

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

**«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»**

Институт социально-гуманитарных технологий  
Кафедра специальной психологии

Попов Максим Викторович

**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

**Когнитивно-поведенческая модель коррекции тревожно-невротических состояний наркозависимых пациентов в условиях реабилитационного центра**

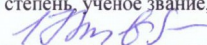
Направление подготовки 37.04.01 Психология,  
Направленность (профиль) образовательной программы  
Психологическое консультирование и психотерапия

**ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:**

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор С.Н. Шилов

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

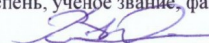
 9.12.2019

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

к.псих.н., доцент Н.Ю. Верхотурова

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

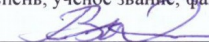
 9.12.2019

(дата, подпись)

Научный руководитель

к.псих.н., доцент Н.Ю. Верхотурова

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)


 9.12.2019

(дата, подпись)

Обучающийся

М. В. Попов

(фамилия, инициалы)

 9.12.2019

(дата, подпись)

Красноярск, 2019

## Содержание

Введение.....	4
1. Теоретико-методологические подходы к изучению тревожно-невротических состояний лиц, подверженных наркозависимости.....	11
1.1. Эмоции и их роль в психическом и соматическом здоровье человека.....	11
1.2. Тревожный невроз: этиология, симптоматика.....	32
1.3. Эволюция КПТ: от поведенческой терапии и психоанализа к интеграции методов.....	46
1.4. Современное состояние изучения проблемы наркозависимого поведения.....	65
Выводы по первой главе.....	75
2. Экспериментальное изучение тревожно-невротических состояний наркозависимых пациентов в условия РЦ.....	78
2.1 Организация, методы и методики исследования.....	78
2.2 Особенности тревожно-невротических состояний наркозависимых пациентов.....	82
Выводы по второй главе.....	100
3. Когнитивно-поведенческая модель коррекции тревожно-невротических состояний наркозависимых пациентов в условиях реабилитационного центра.....	103
3.1 Теоретико-методологические подходы к коррекции тревожно-невротических состояний лиц подверженных наркозависимости.....	103
3.2 Основные направления, формы, методы КПТ тревожно-невротических состояний наркозависимых.....	110
3.3 Контрольный эксперимент и его анализ.....	129
Выводы по третьей главе.....	134
Заключение.....	136
Библиографический список.....	141
Приложение	

## Введение

**Актуальность темы исследования.** В настоящее время гуманизация среды человеческой жизнедеятельности обретает всё большую значимость, находит отражение во всех сферах деятельности и распространяется на различные социальные группы. В условиях накопления кризисных элементов повседневного существования экзистенциальное измерение различных аспектов бытия личности выходит на основной план. Большое внимание уделяется созданию такой психоэмоциональной среды, которая будет благоприятно влиять на физические состояние, настроение, работоспособность и качество жизни.

Составной частью и необходимым условием существования человека является психическое здоровье. Оно обуславливает динамику физического здоровья и является основой для формирования и развития здоровья духовного. Психическое здоровье можно рассматривать как гармоничное состояние психического бытия человека, которое позволяет адекватно понять и принять себя, как уникальную и неповторимую личность.

Основная функция психического здоровья – поддержание активного динамического баланса между человеком и окружающей средой в ситуациях, требующих мобилизации ресурсов личности. Чрезмерные стрессовые ситуации могут привести к неврозам, что становится, в том числе болезнью адаптации.

Медиками и психологами было доказано влияние эмоций на психическую деятельность и физиологические функции организма человека. Несмотря на то, что сами эмоции нейтральны, те из них, которые осознаются как приятные и положительные, могут защитить людей от стресса, позволяют предотвратить чрезмерные стрессогенные нагрузки и ситуации. В свою очередь эмоции, осознаваемые как отрицательные, дезорганизуют психическую деятельность, обуславливают возникновение ряда острых

заболеваний и обострений хронических болезней. Среди множества эмоциональных состояний с негативной окраской, следует особенно выделить тревожность, которая наиболее часто оказывает неблагоприятное влияние на здоровье человека.

Исследованию психических состояний тревожности человека посвящено немало работ зарубежных и отечественных авторов. Однако до сих пор не выработано единой концепции тревожных состояний, однозначных релевантных дефиниций и подходов к исследованию данного вопроса. Это связано с разнообразием и мультипликацией теоретических направлений в психологических науках, с подчас противоположным мнением по поводу источников и тревожности и базовых факторов, определяющих её. В качестве источника тревожности можно рассматривать посттравматический стресс (Л.А. Китаев-Смык, 2012), влияние социального окружения, приводящее к раздробленности личности (К. Хорни, 2008), внутренний конфликт (В.Н. Мясищев, 2013; К. Роджерс, 1994).

Тревожность как объект исследования становится многогранным и многоаспектным явлением. В повседневной жизни с этим феноменом сталкиваются повсюду. Особенно это касается маргинальных и априори кризисных сторон социальной активности. Так проблема тревожности особенно актуальна для пациентов реабилитационных центров (далее РЦ), которые вынуждены использовать этот термин в постоянной работе, непосредственно взаимодействовать с ним и учиться осознавать собственные тревожные состояния, поскольку это часть терапии и выздоровления.

На данный момент, в психотерапевтической практике имеется достаточно значительный набор техник и приемов, которые непосредственно направлены на снижение различных видов тревожности, но, к сожалению, в большей степени они предназначаются для работы с детьми и подростками, для развития их эмоциональной сферы [Артюхова Т.Ю., с. 3-4]. Существуют исследования по нестабильным эмоциональным состояниям различных

профессиональных групп, однако практически нет работ, посвященных тревожно-невротическим состояниям наркозависимых, особенно той их категории, которая доступна для исследования в реабилитационных центрах. Как правило изучаются разные аспекты зависимостей, либо уже ярко выраженные патологические состояния аддиктов, в силу чего преобладают работы медико-клинического, а не психологического характера.

Теоретических подходов к исследованию и работе с тревожностью немало. В большинстве зарубежных стран всё большую популярность завоевывает когнитивно-поведенческая терапия (далее КПТ), которая занимает ведущее место среди терапевтических направлений, работающих с невротицискими и тревожными расстройствами. Вместе с тем, в нашей стране этот вид терапии пока ещё слабо распространён, и, как следствие, профессиональной литературы на эту тему недостаточно, как и нет основательных программ, которые бы готовили специалистов по КПТ. Можно утверждать, что в русскоязычном научном пространстве когнитивная терапия как подход ещё не набрал свои обороты, довольно мало как теоретических, так и практических работ по этой теме. По-прежнему слабо освещены и почти не описаны результаты работы практикующих психотерапевтов по снижению уровня тревожности подобными методами. Кроме того нет широкого применения данных методик в психотерапевтической работе с такой особенной категорией, как пациенты реабилитационных центров. Хотя последние наиболее явно сталкиваются с необходимостью работать с собственной тревожностью, являющейся одновременно как предпосылкой, так и последствием аддикции.

Важно отметить, что процесс реабилитации и выздоровления химически зависимых пациентов опирается на такую особенность, как необходимость постоянной внутренней работы, выполнении определенных заданий и т.п., иными словами, самотерапии. Когнитивно-поведенческая терапия как никакой другой подход ориентирована именно на такой вид деятельности, и её эффективность зависит от добросовестности и упорства в

выполнении пациентом заданных упражнений. В этом смысле КПТ гармонично подходит для реабилитации мотивированных пациентов. Она позволяет работать с собственной тревожностью и в дальнейшем, уже вне стен реабилитационного центра, без постоянной помощи терапевта и без серьёзных финансовых затрат на терапию. Именно поэтому КПТ представляет интерес как наиболее релевантный подход, способный сосуществовать с другими реабилитационными методиками и увеличивать их эффективность. Всё вышесказанное обусловило выбор темы исследования и направление психотерапевтической работы.

Важно отметить, что до сих пор в отечественной психологической литературе нет исследований, которые были бы сконцентрированы на особенностях протекания тревожности у наркозависимых, и тем более нет работ и описанных действующих моделей по психокоррекции этих состояний средствами когнитивно-поведенческой терапии.

**Объект исследования** – тревожно-невротические состояния наркозависимых пациентов в возрасте от 18 до 40 лет.

**Предмет исследования** – когнитивно-поведенческая модель коррекции тревожно-невротических состояний наркозависимых пациентов в условиях реабилитационного центра.

**Цель исследования:** теоретически обосновать, разработать, апробировать когнитивно-поведенческую модель коррекции тревожно-невротических состояний наркозависимых пациентов в условиях реабилитационного центра, а также выявить её эффективность.

**Гипотеза исследования:**

1. Когнитивный аппарат влияет на эмоциональный фон и уровень тревожности личности.
2. Пациенты реабилитационных центров имеют повышенный уровень тревожно-невротических состояний, что связано с аддиктивным мышлением и образом жизни.

3. Когнитивно-поведенческая терапия способна понизить уровень тревожности у пациентов даже с нестабильным состоянием, таких как химически зависимые.
4. Разработанная модель психологической коррекции уровня тревожности пациентов реабилитационных центров, основанная на КПТ-подходе, позволяет значительно увеличить эффективность общих мероприятий психологической реабилитации данной группы индивидов.

Поставленная цель реализуется в следующих **задачах**:

1. Рассмотреть теоретико-методологические вопросы, связанные с темой тревожно-невротических состояний, изучив основные подходы и эволюцию взглядов на эмоции, тревожный невроз и аддикции;
2. Провести экспериментальное изучение тревожно-невротических состояний наркозависимых пациентов в условия реабилитационного центра;
3. Разработать и апробировать когнитивно-поведенческую модель коррекции тревожно-невротических состояний наркозависимых пациентов в условиях реабилитационного центра, дав описание теоретических и практических аспектов работы.

**Методология исследования:** при анализе и рассмотрении теоретических аспектов работы использовались общенаучные и философские методы, такие, как: историко-хронологический подход, метод структурно-функционального и логического анализа, диалектический и системный подходы. В эмпирической части работа обращается прежде всего к ответвлениям бихевиористского и психоаналитического направлений в психологии, а именно: когнитивно-поведенческой модели А.Бека, рационально-эмоциональной поведенческой терапии, разработанной А.Эллисом, неопрейдистского толкования тревожности А.Адлера и (в большей степени) К.Хорни. Главным методологическим основанием работы является бихевиористское утверждение, что эмоции вторичны по отношению к когнициям, что позволяет через изменение последних выравнивать

эмоциональный фон и тем самым влиять на тревожно-невротическое состояние индивида, уменьшая уровень тревожности.

**Методики исследования:** Методика исследования ценностных ориентаций Рокича; ценностный опросник Шварца; методика «Ценностные ориентации» О. И. Моткова; опросник САН; методика исследования самооотношения (МИС); шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина.

Среди когнитивных техник следует указать, прежде всего, ведение таблиц, анализ деструктивных убеждений, обучение внутреннему конструктивному диалогу.

Обработка результатов исследования проведена с помощью математико-статистических методов. Обобщение результатов осуществлено с использованием интерпретационных методов (классификация и обобщение эмпирических данных).

**Теоретическая значимость работы** заключается в рассмотрении и структуризации вопроса об истоках, эволюции и перспективах когнитивно-поведенческой терапии, что является новым в русскоязычном психологическом пространстве, в расширении теоретических сведений о тревожно-невротических состояниях как психологическом феномене, особенно присущем аддиктам, а также построении модели психокоррекции, которая может стать основой для подобных моделей в будущем.

**Практическая значимость работы** определяется заключается в формировании практически ориентированных программ с использованием методик и техник КПТ, экспериментальным применением данных психотерапевтических методик в работе с наркозависимыми и включением их в общий процесс выздоровления, что позволит впоследствии использовать результаты исследования в работе реабилитационных центров. Разработанная модель пригодна к широкому внедрению как в реабилитационную, так и в лечебную деятельность пациентов с повышенным уровнем тревожности.



**Новизна работы** в теоретическом аспекте заключается в анализе эволюции когнитивно-поведенческой терапии как подхода, рассмотрении проблем и особенностей тревожно-невротических состояний химически-зависимых пациентов и выявлении возможности применения к ним когнитивных методов. В практическом аспекте новизна работы состоит в создании и апробации модели психокоррекции тревожности у наркозависимых пациентов, проходящих реабилитацию в специализированном центре, с применением и включением в процесс выздоровления методик и техник КПТ.

# **1. Теоретико-методологические подходы к изучению тревожно-невротических состояний лиц, подверженных наркозависимости**

## **1.1. Эмоции и их роль в психическом и соматическом здоровье человека**

Эмоции как объект исследования имеют довольно древнюю историю. Ещё до оформления психологии в науку во второй половине XIX века, эта сфера психической жизни индивида рассматривалась в рамках таких видов знания, как философское и естественнонаучное. Позднее, эта тема нашла свою нишу не только в психологии, но социологии, лингвистике, а также в междисциплинарных исследованиях по математике, биологии, кибернетике.

Психология эмоций насчитывает немалое количество исследований, затрагивающих самые разные аспекты жизнедеятельности человека, ведь данный феномен является чрезвычайно многоликим и сложным. Он затрагивает все сферы деятельностного присутствия человека в реальности, отражает его отношение к себе, миру, окружающим. Эмоции могут рассматриваться не только как субъективное явление, но и как дополнительный механизм социального взаимодействия. Не случайно, что до сих пор нет единого мнения по вопросу их природы, происхождения и значения.

Очевидно, что ожидаемые возможности науки в сфере изучения эмоций ограничены самим характером последних. Поскольку они не способны быть отражением объективной реальности, являясь лишь субъективным отношением к ней, от исследователя ускользает верифицируемый элемент, позволяющий служить точкой опоры для измерения. В связи с этим, эмпирические данные об эмоциональных состояниях не могут быть приведены к какой-либо объективной шкале. Вместе с тем, есть возможность сравнения одних данных с другими –

например, изменение эмоционального фона у одного и того же человека во времени, либо соотнесение реакций у разных индивидов.

Имеет смысл рассмотреть понимание эмоций в историческом срезе. Формат работы не позволяет применить глубокий ретроспективный анализ, поэтому ограничимся наиболее релевантными для данного исследования теориями, возникшими уже в эпоху оформления психологии в науку.

До этого времени механизм появления эмоций рассматривался как ответ на интерпретацию ситуации разумом. Для Д. Юма эмоции были рефлексивной разновидностью восприятий, а И.Ф. Гербарт считал эмоцию психическим расстройством, вызванным конфликтом представлений [Попов, с. 90]. Эти представления Гербарт оформил в так называемую интеллектуалистскую концепцию эмоций. Он полагал, что представления предшествуют эмоциям: «Все душевные состояния и продукты всегда зависят от того основного условия, что в нас бодрствуют те или другие представления». Эмоции, таким образом, являются реакцией на конфликт между представлениями [Гербарт]. Например, чувство страха возникает, если наш разум определяет ситуацию как опасную. Подобное ощущение имеет осознаваемый характер и вызывает в нервной системе бессознательную реакцию, имеющую физиологические последствия.

Б. Спиноза в свою очередь определял аффекты как связанные с состоянием тела «смутные идеи». Интеллектуалистская трактовка эмоций господствовала практически до XX века и получила дальнейшее развитие в современных когнитивных теориях [Попов, с. 90].

В 1884 г. выходит статья Уильяма Джеймса «Что такое эмоции?», которая производит переворот в исследовании темы эмоциональных проявлений. Рассматривая только те эмоции, которые имеют отчетливое телесное выражение, он открыл, что в случае эмоциональных реакций происходит не только воздействие мозга на тело, но и наоборот. Иными словами, осознанное переживание эмоций может быть следствием физиологических реакций. Джеймс пишет: «Мой тезис <...> состоит в том,

что телесные изменения следуют непосредственно за восприятием волнующего факта и что наше переживание этих изменений <...> и является эмоцией. <...> Одно психическое состояние не сразу вызывается другим, между ними необходимо вставить телесные проявления» [Джеймс, с. 83].

Годом позже профессор патологической анатомии Копенгагенского университета Карл Ланге независимо от Джеймса выдвинул предположение, что бессознательные эмоции предшествуют осознанному восприятию. В данное время позитивизм отвоёвывал всё большее пространство не только в естественных науках, но и в философии. По мнению Карла Ланге, пока наука удовлетворяется старым пониманием эмоций, где для определения последних довольствовались обращением к воспоминаниям, придётся отказаться от точного знания. Следует отыскивать объективные признаки эмоций, их внешнее выражение. Это необходимо, чтобы отрешиться от личных представлений [Ланге, с. II.]. Считая эмоции самой могущественной из известных нам природных сил, этот исследователь задался вопросом, какое влияние имеют эмоции на телесные функции. Он считал важным отличать эмоции (или душевные движения) – под которыми понимал, например, печаль, радость, страх, гнев и аналогичные им понятия – от страстей или чувств – любви, ненависти, презрения, удивления и т.п. [Ланге, с. 14-16]. Важным для него было переключить внимание науки с поиска субъективного источника эмоций на объективный: «Эмоции совсем не изображают из себя сил, находящихся вне тела и господствующих над ним. <...> Если мы имеем сотни разнородных ответов на вопрос о влиянии радости и печали, страха и гнева и т.п. на физиологические отправления жизни, то к этому пришли путем <...> схематизирования, вследствие которого систематические устранялись все явления, не подходившие к данной схеме. <...> Вазо-моторной системе мы обязаны всей эмоциональной частью нашей психической жизни» [Ланге, с. 75-77].

Таким образом, теория Джеймса-Ланге сводится к тому, что за эмоциональным стимулом следуют физиологические и поведенческие

реакции. Только после того, как эти реакции будут обработаны корой больших полушарий, получивших сигналы от тела, происходит осознание эмоций. Соответственно, характер этой информации зависит от типа физиологической реакции.

Конечно, эта теория подверглась критике с разных сторон. Вместе с тем, в традиции теоретической психологии взгляды Джеймса и Ланге оцениваются высоко. Например, эта теория находит подтверждение в механизмах развития фобий или панических расстройств. Так, если физиология человека отрицательно реагирует на какую-либо ситуацию (допустим, возникает тошнота), впоследствии это может привести к эмоциональной реакции и закрепиться на уровне чувств, когда возникает чёткая ассоциативная связь между двумя состояниями. Как результат у человека может появляться чувство тревоги каждый раз, когда «всплывает» эта ассоциация.

Одной из основных фигур в психологии эмоций того времени был немецкий врач-физиолог Вильгельм Вундт. Он предложил расширить объект изучения психологии и рассматривать не только внутренний, рефлексивный мир субъекта, но и подвергнуть анализу всю сферу переживаний и непосредственного опыта субъекта. Признавая вслед за Гербартом влияние представлений на чувства, он отмечал, что последние – это всё же внутренние изменения, способный влиять на ход представлений. В случае, если впечатление возникает от внешнего раздражителя, чувство может быть вторично по отношению к представлению, но если представления воспроизводятся, то верна противоположная последовательность, в которой чувство является первичным. Для него очевидно, что «чувство есть реакция центральных функций сознания, т.е. апперцепции, на отдельные переживания в сфере сознания. Прежде чем получить возможность быть апперцепированным, всякое объективное содержание представления <...> всегда должно быть сперва перцепировано, т. е. вообще вступить в сознание, вследствие же этого <...> легко может, случиться, что объективные

элементы комплекса еще не успеют апперцепироваться, в то время как апперцептивная реакция на него уже произойдет совершенно явственно» [Вундт, с. 56-57].

Всю систему чувств этот автор определяет как многообразие трёх измерений: удовольствие-неудовольствие; возбуждение-успокоение (в высшей степени – подавленность/депрессия); напряжение -разрешение. Каждое измерение имеет два противоположных направления, исключаящих друг друга [Вундт, с. 47-48].

Следующим шагом в изучении эмоций были работы З. Фрейда. Он задал направление бессознательного измерения психики, и определил новые аспекты в изучении темы. Сам создатель психоанализа основное внимание сосредоточил на аффектах и эмоциях с негативной окраской. Рассматривая их в контексте бессознательных влечений, он, в частности, исследовал систему контроля и регуляции эмоций. В случае, если эта система давала сбой, могло возникнуть психическое расстройство.

Более подробное рассмотрение темы нашло отражение в трудах последователей Фрейда. Если коротко обобщить взгляд на эмоции в классическом психоанализе, то он заключается в следующем: под влиянием воспринятого извне образа запускается бессознательный процесс. В ходе его происходит мобилизация инстинктивной энергии, которая нуждается в выходе. Если она не находит пути разрядки во внешней активности индивида, она ищет другие способы и каналы в виде непроизвольной активности.

В 1927 г. психофизиолог из Гарварда Уолтер Кеннон, изучая концепцию Джеймса-Ланге, обнаружил, что интенсивные эмоции (как с позитивной окраской, так и негативно окрашенные) запускают механизм возбуждения, который является реакцией особого вида. Она мобилизует внутренние ресурсы организмы, являясь, по сути, простейшим ответом на эмоциональный скачок. При этом под эмоциями он понимал «не только резко выраженные состояния, но и «ощущения» и подобные им

переживания». По его мнению, эмоции являются причинами поведения человека и выражаются в инстинктивных актах. К примеру, «ничтожные следы страха или ярости...сопровождаются полным прекращением движений желудка» [Кеннон, с. 17].

Иными словами, физиологические реакции появляются не до, а после эмоционального переживания. Более того, было замечено, что изменения во внутренних органах, которые идут вслед за эмоциями, могут быть представлены и без эмоционального состояния. Кеннон обнаружил, что одни и те же внутренние физиологические реакции могут сопровождать различные эмоции – например, при страхе и гнев. Вместе со своим учителем Филиппом Бардом, Кеннон установил связь эмоций с функцией гипоталамуса. Именно он, по их мнению, является базовым фактором, который обеспечивает бессознательные эмоциональные и инстинктивные реакции.

Очередной этап развития теории эмоций представлен работами когнитивных психологов, для которых очевидна активная продуцирующая роль мозга, считывающего как внешние, так и внутренние физиологические сигналы. Именно когнитивные процессы (например, интерпретация события) являются источником эмоций. Именно поэтому одно и то же событие у разных людей может вызывать различные эмоциональные состояния.

В 1962 г. профессор Колумбийского университета, специалист по социальной психологии Стэнли Шехтер предположил, что именно когнитивный процессы преобразуют сигналы, идущие от автономной нервной системы в эмоциональные. В случае, если возникает состояние физиологического возбуждения, для которого у человека нет адекватного объяснения, он будет обозначать свои чувства любым из многообразных «ярлыков». Исходя из эмпирических данных Шехтер с коллегами утверждает, главными детерминантами выбора таких эмоциональных «ярлыков» являются когнитивные факторы. В свою очередь эти когнитивные факторы призваны обеспечивать дифференциацию эмоций и

обозначать обычные состояния физиологического возбуждения [Шехтер, с. 449, 458].

Таким образом, как полагал Шехтер, мозг активно интерпретирует ситуации, и, в зависимости от контекста, порождает эмоциональные реакции. Шехтер признавал, что физиологические реакции могут быть видимым индикатором эмоциональной окрашенных ситуаций. В этом смысле его взгляды похожи на теорию Джеймса-Ланге. Однако, физиологический ответ организма не даёт достаточно информации, но привлекает внимание. Это стимулирует индивида исследовать ситуацию с помощью разума и понять, чем именно была вызвана соматическая реакция.

Ценной находкой была мысль Шехтера о зависимости воспринимаемых эмоций от социального контекста.

Особая роль в переосмыслении темы принадлежит Магде Арнольд (1960 г.), чьи взгляды К. Изард назвал наиболее разработанной из теорий эмоций и личности, выстроенных в рамках когнитивной традиции [Изард]. М. Арнольд ввела в рассматриваемую научную область понятие оценки.

Согласно этой теории, эмоция возникает в результате воздействия некой последовательности событий, описываемых в категориях восприятия и оценок [Изард].

Иными словами, эмоция является следствием интуитивной оценки факта или события. Хотя сам процесс оценивания является бессознательным, индивид осознаёт его итог.

Для М. Арнольд «воспринять» объект – значит в некотором смысле «понять» его, вне зависимости от того, как он влияет на воспринимающего. Для того чтобы представленный в сознании образ получил эмоциональную окраску, объект необходимо оценить с точки зрения его влияния на воспринимающего [Изард]. Совершая рациональный акт, человек приходит к определенным выводам по поводу объекта. Модальность этого интуитивного вывода влияет на оценивание ситуации как положительной (приятной) или отрицательной (неприятной). В свою очередь оценка создаёт стимул к



действию, который выражается в различных соматических изменениях. Именно это и переживается как эмоция. Так появляется интенциональность, выраженная в стремлении к положительным стимулам и избегании отрицательных.

Эмоция таким образом не является оценкой, хотя и может нести её в себе как неотъемлемую, необходимую составляющую. Если говорить точнее, эмоция представляет собой неосознаваемое влечение к объекту или отторжение его, возникшее в результате оценки объекта как хорошего или плохого для индивида [Изард].

Можно утверждать, что оценочная теория Арнольд стала переходом от физиологических теорий к когнитивным подходам.

В том же ключе размышляет современный голландский психолог Нико Фрейда. Полагая, как и его предшественники, что эмоции являются реакцией на интерпретацию события, он заметил, что эмоциональные реакции находятся в зависимости от того, на чём в данный момент сосредоточено внимание индивида [Кандель Э.Р.].

К когнитивистскому направлению относятся работы профессора из университета в Торонто исследователя Кейта Отли, для которого важно было найти, чем мотивирована та или иная эмоция. По его мнению, когнитивные процессы заключаются в формировании цели и плана для её достижения. В случае, если цель достигается, (или достижима в принципе), планы согласованы и препятствия устранены возникают положительные эмоции. В противном случае – формируются отрицательные [Апресян В.Ю., с. 82-83].

Когнитивистские теории предполагают ещё один теоретический вариант постановки вопроса о природе эмоций. В частности, Л.Фестингер предполагает, что эмоциональная сфера обладает динамическими свойствами. Причем в этих рамках познавательная направленность психики имеет не меньшее, а, вероятно, большее значение, нежели совокупность физиологических процессов. В рамках такого подхода актуализируется возможность интерпретации эмоций в категориях сугубо человеческой

действительности: «когнитивный диссонанс», «консонанс» и др. [Куликов, с. 13].

Одним из наиболее известных современных исследователей эмоций является профессор Калифорнийского университета Пол Экман. Обращая внимание на физиологическое проявление эмоций, он выделяет два их вида: мимику, и Автономную Нервную Деятельность (АНД), под которой он понимает комплексные соматические реакции (пульс, температура тела и пр.) Описание мимических паттернов становится предметом его научной деятельности. По его мнению, мимические и соматические проявления каждой эмоции уникальны, а значит эмоциональные реакции могут быть однозначно идентифицированы. Более того, этим проявлениям присущ универсальный характер, вне зависимости от социокультурного контекста. Чаще всего эмоции возникают в том случае, когда мы правильно или ошибочно ощущаем, что происходит или должно произойти какое-то событие, способное может повлиять на наше благополучие, причём как позитивно, так и негативно. Смысл же эмоций в том, «чтобы подготовить нас к быстрым действиям в условиях событий, имеющих большое значение для нашей жизни» [Экман, с. 39-40].

Пытаясь преодолеть разобщённость взглядов на эмоции, профессор психологии Делаверского университета Кэрролл Изард предлагает так называемую дифференциальную теорию, в которой эмоции рассматриваются системно. Это довольно сложный, многоаспектный процесс, в котором обнаруживаются нейрофизиологическая, нервно-мышечная, чувственно-переживательная стороны. При этом под эмоцией понимается «функция соматической нервной системы, соматически активированная эмоция мобилизует вегетативную нервную систему, а та в свою очередь может подкрепить и усилить эмоцию» [Изард].

Этот автор выделяет несколько уровней проявления эмоций, рисунок 1.

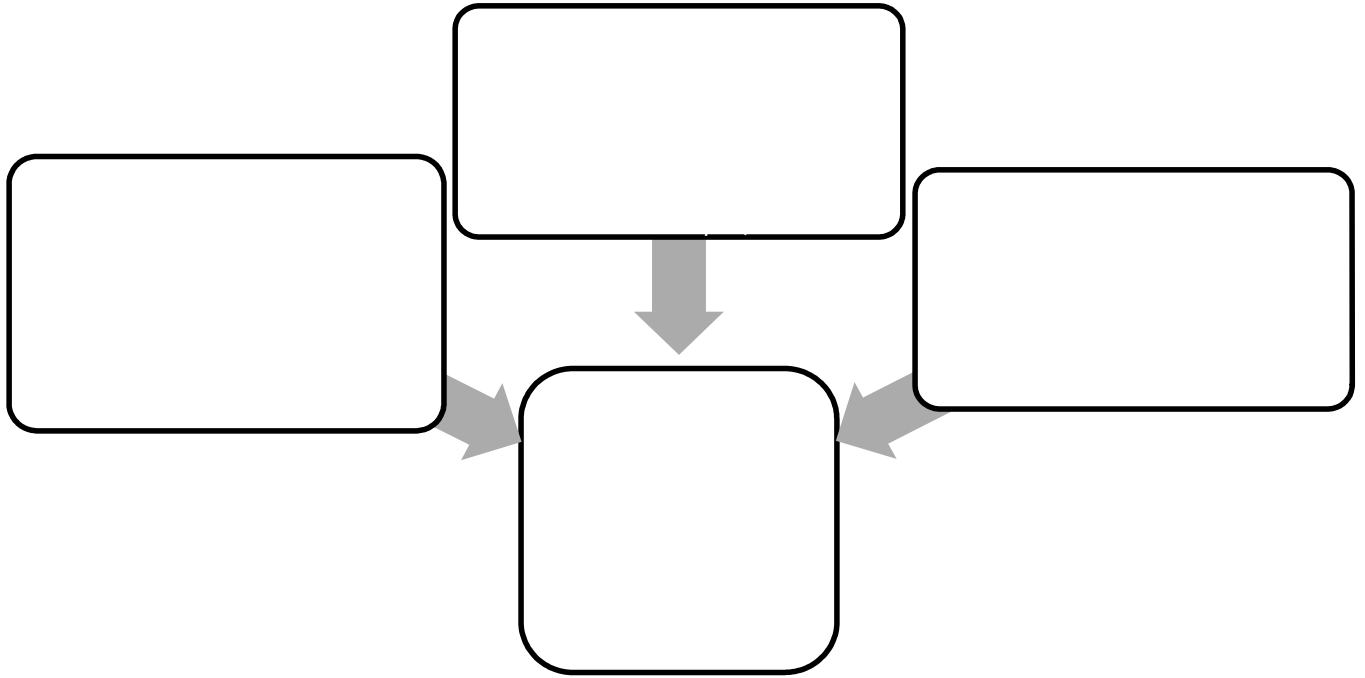


Рисунок 1. – Дифференциация эмоция по К.Изарду

По его мнению, в этом случае, эмоция же обеспечивает мотивационный заряд этой структуры [Изард].

В советской психологии, анализ темы эмоций проходил в рамках, заданных марксистской методологией. К примеру, советский психолог и философ С.Л. Рубинштейн полагал, что «чувство человека – это отношение его к миру, к тому, что он испытывает и делает, в форме непосредственного переживания. Сами эмоции человека представляют собой единство эмоционального и интеллектуального. <...> И одни и другие являются в конечном счёте зависимыми компонентами конкретной жизни и деятельности индивида, в которой в единстве и взаимопроникновении включены все стороны психики» [Рубинштейн, с. 513-514].

Другой крупнейший советский психолог П.М. Якобсон определял эмоцию как форму активного отношения человека к окружающему миру.

По его мнению, «активно воздействуя на внешнюю среду и познавая её, человек в то же время субъективно переживает своё отношение к предметам и явлениям реального мира» [Цит. по: Разоренова, Шляхова].

В 1964 г. советско-российский психофизиолог и биофизик П.В. Симонов предложил информационную теорию (позднее он назвал её потребностно-информационной). Для него эмоция – это отражение мозгом человека и животных какой-либо актуальной потребности (её качества и величины) и вероятности (возможности) её удовлетворения, которую мозг оценивает на основе генетического и ранее приобретенного индивидуального опыта. Потребность же понимается в широком марксистском значении [Симонов П.В. Эмоциональный..., с. 216]. По сути, эмоциональные реакции описываются как критерий отбора и сортировки той информации, которая поступает в мозг.

Это роднит данную теорию с когнитивистскими концепциями. Автор признаёт, что эмоция зависит и от ряда других факторов, в частности, индивидуальных особенностей субъекта, времени, качественных особенностей потребности [Симонов П.В. Потребностно...С. 45]. Однако, «все перечисленные и подобные им факторы обуславливают лишь вариации бесконечного многообразия эмоций, в то время как необходимыми и достаточными являются два, только два, всегда и только два фактора: потребность и вероятность (возможность) её удовлетворения» [Симонов П.В. Эмоциональный..., с. 216]. Если у человека нет потребности, то и эмоции он не испытывает. Эмоция не возникает и в том случае, когда человек, испытывающий потребность, обладает полной возможностью для её реализации.

Теория Симонова подверглась критике за несовпадающие толкования, вольное обращение с терминологией и множество неточностей [Додонов, с. 104-116]. Например, Е.П. Ильин отмечает, что «формулы эмоций», предложенная Симоновым не только не обладает достоинством, «но и

противоречат здравому смыслу и реально наблюдаемым фактам» [Ильин. С. 102].

Сам Е.П. Ильин предлагает отличать в многоуровневой эмоциональной сфере такие элементы, как эмоциональный тон, эмоции, эмоциональные свойства личности и чувства. Под эмоциями он понимает реакцию организма и личности на значимую для человека ситуацию или событие, направленную на приспособление (адаптацию) к ним. В отличие от эмоционального тона, который является одинаковой реакцией при различных ощущениях и впечатлениях (удовольствие или неудовольствие), эмоция является специализированной реакцией на конкретную ситуацию и включает в себя оценку последней, а также регулирует энергетический поток в соответствии с этой оценкой через его усиление или ослабление. [Ильин, с. 483]

Критикуя позицию К. Изарда, Е.П. Ильин не отрицает в целом мотивационного значения эмоций, однако не соглашается с приданием им статуса основной мотивационной системой организма и качества фундаментальных личностных процессов, придающих смысл и значение человеческому существованию. Для Ильина эмоции выступают лишь в качестве одного из мотиваторов, влияющих на принятие решения и поведение человека. Точно так же смысл и значение человеческого существования определяется не только эмоциями, но и ценностями, социальными потребностями и т. п. [Ильин, с. 111].

В настоящее время изучение эмоций идёт в нескольких направлениях. К примеру, работы Е.А. Пырьева касаются разработки проблемы в контексте теории связей. Автор доказывает, что эмоция появляется как отражение состояния связи человека с предметом. Основное внимание уделяется мотивационной функции эмоций, оценке их побудительных возможностей и места в структуре мотивации человека [Пырьев].

Особую роль в современном развитии темы эмоций играют лингвистические исследования, в которых эмоции рассматриваются

посредством семантических компонентов. Полученные данные могут быть интересны психологам.

Лингвистика эмоций (эмотиология), сформировавшись на стыке психологии и традиционного языкознания, стала сферой научных интересов ученых-лингвистов уже в рамках системно-структурного языкознания. Эмотиология стала одной из передовых сфер традиционного языкознания, перед которым стояла задача исследования субъективных компонентов значения единиц языка, формирования знаний об эмотивном коде языка. Будучи облигаторным свойством человека – носителя языка, эмоциональность рассматривается как важное качество процесса речевой деятельности и коммуникации, регулирующее основные процессы смыслопорождения и формирования прагматики высказываний [Шаховский В.И. Лингвистика эмоций].

По мнению известного отечественного лингвиста Ю.Д. Апресяна первопричина эмоций – это «физическое восприятие или ментальное созерцание некоторого положения вещей». Непосредственной причиной эмоции является интеллектуальная оценка ситуации в таких категориях, как вероятная или неожиданная, желательная или нежелательная [Апресян Ю.Д., с. 52]. Поэтому лингвисты, занимающиеся теорией эмоций, отмечают, что в появлении последних важную роль играет оценка человека, которую он дает своей деятельности [Маслечкина, с. 231].

В лингвистических разработках свою нишу заняли труды проф. В.И. Шаховского и его учеников из Волгоградской школы, разрабатывающей проблемы эмотивности языка, речи и текста. Анализируя протолингвистические основания человеческих эмоций, автор рассматривает когнитивные основания вербализации эмоций. Как и Пырьев, Шаховский склонен считать эмоции мотивирующей основой познавательной деятельности человека [Шаховский].

Таким образом, заметно, что теория эмоций прошла довольно серьезный путь развития. Философско-методологический взгляд позволяет

структурировать этот сегмент науки следующим образом: теории, которые отрицают за эмоциями психическую самостоятельность, либо, считают эмоции результатом недостаточности обычных средств для адекватной адаптации к ситуации. Отрицают за эмоциями психическую самостоятельность, как правило, исследования, видящие в эмоциях лишь эпифеномены физиологических и нейрофизиологических процессов (У. Джеймс, Г. Ланге, Д.Б. Линдслей, С. Шехтер, Дж. У. Папец, П.Д. Мак-Лин, Э. Гельгорн).

Другая «ситуационную» группу теорий эмоций, определяющие их как самостоятельное психическое явление, но считающие эмоции «ненормальными» процессами и состояниями, возникающими в более или менее критической ситуации. Одни авторы настаивают на специфике эмоциональных процессов, выполняющих дезорганизирующую функцию (Р. Лазарус, Дж. Б. Уотсон, П.Т. Янг), что является отголоском интеллектуалистических представлений.

Наконец, крупная группа психологических теорий связывает эмоции не с эпизодическими специфическими ситуациями, а с перманентными процессами функционирования психофизической природы животных и человека. Это широкое движение отечественных и зарубежных ученых, для которых эмоции есть выражение потребностно-мотивационной сферы (Анохин П., Бреслав Г.М., Васильев И.А., Вилюнас В.К., Додонов Б.И., Леонтьев А.Н., Петражицкий Л.И., Симонов П.В., Шингаров Г.Х., Арнольд М.Б., Гассон Дж.А., Изард К.Э., Липер Р.У., Рейковский Я., Томкинс С. и др.) [Попов, с. 91].

Можно встретить понимание эмоций как органа восприятия (Р. У. Липер, П. В. Симонов), как защитного механизма (Р. С. Лазарус), как побуждающую силу или субъективный аспект мотивации (В. Вундт, С. Л. Рубинштейн) [Кривцова, с. 5-19]. В теории связей, эмоция появляется как отражение состояния связи человека с предметом [Пырьев, Мотивационная функция эмоций, с. 36].

Кроме того, эмоция – чрезвычайно сложный феномен, который активизирует нейронные, когнитивные и моторные процессы, а также предполагает сотрудничество психического и телесного, которое в свою очередь задействует все уровни личности [Изард]. Вместе с тем субъективная эмоция описывается или в терминах органов, где она происходит – физиологических понятиях, или в терминах внешних объектов – поведения, содержания мыслей и отношения к тому, что эмоцию вызывает [Попов С.Н., с. 90].

Очевидно, что определение специфичности эмоций как переживания событий и отношений в противоположность когнитивным процессам как знанию об этих событиях и отношениях недостаточно [Веккер].

Новая философская энциклопедия определяет эмоции как класс психических состояний и процессов, выражающих в форме непосредственного пристрастного переживания значение отражаемых предметов и ситуаций для удовлетворения потребностей живого существа. [Новая философская...].

В данном контексте немалый интерес представляет исследование С.С. Федосиной, в котором анализируется понятийный концепт «эмоция» в научных теориях с помощью метода контент-анализа. Это даёт представление о разнообразии взглядов на эмоции как на объект научных изысканий [Федосина, с. 63-64]. В результате анализа авторы научных теорий эмоций были объединены в четыре группы, эти группы представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Разнообразие взглядов на эмоции как объекта научных изысканий

Группа	Группа ученых	Характеристика
Первая группа	П.К. Анохин, В. Вундт, А.Н. Леонтьев, К. Юнг и др.	использование в качестве родового понятия слова «процесс».
Вторая группа	Аристотель, М. Арнольд, Ф. Бард, В.К. Вилюнас, Р. Декарт, У. Джемс, У.Кеннон, Б. Лазарус, П.В. Симонов, Б. Спиноза, Дж. Уотсон, З. Фрейд, С.	понятие «эмоция» определяется через «состояние» и в меньшей степени — через «чувство»



	Шехтер и др.)	и «переживание».
Третья группа	Ч. Дарвин, К. Изард, У. Мак-Дугалл, Р. Плутчик, П. Экман и др.	Родовые понятия «эмоции» являются «процесс» и «переживание».
Четвертая группа	Н.П. Бехтерева, Л.С. Выготский, Дж. Дьюи, П. Жане, Э. Клапаред, К. Ланге, Х. Левенталь, Дж. Локк, А.Р. Лурия, И.П. Павлов, С.Л. Рубинштейн, Ж.-П. Сартр, Г. Спенсер и др	Определение понятия «эмоция» через родовое понятие «реакция»

Большинство исследователей рассматривает эмоцию как сложный психофизиологический феномен, который можно связать с:

- переживаемым и/или осознаваемым чувством (состоянием) – феноменология эмоций;
- висцеральными процессами (происходящими в нервной, эндокринной, дыхательной, пищеварительной и других системах организма), сопровождающими эмоции;
- выразительными (поддающимися наблюдению) характеристиками эмоций (экспрессия лица, интонация, жесты и позы) [Александров, Психофизиология, с. 126; Карпович, с. 77; Петухов, с. 425-426]

Рассматривая эмоции как психическое явление, можно приблизиться к пониманию их феноменологической сущности. Под феноменологией понимается исследование структур сознания и того, как они переживаются с точки зрения первого лица. Главной структурой переживания является его интенциональность, направленность на что-то, так как оно является переживанием какого-то объекта или переживанием о нем. Переживание всегда направлено на объект [Смит Д.].

В основании трактовки эмоций лежат человеческие переживания и отношения. Личность не просто действует, но ещё и переживает, что с ней происходит, и относится определенным образом к тому, что её окружает [Абрамова А.В., с.7]. Феноменология отталкивается от эмпирической психологии, выделяющей из общего потока переживаний отдельные эмоции, останавливает их непрерывный поток, разбивает на части и закрепляет понятиями [Кучеренко, с. 9-10].

Внутренние переживания человека всегда предметны. Беспредметное настроение означает скорее недостаточную конкретность его предмета. Предметность эмоций становится феноменологическим фактором, а постоянство эмоционального переживания помогает формировать устойчивую «Я-концепцию».

Итак, эмоция есть всегда отношение к чему-то, она имеет свой предмет, а это – объективный элемент сознания. Предметность эмоций – одно из принципиальных положений при их изучении. Субъективная же сторона эмоций (зачастую именуется, как переживание) выполняет в структуре эмоций особую функцию: чувствования синтезируют объективные элементы сознания — ощущения и представления, обеспечивая тем самым их организованность в единое целое. В этом смысле психическое явление можно назвать феноменом. При этом понятие «феномен» (в том числе — психический) не имеет строгого определения: феномен суть то, что само себя объясняет, как бы захватывая нас в реальной жизни [Петухов, с. 426].

Являя собой не мыслительные, не когнитивные отношения субъекта и мира, область эмоционального поведения представляет предмет специальных предпочтений экзистенциализма [Филиппов, с. 74]. Для Сартра, эмоция есть превращение мира в иррациональный, когда рациональный мир слишком труден, его требования невыполнимы, и мы не можем оставаться в нём [Петухов, с. 427]. Её можно понять только в том случае, если в ней искать значение, и теория эмоций должна искать это значение в самом сознании [Сартр]. Существование данного феномена, «человеческой реальности», означает исходящее не извне, а из самого себя познание, является «его» познанием. Соответственно для Сартра любой психологический факт, в том числе и эмоция, обретает значение, исходя из сущности сознания. [Андреев, с. 32].

Таким образом, эмоция феноменологична по своей сути. Она имеет отношение к тому, что ощущается, воспринимается, оценивается, мыслится.

Её нельзя понять без обращения к сознанию. Опыт исследования эмоций – это опыт самосозерцания.

