

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК  
Институт психологии

М. А. Падун, А. В. Котельникова

# ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА И КАРТИНА МИРА

ТЕОРИЯ, ЭМПИРИЯ, ПРАКТИКА



Издательство  
«Институт психологии РАН»  
Москва – 2012

УДК 159.9  
ББК 88  
П 12

*Все права защищены. Любое использование материалов  
данной книги полностью или частично  
без разрешения правообладателя запрещается*

**Падун М.А., Котельникова А.В.**

**П 12** Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. – 206 с. (Перспективы психологии)

ISBN 978-5-9270-0231-3

УДК 159.9  
ББК 88

В монографии рассматривается влияние психической травмы на картину мира человека. Под картиной мира понимается совокупность базисных убеждений о доброжелательности окружающего мира, его справедливости, а также представления о собственном Я. Авторы анализируют посттравматический стресс у лиц, переживших разные виды психических травм: участие в военных действиях, опасное для жизни заболевание, вынужденная миграция. Изложены направления когнитивной психотерапии, в которых основной акцент делается на посттравматических представлениях человека о мире и о себе. Книга адресована специалистам – врачам, психологам, социальным работникам, интересующимся проблемами посттравматического стресса.

© ФГБУН Институт психологии РАН, 2012

ISBN 978-5-9270-0231-3

# СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	5
Введение .....	8
<b>Глава 1. КОГНИТИВНЫЕ МОДЕЛИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА .....</b>	<b>11</b>
1.1. Посттравматический стресс как следствие нарушения процессов переработки информации .....	14
1.2. Нарративная модель посттравматических нарушений .....	20
<b>Глава 2. СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫЕ ТЕОРИИ ПТСР: ТРАВМА КАК РАЗРУШЕНИЕ «КАРТИНЫ МИРА» .....</b>	<b>27</b>
2.1. Истоки понятия «базисные убеждения» в когнитивных и социально-когнитивных теориях .....	28
2.2. Базисные убеждения в клинической психологии .....	39
2.3. Базисные убеждения и психическая травма .....	46
2.4. Влияние атрибутивного стиля на выраженность посттравматического стресса .....	55
2.5. Психологические модели, интегрирующие когнитивные подходы к травме .....	60
<b>Глава 3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ .....</b>	<b>65</b>
3.1. Обзор методик исследования базисных убеждений .....	65
3.2. Апробация методики «Шкала базисных убеждений» на русскоязычной выборке .....	79
3.3. Модифицированный вариант методики «Шкала базисных убеждений» Р. Янофф-Бульман .....	88
<b>Глава 4. БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС: ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ .....</b>	<b>101</b>
4.1. Участие в боевых действиях, онкологическое заболевание, вынужденная миграция: особенности травматизации .....	101
4.2. Особенности базисных убеждений участников боевых действий и онкологических больных .....	109

4.3. Когнитивно-смысловые предикторы совладания со стрессом в ситуации вынужденной миграции .....	129
---	-----

<b>Глава 5. НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ, ОСНОВАННЫЕ НА КОГНИТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ ТЕОРИЯХ .....</b>	<b>160</b>
---	------------

5.1. Десенсибилизация и переработка психической травмы с помощью движений глаз .....	160
--	-----

5.2. Вскрывающая терапия .....	167
--------------------------------	-----

5.3. Когнитивная и когнитивно-процессуальная терапия .....	169
--	-----

5.4. Нарративная терапия .....	173
--------------------------------	-----

Заключение .....	178
------------------	-----

Литература .....	181
------------------	-----

Приложения .....	202
------------------	-----

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Современный этап развития российской психологической науки характеризуется выраженной тенденцией к интеграции отечественных и зарубежных достижений. Интегративный подход наиболее отчетливо, на наш взгляд, проявляется в области клинико-психологических исследований, что объясняется прежде всего их острой актуальностью и социальной значимостью. Если в предыдущие десятилетия заимствовался в основном психологический инструментарий, то в настоящее время можно говорить уже о более глубоком аналитико-содержательном подходе к проведению теоретико-эмпирических исследований. В монографии М. А. Падун и А. В. Котельниковой указанные современные тенденции проявлены в полной мере.

Работа выполнена в контексте изучения посттравматического стресса, которое проводится в лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН с начала 1990-х годов. Известно, что и по сей день не существует единой, общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР, хотя в результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических моделей в рамках психологического, психосоциального, бихевиорального и комплексного подходов. Анализ показывает, что ни одна из этих моделей полностью не объясняет симптоматику ПТСР. Очевидно, что создание адекватной теории ПТСР возможно на основе многофакторной биопсихосоциальной модели расстройств аффективного спектра.

Каждое из вышеназванных направлений имеет свои теоретическое обоснование и аргументацию; авторы настоящего исследования используют когнитивные теории психической травмы как наиболее близко подходящие к анализу посттравматической феноменологии и обеспечивающие исследования посттравматического стресса теоретико-методологической базой. Можно согласиться с таким

утверждением, учитывая, что наиболее эффективными психотерапевтическими техниками в лечении ПТСР на сегодняшний день являются методики, основанные на когнитивной парадигме.

Понимание авторами именно этого аспекта – взаимосвязи теоретической основы и психотерапевтических методов – выразилось в пятой главе монографии, в которой изложены основные методы помощи при ПТСР.

Эмпирической основой монографии послужило исследование сопряженности посттравматического стресса и базисных убеждений, выполненное на трех контингентах испытуемых: участниках боевых действий, больных раком молочной железы и беженцах. Результаты этих оригинальных исследований важны как в теоретическом, так и в практическом отношении; данные чрезвычайно интересны и хорошо проанализированы. Исследования планировались и выполнялись на основе всестороннего теоретического анализа зарубежной и отечественной литературы. Из многочисленных психологических исследований, так или иначе относящихся к изучаемой проблеме, авторам удалось выделить работы, которые можно отнести к ряду классических.

Каждая пионерская исследовательская работа – а настоящая монография, безусловно, относится к таковым – должна начинаться с операционализации центрального понятия, в данном случае – понятия «базисные убеждения». Авторы успешно справились с этой непростой задачей. Анализ исследований, выполненных в социальной психологии по проблемам имплицитных теорий личности (ИТЛ), привел авторов к важному заключению о том, что философский уровень рассмотрения ИТЛ, содержащий представления о людях с позиций доверия, рациональности, альтруизма, независимости, изменчивости, сложности, может быть напрямую соотнесен с базисными убеждениями индивида. Очень важно, что в работе рассмотрены вопросы, связанные с различной трактовкой понятия «когнитивная схема» в теориях когнитивной переработки информации, когнитивных теориях личности и теориях социального познания. Эти различия состоят главным образом в том, что в «теориях когнитивных процессов схемы рассматриваются как когнитивные структуры, предвосхищающие *восприятие и познание* субъектом реальности, а в социальных теориях и когнитивных теориях личности – как когнитивно-аффективные комплексы, формирующиеся из *переживания* индивидом событий его личной истории и соответственно направляющие его поведение» (с. 36). Показано, что понятия, сходные с конструктом когнитивной схемы

(установки, аттитюды), отличаются контекстуально, а не содержательно.

Ценность теоретической части монографии обусловлена тщательной проработкой основных в отечественной психологии методологических подходов – системного и субъектно-деятельностного, что позволило продемонстрировать возможности их применения при анализе последствий воздействия травмы на психику человека и привело авторов к рассмотрению базисных убеждений в качестве основных переменных («внутренних условий») – факторов уязвимости человека в отношении травматических воздействий.

Также творчески авторы проанализировали различные подходы к понятию «базисные убеждения», которое используется при объяснении того, каким образом индивид конструирует свои представления об окружающем мире и о собственном Я. В результате они пришли к очень важному и хорошо аргументированному ссылками на соответствующие работы выводу: конструкт «базисные убеждения» может быть соотнесен с понятием «картина мира»; базисные убеждения можно определить как имплицитные, глобальные, устойчивые представления индивида о мире и о себе, оказывающие влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведение человека.

Изученный в работе когнитивный феномен негативных базисных убеждений дает выход в более широкий психологический контекст, – психологии личности и психологии развития, в первую очередь. Это исследование содержит результаты, имеющие значение не только для современной клинической психологии, – они органично входят и в общее поле современного психологического знания.

В заключение хочется выразить свое удовлетворение прочитанной работой. Она написана хорошим литературным языком, что также говорит о высокой квалификации авторов. Данная монография может служить примером того, как должен реализовываться подход к интеграции достижений отечественных и зарубежных направлений психологической мысли. Можно утверждать, что наконец-то на смену стихийному заимствованию (в основном, зарубежных психологических методик) приходит глубокое понимание того, что интегративный подход способен стать эффективным инструментом для дальнейшего развития отечественной психологической науки. Авторам остается пожелать дальнейших успехов в их творчестве и выразить уверенность в том, что читатели оценят их труд по достоинству.

Доктор психологических наук, профессор  
**Н. В. Тарабрина**

## ВВЕДЕНИЕ

**Ж**изнь каждого человека полна событий: они могут быть радостными и печальными, неожиданными и запланированными, раздражающими и успокаивающими, интересными и скучными. Как правило, даже если возникающие обстоятельства несут в себе труднопреодолимые последствия и негативные чувства, большинство людей в силах совладать с ними. Некоторые события, однако, представляют серьезный вызов адаптивным возможностям и ресурсам совладания и воспринимаются психикой как угроза разрушения. В современной психологии под травматическими стрессорами (т. е. ситуациями, которые могут привести к психической травме) понимаются события угрожающего или катастрофического характера, в которых человек испытывает интенсивный страх, ужас и беспомощность (Diagnostic and Statistical Manual..., 1994). К ним относят природные и антропогенные катастрофы; террористические атаки и разбойные нападения; автомобильные и железнодорожные аварии, эмоциональное, физическое, сексуальное насилие и другие экстраординарные события.

В настоящее время специалисты в области психической травмы сходятся во мнении, что тип пережитой травмы менее важен по сравнению с тяжестью травмы и индивидуальной уязвимостью человека (Клиническое руководство..., 2008). Тот факт, что ПТСР возникает только у части людей, переживших одно и то же травматическое событие, заставляет ученых искать предикторы ПТСР и разрабатывать теории развития ПТСР. Наибольшая распространенность ПТСР наблюдается после травмы изнасилования (до 65%) (там же). Участие в военных действиях приводит к возникновению ПТСР в среднем у 20% военнослужащих (Egendorf et al., 1981; Тарабина, 2009).

Данная монография посвящена анализу психической травмы в рамках когнитивной парадигмы. На наш взгляд, именно когни-



тивные теории психической травмы наиболее близко подошли к описанию сути посттравматических феноменов. Когнитивные теории ПТСР можно условно разделить на две группы. Собственно когнитивные исследования посттравматического стресса связывают его с *нарушением когнитивных процессов*, прежде всего внимания и памяти, а также когнитивной переработки эмоциональной информации. Близок к этому направлению так называемый *нарративный подход* (Tuval-Mashiach, 2004), при котором посттравматический стресс рассматривается в контексте способности пережившего травму рассказать о ней: при отсутствии адекватной переработки травматического опыта нарратив о травме носит фрагментарный, недостаточно связный и осмысленный характер.

Во вторую группу включаются *социально-когнитивные теории*, к которым можно отнести *концепцию базисных убеждений*, а также рассмотрение посттравматических переживаний с позиций *теории атрибуции*.

Мы обосновываем и применяем термин «картина мира» для обозначения системы убеждений человека о сущности мира и о собственном Я в мире. Базисные убеждения («basic assumptions», «basic beliefs») – это обобщенные, имплицитные, устойчивые представления человека об окружающем мире, собственном Я и об отношениях между Я и миром. В зарубежной психологии для обозначения совокупности базисных убеждений, обеспечивающих человеку опору, защиту и чувство реальности, используют словосочетание «*assumptive world*» (дословно: «мир допущений») (Beder, 2005). Мы используем для обозначения этого конструкта понятие «картина мира».

Попытка интеграции когнитивных и социально-когнитивных подходов осуществлена в интегративных моделях ПТСР, среди которых особенно выделяется «теория двойной репрезентации» (Brewin et al., 1996).

Когнитивная парадигма обеспечивает исследования посттравматического стресса теоретико-методологической базой. Вместе с тем она является эмпирически верифицированной основой для когнитивных направлений психотерапии травмы. Здесь, на наш взгляд, смыкаются интересы теории и практики, а этой интеграции, как известно, очень не хватает психологии как науке в целом и психологии травмы – в частности.

В 1 и 2 главах монографии мы рассмотрим перечисленные выше когнитивные теории психической травмы, уделив особое внимание концепции базисных убеждений, которая стала теоретико-методологическим основанием наших эмпирических исследований.

Глава 3 посвящена описанию процесса адаптации «Шкалы базисных убеждений», которая на сегодняшний день является фактически единственной стандартизированной русскоязычной методикой измерения базисных убеждений. Работа с методикой проводилась в два этапа: первая апробированная версия является русскоязычным вариантом методики «World assumptions Scale» Р. Янофф-Бульман (Janoff-Bulman, 1992). Данный вариант методики имеет достаточные показатели надежности и валидности и может использоваться исследователями. Однако факторная структура и некоторые другие особенности этой версии опросника привели нас к решению о разработке и публикации Модифицированного варианта Шкалы базисных убеждений, процесс апробации которого также описан в третьей главе.

В главе 4 мы приводим результаты исследования картины мира (базисных убеждений) у людей, подвергшихся различным травматическим воздействиям (участие в военных действиях, онкологическое заболевание, вынужденная миграция). Сначала мы анализируем специфику этих стрессоров, которые отличаются друг от друга различными степенями угрозы жизни, структурой травматических воздействий, пространственно-временной организацией. Затем исследуем особенности картины мира у людей, переживших разные травмы; особое внимание при этом уделяется подгруппам испытуемых с высокой интенсивностью посттравматических стрессовых реакций. Результаты иллюстрируются клиническими примерами.

Заключительная, 5-я глава монографии посвящена вопросам когнитивно ориентированных направлений терапии психической травмы. В ней рассмотрены современные направления психотерапии, доказавшие свою эффективность в контролируемых исследованиях.

Теоретические и эмпирические исследования, опубликованные в настоящей монографии, выполнены в лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН под руководством доктора психологических наук Н. В. Тарабриной. Теоретико-методологическая база для исследований посттравматического стресса, разработанная в лаборатории (Тарабрина, 2009; Практикум..., 2007), легла в основу наших изысканий. Книга не была бы написана без идейной и эмоциональной поддержки сотрудников ИП РАН, которые работают или работали ранее в этой лаборатории: Н. В. Тарабриной, Е. С. Калмыковой, Е. Г. Удачиной, З. Г. Химчан, Е. А. Миско, В. А. Агаркова, О. А. Вороны. Выражаем им глубокую и искреннюю благодарность.

## ГЛАВА 1

# КОГНИТИВНЫЕ МОДЕЛИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Изначально представления о психической травме формировались в рамках психодинамической парадигмы. Первые теоретические предположения о механизмах психической травматизации были сделаны Ж. Шарко и П. Жане в 1980-е годы. Они показали, что многие психопатологические симптомы пациентов связаны с их вытесненными воспоминаниями о травматических событиях. Жане ввел понятие диссоциации, которая возникает как следствие перегрузки сознания при переработке травматических ситуаций (Janet, 1904).

Теория травмы З. Фрейда, изначально базирующаяся на взглядах Шарко и Жане, претерпевала изменения на протяжении развития психоаналитической теории. Изначально Фрейд изучал детские травмы на клиническом материале истерии, затем, во время Первой мировой войны, он был вынужден обратиться к психическим травмам, полученным во взрослом возрасте. Фрейд писал, что психическая травма возникает в том случае, когда чрезмерной силы стимул или раздражитель пробивает «стимульный барьер», или «щит», т. е. вызовет глобальные нарушения в энергетике организма (Фрейд, 2006). Излечение от травмы заключается в том, чтобы переработать гипервозбуждение, связанное с травматическим событием.

А. Кардинер (Kardiner, Spigel, 1949) подробно изучил многочисленные симптомы, имевшие место у военнослужащих. Главным фокусом его клинических изысканий была симптоматика гипербдительности ветеранов, которые крайне уязвимы к любым проявлениям внешней среды. Основным выводом Кардинера был следующий: пациент в посттравматическом состоянии функционирует так, как будто он продолжает находиться в травматической ситуации.

После Второй мировой войны и Холокоста потребность в изучении посттравматических состояний приобрела огромные размеры. Расширилось поле исследований: стали изучаться последствия

травмы не только у участников и ветеранов войн, но и у женщин и детей, проживающих на территории военных действий; затем стали проводиться исследования травм домашнего и сексуального насилия.

Лишь в 1980-е годы после анализа обширных наблюдений психических нарушений у ветеранов войны во Вьетнаме (например, во Вьетнаме погибли 40 тыс., а впоследствии покончили с собой 120 тыс. ветеранов) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) было включено в DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – классификационный психиатрический стандарт Американской психиатрической ассоциации. В 1995 году ПТСР было введено в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10, основного диагностического стандарта, действующего на территории европейских стран, включая Россию.

Критерии ПТСР отражают особенности ситуаций, которые относятся к потенциально психотравмирующим, а также включают три группы симптомов, составляющие клиническую картину ПТСР (навязчивое вторжение травматического опыта, избегание, гипервозбуждение). Диагноз ПТСР ставится на основе следующих критериев (DSM-IV):

- A Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем имели место оба приведенных ниже факта:
  - 1) индивид был участником, свидетелем события либо столкнулся с событием (событиями), которое включало смерть, или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной);
  - 2) реакция индивида включала интенсивный страх, чувство беспомощности или ужаса.
- B Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов:
  - 1) повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания;
  - 2) повторяющиеся тяжелые сны о событии;
  - 3) такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды – «флэшбэк-эффекты», в том числе те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии);

- 4) интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их;
  - 5) физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.
- C Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и «numbing» – блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы). Определялось по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей:
- 1) усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
  - 2) усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
  - 3) неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия);
  - 4) заметно сниженный интерес к ранее значимым видам деятельности;
  - 5) чувство отстраненности или отделенности от остальных людей;
  - 6) сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви);
  - 7) чувство отсутствия перспективы.
- D Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (не наблюдались до травмы), – наличие по крайней мере двух из нижеперечисленных:
- 1) трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения);
  - 2) раздражительность или вспышки гнева;
  - 3) затруднения с сосредоточением внимания;
  - 4) повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы;
  - 5) гипертрофированная реакция испуга.
- E Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях B, C и D) – более чем 1 месяц.
- F Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности (Diagnostic and Statistical Manual, 1995).

Появление ПТСР в клинических классификациях привело к необходимости выявления механизмов его возникновения и динамики. Изначально для этого использовались поведенческие теории. В частности, согласно теории классического и оперантного обусловливания (Mowrer, 1947), предполагалось, что как сама травма ведет к интенсивным эмоциям страха (классическое обусловливание), так и стимулы, напоминающие о ней (оперантное обусловливание). При этом избегание стимулов, связанных с травмой, является подкреплением, мешающим угасанию связи между травматическим событием и пережитыми эмоциями. Однако данная теория не объясняла когнитивные феномены, входящие в синдром ПТСР: навязчивые мысли и образы, неожиданно возникающие «оживления» травматического опыта – флэшбэки (flash-backs) (Клиническое руководство..., 2008).

### **1.1. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС КАК СЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ**

В теориях переработки информации исследуются представления о механизмах ПТСР, связанных с нарушениями когнитивных процессов, прежде всего – памяти и внимания. Ключевая идея заключается в том, что репрезентация и когнитивная переработка информации о травме имеет специфические особенности. Если процесс переработки не происходит должным образом, возникает посттравматическая психопатология.

В зарубежной литературе многие исследования посвящены проблеме когнитивного дефицита при ПТСР (Horowitz, 1976; van der Kolk, Fislser, 1995; Brewin et al., 1996; Vasterling et al., 1998; Ehlers, Clark, 2000; Murray et al., 2002; Halligan et al., 2002; Horner, Hamner, 2002; Halligan et al., 2003; Yehuda et al., 2004; McNally, 2006; Ehrling et al., 2008). Современные нейропсихологи связывают когнитивные нарушения у пациентов с ПТСР с характерным для них уменьшенным объемом гиппокампа (McNally, Shin, 1995).

#### **Изменения характеристик внимания после травмы**

Когнитивные исследования посттравматических состояний показывают, что индивиды с ПТСР характеризуются направленностью внимания на связанные с травмой стимулы в повседневных ситуациях (Chemtob et al., 1988; Litz, Keane, 1989). М. С. Курчакова в своем обзоре показывает, что вызванные потенциалы у ветеранов с ПТСР характеризуются более высокой амплитудой компонента Р3 сред-

ней линии в ответ на зрительные изображения военных действий, по сравнению с ветеранами без ПТСР (Курчакова, 2008). Это подтверждает точку зрения о том, что индивидуумы с ПТСР направляют больше внимания на связанную с травмой информацию, что в свою очередь может указывать на состояние сверхбдительности.

Проводя визуальную процедуру разрозненных стимулов, в которой в качестве стимулов использовались слова, связанные с травмой, М. С. Стенфорд с соавт. (Stanford et al., 2001) обнаружили, что мужчины-ветераны Вьетнама с ПТСР имели большие латеральные лобные амплитуды РЗ на слова, связанные с травмой, по сравнению с ветеранами без ПТСР. При этом не было выявлено различий между группами в амплитуде РЗ на социально угрожающие слова-дистракторы, что свидетельствует о специфической направленности внимания на информацию, связанную с травмой, а не на негативно окрашенную информацию в целом.

Для пациентов с ПТСР характерны специфические изменения характеристик внимания (Harvey et al., 1996). Изучались вызванные потенциалы (компонент РЗ средней линии) на слова, связанные с травмой, у мужчин и женщин с ПТСР в сравнении с контрольной группой в процедуре эмоционального варианта теста Струпа (Metzger et al., 1997). Слова, связанные с травмой, и позитивные слова, полученные в ходе интервью, в дальнейшем предъявлялись вместе со стандартизированными нейтральными словами на мониторе компьютера либо красным, либо синим цветом. Испытуемых инструктировали реагировать на цвет каждого слова и игнорировать его значение, при этом регистрировались время реакции и вызванные потенциалы. Так же, как и в других экспериментах со временем реакции (Kaspi et al., 1995; Vrana, Roodman, Beckham, 1995), пациенты с ПТСР медленнее реагировали на слова, связанные с травмой, подтверждая факт селективной направленности в обработке травматической информации. Наряду с этим, пациенты с ПТСР показали уменьшенные амплитуды РЗ ответа на все слова в лобных, центральных и теменных областях средней линии, обеспечивая электрофизиологическое подтверждение сложностей с вниманием при выполнении задания. Однако, в отличие от описанных выше исследований, в этой работе не удалось подтвердить факт увеличения амплитуды РЗ на стимулы, связанные с травмой. Авторы объясняют это сложностью задания, т. е. идентификации цвета слова при игнорировании его значения, и вероятностью того, что амплитуда ответа РЗ предварительно отражает распределение ресурсов внимания на идентификацию цвета.

## **Модели травматической памяти**

Эмпирические исследования когнитивной сферы пациентов с ПТСР показали, что нарушения познавательных процессов при ПТСР сходны с таковыми при депрессии: для них характерны сложности в припоминании обстоятельств автобиографических событий. При этом в отношении припоминания обстоятельств, связанных с травмой, данные различных исследований расходятся: в одних показано, что для паттернов памяти, связанной с травмой, характерны яркость, детальность и живость образов; результаты других, наоборот, говорят о том, что травматические воспоминания являются смутными, недетализированными и зачастую имеют тенденцию к ложным воспроизведениям.

Другое свойство памяти при ПТСР – склонность к «флэшбэкам», т. е. к внезапным «оживаниям» травматического события, вплоть до сенсорных ощущений (звуков и прикосновений). При этом часто такие воспоминания бывают разобщенными и фрагментарными. «Флэшбэки» не вызываются усилием индивида по извлечению образов из памяти, а являются ответом на специфические триггеры, так или иначе напоминающие о травме (сирена, хлопок и т. д.).

Таким образом, нарушения памяти при ПТСР характеризуются в разных случаях как полной или частичной потерей памяти о травматическом событии, так и чрезмерно яркими, живыми воспоминаниями о нем (Buckley, Blanchard, Neill, 2000).

## **Мышление и интеллект при ПТСР**

Исследования оперативной памяти показывают, что, по сравнению с пациентами с ПТСР, здоровые индивиды имеют более высокие показатели объема оперативной памяти и лучше справляются с задачами на подавление нежелательных мыслей (в экспериментальной ситуации) (Brewin, Beaton, 2002). Эти данные дают частичное объяснение тому факту, что низкий интеллект (который коррелирует с объемом рабочей памяти) является предиктором ПТСР.

В исследовании Д. Харта с соавт. (Hart et al., 2008) изучались когнитивные дисфункции (нарушения внимания, восприятия, скорости реакции пр.) и IQ у бывших военнопленных Второй мировой войны с ПТСР и без ПТСР. Участники с ПТСР имели средний уровень интеллекта, в то время как участники без ПТСР – выше среднего. Авторы пришли к выводу, что низкий IQ является предиктором развития посттравматического расстройства, в то время как отдельные когнитивные дисфункции являются атрибутом уже развившегося ПТСР.



Существуют данные о том, что люди с высокими показателями по когнитивным тестам значительно легче переносят тяжелые стрессовые ситуации, чем люди со средними показателями. Используя метод близнецов, М. Джилбертсон с соавт. (Gilbertson et al., 2006) представили убедительное свидетельство того, что до-травматическое когнитивное функционирование прогнозирует вероятность развития ПТСР вследствие влияния травматического события. В эксперименте приняли участие 4 группы испытуемых: мужчины, воевавшие во Вьетнаме, с ПТСР; их идентичные близнецы, не воевавшие во Вьетнаме, без ПТСР; мужчины, воевавшие во Вьетнаме, без ПТСР; их идентичные близнецы, не воевавшие, без ПТСР. Отмечено, что ветераны с ПТСР справлялись с батареей тестов IQ и других нейрокогнитивных тестов так же хорошо, как их идентичные братья, но хуже, чем ветераны без ПТСР и их идентичные близнецы. Это исследование предполагает несколько выводов: во-первых, само воздействие травмы оказывает малое влияние на IQ или не оказывает его вовсе; во-вторых, успешность выполнения данных тестов более опосредована генотипом; в-третьих, высокий интеллект является предиктором развития ПТСР: у лиц с высокими показателями IQ развитие ПТСР менее вероятно (Gilbertson et al., 2006).

Изучая соотношение довоенного интеллекта, текущего интеллекта и признаков посттравматического стресса у ветеранов Вьетнама, Маклин с соавт. обнаружили, что у лиц с меньшим довоенным интеллектом более вероятно развитие симптомов ПТСР (Macklin et al., 1998). Результаты этого исследования не поддержали гипотезу о том, что симптомы ПТСР снижают успешность выполнения интеллектуальных тестов, не было обнаружено значимой корреляции между выраженностью признаков посттравматического стресса и различием между довоенным и текущим интеллектом. В другой работе (Vasterling et al., 2002) показано, что ветераны Вьетнама с диагнозом ПТСР менее успешно справлялись с интеллектуальными задачами. Высокий преморбидный интеллектуальный ресурс коррелировал с более низким значением выраженности посттравматических симптомов по Миссисипской шкале (при статистическом контроле уровня интенсивности боевого опыта).

В лонгитюдном исследовании оценивался уровень интеллекта у шестилетних мальчиков центра и пригородов Детройта, а затем – подверженность травме и посттравматическому стрессу, когда им исполнилось 17 лет. Юноши, у кого IQ в шесть лет был выше 115, не имели уменьшенного риска подверженности травматическим

событиям к 17 годам, но имели меньший риск возникновения ПТСР, если подвергались травме (McNally, 2006).

Таким образом, эмпирические результаты свидетельствуют о том, что соотношение между интеллектуальным функционированием и тяжестью симптомов ПТСР не может быть объяснено только приобретенным после травмы когнитивным дефицитом. Лица с относительно меньшим IQ имеют повышенный риск развития ПТСР.

В нашем исследовании (Падун, Лочехина, 2009) было показано, что у ветеранов боевых действий интеллект отрицательно коррелирует с выраженностью посттравматического стресса. При этом связь интеллекта и посттравматического стресса опосредована уровнем нейротизма: у участников боевых действий с высоким нейротизмом интеллект является предиктором выраженности посттравматических симптомов.

Мышление при ПТСР характеризуется навязчивыми мыслями о травматической ситуации, сопровождающимися попытками индивида подавить их. При этом показано, что подавление навязчивых мыслей сопряжено с более медленным выздоровлением от ПТСР (Dunmore et al., 2001).

### **Особенности переработки эмоциональной информации при ПТСР**

П. Лэнгом (Lang, 1979) была предложена «теория эмоциональных сетей» для объяснения механизмов развития тревожных расстройств. На основании психофизиологических исследований было показано, что определенные виды мышечной активности взаимосвязаны с переживанием в воображении определенных действий и событий. При этом содержание образов, в свою очередь, вызывает физиологические реакции, которые связаны с эмоциональными реакциями (Lang, Melamed, Hart, 1970). Эти данные были интерпретированы Лэнгом как существование пропозициональных сетей, которые включают информацию о стимулах, семантическую информацию, соответствующую этим стимулам, информацию о реакциях на эти стимулы и программу эмоциональных реакций.

Индивиды с тревожными расстройствами, по Лэнгу, имеют дезадаптивные пропозициональные сети, которые содержат неадекватную семантическую информацию (например, переоценку опасности) и неадекватную информацию о реакциях (например, избегающее поведение). Такие пропозициональные сети позже были названы сетями страха (fear networks) (Foa, Kozak, 1986). Сети страха легко

активируются под действием стимулов, имеющих сходство с их содержанием, и вызывают психофизиологические реакции.

Развивая теорию Лэнга, К. Чемтоб с соавт. (Chemtob et al., 1988) создали так называемую «теорию когнитивного действия» для объяснения феноменов ПТСР. В отличие от обычных фобий и других тревожных расстройств, у пациентов с ПТСР наблюдается устойчивое реперезивание и высокий уровень возбуждения при воздействии даже отдаленно напоминающих опасность стимулов. У индивидов с ПТСР сети страха перманентно активированы, они активизируют также соответствующие ожидания-убеждения, что опасное событие обязательно должно произойти. В результате возникают симптомы вторжения, а те, в свою очередь, влекут за собой появление физиологических и соматических реакций, которые усиливают ощущение угрозы (механизм положительной обратной связи). Таким образом, даже слабые стимулы, связанные с угрозой, активируют когнитивную схему, которая приводит индивида к фокусированию исключительно на потенциально опасной информации и игнорированию остальных стимулов. Пациенты с ПТСР функционируют в режиме постоянной опасности, что, вероятно, является адаптивным для травматической ситуации, но нарушает повседневную жизнь.

Е. Фоа с соавт. (Foa et al., 1989) также развивали теорию Лэнга в приложении к ПТСР и старались отграничить когнитивные механизмы ПТСР от механизмов развития других тревожных расстройств. У индивидов с ПТСР сети страха характеризуются низким порогом активации и информацией об интенсивных психофизиологических реакциях. Излечение от ПТСР происходит тогда, когда сети страха интегрируются с другими ментальными репрезентациями. Для этого структуры травматической памяти должны пройти своего рода обработку: необходимо активировать сети страха в безопасных условиях, в терапевтическом процессе, постепенно снижая интенсивность реакций (процесс инкорпорации корректирующей информации).

Ценность описанных выше теоретических моделей прежде всего в том, что они привели к разработке методов психологической помощи при ПТСР. Однако в настоящее время более правдоподобным выглядит следующее объяснение механизмов снижения интенсивности симптомов ПТСР: травматические сети (т. е. репрезентации травматического опыта) остаются неизменными, а тревожные реакции купируются благодаря возникновению новых ментальных репрезентаций (LeDoux, 1998).

Дж. Джонс и Д. Барлоу (Jones, Barlow, 1990) считают, что этиология ПТСР и панического расстройства имеет много общего. У части

людей, переживших травму, формируется так называемый «замкнутый круг тревоги»: они проявляют гипербдительность в отношении поступающей извне информации, непроизвольно выискивают в ней связанные с травмой (т. е. опасные) сигналы (подобно тому как пациенты с паническим расстройством «сканируют» свое тело на предмет физических симптомов). Нахождение таких сигналов (например, заинтересованный взгляд мужчины-прохожего на женщину, пережившую сексуальное насилие) интенсифицирует симптоматику гипертвуждения, которое имеет стойкую ассоциацию с состоянием во время травматической ситуации. В результате индивид повторно переживает травматические ощущения, что в свою очередь подкрепляет симптоматику избегания любых эмоциогенных стимулов, например, через эмоциональный намбинг (оцепенение).

К нарушениям когнитивных процессов при ПТСР также относят использование дисфункциональных когнитивных копинг-стратегий. Эмпирически доказано, что такие копинг-стратегии, как избегание и подавление травматических воспоминаний, удлиняют период выздоровления от ПТСР (Dunmore et al., 2001). Кроме того, руминация (умственная жвачка, навязчивое обдумывание травматической ситуации) как когнитивная копинг-стратегия является предиктором ПТСР (Ehlers et al., 1998).

В целом можно заключить, что теории ПТСР, связывающие его механизмы с нарушением функции переработки информации, фокусируются на исследовании роли основных когнитивных процессов в развитии расстройства. Направленность внимания, процессы формирования ментальных репрезентаций, запоминание и воспроизведение событий, связанных с сильными эмоциями страха и ужаса, у людей, страдающих посттравматическими симптомами, действительно имеют свою специфику. Однако, на наш взгляд, в большинстве рассмотренных теорий переработки информации феномен травмы представлен крайне узко: травматическое переживание изымается из смыслового, мировоззренческого, межличностного контекста.

## 1.2. НАРРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Одно из направлений исследований психической травматизации состоит в изучении травматического опыта с помощью анализа нарративов. В нарративной теории и методологии предполагается, что рассказываемая человеком жизненная история не есть только некий текст, представленный самому себе или другому, но и способ формирования идентичности человека, интеграции его опыта.

Считается, что психически здоровый человек способен создать когерентный, осмысленный и динамический нарратив о себе. Напротив, фрагментарные, слабодоступные для понимания нарративы характерны для людей с эмоциональными нарушениями (Tuval-Mashiach et al., 2004).

Одной из характеристик посттравматического состояния является снижение способности вербализовать свой опыт. Травма «разрывает» постепенный и последовательный ход жизни. Этот разрыв отражается в рассказе человека о себе и своей жизни. Существует точка зрения, что словосочетание «травматический опыт» вообще не имеет смысла, ибо опыт есть процесс дискурсивный (van Alphen, 1999). Травма нарушает деятельность аффективно-когнитивных процессов, благодаря которым опыт интегрируется в структуры памяти. Травматическое воздействие слишком интенсивно для того, чтобы быть переработанным и интегрированным психикой. В результате происходит диссоциация: отщепление части опыта от сознания. Человеку, пережившему травму, трудно найти слова и значения, чтобы передать свои переживания, он как будто лишается способности к символизации опыта и к коммуникации в целом (Korf, 2008). Однако в то же самое время для пережившего травму характерна потребность в создании нарратива: в человеке борются две разнонаправленные тенденции: стремление рассказать и защитная потребность в отрицании, избегании и подавлении.

Диссоциация приводит к спутанности, дезорганизации нарратива, которые могут выражаться в повторении отдельных слов или целых предложений, в незаконченных фразах, в частом употреблении междометий. Кроме того, показано, что нарративы у травмированных людей длиннее, чем у нетравмированных, за счет характерных для них повторений (Foa et al., 1995; Harvey, Bryant, 1999).

Способность индивида написать последовательный и целостный рассказ о травматическом событии коррелирует с успешным совладанием с травмой (Pennebaker, Susman, 1988; Gidron et al., 2002). В качестве основной характеристики нарратива выделяется комплексность нарративного материала. Комплексность нарратива определяется целостностью повествования, организованностью, структурированностью, согласованностью излагаемых фактов.

Уровень комплексности нарратива, определяемый по специальной компьютерной программе, отрицательно связан с интенсивностью посттравматических симптомов (Amir et al., 1998). Показано также, что изменения нарративов в процессе психотерапии

коррелируют со снижением симптоматики ПТСР (Foa et al., 1995; van Minnen et al., 2002).

Р. Тувал-Машиач с соавт. (Tuval-Mashiach et al., 2004) были выделены следующие характеристики посттравматических нарративов: 1) связность и целостность; 2) осмысленность (способность найти смысл события и ответить на вопросы «Почему это случилось со мной?», «Почему это произошло сейчас?» и т.д.); 3) оценка себя в контексте травматического события: степень способности контролировать ситуацию; степень вины и ответственности; активность–пассивность. Авторы предполагают, что характеристики нарратива, полученные сразу после травмы, дают возможность прогнозировать ход совладания с травмой и конкретизировать фокус терапевтической работы.

Изучение нарративов у людей, переживших авткатастрофу (Jones et al., 2007), показало, что характеристики нарратива о травме (количество повторений, не относящиеся к повествованию междометия и когерентность), полученные через неделю после события, способны выступать в качестве предикторов интенсивности симптомов ПТСР спустя 3 месяца. Нарративы детей 7–15 лет (Kenardy et al., 2007), переживших различного рода травмы, последствием которых стала госпитализация, различались в зависимости от переживаемых ими симптомов ПТСР: дети, в нарративах которых отмечались нарушения временной последовательности, демонстрировали более интенсивные симптомы ПТСР через 4–7 недель после события; дети, нарративы которых сопровождалось подавлением эмоций, в большей степени страдали от гипертвуждения.

Репрезентации травматических переживаний, как правило, имеют очень сложную структуру. Это приводит к отсутствию единого мнения среди ученых по поводу методов изучения травматического опыта. Результаты так называемых «тематических исследований» (thematic assessment) травматических переживаний (Roth, Newman, 1991; Roth, Batson, 1993; Roth et al., 1996) подтверждают центральную роль травматических тем в понимании посттравматических симптомов и указывают на важность исследования этих тем в процессе психотерапевтической помощи.

Темы представляют собой когнитивно-аффективные репрезентации значимого жизненного опыта, представленного в нарративах. Подобно схемам и убеждениям, темы существуют как внутри, так и за пределами сознания. Адаптивные темы являются содержательными характеристиками внутреннего мира нормально функционирующего индивида (например, тема доверия к окружающим

людям); дезадаптивные темы, соответственно, имеют, как правило, негативное содержание (например, тема враждебности окружающего мира) и ограничивают способность личности к адаптации. Несмотря на то, что в процессе анализа нарративов травматические темы репрезентируются как отдельные феномены, они, тем не менее, формируются в определенную структуру, которая управляет поведением и определяет посттравматическую динамику.

Одним из ранних исследований, на сегодняшний день ставшим уже классическим, является работа Дж. Крупника и М. Горовитца (Krupnick, Horowitz, 1981), которые изучали травматические темы, состоящие из воспоминаний и чувств, вызванных тяжелыми травматическими событиями. Основная идея заключалась в том, что неэффективная конфронтация с травматическими темами может привести к длительным посттравматическим реакциям. Авторы описали общие травматические темы и продемонстрировали важность изучения *содержательной стороны* посттравматических расстройств. В данном исследовании частота проявления различных травматических тем оценивалась при анализе интервью с тридцатью пациентами с ПТСР (15 – после тяжелой утраты, 15 – после ранений). Темы, выделенные исследователями, были сосредоточены на основных негативных эмоциональных состояниях (страх, гнев, вина, стыд и горе), которые были опосредованы внутренними убеждениями и установками испытуемых.

В исследовании Е. Ньюман с соавт. (Newman et al., 1997) было показано, что травма бросает своего рода вызов адаптивным темам и провоцирует развитие неадаптивных тем. Кодировочная система для анализа нарративов была создана Е. Ньюман на основании когнитивно-экспериентальной теории Эпштейна (см. главу 2), а также травматических тем, выявленных при анализе сексуальных травм, анализе литературы и собственного клинического опыта. При исследовании воздействия травмы на личность были выделены три вида тем:

- 1) нерешенные темы (unresolved theme) – темы, которые отражают негативное влияние травмы и ограничивают адаптивные возможности человека (например, женщина, пережившая насилие со стороны группы знакомых ей мужчин, может перестать доверять мужчинам вообще);
- 2) решенные темы (resolved theme) определяются как темы, которые интегрируют травматический опыт и позволяют индивиду находиться в гибких эмоциональных отношениях с миром (например, женщина, пострадавшая от насилия, в этом случае

разрабатывает адаптивную конструкцию, которая позволяет ей функционировать, осознавая, что доверие и недоверие являются составляющими ее отношения к внешнему миру и, соответственно, существуют мужчины достойные доверия и мужчины, не достойные доверия);

- 3) нерелевантные темы (nonrelevant theme) – это темы, которые не изменяются под воздействием травмы. Причиной может быть, во-первых, то, что травматическое событие не конфронтирует с данной темой; во-вторых, то, что тема, которая существовала у индивида до травматического события, настолько гибкая, что сразу инкорпорировала его.

Нерелевантная и решенная темы отличаются друг от друга тем, что нерелевантные темы не создают проблем в адаптации, а решенная тема сразу после травмы ограничивает функционирование личности и только затем в процессе успешного совладания интегрируется в структуру индивидуального опыта.

Таким образом, в процессе анализа нарративов, в которых оценивались решенные, нерешенные и нерелевантные темы, было выделено пятнадцать «горячих», касающихся травмы тем.

1. *Беспомощность*: чувство бессилия во время переживания травматического события, которое генерализуется и начинает проявляться за пределами травматической ситуации.
2. *Ярость*: гнев и враждебность, которые могут проявляться прямо (по отношению к источнику травмы) или косвенно (например, чувство вины по поводу гнева, избегание негативных эмоций, боязнь выразить агрессию и т. д.).
3. *Страх*: испуг и ужас во время и после травмирующего события могут продолжаться (индивид боится повторения события).
4. *Утрата*: горе, сожаление, скорбь, разделение жизни на «до» и «после».
5. *Стыд*: глубокое чувство смущения, унижения, горькое чувство обиды.
6. *Вина*: ощущение собственной вины за происходящее до травматического события и во время его.
7. *Диффузный аффект*: интенсивные неспецифические эмоции: боль, ощущение дискомфорта, страдание.
8. *Недоброжелательность мира*: ощущение, что мир недоброжелателен и опасен.
9. *Бессмысленность мира*: ощущение непредсказуемости и неконтролируемости мира.



10. *Недоверие к людям*: восприятие окружающих как потенциально опасных, недостойных доверия, способных к обману и предательству.
11. *Низкая уверенность в собственном Я*: ощущение себя как некомпетентного и неспособного к преодолению не только травматической ситуации, но и обыденных проблем.
12. *Самообвинение*: обвинение себя в том, что травматическое событие произошло из-за неправильных поступков, совершенных в прошлом.
13. *Взаимость*: убеждение в неспособности вступать в близкие отношения с окружающими людьми, получить от них помощь и поддержку, а также в неспособности к любви и интимности.
14. *Отчуждение*: ощущение себя изолированным, оторванным от людей.
15. *Неадекватность*: ощущение неправильности своих реакций во время травматического события.

Степень «решенности» тем отрицательно коррелирует с интенсивностью посттравматических симптомов (Dansky, 1991). В исследовании Ньюман также обнаружены различия в количестве нерешенных тем у испытуемых с ПТСР и без ПТСР.

Одно из исследований Шварцберга (Schwartzberg, 1993) посвящено феноменологическому анализу травматических переживаний. В данной работе делается попытка понять, каким образом ВИЧ-инфицированные гомосексуалы определяют влияние ВИЧ на их жизнь. Каждый испытуемый отвечал на вопросы полуструктурированного интервью, касающиеся идентичности гомосексуала, значимых отношений, психологической адаптации к ВИЧ, отношения к смерти, духовным ценностям. Анализ данных включал две фазы. На первой фазе интерес ученых был сосредоточен на определении индивидуальных смыслов ВИЧ для пациента. По словам авторов, наибольшее их внимание привлекали метафоры, которые пациенты использовали, «представления, которые они воскрешали в памяти, ассоциации, которые у них возникали, внутренние убеждения, которые у них выявлялись по поводу того, что ВИЧ означает для них» (ibid., p. 484). В результате систематического анализа транскриптов интервью были получены 10 различных категорий репрезентации ВИЧ, в числе которых: «ВИЧ как катализатор личностного роста», «ВИЧ как тяжелая утрата», «ВИЧ как ощущение сопричастности к другим», «ВИЧ как ярлык на человеке».

На второй фазе данные интервью были проанализированы с целью выяснения того, имеют ли испытуемые возможность интегри-

ровать значения ВИЧ в более содержательную связную структуру для переосмысления жизни в целом. Результаты показали наличие четырех основных паттернов, в которых типизировалась способность субъекта интегрировать ВИЧ в целостную структуру для придания смысла миру в целом: «ВИЧ как обретение смысла», «ВИЧ как защита», «ВИЧ как разрушение», «ВИЧ не имеет никакого значения».

Нарративы переживших травму людей, а также темы, выделенные в анализе этих нарративов, расширяют фокус анализа посттравматических феноменов и включают в него возникающие в результате травмы изменения базисных представлений о мире и о себе. Этим представлениям будет посвящена вторая глава настоящей монографии.

## ГЛАВА 2

### СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫЕ ТЕОРИИ ПТСР: ТРАВМА КАК РАЗРУШЕНИЕ «КАРТИНЫ МИРА»

Системный подход к исследованиям психики (Ломов, 1984) предполагает изучение психических явлений на различных уровнях их организации, а также исследование взаимодействия этих уровней. Известно, что психическая травма оказывает влияние на различные уровни индивидуально-личностной системы: биохимический, психофизиологический, эмоциональный, когнитивный, поведенческий, микро- и макросоциальный. В данной главе влияние на личность психической травмы рассматривается на социально-когнитивном уровне (с точки зрения изменения базисных когнитивных убеждений, содержащих глубинные представления личности о собственном Я и окружающем мире).

Опираясь на принципы субъектно-деятельностного подхода (Брушлинский, 2002), а также принцип детерминации психических явлений «внешнее через внутреннее» (Рубинштейн, 1957), мы рассматриваем базисные убеждения в качестве основных переменных («внутренних условий») – факторов уязвимости (или наоборот – устойчивости) человека в отношении травматических воздействий.

Понятие «базисные убеждения» («basic assumptions», «basic believes») возникло и развивается на пересечении когнитивной, социальной, а также клинической психологии и психотерапии, которые (каждая со своих позиций) пытаются ответить на вопрос о том, каким образом индивид конструирует свои представления об окружающем мире и собственном Я. В зарубежной психологии для обозначения совокупности базисных убеждений, обеспечивающих человеку опору, защиту и чувство реальности, используют словосочетание «assumptive world» (дословно: «мир допущений») (Beder, 2005). Мы возьмем на себя смелость использовать для обозначения этого конструкта понятие «картина мира».

Таким образом, система базисных убеждений составляет картину мира индивида. Г. М. Андреева пишет в книге «Социальное по-

знание»: «<...> человек познает мир в зависимости от того, как он действует в нем, и вместе с тем действует в нем в зависимости от того, как он познает его. Значит, и в случае социального познания прежде всего необходимо вскрыть именно связь между познанием и действием человека. Во-вторых, сам процесс познания уже давно был истолкован тоже не как простое фиксирование внешних связей и отношений, но как своеобразная *реконструкция* их, а следовательно, как создание определенной внутренней *картины мира*, при построении которой роль того, кто ее строит, особенно велика» (Андреева, 2004, с. 7).

В целом, базисные убеждения можно определить как имплицитные, глобальные, устойчивые представления индивида о мире и о себе, оказывающие влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведение человека.

## 2.1. ИСТОКИ ПОНЯТИЯ «БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ» В КОГНИТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ ТЕОРИЯХ

### Когнитивная психология

Понятие «базисные убеждения» имеет несколько источников как в когнитивных, так и в социально-когнитивных теориях. Первым из них является понятие *когнитивной схемы*. Концепт схемы возник в психологии в связи с проблемой изучения репрезентации образа окружающего мира в структуре индивидуального сознания. Основная идея этого понятия заключалась в том, что восприятие реальности не является прямой репрезентацией, оно зависит от характеристик воспринимающего субъекта.

Задолго до появления когнитивной психологии понятие схемы как структуры, одновременно предвосхищающей восприятие мира и изменяющейся под его воздействием, было введено И. Кантом, который сделал попытку преодолеть разрыв между эмпиризмом и рационализмом в гносеологии. Сторонники эмпиризма утверждали, что знание есть копия окружающего нас мира, в то время как рационалисты полагали, что знание есть исключительно продукт ума. Кант ввел категории априорного (предшествующего опыту) и апостериорного (чисто сенсорного) знания, через которые и определялся концепт схемы. Схемой понятия Кант называл обобщенный способ воображения доставлять понятию его образ (Кант, 1994). Таким образом, априорная функция схем состоит в предвосхищении интерпретации индивидом образов и событий, а апостериорная – в изменении самих схем в соответствии с воспринимаемым.

В когнитивную психологию понятие схемы было введено Ф. Ч. Бартлеттом (Bartlett, 1932). В процессе анализа экспериментов, суть которых заключалась в том, что различные испытуемые должны были пересказать одну и ту же историю, Бартлетт обнаружил, что в процессе пересказа наблюдаются устойчивые паттерны ошибок. Так, например, при пересказе индейских сказок испытуемые-европейцы делали изменения до тех пор, пока индейская сказка не становилась похожей на европейскую. Для объяснения этого явления Бартлетт и предложил концепт схемы как компонента памяти, который формируется из взаимодействия с внешней средой и одновременно организует поступающую информацию определенным образом. В случае эксперимента с пересказом историй действие схемы заключалось в добавлении хорошо знакомых и принимаемых «западных» элементов рассказа и забывании необычных «индейских».

В работах когнитивных психологов когнитивные схемы используются как объяснительный конструкт, детерминирующий процесс познания субъектом окружающей реальности.

Дж. Брунер (Bruner, 1960) в своей конструктивистской теории познания указывает на селективную функцию схем (в концепции Брунера – *гипотез*) в познании. В процессе приобретения опыта человек опирается на категории, посредством которых в ходе категоризации новому опыту придается определенное значение. Категории, по Брунеру, – это правила, по которым предмет или явление относится к определенному классу. Категории определенным образом организуют поступающую информацию, давая возможность индивиду «шагать впереди» поступающих извне сенсорных сигналов, т. е. выдвигать гипотезы в отношении воспринимаемых объектов. Индивид имеет определенную систему ожиданий относительно воспринимаемой ситуации, и во время акта восприятия происходит проверка гипотезы. Исход проверки определяется «силой гипотезы (частоты ее прежних подтверждений)». Категории различаются по их *готовности*, т. е. по легкости, с которой тот или иной объект может быть отнесен к той или иной категории. «Перцептивная готовность» минимизирует неожиданности внешней среды и оптимизирует процесс восприятия (Брунер, 1975). Можно предполагать, что при восприятии травматической информации у индивида отсутствуют какие-либо гипотезы (ожидания) и средства категоризации, что мешает формированию целостного образа, – соответственно, информация не может быть быстро интегрирована в систему ментальных репрезентаций.

