injured Patient — A Review of Current Therapies // Journal of Burn Care and Research. — 2015. — Volume 36. — Issue 2. — P. 315-323.

Тренинг Mindfulness в практике схематерапевта Зрютин М. А.

Клиники Самарского Государственного Медицинского Университета

Психологический центр «Лаборатория тревожных расстройств»

Схематерапия, созданная на основе когнитивно-поведенческого направления Джеффри Янгом, на сегодняшний день привлекает внимание многих специалистов во всем мире, благодаря высокой эффективности в работе с пациентами с расстройствами личности. Такие пациенты часто охвачены неконтролируемыми эмоциями или отсутствием каких-либо переживаний. Схематерапия позволяет по-другому воспринимать эти состояния и относиться к ним, связывая их с работой определенных режимов и схем.

Все чаще схематерапевты начинают включать техники Mindfulness в свою работу. Основная цель — это развитие навыков управления своим вниманием. Благодаря этому появляется возможность более четко наблюдать за работой режимов и схем. Практика не направлена на изменение их активности, а способствует осознанному восприятию их автоматического включения и деятельности. Так же происходит более четкое осознание появляющихся эмоций, мыслей, физических реакций и стратегий совладания с ними.

Специально разработанный тренинг Mindfulness рекомендуется проводить перед началом терапии. Это будет способствовать повышению уровня осознанности и значительно повысит эффективность самой терапии. Бывает, что после прохождения только тренинга Mindfulness, наступает значительное улучшение состояния пациента, за счет понимания того, что и как с ним происходит.

Структура тренинга.

Тренинг проходит в групповом формате в количестве 8-12 участников. Включает в себя 8 сессий, плюс 2 дополнитель-

ные, продолжительность каждой встречи 1,5 часа. Состав группы может быть разнообразным, но все же следует подбирать участников — примерное равное количество по полу и примерно с одинаковыми эмоциональными проблемами. Основное отличие группы от терапевтической состоит в том, здесь приобретаются и обсуждаются конкретные навыки, не затрагивая личностные проблемы участников. Так же активно присутствует психообразовательная часть по поводу схем, режимов и практики осознанности. Еще одним отличающим моментом является то, что делается акцент на практическую часть. Выбирается 3 основные схемы и режимы, которые функционируют как объект внимания на протяжении всего курса.

Оценка проведения тренинга осуществляется с помощью YSQ, SMI-1 и Five Facet M Questionnaire. Акцент в этих опросниках делается на полученном опыте, а не на результатах в изменении симптомов, схем или режимов. Но часто эти изменения происходят, хотя это и не является задачей.

Показания и противопоказания.

Несмотря на то, что Mindfulness используется все чаще, на сегодняшний день нет научно-обоснованных критериев для показаний и противопоказаний. Критерии основываются на имеющимся клиническом опыте проведения тренинга и общепринятых методических рекомендациях.

Показания:

Рецидивирующие расстройства оси I:

- Сложности в контроле эмоций;
- Импульсивность и готовность к исследованию и изменению этого;
- Рецидивирующие сложности в социальном взаимодействии;
- Готовность к схематерапии, в сочетании с неуверенностью долгосрочного лечения;
- Готовность к схематерапии, в сочетании с ограниченным пониманием схем и режимов.

Противопоказания:

1. Тяжелые расстройства оси I, когда пациенты не способны адекватно концентрироваться на упражнениях или, когда упражнения кажутся слишком сложными с самого начала (например, в случае тяжелого расстройства злоупотребления психоактивными веществами);
2. Неспособность к обучению;
3. Неготовность вкладывать время в упражнения;
4. Социально-экономические жизненные обстоятельства, требующие неотложного внимания (например, ожидаемое выселение, чрезмерная финансовая задолженность, судебные иски);
5. Отсутствие способности к эмпатии.

Краткий обзор сессий тренинга.

Сессия 1. Схемы, режимы и тренинг осознанности.

1. Вводная часть, знакомство.
2. Обсуждение цели тренинга Mindfulness.
3. Теоретическая часть, обсуждение основных понятий и концепции схематерапии.
4. Теоретическая часть: обсуждение основных понятий и концепции Mindfulness.
5. Упражнение: «Изюм».
6. Дневник схем и режимов.
7. Упражнение: «Сканирование тела».

Сессия 2: Осознание вашего состояния.

1. Обсуждение уровня осознанности схем за прошлую неделю и домашнего задания.
2. Упражнение: «Сканирование тела».
3. Упражнение: «Осознание происходящего внутри».

Сессия 3: Осознанное дыхание.

1. Обсуждение уровня осознанности схем за прошлую неделю и домашнего задания.
2. Упражнение: «Осознанное дыхание».
3. Упражнение «Осознанность болезненных воспоминаний».

Сессия 4: Осознанность и копинг-стратегии.

Обсуждение уровня осознанности схем за прошлую неделю и домашнего задания.

4. Упражнение: «Осознанное дыхание».
5. Теоретический разбор копинг-стратегий.
6. Упражнение: «Осознанное жонглирование». Обсуждение схем и копингов.

Сессия 5: Принятие происходящего.

1. Обсуждение уровня осознанности схем за прошлую неделю и домашнего задания.
2. Упражнение: «Осознанное дыхание».
3. Упражнение: «Трехминутная осознанность схем».
4. Упражнение: «Осознанное принятие себя и другого».

Сессия 6: Схемы: факт или вымысел?

1. Обсуждение уровня осознанности схем за прошлую неделю и домашнего задания.
2. Упражнение: «Осознанное дыхание».
3. Упражнение: «Трехминутная осознанность схем».
4. Упражнение: «Проявление намерения».
5. Упражнение: «Отпускание схем».

Сессия 7: Забота о себе через Здорового взрослого и Счастливого ребенка.

1. Обсуждение уровня осознанности схем за прошлую неделю и домашнего задания.
2. Упражнение: «Осознанное дыхание».
3. Обсуждение режимов Здорового взрослого и Счастливого ребенка.
4. Упражнение: «Осознание Здорового взрослого и Счастливого ребенка».
5. Упражнение: «Подготовка к будущему».
6. Упражнение: «Что нужно Здоровому взрослому и Счастливому ребенку?»
7. Упражнение: «Осознание схем как просто мыслей».

Сессия 8: Будущее.

1. Обсуждение принципов использования приобретенных

навыков в будущем.

2. Обсуждение уровня осознанности схем за прошлую неделю и домашнего задания.
3. Упражнение: «Осознанное дыхание».
4. Упражнение: «Осознание себя как ребенка и взрослого».
5. 20 заключительных минут сессии использовать для обсуждения и оценки программы тренинга.

После окончания тренинга, первая дополнительная сессия проходит через 1 месяц, вторая через 2 месяца. Основная задача заключается в сохранении и освежении в памяти приобретенных ранее навыков. Количество дополнительных сессий может быть увеличено по желанию участников.

Резюме. Тренинг Mindfulness, предшествующий личной терапии, может значительно ее облегчить и ускорить. Приобретенные навыки позволят лучше осознавать активизацию и работу схем и режимов, это будет способствовать более эффективной работе над ними.

Список литературы:

1. Куда бы ты ни шел — ты уже там, Кабат-Зинн Джон, 2006.
2. Mindfulness and Schema Therapy A Practical Guide Michiel van Vreeswijk Jenny Broersen Ger Schurink, 2014.
3. Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, Van Genderen & Arntz, 2009.
4. Handboek schematherapie: theorie, praktijk en onderzoek, Van Vreeswijk, Broersen, & Nadort, 2012.
5. Schema Therapy: A Practitioner's Guide, Young, Klosko, & Weishaar, 2003.
6. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, by Segal, Williams, and Teasdale (2002).

Возможность интеграции нарративных техник в процесс когнитивно-поведенческой психотерапии

Казакова М.Б.

**ООО «Клиника Доктора Подвигина»
(Воронеж, Россия)**

Когнитивно-поведенческая психотерапия — направление, подтвердившее высокую эффективность в клинических исследованиях и имеющее фундаментальную научную базу: методы работы базируются на физиологических концепциях, наличествует последовательная формализованная структура терапевтического процесса, теоретические понятия и терминология тесно связаны с психологией и с психиатрией, что является несомненным достоинством и преимуществом, создает широкие перспективы для практического, в том числе и интегративного применения.

Необходимым этапом процесса когнитивно-поведенческой психотерапии является проведение концептуализации случая — построение цельного предположения о том, как человек конструирует вокруг себя реальность, выяснение, посредством каких когнитивных структур (схем, убеждений, правил) организован индивидуальный опыт и поведение, выявление среди этих структур дисфункциональных суждений и установок, поддерживающих проблемные формы поведения, для дальнейшего их изменения на более адаптивные [2,4]. Таким образом, обнаруживается индивидуальный способ организации содержания сознания, так как сознание создает и поддерживает целостную непротиворечивую картину мира [1,6,8].

В ходе терапевтического процесса зачастую удается обнаружить в целом крайне пессимистичный стиль толкования действительности, поддерживаемый ригидными конструктами в сознании клиента (глубинными установками неприятия и беспомощности), продиктованными прошлым ранним опытом. Данные установки не служат адаптации, а, напротив,

дают высокий уровень экзистенциальной тревоги, ощущение небезопасности мира, ненадежности других людей, собственной малозначимости, беспомощности, одиночества, скуки, отчужденности, ощущения бессмысленности [4].

Процесс коррекции глубинных установок затрудняется свойством сознания сглаживать когнитивный диссонанс: противоречия реальных фактов привычному стилю толкования, убеждениям (хотя бы и мало соответствующим действительности) напрямую не воспринимаются. Человек склонен противоречия не просто не заметить, а именно заметить и активно проигнорировать (негативный выбор). Столкнувшись с противоречащей информацией, сознание прежде всего пытается исказить или удалить ее из осознаваемого содержания (закон Фрейда — Фестингера), чтобы не переживать тревогу, сохранить иллюзию контроля, ощущение некоей правильности и логичности мира [1].

В связи с чем, требуется длительная и кропотливая работа не только по дискредитации дисфункционального убеждения, поиску адаптивной альтернативы, по смене выбора, проверке и закреплению нового суждения жизненным опытом, но и труд по интегративному «встраиванию» нового убеждения в «жизненный миф», в когнитивную карту пациента для стойкого системного эффекта — придания личности целостности и психологической гибкости.

Классическими когнитивными приемами коррекции глубинных убеждений являются использование метафор, исследование глубинного убеждения в контексте жизненного опыта пациента, реструктурирование ранних воспоминаний [2].

Настоящая статья раскрывает практическую возможность использования нарративных техник для выявления и коррекции дезадаптивных глубинных убеждений.

Нарратив — это структурированный логичный рассказ, отражающий индивидуальное восприятие реальности, а также способ организации субъективного опыта, попытка самоидентификации и самопрезентации личности, в то время как автобиография является простым перечислением

фактов. Основная идея нарративной психологии — человек конструирует свою самость, когда повествует о своей жизни и придает ей смысл в процессе и с помощью своей личной истории. Так наша ежедневная реальность постоянно конструируется и преобразуется в языке, возникают определяющие жизнь сюжеты. Нарратив концентрирует внимание самого человека — автора жизнеописания, на собственном опыте, на том, как он его переживает, воспринимает и интерпретирует, на осознании ценностей и смысла жизни через смысл собственной истории [5,7,9].

Способность нарративов передавать индивидуальное значение событий особенно актуальна, так как в настоящее время ни одна из «моделей значения» не является общей — системное расслоение общества, цивилизационный кризис [6]. Современность наполнена множеством моделей и примеров того, каким образом можно прожить жизнь, о согласии между ними говорить не приходится. Каждый, по сути, конструирует свой (внутренний) порядок вещей, а не обнаруживает существующий (внешний), что было свойственно для традиционных обществ.

Нарратив является социальным конструктивизмом, частью большого социального диалога, тем, что связывает концепт самости, язык и общество [3].

В ходе психотерапевтической работы визуализировать нарратив можно, попросив пациента его написать в виде структурированного текста. При этом необходимо соблюдать периодизацию, выделив главы жизни, отметить ключевые события и значимых людей, выразить к ним отношение, отразить привычные способы совладания (промежуточные убеждения) со стрессами и проблемами, затем свести воедино серию событий, чтобы по отношению друг к другу они имели смысл, «осюжетить» [5,7].

Техники нарративов применимы уже со старшего подросткового возраста, когда начинается реконструкция собственного прошлого, осознанное восприятие своего настоящего и предвосхищение будущего в терминах некой

Я-истории (self-story). Именно в период с 15 до 25 лет современные люди максимально озабочены формированием своей идентичности, формулируют интегрирующие жизненные истории — нарративы, чтобы дать ответ тем вызовам, с которыми они сталкиваются.

Нарративные техники помогают в восстановлении целостной идентичности. Признавая фактически случившиеся события, не фантазируя, не подменяя прошлого, а дополняя интерпретацию и уточняя значимость событий, принимая ответственность и лучше организуя опыт, личность становится более гибкой, как следствие более адаптированной. Осознание личного нарратива позволяет ослабить эффект функциональной фиксированности на неэффективных стратегиях (за счет смены контекста), предоставляет возможность для обновления и ответственного использования адаптивных способов решения проблем. Терапевтический нарратив связан с расширением границ «минимальной самости», наиболее полно соответствует ценностной системе клиента, позволяет эффективнее достигать личных целей.

Таким образом, использование нарративных техник представляется возможным и эффективным в процессе когнитивно-поведенческой психотерапии как на этапе концептуализации случая, так и на этапе коррекции дисфункциональных глубинных убеждений.

Список литературы:

1. Аллахвердов В. М. и др. Экспериментальная психология познания: когнитивная логика сознательного и бессознательного. — СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2006.
2. Бек Д. С. Когнитивная терапия: полное руководство. — М.: ООО «И. Д. Вильямс», 2016.
3. Гусейнов Г. Ч. Нулевые на кончике языка: Краткий путеводитель по русскому дискурсу. — М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2012.
4. Ковпак Д. В., Третьяк Л. Л. Депрессия. Современные

- подходы к диагностике и лечению. — СПб.: Наука и Техника, 2013.
5. Кроссли М.Л. Нарративная психология. Самость, психологическая травма и конструирование смыслов. — Х.: «Гуманитарный центр», 2013.
 6. Курпатов А.В. Пространство мышления. Соображения. — Издательство: «Трактат», 2016.
 7. Макадамс Д.П. Психология жизненных историй. — Журнал «Методология и история психологии». Том 3. Выпуск 3, 2008.
 8. Психология мышления/Под редакцией Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Ф. Спиридонова, М.В. Фаликман, В.В. Петухова. — 2-е издание, переработанное и дополненное. — Москва: АСТ, 2008.
 9. Уайт М. Карты нарративной практики. Введение в нарративную терапию. — Генезис, 2010.

**Применение рационально-эмотивной терапии
А. Эллиса в работе с сотрудниками уголовно-
исполнительной системы: возможности и
ограничения**

Капустина В. А., Мартельянова А. Е.

**Федеральное государственное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный
педагогический университет»,**

**Федеральное государственное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный технический
университет»**

В современном обществе человек, который не в силах справиться с возникшими трудностями, обращается за помощью к психологу. Сотрудники уголовно-исполнительной системы (далее — УИС) не являются исключением. Служба в УИС накладывает определенный отпечаток на личность человека, поэтому вопросы, с которыми работает психолог в данной системе, будут отличаться от тех, с которыми работает этот же специалист в гражданских учреждениях.

Как известно, рационально-эмотивная терапия (далее — РЭТ) Альберта Эллиса успешно работает, ее использование в психологической практике позволяет достигнуть высоких результатов в терапевтическом процессе.

Цель данной статьи в форме теоретического исследования — изучение возможностей применения техник РЭТ в психопрофилактике и психокоррекции синдрома эмоционального выгорания сотрудников УИС и его последствий.

Объект - синдром эмоционального выгорания сотрудников УИС.

Предмет — возможности применения техник РЭТ при работе с синдромом эмоционального выгорания сотрудников УИС.

Прежде, чем переходить к описанию возможностей применения РЭТ в работе с синдромом эмоционального вы-

горания сотрудников уголовно-исполнительной системы, определимся с базовыми понятиями.

Долгий срок службы в УИС зачастую способствует возникновению у сотрудника синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Данное понятие ввел в психологию американский психиатр Герберт Фрейденберг в 1974 году и описал его как нарастающее эмоциональное истощение, которое может способствовать личностным изменениям в коммуникативной сфере (вплоть до возникновения когнитивных искажений). Некоторые из признаков СЭВ: неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, тревога и депрессия, эмоционально-нравственная дезориентация, неудовлетворенность собой и т. д.

РЭТ является формой когнитивной психотерапии, которую разработал Альберт Эллис; она основана на устранении имеющихся у клиента иррациональных суждений. В качестве теоретического обоснования А. Эллис предложил модель «опосредования», иначе говоря, «А-В-С — теорию». Согласно данной теории, негативно охарактеризованные эмоции (например, фрустрация, разочарование) или поведение (С) появляется не в результате непосредственно какого-либо события (А), а только опосредованно, за счет системы интерпретаций или верований (В). Цель психотерапии в соответствии с моделью «опосредования» — обнаружить и устранить такие системы интерпретаций, которые приводят к возникновению нарушений в эмоциональной и поведенческой сфере. А. Эллис описал более десятка наиболее значимых иррациональных убеждений, с помощью которых клиент дает характеристику окружающему миру и самому себе, устойчивое воспроизведение которых, как правило, способствует появлению тех или иных нарушений. Прибегая к логическим рассуждениям и убеждениям, клиент осознает особенности своих оценок окружающего мира и себя в нем, устраняет в них иррациональную составляющую и, обратившись к принципу реальности, приобретает новый опыт, который основан на том, что человек открыт по отно-

шению к собственной индивидуальности, к другим людям и к своим творческим потенциалам.

