

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему **КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КЛИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНО-ТРЕВОЖНЫМИ
ПРОЯВЛЕНИЯМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНИК РЕГРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ**

Студент

А.Э. Каминский

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

к.псих.н., доцент В.В. Пантелеева

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2021

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретическое исследование проблемы консультирования клиентов с депрессивно-тревожными проявлениями с применением техник регрессионной терапии.....	10
1.1 Тревожность и депрессивные проявления как психологические феномены	10
1.2 Работа с депрессивно-тревожными эмоциональными состояниями в психологическом консультировании.....	20
1.3 Консультирование с применением техник регрессионной терапии как метод работы с депрессивно-тревожными проявлениями	33
Глава 2 Эмпирическое исследование особенностей депрессивно-тревожных проявлений в условиях консультирования с применением техник регрессионной терапии.....	44
2.1 Организация и методы исследования	44
2.2 Социально-демографические характеристики выборки.....	48
2.3 Структура психологической консультации с применением техник регрессионной терапии.....	50
2.4 Результаты исследования эффективности психологической консультации с применением техник регрессионной терапии как метода коррекции депрессивно-тревожных проявлений	54
Заключение	80
Список используемой литературы и используемых источников.....	82
Приложение А Таблицы первичных данных	89
Приложение Б Статистики критериев U-Манна-Уитни и Т-Вилкоксона.....	103

Введение

Депрессивные проявления и тревожность представляют собой одну из ключевых проблем в современной консультативной психологии. На сегодняшний момент наблюдается непрерывный рост численности клиентов с депрессивными проявлениями. В Западной Европе от депрессивных проявлений страдают 5-10% населения. В Соединенных Штатах Америки этот показатель еще выше. Согласно данным исследования, распространенность расстройств депрессивного спектра в США увеличилась до 16% в течение всего жизненного цикла. На данный момент последствия депрессивных проявлений являются одними из значимых причин инвалидности во всем мире [9], что обусловлено их дезадаптирующим влиянием на человека.

Последствия депрессивных проявлений напрямую связаны с высокими суицидальными рисками и увеличением количества нетрудоспособных индивидов. Депрессия – причина большинства самоубийств в современном мире. В настоящее время депрессия все чаще рассматривается как хроническое заболевание [77]. В связи с этим депрессивные расстройства наносят серьезный урон мировой и национальной экономике. По некоторым оценкам, косвенные издержки для общества в семь раз превышают прямые затраты.

В контексте данной работы нас будет интересовать не клиническая депрессия, а депрессивные эмоциональные проявления, не имеющие патологической выраженности, к которым относятся подавленное настроение, недовольство собой, снижение уровня самооценки и уверенности в себе, повышенная тревожность, чувство тоски и т.д.

При психологическом консультировании клиентов с депрессивно-тревожными проявлениями речь идет о таких аспектах, как формирование положительного образа «Я» и самоотношения, конструктивного восприятия прошлого (прожитой части жизни), создание благоприятной жизненной

перспективы, коррекция деструктивных личностных особенностей, способствующих развитию и поддержанию депрессивного состояния (например, перфекционизма, чрезмерной зависимости от других людей, когнитивных искажений), и т.д. Психологическое консультирование может осуществляться при реактивных или легких депрессивных состояниях. Продолжительная депрессия средней и тяжелой степени, как правило, относится к компетенции психотерапевтов и психиатров.

Тревожность в контексте данной работы в первую очередь будет пониматься как индивидуальная психологическая особенность, личностная предрасположенность к переживанию тревоги по различным, даже не особо значительным поводам.

Тревожность, если она превышает нормативные значения, также повышает риски суицида и значительно снижает качество жизни и уровень социального функционирования человека. Таким образом, депрессивные и тревожные проявления негативно влияют на качество жизни, повседневное существование и производительность труда.

Результаты исследований позволяют также утверждать наличие положительной корреляционной связи между депрессивными проявлениями и тревожностью. Таким образом, депрессивные проявления и тревожность приобретают фундаментальное значение для человеческого существования.

Насыщенность современной эпохи стрессогенными факторами и негативными социальными явлениями стимулирует стремительный рост депрессивно-тревожных проявлений, их распространенность в настоящее время и обуславливает выбор темы нашего исследования.

Актуальность исследования. Несмотря на большое количество исследований депрессивных и тревожных проявлений, ряд проблем остается нерешенным. Данные показывают, что меньше половины клиентов получают эффективную психологическую помощь. Многие люди не решаются обратиться за профессиональной поддержкой из-за социального влияния и стереотипного отношения к психологии и психологам. Несмотря на то, что

ВОЗ еще в 2001 году сделала заявление, утверждающее значимость лечения и профилактики депрессий, проблема не потеряла своей актуальности. Об этом свидетельствует повторное обращение ВОЗ в 2012 году, призывающее к разработке комплексных мер для решения этой задачи. В связи с этим становится актуальным поиск методов профилактики депрессивных и тревожных проявлений путем их коррекции еще на начальных уровнях в условиях психологического консультирования.

На данный момент описан целый ряд методов работы с депрессивными и тревожными проявлениями. К их числу относится и психологическая консультативная помощь. Эффективность фармакотерапии при работе с депрессивными и тревожными проявлениями доказана множеством исследований, однако присоединение методов психологической помощи необходимо для успешного закрепления результатов или профилактики развития более тяжелых форм депрессивно-тревожных проявлений. Существует несколько моделей психологической коррекции с различными составляющими. Краткосрочность – одна из наиболее значимых характеристик методов работы с депрессивными и тревожными проявлениями (продолжительность и стоимость – определяющие факторы выбора).

Среди краткосрочных методов наиболее исследованным и доказанным является когнитивно-поведенческий подход. Этот подход берет свое начало из когнитивных методик, направленных на устранение негативных установок и убеждений человека. В дальнейшем когнитивный подход был дополнен идеями поведенческой терапии. Основная цель когнитивно-поведенческого подхода – избавление от неправильных искаженных внутренней реальностью негативных ощущений, и их последующая замена на положительные установки. Именно эти искаженные ощущения являются источником депрессивных проявлений [75].

Тем не менее, существует мнение, что валидность когнитивно-поведенческого подхода несколько преувеличена. Так, утверждение об его

исключительности носит спорный характер и опровергается различными авторами. Таким образом, изучение эффективности других краткосрочных методов коррекции депрессивных и тревожных проявлений в условиях психологического консультирования обретает свою актуальность.

Объект исследования – депрессивно-тревожные эмоциональные проявления.

Предмет исследования – особенности депрессивно-тревожных проявлений у клиентов в условиях психологического консультирования с применением техник регрессионной терапии.

Цель исследования – изучить изменения в депрессивно-тревожных проявлениях у клиента в условиях психологического консультирования с применением техник регрессионной терапии.

Гипотеза исследования: психологическое консультирование с применением техник регрессионной терапии способствует снижению уровня выраженности тревожных и депрессивных проявлений у клиента.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературных источников по вопросам тревожных эмоциональных состояний, депрессивных проявлений, консультирования с применением техник регрессионной терапии и его эффективности в случае тревожных и депрессивных проявлений.

2. Изучить уровень тревожности и депрессивных проявлений у людей, обратившихся за консультацией, а также у людей из контрольной группы.

3. Провести в экспериментальной группе ряд консультаций с применением техник регрессионной терапии.

4. Сравнить показатели тревожности и депрессивных проявлений в контрольной и экспериментальной группах при первичном и повторном (после осуществления экспериментального воздействия) измерении.

Теоретико-методологической базой исследования являются работы зарубежных (А. Адлер, Дж. Бьюдженталь, Дж. Зейг, А. Лазарус, Р. Мей,

Д. Холлис, К. Хорни, З. Фрейд, М. Эриксон, И. Ялом и др.) и отечественных (Е.П. Ильин, Б.Д. Карвасарский, В.Н. Мясищев, А.М. Прихожан, А.Б. Смулевич и др.) авторов, изучавших депрессивно-тревожные проявления и методы их психологической коррекции.

Методы исследования: теоретический анализ литературы по проблеме исследования; психодиагностический метод; экспериментальный метод; методы математико-статистического анализа данных.

В исследовании использовались следующие **методики:**

- 1) социально-демографическая анкета;
- 2) шкала тревожности Спилбергера - Ханина;
- 3) шкала депрессии А. Бека;
- 4) методика «Шкала психологического благополучия» К. Рифф;
- 5) методика «Тест смысло-жизненных ориентаций» (СЖО)

Д.А. Леонтьева.

Опытно-экспериментальная база исследования: частная консультативная практика (кабинет психолога) на базе клуба оздоровительных технологий и физической культуры Востока в городе Екатеринбурге.

Выборку исследования составили 36 женщин среднего возраста, 17 женщин вошли в экспериментальную группу, 19 женщин – в контрольную группу.

Новизна исследования. В данной работе мы рассматриваем консультативную помощь клиенту с депрессивно-тревожными проявлениями с использованием техник одного из современных краткосрочных методов – регрессионной (регрессивной) терапии. Особенностью регрессионной терапии является помощь психолога в сопровождении клиента в его воспоминаниях травмирующих событий прошлого (в основном детский период), в пересмотре отношения к этим травмирующим событиям, а также в нахождении ресурсного состояния. В последнее время этот метод приобретает популярность, однако оценка его эффективности основывается в

большой степени на самоотчетах клиентов, чем на научных исследованиях, число которых в настоящее время сравнительно невелико.

Теоретическая значимость исследования связана с тем, что применение техник регрессионной терапии в психологическом консультировании является малоизученным методом, поэтому сбор данных, касающихся их эффективности, является вкладом в теоретическую психологию. Интерес представляет также тот факт, что психологическое консультирование с применением техник регрессионной терапии способствовало снижению не только ситуативной, но и личностной тревожности, что можно рассматривать как свидетельство долгосрочного позитивного влияния этого метода.

Практическая значимость исследования заключается в количественной оценке эффективности психологического консультирования с применением техник регрессионной терапии для коррекции тревожных и депрессивных проявлений.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались корректным подбором выборки испытуемых, валидными и надежными методиками получения эмпирических данных и методами математико-статистической обработки данных при помощи пакета IBM SPSS Statistics 23.

Личное участие автора в организации и проведении исследования заключается в осуществлении целенаправленного обзора и анализа научных источников по проблеме исследования, планировании и проведении исследования, математико-статистической обработке полученных данных, интерпретации результатов исследования.

Апробация и внедрение результатов работы велись в течение всего исследования. Материалы диссертационного исследования были представлены на XVIII международной научной конференции «Исследования молодых ученых» (Казань, март 2021).

Положения, выносимые на защиту:

1. При помощи техник регрессионной терапии в процессе психологического консультирования можно добиться снижения показателей личностной и ситуативной тревожности.

2. Применение техник регрессионной терапии при психологическом консультировании показывает свою эффективность на начальных уровнях депрессивных проявлений, где представляется возможным разрешение ситуации с помощью краткосрочного снятия симптомов.

3. Кроме того, консультирование с применением техник регрессионной терапии может способствовать повышению показателей психологического благополучия и осмысленности жизни.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав (теоретической и эмпирической) и заключения; содержит 22 таблицы и 13 рисунков, список используемой литературы и других источников (78 источников), 2 приложения. Основной текст работы изложен на 88 страницах.

Глава 1 Теоретическое исследование проблемы консультирования клиентов с депрессивно-тревожными проявлениями с применением техник регрессионной терапии

1.1 Тревожность и депрессивные проявления как психологические феномены

Тревожность – один из самых сложных психологических феноменов, представляющих особый интерес для изучения в психологической науке. Для его наилучшего понимания важно учитывать этимологию самого слова «тревожность». В англоязычной литературе используется термин «anxiety», который на русский язык переводится как «беспокойство» или «тревога» [28]. Происхождение слова «anxiety» связывается с латинским термином «angusto», означающим «узость», «сужение». Дословный перевод в полной мере отражает суть тревожности как явления, поскольку подчеркивает особую роль заблокированного возбуждения в развитии тревожных состояний. Такое «сужение» определяет силу тревоги, с которой столкнется клиент.

Понятие тревожности неразрывно связано с понятиями тревоги и страха, хотя в психологической литературе принято их разделять.

Разница между тревогой и тревожностью определяется в связи с выделением двух основных форм тревожности – тревоги как актуального состояния и тревоги как свойства личности. Эта классификация прочно вошла в психологический обиход и используется не только в теоретических исследованиях, но и в практической работе с клиентами [2].

Тревога как состояние отражает текущее эмоциональное состояние человека, находящегося под воздействием реальных или воображаемых факторов, угрожающих его безопасности. Тревога как свойство представляет собой устойчивую личностную характеристику человека. Любое повышение напряжения или незначительная опасность способствуют сильному

повышению тревоги в тех случаях, когда тревожность является свойством человеческой личности. Эта тенденция достаточно устойчива и отражает готовность субъекта к восприятию угрозы в любой момент времени [17]. Тревога как состояние считается генетически первичной, а тревога как свойство – вторичной. Жизненный опыт человека в дальнейшем способствует развитию тревожности как устойчивой личностной черты.

В дальнейшем это деление положило начало отделению тревоги от тревожности. Так, тревожность – устойчивая личностная особенность, наблюдающаяся у субъекта на протяжении длительного временного периода. Она возникает в определенных условиях и проявляется в устойчивой форме, а в поведении человека при этом доминируют механизмы компенсации и защиты. Развитие тревожности связано с игнорированием потребностей ребенка в детском возрасте и различными вариациями семейных нарушений. В подростковом возрасте эта характеристика приобретает устойчивый характер, что связывается в том числе со снижением самооценки в этот период. Так, механизм укрепления тревожности – это замкнутый круг, в ходе которого происходит постоянное накопление отрицательного эмоционального опыта, порождающего негативные прогностические оценки и способствующего дальнейшему усилению тревожных состояний [38]. Важно отметить, что тревожность как свойство коррелирует с определенными особенностями нервной системы, ее нейродинамическими свойствами и психической неуравновешенностью [22]. Чувствительность и эмоциональная возбудимость также отличают тревожных людей от нетревожных [31].

Базисом тревожности является непосредственно тревога. Тревога – это острое эмоциональное состояние, связанное с ожиданием негативных событий, страхом неудачи, либо предвкушением чего-то значимого для человека в условиях неопределенности [23].

Существует несколько точек зрения на взаимоотношение понятий страха и тревожности. Согласно теории дифференцированных эмоций,

тревожность включает в себя страх. Помимо страха в развитии тревожности участвуют и другие эмоции – гнев, вина, стыд, страдание, интерес. Так, тревожность может по-разному проявляться у человека в зависимости от того, какие эмоциональные реакции доминируют на настоящий момент, и как сочетаются между собой (страх и вина; страх, стыд и вина; страх и гнев; страх, страдание и гнев и т.д.). Стоит отметить, что страх всегда остается в качестве основного аффекта [76].

Существует мнение, что понятия страха и тревоги синонимичны, и принципиальной разницы между ними нет. Однако некоторые авторы указывают на то, что понятия страха и тревоги необходимо четко различать [76]. Тревога в этом ключе определяется как неопределенный и менее выраженный страх [5]. Этот критерий для различения страха и тревоги ввел К. Ясперс. Согласно его подходу, тревога наблюдается вне связи с каким-либо очевидным внешним стимулом, в отличие от страха, который направляется на определенный объект. Этот подход на сегодняшний день остается наиболее распространенным [23].

Таким образом, причины возникновения тревоги остаются неясными для человека. Главная особенность тревожного состояния – интенсивность эмоциональной реакции значительно превышает величину объективной опасности для индивида на текущий момент. Тревога носит беспредметный характер, в то время как страх является реакцией на определенную опасность [3]. Испытывая тревогу, человек не пытается обороняться. Индивид, который чувствует страх, напротив, использует различные защитные механизмы [23]. Так, и страх, и тревога относятся к эмоциональным реакциям и определяют психическое состояние человека, но условия их возникновения и развития различны.

Существует несколько точек зрения на происхождение тревоги. З. Фрейд был одним из первых, кто пытался объяснить этот феномен. Согласно его подходу, человек вытесняет из сознания мучительные и тревожные для него переживания (мысли, импульсы или воспоминания).