Эмоция как процесс, как сложное чувствование был описан В. Вундтом. Проблема возникновения и становления эмоции во времени, самой очередности стадий соответствующего процесса, была представлена в теории Джеймса-Ланге [Петухов, с. 429]. Швейцарский психолог Э. Клапаред, модифицировал теорию Джеймса-Ланге с помощью введённого им разделения чувства и эмоции [Петухов, с. 430].

Мы согласны с мнением П. Экмана, что: «чаще всего эмоции возникают тогда, когда мы ощущаем, правильно или ошибочно, что происходит или вот-вот должно произойти некое событие, способное позитивно или негативно повлиять на наше благополучие. Это не единственный способ возникновения у нас эмоций, но он является очень важным» [Экман, с. 39-40].

Независимо от того, рассматривать ли переживание эмоции как сознание или как его структурно-операциональную характеристику, они определяют образ жизни и задают программы познания и поведения. Личность объединяет в себе прежде всего эмоциональный, а не интеллектуальный опыт. Поскольку эмоция может существовать в сознании независимо от когнитивных процессов, человек зачастую переживает ту или иную эмоцию, не осознавая её, то есть не называя её эмоцией. [Изард].

Эмоции в силу их природы многофункциональны. Очевидно, что наука накопила солидный багаж исследований роли и места эмоций в жизни человека, что выразилось в немалом количестве классификаций. Для примера можно перечислить такие функции, как: сигнальная, регулятивная, эвристическая, гедонистическая, (ауто) когнитивная, оценивающая, функция отражения и функция положительного/отрицательного санкционирования. Когнитивная функция эмоций проявляется в нескольких ролях: давать толчок к познанию, компенсировать недостаток знания, быть катализатором познавательного процесса. Каждая эмоция имеет адаптивную функцию для

отдельного индивида [Шаховской В.И. Эмоции как объект исследования в лингвистике, с. 30].

Понятна универсальная роль эмоций, подтвержденная многими экспериментальными исследованиями. Установлено, что под влиянием эмоционального возбуждения изменяются пороги восприятия внешних стимулов. Эмоции являются необходимым условием продуктивной интеллектуальной деятельности, особенно фантазий, только при этом познавательные процессы приобретают смысловой характер. Наконец, установлено, что эмоции являются необходимым звеном в процессе целеобразования. Благодаря видению эмотивности как феномена переживания становится понятной и признанная функция эмоций как «комплекс-качеств» в придании целостности психическому опыту, в созидании нашего «Я». Само эмоциональное насыщение организма эмоциями, как «положительными», так и «отрицательными», является его потребностью. Таким образом, эмоции приобретают особую самостоятельность, превращаясь в метапотребность субъекта [Попов, с. 93].

Сложность, многоаспектность и полифункциональность эмоций определяет наличие множества разнообразных подходов к их классификации [Ильин, с. 69-79].

Особняком стоит терминологическая проблема соотношения категорий «эмоция»—«чувство». Психологическая наука, как таковая, не видит гносеологического различия между чувством и эмоцией. Этика и эстетика, заимствуя достижение психологии, ограничили свое представление о чувствах как об эмоциях, ассоциированных в сложные структуры, возвышая их над последними социальностью происхождения и сохраняя за ними значение чисто эмоционального переживания [Базылев, с. 72].

Чувства, по Клапареду, есть первичные оценки воспринимаемого, они присутствуют в любом психическом процессе и имеют исключительно адаптивный характер, отличая полезное от вредного. Эмоции же есть

вторичные образования, которые часто бывают неадаптивными, и у субъекта в принципе есть возможность их избежать [Петухов, с. 430].

Чувства формируются позже эмоций. Они представляют собой более высокий уровень духовного развития человека, нежели эмоции [Абрамова А.В., с. 6]. Поэтому обычно под эмоциями понимают более элементарные переживания, а под чувствами – сложные целостные образования. Одним из подходов к разделению эмоций и чувств является соотношение их с потребностями человека. Эмоции связаны с удовлетворением или неудовлетворением биологических потребностей, а чувства — социальных потребностей личности. В основе чувств лежат, прежде всего, потребности, связанные с отношениями между людьми [Шадриков, с. 6; Торопова, с. 92].

Что касается особенностей эмоциональной сферы наркозависимых (рассмотрение которой диктуется контекстом исследования), следует отметить, что, безусловно, отдельные личностные свойства усиливаются под влиянием зависимости от наркотиков, однако структурный профиль личности (соотношение тех или иных личностных характеристик) долгие годы может сохраняться. Например, склонность к волнению перерастает в депрессивность, чувствительность обостряется и проявляется в виде тревожности. Если человек был активным и чувствительным, с развитием химической зависимости он становится беспокойным, раздражительным, тревожным. Вместе с тем, такие изменения нельзя считать необратимыми.

Психологическая зависимость от наркотиков на начальном этапе поддерживается страстью и не вызывает физических страданий при отсутствии наркотика. Но со временем она начинает действовать таким образом, что только введение определенной дозы наркотического вещества обеспечивает комфортное состояние, а его отсутствие «ломает» не только тело, но и сознание.

Наркотик у зависимого человека выполняет «психотерапевтические» функции, и, теряя «лекарство», он остро переживает боль, опустошенность, раздражение и беспомощность [Илюк]. Тем самым проявляются

терапевтические свойства наркотических веществ, в частности угнетение чувства одиночества, тревожности, вины, страха, освобождение от стресса и тому подобное. Такие свойства наркотиков в некоторых случаях нивелируют депрессивные реакции и одновременно могут вызвать их возникновение. У лиц с зависимостью от опиоидов наблюдаются нарушения основных процессов эмоциогенеза при относительно сохраненных его стадиях и проявляется: в появлении выраженной тревоги, неуверенности в своих поступках и действиях, частом снижении настроения, унынии, отсутствии саморегуляции своих эмоциональных переживаний.

Эмоциональные реакции теряют свою широту представленности отдельными эмоциями. В преморбиде зависимые от опиоидов лица часто прибегают к определенным экстремальным видам спорта, активному отдыху. Однако в дебюте употребления наркотика эмоциональное сопровождение поведенческих реакций становится как бы «сухим». Высшие эмоции не переходят границу грусти, переживания одиночества, депрессивных проявлений и не подвергаются определенному уровню осознанности своего состояния [Габиани].

Как правило, для химически зависимых характерна алекситимия – психологическое состояние, при котором теряется способность к определению и проявлению собственных эмоций. Становится трудно не только дифференцировать и определить свои эмоциональные реакции, но и в принципе отрефлексировать наличие эмоций, за исключением наиболее сильных

Подводя итог вышесказанному, важно отметить, что несмотря на обширный накопленный материал и включение в исследовательское поле новых аспектов, носящих междисциплинарный характер, что позволяет взглянуть на проблему с неожиданных ракурсов, до сих пор многие научные выкладки остаются на уровне гипотез. Немало вопросов, в том числе основополагающих (происхождение эмоций, механизм развития и др.) по-прежнему остаётся без ответа. По-прежнему неоднозначным является вопрос

об эмоциях как мотивационной основе сознания, хотя для многих исследователей (особенно советско-русской школы) это очевидно [Пырьев; Шаховской].

Нерешенным остается и давний спор о том, лежит ли эмоция в основе когнитивного процесса или наоборот – когнитивный процесс служит инициатором эмоции. Логично предположить, что справедлив и тот и другой взгляд на проблему. Как эмоция может активировать когнитивный процесс и влиять на его протекание, так и наоборот, то есть связь между эмоцией и когнитивным процессом (восприятием, воображением, памятью, мышлением) можно характеризовать как динамическую и реципрокную [Изард]. Данный вопрос является важным для целей данного исследования, поскольку его практическая часть будет строиться на основаниях когнитивно-поведенческой психотерапии. Те теории и гипотезы, которые были рассмотрены выше, очередной раз подтверждают многоаспектность и многоуровневость эмоциональной сферы человека.

Важно понимать, что анализ структурных особенностей эмоциональных переживаний подразумевает раскрытие особой сферы человеческой действительности, в которой естественные начала человека вступают в резкий конфликт с искусственной средой. Все это позволяет понять анализ эмоций как своего рода ключ к раскрытию особенностей складывания социокультурной реальности [Куликов, с. 13].

В любом случае, при анализе эмоций необходимо учитывать их двойной характер: с одной стороны, это субъективная реакция на раздражитель (внутренний или внешний), с другой – способ выражения переживаний индивида. Соприкосновение со сферой переживания, объективация субъективного опыта неизбежно приводит исследователя к феноменологическим методам и экзистенциальной парадигме в изучении эмоций и применении этого в терапевтической практике.

Очевидно, что функционирование эмоциональной сферы у химически зависимых имеет свои особенности, связанные с десинсибилизацией и

изменениями когнитивной структуры. Это, в свою очередь, прямым образом влияет на возникновение и протекание генерализованного тревожного расстройства, о чём будет сказано ниже.

## **1.2. Тревожный невроз: этиология, симптоматика**

История исследования неврозов имеет давнюю историю, уже в 1776 году, шотландский медик W. Cullen впервые ввёл этот термин в научный оборот, и затем разработал классификацию известных на тот момент нервных заболеваний. Под неврозом, как считал ученый, подразумеваются «нервные расстройства, не сопровождающиеся повышением температуры тела и не связанные с местным поражением одного из органов, а обусловленные общим страданием, от которого специально зависят движение и мысль» [Черева, с. 79]. Иными словами, важным моментом было отсутствие структурных изменений на уровне органов или систем [Николаев, Сулова].

Интересно, что такое определение в некоторой степени актуально и сегодня, когда под общим неврозом понимаются такие болезни нервной системы, которые не отражаются в структурных органических изменениях. В таких случаях со стороны нервной системы предполагается существование только молекулярных изменений [Николаев, Сулова].

Довольно долго такой взгляд на феномен неврозов позволял включать в их состав широкий спектр недугов, которые, не сопровождаясь органической патологией, зависели от деятельности нервной системы. Сюда могли попасть не только нервные и психические болезни, но некоторые соматические нарушения без стойких морфологических изменений.

Так, Моритц Генрих Ромберг (40-е годы XIX века) просто называл все заболевания периферических нервов, спинного и головного мозга неврозами двигательной и чувствительной сферы, так что под это обозначение подпали



не только все формы паралича (периферический, спинальный и церебральный), но также и табес и прогрессивный паралич. Однако, уже во времена Ромберга понятие о неврозах было сужено благодаря тому, что некоторые врачи понимали под этим названием только рефлекторные неврозы [Бумке, с. 11-12].

Подобно тому как во всех областях медицины того времени старались найти патолого-анатомическую основу каждого заболевания, и так как это удавалось, разумеется, не во всех случаях, то возникла потребность в таком слове, которое соответствовало бы пробелам в неврологических ландкартах, «функциональным» заболеваниям. Приблизительно с семидесятых годов XIX века неврозами назывались нервные расстройства с ещё неизвестной патологической анатомией [Бумке, с. 13].

Только к концу XIX развитие медицины позволило исключить из группы неврозов многие соматические заболевания. Постепенно в науке возникало понимание неврозов и как психогенных расстройств.

Поскольку исследование неврозов шло как по линии психиатрии, так и по линии клинической психологии, это с одной стороны обогащало исследования, с другой, вносило некоторую путаницу, в силу разных тенденций в понимании изучаемого объекта.

Как отмечал Бумке, эта проблема «двулика подобно Янусу: одной стороной она обращена к патологической анатомии, другой стороной – к психологии» [Бумке, с. 14].

Поэтому исторически сложилось две основных тенденции в понимании невротических состояний. Первая отражает точку зрения, согласно которой неврозы детерминированы биологически, хотя при этом не отрицается роль психической травмы как одного из пусковых механизмов заболевания. Вторая тенденция связана с акцентом на личностно-психологических факторах происхождения невротических феноменов.

Соматические проявления неврозов в этом случае интерпретируются как принципиально безразличные для понимания клиники, развития и терапии невротических состояний [Перепелкина, с. 105].

Однако, наряду с этим в значительной мере проложило себе дорогу психологическое рассмотрение неврозов. Более точно и более систематически подчеркнул психическую обусловленность некоторых нервных расстройств Брике (1859 г.), взгляды которого были переняты и дальше развиты во второй половине предыдущего столетия Шарко, Жане, Льебо, Бернгеймом и Форелем, Гассе, Либермейстером, Штрюмпелем, Мёбиусом, Вестфалем и Бинсвангером [Бумке, с. 14].

Немалый вклад в понимание психогенной природы неврозов внесли представители парижской школы неврологов. Центром внимания здесь стало рассмотрение невротических состояний как следствия эмоционального перенапряжения, которое в свою очередь могло быть вызвано паталогическим утомлением и сопутствующими переживаниями.

Так, Жан-Мартен Шарко, в своё время оказавший сильное влияние на З. Фрейда, разработал учение об истерии. Её источником он считал нарушение работы нервной системы, а саму истерию, рассматривал, как нервно-соматическое заболевание, при котором человек становится особо чувствителен к внешнему воздействию, что в итоге влечёт за собой истерические проявления на фоне отсутствия структурных изменений больного.

Его преемник по кафедре Ф. Рэймон в 1907 г. установил, что неврозы – это не болезнь, а синдром неврастения, истерии, психастении. В своей монографии он дал именно с этой точки зрения, группе неврозов чисто феноменологическое, симптоматологическое обоснование. Рэймон на основании своих наблюдений устанавливает, что эти синдромы наблюдаются при различных заболеваниях и различных этиологических моментах [Хорошко, с. 5-19].

Немецкий психиатр Освальд Бумке подошел к этому вопросу с той же точки зрения, как и Рэймон, считая, что в неврозах мы имеем только клинические картины, зависящие от различных причин. Бумке подчеркнул реакцию человека или личности больного на различные вредные обстоятельства, иными словами, подчеркнул связь синдрома с конституцией и личностью, считая, что никаких неврозов как особых болезней нет, а имеются только различные реакции организма [Хорошко, с. 5-19]. Он писал: «В настоящее время мы видим, что всевозможные здоровые и болезненные предрасположения переплетаются друг с другом, и вследствие этого возникает то именно разнообразие конституций, которое делает с самого начала безнадежной всякую попытку застывшей систематики. <...> Столь же ясно, что мы должны искать благоприобретенные вредные моменты не только в психической области, но и в физической» [Бумке, с. 14]. И далее: «Психоневрозов давно уже не существует. Они растворились в нервных реакциях и конституциях, в психопатиях и функциональных психозах» [Бумке, с. 34].

Позже появился ряд монографий о неврозах и психоневрозах. Так, в 20–30-х гг. XX века Пьер Жане, продолжая работать в традиции Шарко, вывел из теоретических представлений психастению как психопатологическую форму и первым дал её описание [Жане, с. 12]. Этим термином он обозначил вид невроза и связал его с чувством неполноценности, повышенной утомляемостью, навязчивыми состояниями, фобиями, фиксированными идеями. По его мнению, в основе невротических состояний лежат нарушения синтетических функций сознания, утрата равновесия между высшими и низшими психическими функциями. При разбалансировке высших психических функций появляются психический конфликт как вторичное образование. Это отличает взгляды Жане от психоанализа, в котором психические конфликты видятся как источник невроза.

Жюль Дежерин отводил большое место эмоциональным факторам. Школа Бабинского выдвинула вопрос об истерии и дала ей классическую формулировку [Хорошко, с. 5-19].

Серьёзным вкладом в этом направлении стали работы Поля Дюбуа, который рассматривал неврозы в контексте психоаналитических исследований. Именно он предложил вместо термина «невроз» использовать «психоневроз», считая главным его главным признаком влияние психики.

В советской науке методологической основой исследований становится учение И. П. Павлова. Он установил, что в основе неврозов находится перенапряжение процесса возбуждения, процесса торможения или их подвижности (сшибка). К перенапряжению силы процесса раздражения приводят тяжелые переживания, жизненные неудачи, частые огорчения, опасения и т. д. Перенапряжение силы тормозного процесса возникает при необходимости постоянно и чрезмерно сдерживать себя, стремлении к постоянному контролю над своими мыслями и чувствами [Черева, с. 79].

Очевидно, что для советской школы был характерен диалектический взгляд на происхождение неврозов во взаимосвязи их психологических и биологических детерминант. Например, Е. А. Шевалев пишет, «неврозы и отдельные невротические проявления могут быть разделены, по своему происхождению, на формы реактивные, в собственном смысле этого слова, и формы симптоматические <...> т. е. возникать как соматогенным, так и психогенным путем» [Шевалев, с. 453-466].

Видный представитель советской школы В. Н. Мясищев объяснял невроз патогенетически, как нервно-психическое болезненное состояние, появляющееся в результате противоречий между личностью и окружающим её миром. Говоря о неврозе как о болезни развития личности, он под этим понимал такой тип расстройств, который вызывается способами переживания и переработки личностью своей действительности.

Таким образом, для него, невроз носит психогенный характер, и в его основе находится такое противоречие между значимыми сторонами

реальности, которое человек пытается разрешить непродуктивно и нерационально. Такой способ вызывает болезненные переживания, а неумение найти из них выход влечёт за собой психическую и физиологическую разбалансировку личности. Иными словами, этот конфликт между внутренним и внешним создаёт в личности аффективное напряжение значительной силы, способное привести к функциональным нарушениям. При этом в зависимости от особенностей переработки личностью травмирующей ситуации, в построении клинической картины, точнее, в выдвижении на первый план определенных симптомов, имеют существенное значение основные отношения личности к ситуации [Николаев, Сулова].

В целом, отечественные психологи считают, что определяющая роль в развитии невроза принадлежит психотравмирующей ситуации; возникновение и течение невроза более или менее связаны с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между динамикой состояния человека и изменениями психотравмирующей ситуации [Перепелкина, с. 105].

Самый мощный толчок к изучению и лечению неврозов дала психоаналитическая теория и её основатель З. Фрейд. Психодинамические концепции объясняют проблему невротических расстройств, исходя из бессознательных биологических факторов. Важнейшее утверждение психоанализа таково: психическое явление, вызывающее болезнь, является бессознательным [Нюнберг].

З.Фрейд полагал, что основу психоневрозов составляет невротический конфликт, представим его в виде схемы, рисунок 2.





Рисунок 2 – Невротический конфликт по З.Фрейду

З.Фрейд задался вопросом, почему некоторые индивиды воспринимают противоположные инстинкты как конфликтующие и испытывают беспокойство, другие же совсем не ощущают конфликта. Все зависит от того, представляет ли конфликт между инстинктами также структурный конфликт [Фенихель, с. 134-135].

Суперэго, конечно, осложняет картину. Конфликт Эго с Ид в некоторых неврозах было бы правильнее обозначить как конфликт (Эго+Суперэго) с Ид, а в других – как конфликт Эго с (Ид+Суперэго) [Фенихель, с. 137].

Карл Густав Юнг полагал, что невроз развивается вследствие диссоциации личности в результате образования комплексов, представляющих собой соотношение мыслей, чувств и образов. Комплексы, по его мнению, могут принимать различные формы и образовываться в силу разных механизмов – психических травм, моральных конфликтов [Николаев, Сулова]. По его мнению, приоритетным в неврогенезе являются вовсе не вытесненные сексуальные влечения. Он писал: «За неврозом скрываются те мощные психические воздействия, которые лежат в основе нашей духовной установки и ее самых влиятельных, направляющих идей» [Юнг].

Для Альфреда Адлера невроз не являлся диагностически однозначным термином в силу охвата им множества расстройств с самой разной симптоматикой. Он определял невроз следующим образом: это естественное, логическое развитие индивидуума, сравнительно не активного, эгоцентрически стремящегося к превосходству и поэтому имеющего задержку в развитии социального интереса [Адлер, с. 162]. По его мнению,

люди, страдающие невротическим расстройством в раннем детстве, либо переносили серьёзные физические страдания или отвержение, либо, наоборот, их чрезвычайно опекали. В таких условиях они стали тревожными, потеряли ощущение безопасности, а вследствие этого начали развивать стратегии выживания и психологической защиты, позволяющие им справиться с чувством неполноценности.

Одним из крупнейших специалистов по проблеме неврозов стала Карен Хорни, считавшая, что в основе невроза лежит так называемая базальная тревога – ощущение беспомощности во враждебном мире. Это ощущение рождается вследствие детских переживаний, когда родители в своё время не смогли удовлетворить потребность ребёнка в защищённости и безопасности. Она определяла невроз как психическое расстройство, вызванное защитой от страха и от неблагоприятных социальных факторов (социальная изоляция, унижение, контроль и отвержение со стороны родителей и т.п.). Психика пытается найти выход из конфликта противоположных тенденций, что усиливает невротическое состояние.

Важным моментом в теории Хорни было её дистанцирование от классического психоанализа, поиск источника неврозов не в бессознательных структурах психики, а в некоторых созданных самой психикой защитных механизмах, появившихся в результате многочисленных детских травм. Она вводит социокультурное измерение в проблему невротических расстройств. Так, неврозы могут рассматриваться как симптом заторможенного процесса самореализации, поскольку являются отклонением от общепринятого в данном культурном контексте интерперсонального поведения.

К.Хорни была одним из первых психоаналитиков и психотерапевтов вообще, переключивших свое внимание с ранних детских переживаний как основных источников психических нарушений на более широкий культурный контекст, в котором эти переживания возникают и развиваются [Холмогорова, Гаранян Культура, эмоции..., с. 62].

Следует отметить, что формирование взглядов Хорни на происхождение неврозов происходило на фоне новейших открытий культурных антропологов того времени. Учитывая последние достижения этнологии и опираясь на собственный клинический опыт, К. Хорни создала оригинальное направление культурно ориентированного психоанализа [Николаев, Игнатъев, Мухамадиев Психическое здоровье...с. 24]

Бихевиористская теория рассматривает эмоциональное нарушение с точки зрения случайных условных реакций, возникших ранее в жизни пациента. Для устранения этих условных рефлексов недостаточно простого знания пациента о них или его желания – требуется выработка «условных контррефлексов» под руководством компетентного поведенческого терапевта [Николаев, Сулова]. Бихевиористы обращали внимание лишь на отдельные невротические симптомы, которые являются следствием неправильного научения и требуют переучивания с помощью определенных методик.

Характерно, что в поведенческом направлении не существует единой модели расстройств для неврозов, но есть специфичные теории, которые рассматривают нарушенное поведение как приобретаемое и применяемое на любом этапе жизни [Николаев, Сулова].

Из соединений идей психоанализа и бихевиоризма родилась когнитивно-поведенческая терапия, основателем которой стал Аарон Бек. В начале своего развития когнитивный подход использовал идеи «эго-аналитиков», в том числе Адлера и Хорни [Бек, Фримен, с. 23]. Теоретики когнитивной психотерапии, как и психоаналитики, полагают, что «обычно при лечении расстройств личности более продуктивно выявлять и изменять «глубинные проблемы» [Бек, Фримен, с. 24]. Позднее Бек применил теорию Хорни для составления классификации психопатических расстройств.

Бек полагает, что в основе невроза лежат абберации мышления (искажения действительности, основанные на её ошибочных интерпретациях и допущениях). Они связаны с нарушениями на когнитивной стадии



переработки информации, появившимися в результате неправильного научения или когнитивного развития личности. Индивид создаёт себе ложное представление, следствием которого становятся неадекватные эмоциональные реакции. Соответственно, терапия строится в том числе на изменении этих ложных когниций.

Альберт Эллис, автор рационально-эмоциональной поведенческой терапии, связывал неврогенез с влиянием иррациональных установок оценочного характера, таких как, например, долженствование.

В гештальт-терапии невроз рассматривается как задержка личностного роста, когда пациент не может действовать адаптивно. Основатель этого подхода Фредерик Пёрлз писал: «Невроз возникает, когда индивид оказывается неспособным изменять свой образ действия и отношения со средой. Если индивид привязан к устаревшему образу действия, он теряет способность удовлетворять свои потребности, в том числе социальные» [Перлз, с. 89]. Для него неврогенез связан с нарушением границы между обществом (группой) и личностью в случае если оба актора в одно и то же время испытывают различные потребности, и индивид не в состоянии определить, какая из них является приоритетной и доминирующей.

Сейчас уже очевидно, что важные факторы эмоциональных расстройств следует искать не только в области биологии. Это особые ценности и установки, поощряемые в социуме и культивируемые во многих семьях, как отражения более широкого социума. Затем эти установки становятся достоянием индивидуального сознания, создавая психологическую предрасположенность к эмоциональным расстройствам. [Холмогорова, Гаранян, Культура, эмоции... с. 63].

Поэтому в последнее время предметом многочисленных исследований становится проблема взаимосвязи психического здоровья и комплекса психологических, социальных, культурных факторов, и что касается российской действительности наиболее актуальны работы, связанные со

спецификой коренных для страны этносов, в особенности, в полиэтнических регионах [Сулова].

Количество кросскультуральных исследований работ растёт с каждым годом. [Бахарева, Бендриковский, Дашиева, Евдокимова, Козлов, Мукамбетов Мухамадиев, Николаев, Репина, Сарсембаев, Сулова, Таукенова и др.]. Привнесение этнического измерения в изучение неврогенеза значительно обогатило научный дискурс и поставило новые вопросы перед психологическим сообществом.

Исследования, посвященные проблеме неврозов, свидетельствуют о влиянии социокультуральных факторов на механизм возникновения и невротических расстройств. Культуральными факторами во многом обуславливаются и способы адаптации больных неврозами [Таукенова, с. 1]. Кроме того, установлено, что этническая идентичность личности является одним из важнейших факторов её психологического благополучия, обеспечивающего успешность психической адаптации. Выраженность психической дезадаптации при невротических расстройствах тесно взаимосвязана с глубиной рассогласования структурных внутриличностных характеристик дискурсивного типа и актуальных для личности социокультурных условий среды [Сулова].

Так, анализ влияния этнических и культуральных стереотипов поведения на процесс формирования невротического поведения показал, что, например, в условиях российского этноса существенными для процессов неврозогенеза оказываются традиции, по которым запрещено или не поощряется прогнозирование человеком отрицательного исхода собственной деятельности и субъективно значимых событий, что формирует т.н. антиципационную несостоятельность – характерную черту личности «потенциального невротика». Подобная традиция приводит к тому, что в условиях неспрогнозируемости возникновение нежелательного события оказывается психотравмирующим по звучанию и способствует

формированию отклоняющихся невротических стереотипов поведения [Менделевич, Соловьева, с. 264-265].

Для некоторых авторов такие явления современной культуры, как технологичность, избыточное облегчение условий существования, да и весь культурно-исторический процесс в целом являются источниками психопатологических симптомов. Это порождает новые формы патологии, не существовавшие ранее [Тхостов, Сурнов, с. 20-21]. Патогенное влияние культуры в свою очередь создаёт синдром «злокачественного инфантилизма» [Тхостов, Плужников]. Именно массовая культура формирует постоянно стрессированного человека с ощущением незащищенности и постоянной внутренней неустойчивостью. Такой «невротический» человек тревожен, мнителен, подвержен страхам [Безносюк, Князева].

Таким образом, теория невротозов прошла длительный и неоднозначный путь развития. Беря начало в естественных науках, она долгое время сохраняла им верность, отдавая предпочтение биологическим факторам в вопросе неврогенеза. Разумеется, нейрофизиологический подход внёс значительный вклад в изучение невротических расстройств, но имел очевидные границы своего применения, особенно в вопросах лечения. Хотя следует заметить, что некоторые представители этой парадигмы признавали влияние психогенных факторов на невротические состояния.

С развитием не только психологии, но и медицинских наук, взгляд на происхождение невротозов стал меняться. Появляются психологические модели, бурное развитие которых связано с зарождением психоанализа.

Представители психологического направления полагают, что в основе невротозов находятся личностные психологические аспекты. Несмотря на существенные различия в вопросах неврогенеза, эти исследователи сходны во мнении, что невротоз производит впечатление «чего-то вторгнувшегося в личность из неизвестного источника, того, что нарушает целостность личности и находится вне сознательной воли» [Черева с. 79]. Во второй половине XX века исследователи стали уделять особое внимание проблемам

изучения неврозов различных возрастных и социальных категорий и пришли к выводу, что невроз не возникает внезапно и является следствием цепочки событий, протяженных во времени [Черева, с. 80].

В настоящее время общепринятой считается биопсихосоциальная модель формирования неврозов, утверждающая, что в этиопатогенезе неврозов принимают участие в различных соотношениях конституциональные и генетические особенности, биохимические факторы и психологические особенности личности. Необходимо, чтобы психическая травма нашла в структуре личности, в её психическом складе соответствующий резонанс. Однако существуют еще теории, придающие исключительное значение либо наследственно-конституциональным, либо средовым воздействиям как основным в этиологии неврозов. Вопрос о том, какой удельный вес личностные особенности составляют в этиологии невроза и в какой степени выраженности, до сих пор не имеет своего ответа [Королева, с. 54].

В целом современные исследования различных психических заболеваний подтверждают их биопсихосоциальную природу – диатез-стрессовую модель. Согласно этой модели, биологический диатез или биологическая уязвимость выливаются в болезнь только при условии воздействия стрессоров – неблагоприятных психологических и социально-психологических факторов [Холмогорова, Гаранян, Культура, эмоции... с. 63].

Наряду с биологическим и психологическим подходами выделяется социокультурный, в котором признаётся что культура является существенным фактором, способным детерминировать психическое здоровье. В рамках культурного подхода механизмы и модели формирования невротических расстройств во всей широте их клинических проявлений описываются по-разному, но в целом они существенно дополняют общую распространенную на сегодняшний день биопсихосоциальную концепцию неврозогенеза [Николаев, Сулова].

Многообразие классификационных разделений неврозов, предлагаемых разными авторами, показывает, прежде всего, отсутствие одного взгляда на механизмы их развития и этиологию [Королева, Зубрицкая, с. 115].

В настоящее время в мировой литературе наибольшее распространение получили концепции полифакторной этиологии неврозов. Признается единство биологических, психологических и социальных механизмов [Турсынов, Григолашвили и др., с. 52.]. Однако следует понимать, что когда речь идет о полифакторности заболевания, то очевидно, что точные факторы неизвестны, следовательно, лечение может проводиться только симптоматическое [Королева, Зубрицкая, с. 115].

И хотя причиной возникновения неврозов повсеместно признаётся психическая травматизация личности, столь прямолинейная связь наблюдается сравнительно редко. Возникновение невроза обычно определяется не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а более или менее длительной переработкой данной личностью сложившейся ситуации и ее последствий и неспособностью адаптироваться к новым условиям [Королева, 54]

Психотравматизация является ведущей причиной невроза, но её патогенное значение определяется сложнейшими взаимоотношениями с множеством других предрасполагающих условий (генетически обусловленная «почва» и «приобретенное предрасположение»), которые являются результатом всей жизни человека, истории формирования его организма и личности [Турсынов, Григолашвили и др., с. 52.].

### **1.3. Эволюция КПТ: от поведенческой терапии и психоанализа к интеграции методов**

Прежде чем анализировать вопросы эволюции когнитивно-поведенческой терапии, следует определиться с терминологией, позволяющей видеть нюансы, дифференцировать различные виды психотерапии и избежать путаницы. Существует несколько названий, кажущихся одинаковыми для неискушенного субъекта:

- поведенческая терапия (бихевиоральная терапия);
- когнитивно-поведенческая терапия (когнитивно-бихевиоральная терапия);
- рационально-эмоциональная поведенческая терапия – РЭПТ.

Различие между ними определяется расстановкой акцентов в терапевтическом процессе. Для данного исследования релевантными являются два подхода – КПТ Аарона Бека и РЭПТ Альберта Эллиса. Нередко в литературе оба подхода объединяются, рассматриваются в паре и даже отождествляются. Они действительно похожи по методам, техникам и идеологической основе. Для удобства термин когнитивно-поведенческая терапия будет рассматриваться широко, т.е. с включением идей и разработок А. Эллиса. Вместе с тем, эти теории имеют и ряд существенных отличий, о которых будет сказано ниже.

Можно утверждать, что одним из первичных источников для развития обеих терапевтических практик стала поведенческая терапия, сконцентрированная на изменении поведения. В зависимости от того, как понималась категория «поведение», менялись представления о сути и методах этого подхода. Начиналось всё с техник, основанных на классическом и оперантном обусловливании в соответствии с теорией научения.

Поэтому историю поведенческой психотерапии можно начинать с начала XX века, именно тогда была создана первая теория научения – теория условных рефлексов И. Павлова, на чьи работы ссылался основатель американского бихевиоризма Джон Уотсон.

Теория условных рефлексов И. П. Павлова или классическое обусловливание, и теория первой и второй сигнальной систем дали фундаментальные и достаточные основания для формирования психотерапии, как лечебной специальности [Ковпак, Вклад..., с. 28].

Но лишь с 1950-х годов поведенческая терапия может рассматриваться в качестве самостоятельного направления. Это время характеризуется обширной критикой психоанализа, недовольством его методами и результатами. В психотерапевтических центрах появляются новые методики, дающие быстрый результат.

Если работы И. Павлова, наряду с идеями Дж. Уотсона, были начальной теоретической базой для поведенческой психотерапии, то второй идеологической опорой явилась теория инструментального или оперантного обусловливания. Основу теории составили работы Эдварда Торндайка и Берреса Скиннера. Они подчеркивали значение в возникновении и укреплении поведения подкрепляющих стимулов, имеющих позитивный или негативный характер. По сути, модели И. Павлова и Б. Скиннера уподобили поведение организма чёрному ящику, о внутреннем содержании которого нет никакой информации [Федоров, с. 18-19].

С конца 1950-х гг. применение идей и принципов теории научения в целях психотерапии становится систематическим. Тогда же в знаменитом лондонском госпитале Модсли, специализировавшемся на лечении военных с проблемами психики, Ганс Айзенк впервые использовал теорию научения для лечения пациентов.

Это стало началом движения нового направления к самостоятельности. С этого времени широко распространённое мнение о том, что эффективное лечение невротических расстройств возможно только с помощью многолетних психоаналитических практик, дало трещину. Внимание научного сообщества обращается на краткосрочные методы, составившие серьёзную конкуренцию психоанализу.

В это же время Арнольд Лазарус (1958 г.) и Ганс Айзенк (1959 г.) независимо друг от друга использовали термин «поведенческая терапия» для обозначения нового направления, в основе методов которого главным образом лежит теория научения.

Между 1950-ми и 1960-ми гг. существовало несколько центров исследований поведенческой психотерапии. Один сформировался в ЮАР (Дж. Вольпе, А. Лазарус, С. Рахман), где на основе павловских принципов разрабатывался метод десентизации для лечения паталогических фобий. Второй центр находился в США, где ученики и коллеги Б. Скиннера, О. Линслей и Т. Айлон, стали применять положения и принципы оперантного обусловливания для модификации поведения психических больных. Третий центр возник в институте психиатрии при Лондонском университете (М. Шапиро, А. Йетс, Айзенк). Хотя все эти исследователи разрабатывали разные, значительно отличающиеся друг от друга методы, их объединяло несколько общих характеристик: работа только с поведением, опора на научно обоснованные теории научения, подход к терапии как к строго научному эксперименту. Таким образом, к концу 60-х гг. поведенческая психотерапия прочно завоевала позиции самостоятельного направления в психотерапии и была принята как альтернативная форма терапии [Федоров, с. 16-17].

К этому времени бихевиоризм как модель объяснения человеческого поведения уже не удовлетворяет научное сообщество. Его механистические тенденции и невнимание к внутриспихическим феноменам явно очертили границы его применения. И если с 1920-х гг. стимульно-реактивная схема человеческого поведения была теоретической основой в работе большинства американских психологов, то к рассматриваемому периоду она явно исчерпала свои теоретические и практические возможности.

В научном психологическом сообществе назрела когнитивная революция, основным стержнем которой стало перемещение внимания на внутренние когнитивные процессы в человеческом поведении. Человек



начинает рассматриваться не как пассивно реагирующий на внешние стимулы, а как активный субъект переработки поступающей извне информации и создающий на этой основе различные модели реальности. Такой взгляд позволил видоизмениться бихевиоризму, и на его основе возникает новая система психотерапии, которая по своим характеристикам является когнитивно-бихевиоральной.

Следующий этап в развитии поведенческой психотерапии (конец 60-х – начало 70-х гг.) связан с попыткой учесть именно эти промежуточные переменные, расположенные между стимулом и реакцией. Это прежде всего когниции: мысли, представления и т. д., которые управляют другими процессами (например, эмоциональными или мотивационными) [Федоров, с. 19].

В 60-е гг. в США в Стэнфордском университете сформировалась ещё одна крупная школа поведенческой терапии, связанная с именами Альберта Бандуры и Ричарда Уолтерса. В теории А. Бандуры поведение является результатом сложного взаимодействия факторов окружения и внутренних переменных. Этот взгляд позволяет понять, как поведение других становится основой для научения индивида. Поэтому его теория является по сути социально-когнитивной теорией научения. В его теории люди не являются реакторами на окружение (как в радикальном бихевиоризме), но также не являются и следствиями действия интрапсихических сил (как в психоанализе) [Федоров, с. 32-34].

В конце 1960-х – 1970-е гг. внутри уже самой поведенческой терапии получает развитие одно из направлений, становясь самостоятельным. Этот процесс был связан с дальнейшим отмежеванием от парадигмальных поведенческих установок и переключением на исследование когниций как медиаторов и значимых промежуточных переменных, структурирующих и регулирующих эмоциональные и мотивационные процессы в поведении человека. Речь идёт о появлении когнитивного подхода.

Его появление и развитие тесно связана с именами Альберта Эллиса и Аарона Бека – выходцами из хорнианской школы психоанализа. И тот, и другой отмечали своё разочарование в методах и результатах традиционного психоанализа [Эллис Гуманистическая..., с. 202-203; Бек и др. Когнитивная терапия депрессии..., с. 9].

При этом будучи дипломированными психоаналитиками, А. Бек и А. Эллис в 60-х годах столкнулись со значительными трудностями в попытках реформации психоанализа на когнитивной основе. Они были подвергнуты обструкции и практически были вынуждены примкнуть к бихевиоральному направлению, официально принявшему когнитивную поправку. По крайней мере, в отношении подхода А. Бека можно сказать, что в его фундаменте заложено много аналитических «кирпичиков», что позволило как самому автору, так и когнитивистам-конструктивистам в течение трех десятилетий существенно развить этот подход в направлении всё большего смыкания с психоанализом [Холмогорова Философско..., с 10-11].

Интересно, что и А. Эллис, и А. Бек делают акцент в своих теориях на взаимосвязь когнитивных и поведенческих элементов, утверждая, тем не менее, доминирование когнитивных компонентов. Вместе с тем, оба психотерапевта рассматривают свои разработки как модель поведенческой терапии, признавая существенное влияние бихевиорального движения на её развитие [Бек и др. Когнитивная терапия депрессии, с. 10; Эллис Гуманистическая..., с. 203].

В итоге их идеи привели к конвергенции двух подходов. Признав важность внутренних (когнитивных) процессов, наряду с внешне реализуемым поведением, бихевиоральные психотерапевты сделали их одной из основных мишеней воздействия, что позволило дать старому подходу новое название «когнитивно-бихевиорального» [Холмогорова, Гараян Психологическая..., с. 23].

Когнитивно-поведенческое направление не является гомогенным. Его теоретическое развитие идёт по разным векторам, в зависимости от

методологических установок, выбора тех или иных внутренних переменных. Например, А.Незу, Т. Дзурилла и М. Голдфрид и др. (1971) предложили трениговую методику решения проблем в рамках психотерапевтической работы. Они первыми исследовали такую активную форму совладающего поведения как «разрешение проблем», являющуюся когнитивно-поведенческим процессом и определяющую социальную компетентность личности (копинг-процесс) [Белинская].

В современных вариантах выдвигается тезис об их симультанности КПТ и оспаривается центральная роль когнитивных процессов при вторичности эмоциональных процессов. Таким образом, в практическом применении принципиально важным остается следующее положение: порочный круг эмоций с негативной окраской, неадаптивных мыслительных процессов и дисфункционального поведения может быть разомкнут в когнитивном звене. Иными словами, изменение восприятия и мышления повлечет за собой модификацию болезненных переживаний и поведенческих реакций [Гаранян Н. Г. Практические аспекты..., с. 32].

Когнитивная терапия была разработана Аароном Бекком в Университете Пенсильвании в начале 1960-х годов как структурированный, краткосрочный, ориентированный на настоящее вид психотерапии, предназначенный для лечения депрессивных расстройств [Бек Дж., с. 19].

Когнитивная терапия – это активный, директивный, ограниченный по времени и имеющий четкую структуру подход, используемый при лечении различных психиатрических расстройств (например, депрессии, тревоги, фобий, болевых ощущений и др.). В основе данного подхода лежит теоретическая посылка, согласно которой эмоции и поведение человека в значительной степени детерминированы тем, как он структурирует мир. Представления человека определяются его установками и умопостроениями (схемами), сформированными в результате прошлого опыта [Бек и др. Когнитивная терапия депрессии, с.13].

Основная посылка когнитивной модели психотерапии заключается в том, что главным источником дисфункциональные убеждения действуют, потому что они формируют основу для ориентации пациентов в действительности. Так как люди полагаются на свои убеждения при интерпретации событий и выборе форм реагирования на эти события, они не могут отказаться от этих убеждений, пока не усвоят новые адаптивные убеждения и стратегии [Бек, Фримен, с. 24, 95]. Следовательно, изменение оценки этих событий должно вести к изменению эмоционального состояния клиента [Малкина-Пых, с. 377].

Основной целью когнитивной терапии стало решение актуальных проблем пациентов, а также изменение дисфункционального, искаженного мышления и поведения. Многочисленные изменения коснулись фокуса терапии, продолжительности лечения и непосредственно техник, но теоретические основы когнитивной терапии остались неизменными. В целом когнитивная модель предполагает, что в основе всех психологических нарушений личности лежит искаженное, или дисфункциональное, мышление (которое в свою очередь искажает эмоции и поведение пациента). Реалистичная оценка и изменение такого мышления ведут к улучшению самочувствия и гармонизации поведения. Итак, чтобы добиться устойчивых результатов, необходимо выявить, оценить и изменить дисфункциональные взгляды и убеждения, лежащие в основе любого психологического расстройства [Бек Дж., с. 19].

Когнитивная терапия использует разнообразные когнитивные и поведенческие стратегии. Когнитивные техники направлены на выявление и проверку ошибочных представлений и дезадаптивных умопостроений. Когнитивная терапия не ограничивается теоретической проработкой вопроса о связи эмоций с когнитивными процессами, активно используя различные «эмоциональные техники» [Бек и др. Когнитивная терапия депрессии, с. 13, 37].

В ходе лечения терапевт разными способами побуждает пациента осуществить когнитивные изменения – перестройку его мышления и системы взглядов и убеждений, – чтобы добиться устойчивых эмоциональных и поведенческих улучшений [Бек Дж., с. 21].

Когнитивная терапия уникальна тем, что включает в себя целостную теорию личности и психопатологии, основанную на веских эмпирических доказательствах. Спектр её применения чрезвычайно широк, что также подтверждается эмпирическими доказательствами. С тех пор как в 1977 году было опубликовано первое исследование результатов лечения, контролируемые эксперименты подтвердили её эффективность в лечении депрессии, генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства, социофобии, расстройства вследствие употребления психоактивных веществ, расстройств приема пищи, проблем в отношениях с партнером и госпитальной депрессии [Бек Дж., с. 20].

1970–1980-е гг. – период интенсивных разработок А. Бека и его последователей, и сотрудников в области когнитивной терапии депрессий. В это же время были проведены многочисленные исследования эффективности метода КПТ, которые способствовали быстрому росту его популярности и распространению во всем мире. Доказанная эффективность когнитивной психотерапии депрессий легкой и средней тяжести была сравнима с эффективностью антидепрессантов, а стойкость полученного эффекта оказывалась даже более высокой [Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения].

К середине 1980-х гг., по утверждению самого Бека когнитивная терапия достигла статуса «системы психотерапии» [Бек Дж., с. 13].

В процессе когнитивной терапии специалисты имеют дело с когнитивными элементами двух уровней: а) с так называемыми «автоматическими» образами и мыслями, связанными с переработкой текущей информации и являющимися реакцией на происходящее в настоящий момент; б) с базисными послылками, представляющими собой

систему глубинных представлений индивида о себе и об окружающем мире, в которой фиксирован его прошлый опыт [Холмогорова, Гаранян Психологическая помощь..., с. 26.].