У. Найсер (Найсер, 1981) также писал, что все виды восприятия реальности зависят от уже существующих у индивида структур – когнитивных схем, которые направляют перцептивную активность и изменяются под действием этой активности. Согласно Найсеру, схемы есть предвосхищения, они являются посредником, через которого прошлое оказывает влияние на будущее. При этом схемы, обеспечивающие прием информации и дальнейший ее поиск, не являются схемами какой-то одной модальности (зрительными, слуховыми или тактильными), – они носят обобщенно-перцептивный характер. Элементарные схемы врожденны: ребенок рождается с тенденцией смотреть в направлении источника звука, следить глазами за предметами. Младенцы вовлечены в полный перцептивный цикл, который обеспечивается врожденными психофизиологическими механизмами: органами чувств и нейронными схемами управления ими. Схемы развиваются в онтогенезе в направлении от общего к частному, от глобального к дифференцированному. Процесс восприятия, по Найсеру, заключается во взаимодействии между конкретным объектом (событием) и более общей схемой. Восприятие можно рассматривать как процесс генерализации объекта или конкретизации схемы. Г. М. Андреева, анализируя влияние идей Найсера на представления о процессах социального восприятия, пишет, что «у воспринимающего субъекта не просто возникает картинка в голове, но он обладает определенным *планом* сбора информации. Этот план не означает, что в его прокрустово ложе информация „втискивается“. Найсер остроумно замечает, что „мы не фильтруем и не отбрасываем нерелевантные стимулы, а просто ничего с ними не делаем“. Схемы или их аналоги лишь направляют познавательную активность субъекта: помогают определить, „куда смотреть“ и „что слушать“» (Андреева, 2004, с. 39).

По отношению к воспринимающему субъекту схема является внутренней, она принимает информацию, поступающую на анализаторные системы, и сама изменяется под влиянием этой информации. Психофизиологически схема обеспечивается деятельностью центральной нервной системы. Схема направляет исследовательскую активность индивида, благодаря которой открывается доступ к новой информации, вызывающей, в свою очередь, дальнейшие изменения схемы. Найсер рассматривает когнитивную схему через аналогию с форматом компьютерных файлов. Формат файла определяет, в каком виде должна быть представлена информация, чтобы она была доступна пользователю. Безусловно, это не полная аналогия, потому что схема – не только форма, но и механизм поиска информации

для заполнения этой формы. Таким образом, схемы позволяют индивиду не только воспринимать текущие события, но и удерживать и структурировать обобщенную информацию о событиях, имевших место в прошлом. Позже обобщенную информацию, касающуюся образа окружающего мира и собственного Я, психологи личности, придерживающиеся когнитивистских взглядов, стали называть системой убеждений, конструкторов или правил.

В работах Д. Румельхарта и Д. Нормана (Rumelhart, Norman, 1978) формирование когнитивных схем рассматривается как один из этапов приобретения индивидуом любого знания. Этот этап, называемый «структурирование знания», включает создание новых схем на базе уже существующих путем модификации последних под воздействием нового опыта (Rumelhart, Norman, 1981).

Схемы формируются в процессе развития личности. Наиболее полную концепцию генетического развития когнитивных схем создал Ж. Пиаже (Пиаже, 1969). Указывая на ведущую роль схем в когнитивном развитии индивида, Пиаже писал: «Никакое поведение, даже если оно является новым для данного индивида, не может рассматриваться как абсолютное начало. Оно всегда привязано к предшествующим схемам, будучи, таким образом, равносильным ассимиляции новых элементов ранее сконструированными структурами» (Piaget, 1976, p. 17). Следовательно, любой опыт, в том числе травматический, ложится на уже существующие у индивида схемы. Пиаже ввел понятия ассимиляции и аккомодации, которые являются важными при объяснении влияния травмы на когнитивные схемы. Ассимиляция – это включение нового объекта в уже существующие схемы действия. В процессе ассимиляции происходит редукция нового опыта к уже существующим сенсомоторным и концептуальным структурам. Если же новое воздействие не полностью охватывается существующими схемами, происходит аккомодация, т. е. перестройка самих схем, их приспособление к новому объекту. Аккомодация имеет место в тех случаях, когда существующая схема не приводит к ожидаемым результатам. Основной механизм развития, по Пиаже, заключается в чередовании процессов ассимиляции и аккомодации (Glaserfeld, 1996). Мы можем предположить, что в ситуации травмы индивид переживает опыт, который трудно ассимилировать, однако аккомодация схем к такому опыту также затруднена. Вероятно, аккомодация схем к травматическому опыту предполагает образование некомфортных для индивида схем, ориентированных на непредсказуемость, неконтролируемость, враждебность окружающей реальности.

Во всех указанных ранних работах когнитивных психологов рассматривается восприятие и познание индивидом «эмоционально нейтральных» объектов. В связи с этим когнитивную психологию часто обвиняют в «неэмоциональности». При этом изучение восприятия социальной информации (к которому относится восприятие травматической ситуации) осложняется тем, что в процесс восприятия активно включаются эмоциональные и мотивационные компоненты. Стараясь преодолеть эти ограничения, современные когнитивные психологи разрабатывают когнитивные теории эмоций. Наиболее часто проблема эмоций обсуждается при разработке концепций искусственного интеллекта. При этом, как правило, эмоции рассматриваются как подчиненные когнитивным процессам функции нервной системы.

Существует множество мнений относительно роли и функций эмоций в когнитивных процессах. Эмоции могут объясняться как сигналы для запуска когнитивного процесса (LeDoux, 1998), средства коммуникации и синхронизации независимых когнитивных процессов (Minsky, 1987), функции адаптации планов, моделей поведения и целей индивида к обстоятельствам окружающей среды (Sloman, 1987; Oatley, Johnson-Laird, 1987). При этом аффект может рассматриваться как феномен, возникающий посткогнитивно (Найсер, 1981; Mandler, 1975) или прекогнитивно (Zajonc, 1980). Х. Ливенталь (Leventhal, 1982), а также Л. Гринберг и Дж. Сафран (Greenberg, Safran, 1984) полагают, что в понятии схемы возможна интеграция когниции и аффекта. По их мнению, эмоцию можно рассматривать как одну из форм значения или смысла, которые отражают значимость для индивида того или иного опыта. Эти значения могут отражать два основных параметра: состояние организма и состояние окружающей среды.

### **ИмPLICITНЫЕ ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ**

В когнитивных теориях личности также используется понятие схем, которые определяются как относительно устойчивые когнитивные модели, посредством которых люди сортируют и синтезируют поступающую информацию. Однако при этом схемы рассматриваются уже не только как когнитивные структуры, а как когнитивно-аффективные комплексы, являющиеся инструментом формирования представлений о мире.

В социальной психологии в качестве объяснительных моделей, отражающих механизмы социального познания, традиционно рассматривают понятие имPLICITНЫХ ТЕОРИЙ ЛИЧНОСТИ (ИТЛ). ИТЛ – это



присутствующее у каждого человека представление о психологической организации других людей. ИТЛ содержит три уровня: философский уровень, уровень ценностей, смыслов, мотивов и психологический уровень (конкретных свойств и качеств) (Андреева, 2004). Наибольший интерес для нас представляет философский уровень ИТЛ, на котором формируются представления о людях с позиций доверия, рациональности, альтруизма, независимости, изменчивости, сложности. Первые четыре напрямую связаны с базисными представлениями индивида о природе людей; последние два преимущественно отражают взгляд на индивидуальные различия.

Наиболее близким к понятию схемы является понятие личностного конструкта в теории Дж. Келли (Франселла, Баннистер, 1987), которая представляет собой разновидность модели ИТЛ. Личностный конструкт определяется Келли как идея или мысль, которую человек использует, чтобы интерпретировать, объяснить или предсказать свой опыт. Люди, по Келли, действуют как ученые-исследователи: они постоянно выдвигают рабочие гипотезы о реальности, что позволяет им так или иначе прогнозировать, контролировать и понимать происходящее (Хьелл, Зиглер, 1997). А. Бек писал, что схемы в принципе являются аналогами личностных конструктов Келли (Нельсон-Джоунс, 2000). Г. М. Андреева также считает, что конструкт – это синоним понятий «схемы», «рамки», «гипотезы» (Андреева, 2004).

Конструкты детерминируются культурой: в одних культурах людям чаще свойственно сравнивать людей по признаку «умный–глупый», в других – «богатый–бедный» и т. д.

### **Когнитивно-экспериментальная теория личности**

С. Эпштейн развивает представления о неосознаваемых психических процессах в так называемой «когнитивно-экспериментальной теории»<sup>1</sup> (Epstein, 1990). Согласно ей, люди автоматически конструируют имплицитную «теорию реальности», которая включает два основных блока: теорию собственного Я и теорию окружающего мира, а также репрезентации отношений между Я и миром. В теории личности Эпштейна интегрируются психодинамические и бихевиоральные теории, феноменологические представления о личности и современные когнитивные теории переработки информации (Epstein, 2003).

Первое положение Эпштейна состоит в том, что люди постигают реальность двумя основными способами: экспериментальным

---

1 Термин «экспериментальная» уже утвердился в отечественной психологической литературе (см., в частности: Соколова, 2002, с. 220).

(с помощью опыта) и рациональным. В данном случае Эпштейн предлагает метафору «сердце и голова», подчеркивая, что существует огромная разница между тем, как человек приобретает знание в случае интеллектуальной работы и в ситуации инсайта. Знания, полученные на лекции, усваиваются совершенно не так, как знания, полученные посредством опыта. Отличие информации, усвоенной экспериментально, состоит в том, что она имеет определенный эмоциональный заряд и фиксируется гораздо более прочно, чем информация, полученная в результате интеллектуальных действий.

Таким образом, личность имеет две адаптивные системы: экспериментальную и рациональную. Согласно Эпштейну, конструкторы, которые люди строят при помощи рациональной системы, называются *убеждениями*, а конструкторы, которые формируются в экспериментальной системе, называются *имплицитными убеждениями, или схемами*. Эти схемы лежат в основе теории реальности, составляют ее фундамент. Они формируются в результате процесса генерализации личностью эмоционально значимого опыта при взаимодействии с окружающим миром и проявляются в поведении человека автоматически, предшествуя по времени произвольным рациональным процессам.

Работа экспериментальной системы выражается в метафорах и нарративах. Нарративы представляют собой наиболее яркое выражение работы экспериментальной системы, так как репрезентируют переживание личностью себя и мира, максимально приближенное к реальному эмоциональному опыту.

Согласно когнитивно-экспериментальной теории, большую роль в процессе переживания человеком жизненных ситуаций играют неосознаваемые процессы. Эпштейн оперирует понятием «когнитивного бессознательного». По мнению когнитивных психологов, слабость теории Фрейда заключалась в том, что тот подчеркивал в основном дезадаптивную функцию бессознательного. По Фрейду, как известно, исцеление пациента наступает тогда, когда бессознательный материал начинает осознаваться. Теоретики когнитивных теорий личности (Epstein, 1994) рассматривают «когнитивное бессознательное» как адаптивную систему, автоматически, интуитивно организующую опыт и направляющую поведение. Если Фрейд считал, что бессознательная информация есть продукт вытеснения, то согласно когнитивной модели большая часть информации изначально обрабатывается произвольно автоматически. При этом произвольные автоматические процессы, по Эпштейну, гораздо более адаптивны, нежели рациональные.

Второе положение теории личности Эпштейна касается базисных потребностей человека. Проанализировав работы известных теоретиков психологии личности, он выделил четыре вида базисных потребностей, стремление к удовлетворению которых детерминирует поведение индивида: индивид стремится, во-первых, максимизировать удовольствие и минимизировать боль (З. Фрейд); во-вторых, обрести связную и стабильную концепцию окружающего мира (К. Роджерс); в-третьих, обрести объект привязанности (Дж. Боулби, Р. Фейрберн); в-четвертых, повысить чувство самоуважения (А. Адлер, Г. Олпорт, Х. Кохут).

Удовлетворение данных потребностей производится с помощью как экспериентальной, так и рациональной систем. При этом Эпштейн обосновывает необычный взгляд на роль предсознательных процессов и эмоций на адаптивность личности: он считает, что экспериентальная система содержит в себе больше адаптивных сил, нежели рациональная. В качестве подтверждения этого постулата Эпштейн приводит данные С. Тейлор (Taylor, 1983), которая показала наличие у хорошо адаптированных и успешных индивидов нерациональных позитивных иллюзий, касающихся собственного Я и окружающего мира.

В соответствии с основными потребностями личности, Эпштейн выделяет четыре базисных убеждения, или схемы, составляющие имплицитную личностную теорию реальности:

- 1) убеждение о доброжелательности окружающего мира;
- 2) убеждение о справедливости окружающего мира;
- 3) убеждение в том, что окружающим людям можно доверять;
- 4) убеждение в собственной значимости.

Теория Эпштейна получила свое развитие в концепции психической травмы Р. Янофф-Бульман, которая будет изложена ниже.

### **Установки и аттитюды**

Наиболее близким понятию схемы является понятие установки в теории Узнадзе (Узнадзе, 1961) – это готовность субъекта к совершению определенного действия или к реагированию в определенном направлении. Так же как и схема, установка возникает при столкновении потребности субъекта и объективной ситуации, в которой происходит удовлетворение потребности. Безусловно, понятие установки является более узким, чем понятие схемы. Узнадзе рассматривает установку исключительно в рамках какой-либо деятельности, как правило, в искусственно созданных условиях,

в то время как схема является частью перцептивного цикла в целом и затрагивает все познавательные процессы и эмоциональную сферу. При этом четкие аналогии в процессах формирования установок (по Узнадзе) и схем и убеждений, безусловно, прослеживаются: в экспериментах Узнадзе было показано, что установка фиксируется в процессе многократного повторения опыта. Аналогичным образом формируются схемы и убеждения на протяжении личной истории индивида: многократное повторение однотипных ситуаций формирует то или иное убеждение. Например, при наличии постоянной поддержки со стороны близких в повторяющихся ситуациях фрустрации каких-либо потребностей у индивида формируется базисное убеждение, что окружающим людям можно доверять и они в любое время готовы прийти на помощь.

В целом достаточно сложно четко развести понятия «убеждения» и «установки». Однако, несмотря на сходство механизмов формирования установок и убеждений (взаимодействие потребности индивида и ситуации ее удовлетворения), можно сказать, что различие состоит в том, что убеждение есть некое обобщенное *представление* о чем-либо, в то время как установка (по Узнадзе) – это определенное *состояние* субъекта, предшествующее какой-либо деятельности.

В психологии социального познания понятие аттитюдов (социальных установок) является ключевым в психологии социального познания. В структуре аттитюда выделяют когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты, что, в отличие от когнитивных представлений, автоматически предполагает признание влияния эмоций на восприятие социальных ситуаций. Аттитюды выполняют несколько функций. Эгозащитная функция позволяет человеку противостоять ситуациям, в которых самооценка или представления о значимых для него объектах подвергаются угрозе. Функция самореализации предполагает возможность выражения ценностных и мировоззренческих ориентаций человека (способность выразить свое отношение к кому-либо или чему-либо в зависимости от собственных ценностей). Адаптивная функция позволяет направлять поведение на достижение целей, формирующихся на основе представлений о желаемом и нежелаемом. Функция знания помогает человеку структурировать свои представления об окружающем мире, интерпретировать происходящие события (Андреева, 2004).

М. Лернером был описан феномен веры в справедливый мир, суть которого состоит в глубоком безотчетном убеждении в том, что мир устроен гармонично и каждый человек получает в жизни то, что заслуживает своими личностными качествами и своим поведе-

нием (Lerner, 1980). Позднее американские исследователи З. Рубин и Л. Пиплау разработали специальную шкалу веры в справедливый мир, по которой это качество может быть измерено у любого человека. По результатам ее использования можно заключить, что вера в справедливый мир присуща разным людям в разной мере, хотя вряд ли найдется хоть кто-то, кто был бы ее абсолютно лишен (Rubin, Perlau, 1975). «Веру в справедливый мир» принято относить к перцептивной защите, выявленной в экспериментах: человек не верит в то, что его может постигнуть несчастье; если же несчастье наступает жертву, то жертва «сама виновата». Ниже в наших эмпирических исследованиях (см. главу 4) будет показано, что убеждение о справедливости мира положительно коррелирует с посттравматическими симптомами.

### **Культурно-историческая теория**

На роль усвоения опыта межличностных отношений в формировании мыслительных процессов ребенка указывал Л. С. Выготский. Введенное им понятие интернализации позволяет соотнести теорию Выготского с теориями объектных отношений. Ребенок, по Выготскому, с самого раннего детства вовлечен в структуру совместной деятельности, в результате которой по механизму интериоризации формируется мышление (Выготский, 1983). Несмотря на то, что, в отличие от теорий объектных отношений, ставящих акцент на эмоциональном развитии ребенка, теория Выготского и его последователей прежде всего касается проблем интеллектуального развития, механизм интериоризации, описанный Выготским, применим и для анализа эмоционального и личностного развития. В «Модели процедурной последовательности объектных отношений» мы находим утверждение, являющееся переформулировкой базового принципа Выготского о зоне ближайшего развития: «То, что взрослый не может позволить ребенку делать или знать сегодня, ребенок не сможет позволить себе делать или знать завтра» (Райл, 2002, эл. ресурс).

Л. С. Выготский не использует понятие схемы для описания развития ребенка, однако механизм формирования когнитивных схем и механизм интериоризации, безусловно, имеют общие основания. А. Б. Холмогорова так описывает процесс формирования негативной когнитивной схемы у индивидов с эмоционально-личностными проблемами в рамках теоретических представлений Выготского: «<...> можно предположить, что это прежде всего превращенные в определенную систему убеждений и во внутреннюю речь голоса

родителей и других значимых фигур, а также оформленные в диффузные идеосинкретические образы сильные эмоциональные переживания. <...> Аффективная заряженность этого образа делает его недоступным для логического мышления, даже когда ребенок становится взрослым человеком. <...> Таким образом, речь идет о дологическом мышлении. Логическое вторичное мышление надстраивается над „первичным“, оно работает по принципу реальности, которая нередко входит в противоречие с первичными когнитивными схемами. Однако их настоящая глубинная перестройка возможна только при включении „третичных“ процессов – рефлексии, мышления, направленного на анализ собственного мышления. Таким образом, в качестве источников когнитивной схемы выступает, видимо, ранний эмоциональный опыт, с одной стороны, и дологическое мышление ребенка – с другой» (Холмогорова, 2001, с. 172).

Проблема влияния внутренней реальности индивида на переживание тяжелых ситуаций детально изучена Л. И. Анцыферовой, которая считает позитивной методологической тенденцией стремление ученых когнитивно-феноменологической ориентации учитывать «приватный опыт» субъекта и «рассматривать трудные ситуации глазами самого субъекта, с точки зрения его „внутренней ситуации“» (Анцыферова, 1994, с. 6).

\*\*\*

Таким образом, трактовка понятия когнитивной схемы различается в теориях когнитивной переработки информации, когнитивных теориях личности и теориях социального познания. Различие главным образом состоит в том, что в теориях когнитивных процессов схемы рассматриваются как когнитивные структуры, предвосхищающие *восприятие и познание* субъектом реальности, а в социальных теориях и когнитивных теориях личности – как когнитивно-аффективные комплексы, формирующиеся из *переживания* индивидом событий его личной истории и соответственно направляющие его поведение. Существуют понятия, сходные с конструктом схемы (установки, аттитюды), которые отличаются скорее контекстом рассмотрения, нежели в содержательном плане. В частности, А. Бек в своей когнитивной теории депрессии говорит о дисфункциональных *убеждениях* (beliefs), тогда как шкала, разработанная для диагностики этих убеждений, называется «Шкала дисфункциональных *установок*» (Dysfunctional Attitude Scale) (Weissman, 1979).

Чем сложнее ментальный образ, чем более он насыщен эмоционально, тем большее количество когнитивных схем включается в его

формирование. Переживание травматической ситуации приводит к столкновению существующих у индивида схем с реальностью. Об этом процессе мы будем говорить ниже.

## 2.2. БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Применение когнитивных и информационных теорий в клинических исследованиях, по мнению многих авторов (Coyn, Gotlib, 1983; Ingram, 1986), привело к «когнитивной революции» в изучении психопатологии. Понятие когнитивной схемы как структуры, посредством которой осуществляется репрезентация окружающего мира и образа собственного Я в сознании индивида, стало одним из объяснительных конструкторов, описывающих факторы развития психопатологии. Для понимания психопатологии через конструкт схемы важно, что схемы развиваются и изменяются в онтогенезе; они участвуют в протекании когнитивных и эмоциональных процессов, а также в формировании поведенческих актов.

Психопатологические феномены могут возникать тогда, когда либо происходит нарушение функционирования имеющихся у индивида схем, либо существует их дефицит (требующиеся для нормального психического функционирования схемы отсутствуют или недоразвиты), либо схемы конфликтуют между собой. В результате репрезентации образа Я и окружающего мира становятся дисфункциональными, что приводит к отклонениям на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях (Stein, 1992).

В современной клинической психологии разрабатывается комплексный, биопсихосоциальный подход к генезу и динамике психических расстройств (Холмогорова, 2003). В предложенной А. Б. Холмогоровой и Н. Г. Гаранян (Холмогорова, Гаранян, 1998) многофакторной модели психических расстройств когнитивно-личностный фактор в виде убеждений и установок личности рассматривается как значимый в развитии заболевания, наряду с макросоциальным, семейным, микросоциальным, когнитивным и симптоматическим факторами.

Понятие схемы и убеждения является основным в когнитивной теории А. Бека. Бек описывает пять основных категорий схем:

- когнитивные схемы, касающиеся таких действий, как абстрагирование, интерпретация, воспоминание, оценка себя и других людей;
- эмоциональные схемы, ответственные за генерирование чувств;

- мотивационные схемы, имеющие отношение к стремлениям и желаниям;
- инструментальные схемы, готовящие людей к действию;
- контрольные схемы, которые включают в себя самоконтроль и торможение, изменение и управление действиями.

Согласно Беку, обработка информации основана на базисных убеждениях, внедренных в схемы. В когнитивной психотерапии понятия «убеждения», «схемы», «правила», «когнитивные паттерны», «когниции» в целом являются взаимозаменяемыми (Бек, Фримен, 2002). Схемы – это когнитивные структуры, которые организуют опыт и поведение; убеждения и правила отражают содержание схем. Таким образом, вполне допустимо употребление понятий «дисфункциональные схемы» и «дисфункциональные убеждения» в одном значении. В понятии «когнитивная схема» акцентируется когнитивный компонент схем, участвующий в процессе восприятия, тогда как в понятии «убеждение» больше эмоциональных и мировоззренческих коннотаций.

Нарушения нормального функционирования индивида связаны, по Беку, с «когнитивной уязвимостью». Каждый человек характеризуется уникальной уязвимостью и чувствительностью в соответствии с имеющимися у него схемами. В связи с этим каждый индивид в разной степени предрасположен к психическому страданию. По Беку, любое расстройство личности связано с определенным главным (базисным) убеждением. Например, когнитивной основой расстройства избегания является базисное убеждение: «Мне могут причинить боль»; параноидного расстройства – «Люди – потенциальные противники», нарциссического расстройства – «Я особенный», истерического – «Мне нужно производить впечатление» и т. д. Таким образом, с помощью схем можно выстроить когнитивный профиль каждого расстройства (Бек, Фримен, 2002).

Наибольшее количество исследований дисфункциональных схем и убеждений при психопатологии посвящено репрезентациям образа Я и окружающего мира при депрессиях (Beck, 1967, 1976; Segal, 1988). А. Бек полагает, что в основе депрессии лежит когнитивная триада: негативные базисные убеждения относительно собственно Я, окружающего мира и негативный взгляд на будущее.

В наших исследованиях была подтверждена взаимосвязь между базисными убеждениями и депрессией, а также другими психопатологическими симптомами. Для лиц с высоким уровнем депрессивности характерно негативное представление об окружающем ми-



ре и собственном Я: мир им представляется недоброжелательным, люди – не достойными доверия, а собственное Я – слабым и ничемным (Падун, 2003; Падун, Загряжская, 2006; Падун, Тарабрина, 2004). Негативные базисные убеждения, по Беку, формируются вследствие искажений мышления, которые проявляются в когнитивных ошибках: произвольном умозаключении, сверхобобщении, поляризованном («черно-белом») мышлении. Разработанная Беком с соавторами диатез-стресс модель развития депрессивной симптоматики (Beck, 1983) отражает взаимодействие дезадаптивных когнитивных убеждений и стрессовых ситуаций. Так, социотропные индивиды (излишне зависимые от отношений) в большей степени склонны к межличностному стрессу (разрыв, потеря близкого человека), а автономные – к стрессу, связанному с угрозой самооценке (утрата контроля над ситуацией, неуспех в профессиональной деятельности).

Диатез-стресс модель Бека сочетает в себе психологические (убеждения и установки) и социальные (рост стрессогенных воздействий в обществе) факторы. Однако эмпирическая проверка этой модели показала, что когнитивная уязвимость, связанная с автономией (угроза самооценке), характерна только для индивидов молодого возраста, тогда как факторы риска в сфере отношений действуют независимо от возраста (Mazure, Maciejewski, 2003). Кросс-культурные исследования говорят о том, что в культурах, основанных на приоритете успеха и высоких достижений, гораздо более высок уровень депрессии, чем в обществах, где успех не является культом (Холмогорова, Гаранян, 1999). Социальные стереотипы в западной культуре формируют депрессогенные убеждения типа: «Я достоин любви и уважения, если имею высокий доход и статус».

Важной характеристикой убеждений является их иерархичность. Когнитивные психотерапевты отмечают, что убеждения индивида образуют множество слоев (МакМаллин, 2001). Существуют поверхностные убеждения, промежуточные убеждения и центральные (базисные) убеждения. Поверхностные убеждения – это те мысли, которые люди легко осознают и открывают другим. Базисные (центральные) убеждения индивид не может обнаружить сам без специальных усилий. Это не означает, однако, что они в принципе не осознаются. По мнению теоретиков когнитивной психотерапии, при помощи терапевтической работы или специальных расспросов базисные убеждения можно вскрыть.

Основоположник рационально-эмотивной психотерапии А. Эллис помещает убеждения в центр своей известной триады ABC:

A (Activating events) – события, происходящие в жизни человека; B (Beliefs) – система убеждений, касающихся этих событий; C (Consequences) – последствия этих событий, которые могут перейти в эмоциональные и поведенческие нарушения. Система убеждений, по Эллису, представляет собой что-то вроде базовой философии человека, она может содержать как вполне разумные рациональные убеждения, проверяемые опытным путем, так и иррациональные убеждения, которые, как правило, являются реакциями на неблагоприятные активирующие события, повторяющиеся неоднократно как в детском, так и в более позднем возрасте (Ellis, 1994).

Концепт схемы используется также в работах психоаналитически ориентированных ученых. Современные психоаналитические течения все больше отходят от традиционной «энергетической» модели психики, описанной Фрейдом, перенося акцент с определяющей роли влечений на роль отношений в психическом функционировании индивида и используя при этом понятие схем (Eagle, 1986; Slap, Saykin, 1983; Wachtel, 1982). Как уже было сказано выше в главе 1, М. Горовитц (Harrowitz, 1991) строит свою теорию на том, что индивид имеет множество схем, касающихся образа Я и окружающих людей. Схемы, касающиеся образа собственного Я, включают в себя способы, с помощью которых индивид достигает удовольствия и избегает разочарований (мотивационные схемы), позиционирует себя в отношениях с миром (ролевые схемы), решает проблему выбора (ценностные схемы). Согласно Горовитцу, психологический стресс вызывается рассогласованием между существующей ситуацией и наличными схемами.

Безусловно, Бек и Горовитц, будучи приверженцами различных теорий личности, трактуют понятие «схема» совершенно по-разному. Бек, сторонник когнитивных теорий, рассматривает схемы как структуры, предвосхищающие когнитивные процессы, эмоциональные реакции и поведение. В свою очередь, Горовитц, разделяя схемы на мотивационные, ролевые и ценностные, исходит из фрейдовской структуры личности, включающей подструктуры Ид, Эго и Суперэго.

В теории привязанности Д. Боулби (Bowlby, 1969) также используется понятие взаимосвязанных когнитивных схем, составляющих внутреннюю рабочую модель отношений личности. Эта модель включает две взаимосвязанных когнитивных схемы: репрезентацию собственного Я, воспринимаемого с точки зрения компетентности и способности быть любимым и принятым, и репрезентацию другого с точки зрения его доброжелательности и доверия. Результаты наших исследований (Калмыкова, Падун, 2002; Калмыкова и др.,

2002) показывают, что наличие в рабочей модели отношений индивида со значимыми другими ненадежных паттернов привязанности (тревожного и дистанцированного) имеет положительные взаимосвязи с интенсивностью психопатологической и посттравматической симптоматики.

На основании теории привязанности Д. Боулби психологами В. Гвидано и Дж. Лиотти была создана теория структурной когнитивной психотерапии. Она базируется на мысли о том, что индивидуальное знание личности о себе и окружающем мире имеет системное строение (Соколова, 2002). В индивидуальном потоке сознания существуют образы восприятия, мечты, образы памяти, вербализованные мысли и чувства, смешанные друг с другом. Однако с точки зрения структурной когнитивной теории в этом хаосе существует определенная иерархическая структура. Высшие уровни этой иерархии определяют общие стратегические цели индивида, в то время как решение конкретных проблем входит в компетенцию нижележащих уровней. *Центральный уровень* когнитивной организации психики содержит неосознанные схемы, возникающие в детстве и отрочестве и содержащие обобщенную информацию об аспектах собственного Я и окружающего мира. *Промежуточный уровень* когнитивной организации составляют осознаваемые, вербализованные представления о себе и о мире. *Периферический уровень* содержит способы решения конкретных проблем, которые индивид изо дня в день использует в жизненных ситуациях.

Один из крупнейших современных психоаналитиков Д. Вайсс (Вайсс, 1998) в основу своей теории положил постулат о том, что психопатология имеет в своей основе патогенные убеждения, которые формируются в раннем детстве при взаимодействии с родителями, братьями и сестрами, которых ребенок наделяет абсолютным авторитетом. Терапевтический процесс, по Вайссу, – это процесс, в ходе которого пациент работает вместе с психотерапевтом над опровержением своих патогенных убеждений.

Несмотря на описанные выше терминологические расхождения, понятие убеждения (схемы) имеет большую эвристическую ценность для клинической психологии и психотерапии, так как дает возможность интегрировать различные подходы. В частности, это касается таких феноменов, как трансфер (терапевт рассматривается через призму сформированных ранними детско-родительскими отношениями схем), сопротивление (существующие схемы препятствуют изменениям), интерпретация (осознавание и осмысление имеющихся схем).

А. Бек и Г. Эмери (Beck, Emery, 1985) впервые описали когнитивную модель реакции страха. Данная модель легла в основу когнитивных концепций ПТСР. Согласно этой модели, реакция индивида на ситуации страха включает оценку степени опасности ситуации и оценку собственных ресурсов, позволяющих совладать с этой ситуацией или избежать ее. В процесс оценивания ситуации страха включается когнитивная схема, воспринимающая те признаки, которые соответствуют ей, и избегающая те характеристики ситуации, которые не вписываются в нее. Говоря более простым языком, люди видят то, что ожидают увидеть. Обусловленная прошлым опытом схема переживания страха актуализируется и заставляет индивида искать информацию, соответствующую этой схеме, и игнорировать остальную информацию. В конечном счете действие схемы приводит к определенным моторным реакциям – застыванию на месте, борьбе или бегству.

Большинство исследований когнитивных схем и убеждений в клинической психологии проводится в рамках когнитивных моделей депрессии А. Бека (Beck, 1967; Segal, 1988). В частности, «Шкала дисфункциональных установок», Dysfunctional Attitude Scale (DAS) была создана для измерения депрессогенных схем (Weisman, 1979). Данный опросник (см. подробное описание в главе 3) предназначался для проверки двух основных положений когнитивной модели депрессии Бека: во-первых, негативные схемы должны коррелировать с наличием когнитивных нарушений во время депрессивного эпизода; во-вторых, испытуемые, имеющие высокие оценки по данной шкале, во время эпизода будут иметь негативные установки и во время ремиссии. Результаты исследований показали, что существуют значимые взаимосвязи между Шкалой дисфункциональных установок и методиками измерения когнитивных нарушений – Тестом когнитивного стиля, Cognitive Style Test (CST) (Blackburn, Jones, Lewin, 1987), Тестом когнитивных реакций, Cognitive Response Test (CRT) (Giles, Rush, 1983), Опросником автоматических мыслей, Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) (Hollon et al., 1986). Что касается второго утверждения относительно сохранения дисфункциональных установок во время ремиссии, то большинство исследователей сходятся на том, что после депрессивного эпизода установки меняются по направлению к нормальному уровню (Blackburn, Jones, Lewin, 1987; Giles, Rush, 1983; Hamilton, Abramson, 1983; Hollon et al., 1986; Reda, 1984; Silverman, Silverman, Eardley, 1984; Simons, Garfield, Murphy, 1984). Г. Хеффель с соавт. (Haeffel et al., 2005) сравнивали выраженность дисфункциональных установок у лиц, переживших

депрессивный эпизод в прошлом, и у тех, кто никогда не страдал от депрессии. Различий между теми и другими обнаружено не было.

В работах К. Хаммен (Hammen, 1985) с помощью лонгитюда исследовались когнитивные схемы депрессивных пациентов во время депрессивного эпизода и в последующий период. Было показано, что негативные схемы соответствуют настроению пациента во время эпизода и нехарактерны для периода ремиссии. Кроме того, схемы, выявленные на первом этапе исследования, не являются предикторами развития депрессии в последующий период (4 месяца). Данные результаты не подтверждают когнитивную модель депрессии, выдвигая в качестве предиктора возможного возникновения депрессии не негативные когнитивные схемы, а эмоциональное состояние пациента на момент исследования.

Однако некоторые исследователи считают, что убеждения в период ремиссии меняются очень слабо (Dobson, Show, 1986; Eaves, Rush, 1984). Более тщательный анализ эмпирических данных показывает, что существует очень небольшая группа депрессивных пациентов (Reda, 1984), которые не демонстрируют при улучшении эмоционального состояния изменения депрессогенных установок. В связи с этим была выдвинута гипотеза о предсказательной валидности «Шкалы дисфункциональных установок». Проведенное лонгитюдное исследование (Rush, Weissenberger, Eaves, 1983) выявило, что по показателям данной шкалы в период ремиссии можно предсказать появление депрессивных симптомов в будущем.

Другая группа исследований связана с изучением Я-схемы депрессивных пациентов, содержащей референтную для индивида информацию о собственном Я. Испытуемым предлагался набор прилагательных, отражающих личные свойства (Derry, Kuiper, 1981; Kuiper, MacDonald, 1983). Было показано, что индивиды, страдающие депрессиями, выбирают значительно больше негативных качеств для самоописания, чем респонденты из контрольной группы.

Перечисленные исследования показывают, что негативные когнитивные схемы связаны с когнитивными нарушениями и депрессивной симптоматикой, а это дает основания предполагать, что негативные схемы также играют роль и в формировании посттравматической психопатологии.

На наш взгляд, понятие схем и убеждений может рассматриваться в качестве интегративного концепта в клинической психологии и психотерапии. Теория схем позволяет перенести основные понятия, принятые в различных психотерапевтических направлениях, на единый терминологический уровень. Базисные убеждения пред-

ставляют собой конструкт, на основе которого выстраиваются связи между клиническими теориями и психологической практикой.

### 2.3. БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ И ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

Приведенный выше анализ понятия когнитивной схемы (убеждения) показывает, что с их помощью люди структурируют опыт и формируют поведение. Наиболее значимы для понимания воздействия на личность психической травмы следующие характеристики схем.

1. Схемы являются когнитивно-эмоциональными структурами, формирующимися в процессе приобретения человеком определенного опыта. Таким образом, подчеркивается эмоциональная нагруженность схем.
2. Схемы обладают той или иной степенью гибкости. Ригидные схемы часто являются причиной дезадаптации, но при этом сверхгибкие схемы могут приводить к снижению способности личности придерживаться той или иной стратегии жизненного функционирования.
3. Убеждения, лежащие в основе схем, могут иметь различную степень абстрагированности и глобальности. По этому критерию можно разделить убеждения на две основные группы: убеждения, касающиеся определенных жизненных ситуаций (например, убеждение «Я – хороший музыкант»), и убеждения, касающиеся себя и мира в целом (например, «Я – достойный человек»). Убеждения, которые сформированы у личности относительно себя и мира в целом, называются базисными. Далее речь пойдет именно о базисных убеждениях, ибо именно они наиболее уязвимы по отношению к воздействию травматического стресса.

Когнитивные концепции психической травмы восходят к теории стресса Р. Лазаруса и работам А. Бека. В так называемой «оценочной» теории стресса (Lazarus, 1966) большая роль отводится когнитивной оценке индивидом стрессовой ситуации. В более поздних работах (Lazarus, Folkman, 1984) Лазарус полагает, что процесс оценивания включает первичное оценивание (оценку стрессовой ситуации) и вторичное оценивание (оценку индивидом собственных ресурсов в совладании с данной ситуацией). В зависимости от этого формируется тип копинг-стратегии: проблемно-фокусированный (действия, направленные на преодоление стрессовой ситуации) и эмоционально-фокусированный (действия, направленные на улучшение эмоционального состояния).

Впервые научно обоснованные представления о когнитивных механизмах формирования симптомов у индивидов с травмой были описаны М. Горовитцем (Horowitz, 1976, 1986), который в своей теории опирался на наблюдения за людьми в состояниях нормального и патологического горя. Вслед за первой стадией протеста при переживании травмы следует стадия ассимиляции новой информации в систему представлений индивида. Многие люди, переживая эту стадию, чувствуют себя не способными согласовать мысли и образы, связанные с травмой, с ментальными репрезентациями, предшествующими травме. Перегруженность психики тяжелыми впечатлениями приводит к вступлению в действие защитных механизмов: отрицания, намбинга (замирания, оцепенения), избегания. При этом у человека существует базисная потребность «примирить» старые (дотравматические) и новые (посттравматические) представления о жизни. И тогда, минуя защитные механизмы, в сознание проникают вторгающиеся образы и воспоминания, флэшбэки (внезапные оживления травматического опыта), ночные кошмары. Таким образом, по Горовитцу, существует два параллельных процесса: один защищает психику человека с помощью защитных механизмов, подавляя мысли и образы, связанные с травмой, другой «заставляет» прорабатывать, «завершать» травму с помощью вторгающихся в сознание травматических воспоминаний. Эти два процесса являются механизмами формирования двух основных симптомов ПТСР: избегания и вторжения.

Горовитц был первым, кто описал влияние травмы на систему глубинных представлений человека о собственном Я, мире и будущем и показал, что процесс исцеления происходит через изменение когнитивных структур (Brewin, Holmes, 2003). Однако наиболее полно влияние травмы на систему убеждений индивида представлено в работах Рони Янофф-Бульман (Janoff-Bulman, 1989, 1992, 1997).

На основе когнитивно-экспериментальной теории Эпштейна (см. п. 2.1) Р. Янофф-Бульман была создана концепция базисных убеждений, которая стала теоретическим обоснованием методики «Шкала базисных убеждений», World assumptions scale (WAS), используемой в нашем исследовании. Согласно Янофф-Бульман, структура базисных убеждений включает имплицитные убеждения личности *о доброжелательности окружающего мира, о справедливости окружающего мира и о ценности и значимости собственного Я.*

Отнесение того или иного убеждения к разряду базисных обусловлено несколькими критериями (Падун, Тарабрина, 2003). Первым критерием является то, что истоки базисных убеждений лежат

в раннем детстве. Вводя данный критерий, мы опираемся не только на положения теории Янофф-Бульман, но и на представления Л. С. Выготского о процессе интериоризации, теорию объектных отношений, теорию когнитивной психотерапии А. Бека. Первые устойчивые представления о мире и о себе складываются у ребенка на довербальном уровне на основе взаимодействия со значимыми взрослыми. Безусловно, довербальные представления ребенка не являются еще убеждениями, но, тем не менее, они ложатся в основу будущих убеждений об окружающем мире и о собственном Я взрослого человека.

Вторым критерием базисного характера убеждений является их относительная стабильность на протяжении жизненного пути личности. Если более поверхностные убеждения (например: «Я хороший специалист») постоянно подвергаются эмпирической проверке и корректируются в зависимости от полученного опыта, то базисные убеждения остаются относительно неизменными на протяжении жизни. Однако существуют особые жизненные ситуации (травматический опыт), в которых базисные убеждения могут меняться.

Третьим критерием отнесения убеждения к разряду базисных может служить высокий уровень его обобщенности и глобальности. Базисные убеждения отражают представления индивида о собственном Я и окружающем мире в целом, они слабо дифференцированы.

*Базисное убеждение о доброжелательности окружающего мира* раскрывает убеждение индивида об окружающем его мире в категориях «позитивный–негативный». По мнению Янофф-Бульман, большинство людей убеждены в том, что мир, в целом, достойное место для жизни, а неудачи в нем происходят довольно редко. Как правило, большинство считает также, что их окружают добрые, порядочные, достойные доверия люди, которые при необходимости придут на помощь. Таким образом, это базисное убеждение распадается на два основных показателя, являющихся субшкалами WAS: «Доброжелательность неперсонального мира» и «Доброжелательность окружающих людей». В условиях растущего количества негативной информации, предоставляемой СМИ и явно опровергающей это убеждение, человек для обеспечения своего нормального функционирования вынужден проводить различия между внешним миром в целом и миром, в котором живет он сам. Даже тогда, когда индивид воспринимает весь мир достаточно «объективно», признавая, что существуют беды, несчастья и катастрофы, представление о своем «личном мире» остается относительно позитивным.



Другой полюс представлений индивида об окружающем мире с точки зрения «позитивный–негативный» – враждебность – рассматривается клиническими психологами как «специфическая картина мира субъекта, в рамках которой внешним объектам приписываются негативные характеристики» (Ениколопов, Садовская, 2000, с. 59). При этом важно отличать враждебность как содержательную характеристику субъективной картины мира от агрессивной поведенческой реакции, внешнего проявления враждебности. В исследовании Н. Г. Гаранян с соавт. (Гаранян и др., 2003) показано, что пациенты, страдающие депрессивными и тревожными расстройствами, имеют по сравнению со здоровыми испытуемыми значительно более высокие показатели враждебности.

*Базисное убеждение о справедливости окружающего мира* отражает убеждения индивида о принципах распределения удач и несчастий. Это убеждение, по Янофф-Бульман, содержит три основные характеристики. Первая из них (субшкала WAS «Справедливость») отражает убежденность индивида в том, что распределение событий, которые происходят с людьми, осуществляется по принципу справедливости, т. е. каждый получает то, что заслуживает.

Вторая характеристика этого убеждения (субшкала WAS «Контролируемость») означает убежденность индивида в том, что люди могут предотвращать тяжелые события собственными действиями. Если человек поступает правильно (осторожно, внимательно, дальновидно), он может избежать негативных событий.

Третья характеристика базисного убеждения о справедливости окружающего мира касается принципа распределения хороших и плохих событий в категориях «случайность–закономерность» (субшкала WAS «Закономерность»). Согласно этому убеждению, ничто не происходит случайно, существует определенная закономерность и есть особый смысл в происходящих с человеком событиях.

*Базисное убеждение о ценности и значимости собственного Я* также распадается на три основные категории. Первая категория (субшкала WAS «Самоценность») раскрывает представления индивида о себе как о человеке достойном любви и уважения, порядочном, соблюдающем требования морали.

Вторая категория (субшкала WAS «Способность контролировать ситуацию») отражает убеждение индивида в том, что он может контролировать происходящие с ним события и поступать так, чтобы ситуация складывалась в его пользу.

Убежденность индивида относительно своего Я в терминах «везение–невезение» (субшкала WAS «Удача») составляет третий показате-

тель базисного убеждения о ценности и значимости собственного Я. Даже если человек считает, что события неподвластны контролю и всем управляет случай, он может считать себя просто везучим и таким образом поддерживать чувство собственной неуязвимости.

Становление базисных убеждений происходит в раннем детстве через взаимодействие со значимым взрослым. Первые впечатления ребенка о мире и о себе складываются еще на довербальном уровне. Опираясь на теорию объектных отношений, Янофф-Бульман утверждает, что наиболее важным моментом в становлении базисных убеждений является реакция взрослого на крик ребенка. Уже в возрасте около семи месяцев ребенок начинает структурировать собственный опыт, создавая глубинные убеждения о доброжелательности, справедливости окружающего мира, а также о собственном Я как достойном (или недостойном) любви и заботы.

Базисные убеждения обеспечивают ребенка чувством защищенности и доверия к миру, а в дальнейшем – ощущением собственной неуязвимости. Имплицитная концепция большинства взрослых здоровых людей приблизительно такова: «В этом мире хорошего гораздо больше, чем плохого. Если что-то плохое и случается, то это бывает, в основном, с теми людьми, которые делают что-то не так. Я хороший человек, следовательно, могу чувствовать себя защищенным от бед». Речь идет об уже упомянутых ранее позитивных иллюзиях (иллюзия неуязвимости, иллюзия контроля, нереалистичский оптимизм), выявленных в исследованиях Тейлор (Taylor, 1983). Подтверждением этому служит следующий факт: очень часто из уст людей, переживших психические травмы, можно услышать признание – «Я никогда не мог подумать, что это может случиться со мной».

Базисные убеждения, касающиеся позитивного Я-образа, доброжелательности окружающего мира и справедливых отношений между Я и миром, подвержены влиянию психической травмы. В одночасье индивид сталкивается с ужасом, порождаемым окружающим миром, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью: существовавшая ранее уверенность в собственной защищенности и неуязвимости оказывается иллюзией, повергающей личность в состояние дезинтеграции (Janoff-Bulman, 1998), преодоление которого заключается в восстановлении базисных убеждений. Процесс совладания с травмой проходит в несколько этапов.

На первом этапе, названном Янофф-Бульман этапом «автоматических процессов», осуществляется деятельность защитных механизмов (отрицание, эмоциональная онемелость), позволяющих человеку психически выжить под натиском травмы. Эмоциональная

онемелость и отрицание защищают психику от сильного возбуждения, вызываемого вторжением травматического опыта. Оба процесса (вторжение и избегание) действуют в согласии между собой: как только навязчивые переживания травмы становятся невыносимыми, начинают действовать защитные механизмы, направленные на избегание стимулов, напоминающих травму.

Второй этап характеризуется попытками человека, пережившего травматическое воздействие, осознать случившееся и обнаружить в бессмысленном хаосе травматического опыта какой-либо смысл. В норме на этом этапе индивид старается позитивно переинтерпретировать случившееся. При этом мотивация к позитивной интерпретации травматического опыта не является осознанной. Человек не говорит себе: «Мне нужно восстановить разрушенную картину мира, поэтому следует переинтерпретировать свой опыт». Согласно Янофф-Бульман, тенденция к позитивной интерпретации тяжелого опыта является неотъемлемым свойством здоровой личности, пытающейся вновь обрести равновесие (Janoff-Bulman, 1997).

Исследования показывают, что человеку свойственно сравнивать себя с другими людьми по различным аспектам жизни. Причем в различных ситуациях люди могут искать различные объекты для сравнения (например, людей, равных им по определенным способностям, или тех, кто успешнее их в данной области, или тех, кто, наоборот, слабее). Как правило, для жертв психических травм характерен поиск реальных или гипотетических других людей, чей травматический опыт оказался тяжелее, чем их собственный. В этот период от переживших травму можно часто слышать фразы: «Могло быть и хуже», «Мне еще повезло». Представляемый таким образом реально или гипотетически «худший вариант» облегчает процесс совладания с собственной травмой.

По прошествии определенного времени после травматического события попытки индивида вернуться к старым, обеспечивающим психологический комфорт базисным убеждениям, принимают форму реинтерпретации травматического опыта. Конфронтация с травмой перестает быть столь разрушительной и начинает включать поиск позитивных изменений, имеющих место после кризиса, вызванного травмой.

Здесь хотелось бы подробнее остановиться на феномене так называемого *посттравматического личностного роста*. В принципе нет ничего удивительного в том, что переживание кризиса, вызванного травмой, в случае успешного совладания может вывести личность на новый уровень развития. Об этом писали философы

и психологи еще со времен Древней Греции. Следует подчеркнуть, что речь здесь идет исключительно о психической травме, полученной во взрослом возрасте.

Позитивные изменения могут включать изменения во взаимоотношениях с другими людьми, изменения образа Я и изменение жизненной философии в целом (Tedechi, Calhoun, 1996).

Известно, что под воздействием травмы могут быть нарушены отношения со значимыми другими. Однако специальные исследования, проведенные на выборках людей с онкологическими заболеваниями (Collins et al., 1990), матерей детей с тяжелыми врожденными заболеваниями (Affleck et al., 1985), а также людей, переживших крушение теплохода (Joseph, Williams, Yule, 1993), показывают, что часть их в процессе совладания испытали чувство сближения с другими людьми, в том числе со значимыми близкими.

К позитивным изменениям образа Я, которые демонстрируют люди, пережившие психические травмы, относят также ощущение силы и уверенности в себе, в своей способности успешно выходить из тяжелых обстоятельств.

Изменение жизненной философии состоит, как правило, в том, что, в результате столкновения с реальностью смерти, человек начинает больше ценить жизнь и повседневные радости, принимать жизнь такой, какова она есть.

Янофф-Бульман считает, что в случае успешного совладания с травмой базисные убеждения качественно отличаются от «дотравматических». Их восстановление происходит не полностью, а только до определенного уровня, на котором человек свободен от иллюзии неуязвимости. Картина мира индивида, пережившего психическую травму и успешно совладавшего с ней, примерно такова: «Мир доброжелателен и справедлив ко мне. Я обладаю правом выбора. Но так бывает *не всегда*».

Концепция психической травмы Р. Янофф-Бульман стала теоретико-методологической основой нашего эмпирического исследования (см. главу 4).

Среди исследований посттравматического стресса, выполненных в рамках социально-когнитивной парадигмы, можно выделить несколько групп. Первая группа представлена работами Янофф-Бульман (Janoff-Bulman, 1989, 1992), в которых производится сравнение испытуемых с наличием и отсутствием травматического опыта, а также людей с различными видами психических травм, по «Шкале базисных убеждений». Несмотря на то, что эта методика была опубликована в 1989 году с данными по валидности и на-

дежности, она не находит широкого применения в исследованиях посттравматического стресса. Вторая группа исследований связана с методикой «Шкала убеждений», разработанной И. Маккан и Л. Перлмен (McCann, Pearlman, 1990) (подробное описание см. в главе 3) в Институте травматического стресса. По сравнению со «Шкалой базисных убеждений» Янофф-Бульман, этот опросник применяется более широко. Причиной является, по-видимому, его апробация на обширной клинической выборке и комплексный подход к конструированию шкал.