Механизмы, вызывающие вытеснение, в дальнейшем мобилизуются и препятствуют возвращению вытесненного в сознание [62]. Когда вытесненное пытается вернуться в сознание, оно снова вызывает тревогу и снова выталкивается из сознания. Человек находится под влиянием непрерывного бессознательного конфликта, основой которого является сильная тревога. В результате начинают действовать защитные механизмы – проекция, интроекция, реактивное образование, рационализация, интеллектуализация, замещение, сублимация, отрицание и т.д. На физиологическом уровне здесь действует механизм «охранительного торможения», которое защищает от избыточного возбуждения, вызванного мучительными для человека переживаниями [30]. Так, согласно З. Фрейду, тревога – это функция «Я», и в реальных ситуациях она позволяет действовать адаптивным способом. Ее цель – предупредить человека о надвигающейся угрозе. Если причина вытеснения теряет актуальность, то вытесненный материал возвращается в сознание сам, поскольку исчезает и угроза [61].

Индивидуальная теория личности А. Адлера предлагает другой подход к пониманию тревоги. По его мнению, тревога – это симптом невроза. Стоит отметить, что под неврозом А. Адлер понимал обширный спектр психических нарушений. Согласно его подходу, тревогу испытывают люди, страдающие от невроза, то есть столкнувшиеся с излишней опекой или депривацией в раннем возрасте. В таких условиях дети не чувствуют себя в безопасности и разрабатывают стратегию психологической защиты для преодоления чувства неполноценности. В дальнейшем человек продолжает чувствовать неуверенность в себе, чувствителен к любым неприятностям, а его самооценка снижается. Развитие тревожности сопровождает эту тенденцию [1].

Особый интерес представляет подход К. Хорни. В отличие от З. Фрейда, она не считает тревогу обязательным атрибутом человеческой психики. По ее мнению, тревожность возникает из-за нарушенных

взаимоотношений детей и родителей в семье. У ребенка, который не чувствует себя защищенным в семейных условиях, развивается базальная тревога. Она способствует формированию негативного отношения к окружающей действительности и во взрослом возрасте. Так, по мере взросления тревога отделяется от родительских фигур и фокусируется на отношениях с миром. В семье, где ребенок ощущает любовь и принятие, такого не происходит.

Кроме того, К. Хорни дает свое объяснение различиям страха и тревоги как явлений. По ее мнению, и страх, и тревога являются адекватной реакцией на воображаемую опасность. Однако в случае тревоги опасность носит скрытый субъективный характер, а в случае страха – очевидный и объективный. Интенсивность тревоги зависит от того смысла, который несет в себе текущая ситуация [64].

Стоит отметить, что интенсивность тревожности зависит от возраста человека. Некоторые факторы обуславливают развитие тревоги у детей определенного возраста независимо от того, обладают ли они тревожностью как устойчивой характеристикой. Такие периоды связаны с наиболее актуальными для ребенка социальными потребностями [38]. Так, согласно исследованию Е.П. Ильина, в школьном возрасте тревогу чаще всего вызывают страх ошибиться или получить низкую отметку, критика преподавателей, насмешливое отношение одноклассников, недовольство родителей успеваемостью ребенка, социальное общение со сверстниками в группе [23]. Анализ И.Г. Крохиной и К.Р. Сидорова показывает, что интенсивные учебные нагрузки, сложность изучаемого материала и экзаменационные формы проверки знания также вызывают тревожность у учащихся, в том числе у тех, кто ранее не выказывал признаков внутренней тревоги [48]. Возможности и результативности ученика вследствие этого ухудшаются, что также вызывает тревогу.

Тревожность имеет важное значение для оценки эффективности деятельности человека. Так, исследования показывают, что

высокотревожные индивиды легче справляются с легкими заданиями, чем нетревожные. Сложные задания, напротив, нетревожным субъектам кажутся легче, чем тревожным. Это связано с постепенным развитием актуального тревожного состояния, которое препятствует решению трудных задач. Высокотревожные субъекты эмоционально острее реагируют на ошибки и сокращение сроков на выполнение задачи. Страх неудачи у высокотревожных индивидов сильнее препятствует успешному решению задачи, чем сложность ее выполнения. Однако при получении положительной обратной связи скорость и качество выполнения задачи увеличиваются больше, чем у нетревожных индивидов. В случае получения негативной обратной связи высокотревожные клиенты, напротив, работают медленнее обычного, в отличие от нетревожных [65].

Тревожность оказывает влияние и на познавательные процессы. Например, она способствует сужению поля внимания. Высокотревожные индивиды фокусируются на том, чего боятся, или на том, что для них наиболее важно. Другие области жизни при этом отвергаются и игнорируются. Внимание, таким образом, концентрируется на стрессовых элементах. Это снижает активность человеческого поведения, формирует у него гипербдительное отношение к миру и стимулирует поиск дополнительной информации, позволяющей снизить неопределенность текущей ситуации [42].

Однако психологическая литература предлагает и другую точку зрения на тревожность. Согласно В.Н. Дружинину, тревожность коррелирует с креативными способностями и высоким уровнем интеллекта. Тревожный человек активен и стремится упорядочить время и пространство вокруг себя. Тревожность заставляет человека искать пути и средства избавления от тревоги, и, как следствие, интересоваться окружающим миром и искать способы решения своих проблем. Тревога способствует умственной активности человека, которая никогда не заканчивается из-за потребности в формировании определенных картин будущего [16].

Тревожность оказывает влияние на состояние здоровья человека. Повышенное эмоциональное возбуждение, присущее тревожным людям, негативно сказывается на функционировании человеческого организма. Так, тревожность как устойчивая личностная характеристика усиливает переживание стресса и дистресса, обуславливает развитие психосоматических расстройств [2]. Длительный стресс истощает функциональные системы организма, что приводит к тяжелым адаптационным перестройкам организма [12]. Стоит отметить, что даже самые слабые стрессовые воздействия ослабляют иммунную систему организма. Стресс влияет на течение простудных заболеваний и разнообразных инфекций. Высокотревожному человеку легче заболеть ОРВИ или гриппом, чем нетревожному [21]. А.М. Прихожан отмечает, что высокотревожные подростки чаще страдают от вегетативно-сосудистой дистонии и других заболеваний [39]. Согласно другим исследованиям, тревожные состояния развивают сенсбилизацию психоэмоциональной сферы [54].

Особый интерес представляет взаимоотношение понятий тревожности и депрессивных проявлений. В психологической науке наблюдаются многократные попытки объяснить взаимозависимость этих феноменов. И тревожность, и депрессивные проявления сопровождаются общим истощением психического состояния и организма человека, однако механизмы этих явлений существенно отличаются друг от друга. Депрессивный клиент с трудом противодействует стрессовым факторам, его защитные механизмы не работают. Тревога, в отличие от депрессивных проявлений, предполагает активную борьбу со стрессом. Тревожному индивиду присуще беспокойство, то есть повышенная возбудимость, которая активизирует физиологические механизмы поддержания активности человека, и это помогает ему справляться со стрессом. Таким образом, тревожный клиент не уверен, что способен справиться с проблемой, но все

равно чувствует готовность к борьбе, а депрессивный не предпринимает попыток к совладанию, поскольку уверен в их бесполезности.

Согласно А.Б. Смулевичу, для депрессивных проявлений характерно сниженное состояние настроения, при котором человек оценивает себя, свое будущее, а также текущее положение в окружающей действительности в негативном, пессимистическом ключе [52].

Можно выделить основные признаки депрессивных проявлений.

1. Настроение описывается как печаль, снижение способности реагировать на события, утрата интересов или способности получать удовольствие, ощущение опустошенности, тревога, апатия, раздражительность, напряженность, гнев.

2. Концентрация внимания падает, преобладают сомнения и нерешительность, низкая самооценка, чувство неуверенности в себе, несостоятельности, беспомощности, желание умереть.

3. Психомоторная активность может проявляться как в виде заторможенности, так и возбуждения. Для первого характерно замедление движений, ступор, обеднение мимики, недостаток выразительности, для второго – беспокойство, беспричинная гиперактивность, нервозность.

4. На соматическом уровне происходит изменение базовых функций: бессонница или чрезмерная сонливость, понижение или повышение аппетита, утрата сексуального влечения. Характерно чувство усталости, снижение жизненного тонуса, упадок сил. В телесных ощущениях это может проявляться как боль, похолодание, тяжесть в конечностях, иногда ощущения могут быть недифференцированными и неопределенными. Популярны жалобы на сердечно-сосудистую систему и ЖКТ.

Депрессивные проявления можно разделить по степени тяжести. Легкие депрессивные проявления проявляются отдельными чертами: утомляемостью, нарушениями сна и аппетита. Клиенты могут выполнять личные и профессиональные задачи, но чаще всего делают это с трудом.

Депрессивные проявления средней тяжести характеризуются снижением социального и профессионального функционирования, в сочетании с основными проявлениями, выраженными умеренно.

При тяжелых депрессивных проявлениях доминируют тоска либо апатия, тревога, суицидальные мысли. На данном уровне развития депрессивные проявления могут сопровождаться психотическими проявлениями, которые выражаются в виде бредовых идей вины, болезни, двигательной заторможенности, ярко выраженного беспокойства. Способность к выполнению личных и профессиональных задач в этом случае сильно ограничена [8].

В ходе развития депрессивных проявлений поначалу переживаются слабовыраженные сигналы: проблемы со сном, раздражительность, отказ от обязанностей. Если симптомы усиливаются, это свидетельствует о начале болезни. Случаются разовые приступы. На этом уровне депрессивных проявлений психологическая консультация уже не может быть оказана, так как требуются услуги психотерапевта или психиатра.

Описаны следующие стадии, через которые проходят клиенты перед тем, как смириться с наличием депрессивных проявлений:

1. Появление ощущение дискомфорта;
2. Появление чувства, что что-то действительно не так;
3. Кризис;
4. Попадание во власть болезненной идентичности;
5. Иногда – осознание депрессии как состояния, которое может быть преодолено.

Наиболее показанными видами психологической коррекции депрессивных проявлений являются следующие.

1. Индивидуальное психологическое консультирование, направленное на осознание человеком неадекватного восприятия ситуации и замену искаженных эмоциональных реакций альтернативными и более

адаптивными. Основные техники должны восстанавливать пробелы в восприятии и способствовать разрушению иррациональных установок.

2. Групповое психологическое консультирование, основной целью которого является формирование гармоничных отношений с людьми. Групповое консультирование развивает у клиента чувство принадлежности к группе, в результате он ощущает безопасность, меняет свои представления об исключительности своего состояния, снижается напряженность, отношение к себе улучшается.

3. Семейное психологическое консультирование, которое улучшает социальное функционирование как клиента, так и его семьи. Семейное консультирование при депрессивных проявлениях важно, поскольку нарушенные семейные отношения являются стрессовым фактором, способным спровоцировать депрессивный эпизод. В семейном консультировании используются приемы, которые вырабатывают у родных правильное отношение к клиенту, корректируют неадекватные оценки его состояния, увеличивают поддержку клиента членами семьи.

Выделяют три самостоятельных этапа коррекции депрессивных проявлений:

1. Этап купирования (коррекция текущего состояния, быстрое купирование острой симптоматики вплоть до устранения депрессивных проявлений или появления значительных улучшений).

2. Этап стабилизации (предотвращение обострения депрессивного состояния).

3. Этап профилактики в условиях психологического консультирования.

Первые два этапа находятся в компетенции психиатров или психотерапевтов; в компетенции психолога находится только этап профилактической терапии. Таким образом, целесообразным воздействием на депрессивные проявления является психологическое консультирование с

применением техник из когнитивно-бихевиорального или интерперсонального подхода [43].

1.2 Работа с депрессивно-тревожными эмоциональными состояниями в психологическом консультировании

Взгляд на тревожные и депрессивные проявления менялся с течением времени. Методы работы с ними также подвергались различным влияниям и определяли способ их диагностики и систематизирования.

Для коррекции и профилактики депрессивно-тревожных проявлений в психологическом консультировании используются различные методы. Так, многие исследователи отмечают эффективность поведенческого подхода для снятия тревожности. Некоторые его виды включают моделирование (наблюдение за человеком во взаимодействии с какой-либо ситуацией), позитивное подкрепление за проявление смелости. Большой популярностью пользуется также обучение релаксации (глубокое дыхание, мышечное расслабление) и постепенная экспозиция пугающего предмета (систематическая десенсибилизация).

Особую роль при коррекции тревожных проявлений играет психологическое консультирование с применением техник краткосрочной структурированной терапии А. Бека. Эта методика нацелена на разрешение текущих проблем и использует активное сотрудничество психолога и клиента для достижения общих целей.

Среди целей когнитивно-поведенческого подхода выделяют следующие:

1. Осознание неверных представлений о своей проблеме;
2. Обучение новым способам реагирования;
3. Закрепление новых когнитивных представлений и поведенческих реакций.

Методика включает в себя три основных компонента:

1. Дидактический компонент. Психолог показывает клиенту ошибочность его логики, объясняет взаимосвязанность мышления, аффектов и поведения. Эффективность терапевтического процесса логически обосновывается и подкрепляется доказательствами. В результате клиент должен осознать ложность своих представлений.

2. Когнитивный компонент складывается из четырех процессов: осознание дезадаптивных механизмов, лежащих в основе деструктивного мышления; производство новых стереотипов мышления; проверка действительности новых стереотипов; замена дезадаптивных стереотипов на новые.

3. Поведенческий компонент, необходимый для изменения старых и отработки новых поведенческих стереотипов.

Методика проводится серией психологических консультаций от 4 до 6 недель по 2-4 раза в неделю и демонстрирует значительную эффективность [26].

Когнитивно-поведенческий подход также является предпочтительным для коррекции депрессивных проявлений. Психолог работает с клиентом в течение 3-4 месяцев (в классическом варианте – 15-20 консультаций), в результате наблюдается снижение выраженности отрицательных представлений о себе, своем будущем и окружающей действительности [75].

Основная мишень психологического консультирования с применением техник когнитивно-поведенческой терапии – изменение и переформулирование когнитивных паттернов. Для этого психологу необходимо определить когнитивную посылку, которая лежит в его основе. Важно отметить, что симптом может иметь аффективный, а не когнитивный характер – тоска, плач, апатия, снижение чувства собственной ценности [63].

Для уменьшения симптоматики, активизации жизненного потенциала и положительного подкрепления используются различные программы и техники. Среди них выделяют поведенческие и когнитивные методики. К поведенческим методикам относят следующие.

1. Составление распорядка дня (структурирование дня и повышение базовой активности человека);
2. Ролевые игры (для развития новых навыков и преодоления комплексов);
3. Оценка удовольствия и мастерства (необходимо отмечать хорошо выполненные задания и приятные действия с целью устранения «слепоты» к ситуациям успеха);
4. Тренинг ассертивности (для повышения уверенности в себе);
5. Домашние задания (записывание автоматических мыслей);
6. Когнитивная репетиция (клиенту необходимо представить, как он осуществляет то или иное действие, и какие преграды перед ним появляются, как он будет их преодолевать);
7. Техника градуированных заданий (выявление неадаптивных установок).

К когнитивным методикам причисляют следующие техники:

1. Реатрибуция (выявление несостоятельности представлений о причинах его состояния);
2. Заполнение протокола дисфункциональных мыслей (описание мыслей и образов, вызвавших неприятные переживания);
3. Выявление и модификация дисфункциональных убеждений (с последующей заменой на более конструктивные) [75].

По мере устранения дисфункциональных убеждений клиент становится более конструктивным. Наблюдая за собственным поведением, он делает вывод: «Я могу сделать больше, чем я думал». Это самонаблюдение повышает его мотивацию к участию в разных видах деятельности. По мере достижения каких-либо конкретных целей улучшаются его самоотношение, его взгляд на себя и на свое будущее. Становится положительнее образ «Я» и усиливается оптимизм, что смягчает критическое отношение к себе и переживания печали. В результате клиент может начать испытывать некоторое удовлетворение. Развивая подход к психологической коррекции

так, чтобы работать с несколькими группами проявлений одновременно, психолог может ускорить улучшение.

