



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)
Кафедра медицинской психологии и психофизиологии

Зав. кафедрой
медицинской психологии и
психофизиологии СПбГУ
д.пс.н., профессор
_____ О.Ю. Щелкова

Председатель ГЭК,
д.мед.н, вед. науч. сотр. отделения лечения
пограничных состояний и психотерапии,
ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
_____ А.В.Васильева

Дипломная работа на тему:

***КОГНИТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ЭМОЦИЙ
У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ***

по специальности 030302 - Клиническая психология

специализация: клиническое консультирование и коррекционная психология

Рецензент:
д.мед.н., профессор
руководитель отдела наркологии
ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Крупицкий Евгений Михайлович
_____ (подпись)

Выполнила:
Студентка 6 курса
Очно-заочного отделения
Кузнецова Александра Дмитриевна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
к.пс.н., доцент кафедры
медицинской психологии и
психофизиологии СПбГУ
Трусова Анна Владимировна
_____ (подпись)

Санкт-Петербург
2016

Аннотация

Одна из основных проблем эффективной терапии алкогольной зависимости – преодоление влечения к алкоголю и сниженная или отсутствующая способность зависимого пациента контролировать его употребление. Изучение когнитивной регуляции эмоций у зависимых от алкоголя пациентов позволяет получить данные, значимые для оптимизации психотерапевтических и реабилитационных мероприятий у данной категории больных. В рамках данной дипломной работы на базе 5 отделения ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева проведено сравнительное исследование особенностей когнитивной регуляции эмоций у зависимых от алкоголя пациентов. В исследовании приняло участие 52 человека: 26 больных алкоголизмом и 26 участников, не имеющих проблем с алкоголем. Методы: клинико-anamnestический, экспериментально-психологический. Сравнивались используемые когнитивные стратегии регуляции эмоций, уровень импульсивности и уровень толерантности к неопределенности в группе больных и группе здоровых.

Результаты: исследование показало, что зависимые от алкоголя пациенты чаще используют неадаптивные стратегии когнитивной регуляции эмоций по сравнению со здоровыми людьми; уровень импульсивности и уровень интолерантности к неопределенности выше у больных с алкогольной зависимостью выше, чем у здоровых.

Abstract

One of the principal issues of efficient therapy for alcohol dependence is overcoming the attraction to alcohol and the reduced or absent capacity of the dependent to control alcohol consumption. The study of cognitive regulation of emotions by patients suffering from alcohol dependence allows to get data that is essential for optimizing psychotherapeutic and rehabilitation treatments for this category of patients. In the framework of this thesis, a comparative research of the capacities for cognitive regulation of emotions by individuals dependent on alcohol was carried out at the 5th department of the Federal State State-Funded Institution "V. M. Bekhterev Research Centre for Psychoneurology" (Department of Addictive Pathologies) in Saint-Petersburg. The research looks at 52 persons: 26 patients of the Department, and 26 healthy individuals. Research method: clinical and amnestic; experimental and psychological. For the purposes of this research the following aspects were compared: the cognitive strategies of regulation of emotions, the level of impulsivity and the level of tolerance to uncertainty in the group of patients and the group of healthy persons.

Results: the research showed that patients dependent on alcohol resort more often to non-adaptive strategies of cognitive regulation of emotions compared to healthy individuals, and that their level of impulsivity and the level of tolerance are higher than those of healthy persons.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Глава 1. Обзор литературы	7
1.1. Алкогольная зависимость: определения, понятия	7
1.2. Психологические факторы возникновения алкогольной зависимости ...	11
1.3. Эмоциональная регуляция	16
1.4. Когнитивная регуляция эмоций	18
1.5. Проблема изучения когнитивной регуляции эмоций в аспекте алкогольной зависимости	21
Глава 2. Материалы и методы исследования	27
Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение	39
Выводы.....	46
Заключение	47
Список литературы	48
Приложение 1	53
Приложение 2.....	56

ВВЕДЕНИЕ

Алкогольная зависимость является одной из важнейших проблем, стоящих перед современным российским здравоохранением. Распространенность её велика, а эффективность методов диагностики и лечения недостаточна. Алкогольная зависимость является заболеванием со сложной биопсихосоциальной природой (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1971), в ее этиологии и генезе сочетаются биологические, психологические и социальные факторы.

Зависимость от алкоголя характеризуется труднопреодолимым влечением к употреблению алкоголя и сниженной способностью индивида ограничить его употребление, несмотря на негативные психологические, физические и социальные последствия; в ее основе лежат нарушения саморегуляции. Когнитивный контроль, эмоциональная регуляция (включая когнитивную регуляцию эмоций) и мотивация являются основными компонентами саморегуляции. В настоящее время известно, что данные компоненты находятся в определенных взаимоотношениях, но характер и динамика этих взаимоотношений не изучены. Эта проблема отражается на лечении алкогольной зависимости: существует множество психологических подходов к ее лечению, ориентированных на развитие отдельных аспектов саморегуляции пациентов, но сам механизм действия применяемых психологических и психотерапевтических методов не вполне ясен. Недостаток понимания механизмов действия данных методов и относительно низкая дифференцированность их применения могут значительно снижать их эффективность (Трусова А.В., Климанова С.Г., 2015).

На данный момент существует множество пробелов в понимании когнитивного контроля, когнитивной регуляции эмоций. К ним можно отнести определение механизмов, лежащих в их основе; роль и особенности когнитивного контроля и когнитивной регуляции эмоций в развитии алкогольной зависимости и процессе реабилитации больных алкоголизмом.

Цель работы – изучение индивидуально-психологических

особенностей когнитивной регуляции эмоционального состояния у лиц с алкогольной зависимостью.

Задачи работы:

1. Изучить когнитивные стратегии регуляции эмоций у пациентов с зависимостью от алкоголя.
2. Изучить влияние когнитивной регуляции эмоций на поведение пациентов с алкогольной зависимостью.
3. Исследовать уровень импульсивности и толерантности к неопределенности у лиц с зависимостью от алкоголя.
4. Провести сравнительный анализ изученных характеристик в группе здоровых лиц.

Объект исследования – больные с зависимостью от алкоголя.

Предмет исследования – особенности когнитивной регуляции эмоций у больных алкоголизмом.

Гипотезы:

1. Лица с алкогольной зависимостью используют менее адаптивные когнитивные стратегии регуляции эмоций по сравнению со здоровыми испытуемыми.
2. Больные с алкогольной зависимостью характеризуются более высокими показателями импульсивности и низкими показателями толерантности к неопределенности, чем здоровые испытуемые.

ГЛАВА 1. Обзор литературы

1.1. Алкогольная зависимость: определение, понятия

В Международной классификации болезней десятого пересмотра алкогольная зависимость относится к блоку F10-F19 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ».

Алкоголизм — это хроническое психическое заболевание аддиктивного типа, проявляющееся тремя основными симптомами:

- болезненным влечением к алкоголю
- формирующейся на основе этого влечения алкогольной зависимостью
- систематическим злоупотреблением алкоголем (Менделевич В.Д., 2007).

Понятия «злоупотребление алкоголем» и «алкогольная зависимость» не тождественны, как отмечает В.Д. Менделевич. Злоупотребление алкоголем выступает как проявление алкогольной зависимости и может отмечаться у лиц, ей не страдающих. В англоязычной научной литературе часто используется термин пристрастие к алкоголю (alcohol addiction), подразумевающий развившуюся склонность к его употреблению. Эта клиническая категория отличается от предыдущего понятия — злоупотребления алкоголем в узком смысле — признаком систематичности и в некотором роде может рассматриваться в качестве переходного феномена между злоупотреблением алкоголем и алкогольной зависимостью (Менделевич В.Д., 2007).

Необходимым и достаточным условием диагностики алкогольной зависимости как основы алкоголизма можно считать наличие следующих основных феноменов:

- 1) алкоголь занимает неподобающе высокое место в иерархии ценностей индивида

2) употребляемые количества спиртных напитков всегда или в большинстве случаев превосходят предполагаемые или планируемые величины (утрата контроля дозы алкоголя)

3) употребление алкоголя продолжается вопреки возникающим препятствиям, противодействию со стороны окружения, профессиональным и социальным интересам индивида

4) употребление алкоголя сопровождается развитием синдрома отмены.

Первые три критерия служат отражением психического компонента алкогольной зависимости, а последний отражает ее физический компонент.

Более подробный, чем предложенный выше, перечень критериев зависимости от ПАВ, в том числе от алкоголя, разработан американской психиатрической ассоциацией и используется в квалификационной диагностической системе DSM-IV. В соответствии с этим перечнем для квалификации пристрастия или зависимости от ПАВ необходима констатация не менее трех из следующих симптомов:

- 1) толерантность;
- 2) синдром отмены;
- 3) постоянное желание или неудачные попытки уменьшить употребление веществ;
- 4) употребление веществ в больших, чем поначалу предполагалось, количествах;
- 5) нарушения социальной и профессиональной деятельности, а также деятельности, направленной на отдых и развлечения;
- 6) затрата большого количества времени, необходимого для получения веществ;
- 7) продолжение употребления веществ, несмотря на возникающие в результате этого употребления проблемы (Менделевич В.Д., 2007).

Помимо злоупотребления алкоголем существует его умеренное (непатологическое) потребление. Эти три понятия – умеренное потребление,

злоупотребление и алкоголизм – на практике бывает трудно разграничить. Умеренное потребление алкоголя может переходить в злоупотребление, а последнее – формировать почву для развития алкогольной зависимости как имманентной характеристики алкоголизма. Возможность подобной трансформации определяется взаимодействием многих факторов. Не последнее место среди них занимает предрасположение к аддиктивным расстройствам.

Для выявления клинических проявлений и психопатологии алкоголизма важно разграничивать два понятия: алкоголизм как совокупность психологических и психопатологических проявлений и алкогольную болезнь как совокупность стойких неврологических и висцеральных нарушений, развившихся вследствие систематического злоупотребления алкоголем. Симптомы алкоголизма обычно предшествуют развитию симптомов алкогольной болезни, но в некоторых случаях наблюдаются и обратные соотношения.

Уместным представляется разделение всех психопатологических феноменов, выявляемых при алкоголизме (как и при злоупотреблении неалкогольными ПАВ), на проаддиктивные, собственно аддиктивные и метааддиктивные. Проаддиктивные расстройства включают преморбидные особенности личности, предрасполагающие к злоупотреблению ПАВ или возникновению нехимических зависимостей. Собственно аддиктивными расстройства – патологические мотивации (болезненное влечение к ПАВ) и обусловленное этими мотивациями аддиктивное поведение. Метааддиктивные расстройства демонстрируют совокупность патологических изменений, нажитых в процессе злоупотребления ПАВ и являющихся последствиями этого злоупотребления. В соответствии с приведенным разделением, симптоматика алкоголизма в первую очередь включает собственно аддиктивные расстройства, тогда как алкогольную

болезнь характеризуют различные метааддиктивные нарушения (Менделевич В.Д., 2007).