Когнитивная модель любого расстройства предполагает наличие трёх основных параметров: когнитивных элементов, когнитивных процессов, когнитивного содержания.

Наряду с А. Беком, основателем когнитивной психотерапии считается А. Эллис, опирающийся в своих разработках на идеи К. Хорни и А. Адлера. Рационально эмоциональную поведенческую терапию (РЭПТ) он начал разрабатывать в 1955 году [Эллис, Драйден, с. 15]. Понятие Хорни о «тирании долженствования» было самым первым толчком к возникновению тезиса о главенстве абсолютистских, догматичных оценочных мыслей в возникновении и сохранении психологического дискомфорта. Вслед за А. Адлером и его индивидуальной психологией РЭПТ уделяет особое внимание целям, задачам, смыслам и ценностям людей. Как и теория А. Адлера, РЭПТ активно использует директивные методы обучения, учитывает социальный интерес, придерживается целостного и гуманистического взгляда на человека и прибегает к убеждающим формам психотерапии [Эллис, Драйден, с. 18-19].

С самого своего зарождения РЭПТ придерживалась интерактивного взгляда на психологические процессы у людей. Когнитивные, эмоциональные процессы и поведение протекают не изолированно: зачастую, особенно при психологических нарушениях, они в значительной степени перекрывают друг друга. РЭПТ подчеркивает вторичную природу активизирующих событий и показывает, как события (точнее то, как мы воспринимаем как события) снова взаимодействуют с нашими когнитивными оценками, эмоциями и поступками [Эллис, Драйден, с. 20].

Несмотря на этот интеракционистский подход, верно и то, что РЭПТ ставит на особое место среди других психологических процессов когнитивные, приписывая ведущую роль в психологическом здоровье и нарушениях оценочным мыслям.

Рационально эмоциональная поведенческая теория постулирует, что в основе невротических расстройств лежит склонность людей давать воспринимаемым событиям своей жизни категоричные, абсолютистские оценки. Оценки воплощаются в форме «должен», «обязан», «надо» и т. п. Эти абсолютистские когниции – ядро философии однозначных убеждений, являющейся центральной чертой многих эмоциональных и поведенческих расстройств [Эллис, Драйден, с. 32-33].

Такие воззрения в теории РЭПТ рассматриваются как иррациональные, потому как они обычно затрудняют осуществление людьми своих основных целей и задач или препятствуют ему. Далее теория РЭПТ постулирует, что если человек следует философии долженствования, он склонен к образованию множества иррациональных заключений, так называемых центральных идей, которые представляют собой производные от этих «должен». Эти главные производные считаются иррациональными, потому что они также препятствуют целям и задачам человека [Эллис, Драйден, с. 33].

Однако человек не может жить одними эмоциями. В отличие от ортодоксальной психоаналитической или классической поведенческой психологии, рационально-эмоциональная терапия ставит человека в центр мира и его собственной эмоциональной судьбы и предоставляет ему почти полную ответственность за выбор причинять или не причинять самому себе серьезное беспокойство. РЭПТ расценивает биологические и средовые факторы как важные в цепи событий, которые ведут к дезорганизации и расстройствам человека. Тем не менее, РЭПТ утверждает, что человек сам может (и обычно так и делает) активно влиять на свои эмоциональные реакции [Эллис, Драйден, с. 9].

Таким образом, РЭПТ является всесторонним подходом в терапии, в котором проблемы человека рассматриваются с когнитивной, эмоциональной и поведенческой точек зрения [Эллис Гуманистическая..., с. 79-80].

Рационально-эмоциональная терапия является одним из немногих существующих методов, который не только открыто и прямо применяет когнитивный, эмоциональный и поведенческий подходы, но и придерживается их в теории. Так как РЭПТ предполагает, что люди обычно думают, испытывают эмоции и действуют взаимосвязанно, и что они не приобретают то, что обычно называют эмоциональными реакциями до тех пор, пока они не используют одновременно свои перцептивно-когнитивные и моторные способности. Одно из важнейших положений РЭПТ гласит, что так называемые эмоциональные расстройства являются сопутствующими факторами оценочных или определительных представлений людей и их заученных моторных реакций. Следовательно, рационально-эмоциональная терапия включает, по крайней мере, три важные и взаимосвязанные техники, вполне осознанно и открыто стремясь считаться всеобъемлющей системой психотерапии [Эллис Гуманистическая..., с. 80].

Существует не так много психологических направлений, ориентированных непосредственно на эмоции, поскольку на них трудно оказать прямое воздействие. В этом отношении теория РЭПТ, возможно, является уникальной, поскольку она фокусируется на взаимодействии мыслей и эмоций. Основной принцип гласит, что в основе патологии эмоций и многих психопатологических состояний лежат нарушения мыслительных процессов. К ним относятся: преувеличение, упрощение, чрезмерное обобщение, алогичные предположения, ошибочные выводы, абсолютизация. Для описания этих когнитивных ошибок Эллис использует термин «иррациональные верования». Другой принцип утверждает, что разнообразные факторы, включая влияние наследственности и окружающей среды, имеют значение в происхождении иррационального мышления и психопатологии. Причиной эмоционального дистресса является приверженность людей иррациональным верованиям. Каким бы образом не возникали иррациональные верования, если бы пациенты критически оценивали свое мышление и отказывались от заблуждений, их деятельность



была бы совершенно другой. И, наконец, принцип рационально-эмотивной теории утверждает, что актуальные верования можно изменить, хотя это не всегда просто. Иррациональные верования поддаются постепенному изменению посредством активного и настойчивого наблюдения за своим мышлением и самоанализа. Таким путем достигается снижение уровня эмоционального дистресса [Уолен и др. ].

Называя свой подход гуманистической терапией, А. Эллис настаивает, что работа с клиентом – это, по сути, создание новой жизненной философии.

Следует выяснить, чем принципиально отличается подход А. Бека от подхода А. Эллиса.

В рационально-эмоциональной психотерапии А. Эллиса центральным понятием является понятие иррациональных когниций, через которые преломляется восприятие мира и создается его искаженное восприятие и, следовательно, нерешаемые проблемы. В когнитивной психотерапии А. Бека таким центральным понятием является понятие ошибки в когнитивных выводах [Федоров, с. 20].

Если А. Эллис склонен искать универсальные для всех эмоциональных расстройств содержательные характеристики когнитивных процессов, то А. Бек попытался дифференцировать различные эмоциональные состояния на основе когнитивного содержания [Холмогорова Философско..., с. 13].

А. Эллис сам сформулировал несколько концептуальных отличий РЭПТ от других когнитивных подходов: она имеет явную философскую направленность, одобряет стремление к устойчивым и продолжительным (основанным на философии) изменениям, а не к симптоматическим, пытается помочь людям избавиться от любого оценивания себя, отдает предпочтение не антиэмпирическим техникам дискутирования, а тем, которые оспаривают философию долженствования и др. В отличие от других видов когнитивно-поведенческой терапии, здесь в объяснении психологических нарушений центральная роль отдается понятию тревоги по поводу дискомфорта. Она определяется как «эмоциональная напряженность». Несмотря на то что

другие когнитивно поведенческие подходы признают особые случаи тревоги по поводу дискомфорта, они не склонны признавать ее в качестве центральной подоплеки психологических проблем [Эллис, Драйден, с. 87-90].

Интересна дискуссия по поводу сочетания в рамках когнитивного подхода бихевиоральных и глубинных психотерапевтических практик. Для большинства исследователей и психотерапевтов, когнитивная психотерапия остается прочно связанной с бихевиоризмом. Между тем она действительно проделала бурную эволюцию, и наиболее новое и перспективное её направление – так называемый структуралистский или конструктивистский подход – по своим методам гораздо ближе к психоанализу, чем к бихевиоризму [Холмогорова Философско..., с. 18].

Существует точка зрения, согласно которой Бек и Эллис могли бы развивать свой подход и в рамках психоанализа, что привело бы к созданию его когнитивной модели. В их теории содержится элемент, мало приемлемый для бихевиористов и сближающий эти подходы именно с психоанализом, – признание существования сложившихся в прошлом опыте глубинных и плохо осознаваемых базисных установок, направляющих процесс мышления в определенное русло [Холмогорова Когнитивная психотерапия и перспективы..., с. 10].

В когнитивной психотерапии разработаны оригинальные техники, позволяющие прояснить содержание текущего мыслительного процесса, постепенно выявляя базисные послылки. Однако для этого могут с успехом применяться любые подходы, где существуют средства экстернизации внутреннего процесса – психодрама, гештальт и пр. Отличие лишь в том, что конечная цель такой работы – осознание и изменение когнитивных схем, искажающих реальность. После выявления базисных посылок важнейшее значение приобретает проработка прошлого опыта, в котором эти послылки сформировались. Здесь на первый план выходит глубинно ориентированная психологическая работа с использованием техник отреагирования, анализом

семейной истории и переносов [Холмогорова Когнитивная психотерапия и перспективы..., с. 15-16].

Поведенческая психология делает акцент на изменении окружающей обстановки для изменения поведения, в то время как когнитивная психология сосредотачивается на изменении содержания мыслей [Уолен и др.].

По словам А. Бека, особенность когнитивной терапии, отличающая её от более традиционных видов психотерапии, таких как психоанализ и клиент-центрированная терапия, заключается в активной позиции терапевта и его постоянном стремлении к сотрудничеству с пациентом. В отличие от психоаналитической терапии содержание когнитивной терапии определяется проблемами «здесь и сейчас». Главное для терапевта – исследовать, что думает и что чувствует пациент во время сессии и в перерывах между сессиями. Терапевты не занимаются интерпретацией бессознательного. От поведенческой когнитивную терапию отличает большее внимание к внутреннему (психическому) опыту, мыслям, чувствам, желаниям, фантазиям и установкам пациента. В целом стратегия когнитивной терапии, отличающая её от всех иных терапевтических школ и направлений, заключается в эмпирическом исследовании «машинальных» мыслей, выводов и предположений пациента [Бек и др. Когнитивная терапия депрессии..., с. 16].

Важно осознать, что бихевиоральный подход был ассимилирован в когнитивную терапию в качестве её важнейшей составляющей. Конкретное лечение в рамках когнитивной психотерапии немислимо без бихевиоральной диагностики и применения разнообразных поведенческих техник. Но при этом когнитивная психотерапия сохраняет свою специфику, которая заключается в том, что каждый акт поведения человека связывается с его мышлением: он рассматривается не только как реагирующий, но, прежде всего, как мыслящий человек [Холмогорова Когнитивная психотерапия и перспективы..., с. 8].

Теоретики когнитивной психотерапии, как и психоаналитики, полагают, что обычно при лечении расстройств личности более продуктивно выявлять и изменять «глубинные» проблемы. Эти две школы различаются во взглядах на характер глубинной структуры, и различие заключается в том, что представители психоаналитической школы считают эти структуры неосознаваемыми и труднодоступными для пациента. Напротив, когнитивные психотерапевты придерживаются мнения, что данные явления в значительной степени осознаваемы и при специальной подготовке могут быть ещё более доступны для осознания [Бек, Фримен, с. 24].

Взаимодействие с психодинамическим подходом проявляется, в частности, не только в повышении интереса к глубинным психологическим источникам поведения, к истории жизни пациента, но также и в активном использовании аналитических терминов «перенос» и «сопротивление». Проработка этих явлений в КПТ осуществляется с помощью традиционных процедур регистрации автоматических мыслей, возникших в «здесь-и-теперь» терапевтической ситуации [Гаранян Н. Г. Практические аспекты..., с. 46-47].

- Схема терапевтического процесса в КПТ? предполагает два этапа: первый этап – симптоматически ориентированный, предполагает работу с автоматическими мыслями (и связанными с ними эмоциональными и поведенческими реакциями);
- второй этап, нацелен на проработку глубинных источников расстройств [Гаранян Н. Г. Практические аспекты..., с. 38].

Потенциал этой двухэтапной системы, позволяет интегрировать поведенческий и аналитический подход, так как глубинные установки ведут в бессознательное и прошлое, где они возникли, а текущие когнитивные процессы – к внешним стимулам и поведению [Холмогорова Философско...].

Но также, существует и ряд отличий между двумя анализируемыми школами психотерапий. Позиция терапевта в когнитивно-поведенческой терапии соответствует социально приемлемому поведению и поэтому

интуитивно понятна. Психоаналитическую позицию принять намного сложнее, и она поддерживается вопреки сопротивлению и аналитика, и пациента. Кроме того, «интеграция» аналитического и когнитивного методов, по мнению Дж. Милтона, неизбежно порождает нечто более когнитивное, чем аналитическое. Когда терапевт вводит когнитивные или поведенческие параметры, аналитическая позиция по существу перестает существовать, аналитическая парадигма и методология превращается в когнитивную, с соответствующей утратой потенциальной терапевтической силы. [Милтон].

Современные подходы тесно перекликаются с концепциями и понятиями, введенными в психологию отечественными учеными, такими как само понятие установка (Д. Н. Узнадзе) и система отношений (В. Н. Мясищев) [Ковпак, Вклад..., с. 32].

Таким образом, КПТ не монолитна и пережила несколько отчётливых эр, поколений или волн. Первым поколением этой традиции была поведенческая терапия: применения принципов научения в подробно исследованных методах для изменения очевидного поведения. К концу 1970-х гг. поведенческая терапия вошла в эру классической КПТ: новое поколение методов и концептов, сфокусированных на роли дезадаптационных мыслительных паттернов в эмоциях и поведении, и использовании методов для определения и коррекции этих паттернов. Возникновение «третьей волны» было провозглашено в начале 2000-х годов [Steven C. Hayes, Stefan G. Hofmann, p.245].

В первой фазе в фокусе исследования находилось поведение и возможности его модификации, во второй – мышление и возможности его модификации. В третьей фазе, начавшей развиваться в 90е годы XX века, в фокус исследования больше входят эмоции, отношения, интеракции, темы ценностей и смыслов, духовность.

В поиске возможностей повышения собственной эффективности поведенческая терапия включила в себя методы из других традиций:

гештальтизма, глубинной психологии, буддистской медитативной практики. На место модификации поведения пришла ориентация на принятие болезненных феноменов; не модификация мысли, а осознание, что мысль не является реальностью, выступило на передний план [Нойфельд].

Утверждалось, что изменения произошли в определяющих КПТ предположениях, а также создавался набор новых поведенческих и когнитивных подходов на основе контекстуальных концепций, сосредоточившихся более свое внимание на отношении индивида к мыслям и эмоциям, чем на их содержании. Методы третьей волны увеличили значение таких понятий, как осознанность, эмоции, принятие, отношения, ценности, цели, и метакогниции [Steven C. Hayes, Stefan G. Hofmann, p.245].

Более ёмкое отличие трёх волн даёт Д. Ковпак: к первой волне он относит поведенческую терапию, ко второй когнитивную, раскрывшую «черный ящик» промежуточной переменной, а третью волну характеризуют выходом за пределы когнитивной сферы психики человека [Ковпак, Использование..., с. 31].

Важно понимать, что предпосылкой появления третьей волны КПТ стало активное развитие различных техник работы с мышлением. Всё началось с того, что древняя концепция осознанности (mindfulness), встречающаяся во множестве духовных и религиозных традиций, а также в боевых искусствах, была абсорбирована когнитивно-поведенческой психотерапией (КПТ) для лечения Обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР).

Среди основных видов когнитивно-поведенческой терапии третьей волны можно выделить следующие варианты:

Основанная на осознанности редукция стресса – Mindfulness Based Stress Reductio; Когнитивная терапия основанная на осознанности – Mindfulness Based Cognitive Therapy; Терапия принятия и ответственности – AcceptanceandCommitmentTherapy; Диалектико-поведенческая терапия – Dialectical behavior therapy (DBT); Функционально-аналитическая терапия –

Functional analytic psychotherapy; Схемотерапия – Schema Therapy; Десенсибилизация и переработка движениями глаз – Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Метакогнитивная терапия – Metacognitive Therapy; Терапия ориентированная на участие (сострадание) – Compassion focused therapy (CFT); Когнитивная аналитическая терапия – Cognitive analytic therapy (CAT) [Ковпак, Использование..., с. 31].

Большую популярность сейчас завоёвывает Терапия принятия и ответственности (АСТ – Acceptance and Commitment Therapy), обучающая навыкам осознанности на основе ценностей и действия. Она выросла из принципов когнитивно-поведенческой терапии как результат многолетней работы группы ученых (Hayes S., Strosahl K., Wilson K.) в поисках способов повышения эффективности терапии.

Созданный в начале 1980-х годов американским психологом Стивеном Хайесом, АСТ использует метафоры, парадоксы и медитацию осознанности, а также широкий спектр упражнений и ценностных интервенций. Этот подход настолько сложно классифицировать, что она была описана как «экзистенциальная гуманистическая когнитивно-поведенческая терапия». АСТ является инновационной, креативной, базирующейся на осознанности терапией, которая твёрдо опирается на традиции эмпирического знания, однако главный упор в ней делается на ценности, принятие, сочувствие и жизнь в настоящем моменте [Russ Harris, p.21].

В работе с мыслями АСТ идет по другому пути, чем КПТ: она стремится не изменить нефункциональные мысли, а создать дистанцию к ним (диффузию). Дистанцию, позволяющую действовать вопреки мыслям [Нойфельд].

В России когнитивно-поведенческая терапия набирает обороты. Всё больше заметно публикаций и предложений конкретной психотерапевтической помощи именно в данной парадигме. Среди наиболее ярких представителей КПТ можно назвать таких авторов, как А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, Д. Ковпак. Так, когнитивно-рефлексивная

психотерапия в варианте Холмогоровой интегрирует теоретические и практические разработки когнитивной психотерапии и отечественной культурно-исторической психологии [Франова].

Таким образом, когнитивно-поведенческая терапия в её разных вариантах была немыслима без предшествующего развития поведенческих теорий. Сам поведенческий подход как самостоятельное психотерапевтическое направление развивается лишь с 1950-х гг. XX века и включает в себя несколько идеологических источников. Однако, акцент на бихевиоральных идеях имел свои теоретические и практические ограничения.

Одновременно стали понятны и ограничения психодинамических теорий лечения неврозов. Хотя создатели КПТ сами были выходцами из психоаналитической традиции и заимствовали в ней немало плодотворных идей (Хорни, Адлер и др.), фундамент их теории прочно базируется на поведенческом подходе. Когнитивно-поведенческая модель терапии способна интегрировать в себе множество различных методов и техник, в том числе заимствованных из других систем, например, бихевиоральной и клиент-центрированной терапии, гештальт-терапии, психодрамы. Кроме того, она способна идеологически сочетать в себе преимущества как поведенческого, так и глубинного подходов.

Очевидно, что с дальнейшим развитием КПТ меняется и внутренне дифференцируется. Подход начинает интегрировать многие приёмы, практики и техники, ранее не характерные для этого направления. Неизменным остаётся включение в психотерапевтическую работу как терапию через познавательную сферу, так и через поведенческие методы.

#### **1.4. Современное состояние изучения проблемы наркозависимого поведения**



Проблема психологической зависимости сегодня оказалась едва ли не самой запутанной и трудной из всех проблем, стоящих перед человечеством. Вопросы психологической зависимости личности раскрыты в исследованиях А. И. Минко, Б. В. Зейгарник, И. В. Линского, Т. Б. Дмитриевой, И. К. Сосина и др. В исследованиях утверждается, что наркотическая зависимость является глубинно-психологическим явлением, которое охватывает всю жизнедеятельность личности [Минко, Линский, Зейгарник, Дмитриева, Сосин].

В научной литературе определены социально-психологические факторы, способствующие формированию аддиктивного поведения [Кусаино; Хабибова], обнаружена относительно большая выраженность психопатологической симптоматики у лиц с опиоидной зависимостью по сравнению со здоровыми респондентами [Bruns; Зинкееич-Евстигнеева.], описаны аффективные и личностные нарушения у данной категории больных [Габиани], освещены вопросы отношения к болезни [Жарких; Джонс], патогенеза и органических изменений ЦНС.

Условно можно говорить о нормальной и чрезмерной зависимости. Все люди испытывают «нормальную» зависимость от таких жизненно важных объектов как воздух, вода, электричество. Чрезмерная и психологическая зависимость в данном контексте являются синонимами. Психологические словари дают такое определение психологической зависимости – «лекарственная зависимость, характеризующаяся довольно сильным влечением к определенным веществам» [Мещеряков, Зинченко]; «психологическая зависимость от химических веществ, возникающая в результате стресса или первичного злоупотребления этими веществами» [Мещеряков, Зинченко]; «физические или психологические эффекты, возникающие в результате привыкания к определенным лекарственным веществам; характеризуются компульсивным побуждением к продолжению приема этих лекарств» [Головин]. Таким образом зависимость обозначена как влечение, потребность в употреблении определенных веществ.

Психическая зависимость от наркотика [Шевченко; Шабанов] – это психическое влечение к наркотику и способность достижения психического комфорта в состоянии опьянения. Это желание не всегда осознается, возникает на ранних стадиях наркотизации и остается на всю жизнь. При этом, психическая зависимость распространяется на все виды наркотических веществ, даже на те, которые не имеют выраженных физических симптомов отмены как, например, кокаин, поскольку в основе психической зависимости лежат физиологические механизмы привыкания.

Психическое влечение к наркотику выражается в постоянных мыслях о употреблении препарата, вызывает подъем настроения, в предвкушении приёма, в неудовлетворенности при отсутствии наркотика. Т.Б. Дмитриева пишет, что тяга к наркотику определяет настроение, эмоциональный фон человека, его взгляд на мир. Он способен перестраивать жизненные интересы, отношения с другими людьми, меняет социальную ориентацию личности. На поздних стадиях употребления формируется состояние психического комфорта, не столько чувство удовлетворения, сколько побега от страданий. Часто влечение сопровождается борьбой мотивов в сочетании с навязчивостью мыслей о наркотике. Это даёт основание называть данное желание обсессивным [Черкесов].

Исследователи отмечают, что формирование влечения к наркотику, в частности к препаратам опия, проходит через несколько стадий. На первой из них наркотик потребляется, как правило, для получения приятных ощущений эйфории. Однако, уже на этой стадии появляется несвойственная организму в нормальных условиях психическая зависимость от наркотика, проявляющаяся через эмоциональные и мотивационные расстройства, а также поведение, направленное на поиск и потребления наркотика. Как утверждают А.И. Минко, И.В. Линский, синдром психической зависимости включает в себя два симптома – обсессивное влечение к наркотику и способность достижения психического комфорта в интоксикации [Минко, Линский].

Обсессивное влечение определяет настроение, эмоциональный фон и имеет волнообразный характер. В конце концов, только под действием наркотика человек может выявлять способности внимания, памяти, мышления. Итак, наркотик становится единственным условием благополучного психического существования и функционирования.

Употребление или неупотребление человеком наркотических веществ зависит от трёх факторов:

1) «потребитель-вещество» (зависимость употребления от действия механизмов самообладания и самоконтроля);

2) «социальная среда-вещество» (зависимость личностного отношения к употреблению от нормативной позиции подавляющей части общества к наркотическим веществам; наличия или отсутствия четких, строгих законов, обязательных для соблюдения всеми членами общества; действий общественности по популяризации здорового образа жизни и воспитания устойчивости у несовершеннолетних и молодежи к воздействию наркотических веществ);

3) «социальная среда-потребитель» (зависимость употребления наркотических веществ личностью от отношения социума к потребителям и от требований социума к каждому его представителю) [Менделевич].

Известно, что зависимость организма от употребления наркотических средств имеет общие особенности, которые заключаются в сходстве прохождения стадий привыкания, формирования аддиктивного поведения. Ученые выделяют следующие этапы развития аддиктивного поведения: этап первых попыток, этап поискового полинаркотизма, этап выбора преобладающего вещества, этап групповой психической зависимости [Карпов].

Термин «наркомания» происходит от греческих слов «нарко» – оцепенение, отупение, одурение и «мания» – страсть, безумие. Под понятием «наркомания» понимают не только стимулирование наркотическими веществами, появление возбужденного или подавленного состояния

центральной нервной системы, но и привыкание организма к ним, желание их принимать и при отсутствии непосредственных причин: боли, усталости, страха и т.д. (то есть проявляется психическая и физическая зависимость от наркотиков). Главной причиной такого пристрастия является эйфорический эффект, который возникает при употреблении наркотиков. Слово «эйфория» также древнегреческого происхождения и означает приподнятое, радостное настроение, чувство удовлетворения, полного благополучия, не соответствующее объективным обстоятельствам и реальному положению организма [Змановская].

Издавна использование наркотических веществ и растений ограничивалось религиозными традициями и моральными нормами. Поэтому в течение длительного времени наркотики использовались в лечебных целях (для обезболивания) и во время проведения религиозно-культовых действий.

Р.Д. Илюк определяет наркотики как группу веществ различного происхождения, которые объединяет их сходство воздействия на организм. Большинство этих веществ растительного происхождения, они входят в состав различных частей растений, а также продуктов, полученных из них. Небольшое количество неорганических веществ (инертные газы, окись азота, бромиды) вызывает успокаивающий и снотворный эффект. Наркотики в основном принадлежат к органическим веществам [Илюк].

Под зависимым поведением понимается разновидность девиантного поведения, характеризующегося непреодолимой подчиненностью собственных интересов интересам другой личности или группы, чрезмерной и длительной фиксацией внимания на определенных видах деятельности или предметах (фетишах), становящихся сверхценными, снижением или нарушением способности контролировать вовлеченность в какую-либо деятельность, а также невозможностью быть самостоятельным и свободным в выборе поведения [Менделевич, Наркозависимость, с. 5].

В. Шабалина рассматривает употребление наркотиков как разновидность зависимого поведения, которое формируется в результате

воздействия социальной среды под действием психологических механизмов [Шабалина].

Злоупотребление наркотическими веществами – это такое состояние человека, когда он увеличивает дозу вещества вследствие синдромов привыкания и абстиненции, что может привести к формированию устойчивой физической и психической зависимости от вещества [Делхаас].

В социологической литературе, а также в таких направлениях психологической теории, как бихевиоризм, психоанализ, гештальт-психология, когнитивная психология, проблему химической аддикции объясняют по-разному – как форму адаптации к сложным жизненным реалиям, как результат проблем детства и следствие травматических ситуаций (в частности родительской депривации), как непродуктивный стиль жизни личности и тому подобное. В социологической концепции Р. Мертона наркотизм рассматривается как форма адаптации, которая проявляется через бегство от действительности, когда человек отрицает цели и средства для их достижения, которые социально приветствуются. Таких представителей субкультуры «ухода» Р. Мертон называет «вдвойне неудачниками» [Мертон].

В этом смысле важным становится анализ социально-психологических механизмов, участвующих в становлении патологических стереотипов межличностного поведения и изменений личности. Так, в бихевиористской теории возникновение зависимости от ПАВ рассматривают через призму того, что употребление дает временный подкрепляющий эффект в случаях состояния стресса, нервного напряжения, отсутствия хорошего настроения, чрезмерной усталости, личного горя и боли. Эта теория основана на возможности формирования определенных форм поведения в ответ на действие специфических стимулов. Следовательно, употребление наркотических веществ может быть «парадоксальной» формой адаптации к социальной среде, формой защиты от жизненных проблем, средством преодоления стресса, усталости и т.д.

С точки зрения психоанализа, мотивацией личности к употреблению наркотиков часто становится их выраженное анксиолитическое действие, то есть свойство снижать тревогу. Субъект не осознает истоков чувства тревоги и прибегает к внешним средствам его нивелирования. Отрицание как механизм психологической защиты играет важную роль в развитии химической зависимости, в частности человек, который употребляет такие вещества, долгое время может не осознавать их вреда. Отрицая факт зависимости, субъект вытесняет отрицательные чувства, разрешая душевный конфликт искусственными средствами.

Психоаналитический подход объясняет формирование зависимости через призму раннего нарушения психического развития ребенка, вызванный дефектными родительно-детскими отношениями. По мнению последователей З. Фрейда, люди имеют сильную потребность в такой зависимости, корни которой прослеживаются в детстве. Если родители не удовлетворяют потребности ребёнка в заботе и внимании, он вырастает чрезмерно зависимым от других людей. Ребёнок ищет в них заботу и внимание, недополученные ранее. Когда этот поиск внешних источников поддержки включает экспериментирование с ПАВ, человек может получить зависимость по отношению к ним [Габиани, С. 78].

К. Хорни отмечает, что у ребёнка в ответ на лишение в детстве таких возможностей могут формироваться характерологические черты, присущие зависимой личности, а именно: склонность к импульсивности, поиск новизны в жизни, несамостоятельность, замкнутость, депрессия. В таких случаях прием химического вещества нивелирует эти черты характера, что, в свою очередь, приводит к пониманию данного вещества как средства, улучшающего коммуникацию [Хорни, Самоанализ].

Таким образом, употребление наркотических веществ имеет глубинно-психологическую обусловленность, детерминантом которой является родительно-детские отношения. Нарушение взаимоотношений между

ребёнком и родителями вызывает ощущение базальной тревоги, что со временем может привести к возникновению оральной фиксации.

Представители гештальт-психологии объясняют поведение и стиль жизни личности как процессы, управляемые гомеостазом, с помощью которого организм поддерживает своё равновесие и здоровое состояние в изменяющихся условиях. В качестве фигуры в каждый момент времени выступает потребность, доминирующая на данный момент, тогда как другие потребности представляют собой фон. Нарушение такого гомеостаза заставляет субъект искать средства обретения такой гармонии. Нередко эти средства могут быть внешними, такими как наркотические вещества, создающие иллюзию равновесия [Габани, С. 81].

Социально-психологический подход рассматривает аддикции в контексте здоровья и здорового образа жизни как варианты саморазрушающего поведения личности, наряду с суицидальными действиями. Согласно теории социального обучения временное решение имеющихся конфликтных ситуаций со снижением тревоги вследствие употребления наркотика является побудительной причиной к дальнейшей наркотизации. Уменьшение тревожности при первых применениях наркотика, таким образом, является источником подкрепления при наркотизации. [Комлев; Кусаинов]. Следовательно, употребление наркотических веществ связывается с саморазрушительным поведением возникающим вследствие нерешенных конфликтов. Получение внутреннего покоя с помощью наркотических средств и является иллюзорным способом решения внутреннего конфликта.

Такие представители когнитивной психологии, как В. Роджерс и М.И. Розеншток рассматривают проблему с наркотиками через то, как личность воспринимает потери и выгоды. В рамках данного подхода наиболее существенное влияние на принятие человеком решения употреблять наркотики имеют ожидания и установка на наркопотребление [Роджерс].

Гуманистическое направление рассматривает личностный смысл наркотизации, который заключается в доступе к психологическим ресурсам, облегчающим межличностную коммуникацию, самоактуализацию, освобождение творческой энергии личности [Эллис].

Представители деятельностного подхода в психологии отмечали, что употребление наркотических веществ зависит от культурного и социального уровня личности. Наркотическая зависимость имеет свою внутреннюю картину болезни. Обратимся к понятию внутренняя картина болезни. Так, Р. Лурия, выделяя и обосновывая понятие «внутренняя картина болезни», подчеркивал, что представление о ней не соответствует пониманию жалоб больного, а её структура – сенситивная, в интеллектуальной части – находится в большой зависимости от личности больного, общего культурного уровня, социальной среды и образования [Лурия].

В.Н. Мясищев рассматривал выделение понятия внутренней картины болезни как практическое и теоретическое доказательство роли осознания болезни, её течения. Больной не только объект клинического наблюдения, но и субъект, который так или иначе осознает самого себя, свою болезнь, своё место в системе общественных отношений [Мясищев]. Итак, восприятие болезни самим больным является субъективным и зависит от психологических особенностей субъекта, ментальных и культурных характеристик.

Результаты изучения обмена нейротрансмиттеров человека подтверждают биологическую теорию возникновения зависимости от ПАВ. Частый приём алкоголя и бензодиазепинов снижает уровень гамма-аминомасляной кислоты, опиатов, кокаина и амфетаминов. Этот механизм лежит в основе постепенного формирования абстинентного синдрома. Психоактивные вещества активируют центр удовольствия головного мозга. К.А. Абульханова-Славская, С.Э. Гольдрин, В.Л. Малыгин считают, что некоторые лица испытывают синдром дефицита удовольствия, когда центры удовольствия не получают необходимой активации в процессе повседневной



жизни, что заставляет их обращаться к наркотику [Абульханова-Славская; Гольдрин; Малыгин]. Современные исследования в области молекулярной биологии установили наличие генного дефекта у большинства лиц с алкогольной зависимостью и? у 50% зависимых от кокаина.

Думается, что описанные выше психологические подходы оставляют без внимания специфику восприятия ситуации болезни врачом и зависимым. Личность может определять своё состояние как заболевание и предмет медицинского вмешательства, в то время, как у врача может быть противоположная точка зрения, и наоборот. При этом врачи демонстрируют тенденцию к расширению состояния как болезни, а больной – наоборот. Убеждение в наличии болезни у больного и врача может привести к отказу от лечения, поскольку и тот, и другой понимают её непобедимость. Какие болезни будут выбраны зависимой личностью для определения своего состояния зависит от её понимания, личного опыта, общего культурного уровня, социальной среды и образования. В случае адекватного выбора модели, она становится препятствием для прекращения деструкции.

Отношение к болезни интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется понятие «внутренняя картина болезни». Это и знания о болезни, и её осознание личностью, и понимание роли и влияния болезни на социальное функционирование, а также эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью.

Итак, аддиктивное поведение – это поведение человека, которому присуще стремление отойти от реальности путём искусственного изменения своего психического состояния благодаря приему различных химических веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций. В результате такого поведения человек существует в своеобразном «виртуальном» мире. Он не только не решает свои проблемы, но и останавливается в личностном развитии, а в отдельных случаях даже

деградирует. Это обусловлено как нелегкими обстоятельствами жизни, так и желанием уйти от повседневности в иллюзорный мир своего воображения.

На сегодняшний день не существует общей психологической теории аддикции, поскольку имеющиеся научные представления недостаточны в рассмотрении вопроса личности и детерминант её поведения, что в свою очередь не даёт возможности выделить характерологические черты, типы и формы поведения, по которым можно четко различить понятия «аддикты – не аддикты», «привычное употребление – злоупотребление – зависимость».

Интегративным для всех психологических категорий, в рамках которых анализируется понятие «внутренняя картина болезни» выступает отношение к наркотизму, поэтому для всестороннего изучения внутренней картины болезни необходимо рассматривать её в более широком контексте, учитывая также отношение личности к тем сферам своего функционирования, на которые может повлиять как сам факт заболевания, так и отношение социума.

### **Выводы по первой главе**

Таким образом, рассмотрение теоретических оснований изучаемой проблемы, позволило выявить несколько промежуточных выводов.

1. Во-первых, эмоции как объект изучения по сей день во многом остаются за гранью точных и однозначных дефиниций и дескрипций. История их изучения демонстрирует сложность и неоднозначность этого феномена. До сих пор остаются нерешёнными вопросы определения и происхождения эмоций, их места в психических реакциях, способы фиксации, а также их соотношения с когнитивными структурами. Всё ещё обсуждается роль эмоций как мотивационной системы (несмотря на то, что

многим авторам, особенно из советско-российской школы, это кажется однозначным).

На данный момент продолжают мирно сосуществовать подчас противоположные теории эмоций. От Гербарта, создавшего интеллектуалистскую концепцию эмоций, до наших дней вопрос соотношения эмоций и рациональных элементов сознания остаётся открытым. Вклад поведенческих теорий состоит также в описании эмоционально-специфичных когнитивных процессов, вызывающих определенную эмоцию.

Итак, ученые сходятся во мнении о том, что эмоции – это сложный психофизический феномен, связанный одновременно с переживаемыми и осознаваемыми чувствами, физиологическими процессами в организме и внешними телесными проявлениями.

2. Похожая ситуация наблюдается и в теории неврозов. Поначалу невротические расстройства изучались медиками и физиологами, что наложило отпечаток на развитие темы и распространение биологического детерминизма в объяснении происхождения невротических расстройств. В то время много внимания уделялось клиническим проявлениям невроза.

Серьёзную конкуренцию психодинамическим теориям составлял бихевиоризм, рассматривающий эмоциональное нарушение с точки зрения случайных условных реакций, возникших ранее в жизни пациента. Этого было явно недостаточно для функционального взгляда на проблему. Однако, из соединений идей психоанализа и бихевиоризма родилась когнитивно-поведенческая терапия, основателем которой стал Аарон Бек.

3. Поведенческая терапия, в свою очередь, прошла длительный путь развития. Зародившись в недрах классического бихевиоризма и теории условных рефлексов Павлова, она прошла через когнитивную революцию середины прошлого столетия, признав существенным влияние мыслительных процессов на реакции. Это позволило увидеть в индивиде не пассивного реактора, а активный субъект переработки информации, создающий в

соответствии с этим свои интерпретации реальности. А последняя способна приводит к генерации эмоций.

Работы А. Бека и А. Эллиса положили начало новым методикам психотерапии, гораздо более коротким по времени и весьма эффективным, что подтверждается богатым эмпирическим материалом.

На современном этапе когнитивно-поведенческая терапия может эволюционировать в мультиметодологический подход, где наряду с когнитивными техниками применяются глубинные психоаналитические методики.

4. На сегодняшний день не существует общей, всеобъемлющей психологической теории аддикции, и ни одна из существующих моделей аддикций не является полностью удовлетворительной для объяснений и исследований полярности таких позиций как здоровая-нездоровая личность и конструктивная-деструктивная тенденция конкретной личности, что приводит к невозможности выделения характерологических черт, типов и форм поведения, по которым можно чётко различить понятия «аддикты-не аддикты», «привычное употребление – злоупотребление – зависимость».

В качестве основных причин, вызывающих наркотизацию, на мезоуровне можно назвать факторы, связанные с деструктивными семейными отношениями, отрицательным влиянием непосредственного социального окружения; на микроуровне – индивидуально-психологические особенности, в частности, наличие акцентуаций характера и др. Установлено, что в основе любой зависимости лежит негативное отношение к себе, неприятие окружающего мира и людей, что напрямую связано с эмоциональным состоянием и функционированием субъекта.

Среди особенностей наркотической зависимости выделяются сравнительно быстрое привыкание к наркотику и формирование синдрома зависимости, выраженные изменения реактивности организма, психическая и социальная дезадаптация. Наркозависимым свойственны психопатологии, аутичные реакции, депрессии и суицидальные проявления; наблюдаются

расстройства невротического спектра, мотивационные, личностные нарушения, аффективные расстройства и нарушения пищевого поведения.

## **2. Экспериментальное изучение тревожно-невротических состояний наркозависимых пациентов в условия РЦ**

### **2.1 Организация, методы и методики исследования**

Преодоление тревожности наркозависимых осуществляется при работе в двух направлениях – работой с ценностными качествами личности, которые определяют всю картину мира наркозависимого и влияют на его тревожность.

Именно поэтому мы будем сразу исследовать и установки личности и уровень ее тревожности.

Гипотеза исследования:

1. Уровень выраженности эгоцентрических ценностей у наркозависимых выше, чем у социально-адаптированных личностей.
2. Проявления нонконформистского поведения у наркозависимых более выражены, чем у социально-адаптированных
3. Ценностные ориентации наркозависимых отличаются от ценностных ориентаций социально-адаптированных людей.
4. Тревожность наркозависимых очень высока
5. Тревожность обусловлена ценностными установками личности

Исследование осуществлялось в четыре этапа.

Первый включал в себя подбор методик и составление выборки испытуемых.

Второй реализовывался как осуществление методик исследования, проведения их как в группе социально-адаптированных людей, так и в группе наркозависимых, проходящих реабилитацию в Центре «Твой выбор»

На третьем этапе осуществлялся анализ результатов исследования.

Данное исследование является корреляционным. Переменные исследования: наркотическая зависимость и ценностные ориентации

Для диагностики были выбраны следующие методики:

### **1. Методика М.Рокича «Ценностные ориентации»**

Автор: М.Рокич.

Назначение методики: методика, позволяет сделать выводы об оценке личностью самой себя и об отношении ее к окружающему миру. По мнению Д. А. Леонтьева, исследования Рокича были «наиболее богатым и методически обоснованным направлением исследования ценностных представлений».

М.Рокич разделил все ценности на два класса – терминальные и инструментальные. Терминальные ценности воспринимаются как некий идеал, к которому следует стремиться (касающиеся целей индивидуального существования), это ценность, которая является путеводной звездой. Инструментальные – это те ценности, которыми руководствуется человек (связанные с образом действий и достижения целей).

Тест Милтона Рокича для диагностики ценностных ориентаций – один из наиболее популярных опросников для диагностики ценностно-смысловой сферы личности. Во многом это определяется его простотой как для испытуемого, так и для экспериментатора:

- респонденту вместо ответов на многочисленные вопросы нужно проранжировать (оценить значимость) 36 ценностей (2 группы по 18 в каждой);
- психологу не нужно тратить силы на трудоемкую обработку данных по ключам – достаточно записать ответы испытуемого в сводную таблицу результатов эмпирического исследования.

### **2. Методика Ш.Шварца по изучению ценностных ориентаций**

Автор: Ш.Шварц.

Назначение методики: изучение ценностей на уровне ценностных идеалов и приоритетов. В основе методики лежит теория, которая предполагает деление всех ценностей на социальные и индивидуальные. При разработке методики автор руководствовался методикой Рокича, существенно расширив ее.

Методика диагностики ценностных ориентаций Шварца позволяет диагностировать структуру ценностных ориентаций личности или группы (через средние значения по группе)

Главная особенность данной методики состоит в том, что понятие ценности в ней дифференцируется. То есть, ценность не рассматривается как нечто монолитное. Автор теста выделяет два вида ценностей:

Ценности как абстрактные идеалы. Они выявляются путем оценки существительных и прилагательных, описывающих различные ценности.

Ценности как руководства к действию. Эти показатели выявляются путем оценки конкретных действий людей.

В некоторых эмпирических исследованиях такое разделение ценностей может оказаться важным и интересным. Ведь очень часто на абстрактном уровне человек ориентирован на одни ориентиры, а в практической деятельности – на другие.

### 3. Методика «Ценностные ориентации».

Авторы: О. И. Мотков и Т. А. Огнева.

Назначение методики: методика позволяет не только оценить значимость тех или иных ценностных ориентаций для испытуемых, но и рассмотреть, насколько данные ценности реализуются (естественно, в оценке самого испытуемого).

Данная методика позволяет определить не только степень значимости для каждого респондента внутренние и внешние ценности, но и изучить конфликтность между степенью значимости и степенью реализации определенных ценностей.

### 4. Опросник САН (самочувствие, активность, настроение).



Авторы: В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников.

Назначение методики: оперативная оценки психоэмоционального состояния взрослого человека на момент обследования.

При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния – самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существует континуальная последовательность промежуточных значений.

#### 5. Методика исследования самоотношения (МИС).

Автор: Р.С.Пантелеев.

Назначение теста: изучение эмоционально-ценностного компонента самосознания. Многомерный опросник исследования самоотношения (МИС - методика исследования самоотношения), содержит 110 утверждений распределенных по 9 шкалам.

**Методика** предназначена для выявления структуры **самоотношения** личности, а также выраженности отдельных компонентов **самоотношения**: закрытости, самоуверенности, саморуководства, отраженного **самоотношения**, самооценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения. **Самоотношение** понимается в контексте представлений личности о смысле «Я» как выражение смысла «Я», как обобщенное чувство в адрес собственного «Я».

#### 6. Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности.

Автор: Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин.

Назначение методики: методика позволяет сделать первые и существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, то есть личностной.

Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера является единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять

тревожность и как личностное свойство, и как состояние. В нашей стране употребляется в модификации Ю.Л. Ханина (1976), которая им же была адаптирована к русскому языку. Реактивная (ситуативная) тревожность – состояние субъекта в данный момент времени, которая характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью в данной конкретной обстановке.

Для математического анализа и интерпретации данных использовалась первичная статистика: мера центральной тенденции, среднее, стандартное отклонение, асимметрия, эксцесс.

Статистический анализ данных проводился с помощью критерия Стьюдента.

Формула для расчета критерия Стьюдента следующая:

$$t_e = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{m_1^2 - m_2^2}}$$

где  $\bar{X}_1$  и  $\bar{X}_2$  - средние арифметические двух сравниваемых выборок, а  $m_1$  и  $m_2$  - их среднестатистические ошибки.