М. Даттон с соавт. (Dutton, Burghardt, Perrin, Chrestman, Halle, 1994) исследовали базисные убеждения женщин, терпящих жестокое обращение в семье. Кроме того, изучались их установки по отношению к жестокому обращению в детстве, к сексуальному насилию в существующих отношениях, к жестокости интимного партнера. Рассматривалась также и взаимосвязь установок с выраженностью посттравматических стрессовых реакций. Женщины, терпящие насилие, были опрошены с помощью ранней версии «Шкалы убеждений», разработанной в Институте травматического стресса. Результаты подтвердили гипотезу о том, что интерпретация женщинами жестокости партнера коррелирует с негативными убеждениями. Было также выявлено, что негативные убеждения коррелируют с выраженностью симптомов посттравматического стресса.

Норрис и Каниасти (Norris, Kaniasty, 1991) в своем исследовании опосредующей роли убеждений в формировании посттравматических симптомов по методике Маккан и Перлмен изучали убеждения о безопасности, уважении и доверии на большой выборке, состоящей из испытуемых, ставших жертвами тяжелых преступлений и краж собственности, и контрольной группы. Представители основной группы были распределены по срокам, прошедшим после травмы (6 месяцев, 3 месяца). Для жертв тяжелых преступлений негативные схемы по всем трем направлениям находились во взаимосвязи с тяжестью травматического опыта и симптомами посттравматического стресса. Для переживших кражи собственности только убеждения в безопасности находились во взаимосвязи с тяжестью травматического опыта, но при этом все убеждения были связаны с симптомами посттравматического стресса.

Г. Скидмор и Е. Флетчер (Skidmore, Fletcher, 1997) исследовали базисные убеждения студентов колледжа и молодых пациентов с диагнозом ПТСР с помощью разработанного ими опросника «Исследование взглядов на мир» («World View Survey»). Анализ различий в убеждениях по двум группам показал, что пациенты с ПТСР

имеют более негативные убеждения по всем субшкалам опросника («Тревожащая неопределенность», «Неадекватность происходящего», «Враждебный мир», «Отсутствие контроля» и др.), за исключением убеждения о силе собственного Я.

К. Веннингер и А. Элгерс (Wenninger, Elhers, 1998) изучали убеждения взрослых испытуемых, переживших в детстве сексуальное насилие, по немецкой версии «Шкалы личных убеждений и реакций», Personal Beliefs and Reactions Scale (PBRs) (Resick et al., 1991). Шкала включает следующие субшкалы: «Безопасность», «Доверие», «Сила», «Уважение», «Интимность», «Собственное Я» «Другие», «Самообвинение», «Насилие». Анализ взаимосвязей показал, что все негативные убеждения, кроме самообвинения и убеждений о сексуальном насилии, имеют высокие корреляции с выраженностью посттравматических симптомов.

Фактическое подтверждение теории психической травмы Р. Янофф-Бульман было получено и по результатам исследований такого вида стрессового воздействия, как злоупотребления на рабочем месте. Миккельсен и Айнерсен (Mikkelsen, Einarsen, 2002) изучали различия в характеристиках когнитивной картины мира у 118 добровольцев, подвергшихся издевательствам на службе, и контрольной группы нетравмированных индивидов. Значимые различия были получены по всем трем основным категориям базисных убеждений (самоценность, доброжелательность и справедливость окружающего мира): у испытуемых с выраженными признаками посттравматического стресса наблюдались более негативные убеждения. Кроме того, часть обследованных потерпевших, чьи базисные убеждения носят позитивный характер, в личной беседе говорят об ощущении себя более сильными, зрелыми, терпимыми, сопереживающими после всего того, что с ними случилось, т. е. сообщают о посттравматическом личностном росте.

К. Рини с коллегами (Rini, 2004) в лонгитюдном исследовании с помощью опросника Янофф-Бульман изучали изменения в базисных убеждениях матерей, чьи дети перенесли операцию по пересадке костного мозга в связи с опасными для жизни заболеваниями. Респондентки были обследованы дважды с интервалом в один год. Хотя интуитивно кажется очевидным, что успех пересадки и серьезность побочных эффектов должны были бы стать основным фактором, влияющим на посттравматическую адаптацию матерей, исследование показало, что главной ресурсной характеристикой в этом смысле являются позитивные базисные убеждения: матери с более положительными убеждениями о собственном Я продемонстриро-

вали лучшее интеллектуальное функционирование как во время пересадки, так и через год после нее. Отмечено, что физическое самочувствие в острый период эффективнее удавалось поддерживать тем женщинам, чьи убеждения о себе и о доброжелательности окружающего мира носили позитивный характер.

Любопытные данные были получены Рини при анализе группы убеждений о возможности контролировать происходящие события. Выявлена адаптивная функция убежденности о возможности контроля именно в острой фазе травмы – в период госпитализации ребенка с целью трансплантации костного мозга, когда интенсивные чувства страха, ужаса, беспокойства за здоровье ребенка, переживаемые матерями, повергают их в состояние бессилия. Убеждение в способности контролировать происходящее коррелировало с хорошим самочувствием матерей.

Безусловно, полученные в результате эмпирических исследований взаимосвязи дисфункциональных когниций (убеждений) и посттравматических и психопатологических симптомов не дают ответа на вопрос, что первично – дисфункциональное убеждение или травматический опыт. Вопрос о механизмах этих взаимосвязей по-прежнему остается открытым. Некоторые исследователи настаивают на том, что дисфункциональные когниции действуют в реципрокной взаимосвязи с травматическими событиями: существующие до травмы негативные схемы усиливают и без того тяжелые травматические переживания, а сами схемы в результате переживания травмы становятся еще более дезадаптивными, усиливая посттравматическую симптоматику (McCann et al., 1988; Andrews, 1995; Coffey et al., 1996).

Проведенный анализ развития понятий когнитивных схем и убеждений в психологии в целом и клинической психологии – в частности указывает на большую эвристическую ценность этих концептов, способных дать объяснение многим психическим явлениям, в том числе и феноменам, возникающим в результате переживания психической травмы.

## **2.4. ВЛИЯНИЕ АТРИБУТИВНОГО СТИЛЯ**

### **НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА**

Атрибутивный стиль рассматривается в качестве одного из факторов уязвимости к ПТСР. Современные теории атрибуции восходят к знаменитой теории выученной беспомощности М. Селигмана (Seligman, 1974), главным тезисом которой является положение о снижении

мотивационно-волевых качеств человека при хронической подверженности негативным воздействиям, не поддающимся контролю. Селигман считал, что реакция человека на тяжелое событие зависит от его представления о возможности контролировать происходящее. Если индивид расценивает ситуацию как поддающуюся контролю, то страх и тревога постепенно снижаются, если же он не видит способов оказать влияние на ситуацию, то тревога переходит в депрессию. Однако представления Селигамана не содержали в себе объяснения, почему даже в тех случаях, когда ситуация воспринимается как неконтролируемая, реакции людей на нее варьируются, а сама по себе беспомощность у некоторых индивидов становится постоянной личностной чертой, тогда как у других носит ситуативный характер.

Для объяснения этих феноменов (Abramson et al., 1978) были введены три характеристики атрибутивного стиля:

- стабильность, или постоянство (склонность рассматривать хорошие или плохие события как постоянные или временные);
- широта, или глобальность (стремление расширять сферу удач/неудач, распространяя их на конкретную ситуацию или на всю свою жизнь);
- персонализация, или локус (склонность рассматривать себя (внутренние атрибуты) или окружающий мир (внешние атрибуты) как причину событий).

Было показано, что люди со стабильными, глобальными, внутренними атрибутами в отношении негативного события с большей вероятностью подвержены реактивной депрессии.

Изначально рассматриваемые в клинических исследованиях в приложении к депрессии, атрибутивные теории были привлечены позже к изучению и посттравматического стресса. Исследования характеристик атрибутивного стиля как фактора уязвимости к ПТСР ведутся в двух направлениях: в первом атрибутивный стиль рассматривается как диспозициональная характеристика (свойство личности), оказывающая влияние на уязвимость к травме; во втором изучаются атрибуты в отношении конкретного травматического события.

Связь между атрибутивным стилем как диспозициональной характеристикой и выраженностью посттравматического стресса остается неясной. В некоторых исследованиях обнаружена корреляция между депрессогенным атрибутивным стилем (внутренние, стабильные, глобальные атрибуты в отношении негативных со-



бытий) и ПТСР. В исследовании, проведенном на выборке ветеранов, проходящих лечение по поводу различного рода зависимостей (McCormick et al., 1989), было показано, что пациенты с ПТСР демонстрировали больше внутренних, стабильных, глобальных атрибуций, чем пациенты без ПТСР. В других работах связь между депрессогенным атрибутивным стилем и ПТСР не найдена. Студенты колледжа в Нортридже (Калифорния), пережившие землетрясение, имеющие внутренние, стабильные, глобальные атрибуции, демонстрировали больший эмоциональный дистресс, однако ПТСР среди них встречалось не чаще, чем среди студентов, не склонных к депрессогенным атрибуциям (Greening et al., 2002). Результаты проекта изучения когнитивной уязвимости к депрессии Темпл-Висконсин (Temple-Visconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project) также показали, что негативный атрибутивный стиль является фактором уязвимости к депрессии, но не к ПТСР (Alloy et al., 2000).

В некоторых исследованиях выявлены связи между отдельными измерениями атрибутивного стиля и ПТСР. Исследование атрибутивного стиля и симптомов ПТСР у военных, принимавших участие в Ливанской войне 1982 г. (Mikulincer, Solomon, 1988), показало, что большую интенсивность посттравматических симптомов демонстрируют те индивиды, которые считают негативные события неконтролируемыми, стабильными и управляемыми внешними причинами.

В исследовании детей, подвергшихся сексуальному насилию, показано, что дети с ПТСР имеют больше внутренних атрибуций по отношению к негативным жизненным событиям, чем дети без ПТСР. Среди взрослых, переживших сексуальное насилие в детстве, внутренние, стабильные и глобальные атрибуции были более выражены, чем среди тех, кто не пережил травму сексуального насилия; однако в группе переживших сексуальное насилие индивиды с ПТСР отличались от респондентов без ПТСР только по показателю глобальности негативных событий (Wenninger, Ehlers, 1998).

В тех эмпирических работах, где в атрибутивный стиль помимо стабильности, глобальности и персонализации включен показатель контролируемости (Ginzburg et al., 2003), показано, что индивиды с ПТСР в большей степени расценивают негативные события как не поддающиеся контролю, чем индивиды без ПТСР. В отношении позитивных событий утверждается, что только показатель «интернальность–экстернальность» связан с ПТСР: ветераны с ПТСР дают более экстернальные атрибуции хорошим событиям (Ginzburg et al., 2003; Mikulincer, Solomon, 1988).

Таким образом, единого мнения по поводу влияния атрибутивного стиля на посттравматическую адаптацию пока не сложилось.

Изучение атрибуций в отношении конкретного травматического события (и особенно в отношении способности контролировать событие) специфично тем, что чувство беспомощности изначально заложено в критерий А (Diagnostic and Statistical Manual..., 1994) для диагностики ПТСР, где предполагается, что индивид в результате воздействия на него травматического события испытал чувства страха, ужаса, беспомощности. Особый интерес представляет изучение связи между беспомощностью (неспособностью оказать влияние, управлять ситуацией, контролировать происходящее), пережитой во время травмирующего события, и последующим развитием симптомов ПТСР. В этом контексте Бревин с соавт. (Brewin et al., 2000) показали, что в группе людей, ставших жертвами криминала, чувство беспомощности испытывали 61% из группы «ПТСР» и 30% испытуемых без ПТСР.

Состояние беспомощности в момент травмы может приводить к так называемому «психическому поражению» (mental defeat). Под психическим поражением понимают состояние, в котором человек утрачивает способность поддерживать представление о себе как о человеческом существе, обладающем волей (Ehlers et al., 2000). Люди, пережившие это состояние, описывают его так: это ощущение себя неодушевленным, сломанным предметом, когда совершенно все равно, жив ты или мертв. На выборке бывших политзаключенных из Восточной Германии, переживших пытки, показано, что реакция на травму, включающая состояние психического поражения, связана с ПТСР (там же).

Тейлор с соавт. (Taylor et al., 1984) установили, что атрибуции и убеждения, сформированные по отношению к своему заболеванию женщинами, страдающими раком молочной железы, оказывают влияние на успешность адаптации. Около 95% женщин имеют атрибуции по отношению к причинам заболевания (стресс, проживание в экологически опасных районах, прием противозачаточных средств, генетическая предрасположенность). Анализ внутренних/внешних атрибуций, связанных с причинами и источниками заболевания («Я сам», окружающая среда, другой человек или случайность) показал отрицательную взаимосвязь между успешностью адаптации и обвинением в развитии заболевания другого человека. При этом убеждение о том, что испытуемые могут контролировать свое заболевание, оказалось сопряженным с успешной адаптацией.

С. Доллингер (Dollinger, 1986) интервьюировал детей, переживших удар молнии, по поводу их взглядов на причины случившегося. Результаты показали, что большинство детей также имеют определенные объяснения травматического события и приписывают его причины воле Бога, случайности или природным закономерностям.

В исследовании С. Жозефа с соавт. (Joseph et al., 1991) изучались атрибуции в отношении травматического события у испытуемых, переживших крушение теплохода. По специально созданной кодировочной системе (Stratton et al., 1986) осуществлялось отнесение атрибуций к разряду «внешних неконтролируемых» или «внутренних контролируемых». Так, например, высказывание: «Я совершил несколько попыток зацепиться за канат, но на нем не было узлов и он был очень скользкий, поэтому я не смог сделать это», – кодировалось как «внешнее неконтролируемое», в то время как высказывание типа: «Я не мог зацепиться за канат, потому что меня сковал ужас», – считалось «внутренним контролируемым». Индивиды, имеющие больше «внутренних контролируемых» атрибуций, продемонстрировали большую выраженность навязчивых мыслей, а также депрессивных и тревожных симптомов.

Однако в исследовании пациентов, парализованных в результате несчастных случаев (Bulman, Wortman, 1977), был получен противоположный результат: те, которые обвиняли в инциденте других, демонстрировали больший уровень дистресса, нежели те, кто обвинял себя. С другой стороны, в исследованиях жертв насилия показано, что те, кто обвиняли себя, в большей степени страдали от симптомов депрессии и ПТСР (Arata, Burkhart, 1996).

М. Грей с соавт. (Gray et al., 2003) изучали атрибутивный стиль как диспозициональную переменную и травмаспецифические атрибуции в качестве предикторов выраженности симптомов ПТСР. Результаты показали, что атрибутивный стиль описывает 23% вариативности симптомов ПТСР, тогда как специфические для травмы атрибуции – 45%.

М. Микулинчер и З. Соломон (Mikulincer, Solomon, 1988) считают, что приписывание причин травматического события неконтролируемым условиям приводит к снижению вовлеченности человека во внешнюю активность, что, в свою очередь, связано с дистанцированием от людей, снижением интереса к внешним событиям, т. е. с феноменами, сопровождающими ПТСР.

Описанные выше результаты позволяют говорить о связи посттравматического состояния человека с тем, как он интерпретирует и объясняет произошедшее с ним, а также с тем, как он объясняет

позитивные и негативные события в целом. Исследования ПТСР и атрибуции осложняются тем, что когда мы измеряем атрибутивный стиль как диспозицию, то речь идет о гипотетических «хороших» и «плохих» событиях, тогда как специфические для травмы атрибуции связаны с реальной ситуацией. Кроме того, события, которые подразумеваются в опросниках на стиль атрибуции, как правило, не являются потенциально психотравмирующими. На наш взгляд, рассмотренные направления в исследованиях атрибуции изучают близкие, но разные по качеству феномены, что и объясняет полученный в эмпирических исследованиях факт: атрибуции в отношении пережитого травматического события демонстрируют более однозначные связи с ПТСР, чем атрибутивный стиль как диспозициональная характеристика. Эти выводы легко использовать в разработке теоретических основ психотерапии ПТСР: вероятно, в процессе психотерапии легче скорректировать атрибуции в отношении конкретного события, нежели жизненных событий в целом.

## 2.5. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ, ИНТЕГРИРУЮЩИЕ КОГНИТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ТРАВМЕ

### Когнитивная модель А. Элерса и Д. Кларка

Основываясь на психотерапевтических наблюдениях, А. Элерс и Д. Кларк разработали когнитивную модель ПТСР (Ehlers, Clark, 2000). Они считают, что когнитивная переработка травматической информации приводит к хроническому ощущению внешней и внутренней угрозы. Внешняя угроза, как правило, связана с чувством физической опасности. Изнутри человек чувствует угрозу собственному Я и будущему. Основные механизмы, ведущие к ПТСР, состоят в негативной оценке травматического опыта и его последствий («Люди видят, что я жертва»; «Я заслуживаю того, что со мной произошло»; «Я не сделал все от меня зависящее») и в функционировании травматической памяти. Информация о травме представлена в структурах памяти фрагментарно, без включенности в четкий пространственно-временной контекст. Это приводит к тому, что, с одной стороны, произвольные воспоминания о травме, как правило, затруднительны, а с другой – травматические образы активируются произвольно в ответ на внешние сигналы. Извлечение из ассоциативной памяти происходит в обход сознания – человек переживает воспроизведение травматической информации, не осознавая связи с запустившим воспоминания стимулом.

Элерс и Кларк рассматривают когнитивную переработку травматической информации на сенсорно-перцептивном и концептуальном уровнях. Концептуальная переработка облегчает интеграцию информации о травме в автобиографическую память с помощью формирования нарративов, тогда как переработка сенсорно-перцептивной информации, включающей звуки, запахи, тактильные ощущения, зрительные образы и телесные сигналы, происходит непроизвольно, за пределами сознания.

### **Модель «Селф-система памяти»**

В модели «Селф-система памяти» (Self-Memory-System), предполагается, что вторгающиеся воспоминания о травме кодируются в эпизодической памяти (Conway, Pleydell-Pears, 2000; Conway et al., 2004). Кодированная информация детерминируется так называемым «рабочим Я» (working self), которое представляет собой иерархически организованную систему. Иерархия в рабочей модели Я строится в зависимости от имеющихся у индивида целей. Эпизодические образы существуют в этой системе до тех пор, пока имеют отношение к актуальным целям. Потеряв актуальность, они интегрируются на более глубокий и абстрактный уровень автобиографической памяти, который не допускает произвольного воспроизведения.

Абстрактные уровни автобиографической памяти формируют структуры «долговременного Я» (long-term self) и «концептуального Я» (conceptual self). Первая структура памяти содержит автобиографическую информацию об основных жизненных вехах и периодах (главные события, периоды жизни, история жизни). Структура «концептуального Я» содержит схемы, скрипты и убеждения о собственном Я, других людях, мире в целом и об отношениях между Я и миром. Интеграция образов эпизодической памяти в долговременные и концептуальные структуры происходит последовательно и постепенно, они «сопротивляются» быстрым, экстремальным изменениям. Симптомы вторжения при ПТСР объясняются тем, что травматические образы, очень детализированные, яркие и эмоционально насыщенные, не могут быть быстро интегрированы в автобиографическую память, – им нужно гораздо больше времени, чем обычным эпизодическим воспоминаниям.

### **Теория двойной репрезентации**

Попытка интеграции когнитивных моделей ПТСР предпринята К. Бревиным и коллегами (Brewin et al., 1996) в так называемой «Теории двойной репрезентации». В противоположность представ-

лениям П. Лэнга и его последователей о том, что травматическая память функционирует так же, как память на обычные события, но включает в себя определенные структуры («сети страха»), другие ученые, начиная с П. Жане (Janet, 1904), полагают, что травматические образы диссоциируются и существуют отдельно. Они включают в себя сенсорную, физиологическую и моторную информацию, которая автоматически проявляется при действии соответствующего стимула, напоминающего о травме.

Известны эксперименты когнитивных психологов, показавшие наличие феномена так называемой «невнимательной слепоты», т. е. состояния, при котором испытуемый не видит отчетливые предметы, если не ожидает их увидеть (Mack, Rock, 1998). Однако при этом происходит процесс неосознаваемого восприятия предмета и запечатление образа в памяти. Авторы теории двойной репрезентации рассматривают когнитивные процессы при травме по аналогии с процессами неосознаваемого восприятия и запечатления. Процесс выздоровления при посттравматических состояниях, по их мнению, состоит в переходе диссоциированных образов в обычную память и формировании способности к нарративной переработке травматических переживаний (Brewin, Holmes, 2003).

Согласно теории двойной репрезентации, существует как минимум две системы памяти. «Вербально доступная память» (verbally accessible memory) доступна сознанию, и воспоминания могут быть как очень детальными, так и избирательными. С помощью этой системы памяти обстоятельства травмы и связанные с ней переживания воспроизводятся в устной либо письменной (нарративной) форме, и это, как правило, свидетельствует о том, что травматический опыт интегрируется в структуру автобиографической памяти. Вербально доступные воспоминания о травме включены в контекст жизни человека – в репрезентации настоящего, прошлого и будущего. Они содержат информацию о событиях, предшествовавших травматической ситуации, о самой травматической ситуации и о том, что было после нее. Вербально доступные воспоминания могут быть актуализированы в коммуникации с другими людьми. Ограничение этих структур памяти состоит в том, что они включают только те воспоминания, которые были восприняты сознательно и прошли все «защитные фильтры».

Другие воспоминания являются бессознательными и называются «ситуационно доступными». К ситуационно доступным воспоминаниям относятся флэшбэки (непроизвольные воспроизведения травматических событий, которые могут запускаться как внешними,

так и внутренними стимулами). «Ситуационно доступная система памяти» включает в себя информацию, запечатленную на неосознаваемом уровне (зрительные образы и звуки, присутствовавшие в травматической ситуации, на которые в тот момент не было направлено внимание индивида). В эту систему памяти включаются также интрацептивные ощущения, имевшие место при травме (боль, изменение температуры тела, нарушения дыхания, повышение частоты сердечных сокращений и т. д.). Ситуационно доступные воспоминания не имеют вербального выражения, не символизируются и не могут быть интегрированы в структуры автобиографической памяти. Человек не может контролировать ситуационно доступные воспоминания, подобно тому как ему неподвластно управление звуками, запахами, телесными ощущениями и т. д. (Brewin, Holmes, 2003). Эмоции, сопровождающие ситуационно доступные воспоминания, расцениваются как первичные. В данном контексте к первичным относятся эмоции с минимальным когнитивно-оценочным компонентом.

В соответствии с двумя видами памяти, существует два типа эмоциональных реакций. Реакции первого типа записываются в ситуационных воспоминаниях и активируются одновременно с сенсорной и физиологической информацией. Вторичные эмоции возникают в результате сознательной переработки знаний о травме. В норме первые постепенно стираются из памяти, замещаясь новыми впечатлениями. Вторые дольше и труднее перерабатываются, так как индивид должен интегрировать их в автобиографическую память и привести в соответствие со своей системой убеждений.

Таким образом, согласно теории двойной репрезентации, ПТСР является следствием дисфункций в двух системах: первая связана с разрушением предшествующей травме картины мира и невозможностью согласовать травматический опыт с имеющимися убеждениями; вторая работает за пределами сознания и, в основном, выражается в симптоматике флэшбэков. Следовательно, выздоровление предполагает психологическую работу с двумя системами. Вербально доступные воспоминания о травме перерабатываются с помощью когнитивной переоценки травматического события, восстановления убеждений о контроле над собственной жизнью, интеграции информации о травме в структуру убеждений человека. Ситуационно доступные воспоминания о травме в свою очередь, согласно Бревину, могут быть заблокированы с помощью формирования новых неосознаваемых образов памяти, которые состоят из травматичес-

ких образов, пережитых в процессе психотерапии в состоянии сниженного негативного аффекта, достигнутого методом экспозиции (Brewin, 1989).

### **Диатез-стресс модель ПТСР: интеграция знаний о травме**

Подход к анализу психических расстройств с позиций диатез-стресс модели (Ingram, Price, 2001) основан на положении о том, что стабильные индивидуально-психологические особенности могут выступать факторами уязвимости при развитии психических расстройств. При этом они являются эндогенными (т. е. детерминируются преимущественно внутренними причинами) и латентными (т. е. не действуют сами по себе, а проявляются только во взаимодействии со стрессом). Безусловно, здесь легко проследить аналогию с явными и скрытыми акцентуациями, которые также рассматриваются как характерологические факторы уязвимости к ситуациям, адресующимся к «месту наименьшего сопротивления» (Личко, 1977).

Диатез-стресс модель была успешно использована для анализа механизмов развития ПТСР (Bowman, Yehuda, 2004; McKeever, Huff, 2003). В ней, безусловно, признается, что сам травматический стрессор играет основную роль в развитии расстройства, однако претравматические индивидуальные различия являются значимыми: те индивиды, кто имеет больше свойств, связанных с уязвимостью, находятся в зоне более высокого риска развития ПТСР.

Таким образом, во всех интегративных моделях посттравматического стресса постулируется наличие уровневой переработки травматической информации. Фокус наших исследований (система базисных убеждений) находится на так называемом «концептуальном» уровне, содержащем репрезентации образа Я и окружающего мира в контексте прошлого, настоящего и будущего. Мы предполагаем, что последствия переживания различных по характеру и силе травматических стрессоров сопряжены с разными базисными убеждениями. Ниже будут приведены результаты наших методических разработок и эмпирических исследований.



## ГЛАВА 3

# МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ

### 3.1. ОБЗОР МЕТОДИК ИССЛЕДОВАНИЯ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ

Имплицитный характер базисных убеждений создает определенные сложности при операционализации этого конструкта. В настоящее время для измерения базисных убеждений личности используются преимущественно опросники. Приведенный ниже обзор, безусловно, не является исчерпывающим – мы постарались проиллюстрировать наиболее популярными методиками различные подходы к проблеме измерения устойчивых представлений индивида об окружающем мире, себе самом и о способах взаимодействия с миром, а также обосновать выбор апробированной нами методики.

#### **Опросник «Представления о мире»**

*Авторы:* Gilbert L. Skidmore и Kenneth E. Fletcher (Skidmore, Fletcher, 1997).

*Назначение:* измерение базисных убеждений личности (как с исследовательскими целями, так и в индивидуальной работе).

*Теоретическое основание:* предположения ряда ученых (Epstein, 1990; Janoff-Bulman, 1989; McCan, Pearlman, 1990; Norris, Kaniasty, 1991) о том, что травматические события разрушительно воздействуют на основные представления (базисные убеждения) человека о себе самом, об окружающем мире и о способах взаимодействия с ним.

*Структура методики:* Опросник «Представления о мире» (The World View Survey) является самоотчетом, состоящим из 50 пунктов-утверждений, свое отношение к которым испытуемым предлагается выразить посредством четырехзначной шкалы Лайкерта («совершенно согласен»–«в целом согласен»–«в целом не согласен»–«совершенно не согласен»). Часть вопросов носит инвертированный характер.

Данные интерпретируются с помощью девяти субшкал – характеристик базисных убеждений:

1. «Тревожная неуверенность»: «Лишь немногие люди в этом мире достойны доверия», «Мне кажется, что жизнь в целом не имеет никакого смысла» и т. п.
2. «Неадекватность жизненных установок»: «Я проклят», «Я приношу людям только несчастья» и т. п.
3. «Враждебность окружающего мира»: «Мир в целом – довольно небезопасное место для жизни», «В этой жизни многого следует опасаться» и т. п.
4. «Самоотношение»: «Я полагаю, что не заслуживаю любви и уважения окружающих», «В общем-то, я человек хороший» и т. п.
5. «Возможность контроля»: «Я могу контролировать события, которые происходят в моей жизни», «Жизнь в целом – вполне справедливая штука» и т. п.
6. «Сила „Эго“ (жизнестойкость)»: «Многое пережив в своей жизни, я стал лучше понимать других людей», «Если бы в моей жизни не было опыта тяжелых переживаний, я просто не смог бы оценить прелесть каждого прожитого дня» и т. п.
7. «Опыт социального взаимодействия и привязанностей»: «Все, что в жизни происходит, – в конце концов, к лучшему», «Подружиться – не проблема для меня» и т. п.
8. «Вера в собственные возможности влиять на жизнь»: «Я полагаю, ничто в жизни не сможет помешать мне достичь того, чего я хочу», «Я полагаю, что в состоянии контролировать собственную жизнь» и т. п.
9. «Представления о будущем»: «В наше время, я полагаю, каждый новый день жизни следует воспринимать как подарок», «Я не загадываю на будущее – я счастлив уже тем, что живу сейчас» и т. п.

*Психометрические характеристики:* апробация опросника производилась на выборке подростков и лиц юношеского возраста, часть которых составили студенты колледжей (N = 250), часть – пациенты психиатрической клиники с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство» (N = 40). Средний возраст респондентов выборки при апробации опросника:  $M = 19,6 \pm 2,6$ .

В батарею методик, предназначенных для валидации, были включены: «Опросник психопатологической симптоматики» (SCL-90-R); «Шкала оценки влияния травматического события» М. Горовитца (ШОВТС). В результате выявлены взаимосвязи между базисными убеждениями и уровнем стрессогенных переживаний, а также рядом психопатологических симптомов; показаны значимые различия в базисных убеждениях у условно здоровой части выборки и у лиц, перенесших психическую травматизацию.

Конструктивная валидность методики исследовалась с применением процедуры факторного анализа. Процент объясненной дисперсии исходной матрицы данных составил 46,7%. Результаты факторизации выявили неортогональность структуры: часть вопросов со значительными весовыми коэффициентами вошли одновременно более чем в один фактор, что в итоге авторами учтено в ключах для обработки данных.

В ходе апробации продемонстрирована также внутренняя согласованность отдельных субшкал методики: величина  $\alpha$  Кронбаха составила для субшкалы «Тревожная неуверенность» – 0,90; «Неадекватность жизненных установок» – 0,85; «Враждебность окружающего мира» – 0,71; «Самоотношение» – 0,76; «Возможность контроля» – 0,64; «Сила Эго (жизнестойкость)» – 0,70; «Опыт социального взаимодействия и привязанностей» – 0,74; «Вера в собственные возможности справиться со стрессовыми переживаниями» – 0,63; «Негативный взгляд в будущее» – 0,61.

Описанная методика представляет собой более поздний, пересмотренный в результате проведения стандартных психометрических процедур, вариант оригинальной методики тех же авторов. Предыдущая версия опросника состояла из 75 вопросов-утверждений и включала пять субшкал-характеристик базисных убеждений: убеждение в безопасности окружающего мира; в его закономерности, справедливости и предсказуемости; убеждение в собственной ценности и значимости; убеждение в безопасной возможности доверять окружающему миру; вера в собственные возможности противостоять стрессогенным переживаниям (Measurement of Stress..., 1996).

### **Шкала дисфункциональных установок**

*Авторы:* А. Weissman, А. Beck (Weissman, Beck, 1978; Weissman, 1979).

*Назначение:* выявление и измерение устойчивых дисфункциональных установок индивида относительно окружающего мира и образа собственного Я.

*Теоретическое основание:* когнитивная теория депрессии А. Бека (Beck, 1987).

*Структура методики:* в исходном оригинальном варианте «Dysfunctional Attitudes Scale» представляет собой 100-пунктовый самоотчет, в дальнейшем трансформированный в две параллельные формы (DAS-A и DAS-B), состоящие из 40 пунктов-утверждений, свое отношение к которым испытуемым предлагается выразить посредством семизначной шкалы Лайкерта (от «совершенно согласен» до «абсолютно не согласен»).

Стимульный материал опросника сформулирован таким образом, что часть утверждений (30 пунктов) направлена на выявление дисфункциональных установок (например: «Если я хоть когда-нибудь ошибусь, люди перестанут уважать меня»). Оставшиеся 10 пунктов иллюстрируют адаптивные установки типа «Счастье – это внутреннее состояние, никак не связанное с тем, что люди скажут обо мне».

Обработка данных производится согласно с ключом и интерпретируется в соответствии с трехфакторной структурой методики, выделенной в исследовании М. Хаутценгер (Hautzinger, 1981):

- 1) негативный стиль обработки информации;
- 2) перфекционистские установки;
- 3) способность к самоуважению и потребность в одобрении окружающих.

*Психометрические характеристики:* в процессе апробации «Dysfunctional Attitudes Scale» (DAS) исследователи столкнулись с рядом сложностей. Валидизацией полной (100 пунктов) формы (Weissman, Beck, 1978; Weissman, 1979) была продемонстрирована высокая тест-ретестовая и синхронная надежность ( $\alpha$  Кронбаха = 0,89) методики, а также выявлена взаимосвязь кратких параллельных форм (коэффициент корреляции Спирмена  $R = 0,81$ ). Однако при проведении дальнейших исследований конструктивной валидности DAS отмечалась определенная неустойчивость факторной структуры в зависимости от типа обследуемой популяции (клинический–неклинический), возраста испытуемых и того, какая из параллельных форм методики использовалась (оригинальный 100-пунктовый опросник, форма А или форма В). Так, в исследовании А. Бека с коллегами с использованием 100-пунктового самоотчета на выборке 2023 пациентов психиатрических клиник с депрессивными и тревожными расстройствами исходная матрица данных факторизовалась в 9 первичных факторов («Уязвимость», «Одобрение», «Перфекционизм», «Потребность нравиться другим», «Императивы», «Потребность производить впечатление на других», «Борьба со слабостями», «Контроль над эмоциями», «Неодобрение»), причем результаты оказались статистически не связаны ни с полом, ни с кросс-культурными различиями (Beck et al., 1991).

Применение формы А опросника к неклинической популяции (студенты колледжей  $N = 664$ ) в исследовании Д. Кэйн с коллегами показало устойчивое выделение лишь двух факторов: «Оценка изменений» и «Одобрение окружающих» (Cane et al., 1986).

Работа Дж. Паркера с соавт. выявила зависимость итоговых показателей форм А и В опросника DAS от возраста испытуемых (Parker et al., 1984). Факторная же структура, по данным исследования 243 пациентов общей практики (непсихиатрических), описывалась четырьмя факторами: «Внешне детерминированное самоуважение» (зависимость самоуважения от внешних достижений и статуса), «Анаклитическое самоуважение» (зависимость самоуважения от отношений с людьми), «Осторожность», «Потребность в одобрении». В ряде последних исследований также зафиксирована неустойчивость, подвижность факторной структуры опросника DAS даже в пределах однородной выборки: при повторных замерах количество выделяемых факторов не воспроизводилось устойчиво (Floyd, Scogin, Chaplin, 2004).

В отечественной практике методика DAS апробирована в диссертации М. Л. Захаровой, под названием «Методика исследования дисфункциональных отношений» (Захарова, 2001).

### **Шкала веры в справедливый мир**

*Авторы:* Z. Rubin, L. A. Peplau (Rubin, Peplau, 1975).

*Назначение:* измерение убеждения о справедливости окружающего мира.

*Теоретическое основание:* концепция, в основе которой лежит следующее допущение М. Лернера: в целях поддержания когнитивного баланса у каждого человека существует потребность видеть окружающий мир как место, где все события подчиняются закону справедливости, и каждый получает то, что заслуживает, и заслуживает то, что получает (подробнее об этом см. главу 2 нашей работы) (Lerner, 1980).

*Структура методики:* опросник «Just World Scale (revised)» представляет собой самоотчет, состоящий из 20 пунктов-утверждений, свое отношение к которым испытуемым предлагается выразить посредством шестизначной шкалы Лайкерта (от «совершенно согласен» до «совершенно не согласен»). Предыдущая версия опросника Рубина–Пиплау состояла из 16 утверждений, 13 из которых были подвергнуты изменениям при переработке методики.

Обработка данных производится в соответствии с ключом, итоговым считается единственный показатель, характеризующий степень убежденности испытуемого в справедливом устройстве окружающего мира. Стимульный материал подобран таким образом, что часть утверждений носит «положительный» характер, т. е. в них мир в целом трактуется как справедливый («В большинстве своем

люди заслуживают то, что получают», «Люди, поддерживающие хорошую физическую форму, гораздо меньше рискуют умереть от сердечного приступа»). Другая же часть утверждений соотносится с представлениями о несправедливом устройстве мира, при котором вознаграждение либо наказание с одинаковой степенью вероятности можно получить совершая как хорошие, так и плохие поступки («Осторожный водитель может попасть в дорожно-транспортное происшествие по вине других», «Хорошие поступки часто остаются незамеченными»).

*Психометрические характеристики:* апробация опросника производилась в несколько этапов. Сначала на небольшой выборке была показана конструктивная валидность исходной (16-пунктовой) его версии. Коэффициент синхронной надежности ( $\alpha$  Кронбаха) составил 0,79. Далее исследовалась конкурентная валидность пересмотренного варианта, синхронная надежность при этом составила 0,81.

Критериальная валидность методики показана в эмпирических исследованиях, результаты которых иллюстрируют обнаруженный М. Лернером феномен «веры в справедливый мир»: испытуемые, продемонстрировавшие высокие (выше медианных) значения по данной методике, чаще склонны обесценивать жертву, утверждая, что пострадавший сам виноват в ситуации травмы, нежели те, чья убежденность в справедливости окружающего мира не столь высока (Ellard, 1983; Edlund, 2007).

Имеются данные о чувствительности «Шкалы веры в справедливый мир» к социальной желательности (Dalbert et al., 1987) и гендерным различиям (Furnham, Procter, 1989).

«Шкала веры в справедливый мир» Рубина – Пиплау за рубежом является очень популярной и широко используемой методикой, однако существуют еще несколько инструментов, предназначенных для измерения убеждений о справедливости мира.

1. «*Вера в справедливый мир в основе мотивации*» («*Glaube an gerechte Welt als Motif*») – самоотчет, состоящий из 6 пунктов (Dalbert, Montada, Schmitt, 1987). Существуют две параллельные формы (немецкая и английская версия), синхронная надежность которых приблизительно одинакова ( $\alpha$  Кронбаха для немецкой версии составляет 0,82, для английской – 0,81). В ходе апробации показана конкурентная, конструктивная и прогностическая валидность методики.
2. «*Шкала веры в справедливый мир*» («*Global Belief in a Just World Scale*») – самоотчет, состоящий из 7 утверждений относительно

справедливости окружающего мира, с которыми испытуемому надлежит согласиться или не согласиться в рамках шестизначной шкалы Лайкерта (Lipkus, 1991). Показана конкурентная валидность опросника и внутренняя консистентность ( $\alpha$  Кронбаха = 0,81).

3. «Многомерная шкала веры в справедливый мир» («*Multidimensional Just World Scale*») – опросник, состоящий из 30 пунктов-утверждений, выразить свое отношение к которым испытуемый должен посредством семизначной шкалы Лайкерта (Furnham, Procter, 1989). Разработан на основе опросника И. Липкуса «*Global Belief in a Just World Scale*». В ходе апробации были обнаружены его конструктивная валидность и синхронная надежность ( $\alpha$  Кронбаха – 0,63).

Эмпирически доказано, что все перечисленные выше инструменты, предназначенные для измерения убеждения в справедливости окружающего мира, на высоком уровне статистической значимости положительно коррелируют друг с другом (Lipkus et al., 1996).

### **Опросник когнитивных схем Янга**

*Автор разработки:* E. J. Young (Young et al., 2003).

*Назначение:* служит для первичной диагностики дисфункциональных когнитивных схем и отслеживания динамики изменений в процессе сфокусированной психотерапии.

*Ограничения в использовании:* методика ориентирована на применение в клинической психологии, возрастной диапазон 20–50 лет.

*Теоретическое основание:* представления ряда ученых о роли имплицитных когнитивных схем в организации мышления, восприятия, поведения (Epstein, 1990; Beck, 1964, 1967, 1979, 1995; Ellis, 1994); положения сфокусированного подхода в психотерапии. Согласно данному подходу, основной мишенью психотерапевтического воздействия должны стать «ранние малоадаптивные схемы» – саморазвораживающиеся когнитивные структуры, отражающие представления индивида об окружающем мире и о себе самом. Эти схемы закладываются и развиваются в детстве, являются результатом дисфункциональных отношений ребенка со значимыми другими и с высокой степенью вероятности приводят к психопатологии (Young et al., 2003).

*Структура методики:* «The Young Schema Questionary – Short form 3» (YSQ-S3) представляет собой 114-пунктовый самоотчет. Итоговыми показателями являются данные по 18 субшкалам-характеристикам дезадаптивных когнитивных схем:

1. *Эмоциональная депривация* – убеждение индивида в том, что другие люди неспособны сочувствовать ему, а также предоставить защиту и ощущение безопасности.
2. *Покинутость/неустойчивость* – уверенность человека в том, что близкие неспособны оказать эмоциональную поддержку и рано или поздно оставят его.
3. *Недоверие/оскорбленность* – убеждение в том, что окружающие специально причиняют боль, оскорбляют, унижают, обманывают, лгут, манипулируют или пытаются поставить себя выше.
4. *Социальная изоляция/отчуждение* – внутреннее ощущение противопоставленности другим и исключенности из любых социальных групп.
5. *Чувство неполноценности/стыда* – ощущение собственной ненужности, неполноценности, невостребованности; убежденность человека в том, что он недостойн общаться с другими людьми.
6. *Ощущение себя неудачником* – убеждение в том, что не стоит и пытаться достигнуть в жизни успеха, «поскольку я глупее, ниже по статусу и не так удачлив, как большинство других людей».
7. *Зависимость/некомпетентность* – убеждение человека в том, что для выполнения своих каждодневных обязанностей ему необходима существенная помощь других людей.
8. *Ощущение уязвимости к жизненным катастрофам и заболеваниям* – страх, основанный на убеждении в фатальной невозможности предотвратить любые неприятности и болезни.
9. *Симбиотическое слияние/отсутствие саморазвития* – эмоциональная включенность в значимых других (чаще всего это родительские фигуры), приводящая к отказу от собственной независимости и к невозможности установления нормальных социальных контактов.
10. *Покорность* – подавление своих желаний, стремлений, а также эмоциональных выплесков, особенно гнева, из страха быть отвергнутым.
11. *Самопожертвование* – стремление удовлетворить потребности других людей ценой добровольного отказа от удовлетворения собственных желаний.
12. *Подавление эмоций* – не отсутствие эмоций, но стремление к их постоянной рационализации при затрудненности любых эмоциональных проявлений и невозможности свободно говорить о своих чувствах и желаниях.
13. *Жесткость жизненных стандартов/придирчивость* – убеждение, что каждый человек должен твердо придерживаться строго определенных правил и бороться за то, чтобы все их соблюда-



ли, – форма перфекционизма, проявляющаяся в повышенном внимании к деталям, ригидности правил и установок.

14. *Грандиозность* – убеждение в собственной исключительности, дающее человеку право делать и желать все что угодно, вне зависимости от того, как это соотносится с реальностью и с желаниями других людей.
15. *Недостаточные самоконтроль и самодисциплина* – трудности в осуществлении самоконтроля и дисциплины как при достижении поставленных целей, так и для сдерживания чрезмерных эмоциональных и импульсивных проявлений, чрезмерное стремление к поддержанию комфорта и избегание неприятных ситуаций.
16. *Поиск одобрения/признания* – стремление угодить другим людям, при котором самоуважение человека формируется исключительно под влиянием одобрительного мнения других людей.
17. *Негативный взгляд на жизнь/пессимизм* – сосредоточенность на негативных аспектах жизни при пренебрежительном отношении к ее позитивным сторонам.
18. *Вера в неотвратимость наказания* – убеждение, что люди обязательно будут наказаны за то, что совершают ошибки.

*Психометрические характеристики:* большинство исследователей сходятся во мнении относительно высокого уровня психометрических характеристик методики. Опросник апробирован на клинических выборках в различных странах. Субшкалы опросника продемонстрировали высокую надежность, внутреннюю консистентность: значения  $\alpha$  Кронбаха находятся в пределах от 0,68 до 0,96. Исследовались дискриминативная, критериальная и прогностическая валидность. Показано, что методика удовлетворительно дифференцирует испытуемых по критерию личностной тревожности: лица, обладающие сильно выраженными дисфункциональными убеждениями, демонстрируют высокую тревожность.

«The Young Schema Questionary» является одним из наиболее часто используемых психодиагностических инструментов. Существуют три версии и две параллельных (длинная и короткая) формы методики (Young, 2001, 2003, 2004, 2005).

### **Шкала убеждений, разработанная в Институте травматического стресса**

*Автор разработки:* Л. Перлмен (Pearlman, 1996).

*Назначение:* «Шкала убеждений», разработанная в Институте травматического стресса (Traumatic Stress Institute – TSI), предна-

значена для исследования нарушений в базисных убеждениях индивида относительно себя самого и окружающих людей, возникших в результате травматизации, а также для диагностики изменений в базисных убеждениях в ходе проработки травматического материала в процессе психотерапии.

Шкала предоставляет возможность оперативного (в течение 15 минут) подтверждения гипотезы о наличии травматического события в жизненной истории обследуемого и корректного выбора основных мишеней для психотерапевтического воздействия.

*Ограничения в использовании:* «TSI Belief Scale» предназначена для исследования взрослых людей, подвергшихся различным видам психической травматизации.

*Теоретическим основанием* создания методики послужила конструктивистская теория развития (McCan, Pearlman, 1990; Pearlman, Saakvitne, 1995a, 1995b), интегрировавшая в себя достижения селф-психологии, теории объектных отношений, а также социально-когнитивных теорий личности. Этот подход к феномену психической травматизации базируется на предположении о том, что процесс адаптации индивида к последствиям воздействия экстремальных стрессоров определяется уникальным предыдущим опытом переживания трудных жизненных ситуаций.

*Структура методики:* «TSI Belief Scale» представляет собой самоотчет, состоящий из 80 пунктов-утверждений, свое отношение к которым испытуемому предлагается выразить посредством шестизначной шкалы Лайкерта от «совершенно согласен» до «совершенно не согласен». Часть вопросов инвертированы.

Интегральным является суммарный показатель субшкал опросника (чем выше числовые данные, тем более выраженными являются нарушения системы базисных убеждений). Дальнейшая интерпретация полученных результатов производится в рамках пяти субшкал – характеристик базисных убеждений, при этом для анализа берется средний показатель, поскольку каждая субшкала разделяется еще на две шкалы (убеждения индивида относительно себя самого и убеждения относительно других людей):

1. «Безопасность». «*Собственная безопасность*» – убеждение человека в собственной неуязвимости по отношению к тому вреду, который могут ему причинить как другие люди, так и он сам. «*Безопасность других людей*» – убеждение человека в том, что другие люди в целом защищены от опасности.
2. «Доверие». «*Доверие к себе самому*» – убеждение в том, что каждый человек вправе полагаться на собственное мнение. «*Доверие*

к другим людям» – убеждение в том, что другим людям вполне можно доверять.

3. «Уважение». «Самоуважение» – убеждение индивида в том, что он достоин любви и уважения: «Уважение других людей» – убеждение в том, что другие люди достойны любви и уважения.
4. «Интимность». Убеждение об интимности содержит представление о собственной способности вступать в близкие отношения с другими людьми, а также убеждение о способности других людей устанавливать близкие отношения.
5. «Контроль». «Самоконтроль» – убеждение в собственных возможностях контролировать жизненные события и противостоять трудностям. «Контроль в отношениях с другими людьми» – убеждение в собственных возможностях организовывать межличностное общение.

*Психометрические характеристики:* в процессе апробации методики была продемонстрирована ее высокая надежность. Для интегрального показателя величина  $\alpha$  Кронбаха составила 0,98, для субшкал опросника соответствующие значения располагались в диапазоне от 0,77 (субшкала «Контроль в отношениях с другими людьми») до 0,91 («Самоуважение»).

Дискриминативная валидность опросника исследовалась посредством анализа значимых различий в характеристиках базисных убеждений людей, травмированных в результате воздействия различного рода экстремальных стрессоров, и нетравмированных индивидов.

В ходе апробации было показано, что характеристики базисных убеждений никак не различаются в зависимости от пола испытуемых.

При проведении дальнейших исследований на более широкой популяции с последующей обработкой данных с применением процедуры факторного анализа было обнаружено устойчивое воспроизведение на репрезентативной выборке лишь двух больших факторов «Опыт автономии» и «Опыт взаимодействия». Таким образом, операционализация конструктивистской теории развития (CSDT) в рамках описанной методики позволяет именно эти факторы интерпретировать как когнитивно-личностную основу совладания с последствиями психической травматизации.

По результатам апробации и применения методики на основе «TSI Belief Scale» был создан опросник «TSI Autonomy and Connection Scales» – самоотчет аналогичной структуры и назначения, но гораздо меньшего объема, состоящий из 35 пунктов-утверждений

и двух субшкал, характеризующих когнитивную основу восприятия индивидом себя самого («Опыт автономии») и окружающего мира («Опыт взаимодействия»).

### **Шкала базисных убеждений**

*Автор разработки:* R. Janoff-Bulman (Janoff-Bulman, 1989).

*Назначение:* измерение базисных убеждений личности.

*Теоретическое основание:* теория психической травмы Р. Янофф-Бульман (Janoff-Bulman, 1989, 1992, 1998).

*Структура методики:* «World Assumptions Scale» представляет собой самоотчет, состоящий из 32 пунктов-утверждений, свое отношение к которым испытуемым предлагается выразить посредством шестизначной шкалы Лайкерта («совершенно не согласен» – «не согласен» – «скорее, не согласен» – «скорее, согласен» – «согласен» – «совершенно согласен»). Часть вопросов носит инвертированный характер.

Обработка данных производится в соответствии с ключом и интерпретируется в рамках трех базисных убеждений. Когнитивная картина мира в рамках методики «World Assumptions Scale» описывается с точки зрения убеждений о доброжелательности окружающего мира, его справедливости и убеждений индивида относительно ценности и значимости собственного Я.

Базисное убеждение *о доброжелательности окружающего мира* отражает убеждения индивида о том, что мир в целом – достойное место для жизни, неудачи в нем происходят довольно редко, а люди вокруг доброжелательны, достойны доверия, порядочны, всегда готовы помочь. В рамках опросника оно операционализировано двумя субшкалами: «Доброжелательность неперсонального мира» и «Доброжелательность окружающих людей».

Базисное убеждение *о справедливости окружающего мира* отражает убеждения индивида о принципах распределения удач и несчастий. Оно определяется тремя субшкалами опросника:

1. «Справедливость» – убежденность индивида в том, что распределение событий, которые происходят с людьми, осуществляется по принципу справедливости, т. е. каждый получает то, что заслуживает.
2. «Контролируемость» – убежденность индивида в том, что люди могут предотвращать тяжелые события своими действиями: если человек поступает правильно (осторожно, внимательно), он сможет избежать негативных событий.

3. «Закономерность» – отражает убежденность в том, что ничто в жизни не происходит случайно, существуют особый смысл и закономерность в происходящих с человеком событиях.

Базисное убеждение о ценности и значимости собственного Я включает в себя три субшкалы методики:

1. «Самоценность» – представления индивида о себе как о человеке, достойном любви и уважения, порядочном, соблюдающем требования морали.
2. «Способность контролировать ситуацию» – отражает убеждения человека в том, что он может контролировать происходящие с ним события и поступать так, чтобы ситуация складывалась в его пользу.
3. «Удача» – убеждения индивида о том, что он везучий человек.

Таким образом, структура опросника представляет собой восемь субшкал, объединяющихся при обработке в три вторичных фактора.