Классификация проявлений алкоголизма затруднена в связи с разносторонними проявлениями этого заболевания. Наиболее общепринятой является классификация Е.Jellinek (1955), который выделяет пять типов алкоголизма, обозначенных начальными буквами греческого алфавита:

Альфа – психологическая зависимость, при которой алкоголь используется как средство снятия физической или душевной боли (в последнем случае используется термин «тимогенное пьянство»). Здесь нет потери контроля и физиологических признаков зависимости. Этот тип иногда обозначается как «проблемное пьянство», «пьянство ухода, бегства».

Бета – при отсутствии физической и психологической зависимости появляются соматические осложнения в области внутренних органов, сердечно-сосудистой системы, снижается сопротивляемость инфекциям и онкологическим заболеваниям. Этот тип иногда называют «соматопатическим пьянством».

Гамма – повышение толерантности в результате клеточной адаптации к повторным приемам алкоголя, появление синдрома отмены или абстинентного синдрома, утрата контроля алкогольного поведения. Синонимы этого типа алкоголизма: «эссенциальный, идиопатический, аддиктивный, злокачественный».

Дельта – форма, распространенная во Франции и других винодельческих странах. При ней также наблюдается повышенная толерантность и симптом отмены. Отличительной особенностью является постоянство употребления алкоголя с невозможностью прекратить его даже на короткое время без развития в этом случае синдрома отмены.

Эпсилон – дипсомания, периодическое или запойное пьянство. В промежутках между запоями алкоголь не может употребляться в течение нескольких недель или месяцев (Попов Ю.В., Вид В.Д., 2002).

1.2 Психологические факторы возникновения алкогольной зависимости

В этиологии и генезе зависимостей от ПАВ учитывают комплекс биологических, психологических и социальных факторов. Алкоголизм и другие болезни зависимости лучше всего соответствуют понятию мультифакториальных заболеваний. Для мультифакториальных заболеваний был предложен термин «подверженность». Подверженность отражает врожденную тенденцию к развитию болезни, т.е. восприимчивость или уязвимость, генетическую предрасположенность и всю комбинацию внешних обстоятельств, которые обеспечивают «большую или меньшую вероятность развития заболевания». Подверженность – это вероятность заболевания, которая детерминирована всей совокупностью внешне- и внутрисредовых факторов (Иванец Н.Н., 2002).

Существует следующее разделение этиологических теорий алкоголизма: психологические теории и биологические теории (Менделевич В.Д., 2007). Н.Н. Иванец предлагает несколько иное разделение: биологические и генетические теории либо психологические и средовые.

Раздел психологических теорий этиологии алкогольной зависимости обычно включает в себя изучение преморбидных личностей больных, субъективную психологическую потребность индивидов в алкоголе, а также сравнительное изучение групп высокого и низкого риска развития зависимости (Иванец Н.Н., 2002).

Биологические теории злоупотребления алкоголем и алкоголизма подразделяются на две группы: ферментативные и медиаторные.

Ферментативная недостаточность – дефицит одной из форм ацетальдегиддегидроэтанола и образование большого количества уксусного альдегида в ходе метаболизма этанола. Считается, что генетически обусловленная ферментативная недостаточность создает своего рода

«биохимический барьер», препятствующий формированию алкогольной зависимости (Менделевич В.Д., 2007).

Формирование зависимости от алкоголя связано с активностью нейронов церебральной «системы вознаграждения» (reward system). Этанол оказывает влияние на систему вознаграждения, что проявляется изменением функциональной активности дофаминергических нейронов и усилением высвобождения дофамина.

Подкрепляющее действие этанола определяется вызываемыми психическими или психофизическими эффектами, возникновение которых связано с активацией опиоидергических нейронов системы вознаграждения. Подкрепление включает два компонента: положительный, с которым связано получение удовольствия и отрицательный, отражающий способность ПАВ устранять психофизический дискомфорт. При возникновении зависимости важную роль играют оба компонента.

Помимо психологических и биологических причин формирования алкогольной зависимости существуют социальные, семейные, культурные и религиозные факторы. Но подробнее мы остановимся на психологических, среди которых можно выделить следующие:

А) «Гипотеза самолечения» (употребление алкоголя с целью избавления от тревоги или преодоления другого психологического дискомфорта)

Б) Разряд психологических защит и алкогольной анозогнозии

В) Личностные особенности, «слабые звенья» личностной структуры

Г) Мотивационные расстройства

Д) Формирующееся в детском и подростковом возрасте девиантное поведение

Е) Стрессы, пережитые в детском и юношеском возрасте, в том числе связанные с сексуальным и физическим насилием; стрессы и потери в течение жизни

Ж) Преморбидная отягощенность

Психологические факторы возникновения алкогольной зависимости различны в разных возрастах.

У подростков алкоголизм встречается не очень часто, поскольку как заболевание развивается в течение определенного промежутка времени и зачастую не успевает сформироваться к совершеннолетию. Наиболее актуальной является ранняя алкоголизация – знакомство со спиртным в возрасте до 16 лет и регулярное употребление его в подростковом возрасте. На этапе ранней алкоголизации у подростков отмечается феномен групповой зависимости, когда тяга к спиртному возникает исключительно в «своей» компании; отрыв от группы прекращает алкоголизацию (Егоров А.Ю., 2003).

А.Ю.Егоров, изучая особенности злоупотребления спиртными напитками у лиц в пубертатном и постпубертаном возрасте, написал об их предрасположенности к ранней алкоголизации и алкоголизму следующее: среди злоупотребляющих алкоголем подростков доминируют гипертимные, истероидные и эпилептоидные личности, особенности характера которых позволяют им занимать лидирующие позиции в группе. Опасность данной ситуации представляется в том, что именно потенциальные лидеры-аддикты будут способствовать вовлечению в потребление алкоголя и других ПАВ остальных подростков. Также А.Ю. Егоров выявил связь между гипертимным, эпилептоидными типами акцентуации и склонностью к алкоголизации и реакцией эмансипации. В связи с тем, что гипертимному и эпилептоидному типам свойственна акселерация в плане физического и полового развития, а реакция эмансипации обостряет конфликты в системе взаимоотношений подросток-взрослый, то алкоголизация выступает как проявление реакции протеста.

Психологические причины алкоголизма в позднем возрасте иные. Существует два типа алкогольно зависимых в этом возрасте: одни больные начинают злоупотреблять алкоголем ещё в молодости, продолжая во второй половине жизни, а другие начинают злоупотребление в старости (собственно

поздний алкоголизм). Возникновение последнего в большей степени связано с социально-психологическими факторами, нежели с наследственной предрасположенностью, что обуславливает менее прогрессивное течение позднего алкоголизма по сравнению с его ранним началом. А.Е. Егоров, исследуя проблему алкоголизма в позднем возрасте, пишет о следующих факторах возникновения тяги к алкоголю, злоупотребления им, алкоголизма:

- свойственные позднему возрасту явления, такие как изоляция, идеи малоценности, ненужности; разочарованность, неудовлетворенность прошлым и настоящим, озлобленность

- негативные жизненные события, ситуации стресса, утраты; трудности, связанные с отношениями, финансами; недостаточная помощь со стороны детей; прекращение профессиональной деятельности, потеря друзей и близких; влияние пьющих друзей

- такие личностные факторы как недостаточная самореализация, копинг-стратегия избегания (Егоров А.Ю., 2006).

При изучении специфической личностной предрасположенности к развитию зависимости от психоактивных веществ большинство исследователей также пытались применить выделяемые в клинической психиатрии типы психопатий и акцентуаций характера. Однако по мере накопления казуистического материала стало очевидным, что при квалификации преморбидных личностных свойств наркологических больных в соответствии с традиционной типологией выделение «алкогольной» и «наркоманической» личности бесперспективно. Это неизбежно приводит, в одних случаях, к недоучету многих важных личностных факторов предрасположения, в других, - к чрезмерному расширению либо искусственному искажению рамок того или иного классического понятия (Иванец Н.Н., 2002) .

Вследствие этого появилась идея о том, что не конкретные акцентуации и психопатии человека предрасполагают к формированию зависимости, а

отдельные «слабые звенья» личностной структуры. Эти уязвимые места обеспечивают своеобразную психологическую готовность к формированию патологического влечения к психоактивному веществу – в силу того, что оно быстро интегрируется в структуру индивидуальности таких людей, выполняя задачу компенсации личностных аномалий либо психологической защиты. Естественно, что такая компенсация (защита) является «суррогатной», патологической, психоактивное вещество выступает несовершенным, чреватым пагубными последствиями модулятором психического состояния. Личность в силу тех или иных условий не располагает внутренними, собственно психическими ресурсами совладания и адаптации и уступает перед аддиктивной силой того или иного психотропного химического вещества (Иванец Н.Н., 2002).

Исследования выявили, что формирование «слабых звеньев» происходит в раннем детском возрасте, при психических травмах. За счет того, что примитивные, инфантильные адаптационные и защитные процессы не справляются с психотравмирующими ситуациями, а только компенсируют их, ситуации не разрешаются и психогенные комплексы детства могут оживляться, реактивироваться уже в подростковом либо зрелом возрасте под воздействием индивидуально значимых, «ключевых» переживаний, в условиях столкновения со все возрастающими требованиями жизни (Иванец Н.Н., 2002). Во взрослой жизни человеку приходится разрешать множество фрустрирующих ситуаций, быть ответственным за свои поступки, сталкиваться с двойственностью человеческой природы, объединяющей плохое и хорошее; с моментами отвержения и предательства. Эти «кризисные» задачи адаптации требуют зрелых и более совершенных, чем в детстве, защитных процессов. Но они не могут быть запущены ввиду стойкой фиксации личности на неразрешенных ранних, «базисных» внутренних конфликтах. Клиническим выражением этих проблем является

появление различных форм патологического развития личности, а также формирования зависимостей.

1.3 Эмоциональная регуляция

Эмоции необыкновенно полезны. Они привлекают внимание к существенным характеристикам окружающей среды, регулируют принятие решений, подготавливают поведенческие реакции, улучшают событийную память, способствуют социальным взаимодействиям. Однако эмоции могут не только помогать, но и приносить вред, особенно если их вид, интенсивность, продолжительность, не соответствуют актуальной ситуации.

В такие моменты люди пытаются регулировать свои эмоции. Эта фундаментальная идея, заключающаяся в том, что эмоции могут и должны регулироваться в определенных ситуациях, отчетливо прослеживается в главных мировых традициях.