Для математической обработки данных использовалась программа STATISTICA for Wind 6.0.

## **2.2 Особенности тревожно-невротических состояний наркозависимых пациентов**

Выборку составила группа индивидов, разделенная на две части – социально-адаптированные личности и личности наркозависимые. Последние – люди, находящиеся на реабилитации в Центре «Твой Выбор». В исследовании приняли участие 80 человек.

В таблице 1, представлена характеристика выборки исследования, наглядно половозрастные характеристики групп представлены на рис. 1. и рис 2.

Таблица 1.

## Характеристика выборки исследования

Характеристика	Социально-адаптированные, балл		Наркозависимые, проходящие реабилитацию, балл	
	Абсолютное число	Кол-во человек в %	Абсолютное число	Кол-во человек в %
Распределение по полу				
Мужчины	20	50	24	60
Женщины	20	60	15	40
Возрастной ценз				
До 20	7	17,5	5	12,5
20-30	12	30	23	57,5
30-40	12	30	7	17,5
Более 40	9	22,5	5	12,5
Образовательный уровень				
Среднее	10	25	19	47,5
Средне-профессиональное	18	25	13	32,5
Высшее	12	30	8	20

На гистограмме становится очевидным, что основная масса обратившихся принадлежит к 80-90 годам рождения. В то же время встречаются также и люди значительно старше и младше. Последнее представляет особый интерес с позиции девиации. На данный момент наркомания существенно помолодела. Мы связываем этот момент с нарушениями ценностных ориентаций.

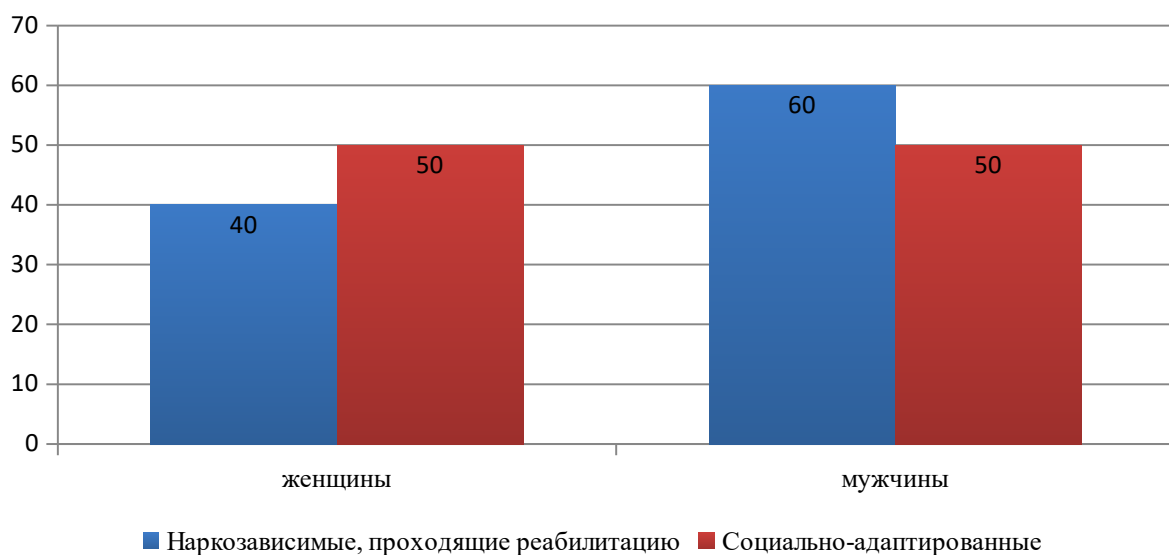


Рисунок 1 - Распределение респондентов по полу  
Очевидно, что мужчин ненамного больше, чем женщин.

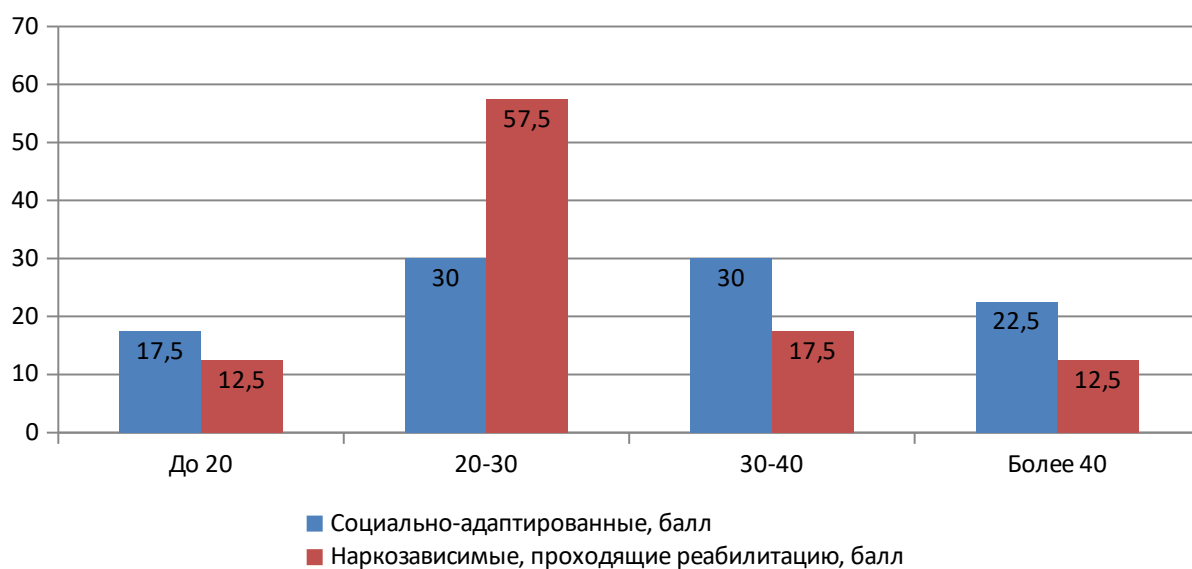


Рисунок 2- Распределение по возрастным группам

Большинство людей выборки имеют среднее-профессиональное и среднее образование (рис.3)

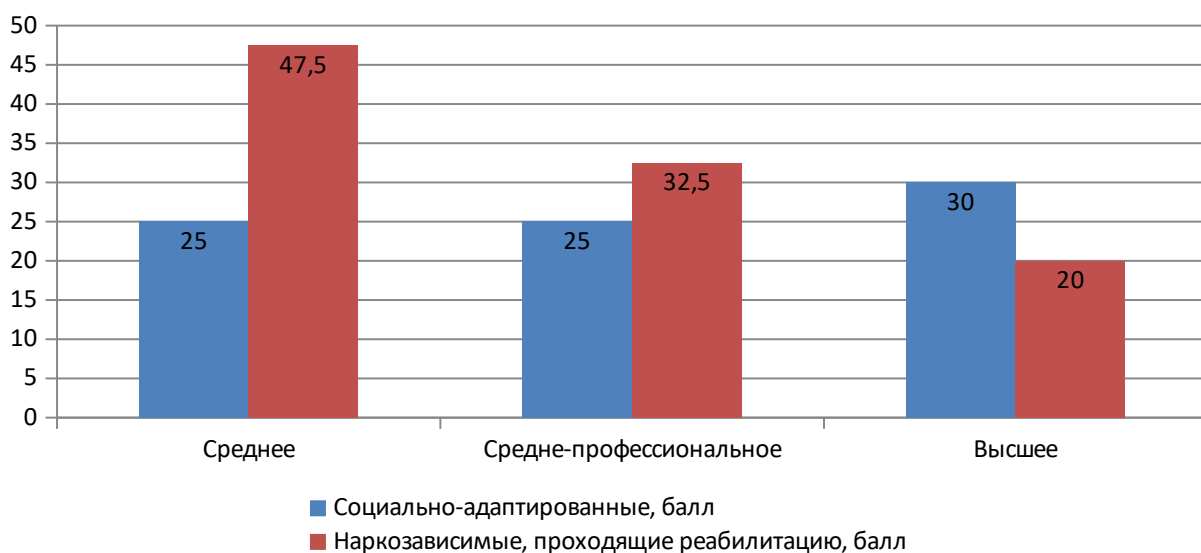


Рисунок 3 - Образование респондентов

Анализ групп говорит о равном процентном распределении зависимых людей и людей социально-адаптированных.

Выборка формировалась методом стратометрического отбора – выборка делится на группы социально-адаптированных и имеющих наркотическую зависимость. Каждая из подгрупп рандомизирована.

Группа наркозависимых характеризуется следующими признаками:

1. Они проходят лечение в реабилитационном центре «Твой выбор»;
2. Лечение это осуществляется платно.

На основании этих характеристик отметим, что группа эта репрезентирует не всю совокупность наркозависимых, а только тех, кто имеет намерение излечиться и имеет для этого средства. Соответственно, портрет наркозависимого будет представлен только по этой группе и не будет характерен для всех наркозависимых.

В основе исследования лежит сравнение двух групп – наркозависимых и социально-адаптированных.

Корреляция измеряется между переменной, по которой отличаются группы и переменной, подлежащей замеру. Статистическую гипотезу о

наличии связи между переменными в данном случае можно проверить с помощью U критерия Манна-Уитни.

Первой методикой является методика М.Рокича. Анализ бланков позволил обнаружить следующие показатели. В качестве «группы норма» мы взяли группу социально-адаптированных людей. «Группу риска» составляет группа тех, кто только начал принимать участие в клинике. Обработка данных осуществлялась при помощи программы STATISTICA по критерию Фишера.

Таблица 2

Терминальные ценности испытуемых по методике Рокича

№	Терминальные ценности	Социально-адаптированные, балл	Наркозависимые, проходящие реабилитацию, балл
1	Активная деятельная жизнь	11,0	13,3
2	Жизненная мудрость	13,0	6,33
3	Здоровье	3,67	6,0
4	Интересная работа	16,0	11,2
5	Красота природы и искусства	10,8	5,67
6	Любовь	7,33	7,67
7	Материально обеспеченная жизнь	7,17	15,3
8	Наличие хороших и верных друзей	9,33	5,50
9	Общественное признание	9,0	7,67
10	Познание	12,5	9,67
11	Продуктивная жизнь	7,33	10,3
12	Развитие	10,7	11,7
13	Развлечение	8,5	14,0
14	Свобода и независимость	4,17	10,0
15	Счастливая семейная жизнь	11,3	4,67
16	Счастье других	11,3	11,8
17	Творчество	16,3	8,67
18	Уверенность в себе	4,33	8,67

По данным этой таблицы мы видим, что такие ценности как «Активная деятельная жизнь», «Материальное благополучие», «Свобода и независимость», «Развлечение» преобладают у реабилитируемых, что свидетельствует о преобладании материальных ценностей над духовными. «Здоровье» играет большую роль, как ценность, по средствам которой люди,

только вставшие на путь реабилитации достигают своих целей и имеют преимущество среди представителей своей группы. «Жизненная мудрость», «Познание», «Красота природы и искусства» выражены гораздо меньше, это говорит о преобладании ценностей личностного характера над социально-ориентированными.

У группы «норма» наблюдается выраженность таких ценностей как «Творчество», «Счастливая семейная жизнь», «Хорошая работа» что свидетельствует о направленности на социальное поведение, профессиональное самоопределение и рационализм в поступках.

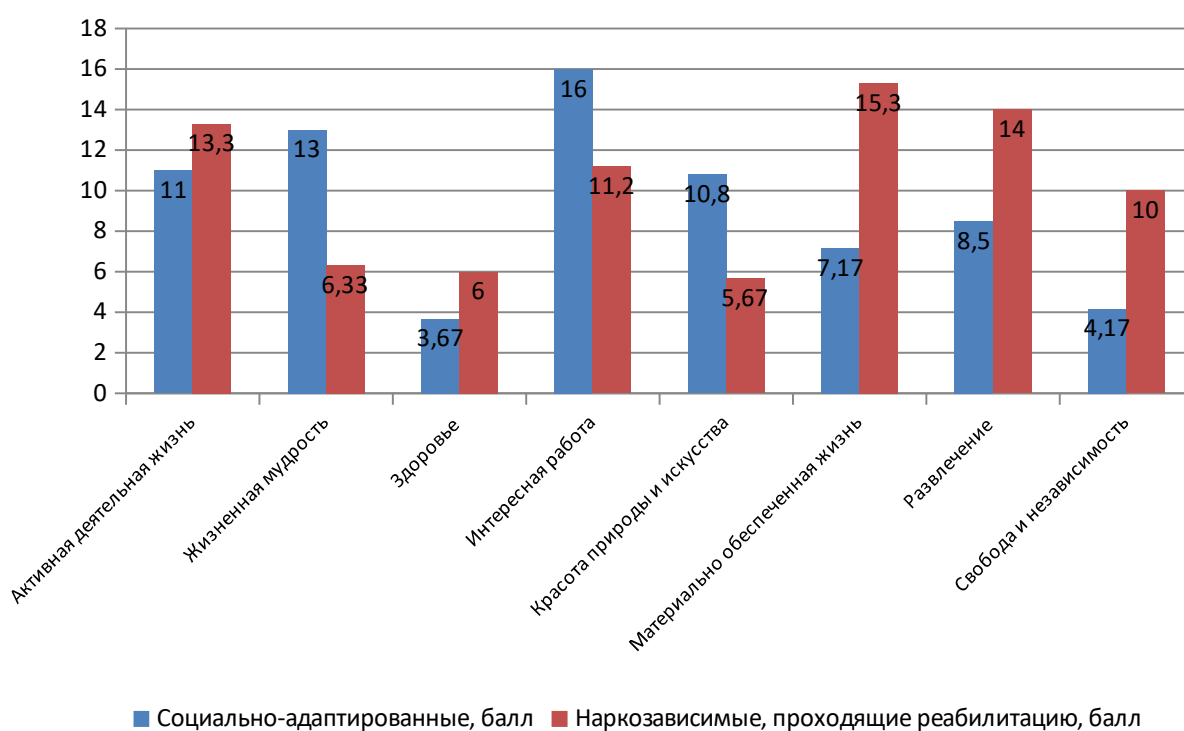


Рисунок 4 - Терминальные ценности испытуемых по методике М.Рокича «Ценностные ориентации»

На основании рисунка становится очевидным, что для наркозависимых характерными становятся такие ценности как интересная работа, причем, чаще всего, понятие это обтекаемо, материальная обеспеченность, наличие друзей, развлечения и независимость. Очевидно, что перед нами тип личности, нацеленный на удовлетворение потребностей неконформистских. Возникает картина личности, заинтересованной в получении средств ради развлечения, при этом для нее характерна также и значимость друзей.

Для социально-адаптированной личности характерна установка на жизненную мудрость, красота природы и искусства, познание, творчество. Вообще складывается впечатление, что, в противовес материальным установкам наркозависимой личности, у социально-адаптированной личности преобладает ставка на духовные ценности.

Интересным фактом становится и то относительно низкая роль отводится любви и здоровью как ценностям в обеих группах. Это косвенно указывает на ценностный кризис в социуме.

Таблица 3 - Инструментальные ценности испытуемых по методике Рокича

№	Ценности	Социально-адаптированные , балл	Наркозависимые , проходящие реабилитацию, балл
1	Аккуратность	12,2	7,33
2	Воспитанность	10,3	7,67
3	Высокие запросы	9,67	10,5
4	Жизнерадостность	6,83	10,3
5	Исполнительность	9,67	11,0
6	Независимость	6,5	11,3
7	Непримиримость к недостаткам	13,2	9,0
8	Образование	9,33	8,5
9	Ответственность	9,0	7,33
10	Рационализм	12,3	9,67
11	Самоконтроль	10,3	8,67
12	Смелость мнения	7,0	7,33
13	Твердая воля	6,83	10,7
14	Терпимость	13,3	10,3
15	Широта взглядов	10,3	10,8
16	Честность	7,67	4,67
17	Чуткость	13,7	11,2
18	Эффективность в делах	8,33	9,17

В группе «норма» высокое преобладание таких ценностей как, «аккуратность», «воспитанность», «ответственность», «честность», «самоконтроль», «непримиримость к недостаткам» говорит о том для подростков группы «норма» характерны альтруистические, этические ценности, ценности принятия других. Т.е. у группы «норма» преобладает



социальная значимость, общение, помощь другим, принятие социальных норм и правил.

Большая значимость в группе проходящих реабилитацию таких инструментальных ценностей как, «жизнерадостность», «независимость», «смелость мнения», «твердая воля» означает преувеличение ценности самоутверждения. Низкая выраженность ценностей таких как, «аккуратность», «воспитанность», «непримиримость к недостаткам», «ответственность», самоконтроль» и «честность» свидетельствуют о неготовности принимать и следовать социальным нормам и правилам, об отстранении от общественных задач, о наличии желания ни от кого не зависеть, никому не подчиняться.

Наглядно показатели можно представить следующим образом.

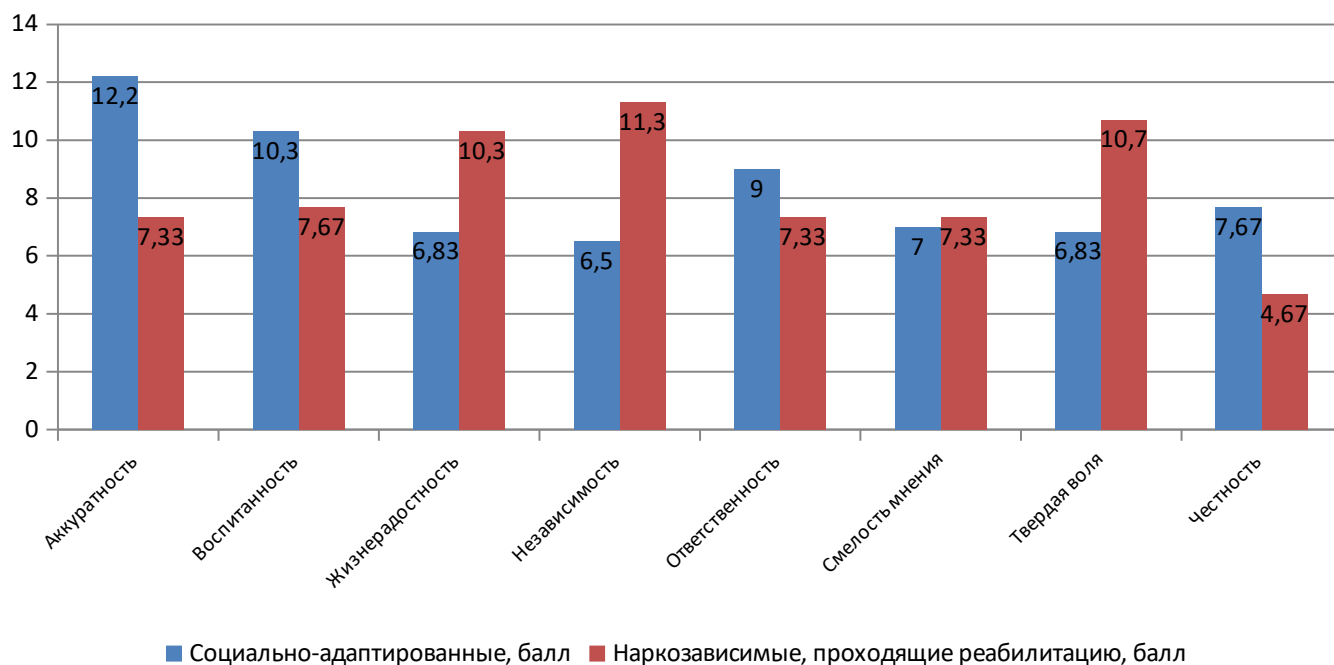


Рисунок 5 - Инструментальные ценности по методике М.Рокича «Ценностные ориентации»

Проанализируем данные исследования методике Ш. Шварца позволил обнаружить, для этого обратимся к таблицам 5-6.

Таблица 5 - Показатели значимости типов ценностей на уровне нормативных идеалов в группе социально-адаптированных и наркозависимых

	Социально-адаптированные	Наркозависимые, проходящие реабилитацию
Традиции	3,0	1,89
Доброта	4,45	3,32
Универсализм	3,27	2,51
Самостоятельность	4,68	3,2
Стимуляция	3,42	2,42
Гедонизм	4,45	3,05
Достижения	4,7	3,52
Власть	3,65	2,41
Безопасность	4,06	3,12

Проанализировав показатели ценностей проходящих реабилитацию, мы пришли к выводу, что у этих людей особое отношение к другим людям. Их ценности – гедонистические, в основном скоординированы вокруг наслаждений. Для них важно испытывать радость жизни и совсем не важно отношение других людей. В то же время, несмотря на кажущуюся самостоятельность, для них характерна высокая степень конформности – они легко попадают под влияние других людей.

Если для социально-адаптированных личностей огромную роль представляет традиция, конформизм, реализация в жизни. Эти качества характеризуют развитую личность. У наркозависимых личностей, напротив, наблюдаются низкие результаты по этим аспектам.

Таблица 6 - Показатели значимости индивидуальных типов ценностей на уровне нормативных идеалов в группе социально-адаптированных и наркозависимых

Типы ценностей	Социально-адаптированные	Наркозависимые, проходящие реабилитацию
Конформность	1,34	1,52
Традиции	0,87	0,9
Доброта	2,26	1,05
Универсализм	1,76	1,56
Самостоятельность	2,43	1,64
Стимуляция	2,15	2,98
Гедонизм	2,51	2,09
Достижения	2,18	1,0
Власть	1,65	1,5
Безопасность	1,75	1,8

При анализе индивидуальных ценностей обращает на себя внимание, что для проходящих реабилитацию, огромную роль играет стимуляция, что уже на уровне первичной обработке информации говорит о зависимости. Такие значимые для людей качества как доброта и самостоятельность для наркозависимых не играют большой роли.

Третьим этапом стало исследование ценностных ориентаций по методике О. И. Моткова. Результаты ее представлены в таблицах ниже.

Таблица 8 - Результаты методики Моткова (оценка конфликтности)

Группы	Ср	Ср	Ср	Ср	К внеш (срА- срВ)	К внутр (срБ- срГ)	К общая (К <sub>внеш</sub> + К <sub>внутр</sub> )/2
	А	Б	В	Г			
Наркозависимые, проходящие реабилитацию	4,83	4,91	3,30	3,73	1,53	1,18	1,355
Социально-адаптированные	4,84	3,37	3,38	3,30	1,51	1,01	1,24

Представим, полученные данные графически в виде гистограммы и перейдем к интерпретации полученных результатов.

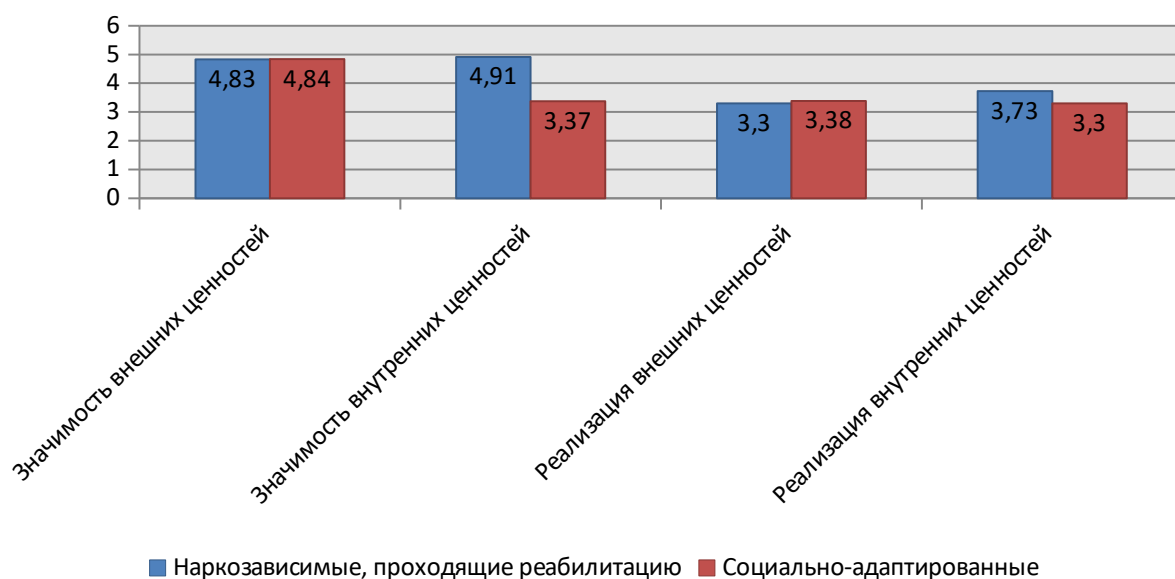


Рисунок 6 – Соотношение ценностей по методике О. И. Моткова

Итак, из представленного рисунка, мы видим, что для наркозависимых лиц, высокую значимость имеют внутренние ценности, а также их реализация. Иными словами, те ориентиры в решениях и действиях, которые наркозависимые транслируют в окружающий мир, приносит им внутреннее удовлетворение и счастье, и поэтому они всеми силами стараются их реализовать.

Внешние ценности – проще оценить: они очевидны и объективны. Это деньги и другие материальные блага, а также слава, престиж, социальный статус. Они очевидны для других людей, для социума. Более того, они адресованы именно внешнему миру: направлены на то, чтобы кому-то что-то доказать. Поменять своё положение в социуме, эти ценности имеют одинаковое значение для испытуемых обеих групп.

Далее проанализируем, уровни конфликтности в осуществлении ценностей.

Очевидно, что проходящих реабилитацию, обнаруживают высокий уровень конфликтности [Мотков О.И., Огнева Т.А., 2008, с. 4]. В то же время у группы в норме также сохраняется достаточно высокий уровень конфликтности и на это впоследствии следует обратить внимание.

Если мы будем анализировать конфликтность наркозависимых, то показательным становится конфликтность внешняя, рисунок 7.

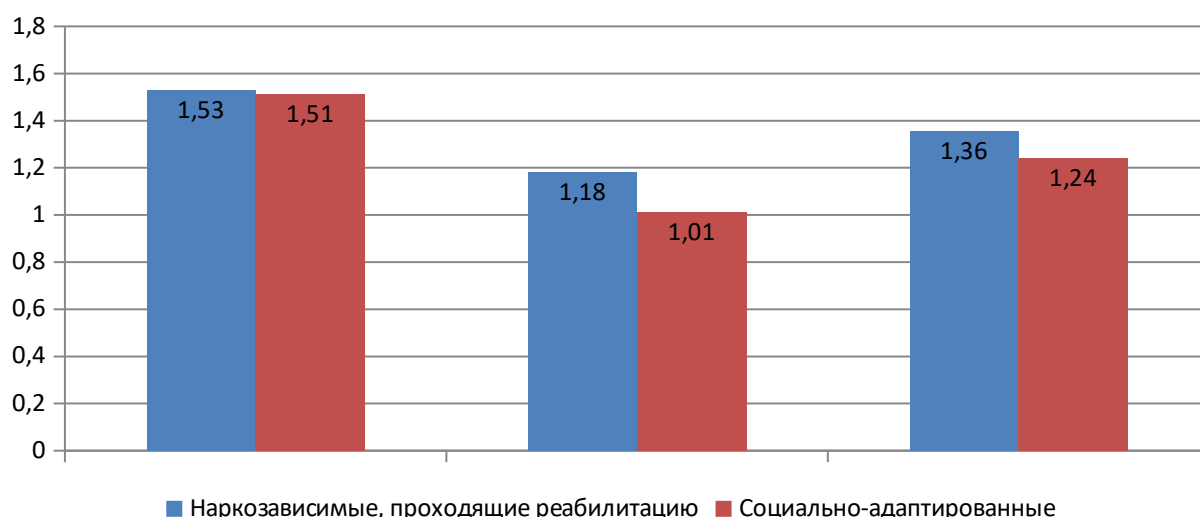


Рисунок 7 – Уровни конфликтности в осуществлении ценностей по методике О. И. Моткова

Специфика группы проходящих реабилитацию заключается в том, что их конфликтность внешняя, именно поэтому наркозависимые становятся опасной социальной группой для окружающих. Впрочем, исследование обнаруживает и внутреннюю конфликтность.

Для наркозависимых характерно неприятие себя. Внутриличностный конфликт основывается на неустойчивой самооценке и попытке поднять ее посредством взаимодействия с другими наркозависимыми. Впрочем, неприятие себя, внутриличностный конфликт в конкретном случае связан уже с осознанием наркозависимости как болезни. Вполне может быть, что для других групп наркозависимых подобные конфликты не характерны.

Если характеризовать группу социально-адаптированных людей, то характерными чертами становится более высокий уровень внутренней конфликтности по сравнению с наркозависимыми. Это связано, как думается, с экзистенциальными установками личностей. Людям свойственно оценивать свои действия, что выражается во внутреннем конфликте. В то же время конфликтность социально-адаптированных людей в большей степени также направлена вовне.

Представим, данные по атрибуции (оценке) влияния причин на реализацию ценностных ориентаций, обратимся к таблице 9 и рисунку 8.

Таблица 9 - Результаты методики Моткова (оценка влияния обстоятельств)

Группы	Внешние обстоятельства (ВО) – внешние причины			Мои природные данные (МПД)			Собственные усилия (СУ)			Внутренние причины (МПД + СУ) / 2
	А	Б	А+Б	А	Б	А+Б	А	Б	А+Б	
Социально-адаптированные	4,26	3,54	7,8	2,87	2,25	5,12	2,14	1,97	4,11	4,615
Наркозависимые, проходящие	4,72	3,38	8,1	3,06	2,27	5,33	2,29	1,71	4,00	4,665

реабилитацию										
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Анализ результатов позволяет говорить о том, что обе группы склонны винить обстоятельства. Данная тенденция выражена больше у проходящих реабилитацию, однако, обнаруживаемость ее и у группы в норме говорит о преобладании одного психотипа.

При анализе обнаруживается интересная тенденция - обе группы склонны винить во всех неудачах, которые происходят с ними, обстоятельства. Однако, для наркозависимых характерным становится большее стремление винить обстоятельства.

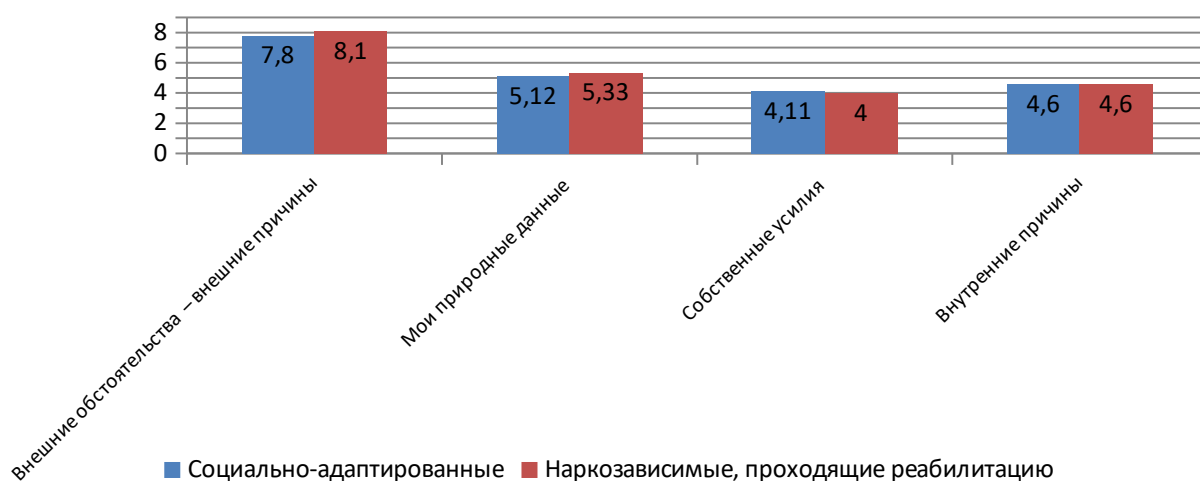


Рисунок 8 – Оценка влияния обстоятельств по методике О. И. Моткова

Если говорить о самооценке как показатели гармоничного развития личности, то обе группы обнаруживают ее завышение. Но большие баллы в группе наркозависимых говорят о том, что для них характерна неадекватность самооценивания. Об этом нами говорилось ранее – у людей с аддикцией наблюдается повышенная самооценка, которая нуждается в постоянном подтверждении со стороны окружающих.

Если же говорить о собственных усилиях, которые люди предпринимают для достижения определенной цели, то для наркозависимого характерна аморфность, неготовность взять все в свои руки. Социально-

адаптированные отличаются большей готовностью в преобразовании действительности.

Как следствие, можно говорить о том, что проблема у людей с наркотической зависимостью лежит в сфере жизненных ценностей. Для них более характерна конформность, конфликт с внешним миром. В оценке тех, кто не имел дела с наркотиками и тех, кто только готовится отказаться присутствуют общие черты.

В результате исследования можно сделать вывод о том, что группа наркозависимых, проходящая реабилитацию в Центре «Твой выбор» отличается специфическими психологическими характеристиками.

Первой из них становится тяга к материальному. Как уже отмечалось ранее, все реабилитируемые – люди, имеющие достаточное количество денег. Они знают цену деньгам, их жизнь не характеризуется бедностью. Впрочем, деньги они тратят не на необходимые вещи, а на развлечения.

Наркотическая зависимость в данном случае обуславливается как раз тягой к гедонизму. Как правило, такая личность пробует одно развлечение за другим, постепенно доходя до наркотиков. И они становятся своеобразной панацеей от скуки. Такие люди, как правило, очень редко решаются на самостоятельный отход от наркотиков, скорее, их вынуждают родственники.

Интересно, что отношения для наркозависимых играют все же большую роль. Но относится это к дружбе, а не к любви. Дружеские отношения для наркозависимых играют огромную роль, но окружение у них, как правило, само имеет зависимость.

Для этих личностей в меньшей мере присущ конформизм. Напротив, их отличительной чертой становится протест. Даже наркотики, в какой-то мере - это подход к действительности, который может характеризоваться фразой «быть не как все». Это социальные маркеры, отражение принадлежности к определенному стилю жизни (клубные завсегдатаи, рок-тусовка).

В то же время эти люди помнят о важности работы. Они даже заинтересованы в нестандартной работе. Однако, как правило, наблюдается диффузия связи между делом и мыслью. Работа важна, но не сейчас. Большинство из них безработные, причем 40 % работы не имели.

Не уделяют такие люди внимания и саморазвитию и познанию. Эти понятия находятся вне системы их ценностей. Связано это с тем, что у них преобладающей становится ставка на материальные ценности.

Для них огромную роль играет самостоятельность и самооценка. В какой-то степени их можно было бы назвать уверенными в себе людьми, однако, аддикция налагает свой отпечаток и для них становится важным уважение подобных им людей.

Для социально-адаптированных людей значимыми становятся такие черты как активная деятельность, уверенность в себе, жизненная мудрость. Перечисленные ценности позволяют быть показательными при реализации профессиональных действий, отношений с другими людьми, оказании им помощи.

Значимость по терминальным ценностям оценена на основании критерия Манна-Уитни.

Таблица 10 - Критерии Манна -Уитни по терминальным ценностям

№	Терминальные ценности	Значение U	Уровень значимости
1	Активная деятельная жизнь	88,5	0,071127
2	Жизненная мудрость	54,2	<b>0,00244</b>
3	Здоровье	87,45	0,0723
4	Интересная работа	62,503	<b>0,2054</b>
5	Красота природы и искусства	87,45	0,0723
6	Любовь	75,5	<b>0,03949</b>
7	Материально обеспеченная жизнь	75,5	<b>0,03949</b>
8	Наличие хороших и верных друзей	74,0	<b>0,036302</b>
9	Общественное признание	87,45	0,0723
10	Познание	62,503	<b>0,2054</b>
11	Продуктивная жизнь	87,45	0,0723
12	Развитие	54,2	<b>0,00244</b>
13	Развлечение	75,5	<b>0,03949</b>
14	Свобода и независимость	75,5	<b>0,03949</b>
15	Счастливая семейная жизнь	88,5	0,071127
16	Счастье других	87,45	0,0723



17	Творчество	54,2	<b>0,00244</b>
18	Уверенность в себе	54,2	<b>0,00244</b>

На основании анализа терминальных ценностей можно говорить о том, что далеко не все они играют большую роль и различаются. Статистически достоверные различия не были получены по таким показателям как: активная деятельностная жизнь, здоровье, красота искусства и природы, общественное признание, продуктивная жизнь и счастье статистически значимыми не считаются.

Что же касается ценностей терминальных, то математическая статистика позволяет обнаружить следующие показатели.

Таблица 11 - Обработка инструментальных ценностей критерием Манна-Уитни

№	Ценности	Значение U	Уровень значимости
1	Аккуратность	88,5	0,071127
2	Воспитанность	87,45	0,0723
3	Высокие запросы	62,5	<b>0,2054</b>
4	Жизнерадостность	94,5	0,079136
5	Исполнительность	101,5	0,37049
6	Независимость	54,2	<b>0,00244</b>
7	Непримиримость к недостаткам	84,0	0,07244
8	Образование	87,45	0,0723
9	Ответственность	54,2	<b>0,00244</b>
10	Рационализм	87,45	0,0723
11	Самоконтроль	62,503	<b>0,2054</b>
12	Смелость мнения	87,45	0,0723
13	Твердая воля	87,45	0,0723
14	Терпимость	54,2	<b>0,00244</b>
15	Широта взглядов	75,5	<b>0,03949</b>
16	Честность	67,503	<b>0,2064</b>
17	Чуткость	62,503	<b>0,2054</b>
18	Эффективность в делах	87,45	0,0723

Очевидно, что терминальные ценности обнаруживают статистическое различие по таким показателям как высокие запросы, независимость, ответственность, самоконтроль, терпимость, широта взглядов, честность и чуткость. Все эти качества присущи в определенной степени социально-адаптированным. Именно они отличаются социализированностью.

Наркозависимые, как правило, мало интересуются отношением к ним других людей. Это связано с различными приоритетами в жизни.

Если мы будем характеризовать чувственную сферу наркозависимых, то характерными особенностями их будут следующие:

- Ранимость, обидчивость.
- Низкая способность к принятию, осознанию и выражению своих чувств, безуспешные попытки их контролировать и отказ принять себя таким, как он есть.
- Низкий уровень заботы о себе, неспособность позаботиться о себе.
- Низкий уровень самооценки, чередующийся с завышенной самооценкой (как правило, во время приема наркотиков или после него).
- Нарушения взаимоотношений, низкая фрустрационная устойчивость, непереносимость отказов, отрицательных ответов, что чаще всего провоцирует либо грубое, либо попустительское отношение близких людей.

Методика Ш. Шварца в ходе статистической обработки информации позволила получить следующие статистические показатели

Таблица 12 – Показатели значимости индивидуальных типов ценностей на уровне нормативных идеалов в группе социально-адаптированных и наркозависимых

Типы ценностей	Значение U	Уровень значимости
Конформность	65,5	<b>0,010364</b>
Традиции	87,45	0,0723
Доброта	87,45	0,0723
Универсализм	87,45	0,0723
Самостоятельность	54,2	<b>0,00244</b>
Стимуляция	87,45	0,0723
Гедонизм	47,5	<b>0,010259</b>
Достижения	75,5	<b>0,03949</b>
Власть	54,2	<b>0,00244</b>
Безопасность	87,45	0,0723

Очевидно, что результаты обработки обнаруживают существенную разницу между двумя группами. В частности, обнаруживается, что для

социально-адаптированной группы характерна конформность, самостоятельность, которая обнаруживается как готовность осмыслить действия. Наркозависимые отличаются стремлением к гедонизму, что подтверждает наши гипотезы об основе ценностей для испытуемых данной группы. Также характерным для них становится стремление к власти.

Это личность, которой свойственны следующие характерные черты:

- мотивационная и эмоциональная неустойчивость
- стремление поглубже спрятать свои душевные переживания
- пассивно-зависимый стиль межличностного поведения; выраженное стремление уйти от конфронтации с жестким противостоянием сильных личностей в мир идеальных отношений, в мир фантазий, приспособиться к коллективу, а также к отречению и деструкции своего «Я».

Наконец, методика О. И. Моткова обнаруживает следующие статистические данные.

Таблица 13 - Показатели по методике «Исследование ценностных ориентаций» О. И. Моткова

Показатели	Значение U	Уровень значимости
Внешние обстоятельства	87,45	0,0723
Мои природные данные	65,5	<b>0,010364</b>
Собственные усилия	47,5	<b>0,010259</b>
Внутренние причины	61,5	<b>0,016001</b>

На основании полученных статистических данных можно говорить о том, что обе группы склонны винить обстоятельства. Различия между группами обнаруживаются в оценке собственных природных данных - у наркозависимых преобладает неадекватная оценка. При этом, они склонны прилагать собственные усилия в меньшей степени, что говорит о том, что причина внешнего поведения реализуется во внутренней характеристике личности.

Такие люди конфликтны, причем для них в большей степени характерна конфликтность внешняя, что обуславливается оторванностью наркозависимых от социума, отторжения социальных норм и моральных требований.

Таблица 14. Сравнительный анализ показателей ситуативной и личностной тревожности и самооотношения на этапе контрольного этапа эксперимента

	Социально-адаптированные	Наркозависимые, проходящие реабилитацию	t-критерий	df	p-уровень
самочувствие	4,35	5,05	1,74	38,0	0,09
активность	5,1	5,55	1,13	38,0	0,27
настроение	4,55	5,15	1,63	38,0	0,11
ситуативная личностная	50,95	48,5	0,93	38,0	0,36
открытость	38,05	37,55	0,13	38,0	0,90
самоуверенность	5,4	5,6	0,36	38,0	0,72
саморуководство	5,4	5,95	1,28	38,0	0,21
зеркальное Я	3,8	4,65	2,56	38,0	0,11
самоценность	6,3	6,5	0,5	38,0	0,62
самопринятие	5,0	5,2	0,70	38,0	0,49
самопривязанность	4,4	5,1	1,42	38,0	0,16
конфликтность	5,0	4,15	2,33	38,0	0,13
самообвинение	5,0	4,5	1,39	38,0	0,17
	3,0	3,0	0,00	38,0	1,0

Как видно из таблицы 14 статистически достоверных отличий по показателям самочувствия, активности, настроения, ситуативной и личностной тревожности и самооотношения на констатирующем этапе не выявлено

Показатели самочувствия, активности, настроения, личностной тревожности и самооотношения находятся в диапазоне оценок среднего уровня. Показатели ситуативной тревожности находятся в диапазоне оценок выше среднего.

## Выводы по второй главе

Представим основные характеристики испытуемых, проходящих реабилитацию в центре, сразу отметим, что на основании этих характеристик группа репрезентирует не всю совокупность наркозависимых, а только тех, кто имеет намерение излечиться и имеет для этого средства. Соответственно, портрет наркозависимого будет представлен только по этой группе и не будет характерен для всех наркозависимых:

- специфика группы проходящих реабилитацию заключается в том, что их конфликтность внешняя, именно поэтому наркозависимые становятся опасной социальной группой для окружающих. Впрочем, исследование обнаруживает и внутреннюю конфликтность;
- для наркозависимых характерно неприятие себя. Внутриличностный конфликт основывается неустойчивой самооценке и попытке поднять ее посредством взаимодействия с другими наркозависимыми. Впрочем, неприятие себя, внутриличностный конфликт в конкретном случае связан уже с осознанием наркозависимости как болезни. Вполне может быть, что для других групп наркозависимых подобные конфликты не характерны.

В результате исследования можно сделать вывод о том, что группа наркозависимых, проходящая реабилитацию в Центре «Твой выбор» отличается специфическими психологическими характеристиками:

- тяга к материальному, все реабилитируемые – люди, имеющие достаточное количество денег. Они знают цену деньгам, их жизнь не характеризуется бедностью. Впрочем, деньги они тратят не на необходимые вещи, а на развлечения;
- тяга к гедонизму, как правило, такая личность пробует одно развлечение за другим, постепенно доходя до наркотиков. И они становятся своеобразной панацеей от скуки. Такие люди, как правило,

очень редко решаются на самостоятельный отход от наркотиков, скорее, их вынуждают родственники.

Для этих личностей в меньшей мере присущ конформизм. Напротив, их отличительной чертой становится протест. Даже наркотики, в какой-то мере – это подход к действительности, который может характеризоваться фразой «быть не как все». Это социальные маркеры, отражение принадлежности к определенному стилю жизни (клубные завсегдатаи, рок-тусовка).