Служба в УИС не предполагает чрезмерного проявления эмоций сотрудниками, скорее наоборот, излишняя эмоциональность может негативно сказаться на взаимодействии сотрудников со спецконтингентом и личным составом. Однако отсутствие внешнего проявления эмоций не говорит о том, что человек их не испытывает. Если сотрудник подавляет эмоции, желая соответствовать требованиям службы, напряжение накапливается, вследствие чего могут возникнуть вспышки, гнева агрессии и других эмоций, которые привычно называются «отрицательными», как вариант проявления синдрома эмоционального выгорания в форме неадекватного избирательного эмоционального реагирования. Мы полагаем, что в такой ситуации необходимо применять навыки саморегуляции, обращаясь к рационально-эмотивной терапии А. Эллиса.

Например, у сотрудников УИС могут возникнуть такие иррациональные установки, как «Мир должен быть справедлив», «Я всегда могу все контролировать», «Преступник не исправим» и т. д., что негативно скажется на эмоциональной сфере и поведенческих реакциях. Как отмечалось ранее, рационально-эмотивная терапия А. Эллиса успешно работает с такого рода иррациональными установками, избавление от которых способствует улучшению эмоционального состояния и поведения.

Первоочередной задачей психолога в этом случае становится в первую очередь определение эмоций сотрудника, в том числе, обучение клиента навыкам самостоятельного выявления и осознания своих эмоциональных проявлений, затем — поиск и изменение тех иррациональных убеждений, которые лежат в основе такого типа эмоциональных проявлений.

Рассмотрим подробнее возможности и ограничения применения РЭТ в работе с сотрудниками УИС.

Длительное переживание симптомов эмоционального выгорания нередко приводят к формированию стресса у со-

трудников. Информационная нагрузка, высокий уровень ответственности, нестабильный график работы, коммуникация со спецконтингентом, правовая регламентация труда являются неотъемлемой частью профессиональной деятельности сотрудника ФСИН. Н. П. Поливаевой отмечено, что данные факторы могут способствовать возникновению стресса у сотрудников УИС [3]. Негативная интерпретация событий способствует появлению «негативных» эмоций, в результате чего возникает состояние стресса. Проведение рационально-эмотивной терапии позволяет выработать стрессоустойчивость у сотрудников.

Нередки случаи злоупотребления алкоголем, употребления наркотиков сотрудниками УИС. Наличие таких проблем отмечено Е. В. Овчаровой, которая указывает на высокие показатели количества нарушений (незаконное приобретение и хранение наркотических средств), допущенных сотрудниками УИС [2, с. 108], Р. С. Илатовским и Б. В. Ильиным, подчеркивающими характерность для сотрудников злоупотребления спиртными напитками [1]. Здесь также будет эффективно применение РЭТ А. Эллиса: клиент обучается умению наблюдать последовательность внешних событий и реакций на них. После осуществления терапевтического процесса появляется осознание ответственности за собственное поведение.

Данные, полученные Н. В. Яковлевой, подчеркивают эффективность применения РЭТ в психотерапевтической практике с работниками социальной сферы (врачами), имеющими симптомы СЭВ [4]. Использование техник РЭТ позволяет избавиться от симптомов СЭВ, уменьшить их количество, снизить их интенсивность, что в целом означает улучшения эмоционального состояния сотрудника. В результате работы с психологом, сотрудник сможет самостоятельно использовать подходящие ему техники управления эмоциональной сферой.

Несмотря на широкий спектр вопросов, с которыми эффективно справляется РЭТ, у нее имеются определенные ограничения. Так, рационально-эмотивная терапия пред-

полагает наличие у клиента высокого уровня умственного развития, по этой причине не подходит тем людям, у кого этот уровень достаточно невысок. Фактором, затрудняющим терапию, может быть неспособность клиента к рефлексии. РЭТ слишком активна и директивна. Терапия с легкостью показывает клиентам наличие иррациональных убеждений, но это не всегда способствует побуждению изменить данные деструктивные установки.

Таким образом, в статье были рассмотрены основные возможности и ограничения применения рационально-эмотивной терапии Альберта Эллиса в работе с сотрудниками уголовно-исполнительной системы.

Список использованных источников:

1. Илатовский Р.С., Ильин Б.В. Кадровая безопасность в УИС // материалы конференции «Perspective innovations in science, education, production and transport», 16-26.12.2014 г. [Электрон. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.sworld.com.ua/konfer37/719.pdf> (дата обращения: 02.02.2017 г.).
2. Овчарова Е. В. Экспериментальное изучение влияния краткосрочной коррекции на психические состояния сотрудников отделов охраны УИС, несущих службу с оружием // Прикладная юридическая психология, 2012. — № 1. — С. 107-114.
3. Поливаева Н.П., Филиппова Д.Г., Шумаров А.П. Опыт теоретического и эмпирического осмысления социально-психологических проблем профессиональной деятельности сотрудников УИС // Вестник Воронежского института ФСИИ России, 2013. — № 1. — С. 169-174.
4. Яковлева Н. В. Диагностика и коррекция дезадаптивных нервно-психических состояний у врачей поликлиники среднего и пожилого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.30. — СПб., 2012. — 26 с.

Когнитивно-поведенческий подход в психологической подготовке врачей для работы на крупных спортивных мероприятиях ФИФА-2018
Ковшова О. С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Современный человек подвергается постоянному воздействию стрессовых факторов, имеющих, в основном, психоэмоциональный, возможно затяжной характер, что подвергает функциональные ресурсы организма серьезному испытанию. Устойчивость к стрессовому воздействию или адаптационные возможности организма являются одной из важнейших особенностей врачей и медицинских работников [2]. Своевременная психологическая подготовка квалифицированных медицинских кадров позволит качественно провести прием и обслуживания гостей и участников чемпионата мира по футболу FIFA 2018 года [1,3].

Цель исследования — выявить особенности психической саморегуляции и социальной адаптации медицинского персонала для работы на крупных спортивных мероприятиях и провести когнитивно-поведенческую коррекцию эмоционального состояния и дезадаптивного поведения в ситуации фрустрации.

Выборка и методы исследования.

Выборка испытуемых составила 60 человек — 35 мужчин и 25 женщин, Исследование проводилось на базе Центра ФИФА – 2018 при Самарской Областной Клинической больнице им. В.Д. Середавина (главный врач, к. м. н. — А. С. Бенян). Обследовано 60 врачей, которые дали согласие принимать участие в работе медицинских бригад, обслуживающих крупное спортивное мероприятие ФИФА-2018. Выборка разделена на три возрастно-половые подгруппы, согласно направлению и типу эмоционального реагирования

в ситуации фрустрации, представлены психологические характеристики.

Методы исследования: метод рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга (1944) в модификации Н. В. Тарабриной (1973).

- методика СМОЛ (Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников и Р.В. Роженец);
- опросник «Стиль поведения в конфликте» разработан К. Томасом в адаптации Н.В. Гришиной (1989);
- авторская программа когнитивно-поведенческой коррекции эмоционального состояния и дезадаптивного поведения у врачей в ситуации фрустрации;
- статистический анализ проводился с помощью компьютерной программы для статистической обработки данных — SPSS Statistics-2012.

Исследование индивидуально-психологических характеристик личности врачей не выявило достоверных различий в профиле личности в зависимости от типа эмоционального реагирования в ситуации фрустрации.

В первом «самозащитном — экстрапунитивном» типе эмоционального реагирования ($ED > NP > OD$), встречающимся у 70% группы обследованных, в ситуации фрустрации повышается удельный вес экстрапунитивных реакций $E (43,7\%) > M (31,3\%) > I (25,0\%)$ в форме агрессии во вне, показатель безобвинительных реакций ($\Sigma M + I$) = 33,4% повышен, что говорит о переработке агрессии, отрицание значимости конфликтной ситуации (m); в форме «...оправдания партнеров по ситуации» ($M > m > M$ »), что может говорить о снижении фрустрационной толерантности или стрессоустойчивости у врачей 1-ой подгруппы.

Во втором «необходимо-упорствующем-экстрапунитивном» типе эмоционального реагирования ($NP > ED > OD$), встречающимся у 15% врачей в нашем наблюдении, в ситуации фрустрации показатель безобвинительных реакций ($\Sigma M + I$) = 54,1% повышен в 1,8 раза, за счет высоких значе-

ний (e), что говорит об избегании агрессии, разрешения конфликтной ситуации ($i=3,0, p \leq 0,05$), и надежды на благоприятном исход, отрицание значимости конфликтной ситуации ($m=3,0, p \leq 0,05$). Выявлена высокая самостоятельность в разрешении конфликтов ($i/e = 0,67 \pm 0,12, p \geq 0,1$).

В третьей подгруппе эмоционального реагирования — «препятственно-доминантном интрапунитивном» типе, встречающейся у 10% обследованных врачей, в ситуации фрустрации удельный вес экстрапунитивных реакций ($\Sigma E = 33,3$) ниже значений стандартов эмоционального реагирования по Н. В. Тарабриной (норма=46-52%).

Корреляционный анализ достоверно значимых факторов дезадаптивного поведения позволил выявить достоверно значимые критерии (таблица № 1) по степени их значимости в ситуации фрустрации и поведения в конфликте.

Таблица № 1

Критерии психологического отбора врачей по коэффициенту психологической устойчивости к стрессу (ΣK)

	Психологические критерии $p \leq 0,05$	Значимые Границы показателей	Коэффициент психологической устойчивости к стрессу (K)
1	8 шкала СМОЛ «индивидуалистичность»	≤ 40 баллов	1 балл
2	GCR по С. Розенцвейгу	$\leq 40\%$	1 балл
3	«Избегание» – 4 шкала по Томасу	≥ 7 баллов	1 балл

Примечание: $\Sigma K \leq 1$ балла — годен к работе на крупных спортивных мероприятиях. $\Sigma K = 3$ баллам и выше — не пригоден к работе; $\Sigma K = 2$ баллам — условно годен, нуждается в психологической коррекции поведения в ситуации фрустрации.

Из числа врачей проходивших психологическое обследование не пригодны к работе в ситуации фрустрации на крупных спортивных мероприятиях 3 человека (5% от общего числа врачей). 12 человек условно годны к работе и нуждаются в тренинге коммуникативных навыков.

Единой методологической основой явился когнитивно-поведенческий подход при составлении психокоррекционной программы, гуманистическое отношение к участникам группы с полным принятием и уважением их свободы,

с созданием благоприятного психологического микроклимата, с поощрением открытости в выражении эмоций.

Дифференцированный подход в работе в подгруппах проводился с учетом мишеней психологической коррекции. I-группа (врачи с интрапунитивным препятственно-доминантным эмоциональным реагированием — 3 подгруппа из обследованных врачей).

Мишени психологической коррекции: 1) повышение самооценки и уверенности в себе; 2) самосознание неадаптивного поведения; 3) научение выражению и отреагированию эмоций.

II-группа (врачи с экстрапунитивным типом эмоционального реагирования 1-2 подгруппы обследованных врачей).

Мишени психологической коррекции: 1) самосознание поведения в конфликтных ситуациях; 2) обучение конструктивной конфронтации; 3) повышение творческих ресурсов личности;

Цель психокоррекционной программы когнитивно-поведенческого тренинга «Мир внутри и вокруг нас» — коррекция эмоционального состояния и поведения в ситуации фрустрации и конфликте.

Задачи: 1) повышение эмоциональной устойчивости, обучение методам эмоциональной саморегуляции; 2) психологическая поддержка и закрепление навыков адаптивного поведения.

Психокоррекционная работа проводится в рамках групповой когнитивно-поведенческой психокоррекции, направленная на решение проблем, которые выявились на этапе диагностики и включает в себя 10 занятий. Состав группы 12 человек, группа гетерогенна по полу и возрасту. Занятия проводятся 1 раз в 7 дней. Длительность занятий 90 минут. Цель — развитие аффективной чувствительности, повышение психической активности, самоосознания поведения и деятельности. Акцент сделан на тренинговой работе по выработке определенных поведенческих стратегий и навыков.

Заключительный этап включал оценку эффективности проведенной работы, выдачу рекомендаций, создание мо-

тивации на использование полученного опыта в реальной жизни и профессиональной деятельности. После проведенных занятий врачи отмечали улучшение самочувствия (появление бодрости), желание общаться с другими людьми, снижение тревожности, страхов и демонстрировали более высокую степень автономности и активности в работе.

Список литературы

1. Злоказова Н.Е. Международный опыт подготовки кадров сферы туризма и сервиса в решении задач кадрового обеспечения Олимпиады «Сочи-2014». Вестник международных организаций., 2008. — N 7-8 (22).-с85–97.
2. Зорин И. В., Себбан А., Рябов А. К. Проект ЕВРОДИП по подготовке волонтеров для Олимпиады-2014 в Сочи // Подготовка кадров для Олимпиады: проблемы и перспективы: Материалы 1-й Международной научно-практической конференции (13-16 мая 2008 г.)/Отв. ред. Г.М. Романова. Сочи: РИО СГУТиКД, 2008. С. 78-79.
3. Ильин Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности — СПб., 2010. — с. 284.

Ожирение, нарушение пищевого поведения и прокрастинация. Опыт врача-гастроэнтеролога

Лаптева Е.Н., Попова Ю.Р., Дмитриченко М.С., Дьячкова-Герцева Д.С.

Клинико-диагностический центр Федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ,

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»,

Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение «Санкт-Петербургский Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирение, метаболический синдром, методы лечения ожирения, нарушение пищевого поведения, когнитивно-поведенческая психотерапия, прокрастинация.

Аннотация: в статье показана связь проблемы ведения пациентов с избыточной массой тела с явлением прокрастинации и доказана необходимость комплексного подхода в лечении с применением когнитивно-поведенческой психотерапии.

Более тридцати лет принимая пациентов с самыми различными заболеваниями, я наблюдаю одну и ту же картину. Больные с избыточной массой тела на консультации в 75% случаев предъявляют различные жалобы на повышение АД, на повышенный уровень холестерина, повышенную утомляемость, одышку при ходьбе, сонливость после еды, плохой сон и много другое. Однако если задать вопрос «беспокоит ли Вас Ваш вес?» пациент обычно колеблется, говорит,

пожалуй, да, но при этом толком не отдает себе отчет в том, что корень всех его многочисленных проблем со здоровьем именно в избыточной массе тела. С другой стороны, когда такой пациент попадает на консультацию к интернисту, каждый узкий специалист начинает лечить свое профильное заболевание, гипертонию, диабет, нарушение репродуктивной функции, нарушение потенции и другие последствия ожирения, не обращая никакого внимания на причину, которая привела пациента к данным проблемам, то есть, ожирение, и в лучшем случае совет один — Вам нужно меньше есть и желательно похудеть. Чаще всего эта рекомендация звучит вскользь и рассматривается как второстепенная.

Напомним, что избыточной массой тела или ожирением, по определению ВОЗ, считается чрезмерное накопление жировой ткани в различных частях тела или внутренних органов, которое может привести к нарушению здоровья. То есть, ожирение — это полиэтиологическое хроническое заболевание обмена веществ, которое проявляется избыточным отложением жировой ткани в организме. [2]

По данным ВОЗ, за последние 30 лет количество людей, страдающих избыточным весом, увеличилось более чем в два раза, что способствует не только росту заболеваний, но и снижению продолжительности жизни, ее качества, нарушению социального функционирования, межличностного общения, появлению эмоционального дискомфорта. Неудовлетворенность своей массой тела, внешним образом, взаимодействием с окружающими, партнерскими отношениями значимо и негативно влияет на одну из базовых психологических структур — самоотношение.

По оценкам ВОЗ на 2014 год — более 1,9 миллиарда взрослых старше 18 лет имеют избыточный вес. Из них свыше 600 миллионов страдают ожирением. И согласно прогнозам, эти цифры будут только увеличиваться. Основными факторами, приводящими к ожирению (по ВОЗ) считаются:

- глобальное изменение питания в сторону повышенного потребления энергоемких продуктов питания с высоким

содержанием жира и сахаров и низким содержанием витаминов, минералов и других питательных микроэлементов

- тенденция к снижению физической активности в связи с сидячим характером многих форм деятельности, изменением способов передвижения и возрастающей урбанизацией. [1]

Существуют различные классификации ожирения. В зависимости от этиологии заболевание систематизируют следующим образом:

- Классификация В. Г. Баранова (1977):
 1. Спонтанное (эссенциальное);
 2. Вторичное (симптоматическое).
- Классификация Д. Я. Шурыгина, П. О. Вязицкого, К. А. Сидорова (1980);
- Классификация ожирения по характеру распределения жировой ткани (классификация J. Vague);
- Классификация С. А. Бутровой (1996)

Ряд ученых предлагают систематизацию по морфологическим особенностям жировой ткани:

- Классификация ожирения по Л. Б. Сейленс (1985) (включает этиологические, морфологические, патогенетические факторы);
- Классификация ожирения по этиологическому принципу, включающая характер распределения жировой ткани и осложнения (Дедов И. И. и др. 2007).

Согласно МКБ-10 классификация ожирения выглядит так:

- Локализованное отложение жира;
- Ожирение:
 1. Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов;
 2. Ожирение, вызванное приемом лекарственных средств;
 3. Крайняя степень ожирения, сопровождаемая альвеолярной гиповентиляцией;
 4. Другие формы ожирения;
 5. Ожирение нетучное.

- Другие виды избыточности питания:
 1. Гипервитаминоз А;
 2. Гиперкаротинемия;
 3. Синдром мегадоз витамина В6;
 4. Гипервитаминоз D;
 5. Другие уточненные формы избыточности питания.
- Последствия избыточности питания.

Систематизированный подход к изучению проблемы, да и само наличие различных классификаций ожирения говорит о том, что за избыточным весом стоит серьезная угроза здоровью человека. И это, прежде всего, осложнения, к которым приводит невнимательное отношение к увеличению массы тела. Основными осложнениями ожирения считаются:

- Сердечно-сосудистые заболевания (главным образом, болезни сердца и инсульт), которые уже являются ведущей причиной смерти в мире, ежегодно приводя к 17 миллионам смертельных исходов;
- Диабет, который быстро становится глобальной эпидемией. По прогнозам ВОЗ, в течение ближайших 10 лет смертность от диабета во всем мире возрастет более чем на 50%;
- Скелетно-мышечные нарушения;
- Некоторые онкологические заболевания (рак эндометрия, молочной железы, толстой кишки и др.).