Однако сосредоточенность только на депрессивно-тревожных проявлениях может привести лишь к временным улучшениям, которые могут иметь обманчивый характер. Важно понимать, что побуждение вести себя более оптимистично не приводит к полному исчезновению депрессивных проявлений. Так, психолог может добиться внешней мобилизации клиента, но при этом не затронуть самую сердцевину депрессивных проявлений. Такой клиент может только выглядеть более деятельным и успешным, чем ранее, но затем неожиданно совершить суицидальную попытку. Поэтому в ходе психологического консультирования специалист обязан разработать программу, нацеленную на изменение когнитивных установок.

Например, психолог может вовлечь клиента в конкретную деятельность и помочь ему добиться успеха в ней. Такой метод может разрушить установку «будущее безнадежно, потому что я не способен сделать что-то конструктивное». Визуализация приятных сцен, в свою очередь, способна нейтрализовать установку «все противно». Дальнейшая модификация звучит так: «Возможно, я могу чувствовать удовольствие, а не только постоянную боль» [75].

Таким образом, психолог должен быть внимательным не только к симптоматическим улучшениям, но и базисным сдвигам в поведении клиента. Адекватная оценка улучшений при депрессивных состояниях требует анализа сдвигов в эмоциональной, мотивационной и когнитивных сферах.

Большое количество исследований доказали высокий уровень эффективности применения когнитивно-поведенческого подхода [78], в том числе при коррекции депрессивных проявлений.

Однако в психологической науке существуют и другие точки зрения на коррекцию депрессивных и тревожных проявлений. По мнению Н.Н. Шурупова, когнитивно-поведенческий подход способствует

улучшениям, но не снижает риск повторного возникновения депрессивно-тревожных проявлений. В ходе психологического консультирования прорабатываются семантические связи сознательной части психической реальности клиента, но никак не затрагиваются смысловые связи с его бессознательными комплексами [33; 41].

Глубинный подход к коррекции депрессивно-тревожных проявлений предлагает психоаналитический метод, действующий в рамках психодинамического подхода. Исследования его эффективности носят противоречивый характер, хотя в целом метод демонстрирует хорошие результаты в коррекции депрессивных и тревожных проявлений.

Так, психоаналитический подход концентрируется на преодолении точек фиксации на определенных стадиях психологического развития, а также укрепляет слабые психологические защиты клиента [32]. Клиент осознает и прорабатывает внутренние конфликты, устраняет нарушения в функционировании сигнальной тревоги, корректирует отношение к себе, чтобы в дальнейшем осмыслить причины возникновения депрессивно-тревожных проявлений. Это приводит к положительным результатам, которые сохраняются на протяжении долгих лет благодаря фундаментальным изменениям в личностной структуре. В результате клиент учится испытывать нормальную грусть, спектр возможных эмоций значительно расширяется [61].

В отличие от психоаналитического подхода, экзистенциальный подход рассматривает депрессивные проявления только в актуальный момент времени – «здесь и сейчас». Согласно этой точке зрения, тревога – один из основных симптомов депрессивных проявлений.

Основная цель экзистенциального подхода – изменения в ценностно-смысловой сфере, наиболее затрагиваемой при развитии депрессивных и тревожных проявлений. Специалист, работающий в этом подходе, должен помочь клиенту в прояснении его ценностей, смыслов и мотивов. В

результате клиент открывает для себя новые смыслы существования, разрешает свой ценностно-смысловой конфликт.

Экзистенциальный подход показывает значительную эффективность в коррекции депрессивно-тревожных проявлений, возникающих в связи с возрастными кризисами, а также кризисами на фоне утраты близких или потери социального статуса, смены стереотипов поведения, одиночества, психологических травм. Согласно И. Ялomu, экзистенциальный метод в психологическом консультировании особенно эффективен в периоды горевания [74]. По мнению Л. Миллер, «кризис середины жизни» лучше поддается воздействию экзистенциального подхода. Преимущество экзистенциального подхода и его ключевых принципов заключается в том, что специалист способен лучше понять, что происходит с клиентом, а это положительно сказывается на результативности психологического консультирования [6].

Согласно экзистенциальному подходу, тревога связана с необходимостью осуществления экзистенциального выбора [45]. Такой выбор человек делает в результате осознания следующих базовых человеческих данностей.

1. Смерть. Понимание собственной смертности актуализируется в достаточно раннем возрасте (4-5 лет), однако со временем человек пытается избавиться от этого осознания. В дальнейшем это рождает ряд психологических сложностей. Так, для полноценного проживания жизни во всей ее полноте необходимо понимать и принимать конечность собственного существования.

2. Свобода. Это означает, что не существует заранее готового проекта человеческой жизни. Субъекту необходимо выбирать, не зная последствий и не имея гарантий. У человека есть выбор между мировоззренческими системами, принципиально равными друг другу, при этом необязательно придерживаться какой-то определенной из них. Человек должен сам выбрать индивидуальную стратегию собственной жизни.

3. Бессмысленность. От этой данности человека освобождает предыдущая – свобода. Человек испытывает абсурдность своего существования: если он может свободно распоряжаться собственной жизнью, то в ней четко определенного смысла, привнесенного извне. Человек должен разрешить это противоречие с экзистенциальной позицией.

4. Изоляция. Человек чувствует свою отдаленность от мира. Это пропасть между собой и другими, которая сохраняется даже в самых удовлетворительных отношениях и при хорошей социальной адаптации и интеграции.

Творение жизни помогает человеку преодолеть бессмысленность жизни и изоляцию своего существования. Человек творит смысл в собственной, отдельно взятой жизни. Он выбирает свой собственный путь из того миллиона возможностей, которые предлагает ему жизнь.

Осознание и преодоление четырех базовых данностей – главная задача человека с точки зрения экзистенциального подхода. В результате человек осуществляет конкретные жизненные выборы, и этот процесс способствует возникновению и развитию тревожных состояний. Глубинный источник тревоги – неспособность или невозможность принять четыре базовые ценности. При этом приверженцы экзистенциального подхода считают, что тревогу необходимо принять и интегрировать внутрь себя. Таким образом, человек и окружающая действительность существуют совместно и образуют разные формы отношений в зависимости от мировоззрения конкретного индивида.

Так, тревога с точки зрения экзистенциального подхода трактуется следующим образом.

1. Человек обладает сознанием. Направленность в будущее – это часть сознания, то есть ориентация на будущее является частью человеческой личности. Однако будущее еще не наступило, и оно может существенно отличаться от того, каким его хочет видеть человек. Вероятность несоответствия между запланированным будущим и

вторгнувшейся реальностью вызывает тревогу. Так, человек – и это есть тревога.

2. Человек хочет отыскать смысл собственного существования. В связи с этим он испытывает постоянный страх того, что никогда не встретится со своим смыслом. В дальнейшем этот страх превращается в тревогу. Жизнь конечна, и с возрастом тревога возрастает. Суррогаты смысла могут притупить переживания тревоги, но с течением времени наоборот способствуют ее усилению, поскольку настоящий смысл человек так и не находит.

3. Человек имеет бесконечное множество идентичностей, проявляющихся в определенном контексте. Так, личностное Я обладает неустойчивостью и противоречивостью, и человек может «ухватить» его только ретроспективно – в прошедшем времени, по факту его свершения. Тревога за некогда сбывшееся будущее превращается в тревогу за эту историчность, за ожидания, которые обманулись – а это всегда так.

4. Любые личностные изменения способствуют возникновению тревоги, поскольку связаны с ожиданием и неопределенностью [68].

5. Уровень тревоги позитивно связан с творческими способностями субъекта и уровнем его интеллекта [35].

6. Личностный рост человека провоцирует повышение тревоги, поскольку внутреннее развитие человека связано с освоением новых знаний и навыков, расширением кругозора. Тревога – необходимый компонент развития, для повышения качества жизни человеку необходимо столкнуться с внутренней тревогой и преодолеть ее.

7. Отказ от привычных способов существования вызывает тревогу, поскольку человек не может до конца осознать, подходит или не подходит ему то, от чего требуется отказаться. Так, само наличие выбора генерирует тревогу.

Психологическая коррекция всегда способствует усилению тревоги, поскольку одна из главных целей психологического консультирования – это помочь человеку ощутить себя имеющим свободу выбора [7].

Таким образом, от экзистенциальной тревоги невозможно избавиться, поэтому она связывается ценностями, смыслом и человеческой активностью. Основная задача экзистенциального психолога при работе депрессивно-тревожными проявлениями – научить человека управлять собственной тревогой и использовать ее как внутренний ресурс развития. Человек должен увидеть, что внешний мир не враждебен ему, а интересен и дружелюбен.

В экзистенциальном подходе при работе с депрессивно-тревожными проявлениями можно выделить несколько этапов [20]:

1. Клиент описывает свои переживания и дает первое субъективное представление о своей экзистенциальной ситуации;
2. Психолог выстраивает психологический альянс с клиентом, при этом он концентрируется на его экзистенциальных проблемах;
3. Психолог осуществляет консультирование с применением фокального экзистенциального анализа, состоящего из следующих компонентов: конфронтация клиента с целью выявления нарушений его смысловой потребности; прояснение составляющих депрессогенных ценностно-смысловых дисгармоний; проработка основной ценностно-смысловой дисгармонии клиента.
4. На заключительном этапе клиент оказывается способен принимать на себя ответственность за собственные решения, а также реализовывать свои ценностные установки.

Таким образом, следуя основам экзистенциального подхода, человек должен осознать объективные условия человеческой жизни и принять четыре базовые ценности. Это способствует разрешению депрессий и тревожных расстройств.

Особую роль в коррекции и профилактике депрессивно-тревожных проявлений играет арт-терапия. Этот метод направлен на снижение стресса,

избавление от страха и снятие тревожности [58]. Он демонстрирует высокую эффективность в работе с эмоциональными состояниями человека и в то же время отличается мягкостью психологического воздействия. Стоит отметить, что существует множество видов арт-терапии, и человек может выбрать тот, что ему нравится больше остальных. К основным техникам консультирования с использованием арт-терапии относятся:

- изотерапия (метод коррекции – рисунки, объекты искусства),
- музыкальная терапия,
- библиотерапия (литературное сочинение и воспроизведение произведений),
- танцевальная терапия,
- песочная терапия (снятие внутреннего напряжения посредством работы с песком),
- фототерапия,
- куклотерапия (метод коррекции – кукольный театр) и др.

Консультирование с применением техник арт-терапии может проводиться и в индивидуальной, и в групповой формах. Индивидуальная форма дает пространство для работы с депрессивно-тревожными проявлениями, когда взаимодействие с другими людьми не представляется возможным. Групповая форма консультирования с применением техник арт-терапии подходит людям, испытывающим проблемы в налаживании социальных связей.

Техники, применяющиеся при консультировании с применением арт-терапии, направлены на свободное выражение чувств, эмоций и настроения (например, упражнения «рисуем настроение», «рисуем эмоции»). Цель таких упражнений – выявить нарушения в эмоциональной сфере личности. Так, в рисунках признаком тревоги служат преимущественно темные тоны, штриховка, неуверенные, повторяющиеся линии.

Таким образом, с помощью техник арт-терапии, применяемых при консультировании, возможно выявлять, проживать и переживать, а также устранять депрессивно-тревожные проявления. С помощью этого метода свои переживания и чувства можно облечь в слова и форму. Творческое выражение создает благоприятные условия для гармонизации и восстановления эмоционального равновесия человека. Более того, применение арт-терапевтических техник не ограничивается возрастом и категорией обратившегося.

Эффективность в коррекции депрессивно-тревожных проявлений также показывает иппотерапия. Этот подход появился в Европе во второй половине XX века и представляет собой особый вид помогающей практики, подразумевающий взаимодействие с лошадьми. Когда это возможно, психолог может посоветовать клиенту общение с лошадьми (верховая езда, уход за лошадью). В результате образуется так называемый «иппомир», представляющий собой обстановку и особенности взаимодействия с конкретной лошадью, ее физическую и психическую организацию. «Иппомир» наполняется ресурсом, влияющим на эмоциональные состояния клиента. Клиент перенаправляет полученную энергию на свою деятельность, в результате его настроение улучшается, а тревожность снижается.

Иппотерапия также способствует осмыслению собственных границ. Человек становится более дисциплинированным, ответственным и способным к принятию неопределенности. Он осознает, что любая ситуация предполагает свободу выбора, и учится принимать ответственность за себя и другого. В процессе верховой езды происходит также проработка страха смерти, обыкновенно проявляющего себя в боязни упасть с лошади. Клиент не решается выполнять упражнения, потому что испытывает страх перед потерей контроля. Его напряжение проявляется в мышечной зажатости и неверной посадке, что провоцирует лошадь на взаимную напряженность. В ходе занятий человек учится техникам релаксации и выполняет задания, прерывающие этот порочный круг. В результате он обучается «отпускать»

ситуацию, что парадоксальным образом способствует повышению реального контроля.

Таким образом, иппотерапия позволяет быстро и качественно проработать проблемы, связанные с повышенным уровнем тревожности. Кроме того, человек сталкивается с другим типом бытия, получает возможность для переосмысления своих отношений с миром, меняет свои внутренние установки и модели поведения. Это способствует значительному повышению качества жизни [46].

При работе с депрессивными проявлениями применяют также методы консультирования с применением техник интерперсональной и мультимодальной терапии. Интерперсональный подход – один из краткосрочных методов коррекции [4]. Представители этого подхода полагают, что межличностные отношения являются основными факторами развития депрессивных проявлений. Интерперсональный специалист фокусируется на актуальных отношениях клиента и помогает человеку изменить неадаптивные стратегии в коммуникациях с другими людьми, в том числе при помощи своей активной поддержки.

Интерперсональный подход складывается из трех основных этапов и длится в среднем 12-16 сессий:

1. Психолог уточняет проблему в межличностных отношениях клиента, средний и заключительный этап выстраиваются с опорой на эти данные;
2. Проясняет когнитивные маркеры, предшествовавшие развитию депрессивно-тревожных проявлений, помогает решать межличностную проблему клиента и эмоционально поддерживает его;
3. Помогает клиенту в выстраивании новых межличностных стратегий в общении, способствует интеграции основных аспектов в отношениях клиента.

Согласно исследованиям, результативность интерперсонального подхода можно сопоставить с эффективностью когнитивно-поведенческого подхода.

Мультимодальный подход был разработан А. Лазарусом и представляет собой комплексный набор методик, которые направлены на различные личностные сферы, затрагиваемые депрессивно-тревожными проявлениями: мысли, эмоции, поведение, взаимоотношения с другими людьми и т.д. [27]

Особое внимание в мультимодальном подходе уделяется методологическому эклектизму, в рамках которого специалист использует определенные техники, отобранные с учетом предпочитаемого теоретического направления; в связи с этим применять его может представитель любой психологической школы.

Отдельное место в коррекции депрессивно-тревожных проявлений занимают интегративные методы. В отличие от эклектического подхода, интегративный подход предполагает сращивание различных теоретических систем [40]. А.Б. Холмогорова выделяет две основные тенденции, свидетельствующие о росте популярности интегративного подхода касательно идей структурно-динамической организации психики (по сравнению с бывшим ранее традиционным противостоянием разных направлений):

1. Особое значение придается раннему травматическому опыту, семейной дисфункции и детско-родительским взаимоотношениям;
2. Расширяются представления о внутренних репрезентациях себя. Полное отрицание принципа детерминизма сменяется пониманием искажений внешней и внутренней реальности как факторов возникновения депрессивно-тревожных проявлений [60].

В настоящее время интегративный подход в консультировании включает в себя техники психодинамической, гуманистической и поведенческой терапии. Это отражает поэтапный характер коррекционного

процесса – от изучения глубин человеческой личности к коррекции нарушенных взаимоотношений и поведенческих установок [24]. В то же время многие авторы подчеркивают, что произвольное сочетание различных техник и подходов не представляется допустимым [27]. Ряд ученых отмечает, что необходима выработка особого общего принципа, которого должны придерживаться все специалисты различных направлений. В противном случае отбор техник может происходить случайным и субъективным образом [27].