*Психометрические характеристики методики.* Валидизация опросника «World Assumptions Scale» производилась на выборке общей численностью 610 человек. Исследовалась синхронная надежность пунктов стимульного материала,  $\alpha$  Кронбаха – от 0,76 до 0,87. Проведенный факторный анализ доказал соответствие эмпирических данных теоретически заданной трехфакторной структуре. Была подтверждена ортогональность факторов.

Методика компактна в исполнении: время работы испытуемого составляет 5–10 минут.

С момента создания методика активно использовалась исследователями в проблемном поле психологии психической травмы, однако неоднократно подвергалась критике: неудовольствие пользователей вызывали неустойчивая воспроизводимость психометрических характеристик. В дальнейшем на основе теории психической травмы Рони Янофф-Бульман и «World Assumptions Scale» был создан «Опросник базисных убеждений» («World Assumptions Questionnaire»), аналогичны также факторные структуры опросников. Автором разработки является М. Е. Калер (Kaler et al., 2008; Kaler, 2009). Методика содержит 22 вопроса, обработка данных ведется в рамках четырех субшкал: «Управляемость событий», «Предсказуемость поведения людей», «Благодарность и отзывчивость людей», «Собственная безопасность и уязвимость».

Из представленного выше обзора очевидно, что методики измерения базисных убеждений личности имеют между собой много

общего. Прежде всего, обращает на себя внимание схожесть факторных структур опросников. Вариабельность количества факторов определяется как особенностями выборки при апробации, так и парадигмальной принадлежностью исследователя: в частности, клиницисты ориентированы на максимально подробное изучение характеристик базисных убеждений, другие ученые полагают целесообразным рассмотрение более общих категорий. Серьезной методической проблемой, делающей актуальной дальнейшую разработку психодиагностического инструментария для измерения базисных убеждений, является преодоление влияния фактора социальной желательности на самоотчеты испытуемых, поскольку тенденция части обследуемых представить себя «в лучшем свете» при заполнении опросника существенно искажает данные и ставит под сомнение валидность многочисленных исследований в области стресса и травмы.

Авторами монографии для исследований была выбрана методика Р. Янофф-Бульман «Шкала базисных убеждений». В 2003 г. был опубликован первый вариант опросника в адаптации М. А. Падун (2003), а в 2008 г. – модифицированный вариант методики в адаптации М. А. Падун, А. В. Котельниковой (2008). Эмпирические исследования, опубликованные в 4 главе настоящей монографии, выполнены с применением как первого, так и второго вариантов методики: в изучении базисных убеждений ветеранов военных действий и больных раком молочной железы использовалась первая версия опросника, а в более позднем исследовании, проведенном на выборке вынужденных мигрантов, – модифицированный вариант методики.

В целом, однако, представляется важным в дальнейшем расширить методологический арсенал исследований базисных убеждений. Тот факт, что базисные убеждения носят имплицитный характер, заставляет думать о разработке других методов их измерения (в противовес тестам-опросникам): проективных, экспериментальных. М. Лернер в своих экспериментах предъявлял испытуемым ситуации, в которых нужно было дать причинное объяснение плохих событий, что и привело в дальнейшем к описанию феномена веры в справедливый мир (Lerner, 1980). Однако если сам феномен веры в справедливый мир был выявлен в результате экспериментов, то индивидуальные различия в представлениях о справедливости все равно изучаются с помощью опросников (описание методик см. выше), которые уязвимы к влиянию социальной желательности. При этом мы вынуждены признать, что, в отличие от эксперимен-

тальных исследований *справедливости*, моделирование экспериментальных ситуаций, позволяющих вскрыть убеждения о *доброжелательности* мира и представления о *собственном Я*, может вызвать значительные трудности.

### 3.2. АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ «ШКАЛА БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ» НА РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЫБОРКЕ

*Структура опросника.* Англоязычный вариант методики «World assumptions scale» (WAS), созданный Р. Янофф-Бульман, был опубликован в 1992 г. (Janoff-Bulman, 1992) с целью показать различия между структурой базисных убеждений индивидов, переживших психические травмы, и лиц, не сталкивавшихся с экстремальными событиями. Подробное описание методики приведено в параграфе 3.1 настоящей главы.

Апробация русскоязычной версии опросника проводилась в пять этапов. На первом этапе опросник был переведен на русский язык. Выполнено два варианта перевода, первый из которых осуществлен М. А. Падун и Н. В. Тарабриной, а второй – группой студентов-дипломников под руководством В. А. Агаркова. Кроме того, в качестве третьего варианта использовалась русскоязычная версия, приведенная в диссертации О. А. Кравцовой (2000). Затем методом экспертной оценки были выбраны формулировки, наиболее точно отражающие суть каждого утверждения.

На втором этапе на репрезентативной выборке получена факторная структура русскоязычного варианта методики. Выборка содержала четыре группы испытуемых общей численностью 320 человек. В группу «Пациенты хирургического отделения КБ № 20» включались пациенты, прооперированные в связи с диагнозом «аппендицит» и «холецистит»; обследование проводилось минимум через неделю после операции, перед выпиской. В группу «Пациенты онкологического отделения ФЦЭРИ» вошли пациентки онкологического отделения Федерального центра экспертизы труда и реабилитации инвалидов (г. Москва), прооперированные в связи с диагнозом «рак молочной железы» (второй и третьей стадии) и госпитализированные в связи с осложнениями этого заболевания (лимфостаз). Демографические данные для каждой из групп приведены в таблице 1.

Факторный анализ проводился с помощью пакета Statistica. В результате факторного анализа (varimax rotation) была получена 7-факторная структура опросника. Субшкалы WAS «Доброжелательность неперсонального мира» и «Доброжелательность окружающих

**Таблица 1**  
**Демографические данные групп, обследованных**  
**с помощью методики ШБУ**

Обследованные группы	Возраст			Образование		
	М	SD	N	М	SD	N
Служащие КБ «Гидропресс» и Московской транспортной инспекции	33,69	10,77	104	14,24	1,50	104
Пациенты хирургического отделения КБ № 20 (г. Москва)	38,43	11,00	91	12,89	2,11	89
Пациенты онкологического отделения ФЦЭРИ (г. Москва)	53,94	7,67	53	13,19	2,09	53
Военнослужащие (г. Чита), принимавшие участие в военных действиях на территории Чечни	28,46	5,61	68	11,69	2,01	68

*Примечание:* здесь и далее в таблицах: М – среднее значение; SD – стандартное отклонение; N – количество испытуемых.

людей» в русскоязычной версии вошли в единый фактор, названный автором «Доброжелательность окружающего мира». Кроме того, 1 пункт из шкалы WAS «Контролируемость»: «Несчастья случаются с людьми из-за ошибок, которые они совершили», – вошел в шкалу «Справедливость». Таким образом, в составе ШБУ оказались следующие субшкалы (факторные нагрузки приведены в таблице 2):

1. *Доброжелательность окружающего мира* – убеждение личности в том, что окружающий мир в целом хорошее место для жизни.
2. *Справедливость* – убеждение индивида в том, что хорошие и плохие события распределяются между людьми по принципу справедливости: каждый человек получает то, что заслуживает.
3. *Контролируемость* – убеждение в том, что люди так или иначе могут контролировать происходящие с ним события.
4. *Закономерность* – убеждение личности о минимальной роли случая в жизни человека.
5. *Самоценность* – убеждение индивида в том, что он хороший и достойный человек.
6. *Способность контролировать ситуацию* – убеждение человека в том, что он может контролировать происходящие с ним события.
7. *Удача* – убеждение индивида в том, что в целом он везучий человек.



**Таблица 2**  
**Результаты эксплораторного факторного анализа**

<b>№ пункта в опроснике</b>	<b>Утверждение</b>	<b>Факторные нагрузки</b>
<i>Факторные нагрузки пунктов опросника, вошедших в субшкалу «Доброжелательность окружающего мира»</i>		
2*	Люди по природе своей недружелюбны и злы	0,46
4	Человек по натуре добр	0,57
5	В этом мире гораздо чаще происходит что-то хорошее, нежели плохое	0,68
9	В мире больше добра, чем зла	0,67
12*	По большому счету, людей не очень-то волнуют проблемы других	0,40
25	Мир прекрасен	0,65
26	Люди в большинстве своем добры и готовы прийти на помощь	0,77
30	Если посмотреть внимательно, то увидишь, что мир полон добра	0,75
<i>Факторные нагрузки пунктов опросника, вошедших в субшкалу «Справедливость»</i>		
1	С достойными, хорошими людьми неудачи случаются гораздо реже	0,58
7	Как правило, люди получают то, что заслуживают	0,72
11	Несчастья случаются с людьми из-за ошибок, которые они совершили	0,56
14	Хорошим людям сопутствуют счастье и удача	0,73
19	В большинстве случаев хорошие люди получают то, что заслуживают в жизни	0,67
<i>Факторные нагрузки пунктов опросника, вошедших в субшкалу «Контролируемость»</i>		
20	Мы можем предотвращать неприятности собственными действиями	0,53
22	Если бы люди предпринимали меры предосторожности, можно было бы избежать многих несчастий	0,74
29	Если случаются несчастья, то обычно из-за того, что люди ничего не делают для своей защиты	0,34

**Продолжение таблицы 2**

<b>№ пункта в опроснике</b>	<b>Утверждение</b>	<b>Факторные нагрузки</b>
<i>Факторные нагрузки пунктов опросника, вошедших в субшкалу «Закономерность»</i>		
3*	Плохие события распределяются между людьми случайно	0,49
6*	Течение нашей жизни во многом определяется случаем	0,77
15*	В жизни слишком много случайностей	0,71
24*	В большинстве случаев жизнь представляет собой лотерею	0,75
<i>Факторные нагрузки пунктов опросника, вошедших в субшкалу «Самоценность»</i>		
8*	Мне часто кажется, что во мне нет ничего хорошего	0,75
18*	Я о себе невысокого мнения	0,64
28	Я очень доволен тем, какой я человек	0,35
31*	У меня есть причины стыдиться своего характера	0,74
<i>Факторные нагрузки пунктов опросника, вошедших в субшкалу «Способность контролировать ситуацию»</i>		
13	Как правило, я в состоянии действовать так, чтобы получить максимально благоприятный результат	0,61
17	Я почти всегда прикладываю усилия, чтобы предотвратить возможные несчастья	0,66
23	Я предпринимаю необходимые меры для защиты себя от неудач	0,67
27	Я обычно выбираю такую стратегию поведения, которая принесет мне максимальный выигрыш	0,69
<i>Факторные нагрузки пунктов опросника, вошедших в субшкалу «Удача»</i>		
10	Я вполне везучий человек	0,78
16	Я считаю, что мне очень часто везет	0,74
21	Оглядывая свою жизнь, я понимаю, что случай был ко мне благосклонен	0,62
32	Я удачливее, чем большинство людей	0,78

*Примечание:* пункты, которые входят в субшкалы ШБУ с инверсными оценками, помечены \*.

Шкала базисных убеждений описывает 54,3% общей дисперсии. В таблице 3 приведены значения весов каждого фактора и процент общей дисперсии. В таблице 4 приведены средние значения и стандартные отклонения показателей базисных убеждений по группам, участвующим в апробации методики.

В процессе апробации методики исследовались различия измеряемых переменных в зависимости от пола, возраста и образования испытуемых. Анализ различий характеристик базисных убеждений по демографическим признакам проводился на выборке служащих

**Таблица 3**  
**Значения весов факторов и процентов общей дисперсии по субшкалам ШБУ**

Субшкала ШБУ	Вес фактора	Процент общей дисперсии
Доброжелательность окружающего мира	5,438	16,99
Справедливость	2,997	9,36
Контролируемость	1,164	3,63
Закономерность	2,369	7,40
Самоценность	1,779	5,56
Способность контролировать ситуацию	1,565	4,89
Удача	2,076	6,48

**Таблица 4**  
**Средние значения баллов по субшкалам ШБУ для четырех групп испытуемых (генеральная выборка)**

Субшкала ШБУ	Служащие		Онкологические больные		Хирургические пациенты		Участники боевых действий	
	М	SD	М	SD	М	SD	М	SD
Доброжелательность окружающего мира	32,7	6,8	34,1	4,9	33,2	5,5	32,6	6,5
Справедливость	17,0	4,8	18,7	4,5	16,8	4,0	18,2	3,9
Контролируемость	12,3	2,6	12,0	3,0	12,0	2,7	12,6	2,4
Закономерность	12,7	3,3	11,6	3,3	12,9	3,6	12,9	3,7
Самоценность	15,7	3,2	16,3	3,4	16,9	3,3	17,2	3,1
Способность контролировать ситуацию	17,5	2,7	15,8	3,2	14,6	3,7	16,4	3,0
Удача	13,5	3,1	13,6	3,7	13,8	3,2	14,3	3,3

транспортной инспекции (N = 104). В таблице 5 приведены средние значения характеристик базисных убеждений для мужчин (N = 53) и женщин (N = 51) и значения критерия Манна–Уитни. Значимых различий по характеристикам базисных убеждений между мужчинами и женщинами не выявлено.

В таблице 6 приведены коэффициенты корреляции Спирмена между возрастом, образованием (количество лет, затраченных

**Таблица 5**  
**Различия в характеристиках базисных убеждений**

Субшкала ШБУ	Мужчины		Женщины		U	p
	M	SD	M	SD		
Доброжелательность окружающего мира	32,05	6,96	33,31	6,66	1251	0,512
Справедливость	17,66	5,04	16,31	4,56	1159	0,209
Контролируемость	12,50	2,74	12,07	2,50	1222	0,395
Закономерность	12,83	3,48	12,58	3,17	1286	0,668
Самоценность	15,77	3,53	15,54	2,85	1291	0,694
Способность контролировать ситуацию	17,83	2,55	17,19	2,84	1155	0,198
Удача	13,67	3,00	13,41	3,24	1321	0,841

*Примечание:* здесь и далее в таблицах U – значение критерия Манна–Уитни, p – уровень значимости.

**Таблица 6**  
**Коэффициенты корреляции Спирмена между возрастом, образованием и характеристиками базисных убеждений**

Субшкала ШБУ	Возраст		Образование	
	R	p	R	p
Доброжелательность окружающего мира	0,099	0,315	0,134	0,174
Справедливость	0,034	0,736	0,173	0,078
Контролируемость	-0,024	0,808	0,015	0,879
Закономерность	-0,072	0,469	-0,031	0,756
Самоценность	-0,102	0,304	-0,029	0,767
Способность контролировать ситуацию	0,008	0,933	0,125	0,205
Удача	0,180	0,068	0,138	0,161

*Примечание:* здесь и далее в таблицах R – коэффициент корреляции Спирмена.

на учебу) и характеристиками базисных убеждений по выборке служащих транспортной инспекции (N = 104).

За исключением тенденции к положительной взаимосвязи между возрастом и субшкалой «Удача», а также тенденции к положительной взаимосвязи между образованием и субшкалой «Справедливость», значимых взаимосвязей между характеристиками базисных убеждений и возрастом и образованием испытуемых обнаружено не было.

Таким образом, базисные убеждения не различаются в зависимости от пола, возраста и образования испытуемых, что вполне согласуется с положением о том, что они начинают формироваться в раннем детстве и зависят прежде всего от особенностей микро-социального окружения ребенка.

На третьем этапе процесса апробации были получены показатели надежности для всех субшкал методики, была подтверждена ее внутренняя консистентность. Значения коэффициента надежности  $\alpha$  Кронбаха приведены в таблице 7.

Таким образом, вычисленные с помощью коэффициента  $\alpha$  Кронбаха показатели надежности находятся в пределах 0,80–0,61.

На четвертом этапе осуществлялась проверка тест-ретестовой валидности методики. Тестирование с помощью ШБУ проводилось дважды на выборке студентов 3 курса Московского института инженеров транспорта (N = 32; 7 юношей и 25 девушек; средний возраст – 20,19 лет). Средние значения по характеристикам базисных убеждений по первому и второму тестированиям приведены в таблице 8. Коэффициенты корреляции между первым и вторым замерами по всем шкалам ШБУ приведены в таблице 9.

Приведенные данные показывают, что субшкалы ШБУ имеют высокую тест-ретестовую валидность.

**Таблица 7**  
**Значения коэффициента  $\alpha$  Кронбаха для субшкал ШБУ**

Субшкала ШБУ	$\alpha$ Кронбаха
Доброжелательность окружающего мира	0,80
Справедливость	0,63
Контролируемость	0,66
Закономерность	0,62
Самоценность	0,61
Способность контролировать ситуацию	0,74
Удача	0,77

**Таблица 8**  
**Средние значения характеристик базисных убеждений**  
**по первому и второму тестированиям**

Субшкала ШБУ	Первое тестирование		Второе тестирование	
	М	SD	М	SD
Доброжелательность окружающего мира	33,38	5,65	34,00	4,67
Справедливость	18,09	3,72	18,28	3,77
Контролируемость	11,81	2,28	11,94	2,50
Закономерность	12,84	3,78	12,44	3,16
Самоценность	18,97	3,00	18,47	2,97
Способность контролировать ситуацию	16,47	2,36	16,47	2,87
Удача	15,38	2,92	15,47	3,19

**Таблица 9**  
**Коэффициенты корреляции Спирмена по субшкалам ШБУ**  
**между двумя тестированиями**

Субшкала ШБУ	R	p
Доброжелательность окружающего мира	0,829	0,000
Справедливость	0,684	0,000
Контролируемость	0,805	0,000
Закономерность	0,767	0,000
Самоценность	0,814	0,000
Способность контролировать ситуацию	0,723	0,000
Удача	0,839	0,000

На пятом этапе была проведена проверка конструктивной валидности методики. Чтобы продемонстрировать конструктивную валидность, необходимо настолько полно, насколько это возможно, описать переменную (конструкт), для измерения которой предназначена методика (Клайн, 1994). Как правило, это возможно сделать через переменные, измеряемые другими методиками, валидность которых уже доказана.

В своей когнитивной теории депрессии А. Бек утверждает, что для депрессивных пациентов характерна так называемая депрессивная триада: негативный образ мира, собственного Я и пессимистичный взгляд на будущее (Бек, Фримен, 2002). В связи с этим

для проверки конструктивной валидности была выдвинута следующая гипотеза: базисные убеждения, касающиеся образа собственного Я и окружающего мира, измеряемые субшкалами ШБУ «Доброжелательность окружающего мира», «Удача», «Самоценность», «Способность контролировать ситуацию», должны иметь отрицательные корреляции с показателями выраженности признаков депрессии.

Исследование конструктивной валидности проводилось на выборке пациентов хирургического отделения (N = 91) (демографические данные см. в таблице 1), перенесших оперативное вмешательство в связи с диагнозами «аппендицит» и «холецистит» и имеющих по оценке врачей приблизительно одинаковое соматическое состояние. Обследование проводилось на 5–10-е сутки после операции, когда состояние больных оценивалось лечащими врачами как удовлетворительное.

Депрессивная симптоматика определялась по когнитивно-аффективной субшкале «Опросника депрессивности» Бека. Данная субшкала предназначена для оценки выраженности депрессии у тех пациентов, вегетативные и соматические симптомы которых могут послужить причиной для завышенной оценки депрессии (Практикум..., 2007). Среднее значение по данной субшкале у пациентов хирургического отделения (M = 5,81, SD = 4,62) не отличается от опубликованных значений, характерных для нормы (например, для студентов или банковских служащих) (Практикум..., 2007). Коэффициенты корреляции субшкал ШБУ и выраженности депрессивной симптоматики приведены в таблице 10.

Таким образом, гипотеза о конструктивной валидности отдельных субшкал ШБУ подтвердилась полностью: данные субшкалы имеют

**Таблица 10**  
**Коэффициенты корреляции между субшкалами ШБУ**  
**и когнитивно-аффективной субшкалой**  
**«Опросника депрессивности» А. Бека**

Субшкала ШБУ	R	p
Доброжелательность окружающего мира	-0,37***	0,0003
Самоценность	-0,44***	0,0000
Способность контролировать ситуацию	-0,29**	0,0050
Удача	-0,25*	0,0170

*Примечание:* уровень значимости помечен \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

значимые отрицательные взаимосвязи с выраженностью депрессивной симптоматики.

Кроме того, дополнительно проверить конструктивную валидность методики, концептуальной основой которой служит положение о разрушении базисных убеждений у травмированных индивидов, можно путем анализа взаимосвязей посттравматических симптомов и характеристик базисных убеждений, который будет предпринят ниже (см. главу 4).

Текст методики приведен в приложении 1. Данные обрабатываются в соответствии с ключом:

- «Доброжелательность окружающего мира»: 2\*, 4, 5, 9, 12\*, 25, 26, 30.
- «Справедливость»: 1, 7, 11, 14, 19.
- «Контролируемость»: 20, 22, 29.
- «Закономерность»: 3\*, 6\*, 15\*, 24\*.
- «Самоценность»: 8\*, 18\*, 28, 31\*.
- «Способность контролировать ситуацию»: 13, 17, 23, 27.
- «Удача»: 10, 16, 21, 32.

*Примечание:* \* – инверсные вопросы (подсчет ведется по формуле: 7–х, т. е. если ответ 5, то будет 2, если ответ 6, то будет 1 и т. д.).

Таким образом, русскоязычный вариант методики «Шкала базисных убеждений» продемонстрировал достаточные показатели надежности, а также тест-ретестовой и конструктивной валидности. Характеристики базисных убеждений не различаются в зависимости от пола, возраста и образования испытуемых.

### **3.3. МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ МЕТОДИКИ «ШКАЛА БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ» Р. ЯНОФФ-БУЛЬМАН**

Исследовательская работа с описанным выше вариантом «Шкалы базисных убеждений» показала, что методика имеет некоторые характеристики, которые нуждаются в усовершенствовании:

- ряд субшкал содержит менее шести пунктов, что не соответствует требованиям, предъявляемым к тестам-опросникам (Бодалев, Столин, 2000);
- в стимульном материале наличествуют лингвистические штампы (например, утверждение «мир прекрасен», входящее в субшкалу убеждений в доброжелательности окружающего



мира), что, безусловно, снижает различительную способность методики;

- некоторые из шкал с содержательной точки зрения в русской ментальности дублируют друг друга: это субшкалы «закономерность» (убеждение о минимальной роли случая в жизни человека) и «контролируемость» (убеждение в том, что люди так или иначе могут контролировать происходящие с ними события).

Руководствуясь перечисленными выше соображениями, мы приняли решение о пересмотре методики с последующей ее апробацией и стандартизацией.

Работа над новой версией опросника проводилась в несколько этапов: на первом производилась работа по уточнению концептуального содержания шкал опросника, подбору пунктов стимульного материала, оценки очевидной валидности и понимания текста.

Когнитивная модель мира, включающая в себя набор имплицитных представлений индивида об окружающем мире, о собственном Я, а также о способах взаимодействия между Я и миром, была операционализована нами в итоговом варианте опросника набором из пяти следующих субшкал.

1. *Базисное убеждение о доброжелательности-враждебности окружающего мира* отражает убеждения индивида относительно безопасной возможности доверять окружающему миру и представлено субшкалой «Доброжелательность окружающего мира».
2. *Базисное убеждение о справедливости* окружающего мира (субшкала «Справедливость») – убеждение в том, что хорошие и плохие события распределяются между людьми по принципу справедливости: каждый получает то, что заслуживает.
3. *Базисное убеждение о контроле* (субшкала «Убеждения о контроле») – убеждение человека в том, что он может контролировать происходящие с ним события.
4. *Базисное убеждение о ценности и значимости собственного Я* (субшкала «Образ Я») – убеждение индивида в том, что он хороший, достойный любви и уважения человек.
5. *Базисное убеждение об удаче* (субшкала «Удача») – убеждение индивида в том, что в целом он везучий человек.

Исходная версия опросника, состоящая из сорока восьми утверждений, была предложена для ознакомления экспертам – психологам, сотрудникам ИП РАН. Перед ними ставилась задача оценить тест

с позиций очевидной валидности, общей и стилистической грамотности, адекватности подбора лексики (наличия или отсутствия нежелательных коннотативных значений). Отчет предоставлялся в устно-письменной форме. По результатам экспертной оценки часть утверждений была переформулирована в связи с отмеченной категоричностью или по причине их неясности, неопределенности, двусмысленности. Так, например, первоначальный вариант стимульного утверждения «Иногда я сомневаюсь, можно ли любить меня по-настоящему» был исправлен на «Порой я сомневаюсь в том, что я достоин (-йна) любви и уважения»; «Ничто не сможет помешать мне получить от жизни то, что я хочу» – на «Вряд ли что-то сможет помешать мне получить от жизни то, что я хочу».

На втором этапе для проверки содержательной валидности субшкал теста утверждения из второй, уточненной, версии опросника было предложено оценить четырем экспертам – психологам, кандидатам наук, сотрудникам ИП РАН. Отчет предоставлялся в письменной форме, для чего была разработана «Анкета экспертной оценки», в которой экспертов просили проранжировать стимульные утверждения субшкал по степени соответствия именно этим шкалам. Рейтинговая шкала состояла из четырех пунктов, от 0 – «ни в малейшей степени» до 3 – «абсолютное соответствие». По итогам работы экспертов был получен средний рейтинг для каждого утверждения, который, наряду с результатами факторного анализа, учитывался при отборе заданий, вошедших в окончательную версию опросника.

На третьем этапе проводилось пилотажное исследование с целью проверки дискриминативных возможностей методики: доработанная версия теста была предложена для заполнения 150 испытуемым – случайным образом опрошенным служащим государственных учреждений (83,3% женщин и 16,7% мужчин) в возрасте от 18 до 60 лет ( $M = 36,7$ ;  $SD = 10,1$ ;  $Me = 35,0$ ). Основным показателем, рекомендованным для оценивания различительной способности теста, дельта Фергюсона (Клайн, 1994), для пунктов опросника составил 0,63–0,81, что свидетельствует об удовлетворительной дискриминативности теста и одновременно является одним из показателей его эмпирической валидности.

На четвертом этапе изучалась конструктивная валидность методики. Сочтя результаты пилотажного исследования в целом удовлетворительными, мы увеличили объем выборки на 405 человек. Выборку на этой стадии исследования на 36,9% составили случайным образом опрошенные госслужащие (см. выше) и на 63,1% – студенты московских вузов (МЭСИ, МПГУ). Таким образом, массив данных,

полученный на выборке из 555 респондентов (28,3% мужчин и 71,7% женщин) в возрасте от 16 до 60 лет ( $M = 23,5$ ;  $SD = 9,8$ ;  $Me = 19,0$ ), был подвергнут процедуре факторного анализа.

Эксплораторный (разведывательный) факторный анализ производился с использованием программного пакета Statistica 6. Применялся метод главных компонент. Теоретическое допущение о возможной неортогональности факторов подтвердилось: оптимально экономичное (пятифакторное) решение было найдено при факторизации исходной матрицы на 40,5% и повороте факторных структур по принципу Equamax normalized (там же). Один из пунктов стимульного материала при этом с достаточно уверенным весом вошел в смежную той, к которой изначально был отнесен, субшкалу: исходное утверждение «Как правило, несчастья случаются с людьми из-за ошибок, которые они совершили» принадлежало субшкале «Справедливость», а по результатам факторного анализа было присоединено к группе «Убеждений о контроле». Напомним, что обе субшкалы характеризуют убеждения индивида о принципах построения взаимоотношений между Я и окружающим миром.

Некоторые из пунктов по итогам факторного анализа были признаны буферными, несущими одинаково неинформативные нагрузки по всем выделенным факторам. Показательно, что в основном это коснулось утверждений с размытой, приближающейся к лингвистическому штампу, семантикой: «Мир в целом хорошее место для жизни», «Думаю, что человек по натуре добр», «В этом мире гораздо чаще происходит что-то плохое, нежели хорошее» и т. п. После изъятия буферных пунктов из исходной матрицы процент объясненной дисперсии несколько увеличился и составил 44,0%.

Собственные значения факторов, процент объясненной дисперсии, а также факторные нагрузки пунктов стимульного материала приведены в таблице 11.

В целом результаты факторного анализа свидетельствуют о том, что апробированная версия опросника соответствует теоретически заданной модели, стимульные утверждения теста адекватно представляют дифференциацию между характеристиками базисных убеждений в практически возможных пределах.

Отметим, тем не менее, что процент объясненной дисперсии оказался невысоким. В попытках преодолеть возникшее затруднение, для выяснения статистического соответствия экспериментальных данных предложенной теоретической модели с использованием программного пакета Statistica 6 (модуль SEPATH), была проведена процедура конфирматорного (подтверждающего) факторного анали-

**Таблица 11**  
**Результаты эксплораторного факторного анализа**

Пункты опросника	Факторная нагрузка
<i>Субшкала «Образ Я»</i>	
<i>Собственное значение фактора = 3,5, фактор объясняет 9,6% дисперсии</i>	
Мне часто кажется, что во мне слишком мало хорошего*	0,66
У меня есть основания быть о себе невысокого мнения*	0,64
Можно сказать, что я себе нравлюсь	0,67
Меня вполне можно назвать интересным и привлекательным человеком	0,60
Мои достоинства вполне перевешивают мои недостатки	0,61
В общем-то, я ценю себя достаточно высоко	0,59
Сомневаюсь, что могу быть достаточно интересным/ой и привлекательным/ой для многих людей*	0,56
<i>Субшкала «Доброжелательность окружающего мира»</i>	
<i>Собственное значение фактора = 3,7, фактор объясняет 10,0% дисперсии</i>	
Я полагаю, что людям доверять нельзя*	0,71
Я опасаясь, что человек, которому я доверюсь, может предать меня*	0,61
Люди по природе своей недружелюбны и злы*	0,48
В целом, люди достойны доверия	0,57
По большому счету, людей не очень-то волнуют проблемы других*	0,57
Вряд ли я могу полностью довериться кому-либо*	0,61
Мне кажется, что если я буду откровенен/на с людьми, они используют это против меня*	0,59
Люди в большинстве своем добры и готовы прийти на помощь	0,43
Доверять людям небезопасно*	0,66
<i>Субшкала «Справедливость»</i>	
<i>Собственное значение фактора = 3,3, фактор объясняет 8,8% дисперсии</i>	
Непорядочные люди очень редко получают по заслугам*	0,33
Как правило, хорошим людям сопутствуют счастье и удача	0,70
Если посмотреть внимательно, то увидишь, что мир полон добра	0,51

В большинстве случаев хорошие люди получают то, что заслуживают в жизни	0,71
С достойными, хорошими людьми неудачи случаются так же часто, как и с плохими*	0,38
Если человек совершает хорошие поступки, то судьба, как правило, к нему благосклонна	0,71
<i>Субшкала «Удача» Собственное значение фактора = 3,6, фактор объясняет 9,7% дисперсии</i>	
В общем-то, судьба ко мне благосклонна	0,55
Мне кажется, что я не так удачлив(а), как большинство людей*	0,53
В моей жизни, как правило, не приходится рассчитывать на удачное стечение обстоятельств*	0,52
Удача улыбается мне значительно реже, чем другим*	0,68
Фортуна слишком часто поворачивается ко мне спиной*	0,63
Я считаю, что мне часто везет	0,74
Оглядываясь назад, я понимаю, что случай был ко мне благосклонен	0,50
Я вполне везучий человек	0,72
<i>Субшкала «Убеждения о контроле» Собственное значение фактора = 2,2, фактор объясняет 6,0% дисперсии</i>	
Как правило, несчастья случаются с людьми из-за ошибок, которые они совершили	0,40
Вряд ли что-то сможет помешать мне получить от жизни все, что я хочу	0,44
Как правило, я в состоянии действовать так, чтобы получить максимально благоприятный результат	0,45
Полагаю, что я в силах сделать все возможное, чтобы предотвратить неудачи	0,57
Я считаю, что в целом бессмысленно предпринимать какие-либо меры для защиты себя от неудач*	0,49
Сомневаюсь, что я в состоянии контролировать события, которые происходят в моей жизни*	0,49
Мне вполне по силам выбрать максимально выигрышную стратегию поведения в сложных жизненных ситуациях	0,59

*Примечание:* инвертированные вопросы помечены знаком \*, значения факторных нагрузок приведены по модулю.

за по методу Generalized Least Squares. Проверяться пятифакторная модель, в которой все латентные переменные (факторы) взаимно коррелируют.

Конфирматорный факторный анализ подтвердил адекватность пятифакторного решения при следующих показателях соответствия: значение статистики  $\chi^2 = 1197,77$ ; число степеней свободы – 619; уровень значимости  $\chi^2 < 0,001$ ; отношение  $\chi^2$  к числу степеней свободы – 1,94; доверительный интервал квадратичной усредненной ошибки аппроксимации (RMSEA):

- Point Estimate: 0,0411;
- Lower 90% Bound: 0,0376;
- Upper 90% Bound: 0,0446.

Для оценки согласованности теоретической модели и экспериментальных данных принято использовать ряд показателей. Наиболее популярными считаются: «Отношение Chi-Square к числу степеней свободы» (этот показатель должен быть не больше 2) и «Квадратичная усредненная ошибка аппроксимации» (показатель располагается в пределах от 0 до 1, однако для принятия нулевой гипотезы о том, что данные, полученные экспериментально и теоретически, согласованы, его значение не должно превышать 0,05 (Крамер, 2007; Митина, 2005)).

Таким образом, анализ приведенных выше величин показателей соответствия дает основания утверждать, что эмпирические данные и теоретическая модель являются согласованными – пятифакторная модель соответствует экспериментальным данным и объясняет более 90% дисперсии исходной матрицы.

На пятом этапе конструктивная валидность опросника исследовалась путем соотнесения полученных данных – характеристик базисных убеждений – с итоговым показателем когнитивно-аффективной шкалы опросника депрессивности А. Бека. Испытуемые (студенты 2 курса факультета начальных классов МПГУ) в количестве 44 человека (2,3% мужчин, 97,7% женщин) в возрасте от 19 до 37 лет ( $M = 22,2$ ;  $SD = 4,1$ ;  $Me = 21,0$ ) анонимно заполняли модифицированный вариант ШБУ и «Опросник депрессивности» Бека.

Проверялась гипотеза, опосредованная когнитивной теорией депрессии Бека, согласно которой для депрессивных пациентов характерна так называемая депрессивная триада: негативное отношение к самому себе, собственному будущему и текущему опыту (Бек, 2003). Мы предположили, что базисные убеждения об окружающем мире, о собственном Я, а также о способах организации взаимодействий

Таблица 12

Коэффициенты корреляции Спирмена между субшкалами ШБУ и когнитивно-аффективной шкалой опросника депрессивности Бека

Субшкала ШБУ	R	p
Доброжелательность окружающего мира	-0,35*	0,02
Справедливость	-0,17	0,27
Убеждения о контроле	-0,60***	0,00001
Образ Я	-0,58***	0,00004
Удача	-0,56***	0,00009

Примечание: R – коэффициент корреляции Спирмена; \* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

вия между Я и миром должны иметь отрицательные взаимосвязи с выраженностью депрессивной симптоматики.

Выявленные корреляции свидетельствуют о том, что для лиц с высоким уровнем выраженности депрессивной симптоматики характерны негативные убеждения об окружающем мире и собственном Я: практически все субшкалы апробируемого опросника продемонстрировали отрицательные взаимосвязи (см. таблицу 12). Следовательно, гипотезу о конструктивной валидности отдельных субшкал опросника ШБУ можно считать подтвержденной.

Шестой этап исследования был посвящен проверке надежности опросника как измерительного инструмента. Использовались два показателя: на материале набранного к этому моменту массива данных ( $N = 555$ ) вычислялся коэффициент синхронной надежности Кронбаха, отражающий однородность, внутреннее постоянство пунктов внутри отдельных шкал теста. Тест-ретестовая форма надежности проверялась путем проведения двухкратного (с интервалом в три недели) обследования методикой ШБУ описанной выше выборки студентов МПГУ ( $N = 44$ ).

Одномоментная надежность, внутренняя согласованность пунктов субшкал методики ШБУ, отражающая адекватность отнесения утверждений стимульного материала именно к соответствующей шкале опросника, в целом достаточно высока: значения коэффициента  $\alpha$  Кронбаха для субшкал находятся в пределах 0,62–0,79 (Клайн, 1994). Тест-ретестовая надежность методики, отражающая временную устойчивость тестовых оценок каждого испытуемого при повторном обследовании, также может быть оценена как высокая: значения коэффициентов корреляции Спирмена между двумя замерами колеблются от 0,71 до 0,90. Результаты отражены в таблице 13.

**Таблица 13**  
**Коэффициенты  $\alpha$  Кронбаха и тест-ретестовой надежности**  
**для субшкал ШБУ**

Субшкала ШБУ	$\alpha$ Кронбаха	R
Доброжелательность окружающего мира	0,77	0,75***
Справедливость	0,71	0,76***
Образ Я	0,78	0,90***
Удача	0,79	0,82***
Убеждения о контроле	0,62	0,71***

*Примечание:* \*\*\* –  $p < 0,001$ .

Для исключения влияния фактора социальной желательности, на седьмом этапе работы была обследована группа испытуемых в количестве 105 человек, ранее не задействованных в исследовании, 50% которых составили госслужащие, 50% – студенты московских вузов (17,1% мужчин и 82,9% женщин) в возрасте от 16 до 58 лет ( $M = 32,1$ ;  $SD = 9,9$ ;  $Me = 30,0$ ). Применялся опросник ШБУ в комплекте с методикой измерения самооценки мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна.

Была выдвинута гипотеза о наличии неслучайных взаимосвязей между характеристиками базисных убеждений, измеренными субшкалами ШБУ, и итоговым показателем шкалы социальной желательности Марлоу–Крауна. Для анализа использовался коэффициент корреляции Спирмена. Результаты приведены в таблице 14.

Полученные результаты не подтвердили выдвинутую гипотезу: значимых взаимосвязей между характеристиками базисных убеждений и уровнем социальной желательности не было обнаружено, т. е. было установлено, что стремление испытуемых давать социально одобряемые ответы в целом не оказывает влияния на достоверность самоотчета. Исключением стала лишь субшкала «Удача», значение коэффициента корреляции Спирмена для которой составило  $R = -0,20$  при уровне статистической значимости  $p = 0,04$ . Полученный результат, учитывая отрицательный характер взаимосвязи, мы склонны объяснить существованием некоего, возможно, культурно обусловленного, социального стереотипа, согласно которому признать себя везучим человеком – значит спугнуть удачу. В любом случае описанный факт, невзирая на слабость выявленной взаимосвязи, следует учитывать при интерпретации эмпирических данных.



Таблица 14

Коэффициенты корреляции между субшкалами ШБУ и показателем социальной желательности по шкале Марлоу–Крауна

Субшкала ШБУ	R	p
Доброжелательность окружающего мира	0,06	0,53
Справедливость	-0,03	0,79
Образ Я	-0,08	0,40
Удача	-0,20*	0,04
Убеждения о контроле	0,10	0,32

Примечание: R – коэффициент корреляции Спирмена, \* –  $p < 0,05$ .

Заключительный, восьмой, этап адаптации методики был посвящен процедуре стандартизации и построению тестовых норм. В целях достижения репрезентативной представленности возрастных и социальных групп из сводной таблицы результатов была выделена выборка стандартизации: 201 человек (80,0% женщин, 20,0% мужчин) в возрасте от 16 до 60 лет ( $M = 32,6$ ;  $SD = 11,5$ ;  $Me = 32,0$ ), представленная на 75% служащими государственных учреждений, на 25% – студентами московских вузов. Исследовалась также чувствительность субшкал теста к социально-демографическим показателям (пол, возраст).

Учитывая приближающийся к нормальному характер распределения данных по субшкалам теста и приняв за норму значение  $M \pm \frac{2}{3}SD$  (Русалов, 2003), мы получили следующие условно-нормативные значения для каждой субшкалы (см. таблицу 15).

Для того чтобы иметь возможность сопоставлять показатели, полученные на основе распределений разной формы, сравнивать относительную выраженность характеристик базисных убеждений в когнитивной модели мира каждого индивида, строить «диагностический» профиль и т. п., нелинейным преобразованием «сырых» данных и переводом их в стены – так называемую «стандартную десятку» ( $M = 5,5$ ;  $SD = 2$ ) – нами были получены нормализованные стандартные показатели (Бодалев, Столин, 2004). Операция выполнялась в программном пакете Statistica 6 (процедура рандомизации). Результаты изложены в таблице 16.

При построении профиля базисных убеждений для каждого конкретного испытуемого мы предлагаем учитывать, что нижней границей коридора нормативных значений является уровень выраженности – 4 стена, верхней – 7 стенов.

**Таблица 15**  
**Условно-нормативные значения субшкал ШБУ**

Субшкала ШБУ	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения	М	SD
Доброжелательность окружающего мира	9–28	29–35	36–54	31,9	5,1
Справедливость	6–20	21–25	26–36	22,6	3,6
Образ Я	7–22	23–27	28–42	25,2	3,2
Удача	8–24	25–29	30–48	27,3	3,3
Убеждения о контроле	7–23	24–28	29–42	25,9	3,6

*Примечание:* нормативные данные приведены с учетом округления для удобства интерпретации при индивидуальной работе.

**Таблица 16**  
**Таблица перевода сырых баллов субшкал ШБУ в стены**

Субшкала ШБУ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Доброжелательность окружающего мира	9   21	22   24	25   26	27   29	30   31	32   34	35   37	38   39	40   42	43   54
Справедливость	6   15	16   17	18   19	20   20	21   22	23   24	25   26	27   28	29   29	30   36
Образ Я	7   18	19   20	21   21	22   23	24   25	26   26	27   28	29   30	31   31	32   42
Удача	8   20	21   22	23   23	24   25	26   27	28   28	29   30	31   32	33   34	35   48
Убеждения о контроле	7   18	19   20	21   22	23   24	25   25	26   27	28   29	30   31	32   33	34   42

Изучение чувствительности субшкал теста к социально-демографическим показателям с применением параметрических критериев анализа выявило, что, как и в предыдущей версии опросника, характеристики базисных убеждений не соотносятся с полом и возрастом испытуемых. Результаты приведены в таблицах 17 и 18.

Окончательная версия Модифицированного варианта ШБУ состоит из тридцати семи пунктов. Испытуемым необходимо выра-

**Таблица 17**  
**Коэффициенты корреляции Пирсона**  
**между субшкалами ШБУ и возрастом**

Субшкала ШБУ	r	p
Доброжелательность окружающего мира	0,07	0,35
Справедливость	-0,12	0,10
Образ Я	-0,08	0,27
Удача	-0,11	0,12
Убеждения о контроле	-0,10	0,18

*Примечание:* r – коэффициент корреляции Пирсона; p – уровень значимости.

**Таблица 18**  
**T-тест средних значений для сравнения характеристик**  
**базисных убеждений у мужчин и женщин**

Субшкала ШБУ	T	p
Доброжелательность окружающего мира	-0,43	0,67
Справедливость	0,83	0,41
Образ Я	-10,11	0,27
Удача	0,02	0,98
Убеждения о контроле	-0,38	0,71

*Примечание:* T – значение критерия Стьюдента; p – уровень значимости.

зять меру своего согласия с каждым утверждением в соответствии с шестибальной шкалой: от «Совершенно не согласен» (1 балл) до «Полностью согласен» (6 баллов). Текст опросника приведен в приложении 2.

В соответствии с тем, какое количество баллов присваивает испытуемый тому или иному утверждению, подсчет итоговых показателей ведется путем суммирования баллов по субшкалам – характеристикам базисных убеждений. Данные обрабатываются в соответствии с ключом:

- «Доброжелательность окружающего мира»: 5\*, 10\*, 13\*, 15, 18\*, 19\*, 27\*, 31, 33\*.
- «Справедливость»: 6\*, 11, 21, 22, 29\*, 34.
- «Образ Я»: 2\*, 7\*, 12, 17, 23, 35, 37\*.
- «Удача»: 3, 8\*, 14\*, 20\*, 25\*, 28, 32, 36.
- «Убеждения о контроле»: 1, 4, 9, 16, 24\*, 26\*, 30.

*Примечание:* \* – данные вопросы обрабатываются в соответствии с инвертированной шкалой; количество баллов вычисляется по формуле:  $7 - x$ , где  $x$  – количество «сырых» баллов.

Таким образом, в процессе апробации модифицированного варианта «Шкалы базисных убеждений» было показано, что психометрические характеристики методики (валидность, надежность, дискриминативность) имеют достаточно высокие показатели. Стремление испытуемых к социальной желательности и их социально-демографические характеристики не оказывают значимого влияния на достоверность методики. Выполненная стандартизация позволяет использовать опросник как с исследовательскими целями, так и в индивидуальной работе.

## ГЛАВА 4

# БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС: ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 4.1. УЧАСТИЕ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ, ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫНУЖДЕННАЯ МИГРАЦИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЗАЦИИ

Исследование базисных убеждений в эмпирической части нашей работы проводилось на выборках людей, которые подвергались воздействию различных по происхождению и характеру травматических стрессоров: участие в военных действиях, опасное для жизни заболевание (рак молочной железы), вынужденная миграция. Рассмотрим коротко специфику этих травматических воздействий.

#### **Участие в военных действиях**

Военные действия являются «классическим» стрессором, отвечающим критерию А (наличие ситуации, в которой индивид испытал угрозу смерти, а также состояния интенсивного страха, ужаса и беспомощности) при диагностике ПТСР по DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual..., 1994).

Известно, что примерно 15,2% ветеранов войны во Вьетнаме страдают ПТСР (Kulka et al., 1990). В исследовании ветеранов войны в Афганистане, проведенном сотрудниками лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН, получены близкие к американским исследованиям результаты: 17% «афганцев» страдают ПТСР (Зеленова и др., 1997; Тарабрина, 2009).

И. Б. Ушаков и Ю. А. Бубеев определяют боевой стресс как системную многоуровневую реакцию человека на воздействие комплекса факторов вооруженной борьбы и сопровождающих его социально-бытовых условий с реальным осознанием высокого риска гибели или серьезной утраты здоровья (Фастовцов, 2009).

В условиях современных локальных войн людям приходится сталкиваться с экстраординарными психотравмирующими факторами,

к которым относятся: возможность внезапного обстрела или атаки, широкомасштабная минная война, неблагоприятные климато-географические условия, отсутствие (ограничение) контактов с семьей и близкими людьми, высокая ответственность за результаты выполнения служебно-боевых задач, неоднозначность общественно-политических оценок происходящих вооруженных конфликтов и мн. др. (Ксенофонтов и др., 2007; Фастовцов, 2009). Эмоциональный фон участников боевых действий формируется под воздействием перечисленных выше факторов и связан с чувством внутреннего беспокойства, с ощущением постоянной опасности для жизни и с ожиданием негативных событий (Ксенофонтов и др., 2007).

Анализируя структуру травматического опыта ветеранов Вьетнама и Афганистана, Е. О. Лазебная пишет, что «ведущим фактором повышенной травматичности <...> является фактор „агрессор-жертва“, связанный с межличностным взаимодействием нескольких субъектов данной ситуации, причем риск травматизации в таких ситуациях равновелик для всех ее участников. Например, с очевидностью первые места в рейтингах травматичности боевого опыта у ветеранов войны во Вьетнаме занимают ситуации, связанные с реальной опасностью им самим быть убитыми или ранеными, а также ситуации наблюдения сцен гибели или тяжелых ранений других людей и зрелища человеческих останков. Столь же травматичными могут оказаться и ситуации, связанные с гибелью солдат противника и насилием над мирным населением. Аналогичная иерархия травматичности факторов ситуаций, связанных с пребыванием в зоне боевых действий, была установлена и в структуре травматического опыта участников войны в Афганистане» (Лазебная, 2004, с. 375).

Таким образом, основное травматическое переживание участников военных действий – это непосредственная угроза жизни и физической целостности, а также контакт со смертью других людей.

### **Онкологическое заболевание**

Определение травматического события, переживание которого может привести к развитию ПТСР, предполагает, что человек испытал угрозу смерти или нарушения физической целостности, а также эмоции страха, ужаса и беспомощности. В настоящее время угрожающие жизни болезни внесены в перечень травматических стрессоров, способных вызывать развитие ПТСР.

Ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессирующей нагрузки, как злокачественная опухоль. Летальность заболевания, необходимость хирургической операции,

длительного и токсичного лечения, последующая инвалидизация – все эти факторы относят онкологическую патологию к разряду объективно тяжелых, как с медицинской, так и с психологической точки зрения (Green et al., 1997; Тарабрина и др., 2010).

Исследования ПТСР у онкологических больных ведутся в рамках психоонкологии – молодой, динамично развивающейся междисциплинарной научной области, существующей на стыке медицины, психологии и социальных наук. Ее появлению предшествовали исследования проблем психосоматики, психосоциальные исследования рака, развитие танатологии (науки о смерти), бихевиоральные исследования стилей жизни, увеличивающих риск онкологических заболеваний (Holland, 1998).

Анализ 116 работ по психоонкологии, выполненный на основе информации, содержащейся в различных базах данных, показывает, что у половины онкологических пациентов заболевание сопровождается переживанием значительного психологического дистресса (Levin, Kissane, 2006). Э. Бреслау с соавт. (Breslau et al., 2001) изучали частоту встречаемости психологического дистресса у 266 женщин, прооперированных по поводу рака молочной железы, а также социально-демографические и биомедицинские переменные, которые предположительно оказывают влияние на уровень дистресса. Анализ данных показал, что более чем четверть (27%) опрошенных переживали состояние дистресса. По психопатологической симптоматике 23% продемонстрировали обсессивно-компульсивные симптомы, 19% – повышенную тревожность, 12% – депрессивную симптоматику. Молодые женщины (до 50 лет) в большей степени проявляют обсессивно-компульсивную и депрессивную симптоматику.

Оценка симптоматики ПТСР дает важную клиническую информацию по поводу адаптации больных онкологическими заболеваниями после прохождения терапии, а также членов их семей (Smith et al., 1999). Психофизиологическое исследование Р. Питмана с соавт. (Pitman et al., 2001), проведенное на выборке больных раком молочной железы 1–3 стадии через 2 года после постановки диагноза, подтвердило мнение большинства ученых, что опасное для жизни заболевание может повлечь развитие ПТСР: из 37 испытуемых, принявших участие в исследовании, 5 пациентов страдали от ПТСР на момент исследования, а еще 8 имели этот диагноз в прошлом.

В исследовании К. Купмана с соавт. (Koorman et al., 2002) признаки посттравматического стресса у женщин с диагнозом «рак молочной железы» изучались в два этапа: сразу после постановки

диагноза и спустя 6 месяцев. В анализ были включены также следующие переменные: возраст; материальное положение; стадия рака; особенности операции и постоперационного лечения; время, прошедшее после постановки диагноза; частота переживания боли; самооффективность (мнение индивида о том, насколько эффективно он может справляться с возникающими в жизни трудностями); воздействие заболевания на жизнь в целом (изменения в семье, профессиональной деятельности и т. д.); настроение; качество жизни. Результаты показали, что наиболее связаны с выраженностью посттравматической симптоматики следующие переменные: возраст во время постановки диагноза (более молодые женщины демонстрируют более высокий уровень посттравматических симптомов), интенсивность постоперационного лечения, самооффективность и воздействие заболевания на жизнь индивида в целом.

ПТСР у больных раком молочной железы также изучал Шелби с соавт. (Shelby, Golden-Kreutz, Andersen, 2008). Из 74 пациенток с этим диагнозом, в возрасте от 31 до 84 лет, наличие ПТСР показали 12 человек (16,2%), наличие отдельных признаков, субсиндромов ПТСР продемонстрировали 15 человек (20,3%), симптомы ПТСР отсутствовали у 47 человек (63,5%).