В последние годы возрос интерес учёных всего мира к проблеме метаболических нарушений у больных с ожирением. Ожирение в сочетании с различными нарушениями обмена веществ получило название метаболического синдрома. Предположения об их возможной общности высказывались уже в 60-е годы, однако лишь в 1989 г. N. Kaplan объединил артериальную гипертензию, нарушение толерантности к глюкозе и гипертриглицеридемию с абдоминальным ожирением, назвав это сочетание «смертельный квартет». Выделяют основные симптомы метаболического синдрома:

- абдоминально-висцеральное ожирение;
- инсулинорезистентность и гиперинсулинизм;

- дислипидемия;
- артериальная гипертензия;
- нарушение толерантности к глюкозе;
- ранний атеросклероз;
- ИБС;
- нарушение гемостаза;
- гиперурикемия и подагра;
- микроальбуминурия;
- гиперандрогения.

Метаболический синдром приводит не только к развитию различных сердечно-сосудистых осложнений, мозговых инсультов, но также может служить основной причиной как внезапной смерти, так и общей смертности у населения [2]. К слову, наиболее подробная классификация ожирения среди вышеперечисленных – это классификация по этиологическому принципу, включающая характер распределения жировой ткани и осложнения [5], где в ряду осложнений выделен метаболический синдром в различных стадиях.

Классическими методами диагностики ожирения являются:

- Определение объемов (объем талии, объем бедер)
- Определение весо-ростового показателя - индекса массы тела (ИМТ) = масса тела : рост м² = кг/м².
- Биоимпедансный метод - основан на измерении электрического сопротивления конечностей и туловища. При этом электрическое сопротивление жировой, костной и мышечной тканей различно. Результаты измерений автоматически обрабатываются компьютером.

ИМТ – наиболее доступный и простой метод определения избыточной массы тела или ожирения у взрослого населения.

- ИМТ равно или более 25 определяется как «избыточная масса тела»
- ИМТ равно или более 30 определяется как «ожирение»

Эти предельные точки лежат в основе проведения оцен-

ки на уровне отдельных лиц, однако имеются данные о прогрессивном возрастании риска развития хронических болезней в популяциях, начиная с ИМТ, равного 21.

Говоря об ожирении, невозможно не затронуть тему нарушений пищевого поведения или т.н. расстройства приема пищи — класс психогенно обусловленных поведенческих синдромов, связанных с нарушениями в приёме пищи. Выделяют три основных типа нарушений пищевого поведения:

- Экстернальное пищевое поведение — повышенная реакция на внешние стимулы (реклама продуктов; вид еды, перекусы на улице, еда за компанию и т. д.), у наших больных составило 15%;
- Эмоциогенное пищевое поведение — (ест не потому что голоден, а потому что беспокоен) т.е. гиперфагическая реакция на стресс или «пищевое пьянство» связанных с различными эмоционально-личностными особенностями у 65%;
- Ограничительное пищевое поведение — резкое самоограничение приёмов пищи с длительным соблюдением различных новомодных диет, с последующими срывами и прибавкой массы тела, что приводит к «диетической депрессии». [3,4]

Нарушение пищевого поведения требует психологического сопровождения. В комплексной программе лечения коррекцию психологического статуса осуществляют психологи и психотерапевты.

Большинство способов лечения ожирения устранят следствие, а не причину данного заболевания — избыточную массу тела, то есть, результат именно нарушения пищевого поведения.

Основополагающим принципом лечения ожирения является комплексный подход к проблеме, при этом выделяют следующие методы лечения:

- Диетотерапия;
- Физическая нагрузка;

- Медикаментозная терапия;
- Хирургическое лечение;
- Нетрадиционные методы (иглоукальвание, гомеопатия и др.);
- Когнитивно-поведенческая психотерапия.

На протяжении 14 лет существования многофункциональной Клиники ЛЕНМЕДЦЕНТР параллельно ведется лечебно-практическая и научная деятельность, в рамках которой проводятся долгосрочные наблюдения за пациентами с повышенной массой тела, поступающими с различными заболеваниями. Группа пациентов с симптомами метаболического синдрома для долговременного наблюдения была сформирована по следующим показателям:

- ИМТ больше 30 кг/м²;
- абдоминально-висцеральное ожирение;
- дислипидемия;
- артериальная гипертензия;
- диабет 2-го типа или нарушение толерантности к углеводам.

Критерии исключения:

- Тяжелые соматические и психические заболевания.

Диагностика ожирения проводилась классическими методами (см. описание выше). Принимались во внимания следующие данные:

- Биоимпедансный анализ структуры тела;
- Данные лабораторных исследований:
 1. Липидограмма;
 2. Проба на толерантность к глюкозе;
 3. АЛТ, АСТ;
 4. Мочевая кислота;
 5. Гормональный фон.

Все пациенты были обследованы, и была собрана следующая статистика:

1. Антропометрические данные:
 - ИМТ более 32 кг/м²;
 - Окружность талии более 90 см (жен); более 120 см

- (муж);
- Окружность бедер более 130 см.
- Биоимпедансный анализ структуры тела:
 1. 85% повышение массы тела за счет жировой массы;
 2. 15% повышение массы тела как за счет увеличения жировой массы тела, так и за счет увеличения уровня общей воды, внеклеточной жидкости;
- Данные лабораторных исследований:
 1. показатели липидного спектра сыворотки крови - повышение коэффициента атерогенности, (в основном за счет повышения уровня триглицеридов и липопротеидов очень низкой плотности, а также снижения уровня липопротеидов высокой плотности).

У пациентов этой группы наблюдались проявления метаболического синдрома. Полиморфная клиническая картина чаще всего включала в себя:

- повышение артериального давления (87%);
- головные боли (35%);
- одышку при ходьбе (69%);
- повышенную утомляемость (82%);
- плохой сон (47%);
- различные нарушения сердечного ритма (39%);
- боли в суставах (24%);
- эпизодически появляющиеся приступы бронхиальной астмы (18%).

При проведении исследования для оценки нарушений пищевого поведения использовались: опросник качества жизни ВОЗКЖ-100, методика «Уровень субъективного контроля» (УСК), «Многомерная шкала перфекционизма» П.Л.Хьюитта и Г.Л.Флетта, голландский опросник пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ) и опросник пищевых предпочтений (EAT-26). Статистически, типы пищевого поведения у наших больных распределились таким образом:

1. Экстернальное пищевое поведение 15%;
2. Эмоциогенное пищевое поведение 65 %:
 - компульсивное пищевое поведение;
 - синдром ночной еды;
 - сезонные аффективные расстройства.
3. Ограничительное пищевое поведение 20%.

Большинство наших пациентов отличались следующими особенностями пищевого поведения:

- редкие (1-2 раза в день) и обильные приемы пищи;
- Обильная еда перед сном;
- многократные чаепития (чай или кофе с сахаром и сладостями);
- «гиперфагическая» реакция на стресс;
- еда «за компанию»;
- прием пищи до тех пор, пока она не закончится;
- злоупотребление калорийной пищей (мучным, жирным, сладким);
- злоупотребление пивом;
- пристрастие к сухому вину;
- сниженная насыщаемость;
- повышенный аппетит;
- малоподвижный образ жизни, ссылаясь на занятость на работе, отсутствие времени и другие причины.

Методики ВОЗКЖ-100 помогли оценить такие составляющие самоотношения, как самооценка, образ тела и внешность, эмоциональность, подвижность, особенности взаимодействия с противоположным полом, сексуальную активность, физический комфорт и безопасность, а так же выявить основные характеристики качества жизни. Методика «Уровень субъективного контроля» (УСК) позволила изучить отношение индивида к различным событиям жизни, возможность принятия ответственности за них или склонность перекладывать ее на окружающих, что проявляется в том числе и в формировании своего внешнего образа и настроенности на коррекцию массы тела. Одной из психоло-

гических характеристик, влияющих на пищевое поведение, является перфекционизм, уровень которого у наших пациентов оценивался по «Многомерной шкале перфекционизма» П.Л. Хьюитта и Г.Л. Флетта. Непосредственно исследовать отношение к приему пищи позволило применение голландского опросника пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ) — выделяющего три вышперечисленных типа переедания и опросника пищевых предпочтений (EAT-26), который верифицирует пациентов с анорексией и булимией.

Полученные данные создали возможность более персонализировано дифференцировать психотерапевтические и психокоррекционные интервенции в рамках когнитивно-поведенческого подхода, который доказано эффективен в терапии пациентов с повышенной массой тела, в том числе эти данные помогли выявить и изменить индивидуальные дисфункциональные когнитивные установки, скорректировать дисгармоничное самоотношение, сформировать адаптивное пищевое поведение.

Комплексный подход в зависимости от этапа лечения и реабилитации у пациентов с метаболическим синдромом является основным клиническим принципом лечения. Все наши пациенты прошли комплексную программу лечения ожирения, разработанную и запатентованную на базе ООО ЛЕНМЕДЦЕНТР [7]. Программа включала в себя четыре основных направления лечения:

- Диетотерапия (индивидуально составленные редуцированные диеты);
- Физическая нагрузка;
- Физиотерапия;
- Когнитивно-поведенческая психотерапия.

Психотерапия в лечении больных ожирением применяется на протяжении всего курса лечения. Однако предлагается дифференцированный подход в выборе психологической коррекции на различных этапах прохождения программы.

1. На 1-м этапе лечение больных направлено на преодоление анозогнозического отношения к болезни и коррекцию представлений больного об идеальной массе тела и здоровом образе жизни, а также о способах его контроля и поддержания. Обязательным для каждого больного являлось ведение дневника самонаблюдения. Применялись также технические приемы поведенческой психотерапии.
2. На 2-м и 3-м этапах лечение направлено на осознание больными связи «личность-ситуация-болезнь». Большое внимание обращалось на взаимосвязь конфликтных переживаний и особенностей эмоциональной и когнитивной сферы.

После проведения комплексной 5-недельной программы нам удавалось в 89% случаев добиваться положительных результатов (снижение массы тела за 5 недель в среднем составляло 5-7 кг, практически исчезали все жалобы).

При катамнестическом наблюдении за нашими пациентами удалось выявить, что в 35% случаев по завершении программы лечения у пациентов через 8-9 месяцев возникал срыв, то есть, возвращение к привычному образу жизни (завтра займусь физкультурой, начну соблюдать режим питания, завтра переходило в послезавтра и т. п.). В таких ситуациях мы были вынуждены вновь подключать комплексную программу, включающую в том числе психологическое сопровождение с четко поставленными задачами, которая способствовала нормализации пищевого поведения и образа жизни.

Как уже было сказано в начале статьи, парадокс проблемы ожирения состоит в том, что внешнюю сторону вопроса часто стараются не замечать ни пациенты, ни врачи. Интернисты зачастую не умеют расставить приоритеты для пациента, а пациент, сопротивляясь лечению, демонстрирует причины, которые описаны в психологии, как причины прокрастинации, а именно:

- постоянное откладывание нелюбимого или неприятного дела;

- сомнение в своих силах;
- неумение принимать решения;
- боязнь ответственности;
- страхи или фобии (страх неудач, поражения; страх перемен; страх боли и т.д.);
- перфекционизм (если не уверен, что сделает идеально, не делает вообще);
- нехватка личной мотивации;
- самообман (сейчас сделаю и займусь чем-то приятным, а в итоге – берется за «приятное», так как по его мнению это не займет много времени);
- дух противоречия (попытка доказать личную значимость, т.е. не делать того, что им сказали, а делать то, что они считают нужным);
- побег от неприятного опыта (если уже делали такое дело, и оно окончилось неудачей).

Причиной такой позиции пациента, очевидно, и является именно прокрастинация. За нежеланием признать тот факт, что сначала надо лечить ожирение, стоят те же психоэмоциональные мотивы, что наблюдают при проведении, которое психологи считают присущим прокрастинатору. При этом причины прокрастинации, перечисленные выше, абсолютно те же самые, что и те, которые не дают нашим пациентам заняться в первую очередь похудением.

Выявив причины прокрастинации в каждом конкретном случае, работа с больным становилась более эффективной и результативной. Для наших пациентов очевидно, что прокрастинация связана с анозогностическим отношением к болезни, и именно на первом этапе лечения необходима психологическая коррекция, направленная на преодоление прокрастинационного типа мышления пациента. Анозогностический (эйфорический) тип отношения к болезни предполагает активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни происходит отбрасывание мыслей

о возможных ее последствиях. [8].

По мнению психологов, самый эффективный путь снижения уровня прокрастинации — это формирование внутренней мотивации, что абсолютно подтверждается нашим опытом ведения больных с ожирением. [6]

В лечении наблюдаемой группы пациентов с проявлениями метаболического синдрома при использовании комплексного подхода на фоне когнитивно-поведенческой терапии в зависимости от этапа реабилитации нами были достигнуты выраженные положительные результаты, которые сохраняются на протяжении ряда лет, что свидетельствует о том, что выбранная стратегия лечения не только способствует нормализации массы тела и позволяет более эффективно проводить коррекцию метаболических изменений, но и помогает закрепить результат лечения в долговременной перспективе.

Таким образом, излечение ожирения возможно при изменении образа жизни пациента и повышении физической активности, а также при формировании навыков рационального питания и грамотном подходе к нему, при проведении профессиональной психотерапевтической коррекции, включающей в себя:

- преодоление анозогнозического отношения к болезни;
- коррекцию представлений об идеальной массе тела;
- коррекцию представлений о способах контроля и поддержания массы тела;
- формирование навыков здорового пищевого поведения и разъяснение вредных воздействий на организм различных «модных» диет, мочегонных и слабительных средств;
- повышение самооценки больных.

Одним из лучших и наиболее действенных подходов в психологии для работы с лицами, страдающими избыточной массой тела и ожирением во всем мире зарекомендовала себя когнитивно-поведенческая психотерапия. Методы и техники КПТ позволяют наиболее эффективно воздействовать на те причины, которые побуждают пациента к пе-

рееданию, будь то переедание эмоциогенное, экстернальное или ограничительное. Так же, при выяснении некоторых аспектов качества жизни, методы КПТ позволяют эффективно корректировать эти аспекты, тем самым поднимая и улучшая само качество жизни пациента. Несомненно, одной из самых важных проблем при работе с данной группой пациентов, является их прокрастинация. С этой проблемой помогает справиться применение соответствующего воздействия на мотивацию людей, страдающих ожирением. А хорошо замотивированный пациент менее подвержен прокрастинации и готов к сотрудничеству с группой специалистов, занимающихся данной проблематикой.

Таким образом, одну из ведущих ролей в проблеме ведения пациентов с избыточной массой тела, является комплексный психотерапевтический подход на всех уровнях (семья, школа, общество), основу которой составляет когнитивно-поведенческие психологи и психотерапевты, являющиеся собой связующим звеном между пациентом и врачами.

Список литературы

1. Электронный ресурс <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>.
2. Рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома. Второй пересмотр. М.: ВНОК; 2009. (Recommendations of experts of Society of cardiology of Russian Federation on diagnosis and treatment of metabolic syndrome. Second review. Moscow: VNOK; 2009. Russian).
3. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция. Фарматека. 2009; (12):91-4. (Voznesenskaya TG. [Eating behavior disorders in obesity and their correction]. Farmateka. 2009; (12):91-4. Russian).
4. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспек-

- ты. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. 456 с.
5. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. Ф. Фадеев Эндокринология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 432 с.
 6. Шиманская М. А. Личностные корреляты прокрастинации [Электронный ресурс] // ЮРГИ: Дайджест дипломных работ, 2009. URL: www.urgj.org/partneram/dajjdzhest-diplomnykh-rabot/38/ (дата обращения: 15.11.2013).
 7. Лаптева Е. Н. Патент на изобретение «Комплексный способ снижения избыточной массы тела» (выдан ФГУ ФИПС 9 октября 2006 года).
 8. Вассерман Л. И. и др., Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб, 2005.

Преимущества и недостатки терапии ЕМДР *Малик Ю. А.*

**Российская Ассоциация ЕМДР-терапии,
Региональная Общественная Организация
«Содружество Системных Психотерапевтов и
Консультантов» (ССПК)**

EMDR — это относительно молодой метод, оформившийся в своем нынешнем виде лишь к началу 90-х годов.

А уже в 2013 году Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует его, наравне с Когнитивной-Поведенческой терапией, для лечения Посттравматического Стрессового Расстройства.

Как же могло признание столь нового подхода произойти так стремительно? Всего 20 лет отделяют появление на свет нового типа психотерапии и такое тотальное одобрение его Международным медицинским сообществом.

Безусловно, для этого было сделано очень много теми, кто стоял у истоков создания EMDR как школы психотерапии, в том числе основного и бессменного руководителя Института EMDR Френсин Шапиро.

Под ее неустанным руководством осуществлялись многочисленные исследования и разрабатывался оптимальный алгоритм работы.

Начиная с момента открытия Френсин Шапиро феномена Билатеральной Стимуляции в 1987 году и до сегодняшнего дня, создаются все новые и новые Протоколы по работе с различными расстройствами.

И сегодня практически нет никаких ограничений по применению этого метода.

Билатеральная же стимуляция остается основным инструментом в работе терапевта EMDR.

Итак, в чем же преимущества и недостатки EMDR?

Начнем с недостатков.

Их можно поделить на 2 группы.

Недостатки для пациента и для терапевта.

Недостатки для пациента. В чем они?

1. Главный — очень быстрые изменения, которые могут пациента напугать или вызвать его недоверие. Это происходит не всегда, но достаточно часто.
2. Очень бурная абреакция или эмоциональная реакция в процессе переработки, что тоже может напугать пациента.
3. Появление новых воспоминаний, доступ к которым был заблокирован. Это тоже может пугать. Кроме того, такие воспоминания и забытые переживания могут всплывать очень интенсивно в перерывах между сессиями, и пациент может остаться с ними один на один, что тоже пугает. Обо всем этом терапевт обязательно предупреждает клиента и оставляет всегда ему возможность на экстренный визит между запланированными сессиями с тем чтобы помочь снизить уровень эмоционального состояния.

В целом, в процессе терапии, уделяется большое внимание психологическому образованию клиента, что помогает снизить тревожность от интенсивности процесса и улучшить альянс.