Не уделяют такие люди внимания и саморазвитию и познанию. Эти понятия находятся вне системы их ценностей. Связано это с тем, что у них преобладающей становится ставка на материальные ценности.

Для них огромную роль играет самостоятельность и самооценка. В какой-то степени их можно было бы назвать уверенными в себе людьми, однако, аддикция налагает свой отпечаток и для них становится важным уважение подобных им людей.

### **3. Когнитивно-поведенческая модель коррекции тревожно-невротических состояний наркозависимых пациентов в условиях реабилитационного центра**

#### **3.1 Теоретико-методологические подходы к коррекции тревожно-невротических состояний лиц подверженных наркозависимости**

Развитие личности необходимо соотносить с развитием и совершенствованием рефлексивных механизмов, которые опосредуют развитие мотивационной сферы у лиц подверженных наркозависимости.

В работах В.Г. Асеева (1976), В.К. Вилюнаса (1983), Ю.Н. Кулюткина (1985), А.Г. Асмолова (1990), Х. Хекхаузена (1986), А.В. Брушлинского (1996), В.Г. Леонтьева (1992) рассматривается процесс формирования и становления мотива в виде взаимодействия многих сторон личности, вовлекающих на различных уровнях ее активность в деятельность. Когда интегрируются все вышеперечисленные условия, то можно говорить о механизме формирования мотива и мотивации.

В работах Ю.К. Бабанского (1989), А.М. Матюшкина (1972), В.В. Давыдова (1983) указывается, что не сам результат деятельности, отражающий достижение цели, а осознание этого результата, придание ему личностного смысла становится механизмом возникновения новой мотивации.

Первопричины деятельности связаны с жизнедеятельностью человека в обществе, его включенностью в общественные отношения. «В любой момент времени человек испытывает действие различных побудителей, которые могут находиться в противоречивых связях и отношениях друг с другом, а также приходиться в противоречие с имеющимися целями и задачами

личности. В этой связи возникает необходимость в регуляции этих побуждений, их взаимном согласовании и построении из них определенного системного побудителя, в качестве которого, собственно, и выступает мотив» (Леонтьев В.Г., 1992, с. 50).

В мотивационный механизм любой деятельности включается личностная тревожность. Обнаружены следующие закономерности поведения подходы к лиц подверженных наркозависимости. Они эмоционально острее, чем низкотревожные, реагируют на сообщение о неудаче хуже, чем низкотревожные, работают в стрессовых ситуациях и условиях дефицита времени, расценивают многие нейтральные ситуационные факторы как - угрожающие успеху деятельности. Личностная тревожность коррелирует с мотивами деятельности: для лиц подверженных наркозависимости характерен мотив избегания неудачи, их больше стимулирует сообщение об успехе, а низкотревожных мобилизует неудача и преобладает мотив достижения успеха. Зная внешние проявления эмоциональных нарушений, встает необходимость определить внутренние механизмы регуляции этими состояниями (Хекхаузен Х., 1986).

Выделение рефлексивно-перцептивных способностей и рефлексивно-перцептивных умений в качестве единого целого несёт в себе большой психологический смысл. В свете современных исследований (Бодалев А.А., Ковалев Г.А., 1986 и др.) имеется прямая связь между полноценностью, когнитивной сложностью, дифференцированностью «Я - образа» субъекта и отражением им индивидуальных и личностных особенностей других людей.

Познание другой личности может быть существенно затруднено в случае плохой осведомленности человека об особенностях собственной личности, о своих сильных и слабых сторонах, установках, индивидуальных особенностях реагирования в различных ситуациях. Стереотипное восприятие других людей постепенно сводит на нет потребность в самоанализе.



Освоение приемов и методов более глубокого проникновения в собственную личность, ведущее к расширению возможностей самоанализа (рефлексии) и к более адекватному познанию других людей (перцепции) возможно посредством рефлексивно-перцептивного тренинга (РП - тренинг). А.А. Реан (1989), разработчик РП – тренинга, отмечает, что соединение двух относительно самостоятельных задач в единое целое далеко не произвольно, а базируется на представлении о целостном рефлексивно-перцептивном анализе.

Содержательный аспект РП – тренинга, заключается в последовательном и циклическом переходе от незнания к осознанию определенной психологической реальности. Цикличность перехода означает регулярное возвращение к уже выявленным психологическим феноменам с целью их наилучшего понимания на данном этапе развития.

Процедурный аспект рефлексивно – перцептивного тренинга находится в непосредственной зависимости от содержательного аспекта. Поэтому часть процедур (ролевые игры, дискуссии и т.п.) разрабатывались специально в соответствии и вместе с программой РП – тренинга.

Согласно теории оптимальной активации, которую отражает вышеописанный закон, организм стремится поддержать оптимальный уровень активации, который позволяет ему функционировать наиболее эффективно. Этот уровень не соответствует абсолютному нулю, как это происходит в теории биологических побуждений, а зависит от физиологического состояния данного человека в данный момент. Таким образом, некоторые люди нуждаются в более сильном притоке стимулов, чем другие, способные выносить их лишь в ограниченном количестве. Потребность в стимулах также изменяется в зависимости от психического состояния человека.

Исследование девиантных изменений в психике наркозависимых имеет огромное значение для последующих процессов реабилитации и реадaptации

в обществе. Наркомания всегда связана с формированием зависимости, о чем неоднократно говорят исследователи.

Так, В.Д. Менделевич рассматривает «зависимость» как навязчивую потребность личности в использовании привычного вещества, сопровождающаяся ростом толерантности и выраженными физиологическими и психологическими симптомами. Чем больше толерантность, тем большая потребность в веществе возникает.

А.Г. Врублевский понимает под зависимостью стремление (влечение) принимать наркотический препарат и преодолевать при помощи принятия ощущение дискомфорта. Н.С. Курек рассматривает зависимость с позиции испытания позитивных эмоций, когда человек принимает ПАВ для того, чтобы испытать чувство эйфории; как стойкую эмоциональную потребность в употреблении наркотика [Курек, с. 28].

Н.Д. Творогова и Р.А. Прокопишин под «зависимостью» понимают расстройство мотивационно-потребностной сферы человека, которая начинает со временем подчинять себе всю мотивационную сферу человека, причем зависимость эта постепенно ограничивает адаптационные механизмы и побуждает человека искать источник удовлетворения этой вторичной потребности [Творогова, с. 41].

В работе мы придерживаемся определения, предложенного В.П. Ильиным, который рассматривает зависимость, в целом, как утрату человеком свободы воли, подчинение человека ПАВ.

С понятием «зависимость» тесно связано понятие «зависимого поведения». Е.В. Змановская зависимое поведение определяет как аутодеструктивное поведение, связанное с зависимостью от употребления какого-либо вещества (или от специфической активности) в целях изменения психического состояния

В.Д. Менделевич предлагает рассматривать зависимое поведение как разновидность поведения девиантного. Он говорит, что зависимое поведение — это поведение, которое характеризуется непреодолимой подчиненностью

собственных интересов – интересам другой личности или группы, чрезмерной и длительной фиксацией внимания на определенных видах деятельности или предметах, становящихся сверхценными, снижением или нарушением способности контролировать свою вовлеченность в какую-либо деятельность, а также невозможностью быть самостоятельным и свободным в выборе поведения [Менделевич, с. 117].

Дадим характеристику наркозависимых как специфической социальной группы. Взгляд на проблемы наркозависимости напрямую определяется подходом в психологии. Остановимся на каждом из подходов подробнее.

Когнитивный подход. Когнитивный подход к рассмотрению проблем наркозависимых решается на основании теории локуса контроля. Так, по мнению Раттера, все люди выстраивают отношения к миру на основании собственной оценки действительности. При этом, одним свойственно во всех обстоятельствах винить себя, в то время как для других характерна склонность винить обстоятельства.

Наркоманы всегда приписывают вину за все происходящее с ними обстоятельствам. Даже если они понимают, что зависимы от ПАВ, для них характерным становится обвинение в принятии веществ других людей или обстоятельств.

Типичным примером может стать попытка отказа и нервный срыв. Как следствие, в очередной дозе наркотиков становится виновен человек, который «вывел» наркомана из себя. Одной из основных причин, почему наркоман не в состоянии отказаться от приема наркотиков становится отсутствие внутреннего контроля. Когнитивный подход позволяет обнаружить взаимосвязь между внешней ситуацией и особенностями восприятия личности. Однако, он недостаточен, так как его представители не могут предложить возможность решения проблемы.

Кроме того, проведенные в последнее время исследования показали, что вопрос о характере локуса контроля у наркоманов не может быть решен столь однозначно и категорично.

Более показательными становятся данные, поднимающие вопросы нарушений у наркоманов. Так, например, обнаружено, что при опийной наркомании наблюдается деградация воображения, выхолощенность мышления, расширение периферийного зрительного восприятия, снижение адекватности в понимании невербального поведения других людей.

Если говорить о психоаналитическом подходе и его взгляде на наркоманию, то причины всего происходящего коренятся в сексуальных аспектах жизни наркозависимых.

Исходя из этой позиции зависимость рассматривается как некая регрессия, преодолеть которую становится возможным только через отказ от регрессии.

Но регрессия эта не может быть удовлетворена окончательно, а потому наркоман начинает испытывать все большее желание к удовлетворению. Освобождение от фрустрации возможно только благодаря испытанию чувства эйфории.

При этом, постоянная общественная враждебность еще больше усиливает чувство вины и потребность в наркотике. Наркоман - это безответственный человек, который не может достичь успеха ни в одной области. Его связи с реальным миром нарушены, а защита от неблагоприятных воздействий неэффективна.

Заинтересованные только в удовлетворении потребности, они не могут заинтересоваться связями между людьми, не могут испытывать ни к кому привязанности. Сами же люди нужны им только как средство для покупки препарата. Неполющенные связи с другими людьми являются следствием неполноценного «Я» наркомана, для которого либидо является «размытым эротическим понятием».

Сущность наркотической зависимости с позиции психоанализа заключается в возврате к тому времени, когда не было чувства вины, когда все было достаточно просто и не было проблем. Этот регресс отображает слабость собственного «Я» перед фрустрационными процессами.

Эти позиции объединяет представление о том, что для наркоманов характерен отказ от ценностных ориентаций и жизненных установок обычных людей, причем тревожность начинает расти в геометрической прогрессии по мере утраты ценностей. Это люди не способные принимать решения, люди, убегающие от реальности в наркотический сон. Получается замкнутый круг – наркомания рождает тревожность, а тревожность начинает побеждаться наркоманией.

Интерес для специалистов может представлять когнитивно-поведенческая модель реабилитации, по сути, являющаяся психотерапевтической моделью реабилитации.

Основой данной модели является оказание психотерапевтической помощи реабилитанту на основе понимания им причин злоупотребления наркотическими средствами, алкоголем или другими психоактивными веществами. Большинство программ, разработанных на основе данной модели, предполагают регулярные индивидуальные или групповые консультации как отдельно, так и в комплексе, помогают пациентам осознать опасность употребления наркотиков, справиться с ситуациями психологического влечения. В начальный период амбулаторная терапия наиболее активна, в дальнейшем – это несколько часов в неделю для поддержания процесса реабилитации.

Когнитивно-поведенческая терапия при лечении наркозависимости доказала свою эффективность и в качестве монотерапии, и как часть комбинированных стратегий реабилитации.

Она помогает пациенту распознать аддиктивное поведение и отучиться от него, заменить его более позитивными практиками, что способствует выздоровлению.

Высокая эффективность характерна для диалоговой КПТ – майндфулнесс, модели реабилитации наркозависимых. Данная модель предполагает решение не только проблем, связанных с зависимостью, но и

преодоление других сопутствующих проблем, таких как поведенческие расстройства, депрессия.

В последние годы все более популярным становится комплексный подход к лечению наркозависимости, который рассматривается не как отдельная проблема, а как часть более широкой проблемы.

Для полного выздоровления требуется удовлетворение не только физических, но и духовных, и социальных потребностей, восстановление и физического, и душевного равновесия.

### 3.2 Основные направления, формы, методы КПТ тревожно-невротических состояний наркозависимых

Наркомания полифункциональна. Доминирующая функция меняется по мере развития зависимого поведения. А.А. Ухтомский выделяет следующие функции зависимого поведения [Ухтомский, 48], рисунок 9.

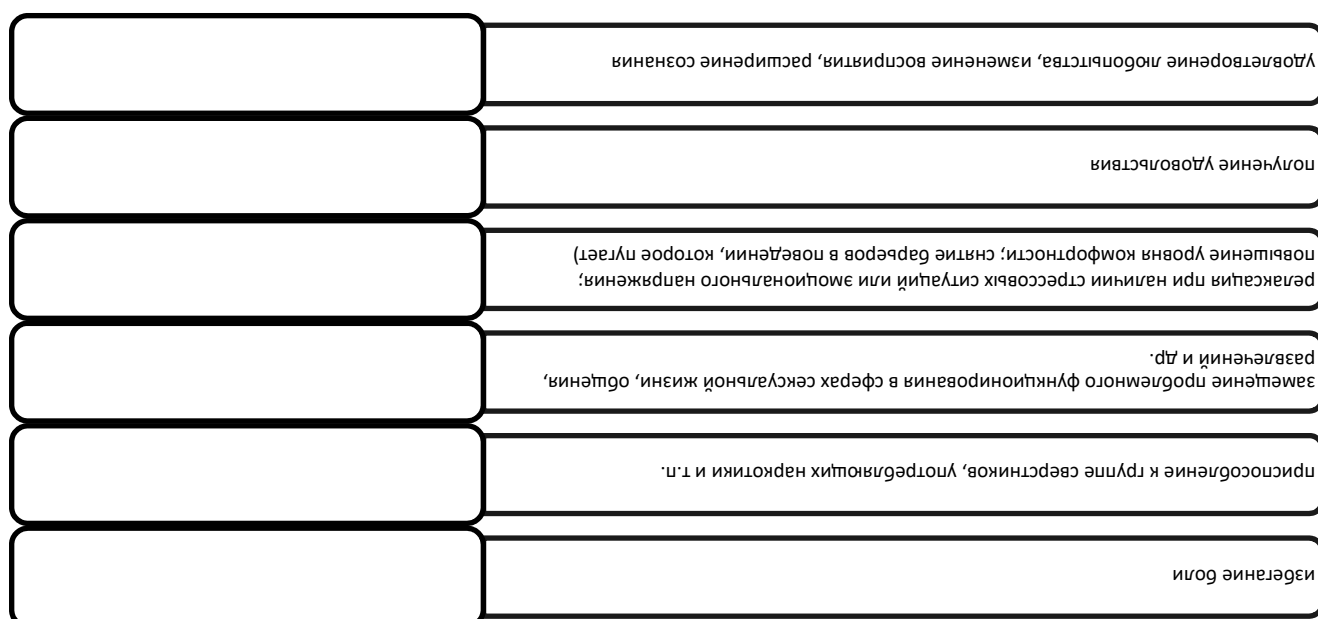


Рисунок 10 – Функции зависимого поведения по А.А. Ухтомскому

Рассмотрим личностные изменения и особенности личности наркозависимых, рисунок 11.



Рисунок 11 – Личностные изменения и особенности личности наркозависимых

Таким образом, для группы наркозависимых характерно изменение восприятия и взаимоотношений через принятие препарата. Постепенно, без оказания помощи наступает регресс личности.

В связи с этим, работа по преодолению тревожности может реализоваться в двух направлениях – работой с ценностями на основании адаптации и снижением тревожности.

Адаптация – особая форма отражения системами управления воздействий внешней и внутренней среды, заключающегося в стремлении к установлению между ними динамического равновесия.

Выделяют два направления адаптации:

- первичная, то есть приспособление к условиям жизни. Здесь учитывается жизнь в обществе и в тех социальных условиях, в которых происходит становление личности. В нашем случае она также включает и снятие острой тревоги.
- вторичная, то есть приспособление к вновь возникшим сложностям.

Конечно, социально-адаптированная личность не проявляется вне критических условий. Об адаптированной личности следует говорить только в системе «личность - среда».

Как процесс социальная адаптация осуществляется для того, чтобы привести личность в систему действующих в обществе норм поведения. Социально-адаптированная личность, иными словами, это личность, нормы и ценности которой соответствуют среде.

Одним из самых первых портретов социально-адаптированной личности становится описание Г.Спенсера. В его представлении социально адаптированная личность реализуется в следующих ипостасях:

- способность самостоятельно поддерживать жизненно-важные функции;
- шанс иметь потомков;
- приспособляемость к условиям окружающей среды.

В соответствии с представлениями ученого, любая человеческая личность реализует себя с позиции непрерывного развития –она постоянно социализируется. В то же время на развитие личности во многом влияют и окружающие реалии. Социально-адаптированная личность приспособляется к окружающей среде до той поры, пока эти новые условия не перестают быть таковыми. В дальнейшем обстоятельства травмирующего эффекта для личности не имеют.

Идеи Г. Спенсера существенно повлияли на видение социальной адаптации в рамках классического структурно-функционального подхода (А. Р. Рэдклифф-Браун, К. Клакхон, Б. Малиновский, Т. Парсонс, Р. Мертон). К примеру, Рэдклифф-Браун рассматривает личность социально-адаптированного с позиции того, как человек умеет приспособливаться к требованиям социальной среды. Личность, по его мнению, реализуется в двух ипостасях - внешней и внутренней.

Внешняя среда – это тот социум, который окружает человека, с характерными для него ценностями и нормами. Внутренняя среда - это не



только поддержание сил внутри организма и физиологическая адаптация, но и приспособление к требованиям общества, а также принятие или отторжение условий.

Отмечая, подобно Спенсеру, принципиальную роль кооперации для поддержания социальной жизни, Рэдклифф-Браун развивает взгляд на социально-адаптированную личность, исходя из представления о функционировании общества в целом. Шагом вперед, по сравнению со Спенсером, является то, что Рэдклифф-Браун обращает особое внимание на роль символических действий, которые отделяют человека от животного.

Важной в данной работе становится и исследование Т. Парсона, посвященное описанию социально-адаптированной личности. Социально-адаптированная личность - это личность, включенная в общественные отношения. Она руководствуется представлениями общества, соответствуя им в достаточной мере.

Адаптированная личность не статична. Напротив, в своей деятельности она использует большой спектр социальных ролей. Эти роли не только помогают индивиду адаптироваться к реальности, но и способствуют выражению личностной позиции.

Социально-адаптированная личность во всех своих поступках реализует рецепцию «общественно заданных» ценностно-нормативных ориентиров. Сами же ориентиры становятся средством реализации личности в социуме.

Иными словами, социально-адаптированная личность всегда живет, опираясь на те нормы, которые в данном социуме восприняты как общепринятые.

Социально-адаптированная личность реализует себя, как правило. В ряде направлений.

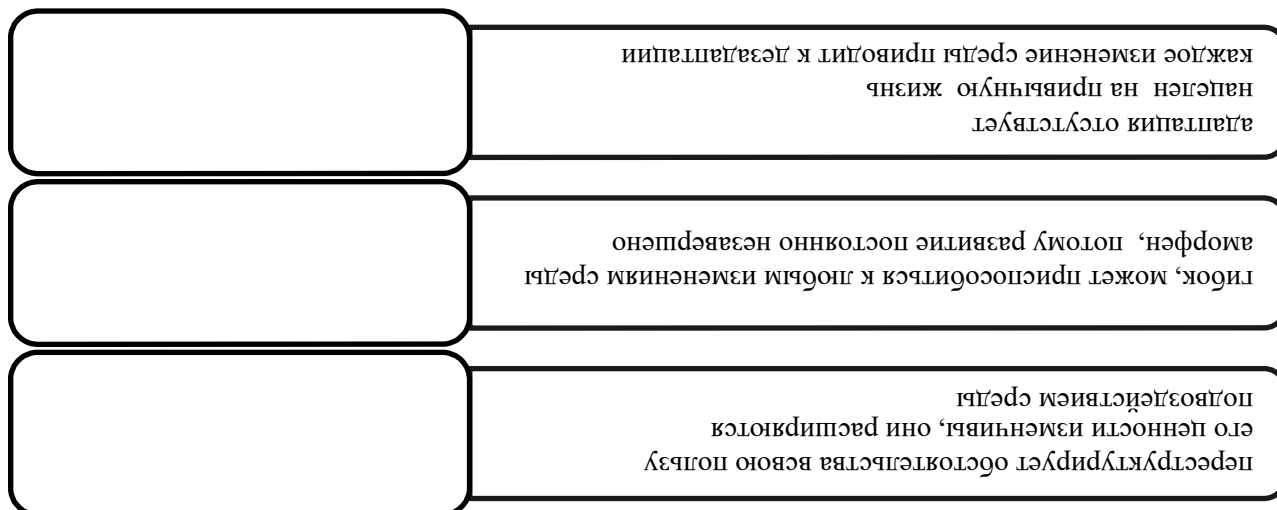


Рисунок 12 – Реализация социально-адаптированной личности

Классификация включает в себя портреты только тех людей, которые интегрированы в общество. Наркозависимые, являющиеся предметом работы, в данном случае остаются за пределами классификации. Стоит отметить, что по-настоящему адаптированными является только последний тип.

Сутью конформизма является приспособленность к среде, настроенность именно на то, что продвигает общество. Если мы будем рассматривать явление на конкретных примерах, то увидим, что вся суть общества сводилась всегда к тому, чтобы навязать, что любой человек должен вести себя так, чтобы социум его одобрил.

Анализируя социальную адаптированность личности, приходится учитывать систему внутренней регуляции человека, который подстраивает свои действия с генетически-сохранившимся типом культуры.

Двумя наиболее общими функциональными подсистемами социально-адаптированной личности при таком подходе являются направленность личности (система ее диспозиций) и потенциал личности (задатки, знания, умения и навыки человека). Именно эти два механизма позволяют сохраняться личности цельной.

Очевидно, любую жизненную ситуацию человека можно рассматривать как процесс удовлетворения определенных потребностей или создания условий для их удовлетворения; этот процесс тем или иным

образом является реагированием личности на социальную ситуацию, то есть на те изменения в социальной среде, которые уже произошли или происходят.

Система ценностей является той основой, на которой личность выстраивает свои отношения с миром. Именно из-за распада ценностных ориентаций происходят процессы дегуманизации и деструкции личности. Наряду с позитивными изменениями – гласностью, свободой совести, в России начали преобладать деструктивные ценности, присущие обществу потребления. Естественно, что основной удар пришелся на детей и молодежь.

Природа ценностей такова, что они, с одной стороны, обладают способностью интегрировать общество, а, с другой, способствуют его расслоению. В том случае, если общество развивается гармонично, то оно помогает индивиду осуществлять социально одобряемый выбор. Однако, в современной ситуации человек, как правило, оставлен без поддержки социума. Это начинает деструктивно сказываться на поведении личности, ее направленности.

Как известно, направленность личности реализуется в двух функциях - отражения и регуляции. Функция отражения состоит в том, что в направленности находит свое отражение тот путь, которым движется человек. Функция же регуляции состоит в подчинении всех мотивов для достижения цели. И именно в смещении этих функций лежит причина негативных ценностных ориентаций наркозависимых.

Под наркоманией понимается зависимость от лекарств, препаратов, бытовой химии и их систематическое употребление.

Последствия наркомании выражаются в необратимых изменениях ЦНС, деградациии ценностных ориентиров и появлении большого спектра хронических заболеваний, приводящих к смерти.

Употребление ПАВ всегда обусловлено комплексом ценностных ориентаций. При этом характер ведущей ценности напрямую зависит от вещества, которое употребляется больным и степени наркотизации.

В. Ю. Завьялов выделяет следующие ценностные ориентации при употреблении ПАВ:

1. Социально-психологические ценности - ценности, обусловленные культурой, традициями, ценностями группы - происходит давление на человека, осуществляющего выбор, псевдокультурные ценности, проявляющиеся как стремление приобщиться к наркоманской среде ради «поддержания имиджа»

2. Ценности, влекущие изменение состояния - гедонистические ценности, атактические ценности, гиперактивизации поведения.

3. Ценности патологические, связанные с подменой мировоззрения и патологической тягой к ПАВ.

Рассмотрим каждый элемент подробнее.

Культурные ценности напрямую определяют степень зависимости от ПАВ. В частности, христианство достаточно терпимо относится к употреблению алкоголя, отторгая лишь злоупотребление его. Ислам же, напротив, практически не подвержен винопитию, но у народов его исповедующих достаточно часто преобладает употребление опиума и каннабиса.

Огромную роль в распространении зависимости от ПАВ играют псевдоценности, которые прививаются рекламой. Усугубляясь состоянием стресса из-за скорости жизни ПАВ начинают восприниматься как средство отдыха от проблем, возможность справиться с неврозом. При закреплении такой ценности постепенно начинает развиваться зависимость от веществ.

Общеизвестным становится тот факт, что у лиц, приобретающих зависимость от ПАВ наблюдается снижение ценности семьи. Как правило, под угрозой наркотической зависимости оказываются лица, пережившие

физическое или сексуальное насилие, воспитывающиеся в семье аддиктивными наклонностями родителей.

Огромную роль играет также и стремление приобщиться к определенной группе «избранных». Особенно важно это в подростковом возрасте, когда ПАВ становится своеобразным катализатором отношений. Естественно, что личность, желающая попасть в круг, начинает употреблять наркотик.

Гедонистические ценности обуславливают употребление ПАВ как возможности удовлетворения потребности наслаждения жизнью.

Атарактические ценности предполагают употребление ПАВ как средства отказа от страхов и невроза.

По мнению исследователей Т. А. Немчина и С. В. Цырцаева при употреблении наркотиков происходит искажение и грубые изменения как ценностных ориентаций, так и направленности личности. Иерархия ценностей искажается таким образом, что на первый план выходят ценности, связанные с принятием вещества, а также цели и задачи, связанные с поиском этих веществ. И не случайно поэтому среди аффективных переживаний преобладают переживания одиночества и отсутствия социальной безопасности.

В дальнейшем изменение системы ценностей вовлекает заболевшего во взаимодействие с группой, построенной на основе деформированной системы ценностей. Не случайным становится и социально-опасное поведение наркозависимых. Вместо ценностей, основанных на нормах социума, постепенно у них начинает формироваться пренебрежительное отношение к социальным нормам.

При наркозависимости происходит и нарушение в самооценке, которая становится одной из ведущих ценностей. Самооценка наркозависимой личности нередко неадекватно завышается или, напротив, неадекватно занижается, при этом нормативные критерии социума игнорируются, а взамен них приходят те ценности, которые признаются группой.

Исследователь Б. С. Братусь показал, что неадекватная самооценка у наркозависимых очень сложно поддается коррекции, а самооценка становится основным компонентом аддиктивного поведения личности. Аддиктивная установка реализуется к сильнейшей эмоциональной привязанности объекта аддикции. Наркозависимый постоянно заботится о наличии наркотического вещества. Постепенно начинает усиливаться рационализация аддикции - «я употребляю, чтобы расслабиться», «если я не уколюсь, я сойду с ума», «жизнь не стоит того, чтобы ее беречь».

Как следствие, аддиктивное поведение оценивается как норма, причем зависимый считает, что он может себя контролировать и всегда может отказаться от наркотика. Именно отрицание болезни становится наиболее сложным в преодолении, когда речь идет о реабилитации.

В системе ценностей объект аддикции становится жизненно-важным, он заменяет все. Причина смещения видится в преодолении травмы младенческого возраста. Зачастую родители, сами того не осознавая, наносят ребенку сильнейшую травму. В случае повторения травмирующей ситуации и стечении благоприятных обстоятельств, человек становится наркозависимым. Удовлетворение потребности в наркотике - замещение положительных эмоций, уход в ирреальность.

В последние годы в исследованиях преобладает мнение о том, что для аддиктивных личностей характерно неумение справляться со стрессом. Если социально-адаптированный человек активизируется, то наркозависимый будет испытывать стресс, отрешенность, желание уйти в себя. Как следствие, доминантами наркозависимого становится бездуховность, отсутствие смысла жизни, неготовность принять на себя ответственность за себя и других. Таким образом, в основе наркозависимости лежит деформация бытийных ценностей.

В заключение можно сказать, что у наркозависимой личности формируется неадекватная оценка собственной личности. В основе его лежит ощущение всемогущества, легкости достижения всего в жизни. Это ощущение

достаточно легко достигается при помощи наркотиков. В целом же можно сказать, что проблема ценностных ориентаций наркозависимых исследовалась недостаточно.

Таким образом для наркозависимых личностей характерны следующие ценности:

1. Гедонистические ценности
2. Атарактические ценности
3. Ценность объекта аддикции
4. Ценность самооценки

Проанализировав особенности ценностных ориентаций и определив их сущность, мы пришли к выводу о том, что:

1. Ценностные ориентации определяют отношение человека к миру, являясь аспектом мировоззрения.

2. Ценности представляют собой отображение некоего эталона должного, на который опирается каждый человек.

3. Ценностные ориентации представляют собой достаточно сложное образование. Как полноценная психическая данность они формируются на достаточно зрелом этапе развития, однако, деструктивные элементы в систему ценностных ориентаций попадают достаточно рано. Именно наличие ценностных ориентаций способствует развитию мировоззрения.

4. Для наркозависимых характерно смещение акцентов ценностных ориентаций. У наркозависимой личности формируется неадекватная оценка собственной личности. В основе его лежит ощущение всесильности, легкости достижения всего в жизни. Это ощущение достаточно легко достигается при помощи наркотиков.

Социально-адаптированная личность, напротив, реализует себя в двух вариантах – это самоизменение и изменение среды

В контексте данной работы, под социальной адаптированностью личности как определенным качеством следует понимать тот текущий результат процесса социальной адаптации, который можно охарактеризовать

как способность человека удовлетворять свои потребности на приемлемом для себя уровне в определенной ситуации в конкретной социальной среде.

Портрет же социально-адаптированной личности выстраивается на возможности личности приспособиться к условиям среды. Соответственно, уровень адаптированности личности определяется как тот уровень удовлетворенности потребностей человека, который обеспечивается состоянием развития потенциала и направленности личности, а также овладением условиями жизни, которые воспринимаются как «норма» в данный момент.

Сравнение социально-адаптированной и наркозависимой личности говорит о том, что в портретах обнаруживается принципиально разный подход к реальности

Для наркозависимой личности характерным является стремление к нонконформизму. Он не приемлет норм, предпочитает жить так, как считает нужным сам. В поведении преобладают деструктивные мотивы. Личность социально-адаптированная, напротив, опирается на нормы общества, для нее характерен конформизм, опора в деятельности на требования общества.

Среди ценностей, характерных для личности наркозависимой правомерно выделить такие ценности как склонность к развлечениям, стремление к удовлетворению низменных потребностей, стремление к самоотверждению и повышению самооценки.

Нами уже было отмечено, что все более популярным становится комплексный подход к лечению наркозависимости, который рассматривается не как отдельная проблема, а как часть более широкой проблемы.

Для полного выздоровления требуется удовлетворение не только физических, но и духовных, и социальных потребностей, восстановление и физического, и душевного равновесия, поэтому нами будет представлена **диалогированная КПТ-майндфулнесс модель реабилитации с элементами тренинга жизнестойкости.**



### **Содержание модели:**

Модель, представляет собой реабилитацию пациентов страдающих наркотической зависимостью, находящиеся в условиях стационара. К участию принимаются пациенты, начиная со второго этапа выздоровления (в стабильном физическом состоянии). В проекте принимают участие различные специалисты – психолог, психотерапевт, врачи, медицинский персонал, специалист по физической культуре, воспитатель. Проект рассчитан на 6 месяцев, три из которых проводятся в условиях стационара, и три в условиях полустационара. В модели применяются психотерапевтические методики и разработанные, апробированные техники по реабилитации наркозависимых людей.

**Цель:** применения модели для содействия восстановлению психических ресурсов и здоровых свойств личности с использование психологических методов когнитивно-поведенческой терапии майндфулнесс с элементами тренинга жизнестойкости.

### **Задачи:**

1. Дать и расширить информацию о зависимости как явлении, структуре зависимого мышления и средствах помощи (в том числе самопомощи).
2. Прояснить, проработать и усилить мотивацию на выздоровление через выполнение мотивационных упражнений.
3. Дать механизмы копинговых стратегий и сформировать навыки копинга.
4. Развить способности совместной работы для повышения ответственности и самооценки, а также для усиления эффекта выздоровления за счет механизмов проекций и переноса.
5. Дать инструменты и способствовать формированию привычки к упражнениям в стиле майндфулнесс для самооздоровления и поддержания трезвости в дальнейшем.

**Участники проекта:** лица зависимые от наркотиков находящиеся на реабилитации в условиях стационара, начиная со второго этапа выздоровления (стабилизации физического состояния).

**Срок реализации проекта:** от 6 месяцев (3 первых месяца проводятся в условия стационара)

**Практическая значимость:** благодаря проекту увеличивается количество лиц, сумевших получить и суметь сохранить результат по избавлению от наркотической зависимости за счет того, что им будет оказана эффективная помощь в реабилитации на основе разработанных и апробированных психотерапевтических техник.

Таблица 15.

### План мероприятий

№	Мероприятие	Описание	Продолжительность
1	Групповая работа (тренинг)	Тренинг основан на когнитивно-поведенческом подходе. В первые 6 недель проводится интенсив, на котором участники отработывают техники, которые необходимы для ежедневной индивидуальной работы, учатся взаимодействовать друг с другом (помогать, поддерживать, работать в парах и самостоятельно), устанавливают новые социальные контакты в условиях терапевтической группы. Ведущий дает обратную связь, организует согласно плану проработку упражнений.	6 недель: 3 раза в неделю (2 часа занятие)
2	Индивидуальная работа	Индивидуальная работа основана на упражнениях, которые были освоены участниками группы на тренинге. На первом этапе (6 недель) участники вырабатывают навыки работы со стрессом; определяют, какие упражнения наиболее эффективны (индивидуально).	Ежедневно
3	Индивидуальные консультации и психокоррекции	Индивидуальные консультации проводятся для участников тренинга, которые испытывают сложности в индивидуальной работе или в группе.	По запросу
4	Консультация врача, диагностика	Консультация и диагностика проводится при наличии соматических жалоб участников, которые не связаны с психосоматикой.	По запросу
5	Трудотерапия	В зависимости от физического состояния участников предлагается работа, которая предполагает системность и постепенное увеличение уровня сложности.	Ежедневно 2-3 часа
6	Физические упражнения	Физические упражнения предлагаются в зависимости от медицинских предписаний и возможностей пациента (это может быть гимнастика, бег, силовые упражнения). Работа	Ежедневно (30 минут)

		индивидуальная или групповая.	
7	Подведение итогов первого этапа	Подведение итогов представляет собой учет индивидуальных достижений участников за прошедший период, проработку наиболее сложных моментов и критических ситуаций с которыми сталкивались участники в индивидуальной работе. Также ведущий делает акцент на успехах, которые добились участники, мотивирует на дальнейшую работу.	В конце периода (2 часа)
8	Групповая работа (тренинг)	На втором этапе проведения тренинга участники осваивают новые упражнения, делятся опытом, поддерживают друг друга.	6 недель: 2 раза в неделю (2,5 часа занятие)
9	Индивидуальная работа	Продолжается отработка новых упражнений.	Ежедневно
10	Индивидуальные консультации и психокоррекции	Индивидуальные консультации проводятся для участников тренинга, которые испытывают сложности в индивидуальной работе или в группе.	По запросу
11	Консультация врача, диагностика	Консультация и диагностика проводится при наличии соматических жалоб участников, которые не связаны с психосоматикой.	По запросу
12	Трудовая терапия	Участники могут освоить что-то новое или продолжить работы в том направлении, которое было выбрано ранее.	Ежедневно (3-4 часа)
13	Физические упражнения	Физические упражнения предлагаются в зависимости от медицинских предписаний и возможностей пациента (это может быть гимнастика, бег, силовые упражнения). Работа индивидуальная или групповая.	Ежедневно (45 минут)
	Подведение итогов второго этапа	Подведение итогов представляет собой учет индивидуальных достижений участников за прошедший период, проработку наиболее сложных моментов и критических ситуаций с которыми сталкивались участники в индивидуальной работе. Также ведущий делает акцент на успехах, которые добились участники, говорит, что половина пути пройдена и теперь необходимо закрепить результат.	В конце второго периода (2 часа)
14	Групповая работа (тренинг)	Тренинг на третьем этапе представляет собой	12 недель: 1 раз в неделю (2 часа)
15	Групповая работа	Обсуждаются кризисные ситуации, которые происходят при индивидуальной работе. Участники делятся своими успехами.	12 недель: 2 раза в неделю (45 минут)
16	Индивидуальная работа	Работа с индивидуальным набором упражнений в условиях вне стационара.	Ежедневно
17	Индивидуальные консультации и психокоррекции	Индивидуальные консультации проводятся для участников тренинга, которые испытывают сложности в индивидуальной работе или в группе.	По запросу

18	Проработка буферной зоны, социализация в условиях вне терапевтической группы	Возвращение в среду вне стационара предполагает, что будут исключены факторы, которые провоцировали прием наркотических средств (участники меняют в случае необходимости условия проживания, рассматривают предложения о работе, меняют при необходимости социальное окружение, имеющее негативное воздействие)	Ежедневно
19	Консультация врача, диагностика	Консультация и диагностика проводится при наличии соматических жалоб участников, которые не связаны с психосоматикой.	По запросу
20	Трудовая терапия	На третьем этапе предлагается тем, у кого нет занятий вне стационара.	По запросу
21	Физические упражнения	Физические упражнения предлагаются в зависимости от медицинских предписаний и возможностей пациента (это может быть гимнастика, бег, силовые упражнения). Работа индивидуальная или групповая.	2-3 раза в неделю (от 45 минут до 1 часа)
12	Закрытие группы		3,5 часа (проводится в последний день)

### **Структура модели**

- I. Мотивационный блок
- II. Терапевтический блок (прорабатывается ежедневно):
  1. Эдукативно-когнитивный этап.
  2. Этап майндфулнесс.
  3. Рационально-эмотивный закрепляющий этап.

### **Материально-техническое обеспечение:**

Помещение (комната для группы), стулья в зависимости от количества участников, ручки, карандаши.

**Методическое обеспечение:** тетрадь когнитивных мотивационных заданий; таблица СМЭР; схема работы КПТ; схема проработки потребностей; конспекты лекций; дневник самооздоровления; техники майндфулнесс; другие релевантные упражнения (их список и частота применения могут изменяться).

## **Схема работы**

### **Формирование диад**

1. Набор группы, если один ведущий-специалист (до 14 человек), если два специалиста (до 22 человек).
2. Знакомство и разъяснение правил работы в группе (см. Приложение 8), а также графика работы (раздаются календарные листы).
3. Разделение группы на пары любым подходящим методом.
4. В парах взаимное прояснение ожиданий, потребностей, границ участников диалога
  - что я ожидаю и хочу/не ожидаю и не хочу от тебя, как консультанта/клиента;
  - мои потребности;
  - мои границы.

### **I. Мотивационный блок**

Ежедневная проработка упражнений из тетради когнитивных мотивационных заданий (см. Приложение 1). Рекомендуется выполнять одно задание в день, однако, на усмотрение ведущего и в зависимости от особенностей группы, можно увеличить количество заданий.

Работа по тетради заключается в том, что клиент в роли консультанта задаёт вопросы в соответствии с упражнением и записывает ответы. На этом этапе важным моментом является поддержание духа мотивации на выздоровление.

На просьбу ведущего занятия консультант даёт обратную связь по состоянию клиента: что клиент взял для своего выздоровления, и как это упражнение повлияло на его мотивацию. После завершения упражнения консультант ставит оценку и подпись в Листке успеваемости. Ведущий ограничивает время на выполнение заданий по Тетради в зависимости от потребностей группы (от 5 до 15 минут).

Этот блок может быть проработан как в групповом, так и в индивидуальном формате. В последнем случае в паре работает сертифицированный специалист.

## **II. Терапевтический блок**

### **1. Эдукативно-когнитивный этап**

Ведущий группы даёт вводные лекции о когнитивно-поведенческой терапии и основах аддиктологии, модель А-В-С (Приложение 2), Виды искажённого мышления (Приложение 3).

Этот этап предполагает последовательную диалогизованную проработку следующих упражнений: Таблица СМЭР (Приложение 4), Виды искажённого мышления, Схема работы КПТ (см. Приложения 5).

В этом блоке предусматривается проведение 5 диалогизованных занятий по темам, связанным с КПТ и аддикциями (см. Приложение 6). Специфика проведения занятий требует дополнительной подготовки и обговаривается отдельно.

### **2. Этап майндфулнесс**

На этом этапе подходят любые упражнения в стиле майндфулнесс (примеры см. Приложение 7).

### **3. Рационально-эмотивный закрепляющий этап**

На этом этапе идёт диалогизованная проработка Ежедневника самовосстановления (Приложение 8). Выводы и чувства на завершение дня занятий.

Практически в этом же нуждается и социально-адаптированная личность, однако, для нее огромное значение играет принятие личности социумом, система социальных и нравственных норм, которой социально-адаптированная личность стремится соответствовать. У нее присутствует некий «внутренний стержень», который закрывает личность от аддикции. Работа с тревожностью должна быть воплощена в комплексе связанных между собой тренингов, в контексте данной работы, опишем тренинг «Повышение жизнестойкости личности». Тренинг, является

составительским, и при подборе упражнений были использованы материалы А.А. Александрова, Г. Дьяконова и Д. Рейнуотер.

Цель тренинга: повышение жизнестойкости личности.

Задачи тренинга:

1. Достижение более глубокого понимания стрессовых обстоятельств, развитие стрессоустойчивости, обучение навыкам саморегуляции в условиях стресса;
2. Формирование навыков восстановления после стресса и определения внутренних ресурсов личности для дальнейшего самостоятельного преодоления трудностей и улучшения качества своей жизни;
3. Нахождение путей активного разрешения проблем, трансформации стрессовых обстоятельств в благоприятные;
4. Совершенствование навыков применения эффективных копинг-стратегий.

Форма реализации: групповой психологический тренинг.

Методы: мини-лекции, анализ практических ситуаций, ролевые деловые игры, упражнения, групповая дискуссия.

Материалы для занятий: принадлежности для рисования (бумага, карандаши), планшеты, доска, маркеры.

Организация тренинговой работы предполагает три этапа, схематично представим их.

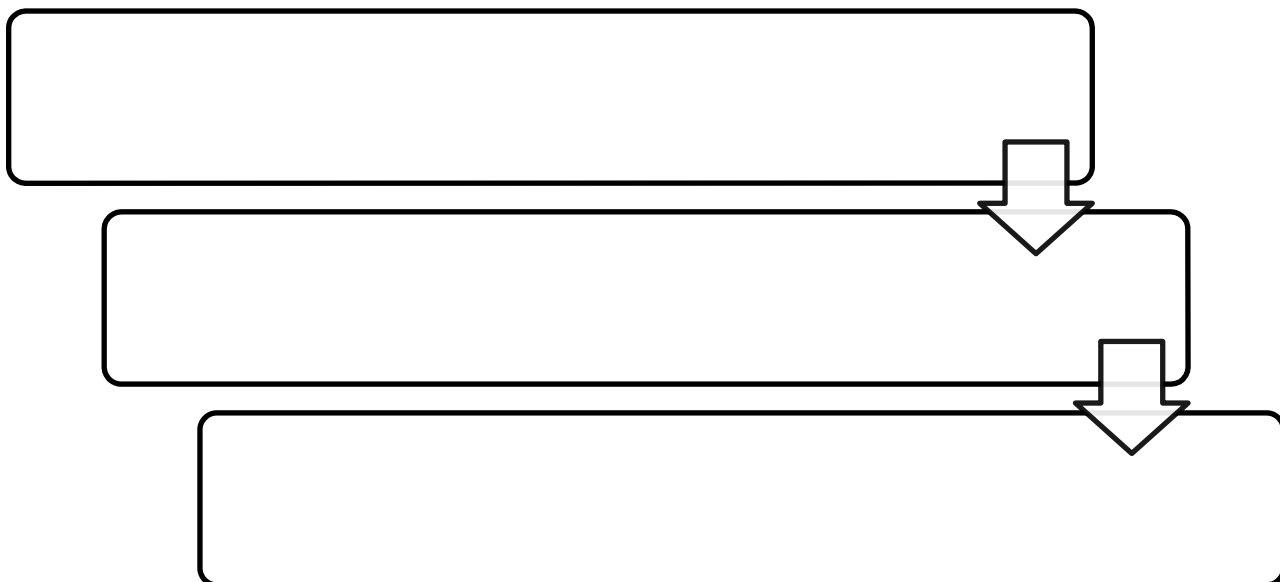


Рисунок 11 – Этапы тренинга повышения жизнестойкости личности

На первом этапе, реализуются основные правила-принципы, на котором участникам предлагается обсуждение следующих ключевых позиций: правило карточки с именем, правило присутствия на тренинге, разговоры на тренинге, правило «здесь и теперь», правило активности, правило конфиденциальности, правило дневника, правило высказывания, правило поддержки.