В рамках онкопсихологии – нового научного направления в отечественной клинической психологии – Н. В. Тарабриной с соавт. (Тарабрина и др., 2010) было предпринято исследование посттравматического стресса у больных раком молочной железы. В исследуемой выборке (N = 75) у 65,3% больных присутствовали отдельные признаки посттравматического стресса и у 24% дистресс достигал значимого уровня, соответствующего клинической картине посттравматического стрессового расстройства. Было выявлено, что пациенты, демонстрирующие высокий уровень психологического дистресса (группа «ПТСР»), имеют более выраженное иммунодефицитное состояние, чем пациенты с отсутствием ПТСР-симптоматики: у них повышена концентрация катехоламинов, что подтверждает наличие выраженного стрессового состояния на нейроэндокринном уровне.

При изучении ПТСР у онкологических больных особое сложность представляет различие соматогенной и психогенной составляющей влияния болезни на психику (Николаева, 1987; Соколова, Николаева, 1995). Соматогенное влияние представляет собой воздействие на психику органических вредностей (в случае онкологических заболеваний это интоксикация, вызванная побочными



явлениями постоперационной терапии). Психогенное влияние заболевания выражается в реакции личности на болезнь и последующих личностных изменениях.

Принято выделять следующие факторы, определяющие психологическую адаптацию человека к травмирующему воздействию онкологического заболевания:

- 1) социально-психологические (установки клиницистов на обсуждение диагноза с пациентом, социально-нормативное отношение к заболеваниям раком и знания о методах лечения и прогнозе);
- 2) индивидуально-психологические (личностные характеристики, стратегии совладания с психотравмирующими переживаниями, защитные механизмы и базисные убеждения о жизни);
- 3) микросоциальные (социальная поддержка и материальные ресурсы); факторы, обусловленные болезнью (стадия рака, локализация опухоли и особенности лечения) (Holland, 1998).

Можно отметить два основных отличия травмирующего воздействия опасных для жизни заболеваний от других видов стрессоров (Green et al., 1997). Во-первых, угроза, которую несет такое заболевание, исходит не из внешней среды, как при других травмах, а изнутри организма. Иначе говоря, невозможно разделить травмирующее событие и самого индивида. Второе отличие состоит в том, что опасное для жизни заболевание угрожает будущей жизни человека, в отличие от других видов травм, которые, как правило, являются событиями прошлого, запечатленными в памяти и влияющими на настоящее.

Рак молочной железы, по сравнению с другими онкологическими заболеваниями, также имеет свою специфику, которая состоит в исключительно «женском» характере заболевания и уродующих внешний вид последствиях. Особую сложность для исследований рака представляет комплексный характер травматического воздействия, состоящего из нескольких этапов: диагностирования, госпитализации, подготовки к операции, постоперационного периода, постоперационной (лучевой, гормональной, радиационной) терапии, выписки и адаптации к новому статусу. Таким образом, травматогенность каждого этапа для разных людей может быть различной, и исследователи затрудняются в ответе на вопрос о том, что в большей степени травмирует людей, больных раком: сам момент диагностирования; переживания, связанные с тяжелым процессом лечения; изменения образа тела или же беспокойство по поводу рецидива и вероятной смерти.

## Вынужденная миграция

Ситуация, вынудившая человека к миграции, как правило, не возникает внезапно, а является кульминацией относительно растянутого во времени процесса преследования и притеснения. Экстремальными стрессорами для вынужденных мигрантов становятся самые разнообразные негативные воздействия до и во время бегства.

Обобщая многолетний опыт работы с беженцами, голландский психиатр Г. Ван дер Вейер перечисляет следующие виды экстремального воздействия, которые мог пережить человек до вынужденной миграции:

- тюремное заключение, в результате которого человек оказался оторван от семьи, не мог участвовать в важнейших семейных событиях, например, таких, как рождение ребенка и смерть родителей, не мог выполнять свои обязанности по содержанию семьи и воспитанию детей;
- пытки; террор – систематическое насилие, направленное на определенные общины или этнические группы, когда убивают безоружных мирных жителей, берут в заложники членов семьи и друзей политически активных граждан;
- военные действия, участником или свидетелем которых был человек;
- потеря близких или отсутствие сведений о них вследствие войны или ареста;
- разлука с родственниками, друзьями;
- различные невзгоды (голод, тяжелые условия жизни) и резкие изменения, связанные с тем, что до событий, приведших к бегству, человек занимал высокое положение и привык к комфорту;
- изгнание, повлекшее за собой целый комплекс проблем: неопределенное социальное и юридическое положение в стране пребывания, беспокойство о получении статуса беженца, угроза депортации, тревога за развитие ситуации на Родине (Van der Veer, 1998).

Нарушения психического здоровья у вынужденных переселенцев носят обычно комплексный характер и затрагивают практически все сферы личности: эмоциональную, когнитивную, поведенческую, мотивационно-потребностную, коммуникативную. Нарушения эти, накладываясь одно на другое, могут привести к глобальным проблемам личности (кризис идентичности; психосоматические симптомы и расстройства разной степени тяжести).

Анализируя специфику стрессовых переживаний у вынужденных переселенцев, ряд исследователей отмечает, что в ситуации миграции граница между нормой и патологией становится менее определенной и размытой: то, что в обычных жизненных обстоятельствах следует трактовать как нарушения психического здоровья, в трагической и неординарной ситуации вынужденной миграции представляет нормальную реакцию на ненормальные обстоятельства (Солдатова, 2002; Соколова, 2001). Слово «вынужденный» сопровождает мигранта до и после переселения. Другая культура вынуждает его отказаться от прежнего образа жизни, принять иные социальные нормы, правила и способы поведения. Этот процесс носит название социокультурной адаптации.

Глубокое психологическое потрясение, которое испытывают мигранты при контакте с новой культурой, так называемый «культурный шок», традиционно изучался в рамках исследования этнических миграций. Однако последнее время этот термин все чаще употребляют применительно к описанию тех явлений, которые возникают при взаимодействии переселенцев из бывших союзных республик с этнически родственным для них населением принимающей территории (Степанов, Сусоколов, 1993; Филиппова, 1997). В исследованиях В. В. Гриценко убедительно показано, например, что, несмотря на принадлежность к общему материнскому этносу – русскому, между вынужденными мигрантами русской национальности и коренными жителями России все еще существует определенная социокультурная дистанция. Это обусловлено различиями в традициях, обычаях, установках, поведении, ценностных ориентациях, сформировавшихся в разных условиях. Среди основных составляющих культурного шока, в частности, отмечают:

- чувство неполноценности от неспособности совладать с новой и непредсказуемой средой;
- тревога, возникающая при осознании культурных различий;
- напряжение в результате усилий, необходимых для достижения психологической адаптации;
- чувства и эмоции, чаще всего имеющие отрицательный оттенок и свидетельствующие об эмоциональном дискомфорте (Гриценко, 2000).

Для вынужденных мигрантов характерна высокая степень фрустрации как базовых потребностей, так и потребностей более высокого уровня, а также высокая степень расхождения между ожиданиями и реальной ситуацией (Gurr, 1993; Солдатова, Шай-

герова, 2001). Степень депривации и изоляции, которую переживают мигранты, сильно зависит от социальных параметров принимающего общества: иммиграционной политики, степени внутренней гомогенности, культурной дистанции и отчетливости различительных признаков (раса, культура, язык, религия) (Furnham, 1986).

Всплеск миграционных процессов, наблюдающийся в последние годы в России, способствовал распространению в обществе нового негативного социального явления, особой разновидностью ксенофобии – мигрантофобии (Солдатова, Шайгерова, 2001). Неприятие со стороны принимающего населения приводит к возникновению у беженцев и вынужденных переселенцев изоляционистских установок и ориентации на «своих». Объединение мигрантов в группы зачастую активизирует процесс их превращения в устойчивый объект негативных социальных установок, способствует распространению мигрантофобии среди принимающего населения.

В Хорватии в 1992 г. было проведено исследование различных групп боснийских беженцев. Все участвовавшие в нем (172 женщины и 159 мужчин) покинули свои дома, и больше чем для половины причиной бегства были физическое насилие или прямая угроза. Каждый третий потерял по крайней мере одного члена семьи. В этой группе обследованных признаки посттравматического стресса были выявлены у каждого второго, в равной степени у женщин и мужчин (Черепанова, 1997; Солдатова, 2002). Наибольшее влияние имели утрата дома, потеря членов семьи, присутствие при убийстве членов семьи и незнакомых людей, пребывание в концлагере, ранения, участие в военных событиях, изнасилование (Kozaric-Kovacic, 1993).

Травма вынужденной миграции часто имеет тяжелейшие последствия и представляет особый интерес для изучения в связи с комплексным характером: у вынужденных переселенцев в жизненной истории зачастую присутствует не только опыт пребывания в районе боевых действий, но и – вызывающая не меньший дистресс – повторная травматизация в местах нового проживания (утрата дома, стресс аккультурации, культурный шок, мигрантофобия в обществе).

Итак, мы исследуем картину мира (систему базисных убеждений) людей, переживших три вида травматических стрессоров, которые отличаются друг от друга различными степенями угрозы жизни, структурой травматических воздействий, пространственно-временной организацией.

#### 4.2. ОСОБЕННОСТИ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Особый исследовательский интерес при изучении базисных убеждений и их трансформации вследствие влияния психической травмы представляют три вопроса:

1. Действительно ли изменяются базисные убеждения личности об окружающем мире и собственном Я вследствие психической травматизации?
2. Как различные по этиологии и характеру стрессоры влияют на различные базисные убеждения?
3. Существуют ли взаимосвязи личностных характеристик и базисных убеждений?

К сожалению, невозможно выстроить схему исследования таким образом, чтобы обследовать испытуемых до и сразу после травмирующего события. Со временем происходит процесс совладания с травмой и восстановления базисных убеждений. Более того, ряд исследований свидетельствует, что некоторые убеждения при успешном совладании с травмой становятся более позитивными, по сравнению с дотравматическими (Tedechi, Colhoun, 1996; Calhoun et al., 2000). Особенно это касается силы собственного Я и убеждения в доброжелательности окружающего мира (в случае адекватной социальной поддержки).

Поэтому мы считаем необоснованным проводить сравнение групп переживших и не переживших травму испытуемых (как это было сделано в исследовании Янофф-Бульман на очень небольших выборках) (Janoff-Bulman, 1992). Таким образом, в существующих условиях невозможно проверить гипотезу о *влиянии* того или иного травмирующего события на структуру базисных убеждений индивида, можно говорить только о взаимосвязи изучаемых явлений. В эмпирическом исследовании были выдвинуты следующие *гипотезы*:

1. Возникновение посттравматических стрессовых реакций и психопатологических симптомов сопровождается изменениями в структуре базисных убеждений личности. При этом посттравматические стрессовые реакции при различных по происхождению и характеру травматических стрессорах взаимосвязаны с различными базисными убеждениями.
2. Существуют взаимосвязи между характеристиками базисных убеждений и основными индивидуально-личностными свойствами – экстраверсией и нейротизмом.

Таким образом, мы предполагаем, что у индивидов, успешно совладавших с травмой, базисные убеждения восстанавливаются и позволяют успешно функционировать. Для тех индивидов, у кого развиваются посттравматические стрессовые реакции, характерны более негативные убеждения об окружающем мире и собственном Я, чем для индивидов, успешно совладавших с травмой. При этом данные закономерности проявляются по-разному при различных видах психических травм. Кроме того, анализ взаимосвязей с индивидуально-личностными характеристиками (экстраверсией и нейротизмом) даст возможность сделать выводы о сопряженности темпераментальных и социально-когнитивных свойств.

В связи с поставленной задачей выявления различий в структуре базисных убеждений при переживании различных видов травм нами были обследованы следующие группы испытуемых: военнослужащие (мужчины, 68 человек, г. Чита), принимавшие участие в военных действиях в Чечне, и пациенты онкологического отделения Федерального центра экспертизы труда и реабилитации инвалидов (женщины, 50 человек, г. Москва), прооперированные по поводу рака молочной железы (второй и третьей стадии) и госпитализированные в связи с осложнениями этого заболевания (диагноз «лимфостаз»). Демографические данные приведены в таблице 19.

Время, прошедшее с момента возвращения из Чечни военных, принявших участие в нашем исследовании, составило от 0,5 до 5 лет. Различия в тяжести пережитого опыта войны контролировались с помощью специальной методики.

**Таблица 19**  
**Демографические характеристики групп,**  
**принявших участие в исследовании**

Параметры	М	Min	Max	SD
<i>Участники боевых действий</i>				
Возраст	28,4	19	43	5,61
Образование	11,7	8	15	2,01
<i>Онкологические больные</i>				
Возраст	52,9	35	65	6,52
Образование	13,22	10	15	1,98

*Примечание:* М – среднее значение; Min – минимальное значение; Max – максимальное значение; SD – стандартное отклонение.

Послеоперационный период у различных пациентов составил от 1 до 12 лет. Диагноз «лимфостаз», с которым были госпитализированы пациенты в период исследования, является осложнением операции и характеризуется нарушением лимфотока в руке со стороны ампутированной молочной железы и приводит к распуханию руки, так называемой «слоновости». Тяжесть лимфостаза была учтена в исследовании и оценивалась врачами (степени 1, 2, 3, 4).

### **Методика исследования**

В исследовании использовалась «Шкала базисных убеждений» – ШБУ (см. главу 3). Методика измеряет характеристики базисных убеждений личности о доброжелательности окружающего мира, о справедливости окружающего мира и о ценности и значимости собственного Я.

В исследовании также применялись методики, апробированные в лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН (см.: Практикум..., 2007):

1. *Миссисипская шкала (Mississippi Scale)*, предназначенная для оценки посттравматических реакций. Описанные в пунктах опросника поведенческие реакции и эмоциональные переживания объединены в несколько групп и включают: навязчивые воспоминания, аффективную лабильность, различные личностные нарушения. Шкала дает общую оценку выраженности посттравматических реакций. Для оценки выраженности посттравматических симптомов у военных использовался военный вариант Миссисипской шкалы, а для онкологических больных – гражданский.
2. *Опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List, SCL-90-R)*. Состоит из 90 утверждений, отражающих наличие определенных соматических и психологических проблем. Оценка и интерпретация результатов производится по 9 основным субшкалам, которые объединяют следующие группы симптомов:
  - *соматизация (somatization)* – дистресс, связанный с ощущением телесной дисфункции; сюда относятся жалобы на симптомы в кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других областях; компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности;

- *обсессивность-компульсивность* (obsessive-compulsive) – в субшкалу включены вопросы, касающиеся мыслей, импульсов и действий, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые;
- *межличностная сензитивность* (interpersonal sensitivity) – самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, а также негативные ожидания относительно любых коммуникаций с другими людьми;
- *депрессивность* (depression) – совокупность таких проявлений депрессии, как отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации, потеря жизненной энергии, чувство безнадежности, мысли о суициде и т. д.;
- *тревожность* (anxiety) – высокий уровень манифестируемой тревожности, соотносящийся с проявлениями нервозности, напряжения, дрожи, приступами паники, чувством опасности, опасения и страха;
- *враждебность* (hostility) – мысли, чувства или действия, являющиеся проявлениями негативного аффективного состояния злости (агрессия, раздражительность, гнев и негодование);
- *фобическая тревожность* (phobic anxiety) – стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу и ведет к избегающему поведению;
- *паранойальность* (paranoid ideation) – подозрительность, страх потери независимости, напыщенность, враждебность;
- *психотизм* (psychoticism) – избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни.

В опроснике также имеются три обобщенных индекса дистресса: общий индекс тяжести психопатологической симптоматики, индекс наличного симптоматического дистресса и общее число утвердительных ответов. Функцией каждого из них является приведение к единому масштабу психопатологической симптоматики разного уровня и глубины. Общий индекс тяжести психопатологической симптоматики является обобщенным показателем количества симптомов и глубины переживаемого дистресса. Индекс наличного симптоматического дистресса является исключительно мерой интенсивности симптомати-



ки, а общее число утвердительных ответов указывает на число симптомов, на которые пациент дает ответы, отличные от нуля.

3. *Шкала оценки влияния травматического события* (Impact of Event Scale, IOES) (применялась только на выборке военнослужащих) оценивает по принципу самоотчета преобладающие симптомы посттравматического стресса и включает в себя следующие субшкалы:

- *вторжение* – стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях, повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором;
- *избегание* – стремление избежать обстоятельств, напоминающих стрессор либо ассоциирующихся с ним;
- *физиологическое возбуждение* – симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора): затруднение засыпания или сохранения сна, раздражительность или вспышки гнева, затруднение концентрации внимания, повышение уровня бодрствования.

Оценка влияния травматического события производится путем подсчета суммарного балла.

4. *Шкала интенсивности боевого опыта* (Legacies Combat Exposure Scale) (применялась только на выборке военнослужащих). Опросник содержит 7 вопросов, касающихся характера, длительности и интенсивности индивидуального боевого опыта испытуемых.
5. В исследовании также применялся *Личностный опросник Айзенка* (Eisenk Personality Inventory), который состоит из 48 вопросов, предназначенных для диагностики экстраверсии–интроверсии и нейротизма (Бурлачук, Морозов, 1989).

### **Различия в базисных убеждениях у индивидов с высокой и низкой выраженностью посттравматических симптомов**

Для проверки первой гипотезы, которая состояла в предположении, что интенсивность посттравматических симптомов связана с характеристиками базисных убеждений, группы испытуемых были разделены по показателям Миссисипской шкалы на три подгруппы: с высокими, средними и низкими значениями интенсивности посттравматических стрессовых реакций. По выборке военнослу-

жащих были получены следующие интервалы по Миссисипской шкале (далее – MS):

- 1) от 41 до 59 (N = 25);
- 2) от 60 до 76 (N = 25);
- 3) от 77 до 117 (N = 18).

По выборке онкологических больных были получены следующие интервалы по Миссисипской шкале:

- 1) от 54 до 68 (N = 16);
- 2) от 69 до 80 (N = 19);
- 3) от 81 до 103 (N = 15).

Средние значения выраженности посттравматических симптомов по MS, а также средние значения субшкал ШБУ по двум исследуемым выборкам приведены в таблицах 20 и 21.

Среднее значение по MS ( $M = 89,61$ ), полученное по подгруппе военнослужащих с высоким уровнем выраженности посттравматических стрессовых симптомов, очень близко по своей величине к среднему значению по MS у ветеранов войны в Афганистане с ПТСР ( $M = 92,00$ ) (Практикум..., 2007), Среднее значение по MS ( $M = 89,27$ ), полученное по подгруппе онкологических больных с высоким уровнем выраженности посттравматических стрессовых симптомов, несколько ниже среднего значения по MS пациентов с ПТСР, больных раком молочной железы (по данным американских исследователей) (Pitman et al., 2001) и находится между средними значениями по подгруппам «Пациенты с ПТСР» ( $M = 111,8$ ) и «ПТСР имело место в прошлом» ( $M = 73,3$ ),

Далее сравнение характеристик базисных убеждений проводилось между крайними подгруппами: с высокими и низкими показателями выраженности посттравматических стрессовых реакций по MS. В таблицах 22 и 23 приведены значения критерия Манна-Уитни по выборкам военнослужащих и онкологических больных.

На диаграммах графически изображены различия в профилях базисных убеждений по выборкам военнослужащих (рисунок 1) и онкологических больных (рисунок 2) с высоким и низким уровнем выраженности посттравматических стрессовых реакций.

Полученные данные указывают на значимые различия между группами испытуемых с разной интенсивностью посттравматических стрессовых реакций: в подгруппах с высокими показателями по MS значения отдельных характеристик базисных убеждений существенно ниже. Таким образом, наша первая гипотеза подтверж-

Таблица 20

Средние значения и стандартные отклонения по подгруппам с различной выраженностью посттравматических симптомов (участники боевых действий)

Характеристики базисных убеждений	Низкий уровень по MS		Средний уровень по MS		Высокий уровень по MS	
	M	SD	M	SD	M	SD
Доброжелательность окружающего мира	35,28	5,46	32,56	5,97	28,89	5,45
Справедливость	17,48	3,83	18,88	4,29	18,11	3,26
Контролируемость	13,24	1,87	12,60	2,50	11,83	2,85
Закономерность	12,80	4,24	13,12	3,19	12,78	4,24
Самоценность	18,32	2,41	16,76	3,43	16,27	3,08
Способность контролировать ситуацию	17,04	2,73	16,24	3,11	15,55	3,20
Удача	15,56	3,00	13,60	3,47	13,33	3,00
Среднее значение по MS	51,84	5,45	69,92	4,69	89,61	12,69

Таблица 21

Описательная статистика по подгруппам с различной выраженностью посттравматических симптомов (онкологические больные)

Характеристики базисных убеждений	Низкий уровень по MS		Средний уровень по MS		Высокий уровень по MS	
	M	SD	M	SD	M	SD
Доброжелательность окружающего мира	34,75	4,50	34,47	5,74	32,80	4,27
Справедливость	19,62	4,86	17,78	4,17	18,53	4,20
Контролируемость	12,00	2,39	12,42	3,23	11,46	3,56
Закономерность	11,87	3,26	11,73	3,47	11,13	3,31
Самоценность	17,06	4,04	16,57	3,59	15,6	2,29
Способность контролировать ситуацию	16,75	2,56	16,47	3,32	14,00	3,02
Удача	14,75	4,15	14,26	3,33	11,6	2,29
Среднее значение по MS	62,31	3,64	73,26	4,01	89,27	6,51

**Таблица 22**

**Различия между характеристиками базисных убеждений по подгруппам участников боевых действий с высокой и низкой выраженностью посттравматических реакций**

<b>Характеристики базисных убеждений</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
Доброжелательность окружающего мира	111,5**	0,005
Справедливость	203,5	0,596
Контролируемость	167	0,153
Закономерность	214,5	0,796
Самоценность	141*	0,038
Способность контролировать ситуацию	172,5	0,196
Удача	138*	0,032

*Примечание:* здесь и далее в таблицах U – значение критерия Манна–Уитни; уровень значимости \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

**Таблица 23**

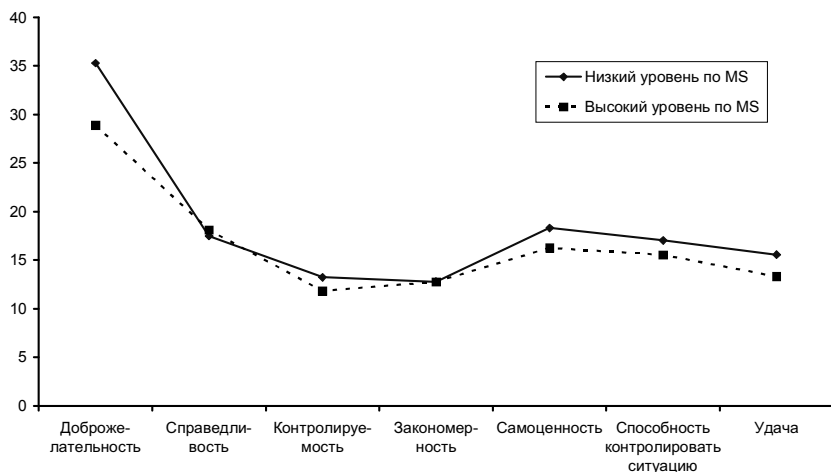
**Различия между характеристиками базисных убеждений по подгруппам онкологических больных с высокой и низкой выраженностью посттравматических реакций**

<b>Характеристики базисных убеждений</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
Доброжелательность окружающего мира	82,5	0,138
Справедливость	99	0,406
Контролируемость	108	0,635
Закономерность	107	0,607
Самоценность	67,5*	0,037
Способность контролировать ситуацию	58*	0,014
Удача	60,5*	0,018

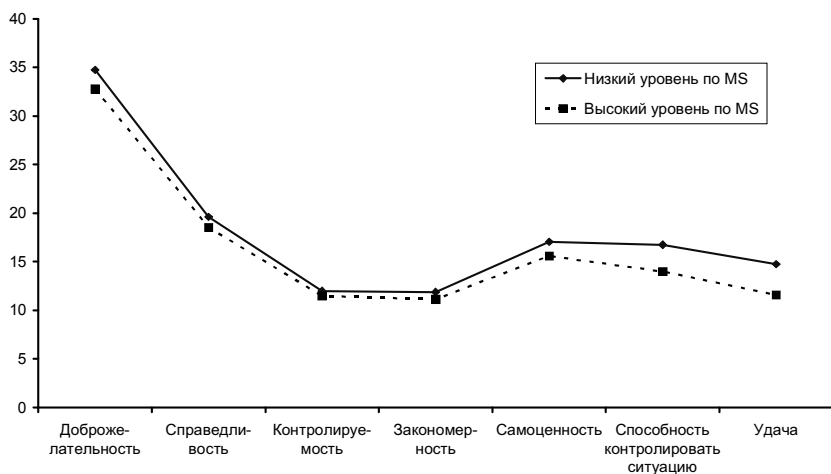
дается: при наличии выраженных посттравматических реакций наблюдается негативная картина мира и собственного Я у травмированного человека.

Данные были подтверждены с помощью корреляционного анализа. Коэффициенты корреляции между параметрами базисных убеждений и интенсивностью посттравматических стрессовых реакций приведены в таблице 24.

Приведенные результаты показывают, что у участников военных действий интенсивность посттравматических стрессовых реакций, определяемая по Миссисипской шкале, значимо отрицательно кор-



**Рис. 1.** Профиль базисных убеждений по подгруппам с высокой и низкой выраженностью посттравматических реакций (группа военнослужащих)



**Рис. 2.** Профиль базисных убеждений по подгруппам с высокой и низкой выраженностью посттравматических реакций (группа онкологических больных)

релирует с категориями базисных убеждений «Доброжелательность окружающего мира», «Самоценность» и «Удача», а у онкологических больных – с показателями «Самоценность», «Способность контролировать ситуацию» и «Удача». Таким образом, данные корреляционного анализа совпадают с данными сравнения по группам с различной интенсивностью посттравматических стрессовых реакций.

Таблица 24

Коэффициенты корреляции Спирмена между характеристиками базисных убеждений и интенсивностью посттравматических стрессовых реакций (Миссисипская шкала)

Характеристики базисных убеждений	MS (участники военных действий)		MS (онкологические больные)	
	R	p	R	p
Доброжелательность окружающего мира	-0,437***	0,000	-0,235	0,099
Справедливость	0,032	0,790	-0,065	0,652
Контролируемость	-0,151	0,217	-0,005	0,967
Закономерность	0,052	0,670	-0,051	0,720
Самоценность	-0,336**	0,005	-0,315*	0,025
Способность контролировать ситуацию	-0,199	0,102	-0,334*	0,019
Удача	-0,327**	0,006	-0,350*	0,012

Однако результаты свидетельствуют о том, что взаимосвязи выявлены не по всем параметрам базисных убеждений. Например, характеристики, относящиеся к базисному убеждению «Справедливость окружающего мира» (субшкалы «Справедливость», «Контролируемость», «Закономерность»), не продемонстрировали взаимосвязей с посттравматическими симптомами ни в той, ни в другой группе. Кроме того, сопряженность базисных убеждений и посттравматических реакций при различных видах стрессоров имеет свои особенности: у участников военных действий значимые различия между подгруппами с разной интенсивностью посттравматических реакций были обнаружены по параметрам «Доброжелательность окружающего мира», «Самоценность» и «Удача», в то время как у онкологических больных – по показателям «Самоценность», «Удача» и «Способность контролировать ситуацию».

В таблице 25 приведены данные корреляционного анализа характеристик базисных убеждений и выраженности посттравматических стрессовых реакций по «Шкале оценки влияния травматического события» (Impact of Event Scale) (далее – ШОВТС).

Приведенные данные показывают, что при развитии посттравматических стрессовых реакций у военнослужащих наиболее страдает убеждение в доброжелательности окружающего мира и в меньшей степени – убеждение в собственной удачливости. Получен также

Таблица 25

Коэффициенты корреляции Спирмена между характеристиками базисных убеждений и интенсивностью посттравматических стрессовых реакций (ШОВТС)

Характеристики базисных убеждений	Показатели ШОВТС			Общий показатель
	Вторжение	Избегание	Гипервозбуждение	
Доброжелательность окружающего мира	-0,21	-0,27*	-0,38**	-0,30*
Справедливость	0,29*	0,06	0,15	0,19
Контролируемость	0,07	0,02	-0,10	0,00
Закономерность	-0,13	-0,10	-0,12	-0,14
Самоценность	-0,13	-0,13	-0,23	-0,16
Способность контролировать ситуацию	0,02	0,01	0,09	0,03
Удача	-0,07	-0,26*	-0,14	-0,18

труднообъяснимый результат – убеждение в справедливости окружающего мира (т. е. в том, что люди получают по заслугам) положительно взаимосвязано с субшкалой «Вторжение», отражающей симптомы навязчивого повторения травматических переживаний.

Резюмируя полученные данные, можно сказать, что при переживании психической травмы, источник которой находится во внешнем мире (участие в военных действиях), интенсивные посттравматические стрессовые реакции характерны для индивидов с негативными убеждениями об окружающем мире и о собственном Я. В случаях, когда источник травматизации находится внутри индивида (опасное для жизни заболевание), интенсивные посттравматические стрессовые реакции присущи индивидам с негативным убеждением о ценности и значимости собственного Я, которое характеризуется представлениями о самоценности, собственной удачливости и способности контролировать ситуацию. Базисное убеждение в доброжелательности окружающего мира в случае опасного для жизни заболевания не сопряжено с посттравматическими симптомами.

При этом возникает гипотеза, что полученные значимые различия в картине мира при разных видах травм могут быть связаны с различиями в демографических характеристиках исследуемых групп, ведь группу участников военных действий составляют относительно молодые мужчины, а группу онкологических больных –

женщины среднего и пожилого возраста. Однако при апробации методики (см. параграф 2 главы 3) нами был проведен анализ различий по характеристикам базисных убеждений между мужчинами и женщинами по выборке служащих, а также корреляционный анализ между возрастом, образованием и характеристиками базисных убеждений. Значимых различий между характеристиками базисных убеждений у мужчин и женщин обнаружено не было. Кроме того, характеристики базисных убеждений не имеют значимых взаимосвязей с возрастом и образованием испытуемых. Таким образом, альтернативная гипотеза отвергается.

Полученные результаты подтверждают предположение о том, что существуют различия между исследуемыми видами психических травм. По всей видимости, участие в военных действиях, сопровождающееся включенностью индивида в ситуации насилия и агрессии со стороны окружающего мира, в которых он чувствует беспомощность, разрушает существующую концептуальную систему человека. Мир становится враждебным, а человек видит себя неудачником, не заслуживающим любви и уважения. В случае неэффективного совладания картина мира и собственного Я в мире не восстанавливается и развиваются посттравматические стрессовые симптомы.

Ситуация опасного для жизни заболевания по своим качественным характеристикам травматизации имеет сходство в большей степени с так называемым «информационным» стрессором: травма направлена в будущее, травматичной является не столько сама ситуация, сколько информация о том, что может произойти (ухудшение состояния, смертельный исход). Так как источник травматизации находится как бы внутри индивида, убеждение об окружающем мире в случае возникновения посттравматических реакций не страдает, однако изменяются убеждения о собственном Я – человек считает себя недостойным любви и уважения, неудачливым и не способным контролировать ситуацию. Это зачастую приводит к ощущению себя «психологическим инвалидом» при объективно позитивной динамике заболевания. Вероятно также, что большую роль в разрушении убеждения о ценности и значимости собственного Я у больных раком молочной железы играет уродующий характер перенесенной операции.

По категориям базисного убеждения о справедливости окружающего мира (субшкалы «Справедливость», «Контролируемость», «Закономерность») в исследовании не обнаружено никаких отрицательных взаимосвязей с посттравматической симптоматикой.



Возможно, это объясняется различиями в культурных аспектах: можно предположить, что россияне исторически предрасположены к неверию в справедливость, контролируемость и закономерность окружающего их социального мира. Поэтому даже влияние психической травмы не изменяет их убеждений. Несоответствие полученных данных по характеристикам этого базисного убеждения с концепцией Янофф-Бульман может объясняться также и тем, что вера в справедливость у россиян и американцев имеет различную природу: граждане Америки в большей степени связывают справедливость окружающего мира с демократией и соблюдением прав человека, в то время как россияне в большей степени полагаются на справедливость высших сил, удачу, благосклонность судьбы.

Полученные результаты не дают права утверждать, что наблюдаемая картина мира при различных видах психических травм – результат психической травматизации, ибо мы не имели возможности исследовать базисные убеждения до травмы. Вполне вероятно, что еще до травмы наши испытуемые имели различные убеждения о мире и собственном Я, которые в числе других факторов выступили предикторами успешности – неуспешности совладания с травмой. Как уже было сказано, многие исследователи утверждают, что когнитивные схемы и травматизация находятся в реципрокной взаимосвязи: чем негативнее предшествующие травме схемы, тем сильнее воздействует на них травма и тем тяжелее процесс совладания. Однако в пользу того, что негативные убеждения – именно результат травматизации, косвенно свидетельствуют взаимосвязи признаков ПТСР с различными убеждениями при разных видах травм.

### **Взаимосвязь картины мира и интенсивности психопатологической симптоматики**

В начале исследования мы выдвинули гипотезу о том, что выраженность психопатологических симптомов также взаимосвязана с характеристиками базисных убеждений. Данные корреляционного анализа приведены в таблицах 26 и 27.

Результаты, полученные по группе онкологических больных, свидетельствуют, что только показатель базисных убеждений «Удача» имеет взаимосвязи с выраженностью психопатологических симптомов по опроснику SCL-90-R: он отрицательно связан с симптомами соматизации, депрессии, тревожности, враждебности, а также с дополнительной шкалой, с индексом наличного симптоматического дистресса и с общим индексом тяжести психопатологических симптомов.

Таблица 26

Коэффициенты корреляции Спирмена между характеристиками базисных убеждений и интенсивностью психопатологических симптомов (у участников военных действий)

Характеристики базисных убеждений	Психопатологические симптомы											
	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD	GSI	PSDI
Доброжелательность окружающего мира	-0,08	-0,28*	-0,42***	-0,30*	-0,28*	-0,28*	-0,18	-0,34**	-0,23	-0,26*	-0,33***	-0,31**
Справедливость	0,33**	0,08	0,15	0,11	0,20	0,15	0,10	0,16	0,27*	0,11	0,19	0,08
Контролируемость	0,08	-0,16	-0,16	-0,12	-0,08	-0,11	-0,12	-0,05	0,06	-0,07	-0,09	-0,03
Закономерность	-0,11	-0,07	-0,03	-0,03	-0,09	-0,10	-0,02	-0,12	-0,14	-0,15	-0,12	-0,12
Самоценность	-0,10	-0,28*	-0,33**	-0,27*	-0,18	-0,23	-0,16	-0,23	-0,10	-0,13	-0,26*	-0,21
Способность контролировать ситуацию	0,04	-0,04	-0,11	-0,18	-0,01	-0,10	-0,06	0,05	-0,18	-0,02	-0,08	0,11
Удача	-0,12	-0,25*	-0,24*	-0,32**	-0,08	-0,13	-0,19	-0,20	-0,25*	-0,23	-0,25*	-0,18

Примечание: SOM – соматизация; O-C – обсессивность – компульсивность; INT – межличностная сензитивность; DEP – депрессивность; ANX – тревожность; HOS – враждебность; PHOB – фобическая тревожность; PAR – паранойяльность; PSY – психотизм; ADD – дополнительная шкала; GSI – общий индекс тяжести дистресса; PSDI – индекс национального симптоматического дистресса. Аналогичные обозначения в таблице 27.

Таблица 27

Коэффициенты корреляции Спирмена между характеристиками базисных убеждений и интенсивностью психопатологических симптомов (по группе онкологических больных)

Характеристики базисных убеждений	Психопатологические симптомы											
	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD	GSI	PSDI
Доброжелательность окружающего мира	-0,08	-0,06	-0,06	-0,13	-0,23	-0,22	0,06	-0,02	-0,01	-0,09	-0,09	0,09
Справедливость	-0,27	0,03	-0,08	-0,15	-0,18	-0,13	-0,19	0,035	0,091	0,063	-0,10	-0,01
Контролируемость	-0,21	-0,23	-0,17	-0,15	-0,12	-0,03	-0,15	0,098	-0,15	-0,045	-0,15	-0,10
Закономерность	-0,09	-0,01	-0,15	-0,10	0,01	0,00	-0,06	-0,04	-0,09	0,16	-0,07	-0,15
Самоценность	0,01	-0,22	-0,19	-0,07	-0,13	-0,08	-0,18	-0,07	-0,15	-0,08	-0,13	-0,09
Способность контролировать ситуацию	-0,08	-0,26	-0,13	-0,18	-0,18	-0,25	-0,23	0,02	-0,14	-0,20	-0,18	-0,19
Удача	-0,28*	-0,18	-0,27	-0,33*	-0,44**	-0,33*	-0,28*	-0,21	-0,20	-0,31*	-0,32*	-0,41**

Показатель базисных убеждений «Доброжелательность окружающего мира» у участников военных действий отрицательно взаимосвязан с межличностной сензитивностью, депрессией, тревожностью, враждебностью, паранойяльностью, общим индексом тяжести психопатологических симптомов и индексом общего числа утвердительных ответов. Показатель «Самоценность» отрицательно взаимосвязан с обсессивностью–компульсивностью, межличностной сензитивностью, депрессивностью и индексами; показатель «Удача» – с обсессивностью–компульсивностью, межличностной сензитивностью, депрессией, психотизмом и индексами. Показатель «Справедливость» положительно взаимосвязан со шкалами «Соматизация» и «Психотизм».

Установленные взаимосвязи характеристик базисных убеждений и психопатологической симптоматики также указывают на специфичность различных видов психической травматизации: у онкологических больных интенсивность психопатологических симптомов взаимосвязана только с представлениями о собственной удачливости, которые входят в убеждения о собственном Я, в то время как у военнослужащих тяжесть психопатологических симптомов прежде всего зависит от убеждения о доброжелательности–враждебности окружающего мира, а потом уже – от убеждений о самоценности и удачливости.

Индекс GSI (общий индекс тяжести дистресса) является интегральным показателем переживаемого дистресса. Полученные отрицательные взаимосвязи данного индекса и убеждений о доброжелательности окружающего мира, ценности и значимости собственного Я и собственной удачливости на выборке военнослужащих полностью подтверждают результаты, полученные с помощью Миссисипской шкалы. Таким образом, указанные убеждения имеют одинаковые взаимосвязи с показателями выраженности посттравматических симптомов по двум измерениям.

В группе онкологических больных показатель GSI отрицательно взаимосвязан только с убеждением в собственной удачливости, в то время как интенсивность посттравматических симптомов по Миссисипской шкале также связана с убеждениями в ценности и значимости собственного Я и в способности контролировать ситуацию. Несмотря на то, что полученные по двум методикам результаты не совсем совпадают, все они указывают на то, что при развитии посттравматических стрессовых реакций у онкологических больных страдает базисное убеждение о ценности и значимости собственного Я.

Полученная положительная взаимосвязь посттравматических симптомов по ШОВТС и психопатологических симптомов «Соматизация» и «Психотизм» по SCL-90-R со шкалой «Справедливость», которая отражает убеждение индивида в том, что люди получают то, что заслуживают в жизни, вызывает определенные трудности при интерпретации. Возможно, данное убеждение (каждый получает в жизни то, что заслуживает), имеющее отчасти религиозную коннотацию, сопряжено с нереалистическими установками (и здесь адекватна взаимосвязь с психотизмом), играющими дезадаптивную роль при совладании с травмой. Более того, убежденность индивида, что он получает по заслугам, связана с чувствами вины и стыда, которые, как известно, играют большую роль в формировании психопатологии. В главе 2 показано, что внутренние атрибуции причин травматических событий («Это произошло из-за меня») являются предикторами интенсивности симптомов ПТСР.

### **Взаимосвязь базисных убеждений и личностных особенностей**

Исходя из нашей гипотезы, был проведен анализ взаимосвязей между характеристиками базисных убеждений и личностными особенностями испытуемых, определяемыми по шкалам «Экстраверсия» и «Нейротизм» опросника Айзенка (таблица 28). В исследование были включены данные опроса только тех испытуемых – онкологических больных, показатели которых по шкале лжи опросника Айзенка не превышали допустимого значения ( $N = 45$ ). Предварительно были получены средние значения по шкалам: «Экстраверсия» ( $M = 10,77$ ;  $SD = 3,26$ ); «Нейротизм» ( $M = 12,98$ ;  $SD = 3,66$ ); «Шкала лжи» ( $M = 3$ ;  $SD = 0,92$ ).

Полученные результаты указывают на положительную взаимосвязь экстраверсии и убеждения в собственной удачливости. Нейротизм имеет отрицательные взаимосвязи с убеждениями, касающимися образа окружающего мира (субшкала «Доброжелательность окружающего мира») и собственного Я (субшкалы «Самоценность» и «Удача»). Таким образом, можно заключить, что наиболее положительный образ собственного Я как успешного и удачливого имеют сангвиники (высокая экстраверсия и низкий нейротизм), а более всего считают себя неудачливыми меланхолики (высокая интроверсия и высокий нейротизм).

Как известно, Айзенк рассматривал экстраверсию и нейротизм как генетически детерминированные свойства личности. «Их выраженность связана со скоростью выработки условных рефлексов

Таблица 28

Коэффициенты корреляции Спирмена между характеристиками базисных убеждений и личностными параметрами «Экстраверсия» и «Нейротизм» по Айзенку

Характеристики базисных убеждений	Экстраверсия		Нейротизм	
	R	p	R	p
Доброжелательность окружающего мира	0,157	0,303	-0,310*	0,038
Справедливость	0,201	0,185	-0,027	0,859
Контролируемость	0,085	0,579	-0,124	0,419
Закономерность	-0,007	0,965	-0,086	0,575
Самоценность	0,215	0,155	-0,349*	0,019
Способность контролировать ситуацию	0,255	0,091	-0,245	0,105
Удача	0,379**	0,010	-0,336*	0,024

и их прочностью, балансом процессов возбуждения – торможения в центральной нервной системе и уровнем активации коры головного мозга со стороны ретикулярной формации. <...> В частности, различия между экстравертами и интровертами Айзенку и его последователям удалось установить более чем по пятидесяти физиологическим показателям» (Курбатова, 2000, с. 289). Таким образом, на основании полученных данных мы можем говорить о сопряженности темпераментальных и когнитивно-личностных характеристик. Безусловно, эти выводы требуют подтверждения на более репрезентативной выборке.

Отсутствие значимых взаимосвязей личностных особенностей и интенсивности посттравматических симптомов со шкалами «Справедливость», «Контролируемость», «Закономерность», входящими, согласно концепции Р. Янофф-Бульман, в базисное убеждение о справедливости окружающего мира, на наш взгляд, может говорить о том, что данные убеждения не составляют базисный, глубинный уровень структуры убеждений личности, а находятся на более высоких слоях иерархии убеждений. Если наше исследование четко показало, что убеждения личности о доброжелательности–враждебности окружающего мира и ценности и значимости собственного Я определенно изменяются при развитии посттравматических стрессовых реакций, что, на наш взгляд, подтверждает их глубинный, базисный характер, то относительно убеждения

в справедливости окружающего мира по результатам исследования мы не можем этого утверждать. В данном случае есть основания дискутировать с концепцией Янофф-Бульман, которая считает убеждение в справедливости окружающего мира базисным. Более того, сама Янофф-Бульман указывает на ранний характер формирования предпосылок базисных убеждений у ребенка (примерно начиная с 6–7 месяцев). Безусловно, в этом возрасте ребенок уже имеет довербальное представление об окружающем мире, которое строится на основе реагирования на его нужды ухаживающего за ним взрослого, а также представления о собственном Я как достойном (или не достойном) любви, внимания и заботы. Однако, на наш взгляд, в этом возрасте ребенок еще не может выстраивать связи между причиной и следствием и, таким образом, вряд ли может формировать убеждение в справедливости. Вероятно, это происходит несколько позднее, чем и объясняется отсутствие изменений данного убеждения при развитии посттравматических стрессовых реакций.

Для иллюстрации полученных результатов приведем два клинических примера.

Н. П., 51 год, замужем, имеет взрослого сына. Образование высшее, профессия программист. Диагноз: вторичная лимфаденопатия левой руки 2 степени. Состояние после комбинированного лечения левой мастэктомии в 1998 г.

В беседе с психологом жалуется на тревожность, навязчивые мысли о смерти, беспокойство по поводу состояния второй (здоровой) молочной железы. Кроме того, предъявляет жалобы на бессонницу, трудности в принятии решений, снижение сексуального влечения. Говорит много, возбужденно. Беспокоится по поводу отчужденных отношений с сыном, отсутствия понимания с мужем, чувствует себя все более изолированной. Самооценка (по Дембо–Рубинштейн) занижена, фон настроения сниженный, плаксива. По Айзенку – меланхолический тип темперамента (экстраверсия – 9, нейротизм – 19). Показатель Миссисипской шкалы (84) и индекс GSI опросника SCL-90-R (1,09) входят в интервал «ПТСР» (по данным исследования Питмана с соавт. (Pitman et al., 2001)).

Считает себя неудачницей, не ощущает поддержки со стороны окружающих. Показатели по субшкалам «Шкалы базисных убеждений» следующие:

Доброжелательность окружающего мира	21
Справедливость	23
Контролируемость	11
Закономерность	10
Самоценность	12
Способность контролировать ситуацию	16
Удача	11

Значения по всем субшкалам ШБУ, за исключением субшкалы «Справедливость», ниже средних значений. В отличие от многих, пациентка отмечает только негативные последствия перенесенного заболевания и не видит никаких позитивных изменений в себе в связи с пережитыми страданиями, за исключением того, что стала более религиозна.

М. Ф., 41 год, замужем, двое детей. Образование высшее, профессия инженер. Диагноз: вторичная лимфэдема правой руки 4 степени. Состояние после комбинированного лечения правой мастэктомии в 2000 г.

В разговоре с психологом предъявляет жалобы на небольшую рассеянность, снижение концентрации внимания, проблемы с памятью, а также соматические симптомы (боли в пояснице, головные боли). Беспокоится по поводу руки, отек которой действительно очень велик. При этом верит в успех лечения, фон настроения адекватен ситуации, самооценка по методике Дембо–Рубинштейн адекватная. По Айзенку – ближе к сангвиническому типу темперамента (экстраверсия – 12, нейротизм – 4). Показатель Миссисипской шкалы (67) входит в интервал «Норма» (по данным исследования Питмана с соавт. (Pitman et al., 2001)). Показатели по субшкалам Шкалы базисных убеждений следующие:

Доброжелательность окружающего мира	39
Справедливость	13
Контролируемость	12
Закономерность	12
Самоценность	16
Способность контролировать ситуацию	17
Удача	19

Значения по всем субшкалам ШБУ в пределах и выше средних значений.



О пережитом периоде постановки диагноза «рак молочной железы», а также о последующей операции и лечении говорит достаточно спокойно. Рассказывает, что сначала было очень тяжело, однако с удовлетворением отмечает поддержку мужа и детей; говорит о том, что в больницу приходили не только родные, близкие друзья и коллеги, но также знакомые, с которыми пациентка имела до болезни весьма поверхностные отношения, а после операции подружилась. Отмечает, что многое переоценила в своей жизни, научилась радоваться даже небольшим радостям, почувствовала себя более сильной и способной к борьбе с жизненными затруднениями.

В описанных примерах мы имеем два различных типа осознания заболевания и реагирования на него, опосредованных системой базисных убеждений пациенток. Следует подчеркнуть, что объективно более тяжелое физическое состояние (4-я степень лимфостаза) испытывает пациентка М. Ф., однако ее психологическое состояние было оценено нами как гораздо более позитивное, чем состояние пациентки Н. П. Данные примеры наглядно иллюстрируют роль когнитивно-личностных факторов при совладании с травмирующими переживаниями.

Анализ случаев подтверждает полученные с помощью статистической обработки результаты: те испытуемые, которые имеют более позитивный образ окружающего мира и собственного Я, в меньшей степени страдают от травматических переживаний, чем те, чья картина мира разрушена и не может быть восстановлена из-за отсутствия поддержки близких и недостатка внутренних ресурсов.

#### **4.3. КОГНИТИВНО-СМЫСЛОВЫЕ ПРЕДИКТОРЫ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ В СИТУАЦИИ ВЫНУЖДЕННОЙ МИГРАЦИИ**

Основываясь на анализе структуры и особенностей вынужденной миграции (см. первый параграф данной главы), мы провели эмпирическое исследование когнитивно-смысловых детерминант совладания со стрессом в ситуации вынужденного переселения. Дизайн исследования был построен на сравнении смысложизненных ориентаций и картины мира, описанной в терминах базисных убеждений, у трех групп испытуемых.

Представители первой группы, получившей условное название «Мигранты – не война», мигрировали до начала военных действий

на территории Чечни (их мы позиционируем как перенесших *стресс* вынужденного переселения). Во вторую группу «Мигранты – война» вошли те, кого согнала с места война (*сочетанная травма*: миграция и военные действия). Третью группу – «Не мигранты» – составили те, кто никогда не выезжал за пределы республики в качестве беженца или вынужденного переселенца (*монотравма*: война).

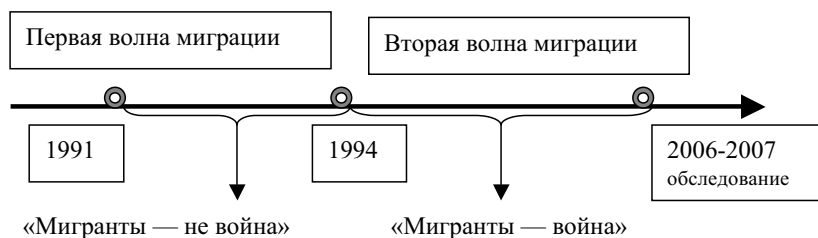
Указанные различия в травматическом опыте испытуемых были условно названы «мигрантским статусом»: нас интересовали не формально-юридические рамки беженца или вынужденного переселенца, но внутренние ощущения человека, которого лишили малой Родины.

Группы комплектовались на добровольной основе, уравнивались по состоянию здоровья (отсутствие боевых ранений и черепно-мозговых травм) и социально-демографическим показателям, существенная роль которых в совладании с травматогенными переживаниями была неоднократно показана исследователями (Практикум..., 2007): по критерию Крускала–Уоллиса различий по возрасту ( $N = 4,3$ ;  $p = 0,12$ ) и образованию ( $N = 0,94$ ;  $p = 0,62$ ) не зафиксировано. Перед началом обследования с испытуемыми проводилась беседа, из которой они могли получить информацию о его целях и задачах; получалось письменное согласие на участие. На этом этапе работы использовался метод анализа случаев с целью отдифференцировать выборку по критерию «миграция вынужденная – миграция добровольная».