Теперь о недостатках для терапевта. Это о чем?

1. В работе мы пользуемся так называемым Протоколом. Это достаточно четкая структура, которая психологами и психотерапевтами различных направлений часто воспринимается как сильно ограничивающее препятствие, не дающее свободы творчеству. Как практикующий EMDR терапевт использует эти ограничения и превращает их в преимущества, скажу немного позже.
2. Очень быстро, после того как мы начинаем применять этот метод, возникает трудно скрываемое ощущение всемогущества, с которым трудно бороться, имея в руках столь эффективный инструмент. Здесь спасает то, что оно быстро улечувчивается в работе со сложными случаями, с людьми, имеющими в истории комплексные или хронические травмы и т. п.

3. Личность терапевта в процессе терапии как будто не имеет большого значения. Часто это мешает интегрировать метод в свою практику тем специалистам, которые уже знают себе цену, работая в других подходах. Тут ничего не сделать. Вместе с тем, если все-таки человеку удастся справиться с этой особенностью, он прекрасно интегрирует EMDR в свою практику.

Теперь о преимуществах.

Их мне хочется также поделить на 2 подгруппы.

И в первой я хочу перечислить

Преимущества EMDR для клиента:

1. Возможность быстрых изменений. Когда, например, человек, измученный 15-20-ти летней депрессией приходит на третью сессию и говорит, что поймал себя на том, что начал улыбаться. Или когда человек, попавший в чрезвычайную ситуацию 2 года назад, понимает, что изменился его характер, изменилось мировосприятие и даже собственные дети говорят ему, что он стал другим. И уже после 5-7 встреч он понимает, что краски начинают возвращаться в его жизнь и панические атаки больше не происходят.
2. Изменения, происходящие во время сессий и после них, необратимы. Может быть временный откат, но как правило, это будет свидетельствовать о наличии более ранней травмы или травматичного переживания, чем то, с которым мы работали. Тогда мы ищем его и перерабатываем.
3. EMDR терапия представляет возможность клиенту не рассказывать то, над чем он хочет работать. Часто даже, в случаях серьезной травмы, связанной с унижением клиента, с сильной реакцией стыда на какие-либо события, это бывает единственно возможным способом работы. Кроме того, человеку, пришедшему за помощью не нужно проговаривать вновь и вновь травмирующие его воспоминания. Называется такой метод работы — слепым протоколом, притом алгоритм остается тем же, только

нет фактической информации. Результат же всегда есть.

4. Улучшается не только навык совладания с предъявленной проблемой, но и в целом жизнеспособность. Многие, прошедшие длительную ЕМДР терапию, говорят о улучшении своего характера, качества жизни, настроения и отношений с миром, в виде ли людей или климата.
5. Изменения, происходящие с людьми в результате терапии EMDR, затрагивают глубокие биологические механизмы человека, который, в результате, приобретает иной уровень комфорта жизни и намного большую степень осознанности.

Все вышеперечисленные особенности можно отнести и к преимуществам терапевта, работающего в подходе EMDR, так как имея такие результаты, специалист однозначно чувствует свою ценность, приобретает большую уверенность в своих силах и возможностях и в целом улучшает свое настроение.

Но есть и другие, более конкретные.

Преимущества для терапевта EMDR:

1. Уверенность в своих силах. В каком бы состоянии не пришел человек, терапевт знает, что в конце сессии пациенту станет легче. Это гарантировано, так как мы пользуемся инструментом БЛС — Билатеральной стимуляцией. Химические же анализы, проводившиеся с целью исследования воздействия БЛС на организм человека, говорят о том, что за 2-3 минуты проводимой БЛС, уровень адреналина в крови человека снижается в несколько раз.
2. Четко структурированные алгоритмы работы, так называемые Протоколы, позволяющие даже начинающим терапевтам хорошо ориентироваться в процессе и оставляющие, вместе с тем, большой простор для творчества. Я могу сравнить его со скелетом тела человека. Функция Протокола во время сессии такая же. Поддерживать, создавать опору, связывать, на первый взгляд, независимые части. Часто такая четкая разработанная схема помога-

ет в самых затруднительных ситуациях, возникающих в процессе работы. Когда внезапно терапевт оказывается в тупике или на развилке и не может решить, что делать дальше, приходит на помощь знание точно разработанной структуры терапии. Это как спасательный круг, который дальше цепляется за уже набравшее ход транспортное средство терапевтического процесса, и часто помогает вырулить либо в старое либо в новое русло.

3. Тот же Слепой протокол полезен и самому терапевту в случае работы с крайне тяжелыми воспоминаниями, связанными с особой жестокостью, например. Это помогает избежать викарной травмы и способствует большей сохранности терапевта. Поэтому, если клиент говорит, что не хочет рассказывать о событии, которое его беспокоит, но хочет с ним работать, мы это приветствуем.
4. Механизм БЛС, который позволяет изменениям происходить очень быстро и на глубоком физиологическом и биохимическом уровне, задействуя естественный, природный механизм переработки информации и сохраняя веру в мудрость клиента.
5. В EMDR существуют различные способы работы с «забытыми» воспоминаниями, что, чаще всего, оказывается крайне важным. Кроме того, в процессе терапии часто всплывают такие «забытые» воспоминания и становятся доступны к переработке.
6. Метод легко интегрируется в ту практику, которая уже имеется в любом другом подходе.

Как видите, все так называемые «недостатки» при умелом использовании легко превращаются в достоинства, что показать и было целью данного сообщения.

Пример сочетания приемов когнитивной психотерапии и арт-терапии
Назарова Н.Р.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 5»,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный институт культуры»,

Региональная общественная организация «Арт-терапевтическая ассоциация»

При проведении групповой арт-терапии с пациентами с психическими заболеваниями возникла необходимость длительной работы с эмоциями. Поэтому в работе помимо известных заданий на рисование своего эмоционального состояния, применялись различные авторские упражнения для работы с эмоциями.

На начальном этапе работы группы была выявлена скудность вербального языка, относящегося к сфере эмоций, необходимость расширения словарного запаса. Такого рода работа проводится в когнитивной психотерапии, и мы применяли сочетание методов когнитивной психотерапии с арт-терапевтическими методиками. В этой работе нам помогла схема эмоций и эмоциональных состояний. Сначала шла совместная вербальная работа по прояснению смысла каждого из слов, обозначающих степень выраженности эмоционального состояния или поведенческие проявления, относящиеся к данной эмоции или чувству. При этом привлекались конкретные примеры ситуаций из жизни пациентов и их реакций на эти ситуации. Затем предлагалось нарисовать один или несколько образов, отражающих наиболее значимые, либо часто испытываемые или, наоборот, редко испытываемые, эмоциональные состояния. Также предлагалось

нарисовать мимические проявления и позы, соответствующие данному эмоциональному состоянию. После этого все рисунки рассматривались и обсуждались. Сами пациенты отмечали важность такой работы по расширению словарного запаса, связанного со сферой эмоций, и брали с собой схему для использования в своей повседневной жизни.

Также известная в когнитивной психотерапии схема А-В-С прорабатывалась с применением рисунков. В левой части листа бумаги прорисовывалось произошедшее событие, в среднем – записывались мысли, возникшие в связи с этим событием, и в правой части листа – прорисовывались возникшие в ответ на мысли эмоции. При этом я просила в средней части написать как те мысли, которые реально возникли в прошедшей ситуации, так и записать дополнительно возможные варианты мыслей в связи с этой же ситуацией, или же мысли, противоположные возникшим. Соответственно, и рисунки в правой части должны отражать не только эмоции, возникшие в ответ на реальные мысли, но и те эмоции, которые бы появились в ответ на противоположные мысли.

Не все предлагаемые для арт-терапевтической работы задания и упражнения просты, доступны и понятны для каждого из пациентов, поскольку их психическое состояние, образовательный статус, возраст и жизненный опыт различаются очень значительно. Тем не менее, часто сами пациенты просили повторить некоторые задания, считая, что для них это является очень полезным опытом, дает свои результаты в повседневной жизни.

Нейрофизиологические и сердечно-сосудистые эффекты безоценочного восприятия негативных стимулов. Экспериментальное исследование

Павлов С. В., Рева Н. В.,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Устойчивая тенденция индивида к завышению значимости негативных стимулов приводит к чрезмерной эмоциональной активации, сопровождающейся гиперреактивностью и ускоренным износом висцеральных систем, прежде всего, сердечно-сосудистой системы с развитием таких заболеваний, таких как артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, аритмии и др. Безоценочное восприятие является одним из эффективных инструментов когнитивно-поведенческой психотерапии в регулировании эмоций. Данная стратегия была смоделирована в процессе психофизиологического эксперимента.

Цели и задачи исследования. Цель исследования заключалась в изучении динамики сердечно-сосудистой и мозговой активности при естественном и безоценочном восприятии зрительных негативных стимулов у здоровых испытуемых не практикующих какие-либо техники эмоциональной регуляции и у индивидов длительно (более 5 лет) практикующих медитацию.

Методы исследования. В процессе эксперимента испытуемым последовательно предъявлялись фотографии нейтрального и негативного эмоционального содержания, которые, в зависимости от инструкции, воспринимались естественно или безоценочно. Анализировались посекундная динамика частоты сердечных сокращений, артериального давления, ударного объема сердца, сердечного выброса и общего периферического сопротивления сосудов. Мозго-

вая активность анализировалась с помощью электроэнцефалографии (ЭЭГ) высокого разрешения (64 канала).

Результаты исследования и выводы. У непрктикующих медитацию испытуемых безоценочное восприятие негативных стимулов сопровождалось уменьшением амплитуды вызванных потенциалов (P300, late positive potential) головного мозга, а также снижением сопротивления сосудов и увеличением сердечного выброса в периоде ожидания стимула. Это свидетельствует о снижении избыточной реактивности коры головного мозга и сосудов при столкновении с негативным событием. Очень важно, что аналогичные физиологические эффекты наблюдались у медитаторов при обычном восприятии негативных стимулов (т. е. без инструкции воспринимать их безоценочно), что может свидетельствовать об автоматическом переходе к их безоценочному восприятию, как результату длительной «тренировки» мозговых систем в процессе практики. В целом, результаты данного исследования подтверждают эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии и практик по развитию эмоциональной регуляции и осознанности на уровне нейрофизиологических и сердечно-сосудистых реакций.

Опыт лечения суицидального кризиса согласно принципам когнитивно-поведенческой психотерапии на базе Центра лечения острых отравлений НИИ СП им. И. И. Джанелидзе
Прокопович Г. А., Синенченко А. Г., Владыкина Т. В.

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»

Введение. Проблема суицидов среди лиц трудоспособного возраста является важной в современном мире и носит характер трудно решаемой и наболевшей. В НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе ежегодно поступает более тысячи человек, совершивших суицидальные попытки, что составляет 0,5% от общего числа больных. Однако, в силу специфики стационара скорой помощи сроки госпитализации ограничены, в результате чего психотерапевтическое вмешательство имеет свои особенности.

Цель исследования. Выявить особенности когнитивно-поведенческой психотерапии у лиц, совершивших суицидальную попытку отравления и проходивших лечение в многопрофильном стационаре скорой помощи.

Материалы и методы. Исследование включало 46 пациентов, 29 женщин (63,34%), 17 мужчин (36,96%) в возрасте от 18 до 60 лет, средний возраст $32,78 \pm 6,12$ лет, которые проходили лечение в центре лечения острых отравлений (ЦЛОО) после совершения суицидальной попытки отравления. 1 группа включала 25 пациентов: которые помимо рутинной терапии, включающей краткосрочную рациональную психотерапию включали КПП, основанную на принципах стратегии, описанной Холмогоровой А. Б. Предложенная схема не зависела от диагноза, методика не исключала психофармакотерапию. 2 группа (группа сравнения) — 21 пациент, терапия ограничилась краткосрочной рациональной психотерапией и медикаментозным лечением.

Результаты и обсуждения. Среди диагнозов пациентов, совершивших суицидальную попытку отравления были F43.20-28-36,96% (17 чел.), F32-3310-8,7% (5 чел.), F10-19-39,13% (18 чел.), др. психические расстройства — 17,39% (8 чел.), статистически значимых межгрупповых различий в диагностических рубриках не было. Среди токсикологических рубрик были умышленное самоотравление в результате приема антиэпилептических, седативных, снотворных, антипаркинсонических и психотропных препаратов — 54,34% (25 чел.), умышленное самоотравление в результате приема ненаркотических анальгетиков, жаропонижающих и противоревматических препаратов — 13,04% (6 чел.). На первом этапе после стабилизации соматического состояния (или параллельно) необходимо эмоциональное отреагирование ситуации и рационализация произошедшего. Далее на 1 этапе КПП (1-3 сессии) — формирование мотивации к лечению, разработка «плана безопасности», обсуждение и установка целей лечения, основная — дальнейшее предотвращение суицидальных попыток. Включает тактики совпадения с возникающим желанием и суицидальными мыслями, объединяются действия самого пациента, родственников и близких лиц, с которыми он может открыто обсуждать суицидальный кризис. Отдельно оговаривается неотложная связь с врачом, либо звонки на телефон доверия. 2 этап (4-7 сессий) — амбулаторный — закрепление навыков совпадения с суицидальным поведением, поведенческая активация, терапия мастерством и удовольствием, техники самоуспокоения и отвлечения, расширение и поддержание социальных связей, когнитивное реструктурирование, построение модели привлекательного будущего, развитие навыков решения проблем и совладания с жизненным стрессом. 3 этап (8-10 сессии) — закрепление навыков; фиксация положительных сдвигов; продолжение лечения, направленного на основное психическое расстройство. Пациенты оценивались в момент выписки, через 1, 3, 6, 12 мес. на предмет повторных попыток,

в 1 группе повторные попытки совершили 18% исследуемых, в то время как во второй группе этот процент 38%, $p=0,0302$.

Выводы. Таким образом стратегия когнитивно-поведенческой психотерапии у лиц, проходящих лечение в многопрофильном стационаре скорой помощи имеет свои особенности, которые необходимо изучать в более детально. Кроме того, для лучшей эффективности помощи, как показало исследование, необходима приемственность амбулаторной и стационарной служб, а также более тесное междисциплинарное взаимодействие.

Возможности «третьей» волны когнитивно-поведенческой терапии в работе с подростками социальными сиротами

Размахова О. Л.

НКО Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии,

Частное образовательное учреждение «высшего образования Институт Специальной Педагогики и Психологии им. Рауля Валленберга»,

Центр психологии и развития «Равновесие»

Несмотря на некоторое снижение количества детей, оставшихся без попечения родителей, выявленных в течение последних лет (по данным в 2015 году было выявлено 58168 детей, что меньше на 5,6% по сравнению в 2014 году) — остро выраженной остается проблема социального сиротства: 95% детей находятся в учреждениях интернатного типа при живых родителях. На 1000 детей в России приходится почти 22 сироты. Всего сирот на конец 2015 года — 2,19% от всего детского населения России. Из исследований федеральной службы государственной статистики следует, что из 15000 выпускников интернатных учреждений России — 1500 человек кончают жизнь самоубийством, более 3000 — не имеют постоянного места жительства, 5000 — оказываются на скамье подсудимых. Таким образом, профессиональное сообщество сталкивается с необходимостью формирования принципиально новой системы психологической и психотерапевтической помощи и поддержки сирот.

На наш взгляд, современная когнитивно-поведенческая психотерапия обладает рядом актуальных и эффективных для работы с социальными сиротами направлений. В данной статье мы опишем исследование и наш опыт работы на основе: 1) MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) — Программы Снижения Стресса на основе Практик Осознанности (Майндфулнесс), созданной Джоном Кабат-Зинном

в 1979 году. 2) МВСТ (Mindfulness-based Cognitive Therapy) — Основанной на осознанности когнитивной терапии (Зиндел Сигал, Марк Уильямс и Джон Тисдейл). 3) Acceptance and Commitment Therapy — **Терапии принятия и ответственности** (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).

Осознанность (mindfulness) — это сложносоставная характеристика организации психической деятельности, основывающаяся на контроле внимания, ограничении автоматических эмоциональных и мыслительных реакций, увеличении осведомленности об актуальных психических и физиологических процессах [6]. В практике «mindfulness» представляет собой **осознание нейтрального продолжительного момента настоящего времени, которое помогает человеку распознавать свои мысли, чувства и действия в момент их возникновения, не переходя на автоматические реакции** [2]. Мы предполагаем, что развитие навыков осознанности социальными сиротами повысит их способность **безоценочно**, ответственно, заинтересованно проживать настоящее.

Временная перспектива жизни отражает направленность распределения жизненного опыта, акцент и особенность восприятия, вектор фиксированности на прошлом, настоящем и будущем. В своих размышлениях люди посвящают прошлому, настоящему и будущему разное количество времени. Для каждого отдельного человека они будут нести свой уникальный тон и смысл [1].

Временная перспектива (ориентация на прошлое, настоящее или будущее) предстает глубоким фундаментом для формирования человеком его поведения. Так, чувство вины является ориентацией человека по направлению к его прошлому опыту, стремление к достижениям наряду с надеждами и мечтами устремляют в будущее. Картина индивидуального будущего, в свою очередь, оказывает колоссальное влияние на действия человека. Временная перспектива отражает ценностные ориентации и убеждения, связанные

со временем, и могут быть рассмотрены как стойкие личностные черты. [3].

Было проведено лонгитюдное исследование, в котором мы наблюдали за подростками-социальными сиротами с 15 до 19 лет, которые имели опыт проживания в семье не менее 5 лет. Общее количество участников исследования: 126 (73 девочки, 53 мальчика). В рамках исследования основной интерес для нас представляла динамика изменений в состоянии подопечных к моменту выпуска из школы и центра по следующим аспектам: уровень тревоги, депрессии и безнадёжности, совладающее поведение, осознанность и внимательность, смысло-жизненные ориентации, восприятие жизненной временной перспективы. По результатам исследования на момент обучения в 10 классе школы наблюдаются следующие особенности:

- Уровень тревожности: 63% — высокий, 37% — умеренный.