На втором этапе, происходит информационное ознакомление с данной проблематикой (мини-лекция «Копинг-стратегии») и обсуждения конкретных ситуаций, проведения упражнений.

На третьем этапе, реализуется непосредственно сама тренинговая работа, направленная на повышение самопринятия, самооценности и уверенности в себе, происходит рефлексия. У участников тренинга, повышаются навыки преодоления негативных эмоциональных переживаний, трансформации стрессовых обстоятельств в благоприятные.

Тренинг включает восемь занятий, которые проводятся один раз в неделю, по 2,5 – 3 часа (общая продолжительность – 15 – 18 часов), группами по 10 участников, в приложении 9, представлено описание занятий.



Все занятия строятся в форме встреч тренинговой группы, с постоянным составом.

Программа тренинга носит коррекционный и релаксирующий характер. Отличием данного тренинга является его обучающий характер – все материалы и упражнения тренинга можно использовать самостоятельно в целях саморегуляции негативных психоэмоциональных состояний

### 3.3 Контрольный эксперимент и его анализ

На контрольном эксперименте не ставилась цель анализировать ценностные качества личности, так как они все еще находятся в стадии формирования и это достаточно трудоемкий процесс. Мы обратились к показателям тревожности как отражению качества проведенного формирующего эксперимента.

Таблица 16. Сравнительный анализ показателей самочувствия активности, настроения после психологического тренинга

	Социально-адаптированные	Наркозависимые, проходящие реабилитацию	t-критерий	df	p-уровень
самочувствие	<b>5,7</b>	<b>4,35</b>	<b>3,43</b>	<b>38,0</b>	<b>0,001</b>
активность	5,75	5,1	1,73	38,0	0,09
настроение	<b>5,85</b>	<b>4,55</b>	<b>4,03</b>	<b>38,0</b>	<b>0,001</b>

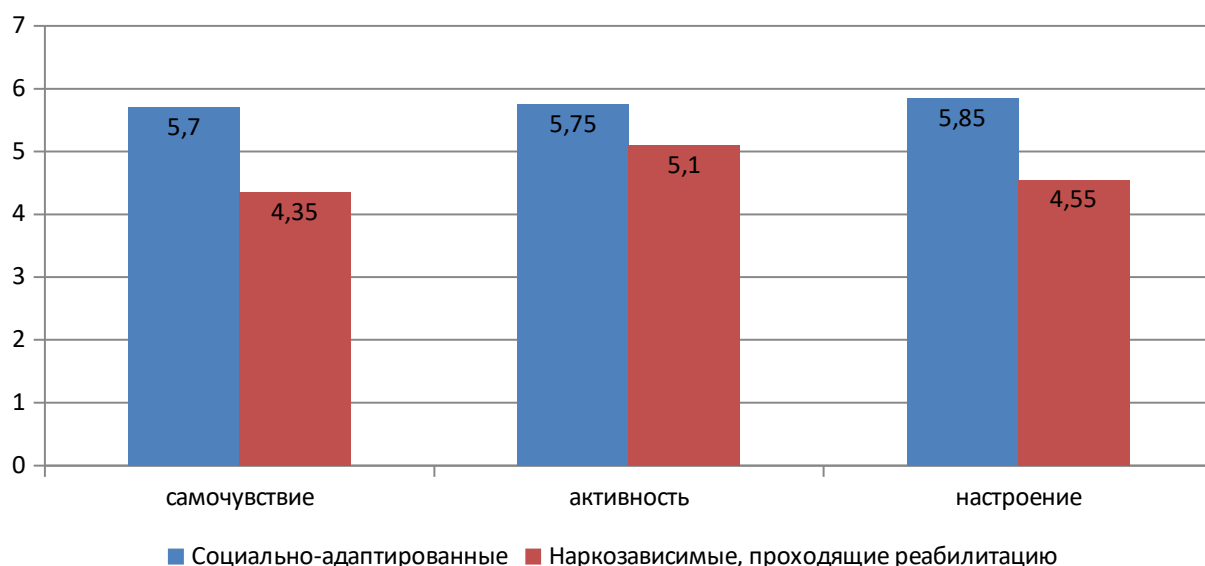


Рисунок 6. Показатели самочувствия, активности, настроения у испытуемых после проведения тренинга

Как видно из таблицы 15 статистически достоверные отличия по методике оперативной оценки самочувствия, активности, настроения между результатами до и после психологической работы получены по переменным: самочувствие и настроение. Показатели группы реабилитируемых, ниже показателей группы социально-адаптированных данной выборки.

Как видно на рисунке 6 показатели самочувствия данной выборки снижаются после проведения психологической подготовки, хотя находятся в диапазоне средних оценок. На основании данных можно считать, что самочувствие улучшается по мере работы, хотя и наблюдается переменчивость настроения в контексте работы. По всем показателям получены статистически достоверные отличия.

Как видно на рисунке 6 показатели активности данной выборки снижаются после проведения психологической подготовки, хотя находятся в диапазоне средних оценок. Можно предположить, что активность под воздействием работы с тревогой увеличивается. Возможно, это объяснимо с точки зрения наличия агорафобий и других типов крайнего проявления тревожности. По данному показателю получены статистически достоверные отличия. Возможно, активность не зависит от проводимых

психологических сопроводительных мероприятий и является нормативным результатом физиологических и психосоматических явлений в организме, связанном с перестройкой организма на здоровый образ жизни, и, соответственно для группы характерна усталость, нервные срывы и пр. проявления.

Как видно на рисунке 6 показатели настроения у данной выборки снижаются после проведения психологической подготовки, хотя находятся в диапазоне высоких оценок. Можно предположить, что настроение под воздействием неизвестности и неизбежности изменяется от почти эйфорического через срывы к спокойному и уравновешенному и говорит о благоприятном состоянии обследованных, под воздействием проведенных подготовительных психологических мероприятий. По данному показателю получены статистически достоверные отличия.

Что свидетельствует, как нам кажется, о изменении состояния утомления и эмоционального состояния данной выборки под воздействием психологической подготовки.

Таблица 17. Сравнительный анализ показателей самооотношение у наркозависимых и социально-адаптированных

	Социально-адаптированные	Наркозависимые, проходящие реабилитацию	t-критерий	df	p-уровень
открытость	5,40	5,80	-0,68	38,00	0,50
самоуверенность	<b>5,40</b>	<b>6,50</b>	<b>-2,92</b>	<b>38,00</b>	<b>0,01</b>
саморуководство	<b>3,80</b>	<b>5,50</b>	<b>-5,84</b>	<b>38,00</b>	<b>0,001</b>
зеркальное Я	6,30	6,70	-0,97	38,00	0,34
самоценность	5,00	5,40	-1,29	38,00	0,21
самопринятие	<b>4,40</b>	<b>5,80</b>	<b>-2,98</b>	<b>38,00</b>	<b>0,01</b>
самопривязанность	<b>5,00</b>	<b>3,30</b>	<b>4,77</b>	<b>38,00</b>	<b>0,001</b>
конфликтность	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>2,44</b>	<b>38,00</b>	<b>0,02</b>
самообвинение	3,00	3,00	0,00	38,00	1,00

Как видно из таблицы 16 статистически достоверные отличия по методике исследования самооотношения между результатами до и после

психологической подготовки получены по переменным: самоуверенность, саморуководство, самопринятие, самопривязанность, конфликтность.

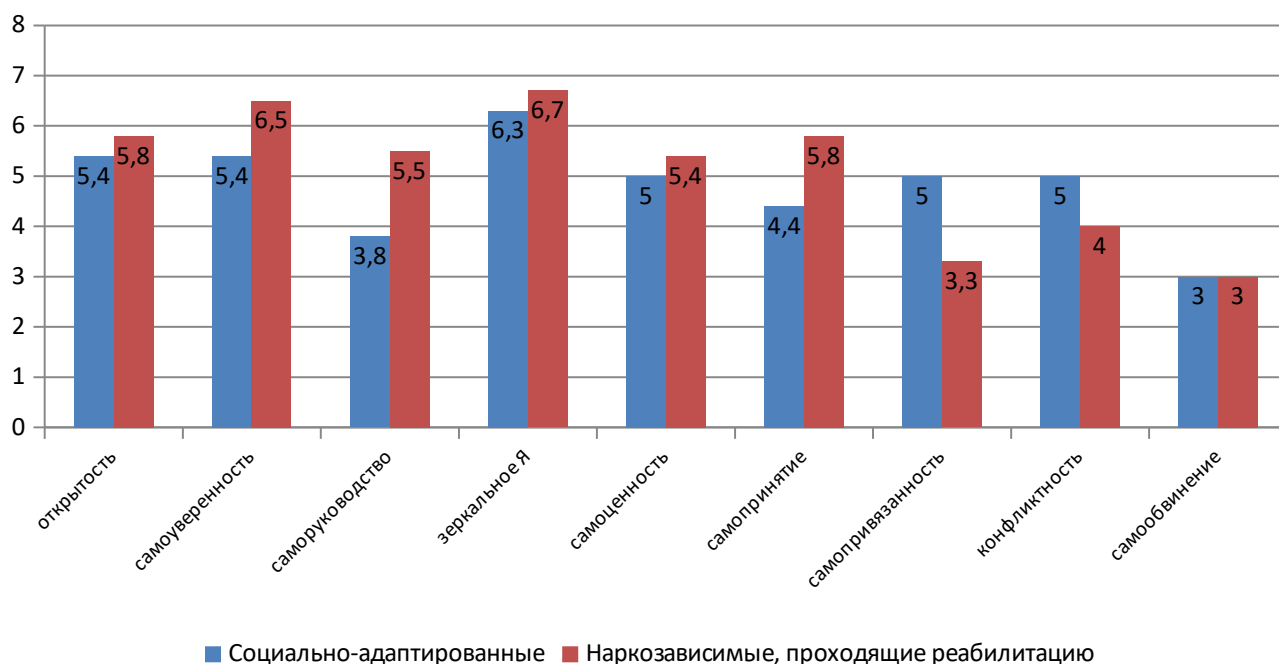


Рисунок 7. Показатели самооотношения

Показатели группы реабилитируемой группы выше показателей социально-адаптируемой группы данной выборки по переменным: самоуверенность, саморуководство, самопринятие. Показатели этой группы выше показателей группы реабилитируемых, данной выборки по переменным: самопривязанность и конфликтность.

Что свидетельствует, как нам кажется, о положительном изменении самооотношения данной выборки под воздействием психологической подготовки.

Таблица 18. Сравнительный анализ показателей испытуемых до воздействия и после по методике Спилбергера-Ханина

	Социально-адаптированные	Наркозависимые, проходящие реабилитацию	t-критерий	df	p-уровень
ситуативная	<b>50,95</b>	<b>40,00</b>	<b>4,03</b>	<b>38,00</b>	<b>0,001</b>
личностная	38,05	34,35	1,13	38,00	0,27

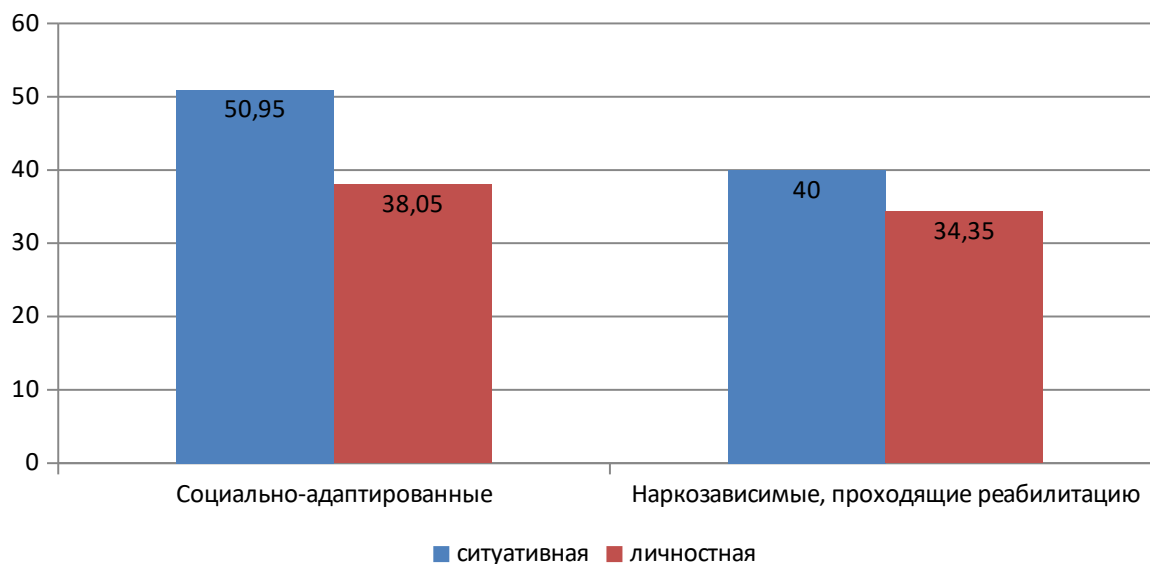


Рисунок 8. Показатели ситуативной и личностной тревожности у респондентов после психологической работы

Как видно из таблицы 18 статистически достоверные отличия по методике исследования ситуативной и личностной тревожности между результатами до и после психологической работы участников обеих групп данной выборки получены по переменной: ситуативная тревожность. Показатели группы реабилитируемых ниже показателей группы социально-адаптированных, данной выборки.

Как видно на рисунке 8 уровень ситуативной и личностной тревожности до проведения психологической подготовки находился в диапазоне высоких оценок. Второй замер продемонстрировал снижение ситуативной, но не личностной тревожности, хотя и видна тенденция снижения показателей после коррекционных занятий, но незначительно.

Ситуативная тревожность, возникает как реакция человека, чаще всего на социально-психологические стрессоры (ожидание негативной оценки или агрессивной реакции, восприятие негативного к себе отношения, угрозы своему самоуважению, престижу). По данному параметру показатели отличаются статистически значимо. Можно предположить, что наркозависимый под влиянием социально-психологического стрессора,

вследствие планомерной работы по преодолению зависимости от ПАВ, находились в состоянии тревоги, но под воздействием программы психологической подготовки обрели необходимое спокойствие или начали его обретать.

Напротив, личностная тревожность как черта, свойство, диспозиция дает представление об индивидуальных различиях в подверженности действию различных стрессоров. Является более устойчивой чертой и её коррекция требует более длительного времени и адресной работы с глубинными причинами, которые оказывали влияние длительное время.

### **Выводы по третьей главе**

Экспериментальное исследование было проведено в несколько этапов:

1. Констатирующий этап, на котором было выявлено состояние испытуемых, характеризующееся сниженным эмоциональным состоянием, повышенной тревожностью, депрессией, направленностью личности на саморазрушающее поведение, на негативное принятие ценностно-смысловой жизненной сферы.

2. Формирующий этап, длившийся на протяжении трех месяцев, и представляющий собой диалогированную КПТ-майндфулнесс модель реабилитации с элементами тренинга жизнестойкости.

Модель, представляет собой реабилитацию пациентов страдающих наркотической зависимостью, находящиеся в условиях стационара. К участию принимаются пациенты, начиная со второго этапа выздоровления (в стабильном физическом состоянии). В проекте принимают участие различные специалисты – психолог, психотерапевт, врачи, медицинский персонал, специалист по физической культуре, воспитатель.

Благодаря внедрению модели, увеличивается количество лиц, сумевших получить и суметь сохранить результат по избавлению от наркотической зависимости за счет того, что им будет оказана эффективная

помощь в реабилитации на основе разработанных и апробированных психотерапевтических техник.

В процессе реализации модели, расширялась информация о зависимости как явления, структуре зависимого мышления и средствах помощи (в том числе самопомощи), усиливалась мотивация на выздоровление через выполнение мотивационных упражнений. Кроме того, реабилитируемые, получали представления о механизмах копинговых стратегий и у них сформировались навыки копинга. Развивались способности совместной работы для повышения ответственности и самооценки, а также для усиления эффекта выздоровления за счет механизмов проекций и переноса.

3. Контрольный этап, на котором с помощью диагностического комплекса была оценена динамика состояния испытуемых. Так же на этом этапе нами проводился сравнительный анализ результатов исследования на различных этапах диагностики, сделан обобщающий вывод.

Данные математического анализа показали, что различия между показателями, качественно выделенными как различные на двух этапах исследования статистически значимы.

Таким образом, в ходе практического исследования нами было выявлено, что психологическая коррекция аффективных состояний достигается в процессе развития способности личности к рефлексии, при условии управления эмоциональным состоянием посредством использования приемов когнитивно поведенческой терапии, что означает доказанность гипотезы исследования.

## Заключение

Таким образом, рассмотрение теоретических оснований изучаемой проблемы, позволило выявить несколько промежуточных выводов. Во-первых, эмоции как объект изучения по сей день во многом остаются за гранью точных и однозначных дефиниций и дескрипций. История их изучения демонстрирует сложность и неоднозначность этого феномена. До сих пор остаются нерешёнными вопросы определения и происхождения эмоций, их места в психических реакциях, способы фиксации, а также их соотношения с когнитивными структурами. Всё ещё обсуждается роль эмоций как мотивационной системы (несмотря на то, что многим авторам, особенно из советско-российской школы, это кажется однозначным).

На данный момент продолжают мирно сосуществовать подчас противоположные теории эмоций. От Гербарта, создавшего интеллектуалистскую концепцию эмоций, до наших дней вопрос соотношения эмоций и рациональных элементов сознания остаётся открытым. А его решение напрямую определяет методологию и методику терапевтических практик. На заре научного изучения эмоциональной сферы большой вклад внесли физиологи, обращавшие внимание прежде всего на поведенческие и физиологические реакции. Активно обсуждался вопрос о влиянии эмоций на физиологические реакции и наоборот, а также воздействие бессознательных первичных эмоций на осознанные состояния. З. Фрейд задал новый вектор развитию темы эмоций, благодаря введению в научное поле понятия бессознательного. Бихевиоризм и когнитивистские концепции позволили увидеть механизмы управления эмоциями. Вклад поведенческих теорий состоит также в описании эмоционально-специфичных когнитивных процессов, вызывающих определенную эмоцию.

Ученые сходятся во мнении о том, что эмоции – это сложный психофизический феномен, связанный одновременно с переживаемыми и



осознаваемыми чувствами, физиологическими процессами в организме и внешними телесными проявлениями. Эмоции затрагивают самый глубинный, экзистенциальный уровень психики. Именно поэтому они носят сверхсубъективный характер, являясь одновременно реакцией на внешний раздражитель и способом переживания внутренних психокогнитивных процессов.

Похожая ситуация наблюдается и в теории неврозов. Поначалу невротические расстройства изучались медиками и физиологами, что наложило отпечаток на развитие темы и распространение биологического детерминизма в объяснении происхождения невротических расстройств. В то время много внимания уделялось клиническим проявлениям невроза.

Другая тенденция, которая наиболее полно проявила себя в связи с распространением психоанализа, вывела на первый план личностно-психологические и социально-личностные факторы, формирующие невротическое состояние индивида. Вообще психодинамические концепции дали, пожалуй, самый мощный толчок развитию темы, поставив в её центр не только осознание важности психических факторов как таковых, но и особенно сфокусировавшись на бессознательных процессах, как основной причины нервных расстройств.

Однако, не сам З. Фрейд, а его последователи внесли новые мысли и дали новое дыхание изучению неврозов. Так, Карен Хорни создаёт мощную, опирающуюся на богатый эмпирический материал теорию, которая соединила в себе как индивидуально-психическое, так и социальное объяснение данного феномена.

Серьёзную конкуренцию психодинамическим теориям составлял бихевиоризм, рассматривающий эмоциональное нарушение с точки зрения случайных условных реакций, возникших ранее в жизни пациента. Этого было явно недостаточно для функционального взгляда на проблему. Однако, из соединений идей психоанализа и бихевиоризма родилась когнитивно-поведенческая терапия, основателем которой стал Аарон Бек.

Поведенческая терапия, в свою очередь, прошла длительный путь развития. Зародившись в недрах классического бихевиоризма и теории условных рефлексов Павлова, она прошла через когнитивную революцию середины прошлого столетия, признав существенным влияние мыслительных процессов на реакции. Это позволило увидеть в индивиде не пассивного реактора, а активный субъект переработки информации, создающий в соответствии с этим свои интерпретации реальности. А последняя способна приводит к генерации эмоций.

Работы А. Бека и А. Эллиса положили начало новым методикам психотерапии, гораздо более коротким по времени и весьма эффективным, что подтверждается богатым эмпирическим материалом.

На современном этапе когнитивно-поведенческая терапия может эволюционировать в мультиметодологический подход, где наряду с когнитивными техниками применяются глубинные психоаналитические методики.

КПТ не является гомогенной в смысле идей, техник и направлений. Можно легко найти отличия даже в теориях её основателей. Вместе с тем, в настоящее время это направление развивается (как вглубь, так и вширь), видоизменяется и эволюционирует естественным образом. Однако главным остаётся акцент на когнитивных структурах и их влиянии на эмоции, а также работа по изменению поведения через изменение когниций.

Кроме того, в качестве выводов следует указать, что на сегодняшний день не существует общей, всеобъемлющей психологической теории аддикции, и ни одна из существующих моделей аддикций не является полностью удовлетворительной для объяснений и исследований полярности таких позиций как здоровая-нездоровая личность и конструктивная-деструктивная тенденция конкретной личности, что приводит к невозможности выделения характерологических черт, типов и форм поведения, по которым можно чётко различить понятия «аддикты-не аддикты», «привычное употребление – злоупотребление – зависимость».

В качестве основных причин, вызывающих наркотизацию, на мезоуровне можно назвать факторы, связанные с деструктивными семейными отношениями, негативным влиянием непосредственного социального окружения; на микроуровне – индивидуально-психологические особенности, в частности, наличие акцентуаций характера и др. Установлено, что в основе любой зависимости лежит негативное отношение к себе, неприятие окружающего мира и людей, что напрямую связано с эмоциональным состоянием и функционированием субъекта.

Среди особенностей наркотической зависимости выделяются сравнительно быстрое привыкание к наркотику и формирование синдрома зависимости, выраженные изменения реактивности организма, психическая и социальная дезадаптация. Наркозависимым свойственны психопатологии, аутичные реакции, депрессии и суицидальные проявления; наблюдаются расстройства невротического спектра, мотивационные, личностные нарушения, аффективные расстройства и нарушения пищевого поведения. Теоретический анализ изучения методов когнитивно поведенческой терапии позволит сформулировать и обосновать экспериментальный проект, направленный на оценку эффективности применения приемов когнитивно поведенческой терапии в целях регуляции эмоционального состояния.

Экспериментальное исследование было проведено в несколько этапов:

- Констатирующий этап, на котором было выявлено состояние испытуемых, характеризующееся сниженным эмоциональным состоянием, повышенной тревожностью, депрессией, направленностью личности на саморазрушающее поведение, на негативное принятие ценностно-смысловой жизненной сферы.

- Формирующий этап, длившийся на протяжении трёх месяцев, и представляющий собой проведение занятий по тренингу, основанных на приемах когнитивно поведенческой терапии.

- Контрольный этап, на котором с помощью диагностического комплекса была оценена динамика состояния испытуемых. Так же на этом

этапе нами проводился сравнительный анализ результатов исследования на различных этапах диагностики, сделан обобщающий вывод.

- Данные математического анализа показали, что различия между показателями, качественно выделенными как различные на двух этапах исследования статистически значимы.

Таким образом, в ходе практического исследования нами было выявлено, что психологическая коррекция аффективных состояний достигается в процессе развития способности личности к рефлексии, при условии управления эмоциональным состоянием посредством использования приемов когнитивно-поведенческой терапии, что означает доказанность гипотезы исследования.

## Библиографический список

1. Абрамова, А.В. Эмоции в свете психологии морали [Текст] / А.В. Абрамова // Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. – 2014. – №3. – С. 3-10.
2. Абульханова-Славская, К.А. Стратегия человеческой жизни [Текст] / К.А. Абульханова-Славская. – М., 1999. – 186 с. URL: <http://rubinstein-society.ru/cntnt/nauchnie-raboti/raboti-k-a-abulh/strategiya.html> (дата обращения: 04.12.2018).
3. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной [Текст] / А.Адлер. – М.: Академический проект, 2011. – 240 с.
4. Азанова, И.Н. Динамика эмоций как предмет эмпирического исследования (на примере радости и печали) [Текст] / И.Н. Азанова, Е.В. Левченко // Вестник Вятского государственного университета. – 2014. – № 1. – С. 80-86.
5. Александров, Ю.И. Эмоция и мораль [Текст] / Ю.И. Александров// Методология и история психологии. – 2008. – Том 3. – Вып. 3. – С. 186-208.
6. Андреев, Л. Г. Жан-Поль Сартр [Текст] / Л.Г. Андреев // Свободное сознание и XX век. – М.: Гелеос, 2004. – 416 с.
7. Апресян, В.Ю. Эмоции: современные американские исследования [Текст] / В.Ю. Апресян // Семиотика и информатика. – 1994. – Вып. 34. – С. 82-97.
8. Апресян, Ю.Д. Образ человека по данным языка: попытка системного описания [Текст] / Ю.Д. Апресян // Вопросы языкознания – 1995. – № 1. – С. 37-65.
9. Базылев, В.Н. Феноменология эмоций: гнев [Текст] / В.Н. Базылев // Язык, сознание, коммуникация: Сб. статей / Ред. В.В. Красных, А.И. Изотов. – М.: Диалог-МГУ, 1999. – Вып. 7. – С. 71-84.

10. Бахарева, О.С. Клинико-типологические особенности психических расстройств у детей и подростков в удэгейско-нанайской популяции приморского края: Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук (Специальность: 14.00.18 – Психиатрия) [Текст] / О.С. Бахарева. – Владивосток: Владивостокский государственный медицинский университет. – 2004. – 24 с.
11. Безносюк, Е.В. Психологический анализ и психопатологические феномены современной культуры [Текст] / Е.В. Безносюк //Российский психиатрический журнал. – 2003. – № 5. – С. 4-10.
12. Бек, А. Техники когнитивной психотерапии [Текст] / А.Бек //Московский психиатрический журнал. – Спецвыпуск по когнитивной терапии – 1996. – №3. – С. 40–49.
13. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии [Текст] / А.Бек, А.Раш, Б.Шо, Г.Эмери. – СПб.: Питер 2003. – 304 с.
14. Бек, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. Практикум по психотерапии [Текст] / А.Бек, А.Фримен. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
15. Бек, Дж.С. Когнитивная терапия: полное руководство [Текст] / Дж.С.Бек. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. – 400 с.
16. Белинская, Е.П. Совладание как социально-психологическая проблема. [Текст] / Е.П. Белинская //Психологические исследования (электронный научный журнал). – 2009. – №. 1(3). URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2009n1-3/54-belinskaya3.html> (дата обращения: 23.04.2018).
17. Бендриковский, А.М. Этнокультуральные и клинико-социальные особенности больных пограничными психическими расстройствами в Республике Коми: Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук (Специальность: 14.00.18 – Психиатрия) [Текст] / А.М. Бендриковский. – М., 2001. – 29 с.
18. Большой психологический словарь [Текст] / Сост. Б. Мещеряков, В. Зинченко. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. - 672 с

19. Бумке, О. Современное учение о неврозах [Текст] / О. Бумке, П. Шильдер; пер. с нем. М. Я. Когана; Предисловие Е. А. Шевалева. – Одесса, 1928. – 96 с.
20. Буянов, М.И. Размышления о наркомании [Текст] / М.И. Буянов. М.: Просвещение, 1990. – 80 с. URL: <https://www.livelib.ru/book/1001419092/about-razmyshleniya-o-narkomanii-m-i-buyanov>
21. Веккер, Л.М. Психика и реальность единая теория психических процессов [Текст] / Л.М. Веккер. – М.: Смысл, 1998. – 685 с. URL: <http://psylib.org.ua/books/vekk101/index.htm> (дата обращения: 10.06.2018).
22. Вилюнас, В.К. Основные проблемы психологической теории эмоция (Вступительная статья) [Текст] / В.К. Вилюнас // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 3-29.
23. Габиани, А.А. Кто такие наркоманы? [Текст] / А.А. Габиани // Социс. – 1992. – № 2. – С. 78-83.
24. Габиани, А.А. Наркотизм: вчера и сегодня [Текст] / А.А.Габиани. – Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1988. – 260 с. (дата обращения: 04.12.2018).
25. Гаранян, Н.Г. Практические аспекты когнитивной психотерапии [Текст] / Н.Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. – № 3. – С. 29–48
26. Гаранян, Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства [Текст] / Н.Г. Гаранян // Консультативная психология и психотерапия. –2013. – № 3. С. 46-72.
27. Гольдрин, С. Э. Особенности памяти и мышления больных героиновой наркоманией [Текст] / С.Э.Гольдрин // Наркология. – 2003. – № 5.
28. Горбунова, М.Ю. Эмоции как объект социологических исследований: библиографический анализ [Текст] / М.Ю. Горбунова, Лю.А. Фиглин // Социологические исследования. – 2010. – № 6. – С. 13-22.

29. Горбунова, М.Ю. Роль эмоций в управлении активностью социальных субъектов [Текст] / М.Ю. Горбунова // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2011. – № 1 (52). – Вып. 1. – С. 276-283.
30. Горбунова, М.Ю. Эмоции в социальном управлении: теоретическая модель [Текст] / М.Ю.Горбунова // Государственное управление. Электронный вестник. – 2011. – Вып. 26. URL: [http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item/26\\_2011gorbunova.htm](http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item/26_2011gorbunova.htm) (дата обращения: 23.04.2018)
31. Дашиева, Б.А. Пограничные нервно-психические расстройства у бурят и русских, учащихся сельских общеобразовательных школ: транскультуральный аспект: Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук (Специальность: 14.00.18 – Психиатрия) [Текст] / Б.А.Дашиева. – Томск: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, 2004. – 26 с.
32. Делхаас, Р. 120 вопросов об алкоголе и наркотиках [Текст] / Р.Делхаас. – К.: Сфера, 1999. – 104 с. URL: [https://www.twirpx.com/library/health/addicted/drug\\_addiction/](https://www.twirpx.com/library/health/addicted/drug_addiction/) (дата обращения: 04.12.2018).
33. Джемс, У. Что такое эмоция? [Текст] / У.Джемс // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 83-92.
34. Джонс, В. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться [Текст] / В.Джонс. – М., 2000. –128 с.
35. Дмитриева, Н.В. Психология аддиктивного поведения [Текст] / Н.В. Дмитриева, Д.В.Четвериков. Новосибирск, 2002. – 278 с.
36. Дмитриева, Т.Б. Этнокультуральная психиатрия [Текст] / Т.Б.Дмитриева, Б.С.Положий. – М.: Медицина, 2003. – 448 с.



37. Додонов, Б.И. О так называемой информационной теории эмоций [Текст] / Б.И. Додонов // Психологический журнал. – 1983. – № 2. – С. 104-116.
38. Додонов, Б.И. Классификация эмоций при исследовании эмоциональной направленности личности [Текст] / Б.И. Додонов // Вопросы психологии. – 1976. – № 6.
39. Евдокимова, Т.Е. Психическое здоровье бачатских телеутов (клинико-демографическая характеристика): Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук (Специальность: 14.00.18 – Психиатрия) [Текст] / Т.Е. Евдокимова. – Белово: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН, 2004. – 26 с.
40. Жане, П. Психический автоматизм. Экспериментальное исследование низших форм психической деятельности человека [Текст] / П. Жане. – СПб.: Наука, 2009. – 500 с.
41. Жарких, А.А. Программа психологической коррекции мотивационно-смысловой сферы наркозависимых осужденных [Текст] / А.А. Жарких. – М., 2012. – 125 с.
42. Жежелевская, А.А. Распознавание эмоций как компонент эмоционального интеллекта [Текст] / А.А. Жежелевская, В.В. Подпругина // Вестник МГЛУ. – 2010. – Вып. 7(586). – С. 210-218.
43. Захаров, А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез [Текст] / А.И. Захаров. – Л.: Медицина, 1988. – 244 с.
44. Зейгарник, Б.В. Патопсихология [Текст] / Б.В. Зейгарник. – М.: Academia, 2000. – 205 с.
45. Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д. Психотерапия зависимостей. Метод сказкотерапии [Текст] / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб., 2004.
46. Змановская, Е. В. Девиантное поведение личности и группы [Текст] / Е.В. Змановская, В.Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2011. – 352 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/1560030/> (дата обращения: 04.12.2018).

47. Изард, К.Э. Психология эмоций [Текст] / К.Э.Изард / Пер. с англ. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 464 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/1312857/> (дата обращения: 10.06.2018).
48. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства [Текст] / Е.П.Ильин. – СПб.: Питер, 2017. – 784 с.
49. Илюк, Р.Д. Особенности эмоционально-волевой сферы наркозависимых и их роль в прекращении потребления психоактивных веществ: пособие для врачей [Текст] / Р.Д.Илюк, Д.И.Громыко, И.В. Берно-Беллекур. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2009. – 35 с. URL: [http://www.bekhterev.ru/upload/documents/2009\\_03.pdf](http://www.bekhterev.ru/upload/documents/2009_03.pdf) (дата обращения: 04.12.2018).
50. Кандель, Э.Р. Век самопознания. Поиски бессознательного в искусстве и науке с начала XX века до наших дней [Текст] / Э.Р.Кандель. – М.: CORPUS, 2016. URL: [http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=19403900](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=19403900) (дата обращения: 21.06.2018).
51. Карпов, А.М. Интеллектуальные, эмоциональные и волевые ресурсы современной молодежи в противодействии наркоагрессии // Инновационные технологии профилактики наркотизма. Опыт реализации муниципальных антинаркотических программ [Текст] / А.М.Карпов. – Уфа: Информреклама, 2007.
52. Карпович, А.Е. Эмоции в жизни человека [Текст] / А.Е.Карпов// Психическое и психологическое здоровье человека в 21 веке: правовые, политические, социально-экономические и гуманитарные аспекты / Под общ. ред. В. В. Пономарева, М. А. Писаревской // Материалы международной научно-практической конференции (24-25 ноября 2016 года г. Новороссийск) – Новороссийск: Московский гуманитарно-экономический институт (Новороссийский филиал) – Ставрополь: Логос, 2016. – С. 77-80.
53. Кеннон, В. Физиология эмоций. Телесные изменения при боли, голоде, страхе и ярости [Текст] / В.Кеннон/ Пер.с англ. В. А. Дорфмана и А. Г.

Кратинова /Под ред. и с предисл. В. М. Завадовского. – Л.: Рабочее изд-во «Прибой», 1927. – 175 с.

54. Китаев-Смык, Л.А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти [Текст] / Л.А.Китаев-Смык. – М: Смысл, 2012 – 464 с.

55. Клейнман, П. Психология. Люди, концепции, эксперименты [Текст] / П.Клейнман /Пер. с англ. О. Медведь. – М.: Манн, Иванов и Фербер; 2015. – 280 с.

56. Кобзева, И.В. Профилактика наркотизма несовершеннолетних в образовательных учреждениях (криминологический и правовой аспекты) / Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. юр. Наук [Текст] / И.В.Кобзева. Рязань, 2003. – 22 с.

57. Кобякова, Т.С., Первичная профилактика наркозависимости: Концепция программы организации и развития подросткового добровольческого движения [Текст] / Т.С.Кобзева, О.А.Смердов. М., 2000. – 120 с

58. Ковпак, Д.В. Использование отдельных видов когнитивно-поведенческой терапии «третьей волны» и концепта майндфулнесс в терапии хронической боли и депрессии [Текст] / Д.В.Ковпак //Психосоматика и саморегуляция. – 2016. – № 1(5). – С. 30-42.

59. Ковпак, Д.В. Вклад отечественных ученых в развитие когнитивно-поведенческой терапии [Текст] / Д.В.Ковпак // I Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. – СПб : СИНЭЛ, 2015. – С. 28-36.

60. Ковпак, Д.В. Практическая методология Когнитивно-Поведенческой Терапии [Текст] / Д.В.Ковпак // I Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. – СПб : СИНЭЛ, 2015. – С. 23-27.

61. Козлов, А.Б. Этнокультуральные особенности распространенности и клиники невротических и соматоформных расстройств среди населения Чувашской Республики: Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук

- (Специальность: 14.00.18 – Психиатрия) [Текст] / А.Б.Козлов. – М. 2001. – 22 с.
62. Колесов, Д.В. Эволюция психики и природа наркотизма [Текст] / Д.В.Колесов. – М.: Медицинская пресса, 2000. – 224 с.
63. Комлев, Ю.Ю. От социологического изучения феномена к обновлению антинаркотических практик [Текст] / Ю.Ю.Комлев // Социс. – 2005. – №. 6. – С. 95-101. URL: <http://www.isras.ru/files/File/Socis/2005-6/komlev.pdf> (дата обращения: 04.12.2018).
64. Корабельникова, Е.А. Клинико-психофизиологические закономерности формирования невротического синдрома: Дисс. на соиск. уч. степ. докт. мед. наук (Специальность: 14.00.13 – Нервные болезни) [Текст] / Е.А.Корабельникова. – М.: Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, 2004. – 291 с.
65. Королева, Е.Г. Роль личностного фактора в этиологии неврозов [Текст] / Е.Г.Королева // Психиатрия. Психотерапия и клиническая психология: материалы конф., посв. 90-летию кафедры психиатрии и мед. психологии Белорус. гос. мед. ун-та. - Минск : Профессиональные издания, 2015. – С. 54-57. URI <http://rep.bsmu.by/handle/BSMU/11874> (дата обращения 17.07.2018).
66. Королева, Е.Г. Отдельные вопросы этиологии [Текст] / Е.Г.Королева, Д.М.Зубрицкая // Клинико-психологические аспекты медицинской практики: материалы областной научно-практической конференции, посвящённой 20-летию медико-психологического факультета УО «ГрГМУ», Гродно, 25 октября 2013 г. / Отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – С. 115-119.
67. Костоусова, Э. Т. Психологический аспект изучения взаимосвязи языка и эмоций [Текст] / Э.Т.Костоусова // Актуальные вопросы филологической науки XXI века: сборник статей по материалам III Всероссийской научной конференции молодых ученых с международным

- участием (8 февраля 2013 г.). Ч. 1. – Екатеринбург: УрФУ, 2013. – С. 258-260.  
URL: <http://hdl.handle.net/10995/25332> (дата обращения: 23.04.2018).
68. Кривцова, С.В. Вступит. ст. к кн. «Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций» [Текст] / С.В.Кривцова // Лэнгле А. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций: Пер. с нем. / Вступ. ст. С.В. Кривцовой. – 3-е изд. – М.: Генезис, 2013 – С. 5-19.
69. Куликов, С.Б. Философский анализ становления современной теории эмоций [Текст] / С.Б.Куликов // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2010. – Выпуск 5. – С. 12-15.
70. Кусаинов А. А. Негативные психопатологические синдромы в клинике героиновой наркомании [Текст] / А.А.Кусаинов. – Алмата: Тисин, 2010. – 24 с. URL: <http://www.libed.ru/knigi-nauka/233866-1-kusainov-negativnie-psihopatologicheskie-sindromi-klinike-geroinovoy-narkomanii-pavlodar-2011-bbk-kusainov-neg.php> (дата обращения: 04.12.2018).
71. Кучеренко, А.В. Эмоция как одна из отправных точек трансцендентальной феноменологии [Текст] / А.В.Кучеренко // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. – Серия философия. – 2009. – №3. – Том 1. – С. 9-10.
72. Ланге, К.Г. Душевные движения: Психофизиол. этюд д-ра Г. Ланге, проф. Копенгаген. ун-та [Текст] / К.Г.Ланге / Пер. М.Н. – Санкт-Петербург : Ф.Ф. Павленков, 1896. – 89 с.
73. Литвак, М.Е. Неврозы: клиника, профилактика и лечение [Текст] / М.Е.Литвак. Изд. 3-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 279 с.
74. Лурия, А.Р. Язык и сознание [Текст] / А.Р.Лурия. Под ред. Е.Д. Хомской. – Ростов/н/Д: Феникс, 1998. – 416 с. URL: <http://pedlib.ru/Books/1/0170/index.shtml> (дата обращения: 04.12.2018).
75. Лысенко, И.С. Психологические конфликты у больных с невротическими расстройствами: Дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук

- (Специальность 19.00.04 — медицинская психология) [Текст] /И.С.Лысенко. – СПб.: НМИЦПИН им. В.М. Бехтерева 2017. – 200 с.
76. Лэнгле, А. Person. Экзистенциально аналитическая теория личности [Текст] / А.Лангле. – М.: Генезис, 2005. – 159 с.
77. Лэнгле, А. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций [Текст] / А.Лангле. Пер. с нем. / Вступ. ст. С.В. Кривцовой. – 3-е изд. – М.: Генезис, 2013 – 235 с.
78. Малкина-Пых, И.Г. Психология поведения жертвы [Текст] /И.Г.Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2006. – 1008с.
79. Малыгин, В.Л. Интернет-зависимое поведение. Клиника, проблемы диагностики. Подходы к профилактике и психологической коррекции – Москва [Текст] / В.Л.Малыгин// Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация: Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 22-23.04.2011, Москва / ред. В.В. Барцалкина, Н.Б. Флорова, В.В. Аршинова. – Москва : МГППУ, 2011. – С. 143-147.
80. Маслечкина, С.В. Выражение эмоций в языке и речи [Текст] / С.В.Маслечкина //Вестник Брянского госуниверситета. – 2015. – №3. – С. 231-236
81. Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина [Текст] / В.Д.Менделевич, С.Л.Соловьева – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
82. Менделевич, В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты) [Текст] / В.Д.Менделевич. – М.: Медпрессинформ, 2003. – 328 с.
83. Мертон, Р. Социальная структура и аномия [Текст] / Р.Мертон //Социология преступности (Современные буржуазные теории) – Москва: «Прогресс», 1966. – С. 299-313. URL: [https://scepsis.net/library/id\\_632.html](https://scepsis.net/library/id_632.html) (дата обращения: 04.12.2018).
84. Милтон, Дж. Психоанализ и когнитивно-поведенческая терапия — конкурирующие парадигмы или общая почва? [Текст] / Дж.Мильтон //

Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – № 4. URL: <http://www.rebt.ru/content/dzh-milton-psihoanaliz-i-kognitivno-povedencheskaya-terapiya-konkuriruyushchie-paradigmy-ili#.WusHnoiFPIU> (дата обращения: 23.04.2018).

85. Миневич, В.Б. Три модели неврозов или к вопросу о способах существования и несуществования драконов [Текст] / В.Б.Миневич, С.А.Рожков // Психиатрия в контексте культуры. Вып. 3: Врач - больной - общество: Сб. науч. тр. Томск; Улан-Удэ, 1995. – С. 4-77.

86. Минко, А.И. Наркология в вопросах и ответах [Текст] / А.И.Минко, И.В.Линский. – Ростов-на-Дону: Феникс; Харьков: Торсинг, 2004. – 480 с.

87. Мукамбетов, А.С. Этнокультуральные особенности адаптационного образа болезни у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами: Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук (Специальность: 14.00.18 – Психиатрия) [Текст] / А.С.Мукамбетов. – Бишкек: Кыргызско-Российский Славянский Университет, 2009. – 24 с.

88. Мясичев, В.Н. Личность и неврозы [Текст] / В.Н.Мясичев. – М.: Книга по Требованию, 2013. – 426 с.