Важно добавить, что главный принцип коррекции депрессивно-тревожных проявлений – формирование альянса клиента и психолога [20]. Этот принцип применяется в любом методологическом подходе. Вне установленных взаимоотношений клиента и психолога ни один из подходов не сможет доказать свою эффективность. Данные исследований показывают, что в этом случае каждый из описанных подходов является результативным. Коррекция депрессивно-тревожных проявлений – это, прежде всего, работа с личностью, человеческой индивидуальностью, поэтому существенное влияние должно быть уделено формированию продуктивных отношений между психологом и клиентом, а также дифференцированному подбору индивидуальных консультативных методик.

1.3 Консультирование с применением техник регрессионной терапии как метод работы с депрессивно-тревожными проявлениями

Регрессионная терапия – это метод, который представляет собой синтез психоаналитического и эриксоновского подходов применительно к психологическому консультированию.

Регрессионная терапия начинает обретать свою популярность в 50-х гг. XX века. Особое значение для истории подхода имели такие специалисты как М. Эриксон, Э. Росси, Б. Вайс, С. Гроф, М. Ньютон. Свою

институционализацию метод получил в 1985 году, когда в Соединённых Штатах открылась Ассоциация по исследованиям регрессионной терапии. В дальнейшем ассоциация получила статус международной. Начиная с 1995 года, регрессионная терапия получила распространение в Российской Федерации.

Регрессионную терапию используют в разных странах. Можно выделить следующие ассоциации, комитеты и конгрессы:

- Мировой конгресс регрессионных терапевтов (the World Congress for Regression Therapists),
- Ассоциация регрессионных исследований и терапий (Association for Regression Research and Therapies),
- Европейская ассоциация регрессивной терапии (the European Association for Regression Therapy EARTH),
- Международный комитет регрессионной терапии (the International Board for Regression Therapy).

Стоит добавить, что в зависимости от направленности метод регрессионной терапии может называться иначе: направленное воспоминание, регрессионный поиск, углубленный транс, альфа-медитация [51], метод Хосе Сильвы [49], регрессионная концентрация.

Во многих методах психотерапии специалист оказывает воздействие на клиента с целью трансформации его сознания и поведения. При использовании регрессионной терапии в психологическом консультировании подобного воздействия нет. Для психолога важно, чтобы клиент сам проделал эту работу. Задача психолога заключается в том, чтобы создать клиенту условия, в которых его способность к рефлексии увеличится [67].

Особое значение для развития регрессивной терапии имеет подход М. Эриксона. Он предполагает единую стратегическую деятельность для появления возможностей получить самому человеку доступ к тем бессознательным факторам, которые могли бы поспособствовать

адекватному решению проблем в его поведении и психике. Один из ключевых элементов этой деятельности – естественный транс, который психолог помогает клиенту усилить с помощью просьб и специально сформулированных вопросов [15]. Задача психолога заключается не в том, чтобы подчинить клиента своей воле или что-то ему внушить. Вопросы и просьбы лишь создают некоторое поле, рамки, в которых проявляет себя бессознательное. В этом смысле самое ценное, что ожидается от клиента – это его реакции и его поведение в этих рамках. Клиент по своей воле выбирает и реакцию, и поведение. Таким образом, психолог помогает клиенту переключить его внимание в пространство субъективного опыта (погрузиться в воспоминания) и ориентироваться в этом пространстве в поиске травмирующих событий или ресурса.

Одно из самых явных преимуществ техники М. Эриксона, дополненной его последователями, это способность минимизировать сопротивление и построить доверительное отношение с клиентом. Гибкость техники позволяет также использовать трансовое состояние даже без специального акцентирования на нём. Оно может возникнуть неожиданно даже для самого психолога, в процессе разговора с клиентом. Именно поэтому существует мнение, что методики М. Эриксона представляют собой скорее когнитивно-поведенческую краткосрочную терапию, использующую состояние бодрствования [59].

Эриксоновский подход часто обращается к эффекту многоплановости речевых конструкций. Это означает, что одна и та же фраза можно нести несколько различных значений. Если на плане сознания существует всего лишь одно значение (именно то, которое клиент имел в виду при использовании речевой конструкции), то в бессознательном плане открывается широкое многообразие значений и смыслов (Почему клиент выбрал именно это слово? Что оно для него означает? С чем ассоциируется?). Психолог использует этот метод с целью создания некоторых условий. Например, различные интонации могут быть использованы, чтобы клиент

бессознательно считывал их как призывы (просьбы) или вопросы. Так психолог может показать клиенту иной взгляд на неразрешимую ситуацию. Такое предложение не всегда может быть принято, однако если методика осуществлена успешно, то клиент не воспринимает эту мысль как пришедшую извне, вместо этого он идентифицирует её как свою собственную [72]. Иными словами, этот метод используется для не прямой поддержки клиента.

Так, М. Эриксон считает своей главной целью активизацию скрытых в бессознательном элементов, которые могли бы поспособствовать разрешению проблемы, а не внушение чужой воли. Он полагает, что главное правило консультирования с использованием техник регрессионной терапии в целом заключается в разумном использовании внутренних ресурсов таким образом, чтобы это не противоречило взглядам и внутренним убеждениям клиента.

Стоит отметить, что в этом заключается основное отличие подхода М. Эриксона от других подходов, используемых в психологическом консультировании. М. Эриксон работает преимущественно с конкретными проблемами и пытается разрешить их, ориентируясь исключительно на прямые запросы своих клиентов, тогда как другие методы заключается в концентрации на самой структуре личности, на глубинных переживаниях, которые не осознаны, а потому и не могут быть высказаны клиентом.

Подход М. Эриксона в некоторых ситуациях имеет свои преимущества. Если клиент просит помочь ему избавиться от конкретной проблемы, и при этом не чувствует себя готовым к полному изменению личности, испытывает истощённость и нехватку внутреннего ресурса, то устранение симптома является первостепенной задачей для психолога, проводящего консультацию с применением техник регрессионной терапии. В таком случае психолог вместе с клиентом очерчивает проблему, договариваются о конечной цели своей работы (что можно было бы определить как разрешение проблемы), и затем создают шаги по направлению к результату. Таким образом,

М. Эриксон работает преимущественно с настоящим, а не с прошлым клиента. [19].

Применение подхода М. Эриксона может вызвать изменения у клиента как от простого упражнения, так и от признания наличия более серьезных проблем [18]. Однако М. Эриксон не считает это признание обязательным для благополучного разрешения ситуации. Оно служит богатым источником знаний о клиенте для психолога, а иногда является хорошим полем для дальнейшей проработки, поскольку ощущается клиентом как важный этап в развитии. Тем не менее, с точки зрения М. Эриксона, осознание глубины своих затруднений – побочный этап, требующий дополнения в виде иных терапевтических средств [19].

Одна из важнейших особенностей регрессионной терапии – это уникальность работы с каждым конкретным клиентом. По мнению М. Эриксона не существует универсальных процедур, которые могли бы быть применены в похожих случаях. Он заявляет, что в каждом отдельном случае он конструирует уникальный сеанс работы с клиентом. К примеру, использование одних и тех же речевых конструкций может быть абсолютно по-разному воспринято разными клиентами. Помимо этого, стоит отметить, что изменение техник необходимо не только от клиента к клиенту, но и в процессе терапии одного клиента. Такой подход способствует эффективности психологического консультирования.

Так, подход М. Эриксона предполагает тесное сотрудничество между психологом и клиентом. Один из важнейших элементов – равноправие сторон, их взаимовыгодное сотрудничество. Общение с клиентом на равных позволяет улучшить взаимопонимание, вследствие чего психологу открывается новая информация [15]. Некоторые специалисты расценивают это как минимализированный транс [59].

При подробном рассмотрении процесса психологического консультирования в рамках метода М. Эриксона можно условно разделить его на пять основных этапов:

1. Этап подготовки – ознакомление с историей клиента без участия самого клиента;
2. Этап подстройки – первая консультация и общие обоюдные договорённости;
3. Этап диагностики – восприятие и переработка информации от клиента психологом;
4. Этап выдачи рекомендаций – анализ предыдущего этапа предоставляет возможность сгенерировать рекомендательные аспекты разрешения запроса;
5. Этап завершения – клиент и психолог договариваются о действиях, устанавливают процедуры контроля и исполнения рекомендаций и рамки для дальнейшего консультирования [69].

В непосредственном трансовом состоянии сознание клиента остается активно и готово реагировать на окружение. Подобное состояние называют регрессионным поиском. Стоит подчеркнуть, что эта процедура полностью подконтрольна клиенту. Если в процессе регрессии клиент почувствует себя тревожно, он вправе остановить процесс. Чтобы регрессионный поиск был максимально продуктивным, необходимо участие психолога, чьи направляющие фразы являются своеобразными ориентирами в бессознательном для интенсивного воспроизведения воспоминаний.

При консультировании клиента с использованием техник регрессионной терапии психолог использует следующие методы помощи и поддержки в процессе регрессионного поиска:

1. Сопровождение – способность помочь клиенту взглянуть глубже и шире, детализировать в памяти какие-то моменты, задействовать органы чувств, проассоциировать с образами и т.д.
2. Ратификация – способ положительно оценить успешное погружение клиента.

3. Ведение – образование уникального опыта для клиента на основе уже существующего. Как правило, метод применяется для помощи в пересмотре отношения к травмирующим воспоминаниям.

4. Диссоциация – метод, применение которого помогает клиенту в воспоминаниях воспринять себя со стороны, стать наблюдателем, а не участником воспоминания.

5. Релятивизация – увеличение степени свободы пропорционально неоднозначности высказываний психолога, их нефальсифицируемости, что, в свою очередь, снижает сопротивление [73].

При этом следует подчеркнуть, что психолог при общении с клиентом опирается на слова и фразовые конструкции преимущественно общего характера. К примеру, слово «мебель» для обозначения любого предмета мебели. Фразы психолога должны опираться только на те слова, которые были произнесены самим клиентом, чтобы избежать внешнего влияния на внутренние процессы.

Консультирование с применением техник регрессионной терапии – это эффективный инструмент работы с тревожными проявлениями. Эриксоновский подход способен снимать ситуативную тревогу [44]. После каждого консультативного приема у клиента происходят изменения, заметные извне. Люди перестают комкать в руках мелкие предметы, откладывают в сторону лишние вещи, поза становится более расслабленной и заинтересованной. Мышцы лица расслабляются, меняется выражение лица. Человек перестает защищаться, он быстрее проникается доверием к психологу. Так, тревожность как симптом снимается. Однако тревожность как личностное свойство, имеющее более глубокие корни, может остаться. Тем не менее, даже поверхностное устранение симптомов и снятие зажимов позволяет продолжить более глубокую работу с клиентом, поскольку повышает его доверие.

Таким образом, эриксоновский подход позволяет оказывать психологическую коррекцию и снимать симптомы тревожности, а также даёт

возможность прийти к некоторым выводам всего за один сеанс (в случае если психолог не уверен в возможности повторного или регулярного проведения сеансов, либо когда первая психологическая помощь представляет острую необходимость).

Таким образом, регрессивная терапия, применяемая в психологическом консультировании, наиболее показательна при наличии тревожности в краткосрочной перспективе, а не в долгосрочной.

Эриксоновский подход также является эффективным при депрессивных проявлениях [14], поскольку корректирующее воздействие направлено на трансформацию нынешнего положения, поиск положительных воспоминаний клиента через транс, улучшение его самочувствия и сохранение этих ощущений в дальнейшем. Кроме того, техники диссоциации позволяют минимизировать негативные впечатления и максимизировать позитивные. Используются методики, позволяющие вообразить генерировать новые образы и визуализировать их. Примером такой инструмента является «техника светового потока», а также применение клиентом методов самотерапии.

Первостепенной задачей, которую ставит перед собой психолог при работе с депрессивными проявлениями, является уменьшение их негативного влияния посредством успокоения и снятия тревожных симптомов. Более глубокий способ работы заключается в изменении точки зрения клиента на события прошлого и получение выводов, на которые можно опираться в настоящем. Чаще всего клиенты чувствуют себя страдающими от депрессивных проявлений, и психологическая консультация с использованием техник регрессионной терапии помогает изменить эту установку на иную, вернуть человеку ощущение самоконтроля. Человек обвиняет себя в своих переживаниях, и это ухудшает его состояние, поскольку депрессивные проявления чаще всего воспринимают как негативное состояние. После консультации клиент понимает, что может влиять на ситуацию и контролировать свои состояния. Так он учится по-

другому смотреть на депрессивные проявления и самого себя, открывает новый импульс к развитию. Это способствует получению новых ресурсов для улучшения самочувствия и повышения качества жизни. Клиент осознает, что расслабление и успокоение реальны, несмотря на существующие проблемы. В дальнейшем это может способствовать ослаблению депрессивных переживаний.

Иногда используется обратная стратегия: в процессе сеанса клиенту делаются абсурдные предложения, гиперболизирующие депрессивно-тревожные проявления. В данном случае они могут звучать как: «Представьте, что всё вокруг ужасно», «Начинайте каждое новое предложение с жалобы», «Реагируйте подавленно». Такие предписания вынуждают клиента к сопротивлению. Впоследствии он начинает сам бороться и с депрессивно-тревожными проявлениями.

Необходимо добавить, что применение техник регрессионной терапии при психологическом консультировании показывает свою эффективность в условиях неглубоких депрессий, где представляется возможным разрешение ситуации с помощью краткосрочного снятия симптомов. Глубокая проработка проблемы на бессознательном уровне в условиях тяжелых депрессивных проявлений в данном случае недостижима.

Выводы по главе 1

Тревога – это острое эмоциональное состояние, связанное с ожиданием негативных событий, страхом неудачи, либо предвкушением чего-то значимого для человека в условиях неопределенности. Тревога является базисом тревожности, которая представляет собой устойчивую личностную характеристику, сохраняющуюся у человека на протяжении длительного времени.

Депрессивные проявления – это нарушения психологического состояния, которые характеризуются унынием, потерей интереса, неспособностью радоваться и получать удовольствие, чувством вины или низкой самооценкой, нарушениями сна, аппетита, чувством усталости и плохой концентрацией.

Психологическое консультирование с применением техник регрессионной терапии предполагает единую стратегическую деятельность для появления возможностей получить доступ к тем бессознательным факторам человека, которые могли бы способствовать адекватному решению проблем в его поведении и психике. Один из ключевых элементов этой деятельности – естественный транс, возникающий при воспоминаниях, который психолог помогает усилить с помощью специально сформулированных предложений и вопросов. Таким образом, психолог помогает клиенту переключить его внимание в пространство субъективного опыта (погрузиться в воспоминания) и ориентироваться в этом пространстве в поиске травмирующих событий или ресурса. Работа происходит преимущественно с конкретными проблемами и прямыми запросами клиентов. Один из важнейших элементов – равноправие сторон, их взаимовыгодное сотрудничество.

Регрессионная терапия, основанная на методиках М. Эриксона – это эффективный инструмент работы с депрессивными проявлениями и тревожностью. Эффект наступает в краткосрочной перспективе, поскольку

тревожность как симптом снимается. Однако тревожность как личностное свойство, имеющее более глубокие корни, может остаться.

Первостепенной задачей, которую ставит перед собой психолог при работе с депрессивными проявлениями, является уменьшение негативного влияния депрессивных проявлений посредством успокоения и снятия тревожных симптомов. Более глубокий способ работы заключается в помощи клиенту в изменении точки зрения на события прошлого и получение выводов, на которые можно опираться в настоящем. Применение техник регрессионной терапии при психологическом консультировании показывает свою эффективность на начальных уровнях депрессивных проявлений, где представляется возможным разрешение ситуации с помощью краткосрочного снятия симптомов. Глубокая проработка проблемы на бессознательном уровне в условиях тяжелых депрессивных проявлений в данном случае недостижима.