В последнее столетие психологические исследования эмоциональной регуляции были сфокусированы на психологических защитах (Фрейд, 1926/1959), стрессе и копинге (Лазарус, 1966), привязанности (Боулби, 1969), саморегуляции (self-regulation) (Mischel, 1996). Несмотря на это, до ранних 1990-х появлялось относительно немного статей, содержащих термин «регуляция эмоций» (emotion regulation). Сейчас же каждый год появляются тысячи публикаций, посвященных данной проблеме, превращая исследование регуляции эмоций в одну из наиболее быстро развивающихся областей психологии (Koole. 2009; Tamir, 2011).

Эмоциональную регуляцию можно определить как целенаправленный процесс, задача которого состоит в регулировании интенсивности, продолжительности и типа переживаемых эмоций (Gross, Thompson, 2007).

Падун М.А. относит к регуляции эмоций не только регуляцию эмоциональных реакций, но и регуляцию настроения (Падун, 2010).

Davidson (1998) дает следующее определение регуляции эмоций:

комплекс осознаваемых и неосознаваемых психических процессов, которые усиливают, ослабляют либо удерживают на одном уровне качество и интенсивность эмоциональных реакций и эмоциональных состояний человека.

Регуляция эмоций – совокупность внешних и внутренних процессов, ответственных за мониторинг, оценивание и модификацию эмоциональных реакций, особенно их интенсивных и временных характеристик для достижения определенных целей (Gross, 1999; Thompson, 1994).

Способность к эмоциональной регуляции, то есть к управлению эмоциональными реакциями, входит в структуру эмоционального интеллекта – способности выявлять и понимать эмоции, а также использовать это понимание для управления своим поведением и отношениями с людьми (Mayer, Salovey, 1997; Люсин, 2004; Гоулман, 2009; Сергиенко, Ветрова, 2009).

Важным аспектом является разведение понятий «регуляция эмоций» и «эмоциональная регуляция поведения».

В сущности, любая целенаправленная деятельность связана с достижением желаемых эмоций (например, радости и удовлетворения), то есть саморегуляция любой деятельности параллельно с основной целью имеет опосредованную цель – регуляцию эмоций. Однако понятие «регуляция эмоций» предполагает, что основной целью усилий человека, их фокусом, является непосредственно изменение эмоционального состояния. При этом можно рассмотреть осознаваемую регуляцию эмоций как любую другую целенаправленную активность, то есть *функциональную систему*, содержащую цель (достижение / избегание определенных эмоций), блок программирования (оценка и распределение ресурсов), блок исполнения (мыслительные операции, поведенческие проявления, использование средств саморегуляции) и систему обратной связи (соотнесение цели и полученного результата) (Моросанова, 2002).

Следует также отграничить понятие регуляции эмоций от понятия совладающего поведения (копинга): несмотря на то что отдельные стратегии эмоционального копинга сходны со стратегиями регуляции эмоций, регуляция эмоций рассматривается в более широком контексте, который выходит за рамки стресса и трудных жизненных ситуаций. Важным компонентом регуляции эмоций является регуляция позитивных эмоций, которая не связана напрямую с процессами совладания со стрессом (Падун, 2015).

Говоря о психологических механизмах регуляции эмоций, следует особо обозначить роль ситуативного контекста в выборе той или иной стратегии регуляции. Эмоциональные процессы включают в себя восприятие и оценку эмоциогенного стимула или ситуации, генерацию аффекта как физиологического состояния и соответствующей ему репрезентации в сознании или бессознательном, а также регуляцию этого аффекта. Очевидно, что данная последовательность не может быть линейной и существовать отдельно от контекста. Так, в частности, эмоциональное состояние, существующее на момент столкновения с эмоциогенной ситуацией, может оказывать влияние на ее оценку. Более того, человек может осознанно или неосознанно воздействовать на свою оценку ситуации еще до того, как эмоция возникла (Падун, 2015).

Наиболее популярной теоретической моделью регуляции эмоций на сегодняшний день является модель Гросса (Gross, Thompson, 2007), которая основана на рассмотрении процесса развертывания эмоциональной реакции во времени.

1.4 Когнитивная регуляция эмоций

Когнитивная регуляция эмоций относится к сознательному, когнитивному способу обработки восприятия информации, вызывающей эмоции (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; Thompson, 1991) и считается частью более широкой концепции регуляции эмоций.

В свою очередь, эмоциональная регуляция поведения относится к саморегуляции сложных форм поведения. Под саморегуляцией поведения понимаются процессы управления эмоциональными, мотивационными и когнитивными ресурсами с целью изменения психического состояния и поведения для достижения поставленных целей. Саморегуляция — это двухкомпонентный процесс (Vohs, Baumeister, 2010). С одной стороны, саморегуляция подразумевает мониторинг различий между настоящим и желаемым состояниями человека, а с другой стороны — управление ресурсами с целью сокращения различий между этими двумя состояниями.

Данному аспекту эмоциональной регуляции посвящено немного исследований. По мнению Н.Гарнефски и В.Крайг, когнитивные компоненты эмоциональной регуляции ранее не изучались отдельно от других аспектов копинга и это привело к неясности их значений и функций.

Отличие изучения концепции когнитивной регуляции эмоций от концепции когнитивного копинга состоит в том, что в первой стратегии когнитивной регуляции рассматриваются в чистом виде, отдельно от поведенческих стратегий. Теория когнитивной регуляции эмоций базируется на предположении, что мышление и действие относятся к разным процессам.

Когнитивная регуляция эмоций – это регуляция эмоций посредством когниций, позволяющая человеку удерживать контроль над своими эмоциями под воздействием, а также после угрозы или стрессовых ситуаций (Garnefski, Kraaij, 2001). Н. Гарнефски и В. Крайг выделяют 9 основных способов когнитивной регуляции эмоций:

- 1) Самообвинение – обращение к мыслям о том, что вина за то, что было испытано или испытывается, лежит непосредственно на субъекте. Данная стратегия включает широкий спектр эмоционально-фокусированных мыслей, включая чувство тревоги и возникновение злости
- 2) Обвинение других – мысленное возложение вины за то, что было испытано или испытывается, на другого человека или окружающую среду
- 3) Руминация (сосредоточение) – размышления о чувствах и мыслях, связанных с негативным событием
- 4) Катастрофизация – обращение к мыслям, явно преувеличивающим разрушительную силу того, что было испытано
- 5) Помещение в перспективу – мысленное отстранение от серьезности события, подчеркивание его относительности в сравнении с другими событиями
- 6) Положительная перефокусировка – обращение к мыслям о радостных и приятных событиях вместо обдумывания актуального события
- 7) Позитивный пересмотр – обращение к мыслям, направленным на создание позитивного для личностного роста значения, события
- 8) Принятие – мысленное принятие того, что произошло, и примирение с тем, что случилось
- 9) Перефокусировка на планирование – размышление о том, какие меры должны быть предприняты, чтобы справиться с негативным событием. Данная когнитивная часть копинга, направленного на действие, автоматически не предполагает, что поведенческая реакция последует.

В разных ситуациях люди могут использовать разные способы регуляции эмоций, однако некоторые из них человек использует чаще остальных, тем самым формируя индивидуальный стиль когнитивной регуляции эмоций.

Перечисленные стратегии были выделены и/или переформулированы из существующих копинг-стратегий; «преобразованы» из некогнитивных стратегий или добавлены на теоретическом обосновании. Например, позитивная переоценка и принятие были взяты из традиции копинга, в то время как руминация и катастрофизация появились из отдельных областей. Важным ограничением выделения когнитивных стратегий являлась выявленная в предшествующих исследованиях связь между определенной когнитивной стратегией и развитием психопатологии.

В 2001 году Н.Гарнефски и В.Крайг был разработан опросник «Когнитивной регуляции эмоций» (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ), ставший одним из первых инструментов измерения когнитивных компонентов эмоциональной регуляции подростков и взрослых. Появление CERQ сделало возможными сложные, интегративные исследования связи когнитивной регуляции эмоций и душевного здоровья.

1.5. Проблема изучения когнитивной регуляции эмоций в аспекте алкогольной зависимости.

Проблему регуляции эмоций в норме и патологии специалисты относят к числу наиболее актуальных на современном этапе развития психологической науки и практики. Это обусловлено возрастанием стрессогенности современного общества, неуклонным ростом частоты встречаемости депрессивных, тревожных, диссоциативных и психосоматических расстройств, высокой распространенностью аддиктивного и антисоциального поведения.

Согласно одной из популярных теорий аддиктивного поведения, известной как «гипотеза самолечения», люди прибегают к наркотикам и алкоголю, чтобы изменить свое эмоциональное состояние. В соответствии с этой гипотезой зависимость от психоактивных веществ работает как

компенсаторное средство для борьбы с горем и облегчения в ситуации неконтролируемых психологических состояний.

Мотивационная модель употребления алкоголя (Cox W.M., Klinger E., 1988) основана на том, что люди употребляют алкоголь с целью достижения определенных результатов, а также принимают решения о том, следует ли им пить или нет. Эти решения являются сочетанием эмоциональных и рациональных процессов, происходящих на основе аффективных изменений, которых человек надеется достичь путем употребления алкоголя. Мотивы могут быть связаны с прямым химическим воздействием алкоголя (снижением напряжения, улучшением настроения и др.) или непрямым (принятие в группе сверстников и др.) (Копытов А.В., 2011).

Большой объем эмпирических данных подтверждает, что людям, употребляющим психоактивные вещества, трудно контролировать эмоции, и что негативные эмоциональные состояния способствуют употреблению психоактивных веществ (Dimeff, Koerner, 2010; Kusher, Sher, Beitman, 1990; Cummins, Gordon, Marlatt, 1980).

Таким образом, при лечении алкогольной зависимости чрезвычайно важно знать особенности эмоциональных стратегий зависимого человека, их слабые и сильные места, взаимосвязь с личностными характеристиками. Сознательные, эффективные контроль и моделирование эмоциональных реакций – залог успешного функционирования, душевного и физического здоровья.

Когнитивной регуляции эмоций посвящено немного исследований, а когнитивная регуляция эмоций при алкогольной зависимости – область, особенно требующая многостороннего изучения.

Когнитивный контроль, эмоциональная регуляция (включая когнитивную регуляцию эмоций) и мотивация являются основными компонентами саморегуляции. В настоящее время известно, что данные

компоненты находятся в определенных взаимоотношениях, но характер и динамика этих взаимоотношений не изучены.

«Современный взгляд на терапию алкогольной зависимости включает необходимость изменения поведения, связанного с употреблением алкоголя, в первую очередь — улучшения функций саморегуляции. Именно поэтому нарушения саморегуляции являются мишенью для многих психотерапевтических и психологических методов. Однако существующие на данный момент подходы ориентированы лишь на один из аспектов саморегуляции (Трусова А.В., Климанова С.Г., 2015)».