В группу «Мигранты – не война» вошли 47 вынужденных переселенцев, покинувших г. Грозный до начала военных действий, т. е. до ноября–декабря 1994 г., проживающих в настоящее время на территории Московского региона: 17 мужчин и 30 женщин русской (77%) и чеченской (23%) национальности в возрасте от 25 до 60 лет ( $M = 43,1$ ;  $SD = 10,9$ ) со средним и высшим образованием ( $M = 13,7$ ;  $SD = 2,1$ ).

Группа «Мигранты – война» была сформирована из 47 вынужденных переселенцев из Чеченской республики, проживающих в настоящий момент в Москве и Московской области, в чьей личной истории есть травматическое событие «война»: 18 мужчин и 29 женщин русской (30%) и чеченской (70%) национальности в возрасте от 24 до 60 лет ( $M = 38,5$ ;  $SD = 11,2$ ) со средним и высшим образованием ( $M = 13,0$ ;  $SD = 2,3$ ).

Группу «Не мигранты» составили 53 жителя Чеченской республики, никогда не выезжавших за ее пределы в статусе беженца или вынужденного переселенца: 15 мужчин и 38 женщин преиму-



**Рис. 3.** Хронологические рамки миграционных процессов из Чеченской республики в соотношении с исследуемыми подгруппами

щественно чеченской (98%) национальности в возрасте от 25 до 56 лет ( $M = 38,4$ ;  $SD = 8,9$ ) со средним и высшим образованием ( $M = 13,1$ ;  $SD = 2,2$ ). В жизненной истории каждого из них присутствует травматическое событие «война».

Хронологические рамки миграционных процессов из Чеченской республики в соотношении с исследуемыми подгруппами отражены на рисунке 3.

Первый пик миграционных процессов связан с приходом – после известных событий августа 1991 года – к власти генерала Дудаева и волной криминала, в течение одной-двух недель буквально захлестнувшей республику. Среди главных причин принятия решения о переезде мигранты этого периода называли следующие: «нет будущего для детей», «русским не давали нигде расти, вытесняли», «опасался за жизнь своей семьи», «очень трудно материально», – т. е. события, связанные с угрозой безопасности, оказались существенными аргументами в пользу миграции из республики задолго до боевых действий.

Официальное начало контртеррористической операции на территории Чечни, бомбардировки и ввод бронетехники в Грозный, развернувшаяся снайперская война послужили причиной второй волны миграции: люди бежали от боевых действий и связанных с ними ужаса и страха за свою жизнь. По данным Федеральной миграционной службы России, с декабря 1994 по апрель 1995 гг. было зафиксировано свыше 320 тыс. беженцев из Чечни, к концу 1996 г. их число приблизилось к 400 тыс. человек, что составило треть всего населения республики, к концу же 1999 г. миграционный потенциал был практически исчерпан (Солдатова, 2002).

На основании представлений о сложной структуре травмы у вынужденных переселенцев были выдвинуты следующие гипотезы:

1. Уровень выраженности признаков посттравматического стресса соотносится с комплексным характером феномена вынужденной миграции: переселенцы, имеющие опыт пребывания на территории боевых действий, демонстрируют более высокий уровень посттравматических стрессовых реакций.
2. Базисные убеждения и система жизненных смыслов являются предикторами интенсивности посттравматического стресса у вынужденных переселенцев.

### **Методика исследования**

Личностные характеристики испытуемых оценивались посредством следующих методик:

1. *Модифицированный вариант «Шкалы базисных убеждений»* Р. Янофф-Бульман (см. параграф 3 главы 3). Методика измеряет характеристики имплицитных представлений личности о доброжелательности-враждебности окружающего мира, его справедливости, а также ценности и значимости собственного Я.
2. *Тест смысловых ориентаций в адаптации Д. Леонтьева* (Леонтьев, 2000). Измеряет осмысленность жизни личности. Включает в себя следующий набор субшкал:
  - три субшкалы смысловых ориентаций, т. е. то, в чем человек находит смысл своего существования: «Цели в жизни» (наличие или отсутствие целей в будущем), «Процесс жизни» (насыщенность и эмоциональная наполненность жизни в настоящем), «Результативность жизни» (удовлетворенность самореализацией, т. е. ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая часть жизни);
  - два аспекта интернальности: субшкала «Локус контроля – Я» (Я – хозяин жизни), которая отражает представления человека о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле, и субшкала «Локус контроля – жизнь» (управляемость жизни), выявляющая представления испытуемого о степени человеческих возможностей в реализации сознательного контроля над жизненными событиями.

Для оценки выраженности психопатологической симптоматики, а также признаков посттравматического стресса использовались методики, апробированные в лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН (Практикум..., 2007):

1. *Опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики* (Symptom Check List – SCL-90-R). Состоит из 90 утверждений, отражающих наличие определенных соматических и психологических проблем. Оценка и интерпретация результатов производится по 9 основным субшкалам, которые объединяют следующие группы симптомов (подробное описание см. в параграфе 2 данной главы). В исследовании в качестве интегрального рассматривался показатель общего индекса тяжести дистресса. Методика использовалась для выявления уровня переживаемого дистресса применительно ко всем исследовательским подгруппам.
2. *Шкала оценки влияния травматического события* (Impact of Event Scale, IOES) – самоотчетная методика, основанная на работах М. Горовитца. Направлена на выявление трех основных критериев ПТСР (подробное описание см. в параграфе 2). Данная методика позволяет во время обследования сосредоточить фокус внимания опрашиваемого не на травматических переживаниях вообще (сюда недифференцированно попадают как миграция, так и пребывание в районе боевых действий), а на конкретной ситуации вынужденного переселения и оценить степень влияния именно этого события на испытуемого. Обследовались только испытуемые, перенесшие травму вынужденного переселения (группы «Мигранты – война» и «Мигранты – не война»).

Кроме вышеуказанных методик, в работе применялся также метод анализа случаев.

Статистическая обработка производилась при помощи программного пакета Statistica 6. Использовались данные описательной статистики, проверка соответствия эмпирического распределения нормальному распределению данных с помощью критерия Колмогорова–Смирнова, анализ значимости различий по критерию Манна–Уитни и Крускала–Уоллиса, корреляционный анализ по критерию Спирмена, регрессионный анализ. Уровень статистической достоверности оценивался как значимый при  $p \leq 0,05$ .

### **Влияние адаптационного срока и социально-демографических характеристик на выраженность признаков посттравматического стресса в ситуации вынужденной миграции**

Анализ различий в изучаемых переменных в зависимости от национальной принадлежности испытуемых показал следующее. Представленность в исследовательских группах по национальному признаку

неравномерна: до войны из Чеченской республики уезжали в основном русские, с началом военных действий к ним присоединились представители чеченской национальности. Группа же испытуемых, никогда не покидавших территорию республики, практически целиком состоит из чеченцев. Был проведен анализ значимости различий в базисных убеждениях и смысложизненных ориентациях между субгруппами русской и чеченской национальности внутри общей выборки (N = 147).

Применение статистики Колмогорова–Смирнова показало, что эмпирическое распределение субшкал значимо не отличается от нормального (таблица 29).

Использование t-критерия Стьюдента для независимых выборок различий не выявило (см. таблицу 30), т. е. картина мира индивидов, описанная в терминах базисных убеждений, и смысложизненные ориентации никак не соотносятся с национальным признаком.

Аналогичным образом был проанализирован уровень выраженности симптоматики наличного психического дистресса, а также признаков посттравматического стресса среди русских и чеченцев в подгруппах мигрантов (см. таблицу 31).

Критерий Манна–Уитни в целом значимых различий не выявил, однако для дальнейшего анализа представляется важным отметить, что из мигрировавших в результате начала военных действий че-

**Таблица 29**  
**Значения статистики Колмогорова–Смирнова**  
**для субшкал исследовательских методик**  
**при сравнении с нормальным распределением**

		<b>d</b>	<b>p</b>
Характеристики базисных убеждений	Доброжелательность окружающего мира	0,04	>0,05
	Справедливость	0,095	>0,05
	Образ Я	0,07	>0,05
	Удача	0,06	>0,05
	Убеждения о контроле	0,097	>0,05
Смысложизненные ориентации	Цели в жизни	0,08	>0,05
	Процесс жизни	0,04	>0,05
	Результативность жизни	0,04	>0,05
	Локус контроля – Я	0,05	>0,05
	Локус контроля – жизнь	0,05	>0,05
	Общий показатель осмысленности жизни	0,03	>0,05

Таблица 30

Значение характеристик базисных убеждений, смысловизненных ориентаций и личностных свойств субгрупп русских и чеченцев внутри исследовательской выборки (N = 147)

	t	df	p	Русские		Чеченцы	
				M	SD	M	SD
Характеристики базисных убеждений	Доброжелательность окружающего мира	145	0,36	32,9	7,4	31,8	6,8
	Справедливость	145	0,72	20,7	4,3	20,9	4,2
	Образ Я	145	0,11	30,0	5,4	28,5	5,0
	Удача	145	0,24	32,2	6,1	30,9	6,4
	Убеждения о контроле	145	0,76	25,2	5,5	25,5	4,3
Смысловизненные ориентации	Цели в жизни	145	0,08	32,0	6,3	29,4	9,4
	Процесс жизни	145	0,10	29,1	7,0	26,8	8,8
	Результативность жизни	145	0,12	22,1	4,2	20,8	5,0
	Локус контроля – Я	145	0,15	19,0	4,8	17,6	6,0
	Локус контроля – жизнь	145	0,86	25,9	6,9	25,7	7,6
	Общий показатель осмысленности жизни	145	0,10	97,5	19,3	90,9	24,2

Примечание: t – значение критерия Стьюдента, df – число степеней свободы.

Таблица 31

Значения критерия Манна–Уитни (U), полученные при анализе различий в уровне выраженности симптоматики дистресса и посттравматического стресса среди русских и чеченцев в подгруппах мигрантов

Выраженность признаков посттравматического стресса и психопатологических симптомов	Мигранты – война						Мигранты – не война					
	U	P	русские		чеченцы		U	P	русские		чеченцы	
			M	SD	M	SD			M	SD	M	SD
Вторжение	222,0	0,80	15,9	10,7	17,0	8,7	184,5	0,73	11,2	8,7	12,5	9,9
Избегание	171,0	0,16	16,8	8,9	19,2	7,6	177,5	0,61	11,8	8,6	13,5	8,5
Физиологическое возбуждение	226,0	0,91	13,4	9,2	12,5	7,0	168,5	0,46	7,9	8,6	6,9	8,5
ШОУТС в целом	216,0	0,72	46,1	26,6	47,5	20,2	194,0	0,92	31,0	6,8	32,9	9,2
Соматизация	223,0	0,85	0,73	0,55	0,84	0,73	170,5	0,49	0,73	0,69	0,61	0,74
Обсессивно-компульсивные расстройства	157,0	0,09	0,61	0,53	0,93	0,61	189,0	0,82	0,69	0,64	0,71	0,60
Межличностная сензитивность	118,5**	0,009	0,43	0,42	0,99	0,73	179,5	0,64	0,70	0,62	0,62	0,64
Депрессия	161,5	0,11	0,47	0,44	0,76	0,71	196,5	0,97	0,68	0,71	0,61	0,55
Тревожность	189,0	0,33	0,59	0,58	0,78	0,71	164,0	0,39	0,53	0,59	0,39	0,55
Враждебность	162,0	0,11	0,49	0,54	0,84	0,84	152,0	0,25	0,66	0,66	0,36	0,36
Фобическая тревожность	126,0**	0,01	0,09	0,13	0,40	0,46	197,5	0,99	0,26	0,36	0,29	0,43
Паранойальные симптомы	168,5	0,15	0,44	0,47	1,00	1,1	161,5	0,36	0,55	0,57	0,68	0,45
Психотизм	123,0**	0,01	0,13	0,18	0,43	0,48	197,0	0,98	0,33	0,39	0,27	0,23
Уровень тяжести дистресса (GSI)	153,0	0,07	0,47	0,38	0,77	0,57	188,5	0,81	0,59	0,52	0,52	0,44



ченцы в ситуации вынужденного переселения демонстрируют более высокий уровень межличностной сензитивности, фобической тревожности и психотизма, нежели русские. В реальных условиях межэтнического взаимодействия на принимающей территории описанная симптоматика соотносится с маргинальной позицией этой субгруппы: негативные ожидания относительно любых коммуникаций с другими людьми, иррациональные, неадекватные стимулам реакции страха приводят к избегающему поведению, изолированному стилю жизни.

Поскольку в литературе существуют данные о влиянии временной отдаленности травматического события, возраста на момент травматизации, а также уровня образования на выраженность посттравматических симптомов, соответствующее исследование было предпринято и нами. Корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции Спирмена (таблица 32) показал, что переменная «срок адаптации», подразумевающая количество лет, прошедшее со времени переезда до момента обследования, не оказывает значимого воздействия на выраженность симптомов посттравматического стресса как в группе «Мигранты – не война», так и в группе «Мигранты – война».

Выявленные значимые взаимосвязи между возрастом испытуемых (как на момент обследования, так и на момент травматизации) и выраженностью признаков посттравматического стресса в группе «Мигранты – не война» положительны, т. е. наиболее уязвимыми к стрессовому воздействию в ситуации вынужденного переселения оказываются лица старшего возраста.

Количество лет, затраченных на получение образования, в группе «Мигранты – не война» не связано с симптомами посттравматического стресса, в группе «Мигранты – война» уровень образования отрицательно коррелирует со всеми посттравматическими симптомами, что не расходится с данными, ранее полученными в лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН для других контингентов испытуемых, подвергшихся воздействию травматического стрессора (Практикум..., 2007).

### **Анализ признаков посттравматического стресса и уровня выраженности дистресса**

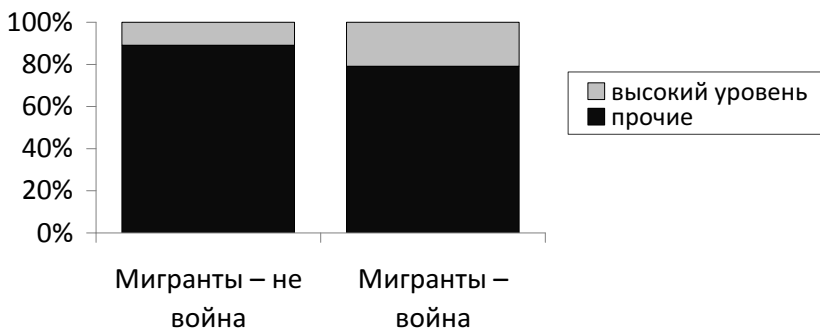
Сопоставление полученных данных с имеющимися в литературных источниках показало, что, с точки зрения совладания со стрессовыми переживаниями, в целом изученные группы могут быть охарактеризованы как благополучные. Средний уровень выраженности призна-

Таблица 32

Результаты корреляционного анализа связи значения демографических переменных с признаками посттравматического стресса в группах вынужденных переселенцев

Мигранты – не война									
	Вторжение		Избегание		Физиологическое возбуждение		ШОУТС в целом		
	R	p	R	p	R	p	R	p	
Срок адаптации	0,31	0,08	0,24	0,18	0,25	0,17	0,28	0,12	
Возраст на момент обследования	0,31*	0,03	0,34*	0,02	0,35**	0,01	0,35*	0,02	
Возраст на момент переезда	0,30*	0,04	0,33*	0,02	0,34*	0,02	0,34*	0,02	
Уровень образования	0,01	0,95	-0,09	0,54	-0,04	0,78	-0,02	-0,91	
Мигранты – война									
	Вторжение		Избегание		Физиологическое возбуждение		ШОУТС в целом		
	R	p	R	p	R	p	R	p	
Срок адаптации	-0,02	-0,91	-0,08	0,59	-0,04	0,78	-0,10	0,52	
Возраст на момент обследования	0,11	0,48	-0,01	0,92	0,15	0,33	0,07	0,62	
Возраст на момент переезда	-0,02	0,90	-0,08	0,59	-0,04	0,78	-0,10	0,50	
Уровень образования	-0,23	0,11	-0,48***	0,001	-0,31*	0,04	-0,46***	0,001	

Примечание: здесь и далее \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001.



**Рис. 4.** Представленность респондентов с высоким уровнем выраженности признаков посттравматического стресса в группах мигрантов

ков посттравматического стресса в группах «Мигранты – не война» ( $M = 31,45$ ;  $SD = 28,19$ ) и «Мигранты – война» ( $M = 47,09$ ;  $SD = 22,02$ ) соотносится, скорее, с категорией «Беженцы норма» ( $M = 40,79$ ;  $SD = 28,19$ ), нежели «Беженцы ПТСР» ( $M = 77,43$ ;  $SD = 14,25$ ) (Практикум..., 2007), хотя за счет большого разброса ( $\max = 92$ ) интегральный показатель единичных самоотчетов вполне может быть расценен как высокий (для группы «Мигранты – не война» эти данные составляют 11%, «Мигранты – война» – 21%), т. е. у части респондентов посттравматические стрессовые реакции носят выраженный характер (рисунок 4).

Применение критерия Манна–Уитни фиксирует значимые различия в уровне выраженности признаков посттравматического стресса среди групп мигрантов, имеющих опыт пребывания в районе боевых действий и не имеющих такового (см. таблицу 33). Наиболее ярко признаки посттравматического стресса выражены у переселенцев, уехавших в результате начала военных действий.

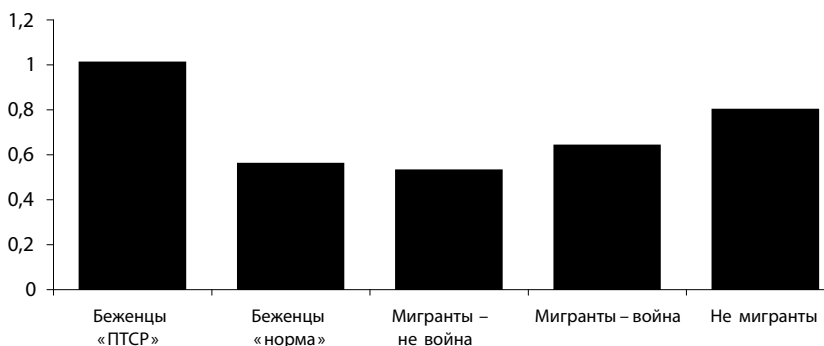
Уровень наличного психического дистресса, по данным методики SCL-90-R, переживаемого испытуемыми исследовательских подгрупп, также укладывается в интервал между описанными выборками «Беженцы норма» ( $M = 0,60$ ;  $SD = 0,51$ ) и «Беженцы ПТСР» ( $M = 1,08$ ;  $SD = 0,59$ ). Гомогенность дисперсий – тест Ливена на значимом уровне межгрупповых различий не фиксирует ( $F_{2,144} = 0,76$ ;  $p = 0,46$ ) – позволяет применить к полученным данным однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Использование ANOVA показало, что на степень тяжести переживаемого дистресса значимо влияет переменная, которую мы условно назвали мигрантским

**Таблица 33**  
**Результаты анализа значимости различий для субшкал ШОВТС**  
**среди групп мигрантов**

	U	p	Мигранты – война		Мигранты – не война	
			M	SD	M	SD
Вторжение	746,5**	0,007	16,7	9,2	11,5	8,9
Избегание	637,5***	0,0004	18,5	8,0	12,2	8,5
Физиологическое возбуждение	661,5***	0,0008	12,7	7,6	7,7	7,3
ШОВТС в целом	663,5***	0,001	47,09	22,02	31,4	22,7

статусом ( $F_{2,144} = 3,38$ ;  $p = 0,04$ ): апостериорные тесты, например, критерий Шеффе ( $S = 7,5$ ;  $p = 0,04$ ), показывают, что максимальную тяжесть симптомов демонстрируют те, кому пришлось пережить войну, не покидая Грозный ( $M = 0,86$ ;  $SD = 0,62$ ), минимальную – мигранты, уехавшие до начала событий ( $M = 0,57$ ;  $SD = 0,51$ ), группа «Мигранты – война» занимает промежуточное положение ( $M = 0,69$ ;  $SD = 0,53$ ) (рисунок 5). Данные по группам «Беженцы норма» и «Беженцы ПТСР» приведены по материалам Практикума по психологии посттравматического стресса (Практикум..., 2007).

Дальнейший анализ отдельных симптомов наличного психического дистресса, переживаемого испытуемыми исследовательских подгрупп, приводит к аналогичным выводам. Критерием Крускала–Уоллиса на достаточном уровне статистической значимости меж-



**Рис. 5.** Гистограмма средних значений тяжести наличного симптоматического дистресса по данным опросника SCL-90-R

**Таблица 34**  
**Результаты анализа значимости различий**  
**в симптомах наличного психического дистресса**

<b>Симптомы наличного психического дистресса</b>	<b>Н</b>	<b>р</b>
Уровень тяжести дистресса (GSI)	7,4*	0,03
Соматизация	4,7	0,09
Обсессивно-компульсивные расстройства	5,3	0,07
Межличностная сензитивность	4,1	0,13
Депрессия	5,4	0,07
Тревожность	10,9**	0,004
Враждебность	5,6	0,06
Фобическая тревожность	6,7*	0,04
Паранойяльные симптомы	3,1	0,21
Психотизм	6,2*	0,04

*Примечание:* Н – значения критерия Крускала–Уоллиса.

групповые различия фиксируются, помимо интегрального индекса тяжести дистресса, также и в части проявления признаков тревожности, фобической тревожности и психотизма, субшкалы «Обсессивность–компульсивность» и «Враждебность» опросника SCL-90-R различаются на уровне тенденции (см. таблицу 34).

Попарное сравнение с помощью критерия Манна–Уитни позволяет сделать вывод о том, что основной вклад в выявленные различия вносит противопоставление групп «Мигранты – не война» (N = 47) и «Не мигранты» (N = 53), причем интенсивность симптомов нарастает все также в направлении от «Мигранты – не война» к «Не мигранты», с промежуточным положением группы «Мигранты – война» (см. таблицу 35).

Различия в проявлениях фобической тревожности и психотизма могут быть опосредованы, как было показано выше, национальным признаком (тяжесть симптомов нарастает в соответствии с увеличением численного состава чеченцев в исследовательских подгруппах), однако применительно к прочим шкалам тревожного регистра («обсессивность–компульсивность», «тревожность», «враждебность») описанная тенденция позволяет сделать вывод, что в настоящий момент жители Грозного переживают больший наличный дистресс, нежели те, кто в разное время смог покинуть территорию Чечни.

Важно отметить, что описанный результат представлял для нас предмет особого исследовательского интереса и вовсе не был оче-

**Таблица 35**  
**Результаты анализа значимости различий субшкал SCL-90-R**  
**для групп мигрантов**

Симптомы наличного психического дистресса	U	p	Мигранты – не война		Не мигранты	
			M	SD	M	SD
Обсессивно-компульсивные симптомы	921,0*	0,03	0,69	0,62	1,02	0,78
Тревожность	790,5**	0,002	0,50	0,58	0,85	0,70
Враждебность	907,5*	0,02	0,59	0,61	0,88	0,74
Фобическая тревожность	916,0*	0,02	0,27	0,37	0,53	0,61
Психотизм	934,0*	0,03	0,32	0,35	0,59	0,64

виден. Изначально оценивая травматический опыт пребывания на территории военных действий в группах «Мигранты – война» и «Не мигранты» как приблизительно идентичный (большая часть мирных жителей покидала места активных боевых действий, уезжая совсем либо временно перебираясь в села), мы полагаем вполне возможным дальнейшее усугубление травматических симптомов стрессовыми переживаниями вынужденного переселения.

### **Различия в характеристиках базисных убеждений и смысложизненных ориентаций в исследовательских группах**

Тестом Крускала–Уоллиса выявлены различия в картине мира исследовательских групп: значимо отличаются базисные убеждения об образе Я ( $N = 6,0$ ,  $p = 0,05$ ) и представления о справедливости ( $N = 9,1$ ,  $p = 0,01$ ), на уровне тенденции – общий показатель осмысленности жизни ( $N = 5,2$ ,  $p = 0,07$ ). Средние значения и стандартные отклонения соответствующих характеристик приведены в таблице 36, усредненные профили базисных убеждений исследовательских групп показаны на рисунке 6.

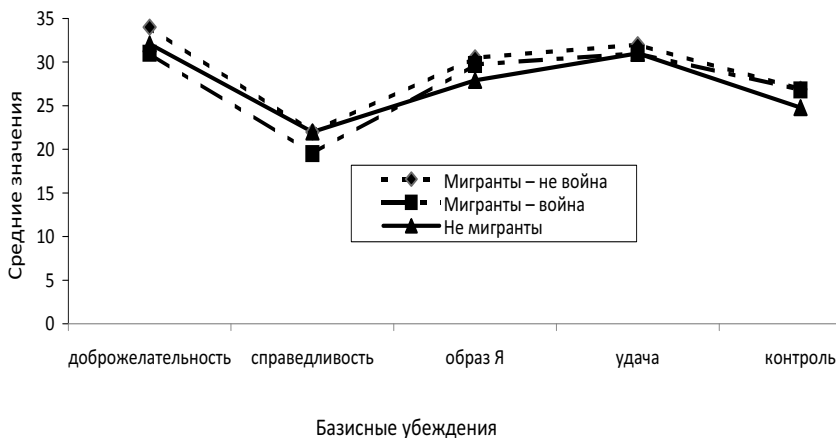
Дальнейшее попарное сравнение с использованием статистического критерия Манна–Уитни показывает, что осмысленность жизни выше у группы «Мигранты – не война», по сравнению с «Не мигрантами» ( $U = 917,0$ ;  $p = 0,02$ ).

Самые негативные представления о справедливости характеризуют мигрантов, в чьем анамнезе есть травматическое событие

**Таблица 36**  
**Описательная статистика характеристик**  
**базисных убеждений и смысложизненных ориентаций,**  
**отличающих исследовательские группы**

Исследовательская группа	Справедливость окружающего мира		Образ Я		Общий показатель осмысленности жизни	
	М	SD	М	SD	М	SD
Не мигранты	21,4	4,0	27,7	4,7	86,6	28,6
Мигранты – война	19,4	5,0	29,4	5,4	95,1	17,4
Мигранты – не война	21,6	3,3	30,2	5,2	98,7	18,1

«война». Наиболее выражены представления о справедливости, т. е. о том, что каждый получает то, что заслуживает, и заслуживает то, что получает, у тех, кто уехал раньше. Представляется важным при этом отметить, что испытуемые группы «Мигранты – война» демонстрируют более слабую веру в справедливость мира также и по сравнению с нормативными данными, полученными в хо-



**Рис. 6.** Усредненные профили базисных убеждений в исследовательских группах

де апробации модифицированного варианта «Шкалы базисных убеждений» (см. параграф 3 главы 3). Этот факт, вероятно, говорит о посттравматической трансформации структуры базисных убеждений. Более того, корреляционный анализ по Спирмену фиксирует наличие в данной группе положительных взаимосвязей веры в справедливость окружающего мира с выраженностью посттравматических симптомов ( $R = 0,34$ ;  $p = 0,02$ ). Таким образом, вполне вероятным представляется, что частичная утрата веры в справедливый мир может выступать ресурсом для совладания с последствиями переживания ситуации вынужденной миграции: переселенцы, лишённые убежденности в том, что «каждый получает по заслугам», в большей степени свободны от чувства вины и открыты новому опыту.

Убеждения в ценности и значимости собственного Я наиболее позитивны у группы «Мигранты – не война», наименее – у жителей Чеченской республики, никогда не покидавших ее территорию в статусе беженца или вынужденного переселенца; группа «Мигранты – война» занимает промежуточное положение. При этом, если сравнивать средние значения по группам с нормативными показателями, полученными в процессе апробации методики (см. главу 3), то можно сделать вывод, что у жителей Чечни и испытуемых группы «Мигранты – война» представления о собственном Я находятся в пределах нормы, тогда как в группе «Мигранты – не война» они выше нормативных значений ( $M = 25,2$ ;  $SD = 3,2$ ).

Полученный результат может быть соотнесен с принципиальным различием ресурсов, используемых для совладания в описанных выборках: для тех, кто остался – это ощущение Родины («Дома и стены помогают», «Где родился, там и пригодился»); те же, кто в тот или иной момент принял решение уехать, могли рассчитывать только на самих себя. Таким образом, позитивные представления о ценности и значимости Я у мигрантов могут быть связаны с феноменом личностного роста, когда в результате глубокой экзистенциальной переработки и успешного совладания со стрессом вынужденного переселения они начинают воспринимать собственное Я как более сильное, достойное уважения, социально адаптированное. В ряде случаев, однако, можно предположить, что в рамках данного контингента испытуемых мы имеем дело с неадекватно завышенной самооценкой, что может быть связано с действием нарциссических (идеализация) либо гипоманиакальных (отрицание) защитных механизмов.



## Предикторы совладания со стрессом вынужденного переселения в группах мигрантов

С целью изучения механизмов совладания со стрессом в ситуации вынужденного переселения к полученным эмпирическим данным был применен метод пошаговой множественной регрессии (анализировалась линейная модель). Подгруппы мигрантов нами были объединены, переменная «наличие в анамнезе опыта пребывания на территории боевых действий» контролировалась. Результаты представлены в таблице 37.

В качестве зависимой переменной в анализ был включен интегральный показатель методики ШОВТС, отражающий уровень выраженности симптоматики посттравматического стресса, – «ШОВТС в целом». Как переменные-предикторы рассматривались данные, характеризующие когнитивно-смысловые ресурсы совладания (субшкалы-характеристики базисных убеждений в рамках методики ШБУ и смысложизненные ориентации, измеренные тестом СЖО).

Пошаговое исключение предикторов по методу Backward step-wise привело к созданию регрессионной модели, объясняющей

**Таблица 37**  
**Результаты пошаговой множественной регрессии**  
**лично-смысловых ресурсов совладания со стрессом**  
**вынужденного переселения в группах мигрантов (N=94)**

Предикторы	Beta	B	p
Intercept		75,2	0,000005
Опыт пребывания на территории боевых действий***	0,32	15,2	0,0005
Базисное убеждение об удаче*	-0,23	-0,91	0,02
Базисное убеждение о справедливости	0,19	1,0	0,06
Цели в жизни*	0,30	1,1	0,03
Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией*	-0,29	-1,8	0,02
Локус контроля – Я (Я – хозяин жизни)**	-0,34	-1,7	0,008

*Примечание:* Intercept – свободный член регрессионного уравнения; Beta, B – коэффициенты регрессионной модели, отражающие числовую нагрузку переменной-предиктора; p – уровень статистической значимости для включения переменной в регрессионную модель; \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

34% дисперсии зависимой переменной ( $R = 0,58$ ;  $F(6,87) = 7,5$ ;  $p = 0,0000$ ). На достаточном уровне статистической значимости в нее вошли:

- опыт пребывания на территории боевых действий;
- базисное убеждение об удаче;
- смысложизненная ориентация «Цели в жизни»;
- смысложизненная ориентация «Удовлетворенность самореализацией»;
- «Локус контроля – Я».

Таким образом, уравнение регрессии имеет вид:

$$\begin{aligned} \text{ШОВТС в целом} &= 75,2 + 15,2 \\ \text{Опыт пребывания на территории боевых действий} &- 0,91 \\ \text{Удача} &+ 1,1 \text{ Цели в жизни} - 1,8 \text{ Удовлетворенность} \\ &\text{самореализацией} - 1,7 \text{ Локус контроля} - \text{Я} \end{aligned}$$

Таким образом, на выраженность посттравматических симптомов в ситуации вынужденного переселения значимо влияет прежде всего наличие в анамнезе травматического события «Война» (тем, кто застал боевые действия, справляться со стрессом миграции тяжелее).

Позитивные базисные убеждения индивидов в части представлений о себе как об удачливом человеке и один из аспектов интернальности – «Локус контроля – Я», т. е. уверенность в собственных возможностях осуществлять сознательный выбор, строить жизнь в соответствии со своими целями, – по результатам регрессионного анализа также оказываются важным фактором совладания со стрессом в ситуации вынужденной миграции.

Система жизненных смыслов соотносится с интенсивностью признаков дистресса следующим образом: ведущий смысловой ресурс для вынужденных переселенцев располагается в прошлом (чем более они удовлетворены самореализацией, тем успешней справляются с проявлениями посттравматического стресса). Похоже, что, опираясь именно на багаж прожитых лет, они легче преодолевают кризис социальной и профессиональной идентичности, с которым приходится столкнуться на новом месте, обретают уверенность в себе. Своеобразным же «анти-ресурсом» является устремленность мигрантов в будущее, прожектерство, не имеющее под собой реальной опоры в настоящем и не подкрепленное личной ответственностью за реализацию жизненных планов.

Последний из описанных результатов (выраженная смысложизненная ориентация на цели в жизни как препятствие в совладании

с признаками посттравматического стресса) выглядит парадоксально. Мы, однако, не склонны относить выявленную зависимость к артефактам проведенного исследования. Объяснение, на наш взгляд, представляется возможным найти с учетом феноменологии вынужденной миграции. Прежде всего, полученные данные созвучны аналогичному «парадоксу», характеризующему травматический контингент испытуемых (Полетаева, 2005), при обследовании которого были зафиксированы изменения в системе смысложизненных ориентаций как отсроченный результат воздействия экстремального стрессора. У лиц с выраженными признаками посттравматического стресса обнаружена своеобразная рассогласованность временных модусов: зачастую отсутствует осознание событий прошлого, нарушается их интеграция с контекстом настоящего, наблюдается подчеркнутая устремленность в будущее, проекция туда нереализованных ожиданий. Одна из довольно неэффективных, но часто встречающихся защитных стратегий совладания с трагическими жизненными обстоятельствами в том именно и состоит, что человек пытается отделить от себя пережитое, предать забвению события недавнего прошлого, начать жизнь «с чистого листа», используя такие механизмы психологической защиты, как подавление и отрицание, либо дистанцируется и от прошлого, и от настоящего, целиком погружаясь в виртуальное существование «завтра», «скоро», «вот-вот». Именно там, в почти достигнутом будущем, он пытается компенсировать сегодняшнюю неуспешность, обманутые ожидания, тяжелое бремя материальных проблем, конфликт с собой и другими, внутреннее ощущение себя «чужаком» и человеком «второго сорта».

Некоторое время подобная «инкапсуляция» стрессогенных переживаний помогает вынужденным переселенцам сохранять психологическое благополучие. Однако ситуация вынужденного переселения, как правило, длится годами, десятилетиями, нередко даже становится хронической и распространяется на следующее поколение. Если описанное состояние затягивается надолго, подобная дезинтеграция временного контекста затрудняет проработку и включение экстремального опыта в единую, имеющую прошлое, настоящее и продолжающуюся в будущее жизненную историю. Она приводит лишь к болезненной фиксации на каком-либо одном отрезке жизненного пути, усугубляя тем самым признаки посттравматического стресса и не позволяя человеку задействовать жизненный опыт для позитивного развития личности и становления себя самого как субъекта жизнетворчества.

## Анализ случаев

Для иллюстрации полученных результатов приведем ряд примеров, содержащих анамнестические данные и отрывки интервью с вынужденными переселенцами, а также результаты обследования, проведенного с применением описанной выше батареи исследовательских методик.

### Субгруппа «Не мигранты»

А. С., чеченец, 51 год, образование – среднее техническое, женат, профессия – художник по металлу.

С началом военных действий в Грозном, зимой 1994 года, уехал с семьей в село. Уровень жизни до войны оценивает как «вполне ничего», возможность переезда в Россию для себя даже не рассматривал: «Кому я там нужен-то, лицо кавказской национальности? Нет уж, здесь моя Родина, мои горы, здесь мне уж до конца быть...».

Контакт с психологом устанавливает тяжело, «из уважения», во время беседы делает длительные паузы, тяжело вздыхает. Общий фон настроения явно снижен, пессимистически окрашен. Избегает вспоминать о тяжелых жизненных событиях. Основное ощущение того периода характеризует как «шок»: «Гибли люди, рушились здания, кругом пожары, над городом оранжевый туман – это горит химсклад, знакомые ребята подрывались на растяжках. До сих пор испытываю ужас оттого, что мог остаться без рук – как же жить-то тогда?». Переживания текущего момента описывает как драматические и усугубляющиеся день ото дня: «Все изменилось вокруг, прежнего Грозного больше нет, да и людей нет – все другое. Пришлось продать квартиру и переехать в другой район: видеть не могу эту пустоту вокруг». Отмечает, что война очень сильно повлияла на людей, изменив их в худшую сторону: «Кто к ваххабитам подался, кто пьет беспробудно, кто просто с ума сошел... Злые все, да и смерть кругом теперь».

В беседе с психологом предъявляет жалобы на ухудшившееся физическое самочувствие, участившиеся головные боли, трудности засыпания, упадок сил и неконтролируемые вспышки гнева, после которых он чувствует себя совершенно выдохшимся и обессиленным.

Немного оживляется при упоминании о детях: оказывается, у старшего сына в России родилась дочка – «Может, доведется увидеть...».

**Таблица 38**  
**Результаты диагностического обследования А. С.**

		Данные обследования	Степень выраженности по сравнению с нормой
Характеристики базисных убеждений	Доброжелательность	41	высокая
	Справедливость	19	низкая
	Образ Я	26	средняя
	Удача	25	средняя (по нижней границе)
	Контроль	23	низкая
Смысложизненные ориентации	Цели в жизни	26	средняя
	Процесс жизни	24	низкая
	Результативность	19	низкая
	Локус контроля – Я	16	низкая
	Локус контроля – жизнь	28	средняя
	Общая осмысленность жизни	79	низкая

*Примечание:* здесь и далее данные обследования приводятся в сырых баллах в рамках субшкал использованных методик.

Результаты диагностического обследования А. С. представлены в таблице 38. Общий уровень наличного дистресса – 0,8, по данным методики SCL-90-R, входит в интервал «Беженцы с ПТСР» (здесь и в других примерах данные приведены по кн: Практикум..., 2007).

Психологическое состояние А. С. на данный момент характеризуется выраженным дистрессом, который соотносится с ощущением бессмысленности жизни, негативным восприятием собственного Я, особенно в части веры в удачливость, отношением к себе как к слабой личности, не обладающей достаточной свободой выбора для того, чтобы строить жизнь в соответствии с собственными планами. Окружающий мир представляется для него совершенно непредсказуемым и неконтролируемым.

*Субгруппа «Мигранты – война»*

З. Б., 55 лет, ингушка, образование – высшее, не замужем, на данный момент без работы.

На контакт с психологом идет охотно, активно вспоминает, рассказывает обо всем, что пришлось пережить. Говорит много, возбужденно.

Бывший сотрудник аппарата Верховного Совета Чечено-Ингушетии, свою жизнь перед войной З. Б. оценивает как материально тяжелую (восемь месяцев не получала заработной платы), однако вполне переносимую: «Каждый день какие-нибудь ужасы узнаешь, однако уезжать я не собиралась: была квартира, работа». Описывает ощущения интенсивного страха, ужаса, связанные с началом боевых действий в Грозном: «Страшно было. Очень страшно. Танки, трупы на улицах. Только по остаткам кожицы можно понять, что это люди, закатанные в грязь. Очень опасно: пули, взрывы. Когда затишье – зачистки. Даже к постоянному страху привыкаешь... Какая я все-таки была смелая! Однажды на федеральном блокпосте нас остановили: дескать, среди вас боевики – будем искать. Стоим, ждем... Обращаются с нами, как с преступниками, и чувствую, впился в меня тяжелый взгляд из разреза маски, рука уже передергивает затвор. Так вдруг стало все равно – думаю, повернусь спиной, пусть стреляет в спину...

А вот к чему совершенно невозможно привыкнуть, так это к тому, что по-человечески в туалет не сходишь. Сколько раз, сутками сидя в подвалах-бомбоубежищах, где все „удобства“ – тут же, за ширмой (и это еще хорошо, если ширма есть!), приходилось терпеть. Старалась на всякий случай поменьше есть и особенно пить: никогда ведь заранее не знаешь, сколько продлится бомбежка...».

С горечью и обидой рассказывает о своих переживаниях на новом месте: «Я думала, все кончится, когда приеду, но по-настоящему нужду и унижение мне довелось узнать не там, а здесь». Констатирует свою теперешнюю неостребованность – как профессиональную, так и личностную: «Друзей растеряла, родственники отвернулись». Долго и обстоятельно перечисляет «козни» друзей и родственников. Много говорит об упущенных шансах и возможностях, в доказательство былой состоятельности в течение получаса демонстрирует многочисленные визитные карточки влиятельных персон. Особо отмечает состояние взвинченности, напряженности, повышенной тревожности перед лицом малейших возникающих трудностей.

**Таблица 39**  
**Результаты диагностического обследования З. Б.**

		Данные обследования	Степень выраженности по сравнению с нормой
Характеристики базисных убеждений	Доброжелательность	23	низкая
	Справедливость	14	низкая
	Образ Я	35	высокая
	Удача	18	низкая
	Контроль	19	низкая
Смысловые ориентации	Цели в жизни	20	средняя
	Процесс жизни	28	средняя
	Результативность	12	низкая
	Локус контроля – Я	14	средняя
	Локус контроля – жизнь	13	низкая
	Общая осмысленность жизни	75	низкая

Результаты диагностического обследования З. Б. представлены в таблице 39. Симптоматика посттравматического стрессового расстройства (интегральный показатель «ШОВТС в целом» = 73) соотносится с категорией «Беженцы с ПТСР» (Практикум..., 2007), а общий уровень наличного дистресса (2,2), по данным методики SCL-90-R, значительно превышает нормативный интервал для выборки «Беженцы с ПТСР».

Резкое изменение социального статуса в ситуации вынужденного переселения, по всей видимости, оказалось непереносимо для З. Б. Кризис социальной и профессиональной идентичности усугубился проявлениями посттравматического стресса. Констатируются также признаки тяжелого наличного дистресса.

Мир для З. Б. – неконтролируемое сосредоточение враждебности и несправедливости, люди жестоки и не достойны доверия, от них невозможно получить помощь в трудную минуту, жизнь не имеет смысла – на повестке дня выживание. Обращение к ресурсу прошлого опыта также оказывается деструктивным. Попытка совладать с разрушительными переживаниями осуществляется посредством функционирования психологических защит в части идеализации представлений о собственном Я.

В данном случае мы имеем дело с примером неудачного совладания с влиянием сочетанной травмы: стрессовое воздействие вынужденного переселения усугубило последствия травматического влияния опыта пребывания на территории военных действий.

Р. А., 49 лет, чеченка, образование – высшее, замужем, профессия – преподаватель математики.

На момент начала боевых действий находилась в Грозном, некоторое время выбраться оттуда не удавалось.

Контакт с психологом устанавливается легко, без напряжения. Спокойно рассказывает об обстоятельствах отъезда и обустройства на новом месте. Воспоминания, связанные с войной, даются значительно тяжелее, но Р. А. не пытается избежать их: «Конечно, страшно. Кругом – боль, неизвестность... Нам очень повезло: никого в войну не потеряли, а вот парнишка знакомый, учился с нами в университете, был дома – снаряд – дом разорвало буквально на куски, а там – четверо детей...».

Отмечает особую важность как поддержки социального окружения после переезда, так и наличия внутренних ресурсов самого человека: «Близко – в Ставрополь, Ростов, Краснодар – уезжали те, кто приспособлен к черному труду. А в Москву, в столицу ехать – десять раз подумаешь, а хватит ли у тебя смелости, а нужна ли твоя профессия, – одним словом, здесь люди рассчитывают только на свои мозги».

В беседе жалоб не предъявляет, перспективы возвращения на Родину предпочитает не обсуждать: «Да нет ее, нет. Если я сейчас приеду – даже в очень хороший дом – это все не мое. Нет больше того города, в котором я выросла. Это, как любая новостройка: красивая, удобная, но чужая, – такое несоответствие больно ранит».

Результаты диагностического обследования Р. А. представлены в таблице 40.

Симптоматика посттравматического стрессового расстройства (интегральный показатель «ШОВТС в целом» = 41) соотносится с категорией «Беженцы норма» (Практикум..., 2007), а общий уровень наличного дистресса (0,07), по данным методики SCL-90-R, оценивается как минимально возможный.



**Таблица 40**  
**Результаты диагностического обследования Р. А.**

		Данные обследования	Степень выраженности по сравнению с нормой
Характеристики базисных убеждений	Доброжелательность	37	высокая
	Справедливость	20	низкая
	Образ Я	27	средняя
	Удача	33	высокая
	Контроль	27	средняя
Смысложивные ориентации	Цели в жизни	36	высокая
	Процесс жизни	37	высокая
	Результативность	21	средняя
	Локус контроля – Я	23	средняя
	Локус контроля – жизнь	37	средняя
	Общая осмысленность жизни	101	средняя

Р. А., безусловно, до сих пор переживает по поводу произошедших в жизни перемен, отмечаются некоторые посттравматические симптомы, однако успешность совладания с ними опосредуется осмысленным отношением к жизни, наличием целей в будущем, удовлетворенностью самореализацией в прошлом и процессом жизни в настоящем, а также позитивным отношением к окружающему миру и самой себе, убеждением в собственных возможностях приложить максимум усилий для того, чтобы все вокруг менялось к лучшему.

В двух описанных случаях, относящихся к исследовательской выборке «Мигранты – война», описан приблизительно одинаковый опыт пребывания на территории боевых действий, однако психологическое состояние этих женщин различно. Наличие – отсутствие когнитивно-смысловых ресурсов для совладания со стрессом вынужденного переселения детерминирует различную степень переработки травматического опыта.

*Субгруппа «Мигранты – не война»*

М. С., 36 лет, чеченец, образование среднее, холост, профессия – менеджер по продажам в строительном бизнесе.

Из Грозного уехал в 1991 году: «Работу нашел без проблем, устроился довольно быстро. Меня все хвалили, какой я энергичный и как хорошо получается уговаривать людей».

В сотрудничество с психологом вступает легко. Беседа с испытуемым в целом носит непринужденный характер. Общий фон настроения оптимистичный.

Жизнь в республике до войны оценивает как довольно опасную и бесперспективную в плане карьеры: «Родители на тот момент одобрили мое решение о переезде. Я уехал, а они остались – кто ж знал! Да я и сам тогда думал, что поработаю и вернусь, когда все утрясется...».

Полагает, что известие о начале войны очень сильно изменило его жизнь и после всех переживаний сделало его мужественнее, взрослее, решительнее: «Понял вдруг, что теперь уже никогда не сумею вернуться домой. Родители там – я спать перестал: связи нет, ехать туда нельзя. Рвался неоднократно – не пускают. Винил себя во всем. Да еще так не ко времени язва желудка обнаружилась... Слава Богу, все обошлось. Родители пересидели в горах, потом приехали сюда. Жилье, конечно, потеряли – мама переживает, но это дело наживное, справимся. Сейчас даже страшно вспоминать: я ведь тогда думал, что больше работать не смогу, людей ненавидеть начал: все тут сытые, довольные, рассуждают о чем-то, а там...».

В дальнейшей беседе жалоб не предъясвляет, однако отмечает, что есть темы, которые он предпочел бы не обсуждать: например, проявления мигрантофобии по отношению к себе, с которыми часто приходилось сталкиваться: «Нельзя людей осуждать за это. Они не знают, не владеют информацией, поэтому боятся – у страха, как здесь говорят, глаза велики!». Много говорит о том, как важна для него поддержка семьи, близких и друзей в тяжелой жизненной ситуации.

Симптоматика посттравматического стрессового расстройства (интегральный показатель «ШОВТС в целом» = 19) и общий уровень наличного дистресса (0,33), по данным методики SCL-90-R соотносится с нижней границей интервала «Беженцы норма» (Практикум..., 2007).

Ситуация вынужденного переселения доставляет М. С. определенный дискомфорт, он страдает некоторыми посттравматическими симптомами, но старается совладать

**Таблица 41**  
**Результаты диагностического обследования М. С.**

		Данные обследования	Степень выраженности по сравнению с нормой
Характеристики базисных убеждений	Доброжелательность	34	средняя
	Справедливость	27	высокая
	Образ Я	33	высокая
	Удача	33	высокая
	Контроль	26	средняя
Смысловые ориентации	Цели в жизни	36	средняя
	Процесс жизни	37	высокая
	Результативность	26	средняя
	Локус контроля – Я	26	высокая
	Локус контроля – жизнь	33	средняя
	Общая осмысленность жизни	114	средняя (по верхней границе)

с ними, опираясь как на помощь и поддержку близких, так и на собственные ресурсы: позитивные представления о себе самом, своей способности контролировать жизненные события, высокую осмысленность жизни и отношение к окружающему миру как в целом справедливому, контролируемому, доброжелательному.

А. Ж., 37 лет, русский, образование высшее, женат, профессия – дизайнер.

Уехал из Грозного в 1993 году. Считает себя вынужденным переселенцем. Общий фон настроения снижен. На контакт с психологом идет не очень охотно, с опаской. Отвечает сначала медленно и односложно, постепенно становится значительно более словоохотливым – беседа приобретает характер многословного философствования.

Жизнь до переезда оценить затрудняется, объясняя это тем, что был слишком молод тогда. Отмечает особую трагичность переживаний, связанных с началом войны в Грозном: «Как будто что-то надломилось тогда. Знаете, я много об этом думал... Вот ведь какая штука получается: у всех есть Родина,

у кого-то, может, это какая-нибудь Земля Амундсена – далеко, конечно... может, денег нет доехать, но он же может скопить, надежду ведь никто не отнимал. А я? Мне – куда ехать? Правильно тут у Вас написано: „Я никогда не смогу вернуться в те места, где прошло мое детство“».

Обстоятельства жизни на новом месте оценивает как весьма сложные. Особо отмечает необустроенность быта (только недавно удалось купить квартиру), отсутствие крепких дружеских связей, непонимание и негативный настрой со стороны местного населения.

В разговоре с психологом предъявляет жалобы на повторяющиеся неприятные неотвязные мысли, слабость, подавленное настроение, ощущение одиночества, немотивированные вспышки агрессии, которые он не в силах контролировать. Давность возникновения симптомов определить затрудняется.

Симптоматика посттравматического стрессового расстройства (интегральный показатель «ШОВТС в целом» = 26) попадает в интервал «Беженцы – норма», а общий уровень наличного дистресса (1,6), по данным методики SCL-90-R, скорее, соотносится с категорией «Беженцы – ПТСР».

Страдая незначительными проявлениями симптоматики посттравматического стресса, А. Ж. переживает выраженный текущий дистресс. Осознание собственной идентичности в ситуации вынужденного переезда сопряжено с определенными трудностями. Мир и окружающих людей он воспринимает как недоброжелательно настроенных по отношению к нему. Отсутствие целей в жизни, удовлетворенности самореализацией, эмоциональной насыщенности каждого дня, отношение к себе как к слабой личности, совершенно неспособной контролировать происходящие события, приводят к низкой осмысленности жизни, усугубляя текущие симптомы.

В описанных примерах испытуемые группы «Мигранты – не война» демонстрируют кардинально различные стратегии совладания со стрессовыми переживаниями в ситуации вынужденного переселения, соотносящиеся с наличием – отсутствием у каждого из них когнитивно-смысловых ресурсов: объективно жизненная ситуация у М. С. значительно сложнее, однако его психологическое состояние оценивается как гораздо более позитивное, чем у А. Ж.