- Уровень депрессии: 2% — тяжелая депрессия, 23% — умеренная депрессия, 29% — легкая депрессия, 34% — удовлетворительное эмоциональное состояние

- Совладающее поведение: преобладают неадаптивные — подавление эмоций, агрессивность, активное избегание.

- Осознанность и внимательность: низкая способность к описанию, безоценочности, нереагированию, наблюдению и осознанности действий.

- Смысло-жизненные ориентации: слабо сформированы жизненные цели, низкий уровень осмысленности жизни, низкая оценка процесса жизни, локус контроля преимущественно внешний.

- Восприятие жизненной временной перспективы: фаталистическое или гедонистическое настоящее, негативное прошлое или идеализированное прошлое, низкое представление о будущем.

Из результатов корреляционного анализа следует, что показатель уровня тревожности обладает следующими положительными взаимосвязями: «подавление эмоций» (показатель

совладающего поведения), «активное избегание» (показатель совладающего поведения). Показатель отрицательно коррелирует с такими показателями как «безоценочность», «осознанность», «осмысленность жизни», «наличие целей в жизни». В то же время, показатель уровня депрессии положительно коррелирует с показателем «подавление эмоций» и имеет отрицательные взаимосвязи с показателями «осознанность», «безоценочность», «осмысленность жизни».

Мы предположили, что если сделать акцент на повышение и развитие осознанности (по всем 5 факторам: безоценочность, описание, наблюдение, нереагирование и осознанность действий) и осмысленности жизни (опираясь на логотерапию Виктора Франкла, экзистенциальный анализ Альфрида Лэнгле и работы Д. А. Леонтьева) — снизится уровень тревожности и депрессии.

Были выделены 4 группы подростков 16-17 лет, каждая состояла из 10 человек. Для чистоты эксперимента мы брали группы из разных учреждений. В первых двух случаях группы были составлены из добровольцев, во вторых двух мы собирали группы из всех подростков нужного нам возраста. С каждым участником были проведены: 10 групповых встреч, 5 индивидуальных психотерапевтических сессий.

Через работу с осознанностью и осмысленностью, через повышение ответственности к выбору и деятельности мы наблюдаем динамику не только в тех компонентах, с которыми мы работали целенаправленно, но и заметное снижение уровня тревожности и депрессии. На вторичной диагностики были выявлены следующие показатели:

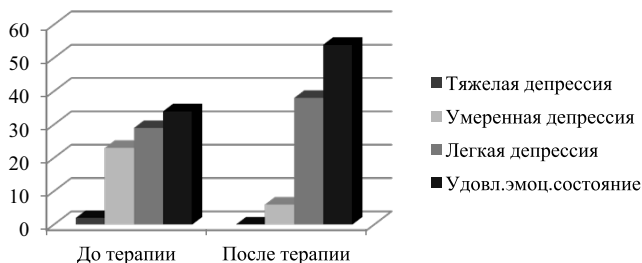


Рис.1 Показатели уровня тревожности подростков-социальных сирот до и после терапии

- Уровень тревожности: 18% - высокий, 42% - умеренный, 30% - низкий.

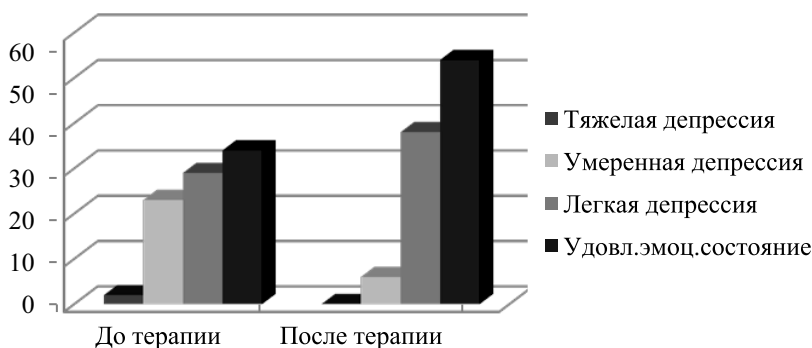


Рис.2 Показатели уровня депрессии подростков-социальных сирот до и после терапии

— Уровень депрессии: 4% — умеренная депрессия, 38% — легкая депрессия, 58% — удовлетворительное эмоциональное состояние.

Из 40 выпускников программы 2016 года: 19 — поступили в высшие образовательные учреждения, 24 — нашли работу, 26 — переехали в собственное жилье. Участники программы продолжают практиковать то, чему мы их обучали в процессе психотерапии, читают книги, которые мы рекомендовали и регулярно выходят с нами на связь. Таким образом, по предварительным данным можно сделать вывод о том, что направления «третьей волны» когнитивно-поведенческой психотерапии эффективны в работе с социальными сиротами и могут быть интегрированы в программы психологической поддержки данной группы, что приведет к существенному повышению качества их жизни.

Список литературы:

1. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. СПб.: Речь, 2010.
2. Кабат-Зинн Дж. Куда бы ты ни шел — ты уже там. М.: Открытый мир, 2006.
3. Леонтьев Д.А., Шелобанова Е.В. Профессиональное самоопределение как построение образов возможного будущего // Вопросы психологии, 2001. №1. С. 57-65.
4. Франкл, В. Доктор и душа/В. Франкл. — СПб.: Ювента, 1997. — 285 с.
5. Франкл, В. Воля к смыслу/В. Франкл. — М.: Апрель Пресс, 2000. — 366 с.
6. Юмартова Н.М., Гришина Н.В. Осознанность (Mindfulness): Психологические характеристики и адаптация инструментов измерения. Психологический журнал, 2016, том 37, №4, с. 105-115.
7. Learning ACT: an acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists/Jason B. Luoma, Steven C. Hayes, and Robyn D. Walser.
8. ACT Verbatim for Depression and Anxiety. Annotated transcripts for learning ACT. Michael P. Twohig, Steven C. Hayes, New Harbringer Publication, 2008.

Общее и отличия медицинской и психологической моделей психотерапии *Решетников М.М.*

Восточно-Европейский институт психоанализа

В процессе ряда недавних конференций и круглых столов психотерапевтов некоторыми коллегами неоднократно высказывалось мнение, что «нет никакой медицинской модели психотерапии», так как все ее направления действуют на основе сугубо психологических концепций: П. Дюбуа, З. Фрейда, Дж. Уотсона, Ф. Перлза и К. Роджерса. В подтверждение этого положения приводилось определение Б.Д. Карвасарского, который характеризовал психотерапию как систему воздействия «на психику и через психику» [3]; упоминалось утверждение В.М. Бехтерева о том, что психиатрия – это наука о духе, поэтому она не должна входить в «круг ведения естествоиспытателей и врачей» [1]; обосновывалось, что сам тезис о психических болезнях не выдерживает критики, так как определение «болезнь» предполагает, что установлены ее этиология, патогенез, клиническая картина и морфологические изменения в органах и тканях, что неприменимо к большинству форм психопатологии [5].

Другие, не менее уважаемые профессионалы, в процессе тех же конференций с тревогой констатировали «отход ряда специалистов от медицинской модели оказания психотерапевтической помощи», обвиняя своих коллег в том, что некоторые врачи, забывая о нозологии и биологической терапии, фактически, «работают клиническими психологами с врачебными дипломами» [2, 4].

Наиболее убедительными и даже встречаемыми аплодисментами казались высказывания коллег (против якобы мифологической медицинской модели), где предлагалось, наблюдая со стороны за психотерапевтическим процессом, сделать однозначный вывод: кто выступает в качестве психотерапевта – врач или психолог? В вопросе подразумевалось, что никаких отличий в их работе нет. Это не совсем

так, а точнее – далеко не так. Отличия есть, а медицинская и психологическая модели, безусловно, существуют.

Начнем с чисто внешних отличий. Врач-психотерапевт чаще всего работает в халате, в некотором смысле – «отгораживаясь» им от пациента и подчеркивая свою исключительность. Но здесь нужно отметить, что первые медицинские халаты появились в конце XIX в., исходя из соображений гигиены и асептики, и вначале – только у хирургов, и только на время операций. Но после всемирной эпидемии гриппа («испанки») в 1918 г., ношение халата и шапочки стало типичным не только для хирургов, но и для врачей всех специальностей. В настоящее время общепризнанно, что медицинский халат это неотъемлемая часть не столько гигиены, сколько авторитета врача – его визитная карточка. От ношения исключительно белых халатов врачи отказались только во второй половине XX в., а психологи за пределами клиник, как правило, их вообще не надевают.

Большинство немногочисленных врачей-психотерапевтов действуют в системе Министерства здравоохранения, и их количество последовательно сокращается [4]. Причин этой крайне неблагоприятной тенденции несколько. Назовем только основные. Положение суб-специальности в психиатрии еще недавно обязывало врача вначале пройти специализацию по основной специальности, затем отработать в ней определенное количество лет, и уже затем, вопреки здравому смыслу – отказавшись от психиатрической надбавки за вредность, более протяженного отпуска и раннего ухода на пенсию, перейти в разряд суб-специалистов. Далеко не для всех психиатров это являлось и является привлекательным. Обязательность определенного стажа работы в психиатрии вроде бы отменили, но необходимость психиатрической подготовки при приеме на работу требуется практически во всех случаях. Добавим к этому, что и в головной специальности в последние годы ощущается снижение притока новых (молодых) кадров. Один из вариантов объяснения: стигматизация пациентов постепенно привела

к стигматизации самой профессии.

В качестве дополнительного (сутобо психологического) фактора, который мало учитывается, следует отметить, что освоение психиатрии предполагает серьезное изучение ее теоретических основ и принципов терапии, которые, в целом – строго соответствуют общемедицинской модели деятельности врача: внимательно изучи жалобы и объективные признаки болезни, установи диагноз с учетом четко определенных критериев (МКБ), назначь лечение и наблюдай как продвигается процесс терапии и/или выздоровления. Однако, как в психиатрии, так и в психотерапии в большинстве случаев нет объективных (выявляемых с помощью клинических анализов) признаков заболевания – есть субъективные проявления того или иного психического расстройства, степень которого и даже наличие – оцениваются врачом также субъективно. Один психиатр может сказать, что «нашего здесь нет», а другой с ним не согласится. При этом первый после своего заключения, естественно, откажется лечить (с его точки зрения) здорового, какие бы жалобы тот не предъявлял. Это логично и нормально для клинического подхода, который у психиатра (как и у любого специалиста по внутренним болезням) формируется постепенно и затем последовательно реализуется в практике. Большая часть психотерапевтов старшей группы прошла эту школу и было бы неверно в чем-то их обвинять.

Нужно признать, что в гуманитарной сфере (а психиатрию и психотерапию – по мнению автора, можно лишь весьма условно причислить к естественнонаучному направлению) приверженность той или иной мировоззренческой позиции является чрезвычайно важной, и даже подвергая ее критике, нужно признавать ее право на существование. -- Стопроцентной уверенности в своей правоте нет ни у одной из сторон – есть множество более или менее убедительных гипотез, но мы так и не знаем точно: что такое психика? Поэтому, несмотря на различие точек зрения, нельзя допустить альтернативной ситуации - требования единомыслия, на

котором больше настаивают психиатры; хотя точнее было бы говорить о требовании, чтобы все мыслили одинаково, и именно так, как я. Это, конечно, полная чушь, замешанная на авторитаризме и нарциссизме.

Врач в процессе диагностических сессий будет больше внимания уделять вопросам выявления патогенеза и симптоматики в соответствии с Международной классификацией болезней и расстройств поведения, а психолог – апеллировать к теории развития личности и психогенезу. Установив клинический диагноз, врач в большинстве случаев будет думать (в дополнение к терапевтическим сессиям) о необходимости назначения психофармакологической терапии (или об отсутствии такой необходимости). Психологи также иногда задумываются над этим вопросом, но не имеют права делать такие назначения.

В наиболее примитивном варианте медицинской модели, назначив тот или иной препарат (на срок от месяца до шести месяцев), врач-психотерапевт затем будет отслеживать комплаенс и динамику течения заболевания с той или иной периодичностью. Наиболее часто пациентам (обозначаемым как «больные») предлагается показываться врачу раз в неделю, а иногда даже раз в месяц при условии постоянного приема назначенных препаратов. В процессе этих встреч проводятся терапевтические беседы, а основное внимание обращается на то, как в результате лечения меняется симптоматика, с которой обратился пациент, то есть – как протекает болезнь. Типичным вопросом врача, обращенным к пациенту, является: «Как вы себя чувствуете?». Психолог, скорее всего, предложит пациенту встречаться, как минимум, два-три раза в неделю, исследуя преимущественно психологический анамнез и историю развития личности, состояние психоэмоциональной сферы, систему отношений пациента и сформировавшиеся у него типичные паттерны поведения. А его типичным вопросом, обращенным к пациенту, будет: «Расскажите, что вы чувствуете?». Но «водораздел» таится не в этом.

Обратимся к главному отличию медицинской и психологической модели. Многие врачи-психотерапевты, в отличие от психологов и даже физиологов (которые изучают анатомо-физиологический субстрат, на основе которого реализуется психика), все еще практически полностью идентифицируют психику и мозговые механизмы, в то время как все более широкое признание в современной науке получают представления о психике, как эпифеномене. В рамках этих представлений психическая деятельность рассматривается как вариант информационного взаимодействия и обмена, при этом информация общепризнанно характеризуется как нематериальный фактор.

Признание того, что собственно психическая деятельность познаваема лишь в форме самонаблюдения и рефлексии (которые на протяжении длительного периода развития психологии характеризовались как идеалистические, субъективные и ненаучные) и преимущественно через речь (как непосредственную манифестацию психических процессов) только обретает право «гражданства» во врачебном сообществе.

Большинство психологов-психотерапевтов хорошо осведомлены, что мысли, чувства, переживания и вообще любая информация, предъявляемая в присутствии значимого Другого (терапевта), имеет качественно иные характеристики, включая ее переоценку субъектом, которым она предъявляется. Поэтому психолог-психотерапевт будет, прежде всего, ориентирован на то, чтобы стать такой значимой личностью. Он будет больше слушать пациента, предоставляя именно ему возможности для максимально раскрепощенной вербальной активности, включая интерпретацию предъявляемого материала (самим пациентом). Врач-психотерапевт, как правило, сам будет проявлять больше вербальной активности, давая советы, предостерегая или интерпретируя материал пациента, при этом апеллируя к состоянию нервной системы, механизмам ее функционирования и биохимии мозга.

Укоренившиеся представления о мозге, как вместилище всех психических функций породили массу заблуждений,

которые давно вошли в обыденную речь, а в науке привели к известному феномену «нагруженности теорией» (когда все, что лежит за пределами главенствующей концепции или даже гипотезы исходно отмечается). Совершенно привычными стали фразы о том, что «у кого-то не все в порядке с нервами», хотя нервы – это просто проводники; другой вариант «мне пришло в голову», но приходит не в голову, а «на ум» и т.д. В целом, идентификация нервного и психического на уровне обыденного сознания и даже научного знания – запредельна.

Отметим также типичные различия подходов к психическим расстройствам. Как представляется, мы до настоящего времени не совсем точно выделили два ее принципиально различающихся типа. А именно:

1) психические расстройства, которые развиваются как следствие органических поражений головного мозга: вследствие инфекционных процессов, отравлений, травм, склеротических изменений, онкологических заболеваний и т.д. То есть речь идет о тех случаях, когда повреждаются ткани (сома), на основе которых реализуется психическая деятельность. В этом случае даже по внешним (поведенческим и психическим) проявлениям локализация поврежденной части мозга легко опознаваема и прогнозируема, а подходы биологической медицины абсолютно адекватны: нужно лечить мозг, используя соответствующие препараты (химические вещества), с помощью оперативного вмешательства, с применением облучения или лазера и т.д.;

2) психические расстройства, которые развиваются как следствие информационного поражения самой психики, то есть – когда один нематериальный фактор (например, индивидуально значимая психическая травма) повреждает другой нематериальный фактор (нормально функционирующую психику). Самый наглядный пример – якобы «массовое отравление» нервнопаралитическим газом учащихся сразу нескольких школ в Чечне в сентябре – декабре 2005 г. (которое оказалось типичным вариантом массового пси-

хического заражения ложными идеями; в целом, по такому же – паранойяльному – сценарию развиваются и межнациональные конфликты [7]).

В отличие от первой группы психические нарушения в этом случае (в зависимости от индивидуальных особенностей того или иного субъекта) исходно могут реализоваться в самых различных вариантах: от легкой дисфории до тяжелого аутизма или устойчивой паранойи. А терапия, соответственно должна осуществляться информационным воздействием на поврежденные не мозговые, а на поврежденные психические структуры. Химическое воздействие в данном случае позволит заглушить проявления психического расстройства, но психические содержания останутся неизменными. Эти идеи получают все большее распространение и признание в психологическом сообществе, но большинство врачей все еще «нагружены» теориями рефлексов и идеями высшей нервной деятельности.

В целом, типичный врач-психотерапевт в большинстве случаев действует в полном соответствии со сложившейся системой медицинского подхода к тому или иному (соматическому) заболеванию: собери анамнез, проанализируй симптоматику, установи диагноз, назначь лечение и наблюдай за тем, как идет выздоровление. Более того, вслед за соматической медициной психиатрия начала тяготеть к стандартизации схем лечения. И на первый взгляд, кажется, что все идет правильно. За «небольшим» исключением: симптом в психиатрии и психотерапии, в отличие от соматической медицины, не несет никакой прагматической информации ни о причине, ни о психогенезе, ни о локализации возникшей психопатологии.

Добавим несколько тезисов о фармакотерапии психических расстройств, которая исходила из принципов терапии соматических заболеваний, и с которой связывалось столько неоправдавшихся надежд – оказалось, что лечение мозга весьма неоднозначно сказывается на психике (вплоть до ее полного разрушения).

При наличии нескольких (более обоснованных и более подробных) классификаций психофармакологических препаратов их можно условно разделить на две большие группы: те, которые притупляют душевные страдания; или наоборот - стимулируют общую психическую активность и яркость восприятия. Но они никак не меняют содержательное наполнение психической сферы (информацию).