Существующие мотивационные вмешательства направлены на поддержание и укрепление мотивации к изменению употребления алкоголя, они реализуются через аспекты саморегуляции поведения, такие как постановка самим пациентом реально достижимой цели, самостоятельное определение конкретных шагов, необходимых для достижения этой цели, оценка удачных и неудачных стратегий поведения (Miller, Rollnick, 2002).

Терапия осознанности (Mindfulness-based Cognitive Therapy) помогает пациентам в регулировании их эмоционального состояния и направлена на усиление саморегуляции в эмоциональной сфере в противовес автоматическому реагированию на мысли, эмоции, жизненные события (Scanavi, Laqueill, Aubin, 2011). Когнитивно-поведенческая психотерапия направлена на улучшение процессов регуляции как когниций, так и поведения. Но в настоящее время ни структура нарушений саморегуляции, ни механизм действия психотерапевтических методов до конца не изучены (Feldstein, Chung, 2013).

Иранскими учеными А. Azizi, А. Borjali, М. Golzari было проведено исследование по изучению влияния тренинга по контролю эмоций и когнитивной терапии на эмоциональные проблемы и проблемы зависимости у злоупотребляющих алкоголем или наркотиками. В рамках квазиэксперимента 39 пациентов, которым был поставлен диагноз опиоидная

зависимость на основе критериев DSM-IV (*Диагностическое и статистическое пособие по психическим расстройствам, 4 изд.*), были распределены в две экспериментальные и одну контрольную группу методом случайного назначения. Для участников экспериментальных групп было проведено десять 90-минутных сеансов групповой терапии. Участники подверглись оценке с помощью Индекса лечения от наркотической зависимости (ОПИ), Опроса об общем состоянии здоровья 28 (GHQ-28) и шкал для оценки устойчивости к страданию и контроля эмоций (Distress Tolerance and Difficulties in Emotion Regulation Scales) до начала лечения и во время десятого сеанса. Контрольная группа не принимала участия в терапии, участникам давали налтрексон.

Стандартная процедура диалектической поведенческой терапии (Linehan, 1993a, 1993b) включает в себя четыре типа вмешательства: групповую терапию, индивидуальную психотерапию, телефонные разговоры и встречи с командой консультантов. При проведении терапии авторы использовали осознанность и развитие навыков управления эмоциями/

Осознанность заключается в развитии контроля внимания, безоценочного осознания и чувства истинной самости. Участники учатся сначала просто наблюдать, а затем и описывать события, мысли, эмоции и телесные ощущения, а также полностью участвовать в собственных действиях и переживаниях в безоценочной манере, фокусируясь на одном элементе за раз и переключая внимание в случае отвлечения (Soler, Pascual, Tiana et al, 2009).

Осознанность включает принятие постоянно изменяющегося настоящего момента, в то время как зависимость характеризуется невозможностью принятия «здесь и сейчас» и постоянным поиском «кайфа», который ассоциируется с аддикцией. Благодаря осознанности развиваются умения справляться с триггерами, особенно эмоциональными триггерами.

Управление эмоциями включает получение навыков по снижению эмоциональной неустойчивости. К ним относится способность определять, называть и описывать эмоции, используя осознанность эмоционального опыта, уменьшать подверженность негативным эмоциям и повышать частоту проявления положительных эмоций, а также действовать наперекор эмоциональному побуждению, связанному с негативными эмоциями. Представляется, что управление эмоциями является самым важным фактором в управлении рецидивов.

Обработка результатов показала, что и тренинг по управлению эмоциями, и когнитивная терапия оказали больший эффект, чем приём налтрексона, поскольку помогли повысить устойчивость к страданиям, улучшить возможности контроля эмоций и снизили степень злоупотребления наркотическими веществами, общее здоровье участников эксперимента, их социальное функционирование, понизили соматические симптомы, уровень тревожности, социальную дисфункцию и усиление депрессии. Более того, тренинг по управлению эмоциями оказался более эффективным, чем когнитивная терапия, поскольку он позволил улучшить устойчивость к страданию и контроль над эмоциями.

На основании результатов исследования A. Azizi, A. Borjali, M. Golzari предположили, что групповая тренинговая терапия по контролю эмоций на основе диалектической поведенческой терапии усиливает эффективность медикаментозного лечения и является более результативным, чем когнитивная терапия.

Установлено, что низкий уровень эмоциональной регуляции является фактором риска для начала злоупотребления алкоголем среди взрослых (Cooper, Frone, Russell, Mudar, 1995; Thornberg, Lyvers, 2005).

Aharonovich, Nguyen и Nunes (2001) установили, что зависимые от алкоголя переживают более высокий уровень психологического дистресса и

испытывают сложности в эмоциональной регуляции. Поэтому тренировка последней обусловила положительные изменения в течении зависимости.

Глава 2. Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 52 человека, разделенных на две группы, основную и группу сравнения. Первую группу составили 26 больных с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя», 23 мужчины и три женщины, находящиеся на лечении на пятом отделении ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Отделение терапии больных с аддиктивной патологией). Вторую группу составили 26 человек без алкогольной зависимости, 23 мужчины и три женщины.

Критерии включения в исследование:

для первой группы: возраст от 25 до 64 лет; установленный диагноз «Синдром зависимости от алкоголя»; прохождение стационарного лечения алкогольной зависимости; добровольное согласие на беседу и проведение методик.

Для второй группы: возраст от 25 до 64 лет; отсутствие диагноза «Синдром зависимости от алкоголя», общее количество баллов по методике «Мотивы употребления алкоголя» В.Завьялова < 35 , добровольное согласие на беседу и проведение методик.

Критериями невключения в исследование были:

для первой группы: выраженные проявления Синдрома отмены алкоголя, затрудняющие контакт и интеллектуальное функционирование пациента; выраженные когнитивные нарушения (клинически значимая деменция, острый психоз, тяжелое параноидное расстройство); выраженные соматические расстройства, затрудняющие повседневное функционирование (например, тяжелые нарушения функций печени, болевой синдром и т.д.); интенсивная фармакологическая терапия, изменяющая свойства внимания и способность воспринимать новую информацию. Пациенты были обследованы с помощью батареи психологических методик не ранее 3-го дня после последнего употребления алкоголя (поступления на отделение).

для второй группы: общее количество баллов по методике «Мотивы употребления алкоголя» В.Завьялова > 35 .

Таким образом, в исследование включались пациенты и здоровые обоих полов в возрасте от 25 до 64 лет. Средний возраст больных основной группы составил $44,04 \pm 9,67$ (M \pm SE) лет, группы сравнения – $44,42 \pm 9,56$ лет.

Различия по основным социальным и демографическим показателям между участниками групп отсутствовали.

Пациенты и здоровые участники были обследованы с помощью комплекса психологических методик.

Оценивались:

1) когнитивные стратегии с помощью опросника «Когнитивная регуляция эмоций», адаптированной версией опросника Н.Гарнефски и В.Крайг «Cognitive Emotion Regulation Questionnaire» (CERQ). Перевод и адаптация Писаревой О.Л., Гриценко А.

Опросник предназначен для выявления используемых человеком когнитивных стратегий регуляции эмоций. Когнитивная регуляция эмоций – это регуляция эмоций посредством когниций, позволяющая человеку удерживать контроль над своими эмоциями под воздействием, а также после угрозы или стрессовых ситуаций (Garnefski, Kraaij, 2001). В разных ситуациях человек может использовать разные способы когнитивной регуляции эмоций, однако некоторые из этих способов человек использует чаще остальных, тем самым формируя индивидуальный стиль когнитивной регуляции эмоций (Писарева, Гриценко, 2010). Опросник представляет собой список из 36 утверждений, измеряющих 9 видов стратегии когнитивной регуляции эмоций в стрессовых ситуациях: катастрофизацию, обвинение, перефокусировку на планирование, позитивный пересмотр, положительную перефокусировку, помещение в перспективу, принятие, самообвинение и сосредоточение (руминация). Каждая шкала включает 4 утверждения. Перед началом тестирования испытуемого просят вспомнить несколько серьезных проблем, доставивших ему изрядное беспокойство. Каждое утверждение

оценивается испытуемым по пятибалльной шкале: «никогда (1), иногда (2), не знаю (3), часто (4), всегда (5)». Обработка результатов сводится к суммированию полученных баллов по шкалам, минимум по каждой шкале составляет 4 балла, максимум составляет 20 баллов.

2) индивидуальные различия в использовании двух стратегий эмоциональной регуляции: когнитивной переоценке и подавлении эмоциональной экспрессии с помощью разработанного Дж.Гроссом и О.Джоном «Опросника регуляции эмоций» (ERQ), переведенного Климановой С.Г, Трусовой А.В.

Опросник направлен на два аспекта эмоциональной жизни человека: способ переживания различных эмоций и предпочитаемый способ выражения эмоций (проявление эмоций в поведении, речи), выявляя две стратегии регуляции эмоций – когнитивную переоценку и подавление эмоциональной экспрессии. Когнитивная переоценка – изменение интерпретации эмоциогенной ситуации с целью управления эмоциями. Подавление – поведенчески ориентированная форма регуляции эмоций, направленная на снижение эмоциональной экспрессии.

Опросник содержит 10 утверждений. Ответы формируются по 7-балльной шкале Ликкерта и суммируются в прямом значении по двум шкалам, по шкале переоценки и по шкале подавления. Количество баллов указывает на выраженность использования данных стратегий.

3) толерантность к неопределенности – с помощью опросника А. Фурнхама (модификация Корниловой Т.В., 2009). Под толерантностью к неопределенности понимается «способность человека принимать конфликт и напряжение, которые возникают в ситуации двойственности, противостоять несвязанности и противоречивости информации, принимать неизвестное, не чувствовать себя неуютно перед неопределенностью».

Опросник выявляет три личностных характеристики: толерантность к неопределенности (ТН), интолерантность (ИТН) и межличностную интолерантность к неопределенности (МИТН).

ТН следует понимать в качестве генерализованного личностного свойства, означающего стремление к изменениям, новизне и оригинальности, готовность идти непроторенными путями и предпочитать более сложные задачи, иметь возможность самостоятельности и выхода за рамки принятых ограничений.

ИТН фокусирует стремление к ясности, упорядоченности во всем и неприятие неопределенности, предположение о главенствующей роли правил и принципов, дихотомическое разделение правильных и неправильных способов, мнений и ценностей.