**Таблица 42**  
**Результаты диагностического обследования А. Ж.**

		Данные обследования	Степень выраженности по сравнению с нормой
Характеристики базисных убеждений	Доброжелательность	26	низкая
	Справедливость	22	средняя
	Образ Я	26	средняя
	Удача	25	средняя
	Контроль	25	средняя
Смысложизненные ориентации	Цели в жизни	23	низкая
	Процесс жизни	13	низкая
	Результативность	12	низкая
	Локус контроля – Я	13	низкая
	Локус контроля – жизнь	17	низкая
	Общая осмысленность жизни	62	низкая

Анализ случаев подтверждает полученные с помощью статистической обработки результаты: меньший уровень выраженности текущего дистресса отмечается у тех, кто принял когда-то сознательное решение покинуть Родину. Приведенные выше примеры являются также, на наш взгляд, убедительной иллюстрацией роли когнитивно-смысловых факторов в совладании со стрессом вынужденной миграции: значительно эффективнее справляются с травматическим опытом те из мигрантов, которые удовлетворены самореализацией, убеждены в собственных возможностях контролировать происходящее в жизни, имеют позитивное представление о себе как об удачливом человеке.

\* \* \*

Последствия переживания вынужденного переселения – ситуации, когда перед личностью ставится проблема совладания со сверхсложными жизненными обстоятельствами, рассмотрены нами в настоящем исследовании в рамках концепции посттравматического стресса, крайние варианты которого приводят к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Базисные убеждения и смысловые ориентации рассматривались как предикторы посттравматического стресса у вынужденных переселенцев. Смысловые ориентации – характеристика

многомерная и динамичная – включает в себя как направленность личности, так и уровень притязаний, ценности и другие особенности самосознания и обладает свойством изменяться с течением времени и детерминировать поступки применительно лишь к конкретному отрезку жизненного пути. Более устойчивое и значительно менее доступное для осознания образование, посредством которого происходит интеграция жизненного опыта, в том числе и экстремального, в структуру личности, а также организуется поведение, – это совокупность базисных убеждений индивида об окружающем мире, собственном Я и способах их взаимодействия.

Полученные результаты позволяют прежде всего признать специфическую гомогенность обследованной субгруппы вынужденных переселенцев с Северного Кавказа: несмотря на неоднородный этнический состав исследовательских групп, нами не было обнаружено различий не только в субъективной картине мира и смысловых ориентациях, но даже и в личностных характеристиках русских и чеченцев. Единственное отличие, происхождение своим обязанное, вполне возможно, одному из негативных социальных явлений, с которым сталкиваются переселенцы на новом месте жительства, – мигрантофобии, состоит в значимо больших негативных ожиданиях от коммуникационного взаимодействия (межличностной сензитивности) у мигрантов-чеченцев в отличие от русских, и связанного с ними избегания (фобической тревожности). Формирование изолированного стиля жизни и маргинальной позиции этого контингента, безусловно, никоим образом не способствует интеграции в принимающее общество.

К важным результатам исследования следует отнести установленную положительную взаимосвязь между признаками посттравматического стресса и смысловой ориентацией «Цели в жизни» у вынужденных переселенцев. Сразу же отметим, что мы не оговорились, рассуждая о «взаимосвязи», а не о «причинно-следственных отношениях», поскольку пытаемся максимально корректно интерпретировать результаты линейной регрессии. Однозначно утверждать, что «причина», а что «следствие», реально лишь в условиях эксперимента с замерами «до» и «после» воздействия стрессора, однако в проблемном поле психологии экстремальных ситуаций такой дизайн исследования, по понятным причинам, невозможен – остается ограничиться построением математической модели.

Описанный факт представляет определенные трудности в интерпретации, поскольку в литературе обычно описывается как раз обратная тенденция: сужение временной перспективы, ощущение

«укороченного будущего» характерны для лиц, не совладавших с травматическим стрессом. Однако дальнейшее изучение феноменологии вынужденного переселения и качественный анализ собранного эмпирического материала привели нас к пониманию логичности описанной взаимосвязи.

Одна из распространенных и неэффективных в отсроченном периоде стратегий переработки результатов воздействия экстремального стрессора состоит в «инкапсуляции травмы»: источник переживаний как бы «обрастает» психологическими защитами, среди которых обычно преобладают примитивные, по мощности эквивалентные силе стрессора (отрицание, подавление). Происходит дезинтеграция временных пластов – человек пытается стереть из своей жизненной истории непереносимо тяжелые воспоминания, отделить от себя настоящую неустроенность, и начинает жить надеждами, превращаясь в прожектера, не готового нести ответственность за реализацию собственных планов. Пролонгированный характер стрессового воздействия в ситуации вынужденной миграции очевидно истощает человеческие ресурсы, приводя, таким образом, к хронизации посттравматических состояний.

Психологическое состояние мигрантов на настоящий момент соотносится с последствиями решения, принятого в трудной жизненной ситуации. Те из переселенцев, кто смог покинуть пределы Чеченской республики до начала вооруженного конфликта, ныне значительно успешнее справляются как с текущим дистрессом, так и с признаками посттравматического стресса. Ведущими когнитивно-смысловыми ресурсами, детерминирующими совладание, при этом являются позитивные базисные убеждения, особенно в части представлений о себе как успешном, достойном любви и уважения человеке, сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора в принятии решения о построении собственной жизни в соответствии со своими целями и смыслом. Удовлетворенность самореализацией в прошлом и настоящем, профессиональная и личностная востребованность также оказывают положительное влияние на процесс постстрессовой адаптации вынужденных переселенцев, помогают преодолевать неизбежно возникающий в новых условиях болезненный кризис идентичности, связанный, в частности, с резким изменением социального статуса.

## ГЛАВА 5

# НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ, ОСНОВАННЫЕ НА КОГНИТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ ТЕОРИЯХ

Данная работа была бы неполной без освещения прикладных вопросов, касающихся когнитивной психотерапии ПТСР. Большинство описанных выше моделей и концепций являются теоретическим основанием для определенных направлений когнитивной терапии травмы.

В этой главе мы рассмотрим те разновидности когнитивной психотерапии, которые доказали свою эффективность в эмпирических исследованиях. Часть из них (десенсибилизация и переработка психической травмы с помощью движений глаз, вскрывающая терапия) имеют в своей основе теоретические представления о неосознаваемых психических процессах, осуществляющих переработку эмоциональной информации. Другие (когнитивная терапия, когнитивно-процессуальная психотерапия, нарративная терапия, терапия посттравматической вины) в большей степени фокусируются на осознании и изменении убеждений о мире и о себе и атрибуций в отношении причин травматического события.

Как правило, в терапии пациентов применяются комбинированные методы, т. е. психотерапевт использует параллельно различные техники, направленные и на ускорение неосознаваемых процессов переработки травмы, и на коррекцию базисных убеждений.

### 5.1. ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ И ПЕРЕРАБОТКА ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ

Десенсибилизация и переработка психической травмы движениями глаз (ДПДГ) как психотерапевтический метод имеет сравнительно недолгую историю. Возникновение его принято связывать со случайным наблюдением, сделанным в 1987 году Френсис Шапиро. Она описывает, как однажды во время прогулки обнаружила, что беспокоящие навязчивые мысли тревожного характера исчезли без ка-



ких-либо сознательных усилий с ее стороны в результате движения глаз из стороны в сторону (Shapiro, 1995).

При проверке возникшего предположения о терапевтическом воздействии управляемых саккадических движений глаз на симптомы травматических воспоминаний и стабилизацию эмоционального состояния были получены положительные результаты. В соответствии с поведенческой моделью, Шапиро предложила следующую процедуру десенсибилизации: пациент внимательно следит за периодическими движениями пальцев психотерапевта, которые тот перемещает от одного края визуального поля пациента к другому; при этом пациент вспоминает о травматической ситуации или сосредотачивается на мысли, вызывающей у него беспокойство. Согласно отчетам участников, эффект наступал очень быстро и имел устойчивый характер: тревожные мысли начинали терять свой негативный заряд. Результаты этих первых опытов по десенсибилизации травматических переживаний с помощью движений глаз (Shapiro, 1989) вызвали широкий резонанс. Впоследствии метод был усовершенствован, поскольку в процессе исследований Шапиро пришла к выводу, что оптимальная процедура, использующая движения глаз, предполагает одновременную десенсибилизацию и когнитивное переструктурирование травматических воспоминаний. Кроме того, в ходе клинических наблюдений выяснилось, что эффективно применяться могут не только управляемые движения глаз, но и внешние стимулы другой модальности (постукивание по руке или использование звуковых раздражителей). Таким образом, устоявшееся к настоящему моменту название (аббревиатура ДПДГ) имеет скорее исторический, нежели содержательный смысл.

В основе метода лежит модель ускоренной переработки информации, согласно которой у всех людей существует особый психофизиологический механизм, получивший название адаптивной информационно-перерабатывающей системы, обеспечивающий поддержание психического равновесия, самоисцеление (Shapiro, 1995). При активизации этой системы происходит переработка любой информации, в том числе эмоциональной, связанной со стрессами и проблемами выживания. В норме подобные процессы происходят у человека на стадии сна, сопровождающейся быстрыми движениями глазных яблок. Если же по каким-то причинам информационно-перерабатывающая система блокируется, переработки и нейтрализации травматического опыта не происходит. При этом негативная дисфункциональная информация как бы «замораживается», изолируется на долгое время в занимаемой ею части нейронной

сети коры головного мозга в своей первоначальной (обусловленной травматическим переживанием) форме. В свою очередь, адаптивная (психотерапевтическая) информация не может связаться с зафиксированной и обособившейся информацией о травматическом событии, а значит, не происходит нового научения.

Как уже было описано выше (см. главы 1, 2), посттравматические симптомы возникают, когда под воздействием различных внешних и внутренних факторов, так или иначе напоминающих о травме, происходит рестимуляция (активизация) изолированной нейронной сети, что приводит к неконтролируемому высвобождению хранящейся в ней информации: визуальных образов, звуков, физических ощущений, вкуса, запаха, аффекта и представлений и убеждений, связанных с травматическим событием. Отсутствие адекватной переработки приводит к тому, что весь комплекс негативных переживаний, связанных с травмой, продолжает провоцироваться текущими событиями, что проявляется в виде кошмарных сновидений, навязчивых мыслей, избегающего поведения, вегетативных нарушений и т. д.

Современные теоретики ДПДГ считают, что в качестве теоретического базиса этот метод вобрал в себя несколько концепций ПТСР. К ним прежде всего относятся: теория эмоциональных сетей (Lang, 1979; Chemtob et al., 1988; Foa et al., 1989), концепция диссоциации (Janet, 1973), теория эмоционально обусловленного обучения (Bower, 1981), концепция ассимиляции и аккомодации (Piaget, 1950), представления о невербальной репрезентации травматических воспоминаний (Van der Kolk, 1994), инкорпорации корректирующей информации (эмоционально-процессуальная теория) (Foa, Kozak, 1986), когнитивное реструктурирование (Бек, Фримен 2002), а также модель «тенденции к завершению» М. Горовитца (Horowitz, 1976). Большая часть этих теорий изложена нами в 1-й и 2-й главах монографии. Кроме того, особое внимание обращает на себя терапевтический акцент ДПДГ на эффективности психологического самоисцеления и ведущей роли клиента в процессе проработки травматической информации, что вполне согласуется с основными постулатами клиент-центрированной терапии Карла Роджерса (Роджерс, 1994).

При ПТСР ДПДГ может применяться как самостоятельный метод психотерапии либо как один из этапов лечебного воздействия, направленный на быстрое устранение у клиентов наиболее тягостных переживаний и симптомов, связанных с перенесенными в прошлом психическими травмами. В зависимости от поставленных целей и за-

дач количество сеансов может варьировать от 1–2 до 6–16 продолжительностью от 60 до 90 минут. Средняя частота сеансов 1–2 раза в неделю. Стандартная процедура ДПДГ включает восемь стадий:

1. *Оценка факторов безопасности клиента, изучение его истории болезни и планирование психотерапии.* На этой стадии необходимо провести анализ всей клинической картины расстройства и выделить специфические цели, требующие переработки. В некоторых случаях клиенты, страдающие ПТСР, могут быть излечены с помощью ДПДГ при переработке конкретных связанных с травмой воспоминаний. Однако значительно чаще целью воздействия становятся как травмирующие события прошлого, так и нынешняя ситуация, стимулирующая болезненные симптомы и дезадаптивное поведение. Для обеспечения максимальной безопасности на стадии подготовки целесообразно оценить способность пациента переносить состояние тревоги, которое может возникнуть в промежутках между сеансами, обучить его приемам нейтрализации эмоционального стресса.

2. *Подготовка.* Эта стадия предполагает установление продуктивных терапевтических отношений с клиентом и создание атмосферы безопасности и доверия. Психотерапевт кратко разъясняет клиенту смысл ДПДГ-терапии, определяет его способность выполнять движения глаз. Кроме того, клиенту объясняют, что во время сеанса он будет контролировать все происходящее и в любой момент сможет остановить процедуру, приподняв руку или подав другой условный сигнал психотерапевту. Две первые стадии относятся к первому сеансу ДПДГ. В дальнейшем психотерапевт начинает каждый сеанс с оценки состояния клиента и анализа достигнутых результатов, а затем переходит к третьей стадии.

3. *Определение предмета воздействия.* На этой стадии психотерапевт определяет цель воздействия. После идентификации связанного с травмой конкретного воспоминания клиенту предлагают избрать образ, который отражает наиболее неприятную часть произошедшего события. Затем просят выразить словами те неприятные, болезненные представления о себе, которые в настоящее время соответствуют хранящейся в памяти информации о психической травме. Высказывать это негативное убеждение о себе (отрицательное самопредставление) клиент должен в настоящем времени, с использованием местоимения Я («Я плохой человек»; «Я не заслуживаю уважения»; «Я не могу доверять самому себе»; «Я делал что-то плохое»; «Я заслуживаю смерти»; «Я ничтожество»). Следующий шаг – определение желаемого самопредставления, того, которое хотел бы иметь клиент в настоящий момент, когда он вспоминает о травмирующей си-

туации («Я хорош такой, какой я есть»; «Я заслуживаю уважения»; «Я могу доверять самому себе»; «Я контролирую себя»; «Я сделал все, что мог»; «Я могу справиться с этим»). Положительное самопредставление оценивается по семибалльной «Шкале соответствия представлений», где 1 балл – полное интуитивное несоответствие, а 7 баллов – полное интуитивное соответствие позитивному представлению о себе (Shapiro, 1995). Кроме того, психотерапевт оценивает уровень беспокойства, причиняемого травматическими воспоминаниями, по «Шкале субъективного беспокойства», где 0 – состояние полного спокойствия, а 10 – максимальное беспокойство (наихудшее из того, что можно представить). На этом же этапе определяются локализация и интенсивность дискомфортных телесных ощущений, сопутствующих погружению клиента в травмирующее воспоминание. В дальнейшем изменение ощущений в теле будет одним из важных индикаторов переработки травматического материала.

4. *Десенсибилизация.* На данной стадии ведется работа над снижением негативных эмоций клиента при воспоминании о травме до 0 или 1 балла по ШСБ. При проведении десенсибилизации клиенту предлагают вспомнить картину события. Далее психотерапевт просит его следить глазами за движениями пальцев и одновременно удерживать образ, отражающий самую неприятную часть воспоминания, произнося про себя отрицательное самопредставление («Я плохой человек» и т. п.) и отмечая ощущения, которые возникают в теле. После каждой серии клиенту говорят: «А теперь отдыхайте. Сделайте вдох и выдох. Пусть все идет, как идет (забудьте об этом)». Затем его спрашивают: «Что происходит сейчас?» или: «Что вы ощущаете в теле? Что приходит в голову?». Важно, чтобы клиент сообщал об изменениях зрительных образов, звуков, мыслей, эмоций и телесных ощущений, которые являются индикатором происходящей переработки дисфункционального материала.

В ходе переработки основного травматического материала на фоне очередной серии движений глаз в сознании клиента могут всплывать дополнительные воспоминания, ассоциативно связанные с психической травмой. Каждое из вновь приходящих воспоминаний становится фокусом для воздействия во время очередной серии движений глаз. Когда цепь ассоциаций истощается и ничего нового не приходит в голову, клиента просят возвратиться к первоначальной цели для выполнения дополнительных серий движений глаз. Если при обращении к травмирующему событию (цели сеанса) в ходе выполнения 2–3 серий движений глаз другие воспоминания, новые переживания и идеи не появляются, а уровень беспокойства

клиента не превышает 1 балла (оптимальный вариант – 0 баллов) по ШСБ, можно переходить к следующей стадии – инсталляции.

5. *Инсталляция.* Цель этой стадии – связать желаемое положительное самопредставление с избранной в качестве цели информацией, связанной с травмой, что ведет к повышению самооценки клиента. Сначала клиента просят заново оценить первоначальное положительное представление о себе с точки зрения его привлекательности: «Остаются ли уместными слова (положительное самопредставление), или вы чувствуете, что более подходящим сейчас является другое положительное высказывание?». На этом этапе клиенты нередко уточняют или полностью изменяют значимое для них представление. Далее клиенту предлагается подумать о первоначальном травмирующем событии и об этих словах, а затем ответить на вопрос: «Насколько истинными вам кажутся сейчас эти слова, от 1 – полностью не соответствуют до 7 – полностью соответствуют (истинны)?». После этого клиенту следует направить внимание одновременно на картину события (думать о нем) и на положительное представление. После серии движений глаз психотерапевт спрашивает: «А теперь – насколько истинными, от 1 до 7, кажутся вам эти слова, если вы думаете о травмирующем событии?». Цель психотерапевта состоит в проведении такого количества серий движений глаз, которое необходимо для усиления положительного самопредставления до 7 баллов. Когда это удается, серии движений повторяют до тех пор, пока уместность и истинность представления не достигнут максимума.

6. *Сканирование тела.* Стадия посвящена устранению возможного остаточного напряжения или дискомфортных ощущений в теле. Клиенту предлагают закрыть глаза и, удерживая в сознании первоначальное воспоминание и положительное представление, мысленно пройтись по различным частям своего тела, начиная с головы и постепенно опускаясь вниз. Клиент сообщает вслух обо всех местах, в которых он обнаружит какое-либо напряжение, зажатость или другие неприятные ощущения. Если такие ощущения отсутствуют, проводят серию движений глаз. В случае, когда клиент сообщает о неприятных ощущениях или мышечном напряжении, их перерабатывают с помощью очередных серий движений глаз, пока дискомфорт не снизится.

7. *Завершение.* Эта стадия направлена на возвращение клиента в состояние эмоционального равновесия в конце каждого сеанса, вне зависимости от того, полностью ли завершена переработка дисфункционального материала. Психотерапевт предупреждает

клиента о возможном переживании тревоги в промежутке между терапевтическими сеансами. Целесообразно предложить записать беспокоящие воспоминания, поскольку впоследствии они могут стать новыми целями воздействия ДПДГ-терапии.

8. *Переоценка.* Переоценка проводится перед началом каждого нового сеанса ДПДГ. Психотерапевт вновь возвращает клиента к ранее переработанным целям и оценивает его реакцию для определения того, сохраняется ли эффект лечения. Новый дисфункциональный материал может быть подвергнут переработке только после того, как произойдет полная интеграция психических травм, подвергшихся лечению ранее (Шапиро, 1998).

Эффективность применения ДПДГ в терапии ПТСР подтверждена рядом клинических наблюдений. После окончания лечения значимое снижение симптомов ПТСР отмечалось как у пациентов в случаях психической травмы, вызванной единичным событием в мирных условиях (Wilson et al., 1995; Rothbaum, 1997; Scheck et al., 1998), так и у ветеранов боевых действий, страдающих от последствий множественной травматизации (Carlson et al., 1998). При этом исследователями и клиницистами как особенно важный подчеркивается факт устойчивости во времени достигнутых результатов.

Помимо описанной стандартной процедуры, к настоящему времени разработаны также модифицированные варианты ДПДГ. В исследовании Д. А. Поляниной с коллегами (Полянина и др., 2003) оценивалась эффективность применения модифицированного ДПДГ в психотерапии ПТСР у больных с ожоговой травмой. Модификация заключалась в чередовании движения глаз со специально подобранной дыхательной техникой или же полной замене движения глаз дыхательными движениями. На вдохе пациентов просили поворачивать голову от правого плеча к левому, представляя, как вместе с вдыхаемым воздухом возвращается жизненная сила, утраченная в ситуации травмы. На выдохе пациенты поворачивали голову в обратную сторону, освобождаясь от психотравмирующих переживаний. Показано, что модификация методики дает клинически более выраженный эффект; преимуществом является также возможность самостоятельного использования в последующем пациентами данной техники.

Противопоказания для применения ДПДГ немногочисленны. К ним относят психотические состояния, эпилепсию, неспособность переносить высокий уровень тревоги как во время сеансов, так и в промежутках между ними. Важно помнить об отличиях в терапии ПТСР и терапии единичного травматического воспоминания. В со-

ответствии с этим для достижения эффективности лечения при проведении ДПДГ необходимо учитывать, что длительность лечения зависит сложности травмы и числа травматических воспоминаний.

## 5.2. ВСКРЫВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

Вскрывающая терапия («exposure therapy») (ВТ) широко применяется для лечения травмы. В основе ВТ лежит положение о том, что продолжительная конфронтация с вызывающими страх стимулами снижает тревогу (Ротбаум и др., 2005). Согласно эмоционально-процессуальной теории (подробное описание см. в главе 1), любая информация, напоминающая о травме, активирует у людей с ПТСР структуру страха. Для коррекции структур страха необходимо их активировать и заменить другой информацией.

Э. Фоа и Б. Ротбаум (Foa, Rothbaum, 1998) указывают на следующие механизмы, лежащие в основе ВТ:

1. Повторное переживание делает травматическое воспоминание более привычным, что снижает тревогу.
2. Осторожная конфронтация с травматическими воспоминаниями снижает симптоматику избегания.
3. В травматическую память постепенно включается безопасная информация, полученная из терапевтического контекста.

ВТ включает техники наводнения, воображения, пролонгирования. Терапия обычно начинается с разработки иерархии событий, связанных с тревогой. В некоторых формах ВТ (например, при использовании техник наводнения) терапевтические сессии начинаются с представления самого высокого события в иерархии, в других – со средних пунктов иерархии. В ВТ с использованием техник воображения клиенты конфронтруют с травматическими воспоминаниями. Некоторые техники воображения включают презентацию клиентом нарратива о пережитой травме в мельчайших подробностях в настоящем времени на протяжении 45–60 минут. Терапевт при этом должен следить за тем, чтобы не было пропущенных деталей. Другие формы техник воображения включают представление терапевтом клиенту сцены, в основе которой лежит информация о травматической ситуации, полученная терапевтом до начала ВТ (Ротбаум и др., 2005).

Само слово «вскрывающая» имеет жесткую, «почти хирургическую» коннотацию. От пациента требуется большое мужество, чтобы вновь и вновь проговаривать обстоятельства травмы в настоящем

времени. Избегание – один из симптомов ПТСР – часто приводит к отказу от терапии либо к тому, что пришедший на терапию человек не может актуализировать чувства и ощущения. Неспособность многих пациентов с ПТСР к высвобождению связанных с травмой эмоций во время рассказа о травме привели теоретиков ВТ к разработке нового метода, специфика которого состоит в предъявлении смоделированных травматических ситуаций с помощью виртуальной реальности (Rothbaum et al., 2001). При этом терапевт полагается не только на возможности памяти и воображения пациента, но и оказывает на него воздействие с помощью визуальных, аудиальных и даже тактильных стимулов. Такой широкий спектр сенсорных воздействий повышает способность пациента с ПТСР эмоционально вовлечься в терапевтический процесс.

Методика вскрывающей терапии с помощью виртуальной реальности разработана таким образом, что у пациента возникает ощущение, что он «внутри» происходящих на экранах событий. Дж. Дифеде и Х. Хофман описали подобную процедуру вскрывающей терапии для пациентов с ПТСР после событий во Всемирном торговом центре (ВТЦ) 11 сентября 2001 года:

«В начале процедуры пациент видит башни-близнецы ВТЦ на фоне солнечного голубого неба. Далее пациенту предъявляются сюжеты в такой последовательности:

1. Самолет просто пролетает над ВТЦ, пациент слышит обычные звуки улиц Нью-Йорка.
2. Самолет летит над ВТЦ, ударяется о здание, но взрыва не происходит.
3. Пролетая над ВТЦ, самолет врывается в здание, происходит взрыв, однако пациент только видит его, но не слышит вызванные им звуки.
4. Самолет врывается в здание, происходит взрыв, пациент видит его и слышит вызванные им звуки.
5. Горящие и дымящиеся здания (с отверстием там, где разбился самолет), но не слышны крики людей.
6. Горящие и дымящиеся здания (с отверстием там, где разбился самолет) и крики людей.
7. Горящие и дымящиеся здания (с отверстием там, где разбился самолет), крики людей, люди, выпрыгивающие из окон.
8. Второй самолет врывается во вторую башню, взрыв и вызванные им звуки.
9. Первая башня обрушивается, туча пыли и пепла.
10. Весь сюжет повторяется целиком.



Процедура ВР длится от 45 до 60 минут. Скорость процедуры регулируется пациентом. Каждый сюжет повторяется до тех пор, пока субъективно переживаемый дистресс не упадет хотя бы на 50% по сравнению с первым просмотром. Каждый следующий сюжет вводится в процедуру только после вербального согласия пациента. Задача процедуры – вызвать тревогу и дискомфорт такого уровня, который пациент в силах терпеть» (Difede, Hoffman, p. 532). Данная методика способствует репереживанию травматического события в контролируемых, поддерживающих условиях, способствующих постепенному привыканию к травматическим образам и снижению тревоги и избегания.

Подобным образом сконструированы другие программы для ВТ с использованием виртуальной реальности для ветеранов военных действий: «Виртуальный Вьетнам» (Rothbaum et al., 2001), «Виртуальный Ирак» (Gerardi et al., 2007).

Рассмотренная методика считается одной из наиболее эффективных. По данным исследований, ни один из существующих методов терапии ПТСР не показал столь высокой эффективности, как ВТ (Ротбаум и др., 2005).

### 5.3. КОГНИТИВНАЯ И КОГНИТИВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Классический вариант когнитивной психотерапии психической травмы основывается на распознавании и коррекции дисфункциональных убеждений человека, связанных с представлениями о собственной незащищенности, враждебности окружающего мира, а также с утраченным доверием к людям, самообвинением, сниженной самооценкой, негативным взглядом на будущее, потерей духовных ценностей. Так, например, развившееся в результате переживания насилия убеждение «Все мужчины опасны» может сформировать у пострадавшей избегающее поведение и неспособность устанавливать отношения с мужчинами. Травма, полученная в автомобильной катастрофе по вине находящегося под воздействием алкоголя водителя, может привести участников аварии не только к убеждению об опасности езды на автомобиле, но и подорвать представления о доверии к миру в целом.

Когнитивная терапия может проводиться как сама по себе, так и в сочетании с бихевиоральными техниками. Основная цель «классической» когнитивной психотерапии (по А. Беку) – изменение дисфункциональных когниций – достигается с помощью техники когнитивного реструктурирования, которая включает несколько

этапов. На первом этапе пациенты обучаются распознавать свои дисфункциональные мысли (т. е. те мысли, которые вызывают негативные эмоциональные состояния). Затем производится проверка валидности этих мыслей и конфронтация с ними. На третьем этапе дисфункциональные когниции заменяются более адаптивными и логичными. Так, например, одним из убеждений, сформировавшихся у женщины, изнасилованной в городском парке, будет следующее: «Если я пойду туда снова, то подвергну себя опасности». Аргументом при этом становится для нее сам факт, что она подверглась насилию именно в этом месте. Противоположным аргументом будет тот, что она проходила по этому месту множество раз, а также тысячи людей проходили там до и после инцидента. Это подводит к закономерному выводу: «Парк – в целом вполне безопасное место, и, несмотря на то, что со мной произошел несчастный случай именно здесь, это не означает, что я буду в опасности, если опять приду туда. Я предприму специальные меры предосторожности и не буду удаляться далеко от центральных аллей в темное время суток» (Meadows, Foa, 1998).

Когнитивное реструктурирование является одним из компонентов терапии ПТСР, наряду со вскрывающей терапией и тренингом стрессоустойчивости. В исследовании психотерапии Э. Франка с соавт. (Frank et al., 1988) было показано, что в результате применения техник когнитивного реструктурирования наблюдается снижение посттравматической симптоматики.

Важной характеристикой процесса совладания с травмой является осмысление индивидом происшедшего, придание травматической ситуации определенного смысла в контексте жизни в целом, а также осознание своего вклада в случившееся. В связи с этим одной из главных тем когнитивной психотерапии ПТСР является психотерапия чувства вины, связанного с травмой (Kubany, 1998). Результаты проведенных исследований показывают, что чувство вины взаимосвязано с симптоматикой ПТСР, с суицидальными тенденциями и депрессией (Kubany et al., 1996).

Посттравматическая вина представляет собой сложный когнитивно-аффективный комплекс, включающий в себя:

- 1) ответственность за причины и результаты происшедшего;
- 2) убеждение в неоправданности предпринятых действий;
- 3) убеждение в нарушении существующих моральных норм;
- 4) убеждения о том, что переживший травму человек знал, как поступить иначе.

Таким образом, по мнению когнитивных психотерапевтов, люди, страдающие от чувства вины, связанного с травмой, имеют когнитивные нарушения, связанные с убеждениями в непредусмотрительности, неоправданности своих действий, а также с чувством ответственности за происшедшее. Данные когнитивные нарушения являются характеристиками ошибочного мышления, которое должно быть подвергнуто коррекции в процессе терапии.

Когнитивная психотерапия чувства вины, связанного с травмой, направлена на то, чтобы пациенты могли достичь объективного взгляда на свою роль в травмирующем событии. Терапия чувства вины включает несколько этапов:

1. *Оценка чувства вины.* Терапевт производит оценку причин и источников чувства посттравматической вины, выявляет ошибки мышления травмированного пациента, а также дает примерный прогноз результатов психотерапии.
2. *Дебрифинг вины (выяснение всех подробностей).* Пациент рассказывает в деталях о том, что произошло в травмирующей ситуации: описывает ощущения (звуки, образы, запахи), мысли, чувства, действия всех участников в мельчайших подробностях. После этого терапевт просит его сконцентрироваться на самом тяжелом моменте травмирующей ситуации и описать свои мысли и чувства, переживаемые тогда.
3. *Коррекция ошибок мышления.* Далее в полуструктурированной форме терапевт работает с ошибками мышления пациента: он конфронтирует с ними поочередно, демонстрируя пациенту несостоятельность его суждений. Так, например, при работе с убеждением об ответственности за происшедшее терапевт и пациент сначала должны развести понятия причины, следствия (что-то привело к тому-то) и обвинения (что-то привело к тому-то из-за неправильных действий). Затем пациента просят составить список всех людей (кроме себя) и внешних факторов, так или иначе причастных к травматическому событию и его результатам, и оценить процентное соотношение вклада каждого в то, что произошло, на причинно-следственном уровне, без обвинений. На последнем этапе пациент производит переоценку собственной ответственности. Клиент также получает домашние задания для мониторинга собственного мышления и самостоятельного выявления когнитивных ошибок (Kubany, 1997).

Одним из распространенных направлений терапии пациентов с ПТСР является когнитивно-процессуальная психотерапия (КПТ),

которая была изначально разработана для жертв насилия (Resick, Schnicke, 1992), а позже стала применяться в лечении других видов травм (McCarthy, Petrakis, 2011). Основная задача терапии – разрушение появившихся после травмы «структур страха» (см. главу 1). Для этого проводится работа в двух направлениях: активизация структур страха и формирование новых информационных структур, не совместимых со структурами страха.

Важным компонентом КПТ является вскрывающая терапия, посредством которой происходит активация травматических воспоминаний. Экспозиция при ВТ имеет в этом направлении свои особенности: пациенты составляют письменное повествование о травматическом событии, в котором особое внимание уделяется ощущениям, эмоциям и мыслям во время травмы. Во время сессии пациент читает текст, а терапевт помогает правильно идентифицировать и обозначать чувства и мысли.

Однако авторы считают, что ВТ может лишь влиять на восприятие опасности и связанный с ним страх, но другие эмоциональные реакции переживших травму (самообвинение, стыд, негодование) требуют дополнительных психотерапевтических воздействий. Таким образом, второй фокус КПТ – посттравматические неадаптивные убеждения. Исходный теоретический тезис КПТ состоит в том, что симптоматика ПТСР связана с конфликтом между новой (травматической) информацией и старыми представлениями (Клиническое руководство..., 2008). Например, у пациентов, переживших насилие, психотерапевтическая работа направлена на когнитивное реструктурирование пяти основных компонентов базисных схем: представлений о защищенности, доверии, силе собственного Я, самооценности и возможности строить близкие отношения (McCann, Pearlman, 1990). С каждой темой ведется отдельная работа.

Терапия имеет четкую структуру и проходит в три этапа. На первом (сессии 1–4) пациент обучается способности видеть и анализировать связи между травматическим событием, своими мыслями о нем и эмоциональными состояниями. Терапевт помогает пережившему травму человеку обозначить эмоции, отделить эмоции от мыслей, идентифицировать убеждения и представления, которые лежат в основе эмоций. Здесь важным является также компонент психообразования, который предполагает информирование пациента о психологических последствиях травматизации. На этом этапе пациент пишет подробный рассказ о травматическом событии. Следующий этап (сессии 5–7) посвящен непосредственно техникам когнитивной терапии – работе с дисфункциональными убеждениями,

выявлению ошибок мышления. На третьем этапе (сессии 8–12) прорабатываются травматические темы и связанные с ними убеждения.

Эффективность КПТ была показана на выборке переживших насилие женщин: у них снизилась симптоматика ПТСР и депрессии (Resick, Schnicke, 1992, 1993). В более позднем исследовании при сравнении трех групп пациентов (проходивших ВТ, КПТ и контрольной группы пациентов, ожидающих терапию) была подтверждена эффективность обоих методов (ВТ и КПТ), однако КПТ показала большую эффективность для пациентов с сопутствующим чувством вины (Resick et al., 2002).

Описанные выше техники и подходы позволяют утверждать, что когнитивная психотерапия, фокусирующаяся на коррекции нарушенных травмой убеждений индивида о собственном Я и окружающем мире, является перспективным направлением психотерапии посттравматических состояний.

#### 5.4. НАРРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

В отличие от описанных выше направлений психотерапии, в данном подходе главный акцент ставится не на отдельных элементах дисфункциональных когниций, а на нарративе в целом (Meichenbaum, Fong, 1993). Постепенно изменяющиеся в терапии характеристики нарратива (целостность, последовательность, непротиворечивость и т. д.) отражают способность к совладанию с травматическим опытом.

Теоретические положения, лежащие в основе нарративной терапии ПТСР, вытекают из нарративной теории ПТСР (см. главу 1). Считается, что людям свойственно создавать нарративы, находящиеся в согласии с их представлениями о себе и о мире. Если нарратив о событии не вписывается в эти представления, индивид старается избегать напоминаний о нем. Человеку свойственно создавать один «генеральный нарратив», на котором базируется его идентичность. Нарративные психотерапевты работают над тем, чтобы пациент смог посмотреть на событие с разных точек зрения, которые, тем не менее, не подрывают опору для идентичности.

На основе нарративного подхода к ПТСР израильскими психотерапевтами И. Палги и М. Бен-Езра была создана модель нарративной терапии «Назад в будущее», которая применяется в терапии острого стрессового расстройства на ранних этапах после травмы (Palgi, Ben-ezra, 2010). Она базируется на «точках якорения», которые выявляет терапевт в процессе нарратива клиента о травматическом событии.

Точки якорения – это те места в нарративе, которые противоречат травматическому нарративу и содержат информацию о прошлых негативных событиях и о том, как человек был готов противостоять им. Точки якорения усиливают здоровую, нетравматическую часть нарратива, ибо травматические ситуации возникают неожиданно и не дают возможности «подготовиться». Таким образом, в процессе переработки травматической информации пациенту важно мысленно вернуться в те трудные ситуации, с которыми он активно справлялся, и связать их с представлениями о способности справляться с тяжелым опытом в будущем.

Авторы заимствовали название модели у культового фильма «Назад в будущее» режиссера Р. Земекиса, где герой постоянно перемещается из прошлого в будущее, чтобы решить проблемы настоящего. В процессе терапии предполагается изменение травматического нарратива с помощью точек якорения, выявленных в личной истории пациента, которые делают нарратив когерентным и конфронтируют с посттравматическим нарративом. Пациент с помощью терапевта спонтанно «перекраивает» рассказ о травме с позиций своего прошлого, учитывая точки якорения (ресурсы из опыта совладания с трудными ситуациями). Повествование о травматическом событии происходит с позиции человека, как будто бы подготовленного, обладающего необходимыми ресурсами, – таким образом пациент отчасти преодолевает чувство собственной беспомощности, ощущение, что жизнь больше не поддается контролю.

В нарративной терапии решается также и другая задача – интеграция травматического события в континуум жизненной истории. Нарратив, получившийся в процессе терапии, будет функциональным для пациента, если он, во-первых, плавно соединяет прошлое пациента, травматическое событие и планируемое будущее и, во-вторых, если травматическое событие является интегрированной частью жизненного нарратива в целом. Если это удастся, то границы травматического события как бы растягиваются: в прошлом существуют места, которые пациент рассматривает как своего рода «подготовку» (точки якорения), а в будущем – цели и планы, к которым он стремится, пережив травму.

Используя понятия теории Ж. Пиаже, Р. Неймейер вводит положение о том, что людям, перенесшим травму, свойственно автоматически ассимилировать травму в «макронарратив», в то же время идет процесс аккомодации, который происходит за счет наделения травматического события определенным смыслом либо реконструкции жизненного нарратива в целом (Neimeyer, 2002, 2006).

Таким образом, конструктивистский подход к травме предполагает, что люди активно преобразуют свой внутренний мир с целью придания смысла событиям, которые трудно принять. Новый нарратив конструируется средствами внутри- и межличностного диалога, духовными процессами, социальной поддержкой – всем тем, что усиливает личностный рост.

Терапия включает следующие стадии:

1. *Выявление дотравматических убеждений, разрушенных травмой.* Обсуждение того, каким образом травма повлияла на картину мира, способствует формированию более здорового и когерентного нарратива. Определение точек якорения также способствует этому процессу.
2. *Избегание повторных воспроизведений ядерных травматических образов, предотвращение интенсивных сенсорно-чувственных травматических воспоминаний.* Терапевт на начальных этапах поощряет лишь нейтральные, фактологические повествования с целью снижения вероятности ретравматизации. Например, он предлагает пациенту употреблять слова «запах» вместо «я до сих пор чувствую запах горящей человеческой плоти»; «образ» вместо «я все еще вижу горящее тело так же живо, как будто только что увидел его». Таким образом, в отличие от вскрывающих техник, направленных на реконструкцию травматического события в цвете, звуках, запахах и т. д., нарративные терапевты считают, что поощрение пациента к детальным воспоминаниям о травматическом событии может усилить травматическую память. Терапевт также проводит так называемую «нормализацию» – сообщает пациенту, что его чувства и реакции не уникальны и нормальны после переживания такого события.
3. *Директивный подход в анализе точек якорения из дотравматического опыта пациента.* Нахождение точек якорения (ресурсов из прошлого опыта совладания с трудными ситуациями) дает основание, прежде всего самому пациенту, говорить о том, что он был отчасти готов, «имел иммунитет» к воздействию травматического события. На этом этапе терапевт задает пациенту вопросы типа: «Когда вы смотрели репортажи о террористических атаках по ТВ, размышляли ли вы о том, что бы вы делали, если бы оказались в этой ситуации?» Чем больше удастся выявить якорей, тем легче пациенту создать альтернативный нарратив, в котором он сам выглядит более сильным, подготовленным и обладающим ресурсами совладания.

4. *Формирование нового нарратива, который включает информацию обо всех точках якорения.* Нарративные терапевты руководствуются допущением, что человек помнит не само событие, а воспоминание о нем, рассказ о нем. Чем больше удастся в терапии повторить новый, альтернативный нарратив о травме, тем выше вероятность того, что он будет запечатлен в памяти, и тем ниже вероятность развития посттравматических симптомов (Tuval-Mashiach et al., 2004). На этой стадии используются техники воображения для создания ресурсных образов, например, мест, где пациент чувствует себя в наибольшей степени расслабленно и спокойно.
5. *Рассмотрение значения пережитого травматического опыта в позитивном ключе.* Помимо интеграции травматического опыта в нарратив о жизни, пациенту необходимо переосмыслить его значение, придать ему новый смысл. Определенные обстоятельства из прошлой жизни могут получить новое, позитивное значение для личной и профессиональной идентичности. Например, пожарный, страдающий от посттравматических симптомов в связи с обнаружением в огне мертвых тел, в процессе повествования о своей жизни может вспомнить, что просмотр репортажей 11 сентября 2001 года стал значимым фактором в его решении стать пожарным. Таким образом, подверженность травматическим воздействиям является неотъемлемой частью его представлений о себе как о профессионале, усиливает профессиональную идентичность.
6. *Установление связей между прошлым пациента и его планами на будущее.* Травматическое событие в структуре нового жизненного нарратива рассматривается как составляющая опыта человека, из которого формируется образ будущего. В случае успешного прохождения предыдущих этапов человек чувствует себя более сильным, чем до травмы, и уверенным в том, что сможет справиться с новыми трудностями. Травматическое событие становится одним из событий в континууме жизни (Palgi, Ben-Ezra, 2010).

Авторы модели считают, что в целом людям свойственно, узнавая о разного рода тяжелых событиях из СМИ и других источников, готовить себя к возможному попаданию в такие ситуации. Они полагают, что это эволюционно сформированное свойство человеческих существ – готовить себя к вероятной опасности. Таким образом, восприятие травматической ситуации всегда амбивалентно: с одной



стороны, человек уже пытался ставить себя на место жертв травм и в какой-то степени готовился к этому, с другой стороны – подобные ситуации практически всегда неожиданны и человек лишен возможности к ним подготовиться.

Цель нарративной терапии – формирование интегрированных в целостный нарратив воспоминаний о травматическом событии. Здесь хочется еще раз отметить, что нарративные терапевты не рекомендуют использовать вскрывающие техники, особенно на ранних этапах после травмы. Они считают, что погружение в травматические образы на ранних этапах терапии ведет к консолидации негативного нарратива, который является фактором развития ПТСР.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В теоретической части монографии мы проанализировали наиболее современные и эмпирически подтвержденные когнитивные и социально-когнитивные модели посттравматического стресса. Современные когнитивные исследования ПТСР ведутся в двух направлениях: изучаются особенности когнитивных процессов при ПТСР (наиболее значимыми для понимания механизмов развития ПТСР являются особенности посттравматической памяти) и посттравматические убеждения человека о мире и о себе (картина мира). В интегративных моделях ПТСР выделяются два параллельных процесса переработки информации. Первый функционирует на неосознаваемом уровне, и результатом его дисфункции являются флэшбэки (непроизвольные воспроизведения травматических образов). Второй процесс переработки информации о травме называют концептуальным: он направлен на согласование дотравматических представлений человека о мире и о себе с посттравматическими. Функционирование психики на этом уровне рассматривается через концепт схем и убеждений.

Конструкт когнитивной схемы (убеждения) обладает эвристической ценностью не только в когнитивной, но и в клинической психологии и психологии личности. При этом для клинической психологии чрезвычайно важно понимание схемы не как исключительно когнитивной структуры, а как когнитивно-аффективного комплекса, формирующегося из опыта взаимодействия индивида с окружающим миром и опосредующего восприятие происходящих событий.

В концепции Р. Янофф-Бульман психическая травма рассматривается как изменение базисных убеждений личности о доброжелательности окружающего мира, о его справедливости, а также о ценности и значимости собственного Я. Данная концепция стала теоретико-методологическим основанием нашего исследования, а созданная в ее рамках методика „World assumptions scale“ («Шка-

ла базисных убеждений») была апробирована на отечественной популяции и впоследствии модифицирована нами с учетом культуральных аспектов. Методика имеет высокие показатели надежности и валидности.

Проведенное с помощью «Шкалы базисных убеждений» исследование продемонстрировало сопряженность интенсивности переживаемых индивидом симптомов посттравматического стресса с негативными убеждениями о доброжелательности окружающего мира и значимости собственного Я. Однако при различных видах психической травматизации (участие в военных действиях и онкологическое заболевание) при развитии посттравматических стрессовых реакций меняются разные убеждения.

Полученные результаты свидетельствуют также, что репрезентация справедливости окружающего мира в индивидуальном сознании либо имеет различия по отечественной популяции по сравнению с американской, либо не входит в структуру базисных убеждений, изменяющихся при развитии посттравматических стрессовых симптомов.

Взаимосвязи некоторых базисных убеждений и основных индивидуально-личностных особенностей (экстраверсии и нейротизма) по Айзенку говорят о сопряженности темпераментальных и содержательных характеристик личности.

Изучение травмы вынужденной миграции показало, что текущее психологическое состояние мигрантов во многом определяется последствиями принятого когда-то решения. Те из них, кто в разное время смог уехать, ныне демонстрируют значительно меньший уровень признаков посттравматического стресса, большую осмысленность жизни и более позитивную картину мира (особенно в части определения ценности и значимости собственного Я как достойного любви и уважения), по сравнению с оставшимися жить на исторической Родине. Ведущими когнитивно-смысловыми ресурсами при этом являются базовые позитивные убеждения о себе как об удачливом человеке, уверенность в собственных возможностях контролировать ситуацию и удовлетворенность самореализацией.

Опосредующая роль убеждений в психологическом состоянии испытуемых, переживших различные виды психических травм, была также показана на клинических примерах, в которых описаны как случаи успешного совладания с психической травмой, так и, напротив, высокого уровня посттравматических симптомов.

Подводя итоги проведенного исследования, отметим, что описанные результаты, как и ожидалось, представляют не только теорети-

ческий, но и практический интерес: они имеют значение для более углубленного понимания феноменологии различных видов психической травматизации (участие в военных действиях, онкологическое заболевание, вынужденное переселение). Особое внимание в монографии было уделено теоретическому изучению и осмыслению связей между когнитивными теориями травмы и психологической практикой: для нас было важно исследовать, каким образом теоретико-эмпирические разработки становятся источниками научно обоснованных направлений психотерапии.

## ЛИТЕРАТУРА

- Андреева Г. М.* Психология социального познания. М.: Аспект-Пресс, 2004.
- Анцыферова Л. И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1.
- Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная психотерапия депрессии. СПб.: Питер, 2003.
- Бодалев А. А., Столин В. В.* Общая психодиагностика. М.: Речь, 2000.
- Брунер Дж.* О перспективной готовности: Хрестоматия по ощущению и восприятию. М., 1975. С. 134–152.
- Брушлинский А. В.* Психология субъекта. СПб.: Алетейя, 2002.
- Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психодиагностике. Киев: Наукова Думка, 1989. С. 7–11.
- Вайсс Д.* Как работает психотерапия. Процесс и техника. М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
- Выготский Л. С.* Собр. соч. В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 3.
- Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б., Юдеева Т. Ю.* Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги // Психология: современные направления междисциплинарных исследований: Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А. В. Брушлинского, 8 октября 2002 г. / Отв. ред. А. Л. Журавлев, Н. В. Тарабрина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2003.
- Гриценко В. В.* Эмоциональное состояние русских вынужденных мигрантов // Психологический журнал. 2000. Т. 21. № 4. С. 22–31.
- Ениколопов С. Н., Садовская А. В.* Враждебность и проблема здоровья человека // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 7. С. 59–64.

- Захарова М. Л.* Исследование дисфункциональных отношений у больных невротами и их динамики в процессе психотерапии: Дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2001.
- Зеленова М. Е., Лазебная Е. О., Тарабрина Н. В.* Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 2. С. 34–49.
- Калмыкова Е. С., Комиссарова С. А., Падун М. А., Азарков В. А.* Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса (сообщение 2) // Психологический журнал. 2002. Т. 23 № 6. С. 89–97.
- Калмыкова Е. С., Падун М. А.* Ранняя привязанность и ее влияние на устойчивость к психической травме: постановка проблемы // Психологический журнал. 2002. Т. 23. № 5. С. 88–105.
- Кант И.* Критика чистого разума // Кант И. Собр. соч. В 8 т. М., 1994. Т. 3.
- Клайн П.* Справочное руководство по конструированию тестов. Киев, 1994.
- Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу.* СПб.: Питер, 2008.
- Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека и А. Фримена.* СПб.: Питер, 2002.
- Кравцова О. А.* Сексуальное насилие как психологическая травма: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2000.
- Крамер Д.* Математическая обработка данных в социальных науках. Современные методы: Учебн. пособие для вузов. М.: Изд. центр «Академия», 2007.
- Ксенофонтов А. М., Беликов И. И., Сложеникин А. П., Новикова А. А.* Основные принципы диагностики и профилактики посттравматического стресса у участников контртеррористических операций / Под ред. П. И. Сидорова. Архангельск: Издат. центр Северного государственного медицинского университета, 2007.
- Курбатова Т. Н.* Исследование экстраверсии-интроверсии и нейротизма (Опросник Айзенка) // Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. СПб.: Питер, 2000. С. 289–295.
- Курчакова М. С.* Психофизиологические механизмы эмоционального реагирования в норме и при психической травме: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2008.

- Лазебная Е. О.* Травматическая стрессовая ситуация и посттравматический адаптационный процесс // Психология состояний: Хрестоматия / Под ред. А. О. Прохорова. СПб.: Речь, 2004.
- Леонтьев Д. А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 2000.
- Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1977.
- Ломов Б. Ф.* Методологические и теоретические проблемы психологии, М.: Наука, 1984.
- МакМаллин Р.* Практикум по когнитивной терапии. СПб.: Речь, 2001.
- Митина О. В.* Структурное моделирование: состояние и перспективы // Вестник Пермского гос. пед. ун-та. Сер. 1. Психология. №2. 2005. С. 3–15.
- Найсер У.* Познание и реальность. М.: Прогресс, 1981.
- Нельсон-Джоунс Р.* Теория и практика консультирования. СПб.: Питер, 2000.
- Николаева В. В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.
- Падун М. А.* Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2003.
- Падун М. А., Загряжская Е. А.* Базисные убеждения в структуре психологического дистресса // Психосоматическая медицина: Сборник тезисов I Международного конгресса. СПб., 2006. С. 143.
- Падун М. А., Котельникова А. В.* Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психологический журнал. 2008, Т. 29. № 4. С. 98–106.
- Падун М. А., Лочехина Л. И.* Связь интеллекта и посттравматического стресса у ветеранов боевых действий с различным уровнем нейротизма // Психология человека в современном мире / Отв. ред. А. Л. Журавлев, И. А. Джидарьян, В. А. Барабанщиков, В. В. Селиванов, Д. В. Ушаков. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. Т. 2. С. 373–379.
- Падун М. А., Тарабрина Н. В.* Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 121–142.
- Падун М. А., Тарабрина Н. В.* Когнитивно-личностные аспекты переживания травматического стресса // Психологический журнал. 2004. № 5. С. 5–15.
- Пиаже Ж.* Избранные психологические труды. М., 1969.