Здесь нет некоего общего негативизма к психофармакологии, определенные успехи которой было бы неверно не замечать. И автор вовсе не является ее противником, но последовательно выступает против ее необоснованного назначения (а до 60% таких назначений делают врачи общей практики), длительного, изолированного и бесконтрольного применения. В последних двух случаях имеется в виду – без систематического контроля со стороны психиатра и взаимодействия пациента с психотерапевтом, которые внимательно отслеживают эффекты психофармакологического воздействия и изменения состояния пациентов (включая побочные реакции, в качестве которых описывается практически вся психопатология). Когда человек страдает физически или душевно, безусловно, вначале нужно прибегнуть к обезболиванию. Однако в случае психического страдания главной задачей остается психическое воздействие психиатров и терапевтов на состояние и содержание психической сферы пациентов.

Наши американские коллеги исследовали несколько десятков случаев массового расстрела одноклассников, сокурсников, сослуживцев и других ни в чем не повинных людей [6]. В 90% случаев было установлено, что все преступники систематически посещали психиатров и постоянно получали медикаментозное лечение, но это никак не сказалось на адекватности их поведения. И тогда возникает вопрос: что мы диагностируем и лечим?

А теперь о главном отличии медицинской и психологической модели психотерапии. В отличие от традиционного-медицинского подхода, в котором всегда выделяется диагностический и лечебный этапы, динамическая психо-

диагностика и динамическая терапия идут рука об руку на протяжении всей психотерапевтической работы, на каждой сессии, желательно – как минимум два раза в неделю, включая заключительный период. И в зависимости от результатов этой динамической психодиагностики может качественно меняться стратегия и тактика психотерапевтической работы не только на каждой, а даже в процессе каждой сессии. Это предполагает особое внимание не столько к симптоматике, сколько к малейшим изменениям в содержании психической сферы, эмоциональной окраске и всем другим нюансам материала, предъявляемого пациентами.

Это, конечно, далеко не все отличия медицинской и психологической моделей психотерапии, и при настойчивом поиске можно было бы найти еще с десяток нюансов, но остановимся на этом.

Литература

1. Бехтерев В. М. Будущее психиатрии: введение в патологическую рефлексологию. — СПб.: Наука, 1997. — 330 с.
2. Бобров А. Е. Методологические аспекты изучения психосоматических соотношений и перспективы интегративной медицины // Психосоматическая медицина — 2016: тр. XI междунар. конгр. — СПб.: Человек, 2016. — С. 6-9.
3. Карвасарский Б. Д. Назыров Р. К., Подсадный С. А. [и др.]. Теория и практика психотерапии в России // Психиатрия и психофармакология. — 2001. Т. 2, № 1. — С. 12-14.
4. Курпатов В. И. Гладышенко А. В. Кризис или коллапс российской психотерапии? // Психосоматическая медицина — 2016: тр. XI междунар. конгр. — СПб.: Человек, 2016. — С. 33-37.
5. Решетников М. М. Психическое расстройство. — СПб.: Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2008. — 272 с.
6. Fox J. A. — Catching a Coming Crime Wave — *Scientific American*, 1996, 274 (6), 40-44.

7. Volkan V. Traumatized Societies // Violence and Dialogue? Psychoanalytic Insight on Terror and Terrorism. — London: International Psychoanalytic Association, 2003. — P. 217–237.

Стигматизация и самостигматизация в рамках когнитивного подхода в психотерапии
Соловьева С. Л.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова» Министерства здравоохранения РФ

Стигматизацией в самом общем виде принято считать «предвзятое или негативное отношение окружающих по факту наличия у человека того или иного признака» (Серебрянская Л. Я., 2004). Стереотипы в обществе необходимы: общественное мнение призвано и обязано поощрять определенные приемлемые модели поведения и «не подкреплять» неприемлемые. Ритуалы отвержения, провокации чувства вины у тех, чье поведение неприемлемо, призваны обеспечить безопасность общества.

В медицине понятие стигматизации используется преимущественно в психиатрии и означает «негативное социальное последствие диагноза психической болезни, связанное со сложившимся в обществе стереотипом воспринимать ее как постыдную, отторгающую, дискриминирующую, которое порождает у заболевшего наряду с чувством стыда, вины, неуверенности, страха оскорбления стремление скрыть свои симптомы, отгородиться и тем самым остаться в стороне от источников возможной поддержки» [Вугпе Р., 1997]. Первым комплексным исследованием, посвящённым проблеме стигматизации как формы дискриминации психически больных, стала монография американского социолога Ирвинга Гоффмана «Стигма. Об особенностях искалеченной личности» (1963 г.), в которой *Гоффман выделил и описал два принципиально различных типа стигм: это «телесные уродства» и «индивидуальные недостатки характера, воспринимаемые как слабость воли», к которым автор причислил спутанность сознания, судимость, наркоманию,*

гомосексуализм, потерю работы, попытки самоубийства и радикальную политическую позицию. Применительно к российской действительности, как отмечают современные авторы, можно было бы включить в эту группу стигм также алкоголизм и отсутствие постоянного места жительства [4].

Наряду с явлением стигматизации существует представление о самостигматизации. Понятие самостигматизации, как реакции на негативное отношение социального окружения и собственного ранее сформированного представления о душевнобольных, было впервые введено в психиатрию В. Link, согласно которому процесс формирования новой идентичности у психически больного человека имеет определенный механизм развития и включает ряд последовательных этапов, приводящих в конечном счете к «принятию роли душевнобольного». Самостигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь с чувством неполноценности и социальной несостоятельности [8, 9]. В настоящее время самостигматизация в психиатрии определяется как совокупность реакций пациента на проявления психической болезни и статус психически больного в обществе [9]. Проявлениями самостигматизации становятся дистанцирование от общества, чувство вины, стыда (P. Vugne, 2001).

Проблема стигмы сегодня является одной из самых главных проблем современной социальной психиатрии и психиатрии в целом, однако она формулируется и в отношении других заболеваний. Так, например, показано, что стигматизация и самостигматизация существенно влияют на социальное функционирование и качество жизни лиц с избыточной массой тела и ожирением, больных ВИЧ-инфекцией, онкологическими заболеваниями, туберкулезом [2,3,6,11,12].

Рассматриваются возможные психологические механизмы стигматизации и ее последствия для личности больного. Приобретение стигмы в связи с возникновением заболевания оказывается сильной психотравмирующей ситуацией,

связанной с явлением деидентификации, то есть утратой идентификации с социальной группой, с которой ранее пациент себя отождествлял, в виде фиксации на своей предполагаемой неполноценности и принятии роли изгоя общества. В этой связи утрачивается главный ресурс адаптации — социальная поддержка, способность к принятию которой основана на уверенности в принадлежности к определенной социальной группе. Если стигматизированному в этот момент не будет оказана психологическая помощь, возникает высокая степень вероятности обесценивания собственной жизни, лишенной социального контекста, что влечет за собой формирование риска суицидального поведения.

Феномен стигматизации начинает привлекать внимание клинических психологов, которые, в отличие от врачей, не склонны оценивать этот феномен так однозначно. С самого начала формирования представлений о стигматизации и самостигматизации обсуждается проблема «использования стигмы её «владельцем»»: согласно Э. Гоффману, больной может использовать свою стигму и получать от неё так называемые «вторичные выгоды», например, для оправдания своих неудач, не связанных со стигмой.

Проведенные в последнее время клинические и экспериментально-психологические исследования показали, что «лично обусловленная самостигматизация характеризуется истеро-ипохондрическими реакциями у достаточно сохранных пациентов» [9,12,13]. Наряду с негативными последствиями стигматизации для личности больного в современной литературе указываются и ее позитивные, адаптивные эффекты. Так, например, нозоцентрическая самоидентификация (самоотождествление с сообществом психиатрических пациентов) в противоположность деидентификации рассматривается как адаптивная личностная реакция пациентов с относительно негрубыми психическими расстройствами. В клинике внутренних болезней исследования явления самостигматизации носят единичный характер; между тем соматический диагноз предпочтительнее для потенциального

больного как более «социально престижный»; все чаще пациенты «выбирают» симптомы заболеваний сердечно-сосудистой системы, среди которых «предпочтительны» симптомы, имитирующие клиническую картину ишемической болезни сердца. Роль беспомощной жертвы гарантирует безопасность, ограждая от ответственности за самого себя, за неудачи в карьере, в личной жизни, в социальных достижениях. Приобретение такого социально-значимого «смысла жизни», как борьба с болезнью, помогает больному чувствовать себя нормальным членом общества.

Явления стигматизации и самостигматизации как когнитивные феномены, сопровождающие формирование новой идентичности у пациентов — статус «здорового человека» изменяется на статус «больного» — могут рассматриваться с позиций когнитивной психологии. Снижение болезненности тревожных переживаний означает, прежде всего, поиск информации, снятие неопределенности, предполагая ориентацию будущего пациента на получение диагноза. У «наивного» пациента, не имеющего медицинского образования, существует более или менее осознанное представление о том, что в медицине есть конечное число болезней, верифицируемых на основании определенного перечня симптомов, которые выявляются конкретными научно-обоснованными методами; он склонен предполагать, что эта классификация носит окончательный характер, охватывая все возможные формы человеческой патологии. Эти представления заставляют будущего больного действовать определенным образом, перечисляя врачу, без учета его специализации, то, что условный пациент считает проявлениями своей «болезни»; он думает, что предъявляет объективные симптомы, которые врачу остается только проверить научно обоснованными объективными методами, но на самом деле излагает жалобы — эмоционально окрашенные, субъективно представленные психологические или психосоматические проявления физиологических процессов, которые, в зависимости от способа предъявления, могут быть отнесе-

ны врачом как к категории «нормы», так и к патологии.

Получив вместо предполагаемого, то есть вполне определенного «диагноза» предложение врача пройти более или менее длительное, травматичное и дорогостоящее обследование, будущий пациент соглашается на него только в том случае, если его «болезнь» в его субъективной психологической реальности в данный момент представляет собой с его точки зрения реальную опасность. Если врач считает возможным сформулировать пациенту предположительный диагноз или очертить наиболее вероятную зону поиска, не отвергая вероятности наличия заболевания, то условный больной превращается в реального пациента: во-первых, компетентный специалист не отверг его «симптомы» как признаки болезни, а его самого принял в качестве «больного»; во-вторых, «диагноз» снимает неопределенность, а также уровень напряжения и тревоги, поскольку означает для пациента назначение соответствующих лекарств, и, следовательно, гарантированное излечение. Происходит стигматизация пациента: из просто человека он превращается в «гипертоника», который отныне должен следить за своим давлением, или в «диабетика», который должен постоянно измерять сахар в крови, или в депрессивного пациента, который систематически должен снимать эмоциональный дискомфорт приемом антидепрессантов. Если для врача, приоритетом которого является жизнь, естественно проявлять повышенную настороженность в плане инфаркта, инсульта, суицида или диабетической комы, то подобные установки пациента интерпретируются как проявления его ипохондрии, депрессии или паранойи.

Таким образом, само явление стигматизации выглядит неизбежным, поскольку врач и пациент, имея разное образование, говорят на разных языках, вкладывая в одни и те же термины разное содержание: врач — клиническое, соответствующее полученному образованию и специализации, пациент — индивидуально-психологическое, в контексте его уникального жизненного опыта. Врач профессионально

насторожен на поиск отклонений психофизиологических функций от «нормативных», в то время как функционирование практически здорового человека предполагает гораздо более высокий порог отражения в сознании этих отклонений. Обсуждая между собой предъявляемые жалобы, врач и больной, используя одни и те же термины, вкладывают в них разное содержание. Помещенные в контекст клинического мышления врача, жалобы пациента имеют иное значение, чем в актуальной психологической реальности пациента. В результате при наличии возможных временных проявлений соматической или психосоматической дисфункции на пациента накладываются (или он сам накладывает на себя — самостигматизация) неоправданно жесткие ограничения, существенно снижающие его способность к реализации профессиональных, социальных, индивидуально-психологических ценностей и целей. Сама вероятность получения диагноза означает для пациента законное избавление от ответственности за нерешенные психологические, профессиональные и социальные проблемы, одновременно расширяя диапазон его «прав» на помощь, поддержку, повышенное внимание и заботу.

Динамичные социально-психологические процессы, предъявляющие повышенные требования к личности человека, не всегда воспринимаются им как «вызов», тренирующий на преодоление трудностей, активизирующий резервы и ресурсы, адаптивные и компенсаторные возможности личности; эмоциональный стресс не всегда становится точкой личностного развития и роста. Социальный стресс, особенно в среде социально уязвимых социальных групп, провоцирует психологические реакции «ухода» в виде алкоголизма, наркоманий, нарушений пищевого поведения и других форм аддиктивного поведения. Реакция «ухода в болезнь», приобретающую значение «условной желательности», становится наиболее очевидным решением в том случае, если социальные последствия заболевания имеют для личности пациента большую положительную значимость, чем нега-

тивные переживания от дискомфорта вследствие незначительных или умеренных отклонений психосоматических функций в рамках пограничных состояний. «Уход в болезнь» проявляется неосознаваемым психологическим саботажем в отношении выздоровления и выписки; пациент предпочитает защищенность пребывания в стационаре, где получает гарантированное внимание и поддержку, заботу и уход. Самостигматизация одиноких пожилых людей, относящихся к материально необеспеченным слоям населения, проявляется и в стремлении получить реальную материальную выгоду, которую может предоставить ему госпитализация, когда он избавлен от необходимости покупать себе еду и лекарства, а окружающие стремятся скрасить его болезненное состояние маленькими подарками и услугами. Представление об «условной выгоде» социальных последствий болезни имеет не менее давнюю историю, чем указания на ее негативные последствия. Так, согласно Э. Гоффману, «нормальным (обычным) восприятием и отношением (действиями) к человеку со стигмой, являются: благожелательное социальное действие, призванное смягчить и сгладить наличие у человека стигмы». Это положение подтверждают многочисленные социально-психологические исследования. Так, например, исследования содержания понятия «инвалид» в общественном сознании показали, что благодаря стойкому стереотипу люди ассоциируют с этим словом необходимость заботиться и помогать людям, подпадающим под это понятие.

Социальная пассивность групп населения трудоспособного и репродуктивного возраста, которые рассматриваются врачами в качестве «практически здоровых», но направляют основные усилия на посещения разнообразных медицинских учреждений, прохождение разнообразных диагностических обследований, завершающиеся в конечном счете получением того или иного диагноза — своеобразной «индальгенции», избавляющей от участия в решении социальных проблем, заставляет исследовать социально-психологические аспекты самостигматизации.

Формируется представление о том, что превращение практически здорового человека в больного происходит не только в связи с появлением у него симптомов какой-либо болезни, но и содержит в себе возможность ослабления психологического дискомфорта, решения внутриличностных проблем, в частности, в связи с нерешенными экзистенциальными проблемами смысла его существования, переживаемыми особенно ярко в перспективе приближающейся смерти.

Литература.

1. Аллен В. Записки городского невротика, маленького очкастого еврея, вовремя бросившего писать. Санкт-Петербург. Издательство «Симпозиум», 2002.
2. Барковская А. Ю., Протащик Д. В. Социальное неравенство в аспекте телесности. «Современные проблемы медицины: теория и практика»: материалы международной заочной научно-практической конференции (05 ноября 2012 г.) — Новосибирск: Изд. «Сибирская ассоциация консультантов», 2012. — 72 с. С. 52-58.
3. Барковская А. Ю., Протащик Д. В. Социальные причины избыточной массы тела и ожирения порастающего поколения россиян. Социология медицины — реформе здравоохранения. Научные труды IV Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), 3-4 октября 2013 г., Волгоград. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2013. — 264 с. С. 139-145.
4. Гурович И. Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств // Рус. мед. журн. 2001. Т. 9. № 25
5. Кабанов М. М., Бурковский Г. В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных Обзор психиат и мед психол. 2000; 1: 3-8.
6. Кнуф А. Стигма: теория и практика//Знание. Понимание. Умение. — 2006. — № 2. — с. 149-153.
7. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Зайцев В. В. Стигма-

- тизация и дестигматизация при психических заболеваниях. // Социальная и клиническая психиатрия. — М., 1999. — № 3. — С. 9-14.
8. Липай Т. П., Мамедов А. К. Стигматизация как социальный феномен (методология исследования). Электронное научное издание «Актуальные инновационные исследования: наука и практика», 2011 год, № 1.
 9. Михайлова Ирина Иосифовна. Самостигматизация психически больных: диссертация... кандидата медицинских наук: 14.00.18/Михайлова Ирина Иосифовна; [Место защиты: Научный центр психического здоровья РАМН]. — Москва, 2005. — 211 с.: ил.
 10. Недзельский Н. Н. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. М.: ИНФО-ПЛЮС, 2003. — 146 с.
 11. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации/Ястребов В. С., Гонжал О. А., Тюменкова Г. В., Михайлова И. И.; Науч. Центр психического здоровья РАМН. ó М., Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. ó 18 с.
 12. Скрипка Е. Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами // Молодой ученый. — 2012. — № 7. — С. 232-237.
 13. Слободская А. В. СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ // Научное сообщество студентов XXI столетия. ОБЩЕСТВЕННЫЕ НАУКИ: сб. ст. по мат. XX междунар. студ. науч.-практ. конф. № 5 (20). URL: [http://sibac.info/archive/social/5\(20\).pdf](http://sibac.info/archive/social/5(20).pdf) (дата обращения: 28.12.2016).
 14. Хлызина Ю. С. Последствия стигматизации: бомжи вне общества // Научный общественно-политический журнал. — 2008. — № 3-4 (9). — с. 92-94.
 15. Agermeyer M. C. Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft // Psychiatrische Praxis. 31. 2004.
 16. Corrigan, P. W. Self-stigma and the «why try» effect: impact on life goals and evidence-based practices/P. W. Corrigan // US National Library of

Mental Health [Electronic resource]. — Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694098/>Date of access: 04.01.2012.

17. Corrigan P.W., Watson, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness // *Clinical Psychology: Science and Practice*. Bd. 9. 2002. S. 35-53.
18. David, A. Insight and Psychosis/A. David // *Brit. J Psychiatry*. — 1990. — 156, 6. — P. 599-602.
19. Goffman, E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity/E. Goffman. — New York: Prentice-Hall, 1963.
20. Markus, H.R. Culture and the self: implications for cognition, emotion and motivation/H.R. Markus, S. Kitayama // *Psychological Review*. — 1991. — V.98(2). — P.224-253.