МИТН – хорошо интерпретируется в качестве межличностной ИТН, т.е. означает стремление к ясности и контролю в межличностных отношениях, дискомфорт в случае неопределенности отношений с другими. В целом это соответствует критериям неустойчивости, монологичности, статичности в отношениях с другими. Трудно включается в понимание межличностной интолерантности только первый пункт (о том, что задача обладает малой привлекательностью, если выглядит не решаемой).

Опросник состоит из 33 пунктов, группируемых в три шкалы таким образом, что шкалы не имеют общих пунктов. Ответы формируются по 7-балльной шкале Ликкерта, большинство ответов учитывается в прямом значении.

Для фактора 1 – толерантности к неопределенности выделены следующие диапазоны результатов: 12-35 баллов – низкий показатель, 36-60 – средний, 61-84 – высокий.

Фактор 2 – интолерантность: 13-38 – низкий показатель, 39-65 – средний, 66-91 – высокий.

Фактор 3 – межличностная интолерантность к неопределенности: 8-23 – низкий показатель, 24-40 – средний, 41-56 – высокий.

4) импульсивность – по шкале Баррата (BIS-11), апробированной русскоязычной версии (Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., 2015). Под импульсивностью понимается склонность к непреднамеренным действиям без учета их последствий. Опросник позволяет дать объективную оценку общего уровня импульсивности и оценку типов импульсивности, выделяемых Барратом: импульсивности внимания, двигательной импульсивности и импульсивности деятельности (отсутствии планирования, спонтанности). Импульсивность внимания характеризует способность человека концентрироваться на задаче, включает в себя факторы «внимание» и «когнитивная нестабильность». Двигательная импульсивность характеризует тенденцию действовать поспешно, без обдумывания; включает в себя факторы «двигательная активность» и «настойчивость (последовательность)». Импульсивность деятельности отражает особенности жизненного стиля личности, насколько ему свойственно действовать под влиянием момента, а также ориентацию в настоящее. Также данный тип импульсивности фокусируется на невнимательности человека к деталям. Импульсивность деятельности включает в себя факторы «самоконтроль», «когнитивная сложность».

Опросник содержит 30 вопросов, касающихся хода мыслей человека и манеры поведения без привязки к определенному моменту времени. Ответы формируются по 4-х бальной шкале (Редко/Никогда, Время от времени, Часто, Почти всегда/Всегда) и суммируются по девяти шкалам прямым и обратным подсчетом.

Общий балл 70-75 свидетельствует о наличии патологической импульсивности, баллы 75 и >75 - о расстройстве контроля импульсивности.

5) уровень потребности в поисках ощущений – с помощью личностного опросника М. Цукермана (Sensation Seeking Scale). Опросник предназначен

для изучения склонности к риску, оценки уровня потребности личности в новых ощущениях различного рода. Поиск новых ощущений имеет большое значение для человека, поскольку стимулирует эмоции и воображение, развивает творческий потенциал, что, в конечном счете, ведет к его личностному росту.

Стимульный материал теста состоит из 16 пар утверждений. Испытуемому необходимо в каждой из предложенных пар выбрать более подходящий для него вариант. Незначительное количество предлагаемых утверждений не позволяет выделить какие-либо шкалы опросника. Оценка результатов происходит по сумме баллов, совпадающих с ключом. Чем выше суммарный балл, тем более выражена потребность личности в поисках ощущений. Используются три градации выраженности данной особенности личности:

Высокий уровень потребностей в ощущениях (11-16 баллов) обозначает наличие влечения, возможно, бесконтрольного, к новым, "щекочущим нервы" впечатлениям, часто может провоцировать испытуемого на участие в рискованных авантюрах и мероприятиях.

Средний уровень потребностей в ощущениях (6-10 баллов) свидетельствует об умении контролировать такие потребности, об умеренности в их удовлетворении, то есть, с одной стороны — об открытости новому опыту, с другой стороны — о сдержанности и рассудительности в необходимые моменты жизни.

Низкий уровень потребностей в ощущениях (0 - 5 баллов) обозначает присутствие предусмотрительности и осторожности в ущерб получению новых впечатлений и информации от жизни. Испытуемый с таким показателем предпочитает стабильность и упорядоченность неизвестному и неожиданному в жизни

б) самовосприятие – с помощью теста Куна-Макпартленда «Кто я такой?». Методика охватывает все сферы представлений человека о своей

личности и ее ядре – «Я»: психологические характеристики, свое место в социальном мире (социальные роли и ролевое поведение), в мире в целом. Методика минимально формализована, и существует проблема маскировки истинного самовосприятия, предъявления социально-желательных стереотипов. На теоретическом уровне предполагается, что оперируя идеальными представлениями о себе, человек не дает меньше информации об особенностях своего самовосприятия, поскольку представления о том, каким человек хочет быть в глазах окружающих, дают важные сведения о его личности (А.А. Бодалев, [В.В. Столин](#), 1987).

Методика представляет собой нестандартизированное самописание с открытой формой: испытуемый должен в течение 12 минут дать двадцать различных ответов на вопрос, обращенный к самому себе: «Кто я такой?», а затем оценить каждое качество как позитивное (+), негативное (-), неоднозначное (\pm), или поставить знак того, что он затрудняется в оценке (?).

Интерпретация включает в себя несколько ступеней: подсчет количества ответов; подсчет оценок, анализ и подсчет идентификационных характеристик.

По количеству ответов, данных за отведённый промежуток времени, можно косвенно судить о уровне рефлексии личности. Чем больше ответов дано за отведённое время, тем уровень рефлексии выше.

Диагностика идентичностей: отнесение ответов испытуемого к различным идентичности. Важно количество характеристик, соответствующих каждой идентичности, и порядок их написания (чем больше характеристик идентичности и чем выше они находятся в списке, тем более они важны для личности, тем более развита соответствующая идентичность).

Выделяются семь обобщенных показателей-компонентов идентичности, включающих в себя 24 показателя:

1. «Социальное Я» включает 7 показателей:
 1. прямое обозначение пола
 2. сексуальная роль
 3. учебно-профессиональная ролевая позиция семейная принадлежность, проявляющаяся через обозначение семейной роли или через указание на родственные отношения
 4. этническо-региональная идентичность включает в себя этническую идентичность, гражданство и локальную, местную идентичность
 5. мировоззренческая идентичность: конфессиональная, политическая принадлежность
 6. групповая принадлежность: восприятие себя членом какой-либо группы людей
2. «Коммуникативное Я» включает 2 показателя:
 1. дружба или круг друзей, восприятие себя членом группы друзей
 2. общение или субъект общения, особенности и оценка взаимодействия с людьми
3. «Материальное Я» подразумевает под собой различные аспекты:
 1. описание своей собственности
 2. оценку своей обеспеченности, отношение к материальным благам
 3. отношение к внешней среде
4. «Физическое Я» включает в себя такие аспекты:
 1. субъективное описание своих физических данных, внешности
 2. фактическое описание своих физических данных, включая описание внешности, болезненных проявлений и местоположения
 3. пристрастия в еде, вредные привычки.
5. «Деятельное Я» оценивается через 2 показателя:
 1. занятия, деятельность, интересы, увлечения

2. самооценка способности к деятельности, самооценка навыков, умений, знаний, компетенции, достижений
6. «Перспективное Я» включает в себя 9 показателей:
1. профессиональная перспектива: пожелания, намерения, мечты, связанные с учебно-профессиональной сферой
 2. семейная перспектива: пожелания, намерения, мечты, связанные с семейным статусом
 3. групповая перспектива: пожелания, намерения, мечты, связанные с групповой принадлежностью
 4. коммуникативная перспектива: пожелания, намерения, мечты, связанные с друзьями, общением
 5. материальная перспектива: пожелания, намерения, мечты, связанные с материальной сферой
 6. физическая перспектива: пожелания, намерения, мечты, связанные с психофизическими данными
 7. деятельностная перспектива: пожелания, намерения, мечты, связанные с интересами, увлечениями, конкретными занятиями и достижением определенных результатов
 8. персональная перспектива: пожелания, намерения, мечты, связанные с персональными особенностями: личностными качествами, поведением и т. п.
 9. оценка стремлений
7. «Рефлексивное Я» включает 2 показателя:
1. персональная идентичность: личностные качества, особенности характера, описание индивидуального стиля поведения, персональные характеристики, эмоциональное отношение к себе
 2. глобальное, экзистенциальное «Я»: утверждения, которые глобальны и которые недостаточно проявляют различия одного человека от другого

И два самостоятельных показателя:

3. проблемная идентичность
4. ситуативное состояние: переживаемое состояние в настоящий момент

7) мотивация потребления алкоголя – с помощью опросника В.Ю.Завьялова (МПА). Опросник предназначен для диагностики структуры алкогольной мотивации и общего уровня напряженности мотивации в поисках алкоголя. Методика выявляет мотивы, которые представлены в сознании личности.

Опросник состоит из 45 утверждений и включает 9 шкал по 5 утверждений в каждой. Ответы формируются по следующей шкале: «Весьма часто» (3 балла), «Редко, но не менее чем 2 раза в жизни» (2 балла), «Сомневаюсь» (1 балл), «Совершенно не подходит» (0 баллов). Максимально возможное количество баллов по каждой из шкал составляет 15 баллов, минимальное – 0. Чем больше баллов набрано по какой-либо шкале, тем более значимы для обследуемого данные мотивы.

Первая триада шкал образует группу **"социально-психологических"** мотивов приема алкоголя:

1. Традиционные, социально-обусловленные, культурально – распространенные мотивы.
2. Субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы в плане приема алкоголя.
3. Псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующий о стремлении человека приспособить свой личный опыт к "алкогольным ценностям" социальной среды, в которой он функционирует

Вторая триада образует группу **личностных, персональных** мотивов потребления алкоголя:

4. Гедонистические мотивы, отражающие стремление получить физическое и

психологическое удовлетворение от действия алкоголя, а также опыт переживания алкогольной эйфории.

5. Атарактические мотивы, связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания - напряжение, тревогу, страх с помощью алкоголя.

6. Мотивы гиперактивации поведения (стимулирующий, растормаживающий эффект) и насыщения сенсориума с помощью выпивки, отражающие стремление выйти из состояния скуки, психологической "пустоты", душевного бездействия, либо желание усилить эффективность своего поведения.

Третья триада образует **собственно патологическую** мотивацию потребления алкоголя, фактор болезненного влечения:

7. "Похмельная" мотивация - стремление с помощью алкоголя снять абстинентные явления, дискомфорт, связанный с отсутствием алкоголя, улучшить самочувствие

8. Аддитивные мотивы, отражающие фиксацию в сознании истинного влечения к алкоголю, "жажду" алкоголя

9. Мотивы самоповреждений - стремление пить назло себе и другим в качестве протеста, из-за потери, якобы, перспективы в будущем для себя, утраты смысла жизни

Сумма баллов по всем шкалам составляет общий показатель со следующими градациями значений:

До 35 баллов – злоупотребления алкоголем нет

35-50 баллов – проявление злоупотребления алкоголем

Свыше 50 баллов – болезненное пристрастие, злоупотребление

(Завьялов В.Ю., 1988).

Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета SPSS 20.0 for Windows.

Для каждого количественного признака рассчитывались: M – среднее значение, SD – стандартное отклонение, p – уровень статистической достоверности различий. Для качественных признаков рассчитывался показатель N – абсолютная частота встречаемости и процентное соотношение от выборки.

Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение

В этой главе представлены результаты статистической обработки данных, полученных в ходе исследования.

3.1 Общие социальные характеристики и клинико-анамнестические данные больных

В исследовании приняли участие 52 человека, разделенных на две группы, основную и группу сравнения. Основную группу составили 26 больных с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя» (F20.25-26), 23 мужчины и три женщины, находящиеся на лечении на 5 отделении ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Группу сравнения составили 26 человек без алкогольной зависимости, 23 мужчины и три женщины.

Возраст участников исследования находился в диапазоне от 25 до 64 лет. Средний возраст в группе больных алкоголизмом $44,04 \pm 9,67$ лет ($M \pm SD$), средний возраст в группе здоровых: $44,42 \pm 9,56$.

Сводные данные, касающиеся семейного положения, образования и профессиональной занятости представлены в таблице 1.

Таблица 1

Социальный анамнез – семейное положение, профессиональная занятость

		Основная группа		Группа сравнения	
		N	%	N	%
Пол	мужской	23	44,2	23	44,2
	женский	3	5,8	3	5,8
Семейное положение	холост/незамужем	6	11,5	6	11,5
	женат/замужем	11	21,2	17	32,7
	гражданский брак	2	3,8	0	0
	разведен/разведена	4	7,7	3	5,8
	вдовец/вдова	2	3,8	0	0

		Основная группа		Группа сравнения	
		N	%	N	%
	неизвестно	1	2	0	0
Дети	нет	10	19,2	5	9,6
	один	6	11,5	6	11,5
	двое	5	9,6	12	23,1
	три, больше трех	3	5,8	3	5,8
	неизвестно	2	3,8	0	0
Образование	неполное среднее	1	2	1	2
	среднее, среднеспециальное	9	17,3	5	9,6
	незаконченное высшее	2	3,8	2	3,8
	высшее	10	19,2	18	34,6
	неизвестно	4	7,7	0	0
Занятость на данный момент	рабочий	6	11,5	4	7,7
	ИТР	1	2	6	11,5
	служащий	0	0	3	5,8
	пенсионер	2	3,8	1	2
	временно не работает	7	13,5	1	2
	другая специальность	11	21,2	11	21,2

Данные о наследственной отягощенности алкоголизмом, наличии черепно-мозговых травм (ЧМТ), судорожных припадков и алкогольных психозов в течение жизни представлены в таблице 2.

Таблица 2

Клинический анамнез – наследственная отягощенность, судорожные припадки, ЧМТ, алкогольные психозы

		Основная группа		Группа сравнения	
		N	%	N	%
Наследственная отягощенность алкоголизмом	присутствует	10	19,2	7	13,5
	отсутствует	3	5,8	18	34,6
	неизвестно	13	25	1	1,9
Черепно-мозговые травмы	есть	15	28,8	4	7,7
	нет	11	21,2	22	42,3
Судорожные припадки	есть	3	5,8	0	0
	нет	0	0	0	0
Алкогольные психозы	есть	2	3,8	0	0
	нет	17	32,7	0	0
	неизвестно	7	13,5	0	0

3.2 Клинико-психологические характеристики больных – средние групповые результаты экспериментальных методик и тестов

По методикам «Когнитивная регуляция эмоций», «Опроснику регуляции эмоций», опроснику «Толерантности к неопределенности», шкале импульсивности Баррата производился подсчет средних. Для наглядности результаты представлены в таблицах, позволяющих сравнить средние между группой больных и группой здоровых.

Из данных таблицы 3 видно, что люди с зависимостью от алкоголя чаще прибегают к таким неадаптивным стратегиям, как катастрофизация, обвинение других, самообвинение, руминация. Катастрофизация – обращение к мыслям, явно преувеличивающим разрушительную силу того, что было испытано. В целом стиль катастрофизации обнаруживает взаимосвязь с плохой адаптацией, эмоциональным дистрессом и депрессией (Sullivan, 1995). Обвинение других – мысленное перекладывание ответственности и вины за то, что было испытано или испытывается, на другого человека или окружающую среду. Результаты исследований показывают, что среди различных выборок испытуемых, претерпевших

различные формы угрожающих событий, обвинение других было связано со слабым эмоциональным здоровьем обвиняющего (Tennen, 1990). Самообвинение – обращение к мыслям о том, что вина за то, что было испытано или испытывается, лежит непосредственно на субъекте. Исследования атрибутивного стиля самообвинения показывают, что он связан с депрессией и с другими нарушениями здоровья (Anderson, 1994). Стратегия самообвинения включает в себя широкий спектр эмоционально-фокусированных мыслей, включая чувство тревоги и возникновение злости. Руминация, или сосредоточение – размышление о чувствах и мыслях, связанных с негативным событием. Использование этой стратегии связано с высоким уровнем депрессии (Nolen-Hoeksema, 1994).

Таблица 3

**Методика «Когнитивная регуляция эмоций»,
средние показатели по группам**

	Основная группа		Группа сравнения	
	М	SD	М	SD
Катастрофизация	6,92	2,785	12,23	4,702
Обвинение других	8,12	3,362	10,35	3,298
Перефокусировка на план	16,88	2,597	16,38	3,188
Позитивный пересмотр	15,81	3,826	14,65	3,521
Положительная перефокусировка	10,92	4,774	12,69	3,947
Помещение в перспективу	13,81	3,720	15,65	2,870
Принятие	13,96	2,735	14,58	2,626
Самообвинение	11,62	3,060	13,73	3,118
Руминация	10,54	3,982	14,27	3,29

Также, зависимые от алкоголя используют чаще стратегию положительной перефокусировки, состоящей в обращении к мыслям о

радостных и приятных событиях вместо обдумывания актуального события. Данная стратегия может быть эффективной реакцией в краткосрочном плане, но может мешать адаптивному копингу в долгосрочном плане.

Стратегии помещения в перспективу и принятия используются среди здоровой группы реже, чем среди зависимых от алкоголя.

Таблица 4.

Методика ERQ, средние показатели по группам

	Основная группа		Группа сравнения	
	М	SD	М	SD
Переоценка	29,85	6,233	28,19	7,261
Подавление	16,65	5,223	17,62	5,470

Различия в использовании когнитивных стратегий переоценки и подавления между группами незначительные. Зависимые от алкоголя чаще используют подавление эмоциональной экспрессии и реже – переоценку. Стратегия переоценки считается более эффективной, она связана с большим позитивным аффектом, лучшим межличностным взаимодействием, более высоким благополучием. Когда эмоции подавляются, изменяется именно внешняя демонстрация, но реакция остается. Также подавление характеризуется неаутентичностью – человек не показывает того, что по-настоящему чувствует. Как следствие, может возникнуть отстраненность и дистанцированность в отношениях. При стратегии подавления происходит подавление не только негативных, но и позитивных эмоций. Хроническое подавление положительных эмоций снижает способность устанавливать эмоционально близкие отношения.

Таблица 5.

Опросник толерантности к неопределенности, средние показатели по группам

	Основная группа	Группа сравнения
--	-----------------	------------------

	M	SD	M	SD
ТН	59,62	6,261	54,19	6,899
ИТН	67,31	12,309	68,19	11,405
МИТН	34,19	9,871	37,65	8,777

ТН – толерантность к неопределенности

ИТН – интолерантность

МИТН – межличностная интолерантность к неопределенности

Различия между группой здоровых и группой больных в уровне толерантности к неопределенности незначительные. Из таблицы видно, что он выше у здоровых, то есть стремление к изменениям, новизне и оригинальности, готовность идти непроторенными путями выражено у данной группы чуть больше.

Показатель интолерантности – стремление к ясности, упорядоченности во всем и неприятие неопределенности у группы зависимых от алкоголя несколько выше, чем у здоровой группы.

Также у больных выше показатель межличностной интолерантности, характеризующий стремление к ясности и контролю в межличностных отношениях. Высокая интолерантность соответствует критериям неустойчивости, монологичности, статичности в отношениях с другими.

Среди психологических причин формирования алкогольной зависимости выделяются личностные особенности, включающие импульсивность, под которой понимается склонность к непреднамеренным действиям без учета их последствий.

Из данных таблицы 6 видно, что общий уровень импульсивности у зависимых от алкоголя выше, чем у здоровой группы.

Таблица 6.

Шкала импульсивности Баррата, средние значения по группам

	Основная группа		Группа сравнения	
	M	SD	M	SD

Внимание	9,15	2,541	11,38	3,419
Когнитивная нестабильность	6,69	1,436	7,00	1,58
Импульсивность внимания	15,85	3,016	18,38	3,950
Движения	14,69	2,782	16,38	4,001
Настойчивость	7,77	2,372	7,77	1,818
Двигательная импульсивность	22,46	3,755	24,15	4,315
Самоконтроль	12,50	2,997	13,50	3,952
Когнитивная сложность	11,92	1,917	12,69	2,187
Импульсивность деятельности	24,42	3,931	26,19	5,404
Общая импульсивность	62,73	8,058	68,73	10,850

Все три типа импульсивности, выделяемые Барратом, – импульсивность внимания, двигательная импульсивность, импульсивность деятельности выше у больных в сравнении со здоровыми.

Выводы

1. Зависимые от алкоголя пациенты в сравнении с людьми, не имеющими проблем с алкоголем, в жизни чаще используют неадаптивные когнитивные стратегии, такие как катастрофизация, обвинение других, самообвинение, руминацию.
2. Для людей, страдающих алкогольной зависимостью, свойственно чаще прибегать к стратегии подавления эмоциональной экспрессии и реже использовать когнитивную переоценку, чем для здоровых людей, у которых складывается противоположная тенденция.
3. У больных алкоголизмом ниже показатели толерантности к неопределенности, выше – интолерантности и межличностной интолерантности к неопределенности по сравнению со здоровой группой.
4. У зависимых от алкоголя более высокие баллы по таким показателям, как импульсивность внимания, двигательная импульсивность, импульсивность деятельности, чем у здоровых людей.