Глава 2 Эмпирическое исследование особенностей депрессивно-тревожных проявлений в условиях консультирования с применением техник регрессионной терапии

2.1 Организация и методы исследования

Выборка исследования: 36 женщин среднего возраста.
Экспериментальная группа – 17 женщин, контрольная группа – 19 женщин.

Этапы исследования:

1. Определение ключевых показателей исследования и релевантных психодиагностических методик.
2. Формирование выборки исследования и ее разделение на экспериментальную и контрольную группы.
3. Первичное тестирование экспериментальной и контрольной групп до экспериментального воздействия и сравнение результатов.
4. Экспериментальное воздействие (проведение индивидуальных консультаций с применением техник регрессионной терапии с респондентами из экспериментальной группы).
5. Повторное тестирование экспериментальной и контрольной групп (ЭГ – после воздействия, КГ – через неделю после прохождения первичного тестирования).
6. Сравнение результатов тестирования ЭГ до и после экспериментального воздействия, результатов тестирования КГ до и после экспериментального воздействия, результатов тестирования ЭГ и КГ после экспериментального воздействия.
7. Обработка и анализ результатов исследования.

В исследовании использовались следующие методики:

- социально-демографическая анкета,
- «Шкала тревожности» Спилбергера -Ханина,

- «Шкала депрессии» А. Бека,
- «Шкала психологического благополучия» К. Рифф,
- «Тест смысложизненных ориентаций» (СЖО) Д.А. Леонтьева.

1. Социально-демографическая анкета. Анкета, состоящая из вопросов о возрасте участников исследования, их образовательном, профессиональном и семейном статусе.

2. Методика «Шкала тревожности» Спилбергера-Ханина. Шкала разработана американским психологом, специалистом в области изучения стресса и эмоций Ч. Спилбергом. Впоследствии шкала была адаптирована отечественным психологом Ю. Ханиным.

Методика является надежным способом диагностики уровня ситуативной и личностной тревожности.

Ситуативная тревожность возникает в результате внешних обстоятельств, текущих переживаний и стрессогенных ситуаций. На формирование личностной тревожности влияют особенности нервной системы, воспитания, предпочитаемые стратегии совладающего поведения. Ситуативная и личностная тревожность взаимосвязаны: у людей с высокими показателями личностной тревожности часто повышена и ситуативная тревожность.

Тест состоит из 40 утверждений, которые испытуемому необходимо оценить «нет, это совсем не так» – 1 балл, «пожалуй, так» – 2 балла, «верно» – 3 балла, «совершенно верно» – 4 балла. Полученные баллы суммируются по шкалам ситуативной и личностной тревожности [55].

3. Методика «Шкала депрессии» А. Бека. Методика предложена А. Беком в 1961 году. Автор создал ее на основе своих клинических наблюдений и изучения научной литературы.

Опросник состоит из 21 категории симптомов, которые состоят из 4 или 5 утверждений, описывающих наличие или отсутствие депрессивных симптомов.

Результаты высчитываются по следующему алгоритму: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 63 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Результаты теста интерпретируются следующим образом:

0-13 – вариации, считающиеся нормой;

14-19 – лёгкая депрессия;

20-28 – умеренная депрессия;

29-63 – тяжёлая депрессия.

Также в методике выделяются две субшкалы: когнитивно-аффективная субшкала (С-А) и субшкала соматических проявлений депрессии (S-P) [79].

4. Методика «Шкала психологического благополучия» К. Рифф (адаптация Д.Г. Орловой). Методика представляет собой адаптированный на русском языке вариант англоязычной методики «Шкала психологического благополучия», разработанной К. Рифф.

Методика позволяет измерить выраженность объективного и субъективного психологического благополучия. Чаще всего используется для диагностики уровня психологического благополучия в юношеском возрасте.

Методика состоит из 60 пунктов, равномерно распределённых по 6 шкалам: «Позитивные отношения», «Цели в жизни», «Личностный рост», «Самопринятие», «Управление средой» и «Автономия».

Результаты тестирования высчитываются по следующему алгоритму: варианту ответа «абсолютно не согласен» присваивается 1 балл, «не согласен» – 2 балла, «скорее не согласен» – 3 балла, «скорее согласен» – 4 балла, «согласен» – 5 баллов, «абсолютно согласен» – 6 баллов. Некоторые утверждения интерпретируются в обратных значениях [36].

5. Методика «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева. Методика была создана на основе идей логотерапии В. Франкла с целью валидизировать некоторые элементы его теории. Методика была адаптирована Д.А. Леонтьевым в 1988 году.

В ходе тестирования необходимо выбрать одно из двух противоположных утверждений и выбрать соответствующую цифру (1, 2 или 3) в зависимости от того, насколько согласны с утверждением. Можно выбрать «0», если ни одно из утверждений не подходит.

В методике представлено 5 субшкал:

1. Цели в жизни. Выявляет наличие или отсутствие целеустремленности, планов на будущее, которые могут придавать жизни осмысленность.

2. Процесс жизни. Выявляет наличие или отсутствие интереса к жизни, удовольствия от своего существования.

3. Результативность. Выявляет отношение к прошлому опыту человека, его оценку уже пройденного жизненного пути.

4. Локус контроля – Я. Выявляет наличие или отсутствие чувства свободы делать выбор, принимать решения, контролировать свою жизнь в соответствии со своими желаниями и потребностями.

5. Локус контроля – жизнь. Выявляет наличие или отсутствие чувства контроля над своей жизнью.

Подсчет результатов происходит с помощью сложения баллов по всем шкалам и перевода общего балла в проценты [29].

Для математической и статистической обработки полученных данных были использованы следующие методы:

1. Расчет частот, средних значений и стандартного отклонения;
2. Критерий хи-квадрат Пирсона (для анализа социально-демографических данных);
3. Т-критерий Вилкоксона (для сравнения зависимых выборок);
4. Критерий U Манна-Уитни (для сравнения независимых выборок).

2.2 Социально-демографические характеристики выборки

В таблице 1 представлена информация о среднем возрасте респондентов.

Таблица 1 – Возраст участниц исследования

Возраст	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Контрольная группа	36,68	8,67	0,194
Экспериментальная группа	40,06	6,56	

Как видно из таблицы 1, средний возраст участниц исследования – 36-40 лет. Статистически значимых различий в распределении по возрасту выявлено не было.

В обеих группах женщины преимущественно имеют высшее образование (52,6% в контрольной группе, и 59,2% – в экспериментальной), при этом в контрольной группе несколько больше участниц, имеющих два и более высших образования (21,1% против 11,8%), и меньше участниц, имеющих среднее образование (21,1% против 29,4%). Статистически значимые различия в образовательном уровне не выявлены: хи. кв. = 0,722, df=3, p = 0,868.

Чаще всего женщины, участвовавшие в исследовании, работают линейными сотрудниками (10,5% в контрольной и 17,6% в экспериментальной группах), руководителями среднего звена (31,6% в контрольной и 23,5% в экспериментальной группах) или фрилансерами (21,1% в контрольной и 29,4% в экспериментальной группах). В контрольной группе есть руководители высшего звена (15,8%), в экспериментальной группе их нет. Статистически значимые отличия в должностях женщин, участвовавших в исследовании, не обнаружены: хи. кв. = 3,946, df = 5, p=0,557.

В таблице 2 представлена информация о семейном положении участниц исследования.

Таблица 2 – Семейное положение женщин, участвовавших в исследовании

Семейное положение	Группа	
	Контрольная	Экспериментальная
Не состою в браке	15,8%	17,6%
В незарегистрированном браке	21,1%	17,6%
В официальном браке	26,3%	35,3%
В разводе	31,6%	17,6%
Вдова	5,3%	11,8%

Как видно из таблицы 2, большая часть респонденток в настоящее время состоит в браке (официальном или незарегистрированном). Статистически значимые отличия в семейном положении женщин, участвовавших в исследовании, не обнаружены: хи. кв. = 1,460, df = 4, p=0,834.

68,4% женщин в экспериментальной группе и 82,4% женщин в контрольной группе имеют детей. Различия в количестве детных и бездетных женщин не являются стат. значимыми: хи кв.= 0,929, df = 1, p=0,335.

Количество детей у женщин, участвовавших в исследовании, указано в таблице 3.

Таблица 3 – Количество детей у участниц исследования

Количество детей	Группа	
	Контрольная	Экспериментальная
Нет	31,6%	17,6%
1	42,1%	41,2%
2	21,1%	35,3%

3	5,3%	5,9%
---	------	------

Как видно из таблицы 3, большинство женщин и в контрольной, и в экспериментальной группах имеет одного или двух детей, различия между группами при этом не достигают уровня статистической значимости: хи. кв. = 1,360, df =3, p=0,715.

Таким образом, участниц нашего исследования можно описать как женщин среднего возраста, имеющих образование не ниже высшего, работающих линейными сотрудниками/фрилансерами либо в качестве руководителей среднего звена. Статистически значимых отличий между группами по социально-демографическим параметрам не выявлено, что позволяет нам считать сравниваемые группы эквивалентными.

2.3 Структура психологической консультации с применением техник регрессионной терапии

В данном разделе мы рассмотрим то, как была организована психологическая консультация с применением техник регрессионной терапии, которая является экспериментальным воздействием в рамках нашего исследования. Всего было проведено от трех до четырех индивидуальных экспериментальных консультаций.

Консультация состоит из нескольких этапов. Диагностика на уровень тревожности и депрессивных проявлений предваряет первый контакт со специалистом. Это дает психологу возможность предварительной оценки клиента и его состояния.

До встречи клиенту предлагается проанализировать, есть ли в его жизни:

- повторяющиеся типичные ситуации;
- трудности в межличностных отношениях с окружающими;
- иррациональные страхи и фобии;

- установки, идущие из детства (например, «я плохой», «у меня никогда ничего не получается»).

Первая консультация начинается с первичной беседы. Специалист уже имеет на руках результаты диагностики, а клиент обдумал свои проблемы и готов рассказать о них. Психолог рассказывает об этических нормах своей деятельности и проговаривает правило конфиденциальности.

В ходе беседы происходит формулирование проблемы, которую клиент будет решать вместе с психологом. Психолог уделяет особое внимание формулировкам клиента и просит описать свое состояние в момент столкновения с проблемой. Он записывает формулировки клиента в процессе сеанса, чтобы использовать их в дальнейшем в ходе терапии (такие формулировки – ключи для грамотного составления вопросов психолога). Кроме того, специалист просит описать внутреннее напряжение, с которым сталкивается человек из-за своей проблемы. Внимание концентрируется на телесном напряжении (например, низ живота, в солнечном сплетении или в груди). Это поможет быстрее найти воспоминание о травмирующем событии.

В результате разговора определяется конкретный запрос, с которым будет проведена работа с применением техник регрессионной терапии. Причину клиент с помощью психолога будет искать в своем прошлом. Эффективность такого поиска зависит от правильной формулировки запроса, то есть точность описания проблемы определяет вероятность ее распознавания в прошлом.

Далее следует процесс регрессионного поиска. В основном речь идет о возрастной регрессии. Возрастная регрессия – это феномен, возникающий в ходе погружения в естественный транс, вызванный воспоминаниями, когда клиент ощущает себя в более младшем возрасте. Используются две базовых стратегии – «поиск ресурса» и «поиск травмы». При стратегии «поиск ресурса» возрастная регрессия применяется для поиска позитивных

воспоминаний. Психолог помогает клиенту вновь пережить моменты успеха или иные приятные воспоминания. При стратегии «поиск травмы» возрастная регрессия применяется для отыскивания в прошлом тех травматических событий, которые продолжают негативно влиять на жизнь клиента. При этом поиск в воспоминаниях ресурса помогает пересмотреть травму. Коррекционное воздействие построено на методиках, разработанных М. Эриксоном, М.Н. Гордеевым, М.Р. Гинзбургом. Психолог сопровождает клиента в его воспоминаниях и помогает пересмотреть отношение к травмирующим событиям. Цель работы – запустить процесс самоизлечения. То есть психолог должен создать условия для позитивных изменений.

Особое значение при консультировании с применением техник регрессионной терапии имеет контакт между психологом и клиентом. Доверительная атмосфера создает особые условия для эффективного регрессионного поиска. В ходе консультации психолог рассказывает клиенту, что искомые причины негативных событий уже могут быть забыты или вытеснены в область личного бессознательного как травмирующие. При возвращении травмирующих воспоминаний клиент может вновь переживать те эмоциональные состояния, которые присутствовали в момент травматизации. Клиент не должен стесняться говорить об этом, плакать или кричать, также он может прервать сеанс, если воспоминания станут слишком тяжелыми.

Консультирование с применением техник регрессионной терапии не имеет стандартизированных методик, поскольку ориентирована на конкретного человека с его убеждениями, верованиями, способом жизни, семейным и социальным положением. У психолога могут быть заготовки и мысли, связанные с проблемой, но в целом он полностью ориентирован на клиента, а не на проблему, с которой он пришел. Проблема является некой частицей личности человека, и психолог, ожидая трансформации проблемы, опирается на трансформацию личности.

Общую структуру коррекционного этапа консультирования можно описать следующим образом:

1. Принятие удобной позы и расслабление. Клиент располагается в удобном кресле (при желании можно надеть маску для сна). В кабинете тихо, используется приглушенный свет. Психолог предлагает удобно расположиться, расслабиться и начать процесс воспоминания.

2. Вход в естественный транс, вызванный воспоминаниями. Транс, в данном случае, это перевод вектора внимания клиента извне внутрь. Во время транса человек не теряет способности воспринимать реальность, однако восприятие переключается с внешней реальности на внутреннюю, которая наполнена содержимым памяти и личного бессознательного. В состоянии транса клиент может выйти на воспоминания, которые в состоянии внешнего внимания недоступны. Психолог помогает клиенту расслабиться и переключить внимание на процесс поиска в памяти ресурсных состояний или причин психологических травм. Используется гармонизация с клиентом (подстройка) для того, чтобы на этапе сопровождения клиент продолжал оставаться в трансе, а также техника утилизации (с клиентами, которым сложно переключить вектор внимания внутрь).

3. Сопровождение в регрессионном поиске. Психолог помогает клиенту погрузиться в свои воспоминания и субъективный опыт, сделать его более подробным (увидеть образы, услышать звуки, испытать телесные ощущения, пережить эмоции и т. д.). Чтобы сопровождать клиента в течение транса, психологу необходимо предоставлять ему конгруэнтные описания, которые помогали бы ему оставаться в трансе. Для этого используется эриксоновская техника «неопределённых слов», или «многоуровневого языка». Неопределённые слова создают пустую, неопределённую смысловую рамку, которую заполняет сам клиент, нередко считая, что психолог детально описывает его переживания. Используются также техники ратификации,

релятивизации, сигналинга, диссоциации, описанные нами в теоретической части данной работы.

4. Сопровождение в регрессионном поиске для поиска ресурса. Клиент вспоминает событие, при котором он был здоров, успешен, спокоен, защищен, счастлив и максимально полно погружается в него. Это ресурсное воспоминание будет для клиента опорой и неким «местом», в которое он может всегда вернуться из воспоминания травмирующего события.

5. Сопровождение в регрессионном поиске для «поиска травмы». Клиенту предлагается осуществить поиск воспоминаний, связанных с обозначенной проблемой. При необходимости для преодоления защитных механизмов клиенту предлагается использовать техники активного воображения и др.

6. Ведение. На этом этапе клиенту предлагается пересмотреть травмирующее воспоминание, например, завершить что-то не завершенное в прошлом, поступить по-другому, оценить событие с позиции нынешнего опыта и т.д. Клиент использует активное воображение и как бы переигрывает травмирующие ситуации в своей памяти. Психолог помогает клиенту, использует формулировки, в которых клиент описывал свои состояния на этапе беседы. Так, психолог задает клиенту вопросы, которые помогают ему найти способ завершить в памяти травмирующую ситуацию или пересмотреть свое отношение к ней.

7. Возвращение из воспоминания. Переключение внимания от внутреннего восприятия к внешнему. Происходит подведение итогов проделанной клиентом работы. Клиент формулирует выводы. Возможно обсуждение и получение клиентом домашнего задания.