Иррациональные установки как фактор эмоциональных нарушений у женщин *Старикова У. П.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Марийский государственный университет

В современном мире, где стресс становится привычным жизненным состоянием, наблюдается высокий и непрерывно возрастающий уровень распространения эмоциональных нарушений у женщин. В качестве наиболее распространенного проявления эмоциональных нарушений у женщин можно выделить такое эмоциональное расстройство как депрессия.

По оценкам ВОЗ от депрессии во всем мире страдает более 300 миллионов человек [4]. При этом, данные исследований показывают, что женщины подвержены депрессии в два раза чаще, чем мужчины [5]. Следует отметить, что склонность испытывать депрессию в два раза чаще, не зависит от региона проживания, экономического положения или этнической принадлежности женщин, данные о таком соотношении подтверждены исследованиями в десяти различных странах мира [6].

Женщины в силу психоэмоциональных особенностей больше чем мужчины подвержены частым переменам настроения. Депрессия, в отличие от кратковременных эмоциональных реакций на события повседневной жизни, характеризуется устойчивостью в изменении настроения и негативного восприятия действительности. Длющаяся в течение продолжительного времени депрессия может стать серьезным нарушением психоэмоционального здоровья женщины, особенно если ее уровень возрастает до умеренной или тяжелой формы. Поэтому депрессия на сегодняшний день является одной из ведущих причин семейных и производственных конфликтов и имеет тяжелые выражен-

ные последствия как для самой женщины, так и для членов ее семьи и общества в целом.

Несмотря на то, что существуют такие эффективные и доказанные методы лечения депрессии как фармакотерапия и когнитивно-поведенческая терапия [1], необходимую помощь в лечении депрессии получают менее 10% страдающих от нее людей [4].

Очень часто женщины относят такие проявления депрессии как снижение настроения, расстройства сна и пищевого поведения к обычным бытовым переживаниям и не обращаются за помощью.

Согласно концепции когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), выдвинутой Аароном Бекем на основе проведенных им клинических экспериментов, мысли людей обуславливают их эмоции, которые в свою очередь определяют дальнейшие поведенческие реакции [1]. Аарон Бек утверждал, что людьми движут не события, а их интерпретация. В том случае, если интерпретация сильно расходится с внешними событиями возникает та или иная психическая патология. Следовательно, чтобы изменить негативное поведение, нужно в первую очередь, изменить мышление, которое приводит к эмоциональному нарушению.

Важным понятием в когнитивно-поведенческой терапии Аарона Бека является так называемая когнитивная триада депрессии:

- негативные отношения человека к самому себе;
- негативная интерпретация текущего опыта;
- негативное отношение к собственному будущему.

Рассматривая влияние мыслей на эмоциональное состояние необходимо обратить внимание на наличие трех уровней представлений. Наиболее фундаментальными являются глубинные убеждения. На основе глубинных убеждений формируются промежуточные убеждения, а именно: отношения, правила, ожидания, предположения. Затем следуют автоматические мысли, которые находятся на поверхно-

сти. На *рисунке 1* представлена схема влияния глубинных убеждений на эмоции и реакцию человека [2].

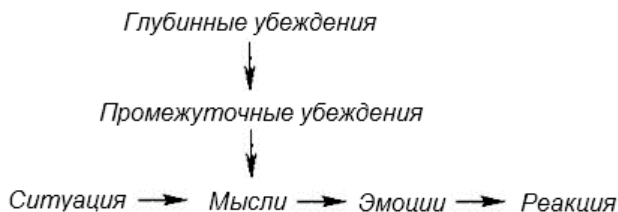


Рисунок 1. Схема влияния глубинных убеждений на эмоции и реакцию человека.

В когнитивно-поведенческой терапии Аарона Бека глубинные дисфункциональные убеждения делятся на:

- глубинные убеждения беспомощности;
- глубинные убеждения неприятия.

При этом чем дольше человек страдает депрессией и чем выше ее интенсивность тем сложнее изменить его дисфункциональные убеждения.

В рационально-эмоционально-поведенческой терапии Альберта Эллиса [2] также подтверждается концепция о том, что негативные эмоции появляются не вследствие произошедших событий, а вследствие их негативной интерпретации людьми из-за наличия у них иррациональных установок. Подобные установки формируются из детских впечатлений или перенимаются от родителей и сверстников и усваиваются в течение жизни.

Согласно утверждениям Альберта Эллиса иррациональные установки имеют четыре четких компонента:

- долженствование в отношении себя;
- долженствование в отношении других;
- драматизация;
- осуждение (оценочные установки).

Рациональная альтернатива этим установкам это:

- предпочтение;
- терпимость;

- антидраматизация (согласие с тем, что это плохо);
- принятие.

Отказавшись от представления о себе как о беспомощном порождении биохимических реакций, слепых импульсов или автоматических рефлексов, человек получает возможность увидеть в себе существо, склонное рождать ошибочные идеи, но и способное отучиться от них или исправить. Только определив и исправив ошибки мышления, личность сможет организовать жизнь с более высокими уровнями качества, спокойствия, гармонии и эмоционального благополучия.

Таким образом, согласно концепций когнитивно-поведенческой терапии Аарона Бека и рационально-эмоционально-поведенческой терапии Альберта Эллиса, дисфункциональные убеждения (иррациональные установки) оказывают влияние на эмоции и обусловленное ими поведение. А следовательно могут влиять на эмоциональные нарушения у женщин.

Проведенный анализ актуализировал проблему более полного раскрытия взаимосвязи между наличием иррациональных установок и эмоциональными нарушениями у женщин. Перспективными направлениями дальнейших научных исследований являются установление степени влияния наличия и выраженности иррациональных установок на эмоциональные нарушения.

Список литературы:

1. Когнитивная психотерапия расстройств личности/Под ред. А. Бека, А. Фримена. — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.
2. Бек Джудит. Когнитивная терапия. Полное руководство — М.: Вильямс, 2017. — 400 с.
3. Альберт Эллис, Уинди Драйден. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. — М.: Речь, 2002. — 352 с.
4. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень №369. Февраль 2017 г.

5. Blehar MC, Oren DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997;2:3. Revised from: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995;3:3-12.
6. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubin-Stiper M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, and Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 1996; 276:293-9.

Феномен осознанности (mindfulness) в когнитивно-поведенческой психотерапии
Тарасова Е.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 39»

«Осознанность» является относительно новым и интересным феноменом в современной когнитивно-поведенческой психотерапии.

В течение последних десятилетий в зарубежной литературе отмечается устойчивый рост числа работ, посвященных научной разработке концепции осознанности или психологической внимательности (psychological mindfulness) [4,18].

Техники осознания в медитативных практиках существовали в течение многих столетий как часть буддистской и других восточных духовных традиций. Исследование феномена осознанности в контексте научного изучения в клинической психологии и психотерапии началось в 1980-х годах (Kabat Zinn, 1990) [4,18].

Понятие «осознанности» (mindfulness) появилось в философии дзен-буддизма. Оно подразумевает подчеркнутую ориентацию на настоящий момент. Дзен учит, что каждый момент является полным и совершенным и что в центр терапии должно быть приятие, смирение и умение ценить то, что есть, а не тяга к изменениям (Hayes et al., 2004). В своем первоначальном смысле это понятие не относится к психическим состояниям, но как указал Аллен, некоторые аспекты осознанности предполагают восприимчивость к психологическим процессам. Центральный элемент осознанности — признание то, что мысли — это всего лишь мысли, а не «ты» или «реальность» (Fonagy, Bateman, 2006) [1,20]. Овладение навыками осознанного проживания жизни позволяет взглянуть на мир шире, открывает возможность учиться грамотно справляться с негативной информацией и стресс-

сами, которые имеют огромное значение в современном динамично развивающемся мире.

Речь идёт об отношении к мысли как просто мысли, а не как онтологическому отражению действительности. Такое отношение предполагает более высокую эффективность совладания с негативными переживаниями, а именно лёгкость актуализации альтернативных аспектов опыта, воздержания от негативной концептуализации нейтральных событий, широту диапазона и адаптивность ответов на негативные стимулы [4,19].

Далее рассматривая термин «mindfulness» (осознанность), стоит отметить, что в английском толковом словаре Уэбстера («Webster») термин «mindfulness» определяется как:

1. качество или состояние внимательности;
2. практика поддержания беспристрастного состояния повышенного или полного осознания своих мыслей, эмоций или переживаний от момента к моменту;
3. состояние сознания [5].

В психологии принято говорить об осознанности как о черте, характеризующей когнитивно-личностный стиль индивида. Предметом исследования в этом случае является функция осознанности в организации внутренней жизни человека (Didonna, 2009) [4,20].

Способность осознавать субъективность внутренней картины реальности рассматривается, таким образом, как эффективное средство совладания с различными формами психологического стресса — тревогой, страхами, раздражением, гневом, руминациями [4,20].

W. Кукен с со авт. выдвигают предположение, что навыки осознанности и безоценочного принятия опыта нивелируют связь между негативными эмоциями и специфическими паттернами мышления [4,23].

Стоит отметить, что феномен осознанности является центральным компонентом нескольких психотерапевтических подходов: Mindfulness based stress reduction program (MBSR)

или снижение стресса на основе осознанности и медитации (Kabat Zinn, 1990), Mindfulness based cognitive therapy (МВСТ) или когнитивная терапия, основанная на осознанности (Kuyken, Watkins, Holden et al., 2010; Teasdale, Segal, Williams et al., 2000), а также предметом многочисленных книг по самопомощи и самосовершенствованию. Помимо научного изучения осознанности как специфической психотерапевтической интервенции этот феномен активно обсуждается в более популярной литературе как путь к духовному росту, наслаждению, мудрости и т. п. [4,22].

Понятие осознанности нашло важное применение в когнитивно-поведенческих методах, которые включают в себя диалектическую поведенческую терапию (ДПТ, Linehan, 1987; Chiesa, Serretti, 2001) и форму когнитивно-поведенческой терапии депрессии, направленную на то, чтобы уменьшить вероятность её повторения (Teasdale et al., 2000). Осознанность отражает отношение открытости, которое тоже входит в концепцию ментализации (Fonagy, Bateman, 2006) [1, 20; 4].

Осознанность можно тренировать. Благодаря развитию навыков осознанного проживания жизни и восприятия окружающей действительности качество жизни людей может значительно измениться в лучшую сторону. Именно восприятие мыслей, как всего лишь мыслей, без побуждения к действию позволяет избежать импульсивных поступков в жизни, а так же формирует стремление к принятию ответственных решений в трудных жизненных ситуациях.

Современные представления об осознанности описаны в литературе по диалектико-поведенческой терапии (DBT) [3]. В DBT указано, что осознанность это способность намеренно жить в настоящем моменте с полным вниманием (освободиться от привычек, ставших автоматическими или рутинными, чтобы полностью присутствовать и участвовать в своей жизни); не осуждать и не отрицать настоящий момент (осознавая последствия, различая полезное и вредное, но отпуская желание дать оценку настоящему моменту, избежать, подавить или заблокировать

его); не привязываться к прошлому или будущему (уделять внимание переживанию каждого нового мгновения, а не игнорировать настоящее, цепляясь за прошлое или будущее) [3]. Такой подход отражает особую философию жизни. Что такое практика осознанности? Сознательное направление внимания на настоящий момент, без осуждения этого момента. Медитация является практикой осознанности и формирования навыков осознанности на протяжении заранее установленного периода времени (в положении сидя, стоя или лёжа). Медитируя, мы либо концентрируемся, фокусируем внимание (например, на ощущениях в теле, дыхании, эмоциях или мыслях), либо расширяем внимание (охватывая им всё, что входит в поле нашего осознания). Существует множество форм медитации, отличающихся друг от друга (в основном, в зависимости от того, открыто наше внимание или сфокусировано, и если сфокусировано, то на каком объекте). Осознанность может быть и в движении. Также существует множество возможностей для практики осознанности в движении, привнося навыки осознанности в какие-либо физические упражнения: йога, цигун, ходьба, боевые искусства (тай цзи, айкидо, карате), танцы и не только [3].

Анализируя некоторые техники осознанности, стоит отметить эффективные упражнения основанные на осознанном дыхании. Например, упражнение, «подсчет вдохов и выдохов»: «Сядьте на пол по-турецки. Можно также сесть на стул, встать на колени, лечь на пол, медленно идти. Вдыхая воздух, осознавайте вдох и медленно отмечайте: «Я вдыхаю, раз». Выдыхая, осознавайте выдох и мысленно отмечайте: «Я выдыхаю, раз». Не забывайте начинать дыхание от живота. Начиная следующий вдох, осознавайте его и мысленно отмечайте: « Я вдыхаю, два». Медленно выдыхая, осознавайте выдох и мысленно отмечайте: «Я выдыхаю, два». Дойдите до десяти, потом вернитесь к единице. Когда отвлекаетесь, возвращаетесь к единице [3,311]». Это универсальное упражнение и его можно использовать в различных условиях. Оно

помогает справляться с тревогой, страхами, паникой и отвлекает от негативных мыслей. В процессе выполнения представленного упражнения, внимание переключается на осознание своего дыхания и на счёт, что в итоге способствует стабилизации психоэмоционального состояния в целом.

В многочисленных исследованиях на уровне метаанализа доказана эффективность терапии, основанной на осознанности в лечении различных психических расстройств [4,19].

Литература:

4. Бейтман Э.У., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: практическое пособие. — М.: «Институт общегуманитарных исследований», 2006. — 248 с.
5. Лайнен, М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности/Марша М. Лайнен. — М.: «Вильямс», 2007. — 1040с.
6. Лайнен, Марша М. Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности.: Пер. с англ. — М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2016. — 336 с.
7. Пуговкина О.Д., Шильникова З.Н. Концепция mindfulness (осознанность): неспецифический фактор психологического благополучия //Современная зарубежная психология. —2014. —№ 2. — С. 18-26.
8. Merriam-Webster Dictionary and Thesaurus. [Электронный ресурс]. —Режим доступа: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/mindfulness>

Некоторые аспекты нейрофизиологического функционирования в ходе долгосрочной тренинговой программы с применением медитативных практик

Шаптилей М. А., Кривошапова М. Н.

ООО «Экзиклуб»,

Центр научного исследования здоровья (Санкт-Петербург)

За последнее десятилетие учеными найдено много параллелей между нейрофизиологическими процессами, участвующими в обеспечении функции внимания и медитации. Так, Focused Attention (FA) медитация по классификации Lutz (2008) — это одно из направлений медитативных техник, где основной задачей практикующего является поддержание избирательного внимания каждый момент времени на выбранном объекте. Выделяют следующие основные навыки, возникающие в ходе длительной практики подобной медитации: способность к мониторингованию собственного состояния с выделением дистракторов (помех) и без дестабилизации основного фокуса внимания; формирование способности к своевременному отсоединению от отвлекающего объекта.

Установлено, что наработка опыта в FA медитации, приводит к минимизации усилий, необходимых для поддержания избирательного внимания и, соответственно, к снижению активации некоторых зон мозга, участвующих в регуляции внимания (Brefczynski-Lewis 2007). Изменения касаются не только функции, но и структуры. Так, в ряде работ указывается на наличие структурных изменений (увеличение объема) некоторых отделов мозга, причастных к процессам внимания у опытных медитаторов (Lasar 2005). Предполагается, что регулярная практика медитации может уменьшать когнитивные расстройства, связанные с процессом старением (Pagnoni 2007, Slagter 2007).

В ЭЭГ-исследованиях медитаций привлечение функции внимания сопровождается увеличением альфа-активности,

снижением активности симпатической нервной системы и положительно коррелирует с деятельностью дофаминергической системы мозга (Takahashi 2005).

В исследовании приняли участие две группы людей. Первая группа обследуемых ($n=25$) проходила полугодовую программу психологических тренингов, посещая групповые занятия с психологом не реже 1 раза в неделю (3 часа). Данная программа нацелена на повышение эмоциональной компетенции и стрессоустойчивости, на осознание и смену когнитивных установок. Вторая группа обследуемых ($n=15$), наряду с участием в аналогичной тренинговой программе, регулярно, на протяжении 6 месяцев занималась медитативной практикой (FA), объемом, в среднем, 90 минут в неделю. Все участники являлись «новичками» в медитации — общий объем практики не превышал 100 часов. Возраст участников — от 28 до 50 лет в обеих группах.

Комплексное психофизиологическое обследование участников проводилось дважды с интервалом в 6-7 месяцев (в начале и в конце тренинговой программы).

Схема электроэнцефалографического исследования включала: 1) состояние покоя (5 мин); 2) медитация (10 мин); 3) состояние покоя (3 мин); 4) «счет в уме» (1-2 мин). При первичном обследовании все участники проходили однотипный инструктаж по практике FA-медитации. Исследование проводилось в тишине, глаза обследуемых во время ЭЭГ-регистрации закрыты.

Количественный анализ ЭЭГ осуществлялся с помощью программного обеспечения, используемых в работе электроэнцефалографов (фирм «Мицар» и «Медиком МТД») и являлся универсальным для частотно-временных характеристик нативной ЭЭГ. ЭЭГ-данные обрабатывались отдельно для трёх фрагментов («фон», «медитация», «счёт в уме»). Для реализации задач настоящего исследования нами был выбран следующий параметр ЭЭГ — индивидуальная частота максимального альфа-пика. Известно, что частота альфа-пика (ЧАП) сопряжена с такими психологическими характеристиками,

как когнитивные стратегии, когнитивная продуктивность, успешность обучения (Klimesh 2007, Базанова 2008). Так, беглость выполнения когнитивных и психомоторных заданий, что, безусловно, сопряжено с функцией внимания, выше у лиц с высокочастотным альфа-ритмом ($> 10,6$ Гц).