Заключение

На протяжении длительного времени алкогольная зависимость была и остается серьезной проблемой наркологии и общества в целом. Согласно одной из теорий аддиктивного поведения, известной как «гипотеза самолечения», люди прибегают к алкоголю, чтобы изменить свое эмоциональное состояние. В соответствии с этой гипотезой, зависимость работает как компенсаторное средство для борьбы с горем и облегчения в ситуации неконтролируемых психологических состояний. Большой объем эмпирических данных подтверждает, что людям, употребляющим ПАВ, трудно контролировать эмоции, и что негативные эмоциональные состояния способствуют употреблению ПАВ. Формируется некий замкнутый круг, движение по которому усугубляет здоровье и качество жизни.

Управление своим эмоциональным состоянием, способность справиться с ситуацией весьма важны для зависимого человека. Изучение когнитивной регуляции эмоций помогает выявить адаптивные и неадаптивные стратегии, взаимодействие особенностей личности и индивидуального стиля регуляции эмоций. Выявление данных аспектов помогает при разработке психотерапии для зависимых от алкоголя людей.

Исследование показало, что есть различия в используемых стратегиях когнитивной регуляции эмоций между людьми, зависимыми от алкоголя и здоровыми людьми. Также были обнаружены различия в уровне импульсивности и уровне толерантности к неопределенности.

Список литературы:

1. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. М.: АСТ, 2009.
2. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барратта» (BIS-11). Психология и право psyandlaw.ru 2015. Том 5. №3. С. 75-89
3. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости, 1988.
4. Копытов А. В. Мотивы употребления алкоголя подростками и молодыми людьми с проблемами алкогольной зависимости//Вестник. – 2011. – С. 105-110.
5. Люсин Д.В. Современные представления об эмоциональном интеллекте. В кн.: Д.В.Люсин, Д.В.Ушаков (Ред.) Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования. М.: Институт психологии РАН, 2004. С. 29-36.
6. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека. Психологический журнал, 2002, 23(6), 5–17.
7. Падун М.А. Регуляция эмоций и ее нарушения. Психологические исследования, 2015, 8(39)
8. Падун М.А. Регуляция эмоций: процесс, формы, механизмы. Психологический журнал, 2010, 31(6), 57–69.
9. Писарева О.Л., Гриценко А. Когнитивная регуляция эмоций. Актуальные психологические исследования, 2010.
10. Попов Ю.В., Вид. В.Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб.: ООО Изд-во «Речь», 2002.
11. Портнов А. А. Клиника алкоголизма. – 2-е изд. / А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая. – М.: Медицина, 1973. – 368 с.
12. Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия

- алкоголизма / И. Н. Пятницкая. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.
- 13.Руководство по наркологии/ Н.Н. Иванец (ред.). М.: «Медпрактика-М, 2002.
 - 14.Руководство по наркологии/ Менделевич В.Д.(ред.) СПб.: Речь, 2007.
 - 15.Сергиенко Е.А., Ветрова И.И. Эмоциональный интеллект: русскоязычная адаптация теста Мэйера–Сэловея–Карузо (MSCEIT V2.0). Психологические исследования, 2009, 6(8)
 - 16.Трусова А.В., Климанова С.Г. Когнитивный контроль при алкогольной зависимости: обзор современных исследований // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2015. – N 3 (9) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 19.05.2016)
 - 17.Aharonovich E, Nguyen HT, Nunes EV. Anger and depressive states among treatmentseeking drug abusers: Testing the psychopharmacological pecificity hypothesis. Am J Addict 2001; 10: 327-334.
 - 18.Anderson, C. A. Behavioral and characterological styles as predictors of depression and loneliness: review, refinement, and test / C. A. Anderson, [et al.] // J. of Personality and Social Psychology. — 1994. — Vol. 66, № 3. — P. 549–558.
 - 19.Azizi A., Borjali A., Golzari M. The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and additional problems of substance abusers // Iranian Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 5(2). – P. 60–65.
 - 20.Cooper ML, Frone MR, Russell M, Mudar P. Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. J Pers Soc Psychol 1995; 69: 990 -1005.
 - 21.Cooper ML, Russell M, Skinner JB, Frone MR, Mudar P. Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. J Abnorm Psychol 1992; 101: 139-152.

22. Cummings C, Gordon JR, Marlatt GA. Relapse: Strategies of prevention and diction. In: Miller WR, eds. The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity. Oxford: Pergamoa Press ; 1980.
23. Davidson R.J. Affective style and affective disorders: perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*, 1998, 12(3), 307–330.
24. Dimeff LA, Koerner K. Dialectical behavior therapy in clinical practice : application across disorders and setting. New York : Guilford Press; 2007.
25. Garnefski, N. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults / N. Garnefski, V. Kraaij // *European J. of Psychological Assessment*. — 2007. — № 23. — P. 141–149.
26. Garnefski, N. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems / N. Garnefski, V. Kraaij, Ph. Spinhoven // *Personality and Individual Differences*. — 2001. — Vol. 30. — P. 1311–1327.
27. Gross J.J., John O.P. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003, 85(2), 348–362.
28. Gross J.J., Thomson R.A. Emotion Regulation: Conceptual foundations. In: J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press, 2007. pp. 3–24.
29. Feldstein Ewing S.W., Chung T. Neuroimaging mechanisms of change in psychotherapy for addictive behaviors: Emerging translational approaches that bridge biology and behavior // *Psychol Addict Behav*. – 2013 Jun. – Vol. 27(2). – P. 329–335.
30. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 6: 685–695.
31. Linehan MM. Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press ;1993a.

32. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993b.
33. Mayer J.D., Salovey P. What is emotional intelligence? In: P. Salovey, D. Sluyter (Eds.), Emotional development and emotional intelligence: educational implications. New York: Perseus Books Group, 1997. pp. 3–31.
34. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change. – New York: Guilford Press, 2002. – 428 p.
35. Nolen-Hoeksema, S. Ruminative coping with depressed mood following loss / S. Nolen-Hoeksema, L.E. Parker, J. Larson // J. of Personality and Social Psychology. — 1994. — Vol. 67. — P. 92–104.
36. Patton J.H., Stanford M.S., Barratt E.S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. Journal of clinical psychology. 1995. Vol. 51. № 6. pp. 768-74.
37. Skanavi S., Laqueille X., Aubin H.J. Mindfulness based interventions for addictive disorders: a review // Encephale. – 2011 Oct. – 37(5). – P. 379–387.
38. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Compins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. Behav Res Ther 2009; 47: 353-358.
39. Sullivan, M. J. L. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation / M. J. L. Sullivan, S. R. Bishop, J. Pivik // Psychology Assessment. — 1995. — № 7. — P. 524–532.
40. Tennen, H. Blaming others for threatening events / H. Tennen, G. Affleck // Psychological Bulletin. — 1990. — Vol. 108. — P. 209–232.
41. Thorberg FA, Lyvers M. Negative mood regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. Addict Behav 2005; 31: 811- 820.

42. Thompson, R.A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269–307.
43. Vohs K.D., Baumeister R.F. *Handbook of Self-Regulation, Second Edition: Research, Theory, and Applications*. 2nd edition // The Guilford Press. – 2010. – P. 592
44. МКБ-10
45. Psylab.info

Опросник «Когнитивная регуляция эмоций»

Перед тем как вы приступите к выполнению задания, вспомните, пожалуйста, несколько стрессовых, трудных для вас ситуаций. Прочитав высказывание, оцените, насколько мысли такого рода свойственны вам в трудной ситуации. При ответе ориентируйтесь на ваши мысли, чувства, а не на предпринимаемые действия. Отметьте цифру, соответствующую Вашему ответу:

- 1 — никогда
- 2 — иногда
- 3 — не знаю
- 4 — часто
- 5 — всегда

1.	Я чувствую, что я виновен(а) в случившемся	1	2	3	4	5
2.	Я думаю, что я должен(а) признать, что это уже произошло	1	2	3	4	5
3.	Я думаю о своих чувствах, переживаниях, связанных с этой ситуацией	1	2	3	4	5
4.	Я стараюсь думать о более приятных вещах, чем то, что я испытал(а)	1	2	3	4	5
5.	Я думаю о том, что в этой ситуации я могу сделать лучше всего	1	2	3	4	5
6.	Я думаю, что я могу вынести какой-либо опыт из ситуации	1	2	3	4	5
7.	Я думаю, что все это могло быть намного хуже	1	2	3	4	5
8.	Я часто думаю, что то, что я испытал(а), намного хуже, чем то, что испытали другие	1	2	3	4	5
9.	Я чувствую, что другие виноваты в этом	1	2	3	4	5
10.	Я чувствую, что я единственный(ая), кто ответственен за то, что случилось	1	2	3	4	5
11.	Я думаю, что я должен(а) принять ситуацию	1	2	3	4	5
12.	Я озабочен(а) тем, что я думаю и чувствую об испытанном	1	2	3	4	5
13.	Я думаю о приятных вещах, которые не имеют никакого отношения к этой ситуации	1	2	3	4	5
14.	Я размышляю, как именно я могу лучше всего справиться с ситуацией	1	2	3	4	5
15.	Я думаю, что я могу стать более сильным человеком в результате того, что случилось	1	2	3	4	5

16.	Я думаю, что другие люди переживают намного худшие события	1	2	3	4	5
17.	Я продолжаю думать о том, насколько ужасно то, что я испытал(а)	1	2	3	4	5
18.	Я чувствую, что другие ответственны за то, что случилось	1	2	3	4	5
19.	Я думаю об ошибках, которые я совершил(а) в отношении произошедшего	1	2	3	4	5
20.	Я думаю, что я ничего в этом не могу изменить	1	2	3	4	5
21.	Я хочу понять, почему у меня возникают именно такие чувства по отношению к пережитому	1	2	3	4	5
22.	Я думаю о чем-нибудь хорошем, вместо того чтобы думать о том, что случилось	1	2	3	4	5
23.	Я думаю, как изменить ситуацию	1	2	3	4	5
24.	Я думаю, что ситуация также имеет и свои положительные стороны	1	2	3	4	5
25.	Я думаю, что эта ситуация не была такой уж плохой по сравнению с другими вещами	1	2	3	4	5
26.	Я думаю, что то, что я испытал(а), — худшее, что может случиться с человеком	1	2	3	4	5
27.	Я думаю об ошибках, которые совершили другие люди в этой ситуации	1	2	3	4	5
28.	Я думаю, что в основном причина непосредственно во мне самом(ой)	1	2	3	4	5
29.	Я думаю, что я должен(на) учиться жить с этим	1	2	3	4	5
30.	Я концентрируюсь на чувствах, которые ситуация вызвала во мне	1	2	3	4	5
31.	Я думаю о приятных событиях	1	2	3	4	5
32.	Я стараюсь спланировать то, что лучше всего я могу сделать в этой ситуации	1	2	3	4	5
33.	Я ищу положительные стороны ситуации	1	2	3	4	5
34.	Я говорю себе, что в жизни есть и худшие вещи	1	2	3	4	5
35.	Я непрерывно думаю, насколько ужасна эта ситуация	1	2	3	4	5
36.	Я чувствую, что в основном причина проблемы лежит в других людях	1	2	3	4	5