2.4 Результаты исследования эффективности психологической консультации с применением техник регрессионной терапии как метода коррекции депрессивно-тревожных проявлений

Для сравнения результатов первичного и повторного тестирования использовался непараметрический критерий Т-Вилкоксона, а для сравнения между собой результатов экспериментальной и контрольной групп – непараметрический критерий U Манна-Уитни.

2.4.1 Результаты тестирования экспериментальной и контрольной групп до консультирования

В таблицах 4-7 и на рисунках 1-3 представлен сравнительный анализ психологических характеристик экспериментальной и контрольной групп до психологического консультирования с применением техник регрессионной терапии.

Таблица 4 – Сравнительный анализ контрольной и экспериментальной групп до психологического консультирования по шкале тревожности Спилбергера-Ханина

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Ситуативная тревожность	Контрольная группа	37,11	4,07	0,001
	Экспериментальная группа	54,18	6,06	
Личностная тревожность	Контрольная группа	40,32	7,40	0,001
	Экспериментальная группа	57,12	6,19	

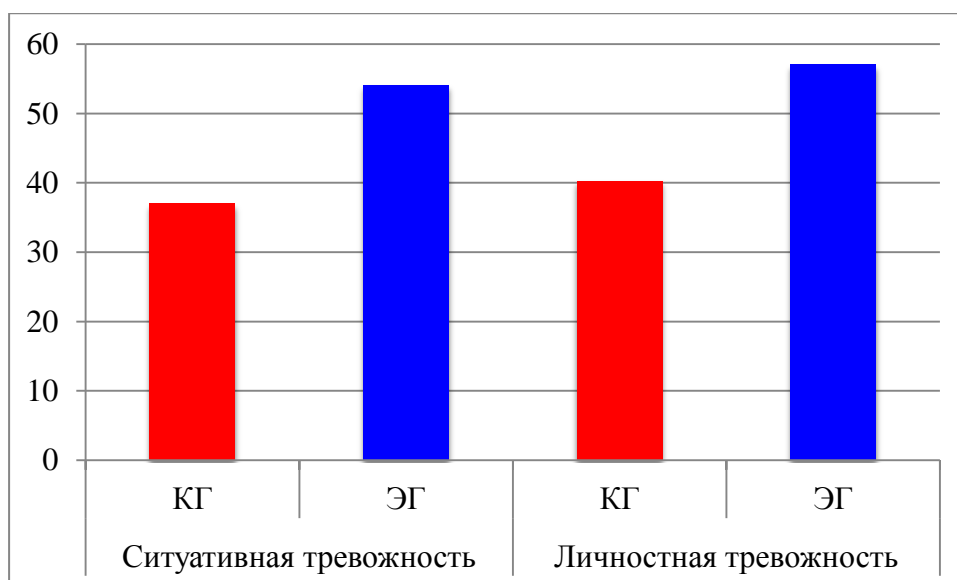


Рисунок 1 – Средние значения в показателях личностной и ситуационной тревожности у экспериментальной и контрольной группы

Как видно из таблицы 4 и рисунка 1, показатель ситуативной и личностной тревожности у экспериментальной группы в целом выше, чем у контрольной группы. Это значит, что до психологического консультирования с применением техник регрессионной терапии экспериментальная группа демонстрирует более высокую тревожность, чем контрольная группа.

Таблица 5 – Сравнительный анализ контрольной и экспериментальной групп до консультирования по шкале депрессии Бека

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Шкала Бека (общий уровень депрессии)	Контрольная группа	4,21	3,71	0,001
	Экспериментальная группа	25,35	11,16	
Шкала Бека (когнитивно-аффективная субшкала)	Контрольная группа	1,32	1,83	0,001
	Экспериментальная группа	15,12	7,71	
Шкала Бека (субшкала соматических проявлений)	Контрольная группа	2,89	2,13	0,001
	Экспериментальная группа	10,24	3,65	

В таблице 5 и на рисунке 2 представлен сравнительный анализ контрольной и экспериментальной групп до психологического консультирования по шкале депрессии Бека.

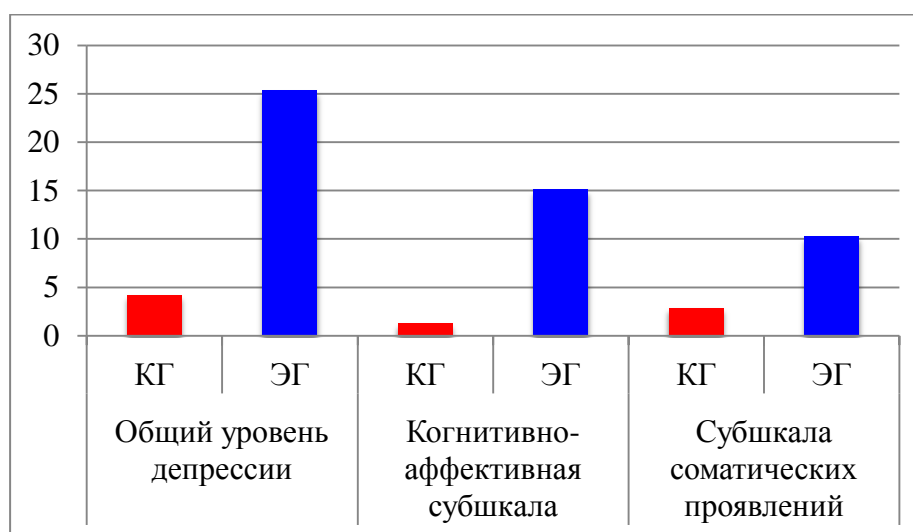


Рисунок 2 – Средние значения по шкале депрессии Бека у контрольной и экспериментальной групп

Как видно из таблицы 5 и рисунка 2, тестирование выявило более высокий уровень депрессивных проявлений по всем параметрам у экспериментальной группы, чем у контрольной группы. У контрольной группы депрессивные проявления выражены в нормальном диапазоне, в то время как у экспериментальной группы значения попадают в диапазон умеренной выраженности депрессивных признаков. Депрессивные проявления на данном этапе создают определенные трудности для нормальной жизни и опасны быстрым переходом на следующую стадию. Это значит, что участницы экспериментальной группы испытывают подавленное настроение, сталкиваются с соматическими нарушениями, расстройствами сна и аппетита, испытывают сниженную мотивацию к деятельности.

Помимо тревожности и депрессивных проявлений, нами были изучены также показатели психологического благополучия и осмысленности жизни участниц исследования, так как они являются индикаторами изучаемых нами состояний. В таблице 6 и на рисунке 3 представлены параметры

психологического благополучия участниц исследования, измеренные с помощью методики К. Рифф (до консультирования).

Таблица 6 – Психологическое благополучие участниц из экспериментальной и контрольной группы до консультирования (методика К. Рифф)

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Позитивные отношения	Контрольная группа	37,21	4,82	0,001
	Экспериментальная группа	25,59	2,57	
Автономия	Контрольная группа	42,89	4,39	0,001
	Экспериментальная группа	34,12	2,93	

Продолжение таблицы 6

Управление средой	Контрольная группа	45,84	8,00	0,001
	Экспериментальная группа	29,94	5,26	
Личностный рост	Контрольная группа	44,53	8,47	0,001
	Экспериментальная группа	30,41	5,85	
Цели в жизни	Контрольная группа	50,00	7,42	0,001
	Экспериментальная группа	34,18	4,95	
Самопринятие	Контрольная группа	45,59	4,76	0,001
	Экспериментальная группа	33,65	4,36	

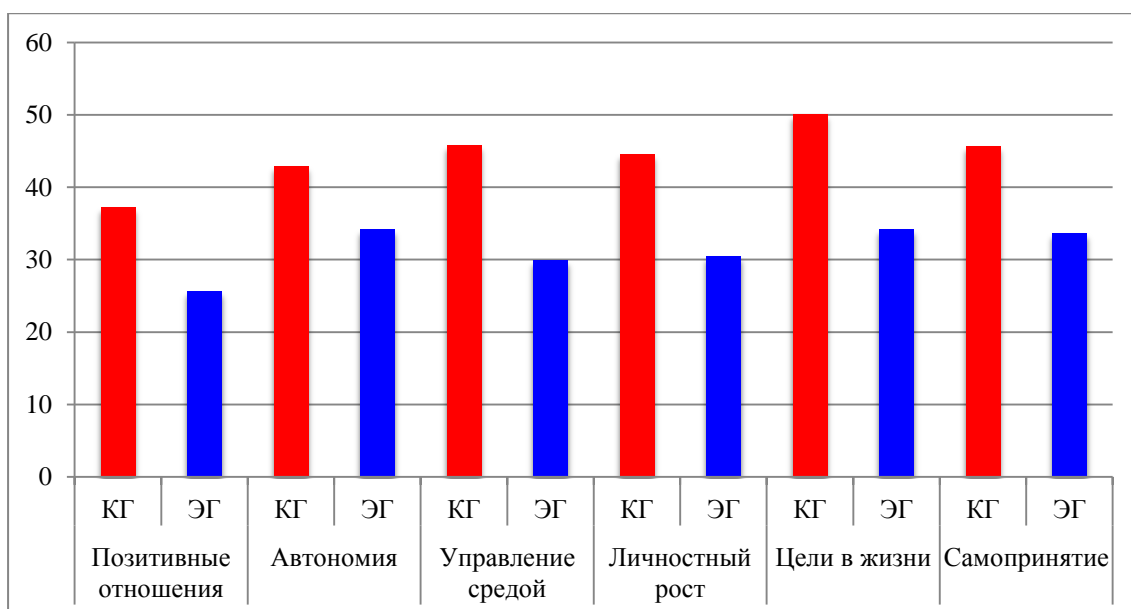


Рисунок 3 – Средние значения в психологическом благополучии участниц исследования контрольной и экспериментальной группы

Как видно из таблицы 6 и рисунка 3, тестирование, проведенное до психологического консультирования с применением техник регрессионной терапии, выявило, что показатели «позитивные отношения», «автономия», «управление средой», «личностный рост», «цели в жизни» и «самопринятие» в целом выше у участников контрольной, чем у экспериментальной группы. Это значит, что участники контрольной группы более психологически благополучны, чем участники экспериментальной группы.

В таблице 7 и на рисунке 4 представлен сравнительный анализ осмысленности жизни у контрольной и экспериментальной групп (методика «Тест смысловых ориентаций»).

Таблица 7 – Смысловые ориентации участниц из экспериментальной и контрольной группы до консультирования

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Общий уровень ОЖ	Контрольная группа	131,18	19,91	0,001
	Экспериментальная группа	56,71	32,02	

Цели	Контрольная группа	40,24	7,28	0,001
	Экспериментальная группа	18,35	10,71	
Процесс	Контрольная группа	37,06	7,72	0,001
	Экспериментальная группа	12,35	11,90	
Результат	Контрольная группа	33,94	4,37	0,001
	Экспериментальная группа	16,29	10,15	
Локус контроля – Я	Контрольная группа	26,94	4,37	0,001
	Экспериментальная группа	7,18	5,25	
Локус контроля – Жизнь	Контрольная группа	40,24	4,63	0,001
	Экспериментальная группа	17,29	11,98	

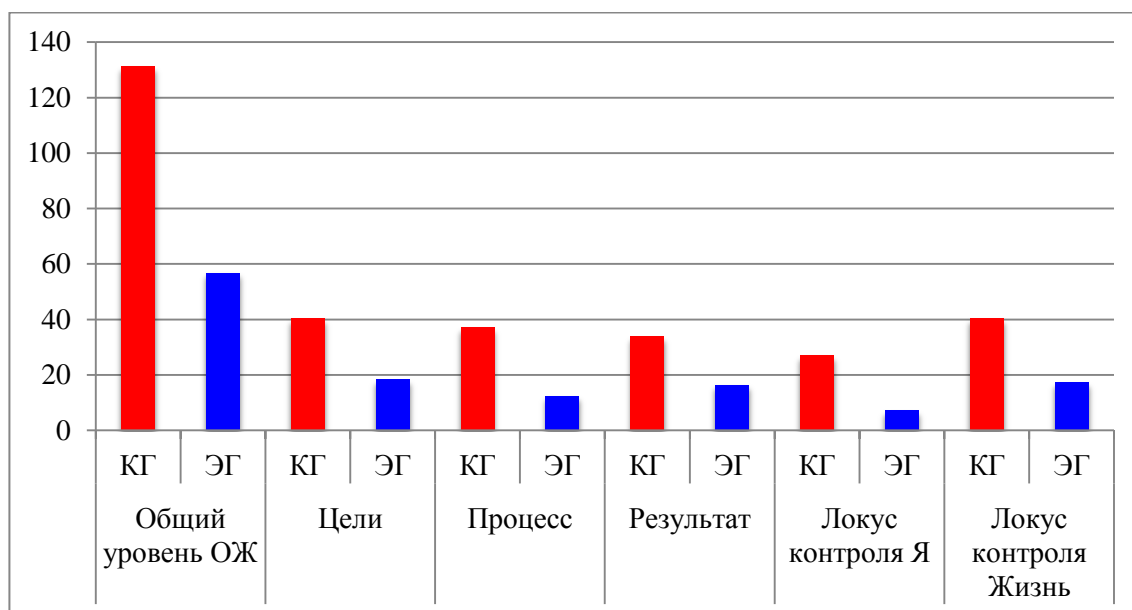


Рисунок 4 – Средние значения в смысловых ориентациях участниц исследования экспериментальной и контрольной групп

Как видно из таблицы 7 и рисунка 4, показатели смысловых ориентаций по параметрам «цели», «процесс», «результат», «локус контроля – Я», «локус контроля – Жизнь» у контрольной группы в целом выше, чем у экспериментальной группы. Это значит, что участницы контрольной группы чувствуют, что они более довольны своей жизнью в настоящее время и теми

результатами, которых они достигли, а также что они лучше контролируют свою жизнь.

Таким образом, контрольная группа в нашем исследовании оказалась значительно более благополучна (психологически), чем экспериментальная, при выраженном сходстве социально-демографических характеристик. То есть ее можно считать в определенном смысле «эталонной», к значениям которой должны приблизиться значения экспериментальной группы после консультирования с применением техник регрессионной терапии.

2.4.2 Результаты первичного и повторного тестирования контрольной группы

В таблицах 8-11 и на рисунке 5 представлены результаты первичного и повторного тестирования участниц контрольной группы.

Таблица 8 – Сравнительный анализ тревожности в контрольной группе

Шкала	Измерение	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Ситуационная тревожность	Первое измерение	36,95	3,92	0,93
	Второе измерение	39,67	4,94	
Личностная тревожность	Первое измерение	38,33	6,21	0,73
	Второе измерение	41,46	5,79	

Как видно из таблицы 8, статистически значимых различий в уровне тревожности между первичным и повторным измерениями в контрольной группе не выявлено.

В таблице 9 и на рисунке 5 представлены показатели депрессивных проявлений в контрольной группе без консультирования.