- Полетаева А. В. Трансформация смысловой сферы личности в отдаленном периоде переживания травматического события // Вестник Кемеровского гос. ун-та. 2005. №2 (22). С. 145–150.
- Полянина Д. А., Епифанова Н. М., Смирнов С. В. Методика десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) и ее модификация в психотерапии больных с ожоговой травмой // Материалы VII Междисциплинарной конференции по биологической психиатрии «Стресс и поведение» (Москва, 26–28 февраля 2003 г.). М., 2003. URL: [http://www.mosmedclinic.ru/conf\\_library/2003/4/402](http://www.mosmedclinic.ru/conf_library/2003/4/402) (дата обращения: 07.02.2012).
- Практикум по психологии посттравматического стресса / Под ред. Н. В. Тарабриной. М.: Когито-Центр, 2007.
- Психологический словарь / Под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. М.: Педагогика-Пресс, 2001.
- Райл Э. Теория объектных отношений и теория деятельности: модель последовательности процедур как возможное связующее звено // Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. № 2. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID = 2037> (дата обращения: 07.02.2012).
- Рождерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 1994.
- Ротбаум Б., Медоуз Э., Ресик П., Фой Д. Когнитивно-бихевиоральная терапия // Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Э. Б. Фoa, Т. М. Кина, М. Д. Фридмана. М.: Когито-Центр, 2005.
- Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. О месте психического во всеобщей взаимосвязи явлений материального мира. М.: Изд-во АН СССР, 1957.
- Соколова Е. Т. Модель психологической помощи вынужденным мигрантам в контексте проблематики насилия и расстройств самоидентичности // Психологи о мигрантах и миграции в России: Информационно-аналитический бюллетень. М., 2001. № 2. С. 21–43.
- Соколова Е. Т. Психотерапия: теория и практика: Учебн. пособие для студентов вузов. М.: Изд. центр «Академия», 2002.
- Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах психики и соматических заболеваниях. М., 1995.
- Солдатова Г. У. Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности. М.: Смысл, 2002.



- Солдатова Г. У., Шайгерова Л. А.* Общество и вынужденные мигранты: трудный путь к взаимопониманию // Психологи о мигрантах и миграции в России: Информационно-аналитический бюллетень. М., 2001. №3. С. 49–60.
- Степанов В. В., Сусоколов А. А.* Русские ближнего зарубежья: проблемы адаптации в российской деревне // Российский этнограф. М., 1993. №3. С. 3–172.
- Тарабрина Н. В.* Психология посттравматического стресса. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.
- Тарабрина Н. В., Ворона О. А., Курчакова М. С., Падун М. А., Шаталова Н. Е.* Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010.
- Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. 1996. Т. 17. №1. С. 19–34.
- Узнадзе Д. Н.* Экспериментальные основы психологии установки. Тбилиси: Издательство АН Грузинской ССР, 1961.
- Фастовцов Г. А.* Психические расстройства в результате боевого стресса // Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. С. 422–433.
- Филиппова Е. И.* Роль культурных различий в процессе адаптации русских переселенцев // Идентичность и конфликт в постсоветских государствах. М.: Московский Центр Карнеги, 1997.
- Франселла Ф., Баннистер Д.* Новый метод исследования личности. М.: Прогресс, 1987.
- Фрейд З.* По ту сторону принципа удовольствия // Фрейд З. Психология бессознательного. М.: ООО «Фирма СТД», 2006.
- Холмогорова А. Б.* Отечественная психология мышления и когнитивная терапия // Консультативная психология и психотерапия. 2001. №4. С. 154–164.
- Холмогорова А. Б.* Клиническая психология и психиатрия: соотношение предметов и общие методологические модели исследований // Психология: современные направления междисциплинарных исследований: Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А. В. Брушлинского, 8 октября 2002 г. / Отв. ред. А. Л. Журавлев, Н. В. Тарабрина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2003. С. 80–91.

- Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 1. С. 94–102.
- Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Эмоциональные расстройства и современная культура (на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств) // Московский психотерапевтический журнал. 1999. № 2. С. 61–90.
- Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер Пресс, 1997.
- Черепанова Е. М. Психологический стресс: Помоги себе и ребенку. М.: ИЦ «Академия», 1997.
- Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
- Abrahamson L., Seligman M., Teasdale M. Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation // *Abnormal Psychology*. 1978. V. 87 (1). P. 49–74.
- Affleck G., Allen D. A., Tennen H., McGrath B. J., Ratzan S. Causal and control cognitions in parents' coping with chronically ill children // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1985. V. 3. P. 367–377.
- Alloy L. B., Abramson L. Y., Hogan M. E., Whitehouse W. G., Rose D. T., Robinson M. S. The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive vulnerability to depression // *Journal of Abnormal Psychology*. 2000. V. 109. P. 403–418.
- Amir N., Stafford J., Freshman M. S., Foa E. B. Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of traumatic stress*. 1998. V. 11. P. 985–993.
- Arata C. M., Burkhart B. R. Post-traumatic stress disorder among college student victims of acquaintance assault // *Journal of Psychology and Human Sexuality*. 1996. V. 8. P. 79–92.
- Bartlett F. Remembering. Cambridge: Cambridge University Press, 1932.
- Beck A. T. Thinking and depression: Theory and therapy // *Archives of General Psychiatry*. 1964. V. 10. P. 561–571.
- Beck A. T. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. NY: Harper and Row, 1967.
- Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. NY: International University Press, 1976.
- Beck A. T. Cognitive therapy of depression: new perspectives // P. J. Clayton, J. E. Barrett (Eds). *Treatment of Depression: Old Controversies and New Approaches*. NY: Raven Press, 1983. P. 265–290.
- Beck A. T. Cognitive models of depression // *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 1987. V. 1. P. 5–37.

- Beck A. T., Brown G., Steer R. A., Weissman A. N.* Factor Analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a Clinical Population // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991. V. 3. P. 478–483.
- Beck A. T., Emery G.* Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. NY: Basic Books, 1985.
- Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G.* Cognitive therapy of depression. NY: Guilford Press, 1979.
- Beck J. S.* Cognitive therapy: Basics and beyond. NY: Guilford Press, 1995.
- Beder J.* Loss of the Assumptive World. NY: Baywood Publishing Co., 2005.
- Blackburn I. M., Jones S., Lewin R. J. P.* Cognitive style in depression // *British Journal of Clinical Psychology*. 1987. V. 25. P. 241–251.
- Bower G. H.* Mood and memory // *American Psychologist*. 1981. V. 36. P. 129–148.
- Bowlby J.* Attachment and loss. 1. Attachment. NY: Basic Books and Hogarth Press, 1969.
- Bowman M. L., Yehuda R.* Risk factors and the adversity-stress model // *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies* / Ed. G. M. Rosen. NY: John Wiley and Sons, 2004. P. 15–38.
- Breslau E. S., Curbow B. A., Zabora J. R., Britzenholf K.* Psychological distress in post-surgical women with breast cancer. Baltimore: John Hopkins School of Medicine and Oncology Centre, 2001.
- Brewin C. R.* Cognitive change processes in psychotherapy // *Psychological Review*. 1989. V. 96. P. 379–394.
- Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D.* Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. V. 68. P. 748–766.
- Brewin C. R., Beaton A.* Thought suppression, intelligence, and working memory capacity // *Behaviour Research and Therapy*. 2002. V. 40. P. 923–930.
- Brewin C. R., Dalgleish T., Joseph S.* A dual representation-theory of post-traumatic-stress-disorder // *Psychological Review*. 1996. V. 103. № 4. P. 670–686.
- Brewin C. R., Holmes E.* Psychological theories of posttraumatic stress disorder // *Clinical Psychology Review*. 2003. V. 23. P. 339–376.
- Brewin C. R., Hunter E., Carroll F., Tata P.* Intrusive memories in depression // *Psychological Medicine*. 1996. V. 26. P. 1271–1276.
- Bruner J.* The Process of Education. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1960.
- Buckley T. C., Blanchard E. B., Neill W. T.* Information processing and PTSD: A review of the empirical literature // *Clinical Psychology Review*. 2000. V. 28. P. 1041–1065.

- Bulman R., Wortman C.* Attributions of blame and coring in the “real world”: severe accident victims react to their lot // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1977. V. 35. P. 351–363.
- Calhoun G., Cann A., Tedeschi G., McMillan J.* A correlation test of the relationship between posttraumatic growth, religion and cognitive processing // *Journal of Traumatic Stress*. 2000. V. 13. P. 521–527.
- Cane D. B., Olinger L. J., Gotlib I. H., Kuiper N. A.* Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population // *Journal of Clinical Psychology*. 1986. V. 42. P. 307–309.
- Carlson J. G., Chemtob C. M., Rusnak K., Hedlund N. L., Muraoka M. Y.* Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder // *Journal of Traumatic Stress*. 1998. V. 11. P. 3–24.
- Chemtob C., Roitblat H. L., Hamada R., Carlson J. G., Twentyman C. T.* A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. 1988. V. 2. P. 253–275.
- Coffey P., Leitenberg H., Henning K., Turner T., Bennett R. T.* Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: perceived stigma, betrayal, powerlessness and self-blame // *Child abuse and neglect*. 1996. V. 20. P. 447–455.
- Collins R. L., Taylor S. E., Skokan L. A.* A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization // *Social cognition*. 1990. V. 8. P. 263–285.
- Conway M. A., Pleydell-Pearce C. W.* The construction of autobiographical memories in the self-memory system // *Psychological Review*. 2000. V. 107. P. 261–288.
- Conway M. A., Singer J. A., Tagini A.* The self and autobiographical memory: Correspondence and coherence // *Social Cognition*. 2004. V. 22. P. 495–537.
- Coyne J. C., Gotlib I. H.* The role of cognition in depression: A critical appraisal // *Psychological Bulletin*. 1983. V. 94. P. 472–505.
- Cubany E. S.* Thinking errors, faulty conclusions and cognitive therapy for trauma-related guilt // *National Center for post-traumatic stress disorder. Clinical Quarterly*. 1997. V. 7. P. 6–8.
- Cubany E. S.* Cognitive therapy for trauma-related guilt // *Cognitive-behavioral therapies for trauma* / Eds V. M. Folette, J. B. Ruzek, F. R. Abueg. NY: The Guilford Press, 1998.
- Cubany E. S., Haynes S. N., Abueg F. R., Manke F. P., Brennan J. M., Stahura C.* Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI) // *Psychological Assessment*. 1996. V. 8. P. 428–444.

- Dalbert C., Montada L., Schmitt M.* Glaube an eine gerechte Welt als Motiv: Validierungskorrelate zweier Skalen [The belief in a just world and validity correlates of two scales] // *Psychologische Beiträge*. 1987. V. 29. P. 596–615.
- Dansky B. S.* Recovery from sexual trauma: the influence of coping, social support, affect and cognitive schemata on psychological well-being. Unpublished doctoral dissertation. 1991.
- Derry P. A., Kuiper N. A.* Schematic processing and selfreference in clinical depression // *Journal of Abnormal Psychology*. 1981. V. 90. P. 286–297.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed.). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- Difede J., Hoffman H. G.* Virtual reality exposure therapy for World Trade Center Post-traumatic Stress Disorder: A case report // *Cyberpsychology and Behavior*. 2002. V. 5 (6). P. 529–535.
- Dobson K. S., Show B. F.* Cognitive assessment with major depressive disorders // *Cognitive Therapy and Research*. 1986. V. 10. P. 13–29.
- Dollinger S. J.* The need for meaning following disaster: Attributional and emotional upset // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1986. V. 12. P. 300–310.
- Dunmore E., Clark D. M., Ehlers A.* A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault // *Behaviour Research and Therapy*. 2001. V. 39. P. 1063–1084.
- Dutton M. A., Burghardt K. J., Perrin S. G., Chrestman K. R., Halle P. M.* Battered women's cognitive schemata // *Journal of Traumatic Stress*. 1994. V. 8. P. 237–257.
- Eagle M. N.* The psychoanalytic and the cognitive unconscious // *Theories of the unconscious* / Ed. R. Stern. Hillsdale: Analytic Press, 1986. P. 155–190.
- Eaves G., Rush A. J.* Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression // *Journal of Abnormal Psychology*. 1984. V. 93. P. 31–40.
- Edlund J. E., Sagarin B. J., Johnson B. S.* Reciprocity and the belief in a just world // *Personality and Individual Differences*. 2007. V. 43. P. 589–596.
- Egendorf A., Kadushin C., Laufer R., Rothbart G., Sloan L.* Legacies of Vietnam: Comparative adjustment of veterans and their peers. NY: Center for policy research, 1981.
- Ehlers A., Clark D. M.* A cognitive model of post-traumatic stress disorder // *Behaviour Research and Therapy*. 2000. V. 38. P. 319–345.

- Ehlers A., Maercker A., Boos A.* Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: the role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change // *Journal of Abnormal Psychology*. 2000. V. 109. P. 45–55.
- Ehlers A., Mayou R. A., Bryant B.* Psychological predictors of chronic post-traumatic stress disorder after motor vehicle accident // *Journal of Abnormal Psychology*. 1998. V. 107. P. 508–519.
- Ehring T., Ehlers A., Glucksman E.* Do cognitive models help in predicting the severity of posttraumatic stress disorder, phobia and depression after motor vehicle accidents? A prospective longitudinal study // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008. V. 76. P. 219–230.
- Ellard J. H., Lerner M. J.* What Does the World Scale Measure: Dimension or Style? *Materials of the American Psychological Association* (Anaheim, CA). August 26–30. 1983.
- Ellis A.* Reason and emotion in psychotherapy. NY: Carol Publishing Group, 1994.
- Epstein S.* Cognitive experiential self-theory // *Handbook of personality: Theory and research* / Ed. L. A. Pervin. NY: Guilford, 1990. P. 165–192.
- Epstein S.* Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious // *American Psychologist*. 1994. V. 49. P. 709–724.
- Epstein S.* Cognitive-experiential self-theory, an integrative psychodynamic theory of personality // *Bulletin of the Academy of Clinical Psychology*. 2003. V. 9. P. 5–10.
- Floyd M., Scogin F., Chaplin W. F.* The Dysfunctional Attitudes Scale: factor structure, reliability, and validity with older adults // *Aging and Mental Health*. 2004. V. 8. P. 153–160.
- Foa E. B., Kozak M. J.* Emotional processing of fear: Exposure to corrective information // *Psychological Bulletin*. 1986. V. 9. P. 20–35.
- Foa E. B., Riggs D. S., Massie E. D., Yarczover M.* The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD // *Behavior Therapy*. 1995. V. 26. P. 487–499.
- Foa E. B., Rothbaum B. O.* Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD. NY: Guilford Press, 1998.
- Foa E. B., Steketee G., Rothbaum B. O.* Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder // *Behavior Therapy*. 1989. V. 20. P. 155–176.
- Frank E., Anderson B., Stewart B. D., Dancu C., Hughes C., West D.* Efficacy of cognitive-behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma // *Behavior therapy*. 1988. V. 19. P. 403–420.

- Furnham A., Bochner S.* Culture Shock: Psychological reaction to unfamiliar environments. London–NY, 1986.
- Furnham A., Procter E.* Belief in a just world: Review and critique of the individual difference literature // *British Journal of Social Psychology*. 1989. V. 28. P. 365–384.
- Gerardi M., Rothbaum B. O., Ressler K., Heekin M., Rizzo A.* Virtual Reality Exposure Therapy Using a Virtual Iraq: Case Report // *Journal of Traumatic Stress*. 2008. V. 21. P. 209–213.
- Gidron Y., Duncan E., Lazar A., Biderman A., Tandeter H., Shvartzman P.* Effects of guided written disclosure of stressful experiences on clinic visits and symptoms in frequent clinic attenders. *Family Practice*. 2002. V. 19. P. 161–166.
- Gilbertson M. W., Paulus L. A., Williston S. K., Gurvits T. V., Lasko N. B., Shenton M. E.* Neurocognitive function in monozygotic twins discordant for combat exposure: Relationship to posttraumatic stress disorder // *Journal of Abnormal Psychology*. 2006. V. 115. P. 484–495.
- Giles D. E., Rush A. J.* Cognitions, schemas and depressive symptomatology // *Perspectives on behaviour therapy* / Eds M. Rosenbaum, C. M. Franks, Y. Jaffe. NY: Springer Publishing, 1983. P. 184–199.
- Ginzburg K., Solomon Z., Dekel R., Neria Y.* Battlefield functioning and chronic PTSD: Associations with perceived self-efficacy and causal attribution // *Personality and Individual Differences*. 2003. V. 34. P. 463–476.
- Gray M. J., Pumphrey J. E., Lombardo T. W.* The relationship between dispositional pessimistic attributional style versus trauma-specific attributions and PTSD symptoms // *Journal of Anxiety Disorder*. 2003. V. 17. P. 289–303.
- Green B. L., Epstein S. A., Krupnick J. L., Rowland J. H.* Trauma and medical illness: assessing trauma-related disorders // *Assessing Psychological Trauma and PTSD* / Eds J. P. Wilson, T. M. Keane. NY: Guilford Press, 1997. P. 160–191.
- Greenberg L. S., Safran J. D.* Integrating affect and cognition: a perspective on the process of therapeutic change // *Cognitive Therapy and Research*. 1984. V. 8. P. 559–578.
- Greening L., Stoppelbein L., Docter R.* The mediating effects of attributional style and event-specific attributions on postdisaster adjustment // *Cognitive Therapy and Research*. 2002. V. 26. P. 261–274.
- Gurr T. R.* Minorities at risk. A global risk of ethno-political conflicts. Washington, DC: United States Institute of Peace Press, 1993.

- Haefffel G. J., Abramson L. Y., Voelz Z. R., Metalsky G. I., Halberstadt L., Dykman B. M.* et al. Negative cognitive styles, dysfunctional attitudes, and the remitted depression paradigm: A search for the elusive cognitive vulnerability to depression factor among remitted depressives // *Emotion*. 2005. V. 5. P. 343–348.
- Halligan S. L., Clark D. M., Ehlers A.* Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: Two experimental analogue studies // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2002. V. 33. P. 73–89.
- Halligan S. L., Michael T., Clark D. M., Ehlers A.* Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003. V. 71. P. 419–431.
- Hamilton E. W., Abramson L. Y.* Cognitive patterns and major depressive disorder: A longitudinal study in a hospital setting // *Journal of Abnormal Psychology*. 1983. V. 92. P. 173–184.
- Hammen C. L.* Predicting depression: A cognitive-behavioral perspective // *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* / Ed. P. C. Kendall. Orlando, FL: Academic press, 1985. P. 29–71.
- Hart J. J., Kimbrell T., Fauver P., Cherry B. J., Pitcock J., Booe L. Q., Tillman G., Freeman T. W.* Cognitive dysfunctions associated with PTSD: evidence from World War II prisoners of war // *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*. 2008. V. 20 (3). P. 309–316.
- Harvey A. G., Bryant R. A.* Dissociative symptoms in acute stress disorder // *Journal of Traumatic Stress*. 1999. V. 12. P. 673–680.
- Harvey A. G., Bryant R. A., Rapee R. M.* Pre-recognition processing of threat in posttraumatic stress disorder // *Cognitive Therapy and Research*. 1996. V. 20. P. 613–623.
- Hautzinger M.* Depression und Kognition (Depression and Cognition) / *Kognitionspsychologie der Depression* / Eds M. Hautzinger, S. Greif. Stuttgart, Berlin: Verlag W. Kohlhammer, 1981.
- Hollon S. D., Kendall P. C., Lumry A.* Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression // *Journal of Abnormal Psychology*. 1986. V. 95. P. 52–59.
- Horner M. D., Hamner M. B.* Neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder // *Neuropsychological Review*. 2002. V. 12. P. 15–30.
- Horowitz M. J.* *Stress Response Syndromes*. NY: Aronson, 1976.
- Horowitz M. J.* *Person schemas* // *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns* / Ed. M. J. Horowitz. Chicago: University of Chicago Press, 1991.



- Ingram R. E.* Information processing approaches to clinical psychology. NY: Academic Press, 1986.
- Ingram R. E., Price J. M.* The role of vulnerability in understanding psychopathology // Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan / Eds R. E. Ingram, J. M. Price. NY: Guilford Press, 2001. P. 3–19.
- Janet P.* L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion // *Journal de Psychologie*. 1904. 1. P. 417–453.
- Janet P.* L'automatisme psychologique. Paris: Société Pierre Janet, 1973.
- Janoff-Bulman R.* Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. NY: Free Press, 1992.
- Janoff-Bulman R.* Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: coping processes and outcomes // *Coping: The psychology of what works* / Ed. C. R. Snyder. NY: Oxford University Press, 1998.
- Janoff-Bulman R., Lang-Gunn L.* Coping with disease and accidents: The role of self-blame attributions // *Social-personal inference in clinical psychology* / Ed. L. Y. Abramson. NY: Guilford Press, 1989.
- Janoff-Bulman R., McPherson Frantz C.* The impact of trauma on meaning: from meaningless world to meaningful life // *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice* / Eds M. Power, C. R. Brewin. NY: John Wiley and Sons Ltd, 1997.
- Jones C., Harvey A. G., Brewin C. R.* The organisation and content of trauma memories in survivors of road traffic accidents // *Behavior Research and Therapy*. 2007. V. 45. P. 151–162.
- Jones J. C., Barlow D. H.* The etiology of posttraumatic stress disorder // *Clinical Psychology Review*. 1990. V. 10. P. 299–328.
- Joseph S., Williams R., Yule W.* Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses // *Journal of Traumatic Stress*. 1993. V. 6. P. 271–279.
- Joseph S. A., Brewin C. R., Yule W., Williams R.* Causal attribution and psychiatric symptoms in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster // *British Journal of Psychiatry*. 1991. V. 159. P. 542–546.
- Kaler M. E.* The World Assumptions Questionnaire: Development of a measure of the assumptive world: Dissertation submitted to the faculty of the graduate school of the University of Minnesota by in partial fulfillment of the requirement for the degree of doctor of philosophy. Minnesota, 2009.
- Kaler M. E., Frazier P. A., Anders S. L., Tashiro T., Tomich P., Tennen H.* Assessing the psychometric properties of the World Assumptions Scale // *Journal of Traumatic Stress*. 2008. V. 21. P. 326–332.

- Kardiner A., Spiegel H.* War, stress and neurotic illness. NY: Paul Hoeber, 1947.
- Kaspi S.P., McNally R. J., Amir N.* Cognitive processing of emotional information in posttraumatic stress disorder // *Cognitive Therapy and Research*. 1995. V. 19. P. 433–444.
- Kenardy J., Smith A., Spence S., Lilley P., Newcombe P., Dob R., Robinson S. et al.* Dissociation in children's trauma narratives: An exploratory investigation // *Journal of Anxiety Disorders*. 2007. V. 21. P. 456–466.
- Koopman C., Butler L., Classen C., Giese-Davis J., Morrow G. R., Westendorf J., Banerjee T., Spiegel D.* Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer // *Journal of Traumatic Stress*. 2002. V. 15. P. 277–287.
- Kopf M.* Trauma, Narrative and the Art of Witnessing // *Slavery in Contemporary Art. Trauma, Memory and Visuality* / Eds Birgit Hähnel, Melanie Ulz. Berlin: LIT Verlag, 2008.
- Kozaric-Kovacic D., Folnegovic-Smale V., Skrinjaric J., Marusic A.* Polytraumatized adult persons // *Care and rehabilitation of victims of rape, torture and other severe traumas of war in the republics of ex-Yugoslavia*. Utrecht: Pharos Foundation, 1993. P. 20–23.
- Krupnick J. L., Horowitz M. J.* Stress response syndromes: recurrent themes // *Archives of general psychiatry*. 1981. V. 38. P. 428–435.
- Kuiper N.A., MacDonald M. R.* Schematic processing in depression: The self-based consensus bias // *Cognitive theory and research*. 1983. V. 7. P. 469–484.
- Lang P. J.* A bio-informational theory of emotional imagery // *Psychophysiology*. 1979. V. 16. P. 495–510.
- Lang P. J., Melamed B. G., Hart J.* A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure // *Journal of Abnormal Psychology*. 1970. V. 76. P. 220–234.
- Lazarus R. S.* Psychological stress and the coping process. NY: McGraw-Hill, 1966.
- Lazarus R. S., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. NY: Springer, 1984.
- LeDoux J. E.* Cognitive-Emotional interactions in the brain // *Cognition and Emotion*. 1989. V. 3. P. 267–289.
- LeDoux J. E.* The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life. NY: Simon and Schuster, 1998.
- Lerner M. J.* The belief in a just world: A fundamental delusion. NY: Plenum Press, 1980.
- Leventhal H.* The integration of emotion and cognition: A view from the perceptual-motor theory of emotion // *Affect and cognition* / Eds M. S. Clarke, S. T. Fiske. Hillsdale: Erlbaum, 1982. P. 121–156.

- Levine T., Kissane D.* Psychooncology: the state of its development in 2006 // *European Journal of Psychiatry*. 2006. V. 20. № 3. P. 183–197.
- Lipkus I.* The construction and preliminary validation of a global belief in a just world scale and the exploratory analysis of the multidimensional belief in a just world scale // *Personality and Individual Differences*. 1991. V. 12. P. 1171–1178.
- Lipkus I. M., Dalbert C., Siegler I. C.* The importance of distinguishing the belief in a just world for self versus for others: Implications for psychological well-being // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1996. V. 22. P. 666–677.
- Litz B., Keane T.* Information processing in anxiety disorders: application to the understanding of post-traumatic stress disorder // *Clinical Psychology Review*. 1989. P. 243–257.
- Mack A., Rock I.* Inattention blindness. Cambridge, MA: MIT Press, 1998.
- Macklin M. L., Metzger L. J., Litz B. T., McNally R. J., Lasko N. B., Orr S. P., Pitman R. K.* Lower precombat intelligence is a risk factor for post-traumatic stress disorder // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998. V. 66. P. 323–326.
- Mandler G.* Mind and Emotion. NY: Wiley, 1975.
- Mazure C. M., Maciejewski P. K.* A model of risk for major depression: Effects of life stress and cognitive style vary with age // *Depression and Anxiety*. 2003. V. 17. P. 26–33.
- McCann I. L., Pearlman L. A.* Psychological trauma and the adult survivor: theory, therapy and transformation. NY: Brunner/Mazel, 1990.
- McCann I. L., Sakheim D. K., Abrahamson D. J.* Trauma and victimization: a model of psychological adaptation // *The Counseling Psychologist*. 1988. V. 16. P. 531–594.
- McCarthy E., Petrakis I.* Case report on the use of cognitive processing therapy-cognitive, enhanced to address heavy alcohol use // *Journal of Posttraumatic Stress*. 2011. V. 24 (4). P. 474–478.
- McCormick R. A., Taber J. I., Kreudelbach N.* The relationship between attributional style and post-traumatic stress disorder in addicted patients // *Journal of Traumatic Stress*. 1989. V. 2. P. 477–487.
- McKeever V. M., Huff M. E.* A Diatheses-stress Model of Post-traumatic Stress Disorder: Ecological, Biological and Residual Stress Pathways // *Review of General Psychology*. 2003. V. 7. P. 237–250.
- McNally R., Shin L.* Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans // *American Journal of Psychiatry*. 1995. V. 152. P. 936–938.
- McNally R. J.* Cognitive abnormalities in post-traumatic stress disorder // *Trends in Cognitive Sciences*. 2006. V. 10. P. 271–277.

- Meadows E. A., Foa E. B.* Intrusion, arousal and avoidance. Sexual trauma survivors // *Cognitive-behavioral therapies for trauma* / Eds V. M. Follette, J. B. Ruzek, F. R. Abueg. NY: The Guilford Press, 1998.
- Measurement of Stress, Trauma and Adaptation / Ed. B. H. Stamm. The Sidran Press Lutherville, Maryland, 1996.
- Meichenbaum D., Fong G.* How individuals control their own minds: A constructive narrative perspective // *Handbook of mental control* / Eds D. M. Wender, J. W. Pennebaker. NY: Prentice-Hall, 1993. P. 473–489.
- Metzger L. J., Orr S. P., Lasko N. B., Berry N. J., Pitman R. K.* Evidence for diminished P3 amplitudes in PTSD // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1997. V. 821. P. 499–503.
- Mikkelsen E. G., Einarsen S.* Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work // *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2002. V. 11. P. 87–111.
- Mikulincer M., Solomon Z.* Attributional style and combat-related post-traumatic stress disorder // *Journal of Abnormal Psychology*. 1988. V. 97. P. 308–313.
- Minsky M.* Society of Mind. NY: Simon and Shuster, 1987.
- Mowrer O. H.* On the dual nature of learning a reinterpretation of conditioning and problem solving // *Harvard Educational Review*. 1947. V. 17. P. 102–148.
- Murray J., Ehlers A., Mayou R. A.* Dissociation and post-traumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors // *British Journal of Psychiatry*. 2002. V. 180. P. 363–368.
- Neimeyer R. A.* Traumatic loss and the reconstruction of meaning // *Journal of Palliative Medicine*. 2002. V. 5. P. 935–942.
- Neimeyer R. A.* Re-storying loss: Fostering growth in the posttraumatic narrative // *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* / Eds L. Calhoun, R. Tedeschi. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2006. P. 67–80.
- Newman E., Riggs D. S., Roth S.* Thematic resolution, PTSD, and complex PTSD: the relationship between meaning and trauma-related diagnoses // *Journal of Traumatic Stress*. 1997. V. 10. P. 197–213.
- Norris F. H., Kaniasty K.* The psychological experience of crime: a test of the mediating role of beliefs in explaining the distress of victims // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1991. V. 10. P. 239–261.
- Oatley K., Johnson-Laird P. N.* Towards a cognitive theory of the emotions // *Cognition and Emotion*. 1987. V. 1. P. 29–50.
- Palgi Y., Ben-Ezra M.* Back to the future: Narrative treatment for acute stress disorder in the Case of Paramedic Mr. G. // *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. 2010. V. 6. P. 1–26.

- Parker G., Bradshaw G., Blignault I.* Dysfunctional attitudes: Measurement, significant constructs and links with depression // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1984. V. 70. P. 90–96.
- Pearlman L.A.* Psychometric review of TSI Belief Scale, Revision L // *Measurement of stress, trauma, and adaptation* / Ed. B.H. Stamm. Lutherville, MD: Sidran Press, 1996.
- Pearlman L.A., Saakvitne K.W.* Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. NY: W.W. Norton, 1995a.
- Pearlman L.A., Saakvitne K.W.* Constructivist self development theory approach to treating therapist with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders // *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* / Ed. C.R. Figley. NY: Brunner/Mazel, 1995b.
- Pennebaker J.W., Susman J.R.* Disclosure of trauma and psychosomatic processes // *Social Science and Medicine*. 1988. V. 26. P. 327–332.
- Piaget J.* The psychology of intelligence. NY: Harcourt, Brace and World, 1950.
- Piaget J.* Piaget's Theory // *Piaget and His School* / Eds B. Inhelder, H.H. Chipman. NY: Springer, 1976.
- Pitman R.K., Lanes D.M., Williston S.K., Gulllaume J.L., Metzger L.J., Gehr G.M., Orr S.P.* Psychophysiological assessment of posttraumatic stress in breast cancer patients // *Psychosomatics*. 2001. V. 42. P. 133–140.
- Psycho-oncology* / Ed. J.S. Holland. NY, Oxford: Oxford University Press, 1998. P. 3–15.
- Reda M.A.* Cognitive organization and antidepressants: Attitude modification during amitriptyline treatment in severely depressed individuals // *Cognitive psychotherapies* / Eds M.A. Reda, M.J. Mahoney. Cambridge, MA: Ballinger, 1984. P. 119–149.
- Resick P.A., Nishith P., Weaver T.L., Astin M.C., Feuer C.A.* A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002. V. 70. P. 867–879.
- Resick P.A., Schnicke M.K.* Cognitive processing therapy for sexual assault victims // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992. V. 60. P. 748–756.
- Resick P.A., Schnicke M.K.* Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1993.

- Resick P.A., Schnicke M.K., Markway B. G.* The relationship between cognitive content and posttraumatic stress disorder: Paper presented at the annual meeting of the Association of Advancement of Behavior Therapy. NY, 1991.
- Rini C., Manne S., DuHamel K. N., Austin J., Ostroff J., Boulad F.* Changes in mothers' basic beliefs following a child's bone marrowtransplantation: The role of prior trauma and negative life events // *Journal of Traumatic Stress.* 2004. V. 17. P. 325–333.
- Roth S., Batson R.* The creative balance: The therapeutic relationship and thematic issues in trauma resolution // *Journal of Traumatic Stress.* 1993. V. 6. 2. P. 159–177.
- Roth S., Lebowitz L., DeRosa R.* Thematic assessment of posttraumatic stress reactions // *Assessing Psychological trauma and PTSD / Eds J. P. Willson, T. M. Keane.* NY: Guilford Press, 1996. P. 512–528.
- Roth S., Newman E.* The process of coping with sexual trauma // *Journal of Traumatic Stress.* 1991. V. 4. P. 279–297.
- Rothbaum B. O.* A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims // *Bulletin of the Menninger Clinic.* 1997. V. 61. P. 317–334.
- Rothbaum B. O., Hodges L.F. Ready D.* Virtual Reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder // *Journal of Clinical Psychiatry.* 2001. V. 62. P. 617–622.
- Rubin Z., Peplau L.A.* Who believes in a just world? // *Journal of Social Issues.* 1975. V. 31. P. 65–90.
- Rumelhart D., Norman D.* Accretion, tuning and restructuring: Three modes of learning // *Semantic Factors in Cognition / Eds J.W. Cotton, R. Klatzky.* Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
- Rumelhart D., Norman D.* Analogical processes in learning // *Cognitive Skills and their Acquisition / Ed. J.R. Anderson.* Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1981.
- Rush A.J., Weissenberger J., Eaves G.* Do thinking patterns predict depressive symptoms? // Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research. Sheffield, England, 1983.
- Scheck M.M., Schaeffer J.A., Gillette C.* Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing // *Journal of Traumatic Stress.* 1998. V. 11. P. 25–44.
- Schwartzberg S. S.* Struggling for meaning: How HIV-positive gay men make sense of AIDS // *Professional psychology: Research and Practice.* 1993. V. 24. P. 483–490.

- Segal Z. V.* Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression // *Psychological Bulletin*. 1988. V. 103. № 2. P. 147–162.
- Seligman M.* Depression and learned helplessness // *The Psychology of depression: Contemporary theory and research* / Eds R. J. Friedman, M. M. Katz. Washington, DC: Winston-Wiley, 1974.
- Shapiro F.* Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1989. V. 20. P. 211–217.
- Shapiro F.* Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. NY: Guilford Press, 1995.
- Shelby R. A., Golden-Kreutz D. M., Andersen B. L.* PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors // *Journal of Traumatic Stress*. 2008. V. 21. P. 165–172.
- Silverman J. S., Silverman J. A., Eardley D. A.* Do maladaptive attitudes cause depression // *Archives of General Psychiatry*. 1984. V. 41. P. 28–30.
- Simons A., Garfield S., Murphy G.* The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy: Changes in mood and cognition // *Archives of General Psychiatry*. 1984. V. 41. P. 45–51.
- Skidmore G. L., Fletcher E. K.* Assessing trauma's impact on beliefs: the World view survey: A paper presented at the Thirteenth annual meeting of the international society for Traumatic stress studies. Montreal, Quebec, Canada, 1997.
- Slap J. W., Saykin A. J.* The schema: Basic concept in a nonmetapsychological model of the mind // *Psychoanalysis and Contemporary Thought*. 1983. V. 6. P. 305–325.
- Sloman A.* Motives, Mechanisms, and Emotion // *Cognition and Emotion*. Lawrence: Erlbaum Associates Limited. 1987. V. 3. P. 217–233.
- Smith M. Y., Redd W. H., Peyser C., Vogl D.* Post-traumatic stress disorder in cancer: a review // *Psychooncology*. 1999. V. 8 (6). P. 521–537.
- Stanford M. S., Vasterling J. J., Mathias C. W., Constans J. I., Houston R. J.* Impact of threat relevance on P3 event-related potentials in combat-related post-traumatic stress disorder // *Psychiatry Research*. 2001. V. 102. P. 125–137.
- Stein D. J.* Schemas in the cognitive and clinical sciences: an integrative construct // *Journal of Psychotherapy Integration*. 1992. V. 2. P. 45–63.
- Stratton P., Heard D., Hanks H. G. I., Munton A. G., Brewin C. R., Davidson C.* Coping causal beliefs in natural discourse // *British Journal of Social Psychology*. 1986. V. 25. P. 299–313.
- Taylor S. E.* Adjustment of threatening events: A theory of cognitive adaptation // *American Psychologist*. 1983. V. 38. P. 1161–1173.

- Taylor S. E., Lichtman R. R., Wood J. V.* Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984. V. 46. P. 489–502.
- Tedechi R. G., Calhoun L. G.* The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive Legacy of Trauma // *Journal of Traumatic Stress*. 1996. V. 3. P. 455–471.
- Tuval-Mashiach R., Freedman S., Bargai N., Boker R., Hadar H., Shalev A. Y.* Coping with trauma: narrative and cognitive perspectives // *Psychiatry*. 2004. V. 67 (3). P. 280–293.
- Van Alphen E.* Symptoms of Discursivity: Experience, Memory, and Trauma // *Acts of Memory: Cultural Recall in the Present* / Eds M. Bal, J. Crewe, L. Spitzer. Hanover, NH: University of New England Press, 1999. P. 24–38.
- Van der Kolk B. A.* The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress // *Harvard Review of Psychiatry*. 1994. V. 1. P. 253–265.
- Van der Kolk B. A., Fisler R.* Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study // *Journal of Traumatic Stress*. 1995. V. 8. P. 505–525.
- Van der Veer G.* Counselling and therapy with refugees and victims of trauma: psychological problems of victims of war, torture, and repression. Chichester: Wiley and Sons, 1998.
- Van Minnen A., Wessel I., Dijkstra T., Roelofs K.* Changes in PTSD Patients' narratives during prolonged exposure therapy: A replication and extension // *Journal of Traumatic Stress*. 2002. V. 15. P. 255–258.
- Vasterling J. J., Brailey K., Constans J. I., Sutker P. B.* Attention and memory dysfunction in posttraumatic stress disorder // *Neuropsychology*. 1998. V. 12. P. 125–133.
- Vasterling J. J., Duke L. M., Brailey K., Constans J. I., Allain A. N., Sutker P. B.* Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons // *Neuropsychology*. 2002. V. 16. P. 5–14.
- Vrana S. R., Roodman A., Beckham J. C.* Selective processing of traumarelevant words in posttraumatic stress disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. 1995. V. 9 (6). P. 515–530.
- Weissman A., Beck A.* Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Chicago, 1978.
- Weissman A. N.* The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study: Doctoral dissertation. University of Pennsylvania: Dissertation Abstracts International. 1979. V. 40. P. 1389B–1390B.



- Wenninger K., Ehlers A.* Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors // *Journal of Traumatic Stress*. 1998. V. 11. 2. P. 281–300.
- Wilson S.A., Becker L.A., Tinker R.H.* Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995. V. 63. P. 928–937.
- Young E.J., Klosko S.J., Weishaar E.M.* *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. NY: The Guilford Press, 2003.
- Young J.E.* *Young Schema Questionnaire: Special Edition*. NY: Schema Therapy Institute, 2001.
- Young J.E.* Schema mode listing, October 2004 revision, third draft. NY: Schema Therapy Institute, 2004.
- Young J.E.* *Young Schema Questionnaire-3: Short form*. NY: Schema Therapy Institute, 2005.
- Zajonc R.B.* Feeling and thinking: preferences need no inferences // *American Psychologist*. 1980. V. 35. P. 151–175.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1 ШКАЛА БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ

Оцените, пожалуйста, насколько вы согласны или не согласны с приведенными ниже утверждениями, и обведите кружком соответствующую цифру напротив каждого из них:

- 1 – совершенно не согласен
- 2 – не согласен
- 3 – не совсем согласен
- 4 – в общем-то, согласен
- 5 – согласен
- 6 – полностью согласен

1	С достойными, хорошими людьми неудачи случаются гораздо реже	1	2	3	4	5	6
2	Люди по природе своей недружелюбны и злы	1	2	3	4	5	6
3	Плохие события распределяются между людьми случайно	1	2	3	4	5	6
4	Человек по натуре добр	1	2	3	4	5	6
5	В этом мире гораздо чаще происходит что-то хорошее, нежели плохое	1	2	3	4	5	6
6	Течение нашей жизни во многом определяется случаем	1	2	3	4	5	6
7	Как правило, люди получают то, что заслуживают	1	2	3	4	5	6
8	Мне часто кажется, что во мне нет ничего хорошего	1	2	3	4	5	6
9	В мире больше добра, чем зла	1	2	3	4	5	6
10	Я вполне везучий человек	1	2	3	4	5	6

11	Несчастья случаются с людьми из-за ошибок, которые они совершили	1	2	3	4	5	6
12	По большому счету, людей не очень-то волнуют проблемы других	1	2	3	4	5	6
13	Как правило, я в состоянии действовать так, чтобы получить максимально благоприятный результат	1	2	3	4	5	6
14	Хорошим людям сопутствуют счастье и удача	1	2	3	4	5	6
15	В жизни слишком много случайностей	1	2	3	4	5	6
16	Я считаю, что мне очень часто везет	1	2	3	4	5	6
17	Я почти всегда прилагаю усилия, чтобы предотвратить несчастья, которые могут случиться	1	2	3	4	5	6
18	Я о себе невысокого мнения	1	2	3	4	5	6
19	В большинстве случаев хорошие люди получают то, что заслуживают в жизни	1	2	3	4	5	6
20	Мы можем предотвращать неприятности собственными действиями	1	2	3	4	5	6
21	Оглядывая свою жизнь, я понимаю, что случай был ко мне благосклонен	1	2	3	4	5	6
22	Если бы люди предпринимали меры предосторожности, можно было бы избежать многих несчастий	1	2	3	4	5	6
23	Я предпринимаю необходимые меры для защиты себя от неудач	1	2	3	4	5	6
24	В большинстве случаев жизнь представляет собой лотерею	1	2	3	4	5	6
25	Мир прекрасен	1	2	3	4	5	6
26	Люди в большинстве своем добры и готовы прийти на помощь	1	2	3	4	5	6
27	Я обычно выбираю такую стратегию поведения, которая принесет мне максимальный выигрыш	1	2	3	4	5	6
28	Я очень доволен тем, какой я человек	1	2	3	4	5	6
29	Если случаются несчастья, то обычно из-за того, что люди ничего не делают для своей защиты	1	2	3	4	5	6
30	Если посмотреть внимательно, то увидишь, что мир полон добра	1	2	3	4	5	6
31	У меня есть причины стыдиться своего характера	1	2	3	4	5	6
32	Я удачливее, чем большинство людей	1	2	3	4	5	6

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**  
**МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ МЕТОДИКИ**  
**«ШКАЛА БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ»**

Оцените, пожалуйста, насколько вы согласны или не согласны с приведенными ниже утверждениями, и обведите кружком соответствующую цифру напротив каждого из них:

- 1 – совершенно не согласен
- 2 – не согласен
- 3 – не совсем согласен
- 4 – в общем-то, согласен
- 5 – согласен
- 6 – полностью согласен

1	Как правило, несчастья случаются с людьми из-за ошибок, которые они совершили	1	2	3	4	5	6
2	Мне часто кажется, что во мне слишком мало хорошего	1	2	3	4	5	6
3	В общем-то, судьба ко мне благосклонна	1	2	3	4	5	6
4	Вряд ли что-то сможет помешать мне получить от жизни все, что я хочу	1	2	3	4	5	6
5	Я полагаю, что людям доверять нельзя	1	2	3	4	5	6
6	Непорядочные люди очень редко получают по заслугам	1	2	3	4	5	6
7	У меня есть основания быть о себе невысокого мнения	1	2	3	4	5	6
8	Мне кажется, что я не так удачлив(а), как большинство людей	1	2	3	4	5	6
9	Как правило, я в состоянии действовать так, чтобы получить максимально благоприятный результат	1	2	3	4	5	6
10	Я опасаясь, что человек, которому я доверюсь, может предать меня	1	2	3	4	5	6
11	Как правило, хорошим людям сопутствуют счастье и удача	1	2	3	4	5	6
12	Можно сказать, что я себе нравлюсь	1	2	3	4	5	6
13	Люди по природе своей недружелюбны и злы	1	2	3	4	5	6
14	В моей жизни, как правило, не приходится рассчитывать на удачное стечение обстоятельств	1	2	3	4	5	6
15	В целом, люди достойны доверия	1	2	3	4	5	6
16	Полагаю, что я в силах сделать все возможное, чтобы предотвратить неудачи	1	2	3	4	5	6

17	Меня вполне можно назвать интересным и привлекательным человеком	1	2	3	4	5	6
18	По большому счету, людей не очень-то волнуют проблемы других	1	2	3	4	5	6
19	Вряд ли я могу полностью довериться кому-либо	1	2	3	4	5	6
20	Удача улыбается мне значительно реже, чем другим	1	2	3	4	5	6
21	Если посмотреть внимательно, то увидишь, что мир полон добра	1	2	3	4	5	6
22	В большинстве случаев хорошие люди получают то, что заслуживают в жизни	1	2	3	4	5	6
23	Мои достоинства вполне перевешивают мои недостатки	1	2	3	4	5	6
24	Я считаю, что в целом бессмысленно предпринимать какие-либо меры для защиты себя от неудач	1	2	3	4	5	6
25	Фортуна слишком часто поворачивается ко мне спиной	1	2	3	4	5	6
26	Сомневаюсь, что я в состоянии контролировать события, которые происходят в моей жизни	1	2	3	4	5	6
27	Мне кажется, что если я буду откровенен/на с людьми, они используют это против меня	1	2	3	4	5	6
28	Я считаю, что мне часто везет	1	2	3	4	5	6
29	С достойными, хорошими людьми неудачи случаются так же часто, как и с плохими	1	2	3	4	5	6
30	Мне вполне по силам выбрать максимально выигрышную стратегию поведения в сложных жизненных ситуациях	1	2	3	4	5	6
31	Люди в большинстве своем добры и готовы прийти на помощь	1	2	3	4	5	6
32	Оглядываясь назад, я понимаю, что случай был ко мне благосклонен	1	2	3	4	5	6
33	Доверять людям небезопасно	1	2	3	4	5	6
34	Если человек совершает хорошие поступки, то судьба, как правило, к нему благосклонна	1	2	3	4	5	6
35	В общем-то, я ценю себя достаточно высоко	1	2	3	4	5	6
36	Я вполне везучий человек	1	2	3	4	5	6
37	Сомневаюсь, что могу быть достаточно интересным/ой и привлекательным/ой для многих людей	1	2	3	4	5	6

**Научное издание**

*Серия «Перспективы психологии»*

ПАДУН МАРИЯ АНАТОЛЬЕВНА,  
КОТЕЛЬНИКОВА АНАСТАСИЯ ВЛАДИМИРОВНА

**ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА И КАРТИНА МИРА**  
**ТЕОРИЯ, ЭМПИРИЯ, ПРАКТИКА**

Редактор – *Т. А. Сарыева*  
Оригинал-макет, обложка и верстка – *С. С. Фёдоров*  
Корректор – *Т. А. Сарыева*

Лицензия ЛР №03726 от 12.01.01  
Издательство «Институт психологии РАН»  
129366, Москва, ул. Ярославская, 13  
Тел.: (495) 682-61-02  
E-mail: [vbelop@ipras.ru](mailto:vbelop@ipras.ru)  
[www.ipras.ru](http://www.ipras.ru)

Сдано в набор 15.12.11. Подписано в печать 27.02.12  
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Печать офсетная  
Гарнитура ГТС СНАРГЕР. Усл. печ. л. 13. Уч.-изд. л. 25,73  
Тираж 500 экз. Заказ .

Отпечатано в полном соответствии с качеством  
предоставленных диапозитивов  
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»  
143200, МО, г. Можайск, ул. Мира, д. 93

## Книги издательства «Институт психологии РАН»

- Философско-психологическое наследие С. Л. Рубинштейна** / Под ред. К. А. Абульхановой, С. В. Тихомировой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 432 с. (Методология, теория и история психологии)
- Материалы итоговой научной конференции Института психологии РАН (24–25 февраля 2011 г.)** / Под ред. А. Л. Журавлева, Т. И. Артемьевой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 216 с.
- Творчество: от биологических оснований к социальным и культурным феноменам** / Под ред. Д. В. Ушакова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 736 с. (Научные школы ИП РАН)
- Стресс, выгорание, совладание в современном контексте** / Под ред. А. Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 512 с. (Психология социальных явлений)
- Журавлев А. Л.** Актуальные проблемы социально ориентированных отраслей психологии. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 560 с.
- Ушаков Д. В.** Психология интеллекта и одаренности. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 464 с. (Экспериментальные исследования)
- Дискурс в современном мире. Психологические исследования** / Под ред. Н. Д. Павловой, И. А. Зачесовой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 368 с. (Труды Института психологии РАН)
- Психологические исследования духовно-нравственных проблем** / Отв. ред. А. Л. Журавлев, А. В. Юревич. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 480 с. (Психология социальных явлений)
- Гулевич О. А.** Социальная психология справедливости. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 284 с.
- Психология – наука будущего: Материалы IV международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего» 17–18 ноября 2011 г. Москва** / Под ред. А. Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 540 с. (Интеграция академической и университетской психологии)
- Занковский А. Н.** Психология лидерства: от поведенческой модели к культурно-ценностной парадигме. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 296 с.

- Современная экспериментальная психология:** В 2 т. / Под ред. В. А. Барabanщикова. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 555 с., 493 с. (Интеграция академической и университетской психологии)
- Познание в деятельности и общении:** От теории и практики к эксперименту / Под ред. В. А. Барabanщикова, В. Н. Носуленко, Е. С. Самойленко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 527 с. (Интеграция академической и университетской психологии)
- Гуцыкова С. В.** Метод экспертных оценок: теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 144 с. (Методы психологии)
- Баканов А. С., Обознов А. А.** Эргономика пользовательского интерфейса: от проектирования к моделированию человеко-компьютерного взаимодействия. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 176 с.
- Ермолаева Е. П.** Оценка реализации профессионала в системе «человек–профессия–общество». М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 176 с. (Методы психологии)
- Ларионова Л. И.** Культурно-психологические факторы развития интеллектуальной одаренности. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 320 с.
- Волкова Е. В.** Психология специальных способностей: дифференциально-интеграционный подход. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 320 с.
- Проблемы нравственной и этической психологии в современной России** / Отв. ред. М. И. Воловикова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 320 с. (Труды Института психологии РАН)
- Рябов В. Б.** Гуманитарная технология организационного проектирования и развития. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 224 с. (Фундаментальная психология – практике)
- Морозов В. П.** Невербальная коммуникация: Экспериментально-психологические исследования. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 528 с. (Достижения в психологии)
- Нестик Т. А.** Отношение к времени в малых группах и организациях. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 296 с. (Перспективы психологии)
- Галкина Т. В.** Самооценка как процесс решения задач: системный подход. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 399 с.
- Актуальные проблемы психологии труда, инженерной психологии и эргономики.** Вып. 2 / Под ред. В. А. Бодрова, А. Л. Журавлева. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 624 с. (Труды Института психологии РАН)
- Ушакова Т. Н.** Рождение слова: Проблемы психологии речи и психолингвистики. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 524 с. (Достижения в психологии)