Опросник регуляции эмоций (ERQ)

Мы хотели бы задать Вам несколько вопросов о Вашей эмоциональной жизни, в том числе, как Вы контролируете свои эмоции (т.е. управляете ими и регулируете их). Вопросы, приведенные ниже, рассматривают два основных аспекта эмоциональной жизни. Один из этих аспектов – Ваш эмоциональный опыт, т.е. как Вы переживаете различные эмоции, приятные и неприятные. Второй – предпочитаемый способ выражения эмоций, т.е. как Ваши эмоции проявляются в Вашем поведении, речи, и т.п. Некоторые вопросы могут показаться очень схожими, однако они значительно отличаются друг от друга. Для ответа на каждый из вопросов используйте следующую шкалу:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Абсолютно Не уверен Полностью
Не согласен Согласен

1. ___ Я стараюсь подумать о чем-то другом, когда хочу испытать более приятные эмоции (например, радость, удовольствие)
2. ___ Я держу эмоции в себе.
3. ___ Я стараюсь подумать о чем-то другом, когда хочу уменьшить неприятные эмоции.
4. ___ Когда я испытываю приятные эмоции, то стараюсь их не показывать.
5. ___ Когда я сталкиваюсь со стрессовыми ситуациями, я заставляю себя думать о них таким образом, чтобы сохранить спокойствие.
6. ___ То, что я не показываю свои эмоции, помогает мне их контролировать.
7. ___ Чтобы испытать более приятные эмоции, я стараюсь по-другому думать о ситуации.
8. ___ Я контролирую свои эмоции, думая о ситуации по-другому.
9. ___ Когда я испытываю неприятные эмоции, я стараюсь не выражать их.
10. ___ Чтобы уменьшить неприятные эмоции, я стараюсь думать о ситуации по-другому.

СПАСИБО!

Клинический пример №1.

Интерпретация результатов психологических методик, проведенных с пациентом Н. в рамках исследования по теме «Когнитивная регуляция эмоций у лиц с алкогольной зависимостью».

Методики:

- 1) Опросник «Когнитивная регуляция эмоций», адаптированная версия опросника Н. Гарнефски и В. Крайг
- 2) Шкала В.Завьялова "Мотивы потребления алкоголя"
- 3) Опросник толерантности к неопределенности А. Фурнхама, модификация Т.В. Корниловой
- 4) Шкала импульсивности Баррата
- 5) Тест Куна-Макпартленда "Кто я?"
- 6) Шкала поиска ощущений М. Цукермана

На момент обследования больной был дружелюбно настроен, активно шел на контакт, подшучивал над собой и фамильярно отзывался об отделении, постоянно пытался переходить на «ты»; в целом, с интересом и вниманием отнесся к заполнению методик.

Когнитивная регуляция эмоций

Опросник выявил следующие наиболее характерные для испытуемого способы удерживать контроль над своими эмоциями в трудных, стрессовых ситуациях: позитивная переоценка (20 баллов), положительная перефокусировка (19 баллов) и фокусировка на планирование (19 баллов). Высокие баллы по этим шкалам говорят о том, что в сложной ситуации пациент может искать положительные стороны, а также размышлять о том, что можно сделать, чтобы справиться с негативным событием. Но также привычным способом поведения является обращение к мыслям о радостных и приятных событиях вместо обдумывая актуального события.

Шкала В.Завьялова «Мотивы потребления алкоголя»

Количество баллов по всем шкалам: 71 балл, что характеризует болезненное пристрастие, злоупотребление алкоголем.

Наиболее значимыми мотивами употребления алкоголя для пациента являются: традиционные (12 баллов)*, гедонистические (11 баллов), атарактические (9 баллов). Наименее значимые мотивы: псевдокультурные (5 баллов) и аддитивные мотивы («жажда» алкоголя, 4 балла).

Учитывая повышенный уровень мотивации потребления алкоголя, высокие показатели по социально-психологическим и личностным мотивам могут служить «прикрытием» патологического влечения к алкоголю.

*Максимальное значение=15 баллам

Толерантность к неопределенности

Толерантность к неопределенности: 67 баллов

Интолерантность к неопределенности: 90 баллов

Межличностная интолерантность к неопределенности: 51 балл

По всем шкалам испытуемый набрал высокие баллы, выбирая ответы «согласен» и «полностью согласен», совмещая противоположные предпочтения (Например, «Лучше воспользоваться случаем и потерпеть неудачу, чем идти всю жизнь по проторенной дорожке» и «Привычное всегда предпочтительнее незнакомого» - в обоих случаях ответ «полностью согласен»).

Испытуемому больше характерно стремление к ясности и упорядоченности во всем, четкое разделение правильных и неправильных способов, мнений, ценностей; неприятие неопределенности. В отношениях с другими людьми также проявляется стремление к ясности и контролю происходящего; «негибкость», дискомфорт в случае неопределенности.

Шкала импульсивности Баррата

Общий балл: 63, патологической импульсивности, расстройства контроля импульсивности нет.

Тест Куна-Макпартленда "Кто я?"

На вопрос «Кто я такой?» испытуемый дал ровно 20 ответов, как и звучала инструкция; все самоописания оценил только положительно (в том числе «я-алкоголик»), что может говорить о неадекватно завышенной самооценке, снижению критики и склонности представлять всё в полярном свете. Первыми и наиболее многочисленными характеристиками в списке являются социальные идентичности – мужчина, любовник, папа, сосед, слесарь-судоремонтник и пр., что отражает важность и актуальность именно этих идентичностей для пациента. Совсем не представлены «Перспективное Я» и «Материальное Я» - никакого упоминания о пожеланиях, намерениях, мечтах и настоящей собственности, обеспеченности.

Шкала поиска ощущений М. Цукермана

По шкале поиска ощущений испытуемый набрал 7 баллов, что является средним уровнем потребности в ощущениях. С одной стороны, средний уровень свидетельствует об открытости новому опыту, с другой - об умении проявлять сдержанность и рассудительность в необходимые моменты жизни.

Клинический пример №2.

Интерпретация результатов психологических методик, проведенных с пациентом С. в рамках исследования по теме «Когнитивная регуляция эмоций у лиц с алкогольной зависимостью».

Дата проведения: 25.04.2016г.

Методики:

- 1) Опросник «Когнитивная регуляция эмоций», адаптированная версия опросника Н. Гарнефски и В. Крайг
- 2) Опросник «Эмоциональная регуляция»
- 3) Шкала В.Завьялова "Мотивы потребления алкоголя"
- 4) Опросник толерантности к неопределенности А. Фурнхама, модификация Т.В. Корниловой
- 5) Шкала импульсивности Баррата
- 6) Тест Куна-Макпартленда "Кто я?"
- 7) Шкала поиска ощущений М. Цукермана

На момент обследования пациент был спокойно настроен, шел на контакт, внимательно выслушал описание исследования. Методики заполнял медленно, молча, долго читая каждое утверждение.

Когнитивная регуляция эмоций

Опросник выявил следующие наиболее характерные для испытуемого способы удерживать контроль над своими эмоциями в трудных, стрессовых ситуациях: максимум баллов* набрала стратегия **положительной перефокусировки** – обращение к мыслям о радостных и приятных событиях вместо обдумывания актуального события; следующие три стратегии набрали по 19 баллов каждая: **фокус на планирование**, **позитивный пересмотр** и **руминация** – размышление о чувствах и мыслях, связанных с негативным событием. Стратегия положительной перефокусировки считается эффективной реакцией в краткосрочном плане, но может мешать адаптивному копингу в долгосрочном плане. Фокус на планирование и позитивный пересмотр – конструктивные стратегии поведения при решении проблем, в отличие от дисфункционального процесса руминации.

*Максимум = 20 баллов

Опросник «Эмоциональная регуляция»

Данный опросник выявил преобладание **стратегии когнитивной переоценки** (42 балла) над **стратегией подавления эмоциональной экспрессии** (17 баллов). Регулярное использование переоценки связано с более высокой частотой переживания положительных эмоций и более низкой - отрицательных, с психологическим благополучием и благоприятными межличностными отношениями.

Шкала В.Завьялова «Мотивы потребления алкоголя»

Сумма по всем шкалам: 116 баллов, что характеризует болезненное пристрастие, злоупотребление алкоголем.

Традиционные мотивы: 12

Субмиссивные мотивы: 12

Псевдокультурные мотивы: 9

Гедонистические мотивы: 15

Атарактические мотивы: 15

Гиперактивация поведения: 13

Похмельное поведение: 15

Аддитивные мотивы: 15

Самоповреждение: 10

Наиболее значимыми мотивами употребления алкоголя для пациента являются гедонистические и атарактические из триады личностных мотивов, а также похмельная мотивация и аддитивные мотивы из третьей триады, образующей собственно патологическую мотивацию.

Опросник толерантности к неопределенности А. Фурнхама, модификация Т.В. Корниловой

Толерантность к неопределенности: 46 баллов (средняя)

Интолерантность к неопределенности: 72 балла (высокая)

Межличностная интолерантность к неопределенности: 35 баллов (средняя)

Пациенту больше характерно стремление к ясности, упорядоченности во всем и неприятие неопределенности; важную роль играет разделение правильных и неправильных способов, мнений и ценностей. В отношениях с другими людьми также проявляется стремление к ясности; дискомфорт в случае неопределенности.

Шкала импульсивности Баррата

Общий балл: 75, что предполагает наличие расстройства контроля импульсивности.

Шкала поиска ощущений М. Цукермана

По данной шкале пациент набрал 8 баллов, что является средним уровнем потребности в новых ощущениях. С одной стороны, средний уровень свидетельствует об открытости новому опыту, с другой – об умении проявлять сдержанность и рассудительность в необходимые моменты жизни.

Тест Куна-Макпартленда

На вопрос «Кто я такой?» пациент дал 10 ответов (по инструкции 20).

Испытуемый присваивал самоописаниям положительные, негативные и неоднозначные оценки (\pm). В связи с высоким процентом оценок «неоднозначно» пациента можно отнести к сомневающемуся типу, испытывающему трудности в принятии решений.

Большинство самоописаний относится к социальной идентичности – рабочий, муж, сын, потребитель, гражданин, член общества, что отражает важность и актуальность именно этих идентичностей для пациента. К «рефлексивному я» относится один ответ: «мечтатель», оцененный положительно.