Таблица 9 – Сравнительный анализ показателей депрессивных проявлений в контрольной группе без консультирования

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Общая	Первое измерение	4,00	3,59	0,03
	Второе измерение	3,67	4,66	
КАС	Первое измерение	1,19	1,78	0,20
	Второе измерение	1,29	2,53	
СПД	Первое измерение	2,52	2,02	0,01
	Второе измерение	2,38	2,28	

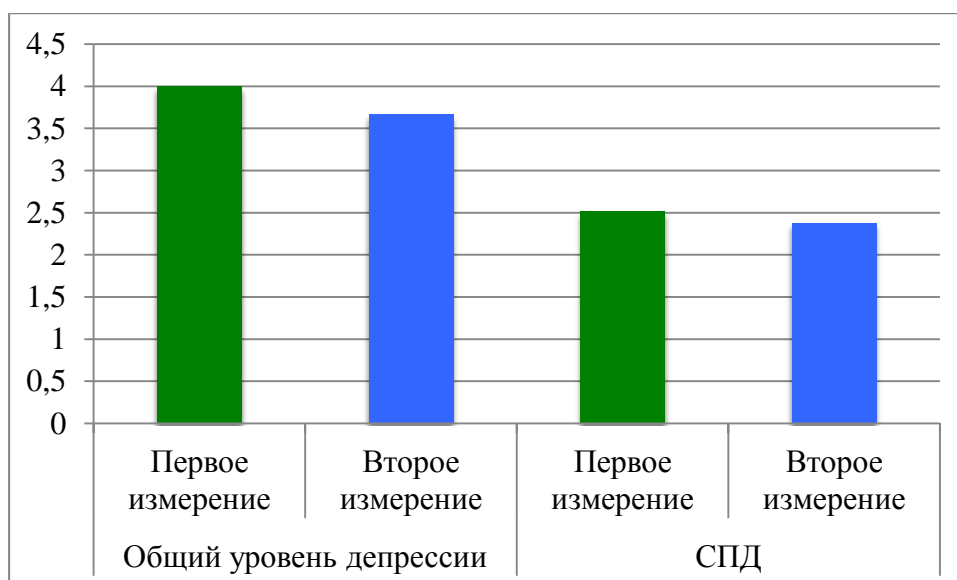


Рисунок 5 – Средние значения в показателях депрессивных проявлений у контрольной группы при первичном и повторном измерениях

Как видно из таблицы 9 и рисунка 5, общий уровень депрессивных проявлений и субшкала соматических проявлений снижаются при повторном тестировании. Это может говорить о влиянии участия в исследовании на психологическое состояние испытуемых. Можно предположить, что анализ наличия у себя симптомов депрессии способствует тому, чтобы скорректировать часть этих симптомов. Следует также отметить, что несмотря на выявленные отличия, средние значения при первичном и повторном замерах остаются в рамках нормальных значений, свидетельствующих об отсутствии депрессивных проявлений. Статистически значимых отличий по когнитивно-аффективной субшкале депрессии выявлено не было.

Помимо тревожности и депрессивных проявлений, нами были изучены также показатели психологического благополучия и осмысленности жизни участниц исследования, так как они являются индикаторами изучаемых нами состояний. В таблице 10 представлены данные о психологическом благополучии контрольной группы при первичном и повторном замерах.

Таблица 10 – Сравнительный анализ психологического благополучия в контрольной группе

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Позитивные отношения с другими	Первое измерение	37,43	2,54	0,38
	Второе измерение	36,00	2,77	
Автономия	Первое измерение	43,10	3,55	0,31
	Второе измерение	42,58	3,35	
Управление средой	Первое измерение	46,10	3,00	0,27
	Второе измерение	45,42	3,90	
Личностный рост	Первое измерение	44,81	4,87	0,30
	Второе измерение	44,25	4,15	
Цели в жизни	Первое измерение	50,14	5,56	0,07
	Второе измерение	47,71	5,12	
Самопринятие	Первое измерение	45,81	4,52	0,25
	Второе измерение	43,92	5,14	

Как видно из таблицы 10, при повторном тестировании психологическое благополучие контрольной группы остается на том же уровне, что и при первом тестировании. Статистически значимых различий по распределению уровня психологического благополучия выявлено не было.

В таблице 11 представлены данные о смысложизненных ориентациях контрольной группы при первичном и повторном замерах.

Таблица 11 – Сравнительный анализ смысложизненных ориентаций в контрольной группе без консультирования

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Осмысленность жизни	Первое измерение	131,43	18,06	0,16
	Второе измерение	132,00	18,44	
Цели в жизни	Первое измерение	40,29	6,61	0,59
	Второе измерение	39,75	5,82	
Процесс жизни	Первое измерение	37,43	7,33	0,12
	Второе измерение	38,50	8,83	
Результат жизни	Первое измерение	26,86	4,08	0,18
	Второе измерение	26,25	4,84	
Локус контроля Я	Первое измерение	40,57	4,20	0,18
	Второе измерение	41,00	3,82	
Локус контроля Жизнь	Первое измерение	34,14	3,93	0,18
	Второе измерение	33,50	4,05	

Как видно из таблицы 11, при повторном тестировании показатели смысложизненных ориентаций контрольной группы остаются на том же уровне, что и при первом тестировании. Статистически значимых различий по распределению уровня смысложизненных ориентаций выявлено не было.

Таким образом, за время проведения исследования, существенных отличий в измеряемых показателях у контрольной группы не произошло. Это дает нам основания предполагать, что изменения, произошедшие у участниц из экспериментальной группы, являются следствием экспериментального коррекционного воздействия в процессе консультирования с применением техник регрессионной терапии.

2.4.3 Результаты тестирования экспериментальной группы до и после консультирования

В таблицах 12-15 и на рисунках 6-9 представлено сравнение результатов тестирования участниц экспериментальной группы до и после консультирования с применением техник регрессионной терапии.

Таблица 12 – Сравнительный анализ тревожности в экспериментальной группе до и после консультирования

Шкала	Измерение	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Ситуационная тревожность	До консультирования	54,18	5,93	0,001
	После консультирования	38,82	2,30	
Личностная тревожность	До консультирования	57,12	6,19	0,001
	После консультирования	45,18	3,96	

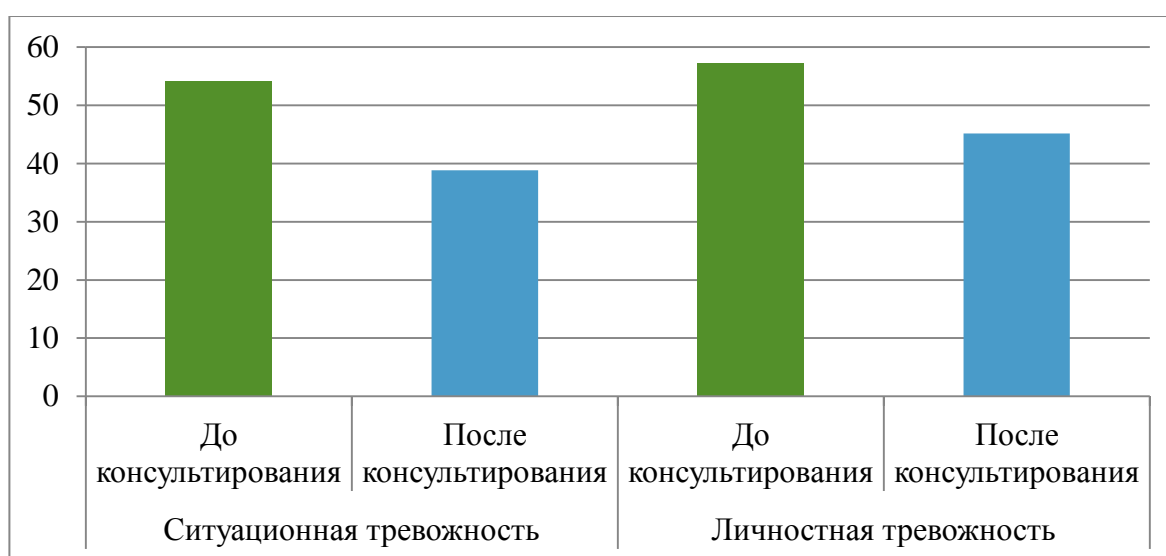


Рисунок 6 – Средние значения в показателях тревожности у экспериментальной группы после консультирования с применением техник регрессионной терапии

Как видно из таблицы 12 и рисунка 6, тестирование выявило, что в ходе участия в исследовании показатели личностной и ситуационной

тревожности снизились (различия статистически значимы). То есть коррекционное воздействие способствовало тому, что участницы исследования чувствуют себя более спокойно и менее напряженно, им легче справляться с повседневными стрессами, чем до психологического консультирования. Важно отметить, что коррекционное воздействие способствовало уменьшению не только ситуативной, но и личностной тревожности.

Таблица 13 – Сравнительный анализ показателей депрессивных проявлений в экспериментальной группе до и после консультирования

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Общая	До консультирования	25,35	11,16	0,001
	После консультирования	5,88	2,74	
КАС	До консультирования	15,12	7,71	0,001
	После консультирования	2,65	1,22	
СПД	До консультирования	10,24	3,65	0,001
	После консультирования	3,24	2,08	

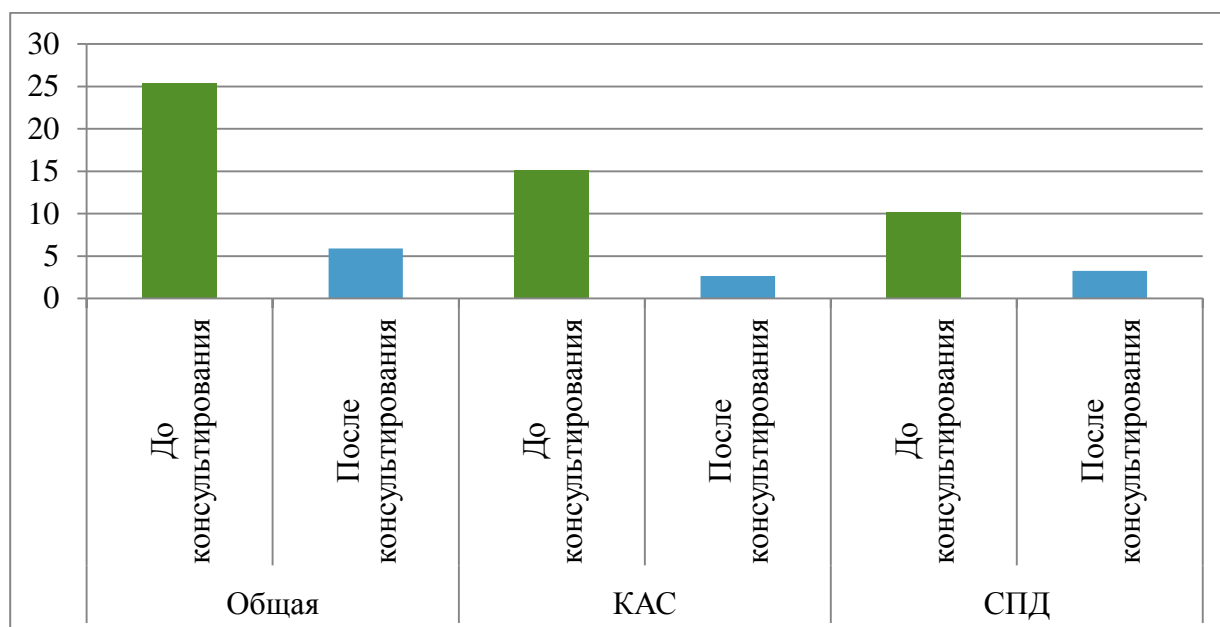


Рисунок 7 – Средние значения в показателях депрессивных проявлений у экспериментальной группы после консультирования

Как видно из таблицы 13 и рисунка 7, повторное тестирование экспериментальной группы после консультирования с применением техник регрессионной терапии выявило, что у участниц исследования снизился общий показатель депрессивных проявлений, а также показатели по когнитивно-аффективной субшкале и субшкале соматических проявлений депрессии. Это значит, что коррекционное воздействие способствовало смягчению депрессивных проявлений и снятию симптомов депрессивного расстройства.

Помимо тревожности и депрессивных проявлений, нами были изучены также показатели психологического благополучия и осмысленности жизни участниц исследования, так как они являются индикаторами изучаемых нами состояний. В таблице 14 и на рисунке 8 представлены параметры психологического благополучия участниц исследования, измеренные с помощью методики К. Рифф (до и после консультирования).

Таблица 14 – Психологическое благополучие в экспериментальной группе до и после консультирования

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач.
Позитивные отношения с другими	До консультирования	25,59	4,82	0,001
	После консультирования	32,35	2,76	
Автономия	До консультирования	34,12	4,39	0,01
	После консультирования	38,12	2,89	
Управление средой	До консультирования	29,94	8,00	0,001
	После консультирования	40,76	3,77	
Личностный рост	До консультирования	30,41	8,47	0,001
	После консультирования	40,65	2,85	
Цели в жизни	До консультирования	34,18	7,42	0,001
	После консультирования	44,35	3,66	
Самопринятие	До консультирования	41,47	2,94	0,001

	После консультирования	33,65	4,76	
--	------------------------	-------	------	--

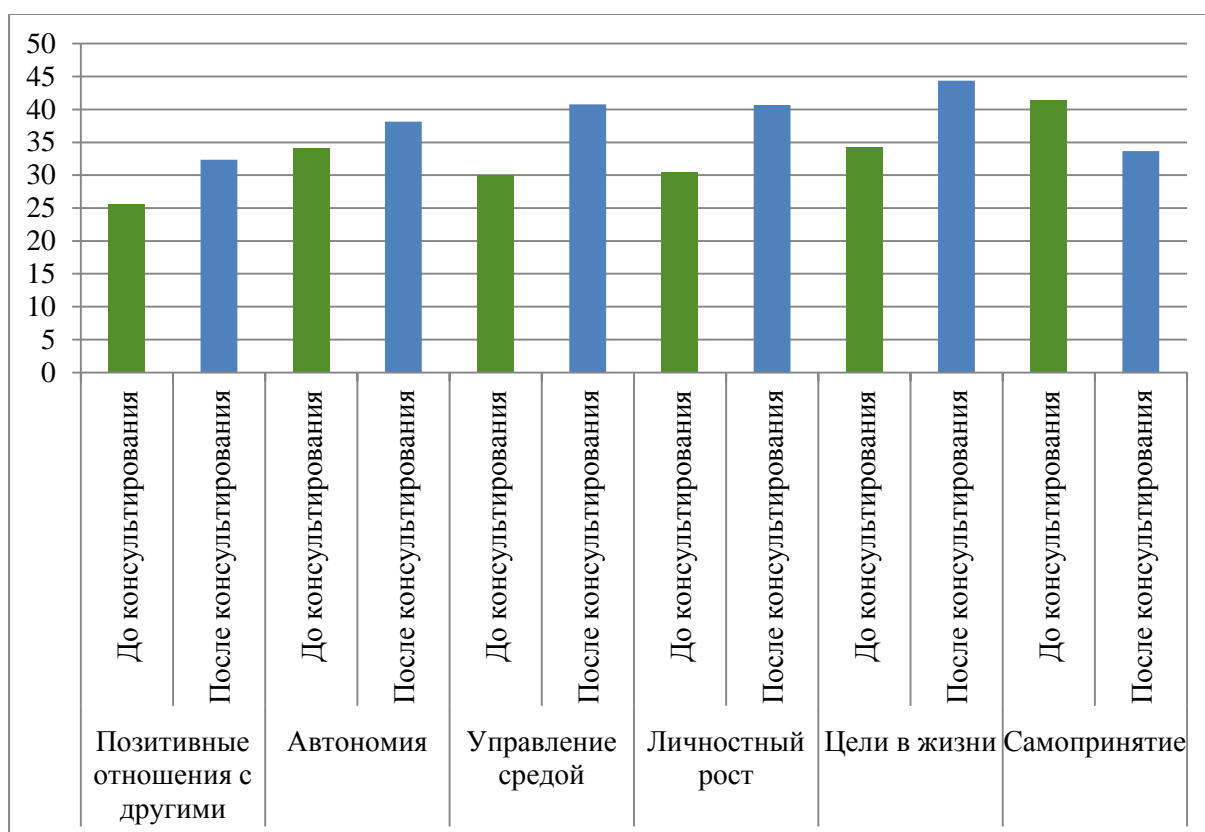


Рисунок 8 – Средние значения в психологическом благополучии у экспериментальной группы до и после консультирования с применением техник регрессионной терапии

Как видно из таблицы 14 и рисунка 8, повторное тестирование экспериментальной группы после консультирования с применением техник регрессионной терапии выявило, что у участниц исследования повысились показатели по пяти шкалам методики К. Рифф (составляющим психологического благополучия): позитивные отношения, автономия, управление средой, личностный рост и цели в жизни. В то же время отмечается снижение показателя «самопринятие». Это значит, что корректирующее воздействие способствует тому, что в целом участницы чувствуют себя более самостоятельными, способными управлять собой и окружающими, нацеленными на саморазвитие и целеустремленными. Снижение уровня самопринятия можно объяснить тем, что в ходе

консультирования участницы исследования столкнулись с наличием у себя психических травм, которые были ранее им неизвестны, что приводит к изменению образа себя. Также полученные результаты подтверждают наши предположения о том, что уровень субъективного благополучия будет повышаться при снижении уровня тревожности и депрессивных проявлений.