89. Мясичев, В.Н. Психология отношений [Текст] / В.Н.Мясичев. – М.: Издательство «Институт практической психологии»; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 1998. – 368 с. URL: [http://alextoman.ru/wp-content/uploads/2012/12/psihologiya\\_otnosheniy-%D0%9C%D1%8F%D1%81%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%B2.pdf](http://alextoman.ru/wp-content/uploads/2012/12/psihologiya_otnosheniy-%D0%9C%D1%8F%D1%81%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%B2.pdf) (дата обращения: 04.12.2018).

90. Назыров, Р.К. Отношение к болезни и лечению, интра- и интерперсональная конфликтность и копинг-поведение больных неврозами: Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. Наук [Текст] / Р.К. Назыров. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 1993. – 20 с.

91. Никитин, В.Н. Арт-терапия: Учебное пособие [Текст] / В.Н.Никитин. – М.: Когито-Центр, 2014. – 328. URL: <https://www.litmir.me/br/?b=259106&p=1> (дата обращения: 10.06.2018).

92. Николаев, Е.Л. Интегративные тенденции психотерапии в контексте взаимодействия культур [Текст] / Е.Л.Николаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – №3. С. – 63-68.
93. Николаев, Е.Л. Многоуровневый диагностический подход: учет культуральной специфики [Текст] / Е.Л.Николаев // Материалы 1-й науч.-практ. конф. психиатров и наркологов Южного фед. округа. – Ростов н/Д., 2004. – С. 340-342.
94. Николаев, Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры [Текст] / Е.Л.Николаев. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. – 384 с.
95. Николаев, Е.Л. Психотерапия и этнокультуральные аспекты её эффективности (аналитический обзор) [Текст] / Е.Л.Николаев // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 62-67.
96. Николаев, Е.Л. Современные направления исследования пограничных психических расстройств [Текст] / Е.Л.Николаев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2007. – № 3. – С. 8-49.
97. Николаев Е.Л.. Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: клинические, психологические и социальные реалии, [Текст] / Е.Л.Николаев, Ю.В.Игнатъев, Д.М. Мухамдиев. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2013 – 378 с.
98. Николаев, Е.Л. Динамика научных представлений о неврозах: от биологической модели – к культурной [Текст] / Е.Л.Николаев, Е.С.Суслова. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 5. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 09.04.2018).
99. Новая философская энциклопедия: в 4 т. 2-е изд., испр. и допол. / Институт философии РАН; Национальный общественно-научный фонд / Председатель научно-редакционного совета В.С. Степин. – М.: Мысль, 2010. URL: <https://iphlib.ru/greenstone3/library/collection/newphilenc/> (дата обращения: 23.04.2018).



100. Нойфельд, В. Mindfulness и acceptance and commitment therapy — направления третьей волны когнитивно-поведенческой терапии [Текст] / В.Нойфельд // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2013. – Т. 4. – С. 43-44. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/36916> (дата обращения: 08.07.2018).
101. Нюнберг, Г. Принципы психоанализа и их применение к лечению неврозов [Текст] / Г.Нюнберг. М.: Изд-во Университетская книга, Институт общегуманитарных исследований, 1999 – 368 с.
102. Овсепян, А.О. Эмоции и языковая картина мира [Текст] / А.О.Овсепян //Профессиональная коммуникация: актуальные вопросы лингвистики и методики. – 2013. – №6. – С. 178-186.
103. Овсепян, Н.О. Лексические средства выражения негативных эмоций (на примере немецкого языка) [Текст] / Н.О.Овсепян. URL: <http://docplayer.ru/40179927-Leksicheskie-sredstva-vyrazheniya-negativnyh-emociy-na-primere-nemeckogo-yazyka.html> (дата обращения: 10.06.2018).
104. Падун, М.А. Регуляция эмоций и её нарушения [Текст] / М.А.Падун// Психологические исследования. – 2015. – Т. 8, – № 39. – С. 5. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 21.06.2018).
105. Перепелкина, Т.Е. Особенности использования методов когнитивно поведенческой терапии в коррекции невротических нарушений у детей дошкольного возраста [Текст] / Т.Е.Перепелкина //Альманах современной науки и образования. – 2012. – № 7 (62). – С. 105-110.
106. Перлз, Ф. Гештальт-подход. Свидетель терапии [Текст] / Ф.Перлз. – М.: Изд-во института психотерапии, 2001. – 224 с.
107. Петухов, В.В. Основные аспекты изучения эмоций // Общая психология: тексты: в 3 томах [Текст] / Ред. В.В. Петухов; ред.-сост. Ю.Б. Дормашев, С.А. Капустин. – Изд. 2-е, исправленное и дополненное. – Том 2. – Книга 1: Субъект деятельности. – М.: Психология: Генезис, 2002. – 671 с.
108. Попов, С.Н. Онтология эмотивности [Текст] / С.Н.Попов // Известия Алтайского государственного университета 2001. – №4. – С, 90-96.

109. Прейгерман, Л.М. Разум и эмоции [Текст] / Л.М.Прейгерман// Государственная служба и кадры. – 2015. – №3. – С. 66-72.
110. Психология мотивации и эмоций [Текст] / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. – М.: АСТ: Астрель, 2009. – 704 с.
111. Психология эмоций. Тексты [Текст] / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 288 с. URL: // <http://pedlib.ru/Books/1/0333/index.shtml> (дата обращения 21.06.2018).
112. Психофизиология: Учебник для вузов. 4-е изд. [Текст] / Под ред. Ю. И. Александрова. – СПб.: Питер, 2014. – 464 с.
113. Пырьев, Е.А. Диагностика эмоций и мотивации [Текст] /Е.А.Пырьев // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – Т. 17. – №1(3). – 2015. – С. 656-661.
114. Пырьев, Е.А. Мотивационная функция эмоций в «теории связей» [Текст] /Е.А.Пырьев // Известия Российского государственного педагогического университета имени А. И. Герцена. – 2015. – № 177. – С. 35-42.
115. Пырьев, Е. А. Оценка мотивационных возможностей эмоций [Текст] / Е.А.Пырьев // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – Т. 15. – №2(4). – 2013. – С. 972-976.
116. Пырьев, Е. А. Эмоциональные состояния, мотивирующие поведение человека [Текст] /Е.А.Пырьев // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2012. – Вып. № 133. – С. 288-294..
117. Пырьев, Е.А. Мотивационные возможности эмоций и потребностей: сравнительный анализ [Текст] /Е.А.Пырьев // Вестник ОГУ. – Гуманитарные науки. – 2012. – №9 (145). – С. 35-42.
118. Пырьев, Е.А. Проблемные вопросы исследования эмоциональных мотивов в поведении человека [Текст] /Е.А.Пырьев // Вестник Бурятского государственного университета. – 2011. – № 5. – С. 7-11.

119. Пырьев, Е. А. Эмоции в системе психического отражения и мотивации поведения человека [Текст] /Е.А.Пырьев // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2012. – № 2. – С. 232-236.
120. Пырьев, Е. А. Эмоциональная мотивация личности как многоуровневая система [Текст] /Е.А.Пырьев // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2012. – Т. 14. – № 2-4. – С. 973-978.
121. Пырьев, Е. А. Эмоциональные отношения в структуре мотивации человека [Текст] /Е.А.Пырьев // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2013. – № 155. – С. 53-61.
122. Пырьев, Е. А. Эмоциональные состояния, мотивирующие поведение человека [Текст] /Е.А.Пырьев // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2012. – № 133. – С. 288-294.
123. Радюк, О.М. Логика изменений в процессе терапии тревожных расстройств, или почему поведенческие методы не могут быть заменены когнитивно-поведенческими [Текст] / О.М.Радюк // I Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. – Санкт-Петербург: СИНЭЛ, 2015. – С. 5-13.
124. Разоренова, Ю.А. Эмотивность как объект изучения лингвистики и психологии [Текст] / Ю.А. Разоренова, П.Е.Шляхова // В мире науки и искусства: вопросы филологии, искусствоведения и культурологии: сб. ст. по матер. LIII междунар. науч.-практ. конф. № 10(53). – Новосибирск: СибАК, 2015. – С. 33-40.
125. Репина, Л. Л. Этнокультуральные особенности клинической феноменологии невротических расстройств и специфика защитных психологических механизмов (на примере сравнения удмуртской и русской субпопуляций): Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук (Специальности: 14.00.18 – Психиатрия; 19.00.04 – Медицинская психология) [Текст] / Л.Л.Репина. – Казань: Казанский государственный медицинский университет, 2004 – 24 с.

126. Роджерс, К. Взгляд на психотерапию. Становление человека [Текст] / К.Роджерс. – М.: Аспект-Пресс, 1994. – 372 с. URL: <https://www.e-reading.club/book.php?book=1048818> (дата обращения 04.12.2018).
127. Роджерс, К. Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в области практической работы [Текст] / К.Роджерс. – М.: Апрель-пресс: Эксмо-Пресс, 1999. – 462 с. URL: <https://www.e-reading.club/book.php?book=1048819> (дата обращения 04.12.2018).
128. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии [Текст] / С.Л.Рубинштейн. – Спб.: Питер, 2002. – 720 с. URL://[http://yanko.lib.ru/books/psycho/rubinshteyn=osnovu\\_obzhey\\_psc.pdf](http://yanko.lib.ru/books/psycho/rubinshteyn=osnovu_obzhey_psc.pdf) (дата обращения 21.06.2018).
129. Сарсембаев, К.Т. Распространенность невротических расстройств в населении по данным эпидемиологического исследования: Дисс. на соиск. уч. степ. докт. мед. наук (Специальность: 14.00.18 – Психиатрия) [Текст] / К.Т.Сарсембаев. – М., 2003. – 300 с.
130. Сарсембаев, К.Т. Факторы прогноза невротических расстройств // Вестник Казахского Национального медицинского университета [Текст] / К.Т.Сарсембаев. – 2010. – №. 5. Часть 1. – С. 189-194.
131. Сартр, Ж.-П. Очерк теории эмоций // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 120-138.
132. Симонов, П.В. Потребностно–информационная теория эмоций [Текст] / П.В.Симонов // Вопросы психологии. 1982, N 6. – С. 44–56.
133. Симонов, П.В. Эмоциональный мозг [Текст] / П.В.Симонов. – М.: Наука, 1981 – 216 с.
134. Словарь психолога-практика [Текст] /Сост. С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 2001. – 975 с.
135. Смит, Д. В. Феноменология [Текст] / Д.В.Смит // Стэнфордская энциклопедия философии / Ред. Эдвард Н. Залта. Пер. с англ. В.В. Васильева. URL: <http://philosophy.3-core.ru/fenomenologiya> (дата обращения: 08.06.2018).

136. Солсо, Р. Когнитивная психология [Текст] / Р.Солсо. – СПб.: Питер, 2006. – 589 с.
137. Сосин, И.К. Наркология [Текст] / И.К.Сосин, Ю.Ф.Чуев. – Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с.
138. Сулова, Е.С. Клинико-психологические характеристики дискурсивного типа личности у пациентов с невротическими расстройствами: Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. псих. наук. (Специальность: 19.00.04 - медицинская психология) [Текст] / Е.С.Сулова. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2009. – 26 с.
139. Таукенова, Л.М. Кросскультуральные исследования личностных и межличностных конфликтов, копинг-поведения и механизмов психологической защиты у больных неврозами: Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук (Специальности: 14.00.18 – Психиатрия; 19.00.04 - Медицинская психология) [Текст] / Л.М.Таукенова. – СПб: Психоневрологический Институт им. В.М. Бехтерева, 1995. 24 с.
140. Тихомиров, О. К. Психология мышления [Текст] / О.К.Тихомиров. – М.: Академия, 2002. – 288 с.
141. Торопова, И. В. Феноменология эмоций [Текст] / И.В.Торопов // Общество и право. – 2006. – №4(14). – С. 91-92.
142. Турсынов, Н.И. Современные подходы к лечению неврозов у взрослых и детей [Текст] / Н.И. Турсынов, М.А.Григолашвили // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2016. – №2(43). – С. 52-55.
143. Тхостов, А.Ш. Феномен «злокачественного инфантилизма» как патология культуры [Текст] / А.Ш.Тхостов, И.В.Плужников // Материалы Российской конференции Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии. Москва, 9-11 октября 2007 г. – М.: Российское общество психиатров, 2007. – С. 202-203.
144. Тхостов, А.Ш. Культура и патология: побочные эффекты социализации [Текст] /А.Ш.Тхостов, К.Г.Сурнов// Национальный психологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 20-27.

145. Уолен, С., ДиГусепп Р., Уэслер Р. Рационально-эмотивная психотерапия: когнитивно-бихевиоральный подход [Текст] / С.Уолен, Р. ДиГусепп, Р. Уэслер. М.: Институт Гуманитарных Знаний, 1997. – 257 с.  
URL: <http://www.rebt.ru/books/digussepp#.WvJibJcrnIX> (дата обращения: 09.05.2018).
146. Федоров, А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия [Текст] / А.П.Федоров. – СПб: Питер, 2002. – 352 с.
147. Федосина, С.С. Концепт «эмоция» и его субконцепты в научных теориях эмоциональных явлений [Текст] / С.С.Федосина // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2011. – Вып. 1(5). – С. 61-65.
148. Фенихель, О. Психоаналитическая теория невроза [Текст] / О.Фенихель Пер. с англ., вступ. ст. А.Б. Хавина. — М.: Академический Проект, 2015. — 620 с.
149. Фестингер, Л. Теория когнитивного диссонанса [Текст] / Л.Фестингер. – СПб.: Ювента, 1999. 317 с.
150. Франова, И. В. Эволюция теоретико-методологических оснований когнитивной психотерапии: Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. псих. н. (Специальность 19.00.01 – общая психология, психология личности, история психологии) [Текст] / И.В. Франова – М.: МГППУ, 2009. – 28 с.
151. Франова, И.В. Теоретико-методологические основания рационально-эмотивной поведенческой терапии А. Эллиса [Текст] / И.В.Франова// Вестник Томского государственного университета. – 2007. – №305. – С. 174-177.
152. Фрейд, З. Основные психологические теории в психоанализе [Текст] / ЗюФрейд / Пер. М.В. Вульф, А.А. Спектор. – М.: АСТ, 2006. – 400 с.
153. Фромм, Э. Иметь или быть? [Текст] / Э.Фромм. – М.: Прогресс, 1990. – 330 с.

154. Фурст, Дж.Б. Невротик его среда и внутренний мир [Текст] / Дж.Б.Фурст /Пер. Я. Г. Бронина и Е. Н. Марциновской. – М.: Издательство иностранной литературы, 1957 – 375 с.
155. Хабибова, Н. Е. Добровольное тестирование в системе профилактики наркотизма (социологический аспект) [Текст] / Н.Е.Хабибова // Вестник Челябинского государственного университета. – М.: Сирит, 2012. – № 4. – С. 154-156. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dobrovolnoe-testirovanie-v-sisteme-profilaktiki-narkotizma-sotsiologicheskiiy-aspekt> (дата обращения: 04.12.2018).
156. Харитонов, С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии [Текст] / С.В.Харитонов. – М.: Психотерапия, 2009. – 176 с.
157. Хейли Д. Эволюция психотерапии: Том 2. «Осень патриархов» №: психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. [Текст] / Д.Хейли/ Пер. с англ. – М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. – 416 с.
158. Холмогорова, А.Б. Когнитивная психотерапия и перспективы её развития в России (вступительная статья редактора-составителя) [Текст] / А.Б.Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал – 2001. – № 4. – С. 6–17.
159. Холмогорова А.Б. Отечественная психология мышления и когнитивная психотерапия [Текст] / А.Б.Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 165–181.
160. Холмогорова, А.Б. Философско-методологические аспекты когнитивной психотерапии [Текст] / А.Б.Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. – № 3. – С. 7 – 28.
161. Холмогорова, А. Б. Культура, эмоции и психическое здоровье [Текст] / А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян // Вопросы психологии – 1999. – № 2. – С. 61-74.
162. Холмогорова, А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы

развития [Текст] / А.Б.Холмогорова. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 23.04.2018).

163. Холмогорова, А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? [Текст] / А.Б.Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. – 2016. – №2. – С. 16-21.

164. Холмогорова, А.Б. Работа с убеждениями: основные принципы (по А. Беку) [Текст] / А.Б.Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 87–109.

165. Холмогорова, А.Б. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств [Текст] / А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. – № 3. С. 112–140.

166. Холмогорова, А.Б. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс [Текст] / А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян. – М.: МГППУ, 2006. – 112 с.

167. Хорни, К. Невроз и рост личности : борьба за самореализацию [Текст] / К.Хорни. – Москва : Академический проект, 2008. – 400 с.

168. Хорни, К. Самоанализ [Текст] / К.Хорни / Под ред. А. Боковикова. – М.: Эксмо-Пресс, 2002. – 448 с. URL: <http://psyberia.ru/book/samoanalisis.pdf> (дата обращения: 04.12.2012).

169. Хорошко, В.К. Учение о неврозах [Текст] / В.К.Хорошко. – М.: Медгиз, 1943. – 155 с.

170. Черева, Т.Н. Студенческий» невроз: причины возникновения [Текст] / Т.Н.Черева // Вестник КемГУ. – 2010. – №2(42) . – С. 79-83.

171. Черкесов, В. Наркотизм — угроза обществу и государству в эпоху глобализации [Текст] / В.Чересов // Наркомат. – 2004. – №13. – С. 2-3.



172. Шабалина, В. Зависимое поведение школьников [Текст] / В.Шабалина. URL: <http://www.narcom.ru/parents/parents/19.html> (дата обращения: 04.12.2012).
173. Шабалина, В. В. Психология зависимого поведения: на примере поведения, связанного с употреблением наркотиков и других психоактивных веществ [Текст] / В.В.Шабалина. – СПб.: Изд-во СПб. гос. ун-та, 2004. – 334 с.
174. Шабанов, П.Д. Наркомании: психопатология, клиника, реабилитация [Текст] / П.Д.Шабанов, О.Ю.Штакельберг. Изд-во 2-е, перераб. и доп. – СПб.: Изд-во «Лань», 2000. – 364 с.
175. Шадриков, В.Д. Введение в психологию: эмоции и чувства [Текст] / В.Д.Шадриков. – М.: Логос, 2002. – 156 с.
176. Шаховский, В.И. Лингвистика эмоций: основные проблемы, результаты и перспективы [Текст] / В.И.Шаховский //Мир лингвистики и коммуникации: электронный научный журнал. – 2008. – Т. 1. – № 10. – С. 8-12. URL: [http://tverlingua.ru/archive/010/2\\_10.htm](http://tverlingua.ru/archive/010/2_10.htm) (дата обращения: 12.03.2012).
177. Шаховский, В. И. Лингвистическая теория эмоций: монография [Текст] / В.И.Шаховский. – М.: Гнозис, 2008. – 416 с.
178. Шаховский, В. И. Что такое лингвистика эмоций [Текст] / В.И.Шаховский //Мир лингвистики и коммуникации: электронный научный журнал. – 2008. – Т. 1. – № 12. – С. 22-30. URL: <http://tverlingua.ru/> (дата обращения: 23.04.2018).
179. Шаховский, В. И. Эмоции – мотивационная основа человеческого сознания [Текст] / В.И.Шаховский //Вопросы психолингвистики. – 2006. – № 4. – С. 64-69.
180. Шаховский, В.И. Эмоции как объект исследования в лингвистике [Текст] / В.И.Шаховский // Вопросы психолингвистики. – 2009. – № 9. – С. 29-42.

181. Шаховский, В. И. Эмоции как объект исследования в лингвистике [Текст] / В.И.Шаховский // Вопросы психолингвистики. – 2009. – № 9. – С. 29-43.
182. Шаховский, В.И. В начале была... эмоция [Текст] / В.И.Шаховский // Мир лингвистики и коммуникации: электронный научный журнал. – 2008. – Т. 1. – № 11. – С. 19-23. URL: [http://tverlingua.ru/archive/011/3\\_2\\_11.htm](http://tverlingua.ru/archive/011/3_2_11.htm) (дата обращения: 11.06.2018).
183. Шаховский, В.И. Лингвистика эмоций: основные проблемы, результаты и перспективы [Текст] / В.И.Шаховский // Мир лингвистики и коммуникации: электронный научный журнал. – 2008. – Т. 1. – № 10. – С. 8-12. URL: [http://tverlingua.ru/archive/010/2\\_10.htm](http://tverlingua.ru/archive/010/2_10.htm) (дата обращения: 12.03.2018).
184. Шаховский, В.И. Лингвистическая теория эмоций [Текст] / В.И.Шаховский. – М.: Гнозис, 2008. – 416 с.
185. Шаховский, В.И. Что такое лингвистика эмоций [Текст] / В.И.Шаховский // Мир лингвистики и коммуникации: электронный научный журнал. – 2008. – Т. 1. – № 12. – С. 22-30. URL: [http://tverlingua.ru/archive/012/3\\_shakhovsky.pdf](http://tverlingua.ru/archive/012/3_shakhovsky.pdf) (дата обращения: 23.04.2018); [http://tverlingua.ru/archive/012/content\\_12.htm](http://tverlingua.ru/archive/012/content_12.htm) (дата обращения: 23.04.2018).
186. Шаховский, В.И. Эмоции – мотивационная основа человеческого сознания [Текст] / В.И.Шаховский // Вопросы психолингвистики. – 2006. – №4. – С. 64-69.
187. Шахтер, С. Когнитивные, социальные и физиологические детерминанты эмоционального состояния [Текст] / С.Шахтер, Дж.Э.Сингер // Психология мотивации и эмоций. – М.: АСТ: Астрель, 2009. – С. 443-458.
188. Шевалев, Е. А. Классификация невротозов [Текст] / Е.А.Шевалев// Труды I Украинского съезда невропатологов и психиатров. — Харьков: Изд. Укр.психоневрол. академии, 1935. — С. 453-466.

189. Шевченко, Г.В. Процесс наркотизации молодежи: опыт регионального исследования: Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. соц. Наук [Текст] / Г.В.Шевченко. Тюмень, 2005. – 26 с.
190. Экман, П. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь [Текст] / П.Экман / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2018. – 334 с.
191. Эллис, А. Биологическое основание человеческой иррациональности [Текст] / А.Эллис // Журнал практического психолога. – 2014. – № 6. – С. 133-159.
192. Эллис, А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход [Текст] / А.Эллис / Пер. с англ. – СПб.: Изд-во Сова; М.: Изд-во ЭКСМОПресс, 2002. –272 с.
193. Эллис, А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. [Текст] / А.Эллис, У.Драйден / Пер. с англ. Т. Саушкиной. – СПб.: Изд-во «Речь», 2002. – 352 с.
194. Юнг, К. Проблемы души нашего времени [Текст] / К.Г.Юнг. – СПб.: Питер, 2017. – 336 с. URL: [//https://litlife.club/br/?b=73389&p=34](https://litlife.club/br/?b=73389&p=34) (дата обращения 21.06.2018).
195. Bruns E. J., Pullmann M. D., Weathers E. S. Effects of a multidisciplinary family treatment drug court on child and family outcomes: results of a quasi-experimental study // Child Maltreat. – 2012. – Vol. 17 (3). – P. 218-230.
196. Russ Harris Mindfulness without meditation // Healthcare Counselling and Psychology Journal. – October. – 2009. – P. 21-24.
197. Steven C. Hayes, Stefan G. Hofmann The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care // World Psychiatry. – 2017. – October. – Volume 16. – №3. – P. 245-246.

## ТЕТРАДЬ КОГНИТИВНЫХ МОТИВАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

Имя клиента \_\_\_\_\_

Консультант \_\_\_\_\_

### 1. Перспективы в моей жизни (*продолжить предложения*)

1. Если я буду употреблять, то смогу

2. Если я буду употреблять, то смогу

3. Если я буду употреблять, то смогу

4. Если я буду употреблять, то смогу

5. Если я буду употреблять, то смогу

6. Если я буду употреблять, то смогу

7. Если я буду употреблять, то смогу

8. Если я буду употреблять, то смогу

9. Если я буду употреблять, то смогу

10. Если я буду употреблять, то смогу

*Возможные варианты: умереть, сесть в тюрьму, жить на улице, воровать, заниматься проституцией, иметь такие заболевания как..., и т. д.*

1. Если я не буду употреблять, то смогу

2. Если я не буду употреблять, то смогу

3. Если я не буду употреблять, то смогу

4. Если я не буду употреблять, то смогу

5. Если я не буду употреблять, то смогу

6. Если я не буду употреблять, то смогу

7. Если я не буду употреблять, то смогу

8. Если я не буду употреблять, то смогу

9. Если я не буду употреблять, то смогу

10. Если я не буду употреблять, то смогу

*Возможные варианты: создать семью, получить образование, вернуть доверие родителей, поехать летом на юг и т. д.*

### 2. Моё прошлое с наркотиками (*написать 10 предложений*)

Что мне дали наркотики

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

Что у меня отняли наркотики

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....  
10.....

9.....  
10.....

**3. С чем у меня ассоциируется употребление наркотиков (что для меня характерно в период употребления?) *Нужное подчеркнуть***

- воровство
- ложь
- мат
- манипуляции другими людьми
- безответственность
- вежливость
- неопрятность
- пунктуальность
- хамство
- агрессия
- внимательность к другим людям
- жадность
- завистливость
- мстительность
- потребительское отношение к людям
- другое: \_\_\_\_\_

**4. Как я оказался(ась) здесь и что меня заставило обратиться за помощью**  
*Например: проблемы с законом, давление родственников, финансовые проблемы, выросла доза, закрылась «точка», негде жить и др.*

1..... 6.....  
. . .  
2..... 7.....  
. . .  
3..... 8.....  
. . .  
4..... 9.....  
. . .  
5..... 10.....  
. . .

**5. Что мне надо сделать, чтобы остаться трезвым (ой)**

*Например: разобраться в себе, общаться с выздоравливающими наркоманами, ходить на группы «Анонимных наркоманов», пройти программу психосоциальной реабилитации, сделать дома ремонт, заниматься спортом, устроиться на работу, жениться (выйти замуж), сменить место жительства и т. д.*

1..... 7.....  
2..... 8.....

- 3..... 9.....  
 4..... 10.....  
 5..... 11.....  
 6..... 12.....

**6. Кто окружал меня в моем употреблении**

<b>Кто именно</b>	<b>Что связывает с этим человеком, цель общения</b>	<b>Как часто общались, в каком я был(а) состоянии (трезвый или в употреблении)</b>
Друзья а) б) с) d)		
Супруга (девушка) / супруг (парень)		
Родственники		
Другие а) б)		

**7. Кто и как мне может помочь остаться трезвым (перечислите всех людей, включая родственников, друзей, специалистов и т. д.)**

- 1..... 6.....  
 2..... 7.....  
 3..... 8.....  
 4..... 9.....  
 5..... 10.....

**8. Что меня интересовало до употребления (хобби, увлечения, цели, планы)**

Каких из них я лишился(ась) с началом употребления наркотиков (отметьте знаком «-»). Какие увлечения вызывают у меня интерес и поныне (отметьте знаком «+»).

1. Спорт.....  
 2. Музыка.....  
 3. Учеба/работа.....  
 4. Другое.....  
 5.....  
 6.....

**9. Ситуации, где я испытывал(а) негативные чувства (раздражение, злость, обида, недоверие, страх)**

**С неупотребляющими людьми (родители, друзья, знакомые и др.)**

**С употребляющими людьми (знакомые и др.)**

- 1..... 1.....  
 2..... 2.....  
 3..... 3.....  
 4..... 4.....

5.....  
6.....  
7.....  
8.....  
9.....  
10.....

5.....  
6.....  
7.....  
8.....  
9.....  
10.....

### 10. Какие черты я хотел(а) бы изменить в себе и зачем

Указать: а) проблемную черту характера (что я хочу изменить?), б) желаемое изменение (какого изменения я желаю?), с) цель изменения (для чего мне это нужно?)

1.

а).....

в).....

с).....

2.

а).....

в).....

с).....

3.

а).....

в).....

с).....

4.

а).....

в).....

с).....

5.

а).....

в).....

с).....

### 11. Наркоман - это кто?

- Живет в подъезде.
- Употребляет наркотики два раза в день.
- Человек, у которого есть гепатит С и ВИЧ.
- Человек в грязной одежде и со следами уколов на руках.
- Тот, кто «прош`л» уже не одну детоксикацию.
- Любой человек, употребляющий наркотики и имеющий проблемы из-за своего образа жизни.
- Человек, который не может употреблять наркотики хотя бы один раз в неделю.
- Человек, который живет в мире иллюзий и не хочет видеть правду об окружающем мире.

- Кто не может бросить сам.
  - Кто может бросить сам, но потом снова и снова начинает употреблять.
  - Кто заменяет один наркотик другим (анашу на алкоголь, например).
  - Другое \_\_\_\_\_
- Считаешь ли ты себя наркоманом? \_\_\_\_\_

## 12. Что ты думаешь и чувствуешь, видя трезвых выздоравливающих наркоманов и разговаривая с ними?

### Тест «Наркоман ли я?»

*Возможно, ты полагаешь, что у тебя есть склонность к наркотикам, но наркоманом себя не считаешь... Ниже представлены вопросы для наркоманов, находящихся на пути к выздоровлению.*

**Инструкция.** Рядом с каждым вопросом напиши ответы, проиллюстрировав их случаями из своей жизни. Подробный ответ поможет лучше понять влияние наркотиков на твою жизнь.

№	Вопросы	
1.	Употреблял(а) ли ты наркотики в одиночестве?	
2.	Заменял(а) ли ты когда-либо один наркотик другим, считая, что первый представляет угрозу для тебя?	
3.	Пытался(ась) ли ты когда-нибудь обмануть врача, чтобы он дал тебе наркотики (или рецепт на них), или заставить его сделать это?	
4.	Приходилось ли тебе когда-либо красть наркотики или воровать, чтобы раздобыть денег на наркотики?	
5.	Принимаешь ли ты наркотики регулярно с утра или перед сном?	
6.	Пытался(ась) ли ты когда-нибудь снять последствия употребления одного наркотика с помощью другого?	
7.	Избегаешь ли ты тех людей, которые не одобряют твоей приверженности к наркотикам?	
8.	Принимал(а) ли ты когда-либо наркотики, не зная точно, что это за вещества и какое действие они могут оказать?	
9.	Вредили ли наркотики каким-либо образом твоей работе или учебе?	
10.	Случались ли у тебя неприятности с милицией из-за наркотиков?	
11.	Приходилось ли тебе когда-нибудь лгать о том, какие наркотики и в каком количестве ты принимал(а)?	
12.	Считаешь ли ты расходы на покупку наркотиков более важными, чем другие свои расходы?	
13.	Пытался(ась) ли ты когда-нибудь прекратить или ограничить употребление наркотиков?	
14.	Приходилось ли тебе лечиться от наркотиков в больнице или	



	сидеть из-за них в тюрьме?	
15.	Связаны ли твои сон и аппетит с регулярностью приема наркотиков?	
16.	Пугает ли тебя возможность остаться без наркотиков?	
17.	Считаешь ли ты, что тебе невозможно прожить без наркотиков длительное время?	
18.	Сомневался(ась) ли ты когда-нибудь в собственном рассудке?	
19.	Вредили ли наркотики твоим отношениям с родными?	
20.	Не бывало ли, что ты чувствовал(а) себя неуместным или неудовлетворенным в той или иной компании?	
21.	Доводилось ли когда-нибудь тебе испытывать желание оправдаться за свое пристрастие чувство вины или стыда за него?	
22.	Часто ли ты думаешь о наркотиках?	
23.	Испытываешь ли ты время от времени необъяснимый или иррациональный страх?	
24.	Влияет ли употребление наркотиков на твою половую жизнь?	
25.	Доводилось ли тебе принимать не те наркотики, которые ты обычно предпочитаешь?	
26.	Принимал(а) ли ты когда-нибудь наркотики из-за эмоциональных страданий или стрессов?	
27.	Случались ли у тебя передозировки?	
28.	Продолжал(а) ли ты принимать наркотики, несмотря на их негативное воздействие на тебя?	
29.	Считаешь ли ты, что у тебя пагубное пристрастие к наркотикам?	

**13. Подведите итог своей работы с Тетрадью (что для меня оказалось важным в работе с журналом?)**

### **ЛИСТОК УСПЕВАЕМОСТИ**

<b>№</b>	<b>Дата</b>	<b>Ф.И.О. специалиста</b>	<b>Особые пометки</b>	<b>Подпись</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

8				
9				
10				
11				

Приложение 2

**МОДЕЛЬ А–В–С**

Эта модель объясняет как функционируют наши эмоции. Мы часто совершаем действия под влиянием тех или иных эмоций. Особенно нам досаждают неприятные (деструктивные) эмоции. Но мы не всегда задумываемся, что их причиной может стать наш собственный мозг, точнее, наши автоматические мысли.

Оказывается, наши эмоции (обозначим их буквой «С» – от англ. consequences – «следствия») возникают не под влиянием событий (активаторов, буква «А» – от англ. activating events), а вследствие оценки этих событий. Т.е. между ситуацией и эмоцией есть переходное звено. Этим звеном являются наши иррациональные верования (буква «В» – от англ. beliefs – «убеждения»), которые как правило формулируются в форме абсолютистских требований или «долженствований».

Выглядит это так:

Происходит событие (А), которое само по себе нейтрально.

Наш собственный разум вследствие иррациональных убеждений (В) приписывает этому событию определенное значение (позитивное или негативное). А уже характер этого значения создаёт в нас эмоциональный фон (позитивный или негативный) – С.

<b>Ситуация А</b>	<b>Иррациональные убеждения В</b>	<b>Эмоция и последующее действие С</b>
Самолет опоздал	Со мной не должно было такого случиться	Тревога, злость, раздражение
Самолет опоздал	Ничего страшного, такое бывает, зато у меня будет время осмотреть город	Спокойствие, интерес, радость.

## ВИДЫ ИСКАЖЁННОГО МЫШЛЕНИЯ

**1. Фильтрация** – концентрация на негативных сторонах ситуации, вытесняющих её позитивные моменты и прошлый позитивный опыт, навешивание на себя, других людей и события негативных ярлыков, сожаление о произошедшем без учёта возможности действий сейчас, а также излишне эмоциональная интерпретация событий.

– **Например:** «Мой сын всегда ведёт себя плохо», «Я бы познакомился с ней, если бы не её ужасные духи», «Меня окружают плохие люди», «Я беспомощный», «Она непорядочная», «Я никому не нравлюсь», «Если бы я был умнее, этого бы не произошло», «Мне не стоило так себя вести», «Я плохо выступил с докладом, значит я неудачник».

– **Что делать?** Направить внимание на позитивные стороны ситуации и на поиск путей решения проблемы, смотреть на события с разных точек зрения.

– **Ключевые слова:** «ужасно», «отвратительно», «невыносимо» и др.

**2. Поляризация** – чёрно-белое видение мира, в котором все явления бывают хорошими или плохими, прекрасными или ужасными, и где нет места для компромиссов и полутонов, поскольку существуют только крайности.

– **Например:** «Я должен всегда выглядеть идеально, или это будет позор», «Либо я сразу стану успешным человеком, либо всю жизнь буду неудачником», «Я не должен ошибаться, иначе буду выглядеть посмешищем», «Я впустил потерял двадцать лет своей жизни».

– **Что делать?** Перестать бросаться в крайности при оценке разных ситуаций, оценивать события в процентном отношении, постепенно снижая уровень своего максимализма и перфекционизма.

– **Ключевые слова:** «или, или», «либо, либо», «всё или ничего» и др.

**3. Сверхобобщение** – неоправданные обобщающие выводы и правила из-за единожды произошедшего негативного случая с последующим приклеиванием негативных ярлыков на все события и явления.

– **Например:** «У меня никогда ничего не получается», «Я никому не нужен», «Все мужики – козлы», «Все богатые люди – воры».

– **Что делать?** Опирайтесь на факты и доказательства, а также заменить негативные определения на нейтральные.

– **Ключевые слова:** «все», «никто», «всё», «ничто», «никогда» и др.

**4. Чтение мыслей** – убежденность в том, что человек знает чувства и мысли других людей или в том, что другие люди должны знать все желания человека.

– **Например:** «Он думает, что я странная», «Она хочет от меня только денег», «Она должна понимать, что сейчас я хочу отдохнуть».

- **Что делать?** Понимать невозможность точного знания того, о чём думают и что чувствуют другие люди, и невозможность обратной ситуации, подтверждать свои подозрения реальными фактами.
- **Ключевые слова:** «он думает», «она считает», «должны знать» и др.

**5. Катастрофизация** – постоянное ожидание самых худших и ужасных сценариев развития событий и предсказание негативного будущего.

- **Например:** «А что если мой самолёт разобьётся?», «А вдруг на мою дочь нападут бандиты?», «А если я заболел и не смогу работать?», «Если я опозорюсь, это будет невыносимо», «Я этого не переживу».
- **Что делать?** Не раздувать из мухи слона, оценивать вероятность осуществления события и критически анализировать свои мысли.
- **Ключевые слова:** «а что если...», «а вдруг...», «да, но», «кошмар», «катастрофа», «невыносимо» и др.

**6. Гиперболизация** – масштабирование проблем и минимизирование позитивных явлений.

- **Например:** «Стоять в очереди невыносимо!», «Я не переживу, если она мне откажет!», «Ужасно, что мы опаздываем на день рождения!»
- **Что делать?** Не преувеличивать размеры трудностей, видеть их реальные масштабы, т.к. человек может пережить практически всё.
- **Ключевые слова:** «ужасный», «невыносимый», «непомерный» и др.

**7. Персонализация** – уверенность в том, что слова и действия других людей являются их непосредственной реакцией на человека, а также принятие ответственности за события и чувства других на себя.

- **Например:** «Эти девушки смеются, значит со мной что-то не так», «Мой муж не в духе – это я его разозлила», «Я всё испортил», «Это я разрушил нашу семью».
- **Что делать?** Найти доказательства своим предположениям, смотреть на ту или иную ситуацию глазами независимого наблюдателя.
- **Ключевые слова:** «я», «меня», «мной», «мне», «обо мне» и др.

**8. Сравнение** – постоянное сравнение себя с окружающими людьми, опирающееся на завышенные и нереалистичные стандарты.

- **Например:** «Я не такой везучий, как мой брат», «Она гораздо лучше меня решает проблемы», «Мне не достичь таких результатов, каких достиг мой отец», «Если я начну петь, я не добьюсь успеха».
- **Что делать?** Отказаться от сравнений как источника нестабильной самооценки, понимать, что у всех людей есть свои сильные и слабые стороны, а также принимать себя и других такими, какие они есть.
- **Ключевые слова:** «лучше», «хуже», «успешнее», «сильнее» и др.

**9. Долженствования** – необоснованно завышенные требования к себе, другим людям и миру в целом, отступление от которых невозможно.

– **Например:** «Я должен быть хорошим любовником», «Я не должен испытывать страданий», «Все должны меня одобрять», «Сегодня не должно быть плохой погоды», «Всё должно быть так, как я хочу».

– **Что делать?** Признавать уникальность других людей, допускать возможность ошибок и заменять долженствования пожеланиями по типу: «Мне бы хотелось..., но это вовсе не означает...».

– **Ключевые слова:** «должен», «обязан», «следует», «нужно» и др.

**10. Обесценивание** – отрицание важности происходящих событий через «сглаживание» своих недостатков, самообман и оправдывание себя, а также обесценивание позитивности своих и чужих действий.

– **Например:** «Мне задержали зарплату, ну и ладно!», «Мне бросила девушка, значит так и должно быть», «Это меня не касается!», «Кому какая разница?», «Мне слишком легко досталась эта работа, поэтому это не является успехом», «Она любит меня, потому что я её муж».

– **Что делать?** Понимать реальную значимость событий, реалистично оценивать свои и чужие индивидуальные качества.

– **Ключевые слова:** «ничего страшного», «так и должно быть», «ну и что», «это не считается» и др.

**11. Непереносимость дискомфорта** – нетерпимость любых неприятных состояний, ведущая к избеганию дискомфортных ситуаций.

– **Например:** «Вставать утром ужасно», «Я должен сейчас поесть, или это будет невыносимо», «Если мне откажут, я этого не переживу».

– **Что делать?** Опирается на предшествующий позитивный опыт аналогичных ситуаций, понимать реальную степень дискомфорта.

– **Ключевые слова:** «невыносимо», «нетерпимо», «ужасно» и др.

### ТАБЛИЦА СМЭР

В первой колонке пишем событие (реальное или вымышленное). Вымышленным считается любое событие, которое не подтверждено фактически (представление о том, что могло бы случиться, приписывание себе и другим каких-то оценок, мыслей, состояний и т.п., плоды воображения)

Затем прописываем те автоматические мысли, которые возникают под влиянием этого события. Чем больше удастся «поймать» мыслей, тем лучше. Мысли можно писать в стенографическом (кратком) или (если удастся отследить) развёрнутом виде.

Третья колонка предназначена для фиксирования чувств. Можно воспользоваться известными таблицами со списками чувств. Важно не путать чувства и состояния.

В последней колонке фиксируем реакции. Телесные (соматические) реакции связаны с реагированием тела – затруднённое дыхание, боль или чувство сжатия в грудной клетке, спазм мышц (например, лицевых), нервный тик, «подскочил желудок», вспотели ладони, слёзы, комок в горле, покраснело лицо и т.п.

Поведенческие реакции – это непосредственные действия, которые последовали за всем вышесказанным (суетливость, нервные постукивания, изменение положения тела, беспричинный смех).

Событие	Мысли	Эмоции/ чувства	Реакция	
			Телесная	Поведенческая

## СХЕМА РАБОТЫ КПТ

**1. Выписываем событие или ситуацию** так же объективно, как бы это *фиксировала видеокамера*: «Что, где, когда и с кем произошло или произойдёт? Может ли это попасть в объектив видеокамеры?»

**С:** Завтра буду выступать с докладом перед однокурсниками.

**2. Определяем негативную эмоцию или эмоции**, а также степень их интенсивности в процентах: «Какие эмоции я сейчас испытываю? Насколько сильно они выражены?»

**Э1:** Тревога (80%).

**Э2:** Стыд (50%).

**3. Выявляем первые автоматические мысли**, возникшие в сознании непосредственно перед эмоцией, выписываем их в утвердительной форме без цензуры, определяем степень их правдоподобности, т.е. вероятности в процентах, а также *выявляем фильтры искажённого мышления* на каждую автоматическую мысль: «О чём я подумал перед тем, как испытать эту эмоцию? Насколько сильно я верю в эту мысль? Готов ли я поставить деньги на то, что она правдива? К каким видам искажённого мышления она относится?»

**М1:** Я облажаюсь! (70%) – катастрофизация.

**М2:** Я этого не переживу! (80%) – непереносимость дискомфорта.

**М3:** Я всегда плохо держусь на людях (60%) – свехобобщение.

**М4:** Я скучный человек (40%) – фильтрация.

**М5:** Все будут думать, что я неудачник (40%) – чтение мыслей.

**4. Ищем доказательства** своим автоматическим мыслям, которые бы показывали правдоподобность убеждений и подтверждали их: «Какие аргументы и факты доказывают истинность мыслей?»

**Д1:** Я всегда волнуюсь, когда выступаю на публике.

**Д2:** В такие моменты моя симптоматика просто зашкаливает.

**Д3:** Если на меня смотрят много людей, я всегда краснею.

**Д4:** Меня никто не слушает, когда я выступаю публично.

**Д5:** Люди часто смеются во время моих выступлений.

**5. Ищем опровержения** своих автоматических мыслей, которые бы показывали ложность убеждений и опровергали их: «Какие аргументы и факты доказывают ложность мыслей?»

**О1:** Почему я решил, что всё пройдёт ужасно? Недавно я справился.

**О2:** Даже если что то пойдёт не так, я смогу это пережить.

**О3:** Далекое не всегда я волнуюсь, когда выступаю прилюдно.

**О4:** Я не могу назвать себя скучным, т.к. многим я интересен.

**О5:** Я не могу знать, о чём думаю другие люди, да это и неважно.

**6. Определяем наихудший сценарий** из всех возможных: «Что самое ужасное может произойти?»

**ХС:** Я прерву доклад и в панике выйду из аудитории, осмеянный.

**7. Определяем последствия осуществления наихудшего сценария:** «С чем мне придётся иметь дело в случае негативного исхода?»