При анализе данных среди обследуемых I и II группы («без» и «с» практикой ФА-медитации, соответственно) были выделены подгруппы с низкими показателями частоты альфа-пика ($< 9,6$ Гц) и с высокими показателями частоты альфа-пика ($> 10,6$ Гц). В обеих группах наблюдалось увеличение величины ЧАП во время Focused Attention медитации. Но достоверное изменение величины ЧАП в фоновой ЭЭГ (состояние покоя) наблюдалось только во II группе у лиц с изначально низкими показателями частоты альфа-пика ($9,45 \pm 0,1$ Гц) и практикующих на протяжении 6 месяцев медитацию. Так, при заключительном обследовании средняя частота альфа-пика в данной подгруппе составила $9,8 \pm 0,2$ Гц.

Focused Attention медитация, наряду с улучшением функции внимания, может приводить к устойчивым изменениям корковой ритмики и способствовать формированию нового стиля нейрофизиологического функционирования.

Список литературы

1. Brefczynski-Lewis J., Lutz A., Schaefer H., Levinson D., Davidson R. 2008. Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. PNAS. vol. 104. no. 27. 11483-11488
2. Klimesch W., Sauseng P., Hanslmayr S. 2007. EEG alpha oscillations: The inhibition-timing hypothesis. Brain Res. Rev. 53, 63-88.
3. Lutz A., Slagter H., Dunne J., Davidson R. 2008. Attention regulation and monitoring in meditation. Trends Cogn Sci. Apr;12 (4):163-9.
4. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, McGarvey M, Quinn BT, Dusek JA, Ben-

- son H, Rauch SL, Moore CI, Fischl B. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*. 2005 Nov 28;16 (17):1893-7.
5. Pagnoni G., Cekic M. 2007. Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of Aging*. 28. 1623-1627
 6. Slagter H., Lutz A., Greischar L., Francis A., Nieuwenhuis S., Davis J., Davidson R. 2007. Mental Training Affects Distribution of Limited Brain Resources. *PLoS Biology*, 5 (6): 138
 7. Takahashi T, Murata T, Hamada T, Omori M, Kosaka H, Kikuchi M, Yoshida H, Wada Y. 2005. Changes in EEG and autonomic nervous activity during meditation and their association with personality traits. *Int J Psychophysiol*. Feb;55 (2):199-207.
 8. Базанова О.М. 2010. Вариабельность и воспроизводимость индивидуальной частоты максимального пика в различных экспериментальных условиях // Журнал выс. нервн. деят. им. П. И. Павлова. Т. 60, № 6, 767-776.

Современные подходы к психокоррекции аффективных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа *Шарипова Ф. К.*

**Ташкентский Педиатрический Медицинский
Институт**

Актуальность: современная ситуация развития психологической комфортной и безопасной среды, связана, прежде всего, с ростом социальных рисков, препятствующих полноценному развитию в плане физического, психического и психологического здоровья детей и подростков, страдающих сахарным диабетом первого типа. В связи с этим актуальным и целесообразным направлением работы с данным контингентом населения является комплексная медико-психологическая помощь с проведением психосоциальных и реабилитационных мероприятий. Сахарный диабет (СД) является широко распространенным эндокринным заболеванием, которое достигает масштабов неинфекционной эпидемии. Согласно статистическим данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) за 2013 г. в мире зафиксировано 381 млн. 800 тыс. пациентов с СД, в 2014 г. количество больных составило 387 млн, а к 2035-му оно может увеличиться до 592 млн. По данным ВОЗ около 17% населения в России и СНГ больны СД. Специалисты Международной федерации диабета подсчитали, что каждые 10 секунд у трех человек развивается СД и каждые 6 секунд один человек умирает от его осложнений (DiabetesAtlas, 6th ed. IDF, 2015). Контингент больных с впервые выявленным СД II типа пополняется преимущественно за счет старших возрастных групп (65-80 лет), что объясняется не только увеличением продолжительности жизни населения, но и, прежде всего, увеличением распространенности ожирения на фоне гиподинамии и воздействием различных стрессогенных факторов (Доскина Е. В., 2013). Данное заболевание необходимо диагностировать на начальной стадии, но, к сожалению, не всегда пациент вовремя обра-

щается в медицинские учреждения. Довольно часто пациенты даже не подозревают о том, что они больны, и не обращаются к врачу, не получают соответствующего лечения и имеют высокий риск развития необратимых сосудистых осложнений. Большинство больных, которым ставят диагноз сахарный диабет, испытывают шок, им трудно осознать, что теперь надо по несколько раз в день проверять сахар крови и принимать сахароснижающие препараты, сложно принять, что физическое состояние будет зависеть от назначений врача-эндокринолога, от лекарственных препаратов, которые им жизненно необходимы и регулярных лабораторных обследований. Особенно сложно это представить детям и подросткам, что придется постоянно соблюдать терапевтический режим и принять, что эта болезнь навсегда. Больные с впервые выявленным СД нуждаются в индивидуальной психологической поддержке (Кошанская А. Г., Винокур В. А., 2016). Этому контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между врачом и больным, для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня. В связи с появившимся прогрессом в фармакотерапии, как нельзя более актуальными становятся вопросы реабилитации, социальной адаптации и коррекции тревожно-фобической и депрессивной симптоматики у детей и подростков.

Цель исследования: изучить новые возможности психокоррекции аффективных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: в условиях НИИ Эндокринологии города Ташкента была набрана группа из 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде

фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Для выявления эмоциональных изменений использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник тревожности Спилбергера-Ханина, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину. С группой проводились занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев, по разработанной специалистами методике с частотой 2 раза в неделю, продолжительностью около 2-х часов.

Результаты: в ходе исследования эмоционального фона у 96,6% обследованных подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%), отсутствие желания продолжать учебу (25%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%). В обследованной группе в ходе тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86% подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67%), у 20% обследуемых — без клинически значимой тревоги и у 13% подростков — констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. У подростков с СД первого типа была обнаружена взаимосвязь уровня реактивной тревожности с уровнем личностной тревожности. Высокая реактивная и личностная тревожность сопровождалась

формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания. У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), ощущением враждебности со стороны окружающих и высокий уровень личностной и реактивной тревожности (36%), эпизоды немотивированной агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия отмечалась в 100% случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77%), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам (65%), формировались тенденция к аутизации и изоляции (70%), суицидальные намерения и высказывания (15%).

Основными целями проводимой коррекционной работы являлись:

1. Проведение семейной и рациональной психотерапии.
2. Реабилитационная программа.
3. Улучшение социальной адаптации подростков (формирование мотивации к социальной активности);
4. Обучение новым формам самовыражения, навыкам творческой деятельности и прикладного искусства.

В ходе реализации реабилитационной программы успешно использовались разные виды активной групповой работы: функциональный тренинг умений и уверенности в себе, тренинг общения, музыкотерапия, телесно-ориентированная и танце-двигательная терапия, когнитивный тренинг. На начальных занятиях группы наши специалисты старались проводить занятия в рамках такой психотерапевтической техники

как арт-терапия. В ходе данных была предложена новая форма деятельности в рамках прикладного искусства: бисероплетение, декупаж, резьба по дереву, изготовление украшений, роспись по стеклу, дереву, плетение макраме, вышивание цветными нитями мулине. Посещаемость групповых психокоррекционных занятий составляла 88%. В процессе занятий у пациентов отмечалась положительная динамика — они быстрее и эффективнее начинали справляться с заданиями, направленными на раскрытие творческого потенциала, фантазии, воображения, возможности проявить самовыражение, свой внутренний мир посредством искусства. В то же время мы обратили внимание, что в ходе проведения тренингов происходит не только улучшение функционирования первичных базовых информационных процессов, но и оживление эмоционального комплекса, появление интереса к окружающим, желание продолжать занятия, улучшение социального функционирования, редукция тревожно-фобических проявлений. В связи с этим появилась необходимость после проведения тренинга продолжить групповую работу в виде тренингов когнитивно-социальных навыков.

Подростки проявляли большой интерес с творческому самовыражению, предлагали собственные варианты арт-терапии. Домашние задания в виде психорисунков на темы: «Моя семья», «Дом. Дерево. Человек» выполнялись с большим энтузиазмом. По субъективным сведениям родителей, подростки стали более активны в быту и с особой эмоциональностью рассказывали о занятиях и предъявляли результаты труда.

Вывод: таким образом, использование современных возможностей психокоррекции и психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа, позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении психосоматического компонента сахарного диабета, а также коморбидно текущей аффективной патологии, сократить восстановительный период и улучшить прогноз и реабилитацию данной категории пациентов.

Нравственная поведенческая психотерапия *Хорошутин П. П.*

АНО Психологический центр «Технологии Воспитания» (г. Иркутск)

Проводя анализ существующих способов оказания психотерапевтической помощи, для решения проблем состояний и зависимостей, автор обратил внимание на то, что во многих способах поведенческой психотерапии для отрицательного подкрепления, используются методы шокового воздействия (болевого шок, рвота, удары током), а также методы вызывающих сильные стрессовые переживания. При этом игнорируется факт того, что подобная методика часто приводит к эффекту «избегания» и заканчивается еще более сильным психологическим травмам.

Если философия, это любовь к мудрости, то психология, это любовь к человеку. И в этом аспекте решение нравственных проблем взаимоотношений психотерапевта с пациентом очень важно.

Автором была поставлена задача разработать альтернативный способ поведенческой психотерапии, который помогал бы решить три нравственных задачи:

1. Решить проблему «выгорания» специалиста
2. Решить проблему возникновения зависимостей у пациентов по отношению к психотерапевту.
3. Исключить из психотерапевтического способа, методики отрицательного подкрепления, приводящие к шоковому стрессу и эффекту «избегания».

Работа по разработке концепции нравственной поведенческой психотерапии проводилась в период 2002-2016 года. Многие теоретические предположения не нашли подтверждения. Но на результатах ряда экспериментов, был разработан способ оказания психологической (психотерапевтической) помощи соответствующий поставленным задачам.. Способ является альтернативой к существующим способам

поведенческой психотерапии и может применяться в некоторых случаях, для решения вышеперечисленных задач.

Нравственная поведенческая психотерапия — это новый теоритический подход в поведенческой психотерапии, который создан с целью решения нравственных принципов взаимоотношения специалист — пациент., Он изменяет традиционные отношения между психотерапевтом и пациентом. Различия заключается в том, что в этом способе, сбор анамнеза и процесс психокоррекции проходит дистанционно, без прямого контакта психотерапевта с пациентом. Для этого используются новые принципы сбора анамнеза и новые методы дистанционного оказания психотерапевтической помощи. Создание нравственной поведенческой терапии стало возможно благодаря новым исследованиям в области психологии восприятия и новым технологиям лингвистической психологии с одной стороны и традиционной поведенческой психотерапии с другой стороны. Это продолжение поведенческой психотерапии основанной на концепции модификации поведения и терапии Б.Ф. Скиннера. Основная идея которой заключается в отказе от анализа причин тех или иных нарушений в поведении человека. Предлагает фиксацию объективных явно выраженных особенностях поведения и отношение к ним как к фактам требующим коррекции. В этом случае болезненные переживания по поводу себя или желание чувствовать себя определенным образом, возможно устранить в процессе обучения. Жалобы клиента рассматриваются как симптом с которым непосредственно и нужно работать, не стараясь углубиться в анализ лежащих за ними причин. Цель поведенческой терапии — научить клиента реагировать на жизненные ситуации так, как они этого хотят и отучить их от образцов поведения доставляющих им неприятные эмоции. В концепции нравственной поведенческой терапии использован и метод скрытного подкрепления Альберта Бандуры, который заключается в последовательном воображении пациентом (с позиции участника) желательного поведения и следующего за ним скрытого подкрепления. Классическое обуславливание происходящее в со-

знании клиента, в дальнейшем влияет на его моторное поведение. В дополнение к классическим теориям поведенческой психотерапии автор особое внимание уделяет концепции «Установки» общепринятой в когнитивно-поведенческой психологии. Это основной элемент нравственной поведенческой психотерапии, доступный для фиксации, измерения и изменения. Для этого автором были использованы результаты экспериментов из «Теорией установки» Д. Н. Узнадзе, экспериментальные данные по изучению трехмерной модели установки Дагмара Штальберга и Дитера Фрея и принципы формирования установок и способы их изменения из работ Фольфганга Штрейбе и Клауса Джоунаса.

Основной принцип нравственной поведенческой психотерапии — когнитивное формирование новых форм поведения с использованием элементов классического и инструментального обуславливания. Поставленную задачу разрешения проблем нравственных взаимоотношений клиент — психотерапевт, удалось исполнить, только в режиме дистанционной работы, то есть без прямого контакта психотерапевта с клиентом. При этом способы подкрепления носят характер мягкого «до стрессового» воздействия. Качество подкрепление стало выше, благодаря новым открытиям в психологии восприятия и лингвистической психологии. Во время экспериментов разработана тестовая система подбора приятных и неприятных сенсорных раздражителей. В процессе терапии было показано, что при проведении аутотренинга, кроме уже известных факторов влияющих на качество психокоррекции, существенное значение имеет индивидуальная сенсорная система восприятия пациента, а также факт терапевтического воздействие в полном соответствии с этой индивидуальной формулой восприятия. Точный подбор сенсорного классического обуславливания, существенно сокращал время терапии. Положительное влияние на качество и время терапии имело и количество сенсорных раздражителей.

В основе нравственной поведенческой психотерапии лежит четыре авторских разработки.

1. Дистанционная психодиагностика.
2. Полносенсорное классическое обуславливание.
3. Дистанционная коррекция психических состояний и зависимостей.
4. Набор инструментов классического обуславливания, для дистанционной коррекции психических состояний и зависимостей.

В рамках нравственной поведенческой психотерапии предлагаются новые психотерапевтические термины:

1. Формула восприятия пациента — формула которая отражает индивидуальные особенности сенсорного восприятия каждого пациента и составляется на основании тестирования.
2. Формула внушения пациента — текст аутотренинга созданный на основании формулы восприятия пациента.
3. Набор инструментов классического обуславливания — представляет из себя набор сенсорных раздражителей для классического обуславливания и инструменты для их применения, а также оборудование для проведения аутотренинга методом самовнушения. Набор инструментов составляется индивидуально для каждого клиента на основании данных психодиагностики.
4. Способ полносенсорной коррекция состояний и зависимостей — это способ психологического воздействия при котором для подкрепления используется максимально возможное количество сенсорных каналов восприятия и максимально возможное количество сенсорных раздражителей.

Процесс психокоррекции проводится в следующей последовательности:

1. Дистанционная тестовая психодиагностика.
2. Составление программы психокоррекции на основании данных психодиагностики.
3. Составление набора инструментов необходимых для этого.
4. Набор инструментов вместе с инструкцией по применению передается пациенту.
5. Аутотренинг проводится пациентом самостоятельно, ме-

тодом самовнушения, с помощью набора инструментов разработанных для него психотерапевтом.

6. Психотерапевтическое воздействие происходит на уровне когнитивной сферы сознания в процессе аутотренинга. В результате научения и подкрепления, у пациента начинает формироваться новый цикл «мысли — установки — поведение». Таким образом происходит замещение установок являющихся причиной проблемных состояний и зависимостей и формируется адекватное безпроблемное поведение. Процесс психологического воздействия по времени индивидуален и длится от одной до семи недель.

Сравнительный анализ показал, что эффективность нравственной поведенческой терапии, находится на уровне существующих психотерапевтических способов, При этом она позволяет пациенту получить качественную услугу дистанционно и даже анонимно.

Анонимность делает нравственную поведенческую психотерапию интересной для работы с определенной группой пациентов испытывающих стресс при общении на личные темы.

На основании исследований нравственной поведенческой психотерапии, подано три заявки на патенты и создана технология 7с пси (программа дистанционной психологической помощи).

Список литературы:

1. Поведенческая психотерапия. Ромек В.Г. 2002
2. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теории и исследования. — М., 2000.
3. Доллард Д., Миллер Н. Психотерапия в рамках теории научения // Техники консультирования и психотерапии: Тексты / Под ред. У. С. Сахакина. — М., 2000. —
4. Бьорк Д. В. Беррес Фредерик Скиннер: Непредвиденные случайности жизни // Великие психологи (Серия «Исторические силуэты»). — Ростов-на-Дону, 2000.

5. В.М. Бехтерев Внушение и его роль в общественной жизни. СПб Издание К.Л. Рихтера 1908
6. Гарри Олдер, Берил Хезер НЛП полное практическое руководство.
7. София 2000
8. Д.Н.Узнадзе Теория установки. Москва 1997 год.
9. Дагмар Штальберг, Дитер Фрей Установки: Структура, измерение и функции. Перспективы социальной психологии. Москва. Эксмо. 2001
10. Вольфганг Штребе и Клаус Джоунас. Принципы формирования установок и способы их изменения. Перспективы социальной психологии. Москва. Экспо. 2001
11. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. Москва. Владос.2008

**Бонус. Творчество членов АКПП.
Размышляя об осознанности**
Дмитриев Д.

*Скачут мысли вправо влево
Забегают часто вдаль
Ищут поводы для гнева
Погружаются в печаль
Ум тревожный ищет повод
В пляс пуститься иль взлететь
Или выдумать оковы
Чтобы было что терпеть
И поймать момент текущий
Среди шума в суете
Настоящее искусство
Недоступное толпе*

3 мая 2017

РАЗМЫШЛЯЯ ОБ ОСОЗНАННОСТИ 2

*В сознании носится мысленный ветер
Цепляет внимание вдаль унося
Ловя в свои мутные вязкие сети
В зыбучий песок уходят года
Теряя дни жизни теряем себя
Торгуя вниманием за бесценок
В текущем моменте себя обретя
Мы сможем подняться с разбитых коленок
Пусть мысли летят словно искры и гаснут
Пусть образы льются как горный ручей
А я выбираю где мне остаться
Что взять и что скинуть с уставших плечей*

3 мая 2017

**III Международный съезд Ассоциации
Когнитивно-Поведенческой
Психотерапии**

Сборник научных статей

19-28 мая 2017 года

Подписано в печать 10.05.2017
Гарнитура Georgia. Печать офсетная. Формат 60x90/16.
Бумага офсетная. Усл. Печ. л. 7,5.
Тираж 170 экз. Заказ № 050517

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