**ПХС:** Мне будет дискомфортно, но скоро все об этом забудут.

**8. Определяем наилучший сценарий** из всех возможных: «Что самое лучшее может случиться?»

**ЛС:** Я блестяще выступлю с докладом и сорву аплодисменты.

**9. Определяем наиболее вероятный сценарий** развития событий: «Каков наиболее реалистичный исход ситуации?»

**ВС:** Я буду волноваться, но всё же смогу так или иначе выступить.

**10. Формулируем здоровое убеждение:** «На самом ли деле это ужасно и является проблемой? Что бы я посоветовал другу, если бы он оказался в такой ситуации? Как бы на моём месте рассуждал мой авторитетный знакомый? Как можно по другому взглянуть на это событие?»

**ЗУ:** «Мне бы хотелось меньше волноваться и выступить хорошо, но даже если у меня случится приступ сильной тревоги, я смогу с этим справиться, тем более я владею многими техниками и знаю, что тревога практически незаметна со стороны».

**11. Повторно оцениваем степень вероятности**, т.е. правдоподобности автоматических мыслей в процентах: «Насколько сильно я теперь верю в свои мысли?»

\*М1: Я облажаюсь! (50%).

\*М2: Я этого не переживу! (40%).

\*М3: Я всегда плохо держусь на людях (30%).

\*М4: Я скучный человек (10%).

\*М5: Все будут думать, что я неудачник (20%).

**12. Повторно оцениваем степень выраженности**, т.е. интенсивности эмоций в процентах: «Насколько сильно я теперь испытываю эти эмоции?»

\*Э1: Тревога (40%).

\*Э2: Стыд (20%).

**13. Определяем возможные поведенческие эксперименты и совершаем их**, после чего сопоставляем ожидание и реальность: «Теперь мне нужно



сделать обратное тому, о чём я думаю, и поступить так, как будто я не верю своим автоматическим мыслям!»

**ПЭ:** Выступил с докладом, всё прошло хорошо, хоть и переживал.

**Сокращения:**

**С** – объективно выписываем событие.

**Э** – определяем эмоции и степень их интенсивности в процентах.

**М** – определяем автоматические мысли и степень их правдоподобности в процентах, а также фильтры искажённого мышления.

**Д** – доказываем свои автоматические мысли.

**О** – опровергаем свои автоматические мысли.

**ХС** – определяем наихудший сценарий из всех возможных.

**ПХС** – определяем последствия реализации наихудшего сценария.

**ЛС** – определяем наилучший сценарий из всех возможных.

**ВС** – определяем наиболее вероятный сценарий развития событий.

**ЗУ** – формулируем здоровое убеждение.

**\*М** – повторная оценка степени вероятности мыслей в процентах.

**\*Э** – повторная оценка степени интенсивности эмоций в процентах.

**ПЭ** – определение и совершение поведенческих экспериментов с целью сопоставления ожиданий и реальности.

## КОНСПЕКТ ЗАНЯТИЯ

**Химические аддикции** – патологическое влечение к ПАВ (психоактивным веществам).

Психоактивное вещество — любое вещество (или смесь) естественного или искусственного происхождения, которое влияет на функционирование центральной нервной системы, приводя к изменению психического состояния. Под зависимостью от ПАВ подразумевается наркомания, токсикомания, алкоголизм, табакокурение, то есть злоупотребление веществами, воздействующими на функционирование нервной системы.

Согласно МКБ-10, под зависимостью понимается болезненный процесс, закономерно проходящий через последовательные стадии и имеющий свое начало и исход.

### **Признаки зависимости от ПАВ :**

- Сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества.
- Сниженная способность контролировать прием вещества: употребление в больших количествах и дольше, чем намеревалось.
- Безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества.
- Состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее, когда прием вещества уменьшается или прекращается.
- Повышение толерантности к эффектам вещества (необходимость повышения дозы).
- Поглощенность употреблением вещества, ради которого происходит полный или частичный отказ от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов.
- Продолжающееся употребление вещества вопреки явным признакам вредных последствий.

### **КПТ-модель формирования аддикций**



## 1. Моделирование

Люди обучаются новым умениям с помощью наблюдения за другими, и, впоследствии пытаюсь выполнить это самостоятельно.

## 2. Оперантное обусловливание (Оперант от лат. Operatio – дело, действие, влияние)

Воздействие вещества приносит удовольствие, что является подкреплением. Употребление наркотиков может так же восприниматься как поведение, которое подкрепляется своими последствиями.

## 3. Классическое обусловливание

И.П.Павлов продемонстрировал, что на протяжении определенного времени повторяющееся сочетание одного стимула (звонок) с другим (предоставление пищи) может вызвать стойкий ответ в виде выделения слюны у собаки. Точно так же через какое-то время употребление ПАВ может начать ассоциироваться с наличием денег, внешними атрибутами ПАВ, особыми местами (барами, местами, где можно купить наркотики), конкретными людьми (употребляющими наркотики приятелями, дилерами), временем дня или недели (после работы, выходные дни), чувствами и внутренним состоянием (одиночество, скука) и т.п. В конце концов, лишь одно действие этих стимулов может вызвать очень сильное влечение или тягу, за которыми последует употребление наркотиков.

**Формирование динамического стереотипа** (сложных форм поведенческого акта, которые И. П. Павлов). В комплекс нервных структур, обеспечивающих привычный образ действий, как правило, включаются и механизмы эмоционального реагирования. Они вызывают эмоционально положительные состояния в период реализации привычки и, напротив, рождают отрицательные переживания в обстоятельствах, мешающих ее осуществлению. Образуется привычка — действие, выполнение которого становится потребностью. Приобретение привычки с физиологической точки зрения есть не что иное, как образование в мозговых структурах устойчивых нервных связей, отличающихся повышенной готовностью к функционированию.

### Терапия аддикций (КПТ-подход)

- Основной принцип когнитивно-поведенческой терапии состоит в том, что повседневные убеждения могут быть изменены, хотя, необязательно, что такое изменение произойдет легко.
- Элементы иррациональных установок устраняются путем настойчивого и активного приложения усилий, с помощью осознания, сомнения и пересмотра своего мышления, таким образом, уменьшая эмоциональный дистресс и в конечном итоге меняя поведение.

## Определения

**Автоматические мысли** - это поток мышления, который существует параллельно с более явным потоком мыслей (Beck, 1964).

**Промежуточные убеждения** - это отношения, правила и предположения (компенсаторный механизм для совладания с глубинными убеждениями).

**Глубинные убеждения** - это ключевые представления человека о себе и мире («абсолютизированные и обобщенные»).

### Концептуализация. Категории глубинных убеждений. 2012 by Judith S. Beck, Ph. D.

<b>HELPLESS CORE BELIEFS</b>	<b>БЕСПОМОЩНОСТЬ</b>
Я беспомощен, бессилен, слаб, уязвим, я жертва, нуждаюсь в поддержке, неудачник, я не такой, я недостаточно хорош, неуспешен	
<b>UNLOVABLE CORE BELIEFS</b>	<b>НЕПРИЯТИЯ, НЕЛЮБОВЬ</b>
Меня не любят, не хотят, никому не нужен, я непривлекателен, нежеланный, неинтересен, обречен на одиночество	
<b>WORTHLESS CORE BELIEFS</b>	<b>НИКЧЕМНОСТЬ, БЕСПОЛЕЗНОСТЬ</b>
Я никчемный, бесполезный, плохой, токсичный, опасный, злой, аморальный, отброс	

### БАЗОВАЯ КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ РАССТРОЙСТВ



**Глубинные убеждения категории  
беспомощности**

Я беспомощен  
Я ни на что не способен  
Я бессилён  
Я неуспешен  
Я не контролирую ситуацию  
Я никчемный  
Я слаб  
Я неудачник  
Я уязвим  
Меня не уважают; меня презирают  
Я нуждаюсь в помощи и поддержке  
Со мной что-то не так (в не такой, как  
другие)  
Я в ловушке  
Я недостаточно хорош (в плане  
достижений)

**Глубинные убеждения категории  
неприятия**

Меня не любит  
Я ничего не стою  
Я непривлекателен  
Со мной что-то не так (другие  
люди не любят меня)  
Я нежеланный  
Я недостаточно хорош (чтобы быть  
любимым другими людьми)  
Меня не хотят  
Мне суждено принимать отказы  
Обо мне не заботятся  
Мне суждено быть покинутым  
Я плохой  
Мне суждено страдать от  
одинокости

## ПРИМЕРЫ УПРАЖНЕНИЙ В СТИЛЕ МАЙНДФУЛНЕСС

### Упражнение №1. Осознанное дыхание

Дыхание – пример постоянного изменения, процесс, подобный чередованию океанских приливов и отливов. За вдохом всегда следует выдох, и пока вы живы, их смене нет конца.

Мир переменчив и в этом подобен дыханию. В ваших силах выбрать – плыть в потоке по течению или бороться. Однако чем сильнее сопротивление, тем больше страданий.

Расслабьтесь и примите комфортную позу.

Закройте глаза или оставьте их открытыми. Ощутите глубокую радость от того, что смогли найти время для практики. Бережно положите руки ладонями на живот. Дышите в спокойном размеренном ритме, наблюдая за тем, как живот плавно поднимается при вдохе и мягко опускается при выдохе. Представьте, что перед вами воздушный шарик и вы его вначале мерно надуваете, а затем в том же ритме сдуваете. При этом живот увеличивается в размерах, а после сжимается, лишаясь воздуха. Вдыхайте и выдыхайте осознанно. Сосредоточьтесь на физических ощущениях. Если с первого раза вам не удастся контролировать дыхание при помощи живота, переместите руки на грудь и следите за движениями грудной клетки.

При возникновении трудностей в осознании дыхания задание можно упростить еще больше – наблюдать лишь за потоками воздуха в полости носа. Дышите естественно. Живите настоящим, не заботьтесь о прошлом, не беспокойтесь о будущем. Есть только вы, тишина вокруг и ВАШЕ ДЫХАНИЕ. Нет необходимости его анализировать, оценивать, задерживать, манипулировать им. Не нужно никем быть или казаться, что-то перестраивать или менять в себе. Осознавайте только вдохи и последующие выдохи так, словно в тихой бухте наслаждаетесь зрелищем морских приливов и отливов. Представьте, что воздух – это волны на пляже, что накатывают соленой прохладой на ваши босые ноги и пеной ускользают от вас.

Во время медитации вы можете заметить, что мысли путаются и блуждают, внимание переключается на не относящиеся к практике события и детали.

Это совершенно естественно. Такова природа нашего ума. Признайте этот факт, не корите себя и ни в чем не обвиняйте. Постарайтесь вычислить объект, к которому устремились ваши мысли. А после заботливо перенаправьте их назад к вашему дыханию.

В конце медитации мысленно поздравьте себя с любимым достигнутым результатом. Поблагодарите себя за то, что изо всех сил старались присутствовать в настоящем, наслаждаться тем, что существует здесь и сейчас. Испытайте радость от того, что дали возможность внутренним

ресурсам оздоровить тело и разум, почувствуйте себя ступившим на путь к исцелению и благополучию.

Балуйте себя – посвящайте медитации хотя бы несколько минут, но ежедневно. Используйте ее как возможность сосредоточиться на себе. В случае если за день вы найдете время на вторую или даже третью «пятиминутку», смело уделите их осознанному дыханию. Ваше тело непременно скажет вам спасибо. Постепенно удлиняйте сеансы медитации до 10, 15, 20, 30 минут. Пусть необходимость делать перерывы для осознанного дыхания превратится в приятную привычку.

Хорошим помощником в контроле времени медитации для вас может стать таймер или будильник. Прогресс не стоит на месте, и в интернете в свободном доступе размещены бесплатные таймеры для медитации с гармоничным музыкальным фоном.

Практика осознанного дыхания может стать неотъемлемой частью вашей повседневной жизни. По мере совершенствования ваших способностей вы сможете заниматься ею дома и на работе, по пути в магазин или в общественном транспорте. Выработайте привычку делать несколько осознанных вдохов и выдохов перед сном и после пробуждения, во время перерыва на обед, за пару часов до окончания рабочего дня.

А теперь опишите подробно свой опыт и полученные впечатления.

## **Упражнение №2. Сканирование тела**

1. Расположитесь удобно лежа на спине. Вы можете лежать на полу (на циновке или на ковре) или на своей кровати. Позвольте своим глазам закрыться.

2. Можете в течение нескольких секунд наблюдать за движением своего дыхания. Когда будете готовы, направьте свое внимание на физические ощущения в теле. В первую очередь на ощущения касания или давления там, где тело соприкасается с полом или с кроватью. Почувствуйте, как при каждом выдохе вы погружаетесь немного глубже в коврик или в кровать.

3. Чтобы получить правильный настрой, напомните себе, что это время в большей степени для пробуждения, а не для засыпания. Также напомните себе, что идея заключается в том, чтобы наблюдать свои ощущения по мере их появления, какими бы они ни были. Дело тут не в том, чтобы изменить характер своих чувств или стать более расслабленным или спокойным. Особенность этой практики в привнесении осознанности во все без исключения ощущения (или отсутствие ощущений), которые вы можете осознать, по мере того, как вы фокусируете свое внимание по очереди на каждой части тела.

4. Теперь направьте свое осознание на ощущения в животе, осознавайте череду изменений ощущений в этой области тела по мере того, как дыхание входит в тело и выходит из него. Несколько минут прислушивайтесь к ощущениям – в то время как вы вдыхаете и выдыхаете и живот поднимается на вдохе и опускается на выдохе.

5. Теперь перенесите фокус своего внимания в левую ногу, в ступню вплоть до кончиков пальцев. По очереди сфокусируйтесь на каждом из пальцев ноги, привнося мягкое, заинтересованное внимание с намерением настроиться на открывающиеся ощущения и исследовать их. Возможно, вы ощутите соприкосновение пальцев друг с другом, чувство покалывания, тепла или, быть может, онемения – что бы там ни было. Это может быть даже отсутствие ощущений – это тоже естественно. Что бы вы ни испытывали – нормально все, что присутствует в осознаваемой области в данный момент.

6. Теперь, когда вы готовы, на выдохе перенесите фокус внимания от пальцев ноги и направьте его к левой ступне – сначала привнесите мягкое, исследующее осознание в стопу, далее в подъем, в пятку (замечая, к примеру, ощущения в месте касания ступни с ковриком и кроватью).

7. Теперь позвольте вашему осознанию расшириться на оставшуюся часть ступни – к лодыжке, к верхней части ступни – и внутрь до костей и суставов. Затем вдохните глубже и в большей степени преднамеренно, направляя вдох вниз, во всю левую ступню, и, по мере того как дыхание выходит отсюда на выдохе, полностью переключите внимание с левой ступни, позволяя фокусу осознания переместиться в свою очередь в левую икру, голень, колено и так далее.

8. Продолжайте мысленное сканирование тела, уделяя внимание каждой части тела по очереди: левая голень, левое колено, левое бедро, правые пальцы ноги, затем ступня и лодыжка, правая голень, правое колено, правое бедро; область таза – пах, гениталии, ягодицы и бока; нижняя часть спины и живот, верхняя часть спины и грудь, плечи. Затем мы переходим к кистям рук, к обеим одновременно.

Мы сначала останавливаемся на ощущениях в пальцах, в ладонях и тыльной стороне ладоней обеих рук, в запястьях, в предплечьях и локтях, в плечах от локтя, в плечевых суставах и в подмышках, в шее; в зоне лица (в скулах, во рту, на губах, в носу, щеках, ушах, глазах, лбу) и затем на ощущениях во всей голове в целом.

9. Если вы осознаете напряжение или другие сильные ощущения в определенных частях тела, вы можете «вдохнуть в эти ощущения» тем же способом, как мы делали с другими ощущениями, используя вдох, чтобы мягко привнести осознание прямо в ощущения и как можно лучше ощущать, что происходит в этой области (если хоть что-то происходит), когда каждый вдох переходит в расслабление и освобождение на выдохе.

10. Мысли неизбежно будут время от времени отвлекаться от дыхания и тела. Это абсолютно нормально. Такова природа мыслей. Когда вы это замечаете, мягко признайте это, заметьте, на что отвлеклись, и затем мягко верните свое внимание к той части тела, на которой вы собирались сфокусироваться.

11. После того как вы просмотрите этим способом все тело, проведите несколько минут, осознавая чувство тела в целом и дыхание, спокойно втекающее внутрь вас и вытекающее наружу. Также важно напомнить себе, что если вы, как большинство современных людей, страдаете от постоянного



недостатка сна, то очень легко можете заснуть, особенно если мысленное сканирование тела делается лежа. Если вы заметите, что засыпаете, вам, может быть, чтобы не уснуть, стоит подпереть голову подушкой, открыть глаза или делать мысленное сканирование тела сидя, а не лежа.

### **Практика «5–4–3–2–1» против беспокойства**

Замечательное упражнение, чтобы преодолеть беспокойство и вернуться в момент «здесь и сейчас».

Практика «5–4–3–2–1» – это простой, но эффективный инструмент восстановления контроля над сознанием, когда беспокойство пытается взять над ним верх, и она включает в себя гораздо больше, чем просто обратный отсчет от пяти до одного.

Упражнение помогает вернуться в реальность благодаря органам чувств – зрению, слуху, осязанию, обонянию и вкусу.

Вот что нужно делать:

1. Посмотрите вокруг и отметьте ПЯТЬ предметов, которые вы видите в данный момент.
2. Далее прислушайтесь к звукам и выделите ЧЕТЫРЕ из тех, что вы сейчас слышите.
3. Теперь обратите внимание на ТРИ осязательных ощущения. Это может быть что угодно: ваши ноги в ботинках, кольцо на пальце, шапка на голове и т. д.
4. Затем очередь обоняния: почувствуйте ДВА запаха в пространстве, где вы находитесь.
5. Наконец, ощутите ОДИН вкус. Это даже может быть просто ваш язык, если вы сможете почувствовать его вкус.

Выполнять этапы можно достаточно быстро. Фокусирование внимания на органах чувств позволяет сосредоточиться на настоящем, а подсчет предметов приостанавливает круговорот мыслей.

### **Упражнения для снятия напряжения**

#### **Упражнение 1:**

- Встать.
- Поднять плечи к ушам, сжать очень сильно и резко отпустить. Повторить 3 раза.
- Потянуться как можно выше к потолку, затем встряхнуть руками и ногами, как это делают спортсмены перед заплывом, чтобы сбросить тревогу и напряжение.

#### **Упражнение 2:**

- Встать.
- Медленно поднять руки к потолку и потянуться.
- Медленно опустить руки вдоль туловища.
- Подвигать челюстью и зевнуть широко, как золотая рыбка. Повторить 3 раза.

- Вновь поднять руки над головой и походить на цыпочках, чтобы потянуть спину.
- Покачать плечами и руками, чтобы стряхнуть негатив и тревогу.

### **Краткая медитация**

- Занять удобное положение.
- Закрывать глаза. На вдохе думать – «поднимаюсь», на выдохе – «опускаюсь».
- Сконцентрироваться на дыхании, отпустить все тревожащие мысли.
- Сосредоточиться на точке между глазами, за бровями.
- Сформировать креативный позитивный образ. Повторять: «всё хорошо», «я могу с этим справиться».
- Медленно открыть глаза, встать и потянуться.

## ЕЖЕДНЕВНИК САМОВОССТАНОВЛЕНИЯ

1. Имя, дата.
2. ПОЧЕМУ я решил(а) освободиться от зависимости?  
Каждый день приводить, **анализировать** по одному новому аргументу в пользу своего решения.
3. В чем СЕГОДНЯ проявлялась (или угасала) ПРИВЫЧКА к неразумному (зависимому) поведению?  
Опишите при КАКИХ обстоятельствах приходила возможная тяга? Здесь же опишите физические реакции организма на произошедшее (т.е. желание употребить), такие как ощущения в органах тела, сон, аппетит и т.д.? Самочувствие до, во время и после. Моё отношение и оценка произошедшего.
4. *(Этот пункт заполняется только в те дни, когда тяга проявлялась)* К чему приводят нервно-психические перенапряжения и обиды? Что нужно делать для предупреждения и устранения раздражения? На какие вопросы нужно отвечать при появлении **предвестников** срыва?
5. *(Этот пункт заполняется только в те дни, когда, был конфликт)* Что нужно **заранее** сделать при неизбежности конфликтной ситуации? Как нужно **относиться** к конфликтной ситуации, если невозможно на неё повлиять?
6. Какие навязчивые МЫСЛИ приходили ко мне сегодня? Моя реакция на них?
7. Что у меня в жизни будет ХОРОШЕГО при освобождении от губительной привычки вести зависимый образ жизни?
8. В каком случае некоторые люди допускают у себя проявление несвободы?  
Каждый раз разбирать один НОВЫЙ случай, взятый из **личного** опыта или из опыта известных Вам людей. *(В будущем, когда все случаи будут уже рассмотрены, то возвращаемся к первому случаю и начинаем писать, перебирать стандартные невротические ситуации по второму кругу. То есть в будущем допускается повторно анализировать уже рассмотренные ранее ситуации, НО обязательно более углубленно анализируя их в этот раз).*
9. ЗАЧЕМ они это делают?
10. Что в этом случае, на мой взгляд, неправильно и плохо?
11. Как в этом же случае поступлю я? Приводить каждый раз новый вариант нового (разумного и контролируемого) для Вас поведения в этой описанной Вами ситуации. *(В будущем, когда все случаи будут уже рассмотрены, то возвращаемся к первому примеру и начинаем писать, перебирать варианты нового поведения по второму кругу. То есть в будущем допускается повторно анализировать уже рассмотренные ранее*

*модели нового поведения, НО обязательно более углубленно анализируя их в этот раз).*

12. Опишите вид ЗАВИСИМОГО глазами сына, дочери, жены, (мужа), отца, матери, друзей.

13. Опишите вид владеющего собой человека глазами сына, дочери, жены, (мужа), отца, матери, друзей.

14. Что мне известно о преимуществах жизни без навязчивости? Каждый раз приводить по одному **НОВОМУ** аргументу в пользу своего решения жить **здорово**.

15. Оценка своего поведения за истекшие сутки. Настроения, эмоции, желания. Отношение к собственным поступкам, удовлетворенность/неудовлетворенность своим поведением.

16. В связи с активизацией в Вашем сознании **разумного** начала и разрушением **Разумно Неоправданного** Поведения, как меняются взаимоотношения с родственниками, друзьями, коллегами по работе?

17. Моя духовная работа над собой. А также моя личная философия, взгляды, афоризмы, жизненные принципы, которые помогают мне идти к **разумному** образу поведения и здоровой жизни.

18. В конце каждого дневника нужно писать формулу самонастроя: 15 раз. **ОЧЕНЬ ЖЕЛАТЕЛЬНО** формулу писать левой рукой (если Вы правша, и – наоборот)! Пример формулы: «Я спокоен(а), все будет хорошо, я уверен(а) в собственных силах. Я спокоен(а), спокоен(а), спокоен(а). Я — разумный человек. Поэтому я с каждым днем все мощнее избавляюсь от пагубной привычки. Я способен(а) решить и обязательно решу и многие другие проблемы. Мое разумное начало сильнее эмоционального. Я спокоен(а). Всё будет хорошо!».

**Тренинг «Повышение жизнестойкости личности  
Описание занятий тренинга.**

**Занятие 1.**

Цель: создать в группе атмосферу принятия, доверия и равноправного участия каждого её члена в совместной деятельности.

Задачи:

- знакомство участников тренинга с принципами работы группы,
- овладение игровым стилем общения,
- определение личностных особенностей каждого участника.

Инструкция для участников:

- общение по принципу «здесь и теперь»;
- персонификация высказываний;
- искренность в общении;
- конфиденциальность всего происходящего в группе;
- определение сильных сторон личности;
- недопустимость непосредственных оценок человека;
- уважение говорящего.

Содержание

Цель	Действия тренера	Действия участников
<b>Вступление</b>		
Сплотить участников, сформировать общее представление о стрессе и возможностях человека преодолеть его, знакомство с информацией о целях и задачах тренинга, определение границ взаимодействия участников тренинга между собой, создание позитивного настроения.	Притча о позитивном отношении к жизни «Собери светлые часы для темного времени жизни». Информационная о программе;	Активное участие в происходящем
<b>Основная часть</b>		
<b>Упражнение «Ассоциации».</b>		
Познакомиться, снять напряжение с участников, создать располагающую дружелюбную атмосферу	Инструкция для участников: Вспомните личностное качество, начинающееся на ту же букву, что и ваше имя, например, «Ольга – обаятельная».	Каждый участник произносит свое имя, прибавляя к нему характерное для него качество. Причем каждый следующий участник повторяет все то, что говорили до

		него.
<b>Рефлексия</b>		
Продумать, что в деятельности участника способствовало и что мешало достижению требуемого результата.	Наводящие вопросы участникам	Ответы на поставленные вопросы, формулировка собственных выводов.

Домашнее задание участникам: как можно больше контактов и общения с различными людьми.

### **Занятие 2.**

Цель: изучить стили совладания.

Задачи:

- обсуждение копинг-стратегий;
- обучение саморегуляции при стрессовом состоянии.

#### **Содержание**

Цель	Действия тренера	Действия участников
<b>Вводная часть</b>		
Закрепить в сознании участников общее представление о стрессе и возможностях человека преодолеть его	Руководство группой, подготовка к осмыслению нового материала	Ответить на вопросы: Что я чувствовал, что запомнилось, какие открытия сделал.
<b>Основная часть</b>		
<b>Мини-лекция «Копинг-стратегии».</b>		
Получить знания об основах совпадающего поведения.	Проведение лекции, ответы на вопросы участникам тренинга.	Выслушать и записать в виде тезисов, основные положения, либо зарисовать
<b>Рефлексия</b>		
Закрепить знания об основных копингах	Ответы участникам, на интересующие их вопросы, сопровождение примерами из реальной жизни	Обсуждение лекции, разбор примеров

Домашнее задание: подобрать примеры стрессовых ситуаций и путей их преодоления (на основе личного опыта).

### **Занятие 3.**

Цель занятия: закрепление стиля общения в группе.

Задачи:

- дальнейшее самораскрытие, открытие в себе сильных сторон;

- изучение возможностей использования своих сильных сторон в коммуникации.

### Содержание

Цель	Действия тренера	Действия участников
<b>Вводная часть</b>		
Обсуждение домашнего задания	Руководство группой, подготовка к осмыслению нового материала.	Ответить на вопросы: что я чувствовал, что запомнилось, какие открытия сделал. Привести примеры трансформации стрессовых обстоятельств в благоприятные
<b>Основная часть</b>		
<b>Упражнение «Лифт».</b>		
Снятие физического напряжения, обучение саморегуляции при стрессовом состоянии.	Инструкция для участников: представьте, что вы заходите в лифт небоскреба. Нажимаете кнопку 3-го этажа и по мере движения лифта вверх постепенно напрягайте мышцы своего тела. Затем нажимаем кнопку 20-го этажа – напряжение растет соответственно номеру этажа. Далее 50 этаж, 70, 150 – напряжение растет все больше и больше. Наконец, нажимаем кнопку 200 этажа – напряжение становится максимальным. Затем в обратной последовательности – 150, 70, 50 этаж – напряжение спадает; 3, 2, 1 – тело совершенно расслабленно. Обсуждение	Участники выполняют упражнение, под комментарий тренера

	самочувствия каждого из участников.	
Упражнение «Почувствуй свои каналы восприятия окружающего мира».		
определить свои основные каналы восприятия информации, их роль в создании внутренней модели мира, организации индивидуальных стратегий мышления и познания.	Озвучить инструкции для определения каналов восприятия: аудиальный. визуальный. кинестетический.	Расслабившись, сидя на стуле, закрыть глаза и попытаться мысленно воспроизвести звук костра. Расслабившись, сидя на стуле, закрыть глаза и попытаться мысленно визуализируйте различные геометрические фигуры, меняя их цвет и цвет фона (сочетания задаются тренером). Расслабившись, сидя на стуле, закрыть глаза и попытаться почувствовать текстуру бархата.
Рефлексия		
Закрепить полученные знания на занятии	Обсуждение ощущений и выделение ведущих каналов каждым из участников.	

Домашнее задание: создать личный «банк положительных эмоций» (звук, цвет, запах, образы) и вызвать в памяти приятные воспоминания во всей их полноте, отвлекаясь тем самым от неприятной ситуации.

#### Занятие 4.

Цель занятия: тренировать навыки самонаблюдения.

Задачи:

- способствовать развитию навыков самонаблюдения;
- приводить в равновесие психоэмоциональное состояние

#### Содержание

Цель	Действия тренера	Действия участников
Вводная часть		
Обсуждение домашнего задания	Руководство группой, подготовка к осмыслению нового материала.	Ответить на вопросы: какие приятные воспоминания могут способствовать выходу из неприятной ситуации
Основная часть		



Упражнение «Искусство самонаблюдения – 2 магических вопроса».		
Обучение самонаблюдению, фиксированию и самоанализу мыслей и эмоций с целью приведения в равновесие своего психоэмоционального состояния и привязки его к реальности.	Вопросы тренера. Первый магический вопрос: что происходит со мной в данный момент? А именно: Отвечать на вопросы: Что я чувствую? Что я делаю? Как я дышу? О чем я думаю? Второй магический вопрос: чего бы мне хотелось в следующий момент?	Участники тренинга пишут ответы на вопросы, мысленно проговаривая их. Обсуждение ответов группы на два «магических» вопроса.
Упражнение «Фиксирование мыслей».		
Сосредоточение на внутреннем мире, самоанализ и изучение внутреннего мира с целью выделения навязчивых, беспокоящих мыслей и деструктивных убеждений.	Пояснение тренера: проведем анализ своего мыслительного процесса с выделением неконструктивной составляющей и коррекции восприятия стрессовой ситуации.	Участники тренинга пишут ответы на вопросы, мысленно проговаривая их: какой процент занимали сенсорные ощущения; какой процент – телесные; какой процент – собственно мысли.
Упражнения «Деструктивные сюжеты для мысленных игр» [38].		
Распознавание и коррекция когнитивных нарушений мышления, приводящих к стрессу, обучение искусству самонаблюдения в целях противодействия деструктивным мыслям в стрессовых ситуациях	Обсуждение результатов упражнения, особенно трудностей при его выполнении.	Пытаются научиться распознавать когнитивные нарушения мышления приводящих к стрессу.
Игра «Катастрофа».		
Обратить внимание на мысли и предпринять усилия по их изменению.	Любители этой игры фантазируют не только об автокатастрофах, но и о том, как будет ужасно, если их ограбят, сгорит их дом и пр. Подобные мысли сами по себе могут	Обсуждение ведущих деструктивных мысленных игр участников, оказание эмоциональной поддержки членам группы.

	быть источником нескончаемого стресса, поэтому следует обратить на них внимание и предпринять усилия по их изменению.	
<b>Упражнение «Аукцион».</b>		
Взятие под контроль эмоциональных стрессовых реакций: паники, тревожности, чувства безысходности	Предлагается назвать как можно больше способов справиться с плохим настроением, эмоциями, которые негативно влияют на благополучие человека. Все способы я буду фиксировать на доске.	Участники называют способы борьбы с плохим настроением
<b>Рефлексия</b>		
Закрепление позитивных реакций в области поиска реальных конструктивных решений жизненных проблем.	Обсуждение результатов с фиксацией внимания на возможностях преодоления дезадаптивных эмоциональных состояний путем активизации мыслительного процесса и творческого подхода.	

Домашнее задание: прорисовать стрессовые реакции: панику, тревожность, чувство безысходности.

### **Занятие 5.**

Цель занятия: дальнейшее развитие контроля эмоциональной сферы.

Задачи:

- осознать и визуализировать негативные ощущения.
- развивать навыки саморегуляции

#### **Содержание**

Цель	Действия тренера	Действия участников
<b>Вводная часть</b>		
Обсуждение домашнего задания	Руководство группой, подготовка к осмыслению нового материала.	Ответить на вопросы: какие ситуации, могут вызвать стрессовые реакции.
<b>Основная часть</b>		
<b>Рисование стресса</b>		
Осознание	и Возьмите	цветные Участники рисуют

<p>визуализация негативных ощущений, их безопасное отреагирование.</p>	<p>карандаши. -используя один цвет – изобразите различные формы и линии. Определите их смысловое значение: выберите цвета, которые отражают Ваше состояние в данный момент; выберите 2-3 цвета, составляющие гармоничную группу; выберите цвета, отражающие особенности Вашего характера; выберите цвета, нейтрализующие Ваши негативные переживания; используя символы и абстракции, создайте 2 рисунка своего стресса и состояния, которое Вы хотели бы испытывать: один из негативных цветов, другой из симпатичных Вам. Сравните оба рисунка. Сделайте с негативным рисунком все, что Вы хотите (порвите, сомните, дорисуйте его так, чтобы изменить сюжет на позитивный и пр.).</p>	<p>стресс. Обсуждение рисунков каждого участника с интерпретацией тренером используемых цветов и линий</p>
<p><b>Развитие навыков саморегуляции</b></p>		
<p>Отвлечение от деструктивных и навязчивых мыслей, снятие нервно-психического напряжения, облегчение</p>	<p>В качестве одного из методов психической саморегуляции можно использовать технику медитации. Медитация входит как составная</p>	<p>Проведение сеанса медитации в группе</p>

<p>осознания психологических проблем.</p>	<p>часть в аутогенную тренировку, применяется при самогипнозе. Условия успешной медитации: спокойное окружение, удобная поза, прекращение внутреннего контроля и сопротивления (пассивная установка), мышечная релаксация. Для того, чтобы привести свое внутреннее состояние в равновесие можно использовать упражнение на сосредоточение.</p>	
<p>Работа с группой «Используй свое ресурсное состояние».</p>		
<p>Отработка технологии актуализации ресурсных состояний с членами группы по схеме: актуальная проблема, вызывающая стресс – вид необходимого ресурса для решения проблемы и преодоления стресса – источник позитивного ресурса – активизация ресурса - взаимодействие с проблемой с поддержкой ресурса – результат актуализации ресурсного состояния.</p>	<p>Самый надежный источник противодействия стрессорам – это вы сами. Важно только уметь этим воспользоваться. После того, как вы научились владеть собой и контролировать свое психоэмоциональное состояние необходимо задуматься, где взять дополнительный источник силы для преодоления стрессовой ситуации. Если возникает у человека есть проблема, то у него внутри есть и ресурс по ее преодолению. Такую возможность представляет технология</p>	<p>Обсуждение результатов с группой.</p>

	актуализации ресурсных состояний.	
<b>Рефлексия</b>		
Изучение себя, своего внутреннего мира, управлению мыслями и чувствами, выработке навыков саморегуляции и снижению внутреннего напряжения при возникновении признаков стресса	Профилактика и борьба со стрессом предполагают, прежде всего, инвентаризацию внутренних ресурсов, понимание и управление собственными реакциями.	Члены группы поочередно по желанию высказывают свои впечатления об этом занятии. Что понравилось? Что неприятно? Что хотелось бы сделать по-другому?

Домашнее задание: как превратить стрессовую ситуацию в источник новых творческих задач, конструктивных целей, возможностей для личностного роста и кладовую бесценного жизненного опыта.

### **Занятие 6.**

Цель: развитие навыков релаксации

Задачи:

- снятие психофизиологического напряжения,
- отработка одного из навыков выхода из-под прямого действия стресса.

#### Содержание

Цель	Действия тренера	Действия участников
<b>Вводная часть. Упражнение «Здравствуйте».</b>		
Мягкий вход в работу группы, создание непринужденной дружелюбной и искренней атмосферы, снятие напряжения начала занятия, переключение внимание с повседневных забот на участие в тренинге	Обращаясь к соседу слева с чувством радости от встречи проговорить: «Здравствуйте...», выражая свое отношение к нему голосом, жестом и улыбкой.	Участники обращаются к соседям по встрече в группе
<b>Основная часть</b>		
<b>Упражнение «Дыхание».</b>		
Знакомство с методикой регуляции дыхания	Сейчас мы познакомимся с одной из этих методик. Мы используем регуляцию дыхания для того, чтобы уменьшить последствия	Отработка техники регуляции дыхания с участниками группы.

	прямого действия стресса, снять физическое напряжение, успокоить нервную систему.	
<b>Упражнение «Злой гений»</b>		
Определить объективную сущность проблемы, вызывающей стрессовые реакции.	Предлагаю выполнить упражнение. Вспомните беспокоящую вас проблему, Вообразите эту ситуацию во всех деталях. Через минуту размышлений нарисуйте этого «злого гения». Участников просят рассказать, какие выводы они сделали для себя в результате выполнения этого упражнения.	Участники выполняют упражнение, рисуют злого гения.
<b>Упражнение для мышечного расслабления</b>		
Восстановление контакта со своим телом, подключение телесной формы переработки психоэмоционального напряжения, смена внимания участников группы с интеллектуальной деятельности на телесные ощущения	После объективного рассмотрения сути беспокоящей вас проблемы следует переходить к ее решению. Для этого мы переформулируем проблему в цель, переключившись со страданий и беспомощности на конструктивное восприятие реальности и принятие на себя активной жизненной позиции. Проиллюстрируем нашу решимость расти над собой полезным и символичным упражнением для мышечного	Обсуждение с группой после выполнения каждого упражнения возникших телесных ощущений участников – зажимов, внутреннего сопротивления.

	расслабления.	
<b>Упражнения «Превращаем проблемы в цели».</b>		
Работа с проблемой, как источником стрессовых реакций: составление общего представления о тревожащих проблемах и переформулирование наиболее важных из них из источника стресса в конструктивные жизненные цели.	Вернемся к конструктивной переработке проблем, вызывающих у нас стрессовое состояние. У каждого из нас есть свои проблемы, чтобы избежать хронического стресса следует изменить отношения к ним.	Переформулирование проблем участников в позитивные цели.
<b>Упражнение «Свободен!».</b>		
Увидеть новые цели, которые возможно мы не заметили из-за ригидности восприятия ситуации, связанной с социальными стереотипами, воспитанием, общественными нормами и правилами.	В этом упражнении воображаемая стрессовая ситуация поможет вам увидеть новые цели, которые могли быть скрыты пеленой условностей, стереотипов и устаревших иллюзий, расширить горизонты своего реагирования на стрессовую ситуацию. Это упражнение можно использовать в момент возникновения стрессовой ситуации.	Участники размышляют над этим вопросом, расширят горизонт восприятия и открывают новые возможности.
<b>Рефлексия</b>		
Изменение восприятия ситуации, которую личность считает стрессовой для себя и расширения индивидуального спектра возможных реакций на стрессоры.	Как бы вы решали возникшую перед вами проблему, не будучи скованными условностями?	Участники размышляют и поочередно по желанию высказываются о спектре возможных реакций на стрессоры.

Домашнее задание: отработка упражнений для мышечного расслабления.

## Занятие 7. Психокоррекция тревожности

Цель: научить справляться с непереносимостью неопределенности

Задачи:

- использовать стратегию: пытаться продумать и спроектировать наперёд все возможные последствия неприятной ситуации.
- «просчитать» и учесть все возможные негативные исходы.

#### Содержание

Цель	Действия тренера	Действия участников
<b>Вводная часть</b>		
Актуализировать представления о тревоге и ее снижении	Вступительное слово: «Поскольку жизнь – это многомерные события, ежеминутно может все поменяться, подобная затея – пытаться учесть все исходы – заведомо обречена на провал. Как результат – тревога».	Предпринять попытку вспомнить стратегии, для снижения тревоги, и что их этого выходило. Обсуждение в группе
<b>Основная часть</b>		
<b>Знакомство с КПТ</b>		
Проработать непереносимость неопределенности клиента у	Итак, на первом этапе КПТ тревожных расстройств, необходимо проработать непереносимость неопределенности у клиента. В помощь терапевту могут быть использованы тесты типа «Непереносимость неопределенности» или ему подобные.	Проработка ведётся путём прохождения теста, обсуждения результатов теста, с помощью сократовского диалога и прочих стандартных методов работы в КПТ.
<b>Позитивные убеждения относительно тревоги</b>		
Выявить позитивные функции тревоги	Как ни странно это не звучало бы, но все тревожные люди убеждены, что их тревога им чем-то обязательно полезна, нужна или выгодна, что у тревоги есть какая-то положительная функция. При этом многие даже не отдадут	Ответить на вопрос: «Чем вам может быть выгодна ваша тревога?»



	себе в этом отчета, и, если их спросить напрямую, они не найдут что ответить, или будут даже убеждать вас, что тревога совершенно не выгодна, не нужна и даже опасна для здоровья.	
«Продумай заранее».		
Сделать своей привычкой продумывание сложных ситуаций заранее.	Сядьте спокойно в комфортной позе. Если хотите, закройте глаза. Вообразите себя в трудной ситуации. Например: Ответ у доски в присутствии директора школы. Постарайтесь почувствовать себя настолько спокойно, насколько можете. Подумайте, что скажете и что сделаете.	Придумывают возможные варианты поведения до тех пор, пока не почувствуете себя абсолютно спокойно.
«Расслабление под музыку» (звучит спокойная, релаксационная мелодия)		
Пытаться преодолеть тревожность с помощью упражнений на расслабление.	Умение расслабляться, надо тренировать. Сядьте спокойно в комфортной позе. Закройте глаза. Медленно расслабьте мышцы. Представьте, что находитесь там, где очень хорошо и не надо ни о чем беспокоиться. Например, на пляже, где солнце греет тебя своими лучами. Ни о чем не тревожься, просто слушай музыку.	Что почувствовали во время выполнения упражнения? Ответы участников группы.
Рефлексия		
Проанализировать	Что вы чувствовали,	Обсуждение

варианты поведения, чтобы успокоиться.	когда выполняли упражнение? Получилось ли у вас найти варианты поведения и успокоиться?	участниками своих вариантов ответов.
--	--	--------------------------------------

Домашнее задание. Выполняй упражнение как можно чаще, но не реже, чем один раз в неделю. Продолжай упражнение не менее 10 минут.

### Занятие 8. Эффективная работа по избавлению от тревожности.

Цель: Эффективная работа по избавлению от тревожности

Задачи:

- внутренняя работа с мышлением (выработка правильного отношения к тревоге путём проработки искажённого мышления и регулярного выполнения техник, снижающих тревожность)
- внешняя работа с телом (увлечение физической активности и формирование активной жизненной позиции).

Содержание

Цель	Действия тренера	Действия участников
<b>Вводная часть</b>		
Актуализировать представления об эмоциях и поведении в ситуации тревоги	Пять главных негативных эмоций: обида (несоответствие поведения близкого человека своим ожиданиям); гнев (несоответствия поведения чужого человека своим ожиданиям); вина (несоответствие своего поведения чужим ожиданиям); стыд (несоответствие своего поведения своим ожиданиям); тревога (следствие катастрофических мыслей о будущем по типу «А что если?»).	Представить свое поведение в состоянии негативных эмоций
<b>Основная часть</b>		

Упражнение «Домик»		
<p>Обретение силы и мощи духа, развитие силы воли.</p>	<p>Сядьте удобно. Пальцы рук сплетите в кистевой замок и поднимите над головой – это крыша домика. Закройте глаза, руки держите над головой. Вдох – задержка дыхания, выдох – задержка дыхания. Выполнять упражнение 1-2 минуты, несколько раз в день.</p>	<p>Участники выполняют упражнение, под комментарии тренера.</p>
Упражнение «Кнопка»		
<p>Учиться мгновенно, расслабиться для снижения действия негативных эмоций</p>	<p>Мысленно перенеситесь в то место, где вам хорошо и спокойно. Подключите все органы чувств. Для того чтобы мгновенно расслабиться, снять напряжение и чувствовать себя уверенно, мысленно произнесите: «Каждый раз, когда я слегка нажму на ноготь указательного пальца, я сразу перейду к приятному, расслабленному состоянию тела и сознания». В этот момент слегка нажмите на ноготь большого пальца указательным пальцем, представьте и почувствуйте себя еще более расслабленным... почувствуйте как вам хорошо и спокойно.</p>	<p>Попытаться вызвать это эталонное состояние хотя бы один раз, чтобы в дальнейшем так натренироваться, что оно будет возникать автоматически.</p>

Рефлексия		
Подвести итоги занятия и самого тренинга.	Обсуждение с группой актуального психоэмоционального состояния участников и как оно изменилось за дни тренинга.	Заполнение бланка «Мнение».

Резюме тренинга. Обмен впечатлениями. Раздача на память участникам подготовленного печатного материала с описанием упражнений тренинга для дальнейшего использования при возникновении стрессовых ситуаций.