В таблице 15 и на рисунке 9 представлены смысложизненные ориентации участниц исследования до и после консультирования.

Таблица 15 – Сравнительный анализ смысложизненных ориентаций в экспериментальной группе до и после консультирования

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Осмысленность жизни	До консультирования	56,71	32,02	0,001
	После консультирования	115,29	12,71	
Цели в жизни	До консультирования	18,35	10,71	0,001
	После консультирования	38,12	4,72	
Процесс жизни	До консультирования	12,35	11,90	0,001
	После консультирования	30,00	9,00	
Результат жизни	До консультирования	16,29	10,15	0,001
	После консультирования	33,24	2,82	
Локус контроля Я	До консультирования	7,18	5,25	0,001
	После консультирования	19,88	6,34	
Локус контроля Жизнь	До консультирования	17,29	11,98	0,001
	После консультирования	38,47	3,71	

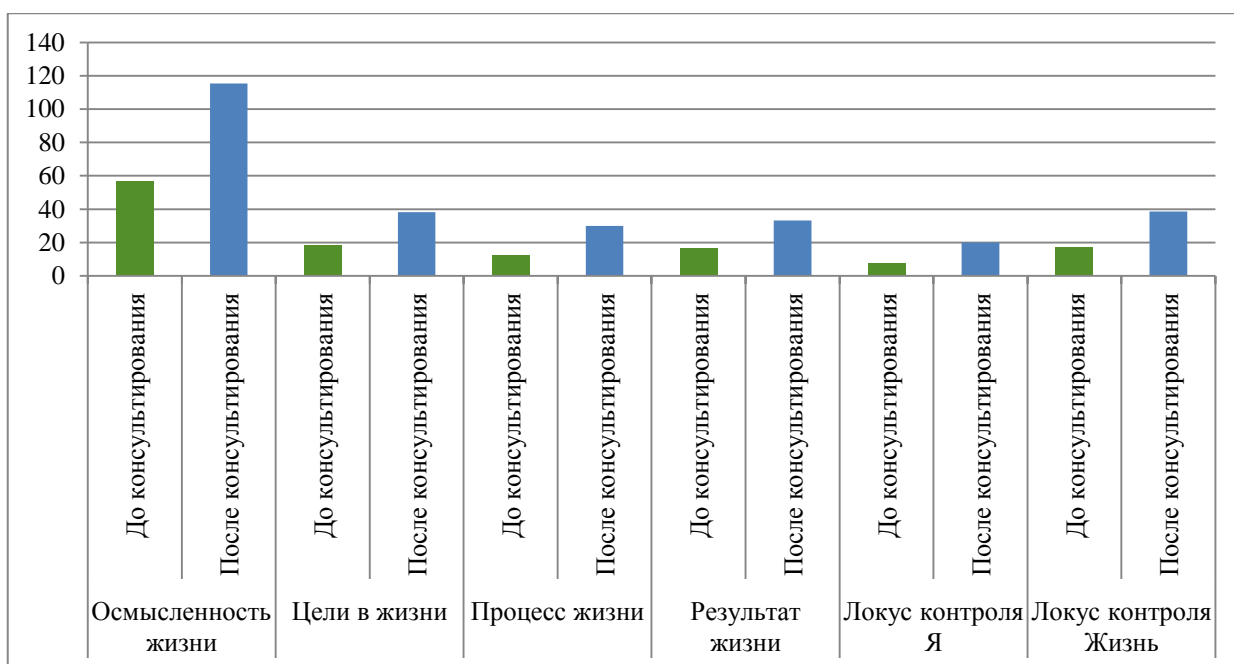


Рисунок 9 – Средние значения в смысловых ориентациях у экспериментальной группы до и после консультирования с применением техник регрессионной терапии

Как видно из таблицы 15 и рисунка 9, повторное тестирование выявило, что у участниц экспериментальной группы повысились показатели по субшкалам «Осмысленность жизни», «Цели в жизни», «Процесс жизни», «Результат жизни», «Локус контроля – Я», «Локус контроля – Жизнь». То есть коррекционное воздействие способствовало повышению уровня осмысленности жизни. Участницы исследования чувствуют, что могут контролировать свою жизнь, ставить цели и адекватно оценивать результаты своих усилий. Также полученные результаты подтверждают наши предположения о том, что уровень осмысленности жизни будет повышаться при снижении уровня тревожности и депрессивных проявлений.

2.4.4 Результаты тестирования экспериментальной и контрольной группы после консультирования

В таблицах 16-19 и на рисунках 10-13 представлены результаты тестирования экспериментальной и контрольной групп при повторном измерении (для экспериментальной группы – после консультирования).

Таблица 16 – Сравнительный анализ тревожности в контрольной и экспериментальной группах при повторном измерении

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Ситуационная тревожность	Контрольная группа	37,21	2,30	0,071
	Экспериментальная группа	38,82	3,51	
Личностная тревожность	Контрольная группа	40,74	3,96	0,001
	Экспериментальная группа	45,18	5,39	

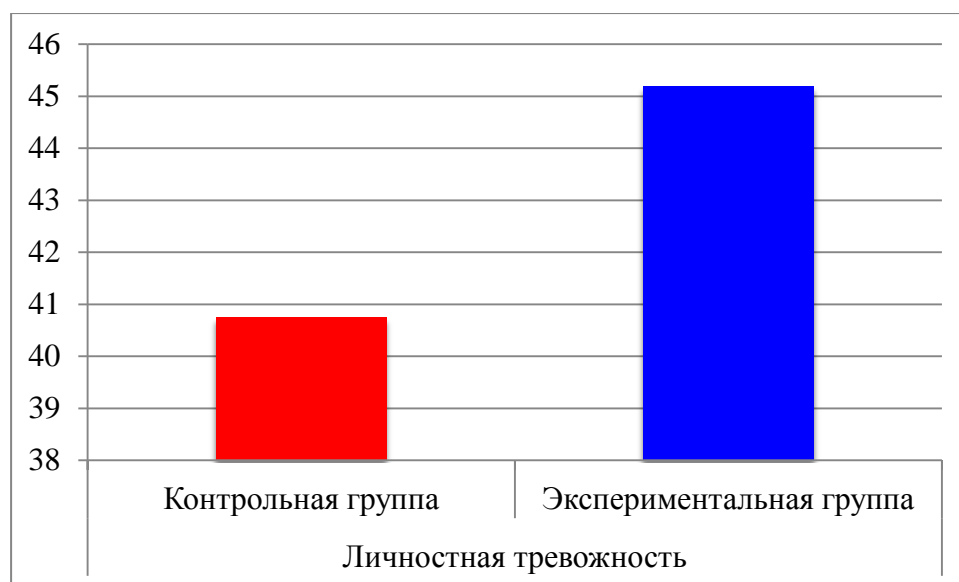


Рисунок 10 – Средние значения в показателях тревожности у контрольной и экспериментальной группы при повторном замере

Как видно из таблицы 16 и рисунка 10, после консультирования с применением техник регрессионной терапии разрыв между показателями

экспериментальной и контрольной группы сохраняется. Уровень личностной тревожности у экспериментальной группы после коррекционного воздействия по-прежнему выше, чем у контрольной группы, не получавшей психологического консультирования. Тем не менее, после коррекционного воздействия разрыв между показателями существенно сократился. Это значит, что участницы исследования из экспериментальной группы по-прежнему подвержены тревожности, но в значительно меньшей степени, чем раньше. Следует отметить, что статистически значимых отличий в уровне ситуационной тревожности выявлено не было. Это можно интерпретировать как то, что ситуативная тревожность в экспериментальной группе снизилась достаточно, чтобы стать практически такой же, как в изначально более благополучной контрольной группе. Это свидетельствует о позитивном влиянии коррекционного воздействия на участниц экспериментальной группы.

В таблице 17 и на рисунке 11 представлены различия в показателях депрессивных проявлений у экспериментальной и контрольной группы при повторном измерении (для экспериментальной группы – после консультирования).

Таблица 17 – Сравнительный анализ депрессивных проявлений у контрольной и экспериментальной групп (повторный замер)

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Общая	Контрольная группа	3,16	4,29	0,001
	Экспериментальная группа	5,88	2,74	
КАС	Контрольная группа	0,95	2,39	0,001
	Экспериментальная группа	2,65	1,22	
СПД	Контрольная группа	2,16	2,09	0,093
	Экспериментальная группа	3,24	2,08	

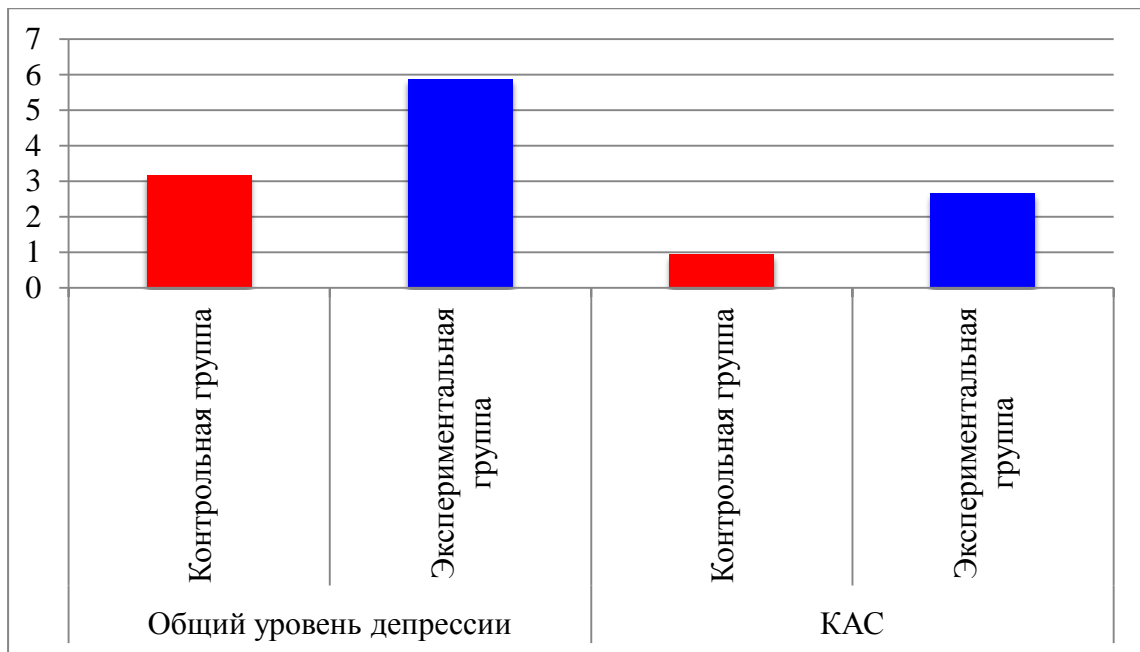


Рисунок 11 – Средние значения в показателях депрессивных проявлений у контрольной и экспериментальной группы при повторном замере

Как видно из таблицы 17 и рисунка 11, после консультирования с применением техник регрессионной терапии разрыв между показателями экспериментальной и контрольной группы сохраняется. Общий уровень депрессивных проявлений и показатель по когнитивно-аффективной субшкале у экспериментальной группы после консультирования по-прежнему выше, чем у контрольной группы, не получавшей психологического консультирования. Тем не менее, коррекционное воздействие повлияла на сокращение разницы между показателями. При первичном измерении показатели контрольной группы находились в диапазоне нормы, а экспериментальной – в диапазоне выраженной депрессии. После коррекционного воздействия результаты экспериментальной группы снизились и теперь также находятся в диапазоне нормы (депрессивные проявления не выражена). По субшкале «Соматические проявления депрессии» не были выявлены статистически значимые отличия, что свидетельствует о том, что показатели экспериментальной группы максимально приблизились к показателям

контрольной и может интерпретироваться как позитивное влияние консультирования с применением техник регрессионной терапии на участниц экспериментальной группы.

Помимо тревожности и депрессивных проявлений, нами были изучены также показатели психологического благополучия и осмысленности жизни участниц исследования, так как они являются индикаторами изучаемых нами состояний.

В таблице 18 и рисунке 12 представлены данные психологического благополучия у участниц из экспериментальной и контрольной групп при повторном измерении (для экспериментальной группы – после консультирования).

Таблица 18 – Сравнительный анализ психологического благополучия (методика К. Рифф) в контрольной и экспериментальной группах при повторном измерении

Шкала	Группа	Среднее	Стд. отклонение	Стат. знач. отл.
Позитивные отношения с другими	Контрольная группа	36,47	1,93	0,001
	Экспериментальная группа	32,25	2,76	
Автономия	Контрольная группа	42,26	2,73	0,001
	Экспериментальная группа	38,12	2,89	
Управление средой	Контрольная группа	46,00	3,23	0,001
	Экспериментальная группа	40,76	3,77	
Личностный рост	Контрольная группа	43,84	3,88	0,001
	Экспериментальная группа	40,65	2,85	
Цели в жизни	Контрольная группа	48,16	5,36	0,001
	Экспериментальная группа	44,35	3,66	
Самопринятие	Контрольная группа	45,00	4,20	0,001
	Экспериментальная группа	41,47	2,94	

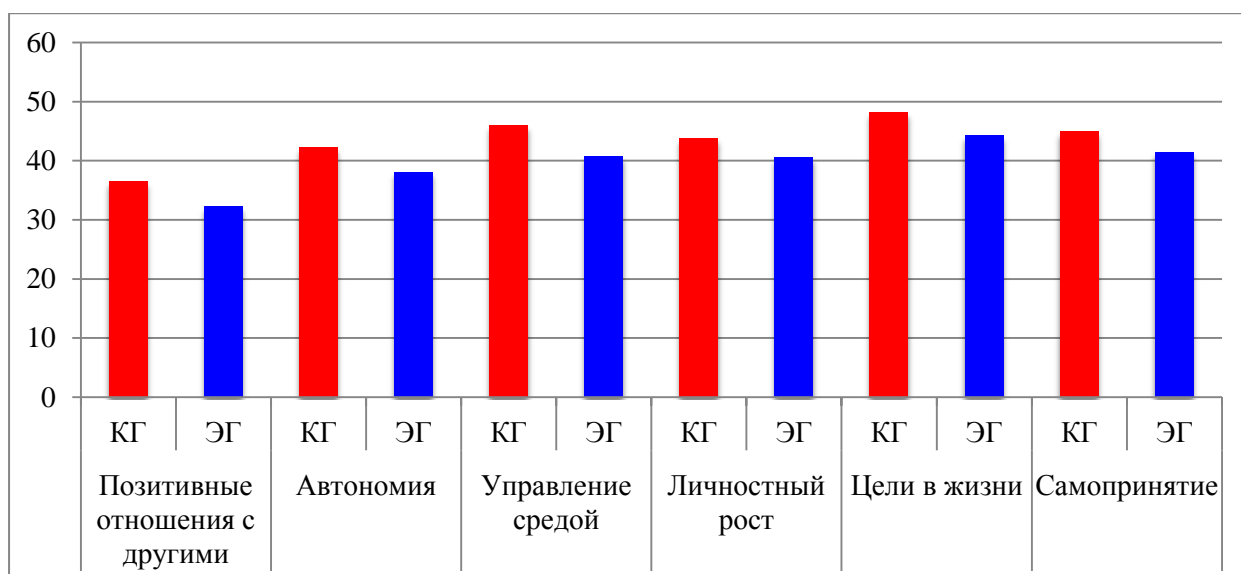


Рисунок 12 – Средние значения в психологическом благополучии у контрольной и экспериментальной группы при повторном измерении

Как видно из таблицы 18 и рисунка 12, после коррекционного воздействия разрыв между показателями экспериментальной и контрольной группами сохраняется. Показатели психологического благополучия «позитивные отношения с другими», «автономия», «управление средой», «личностный рост», «цели в жизни» и «самопринятие» у экспериментальной группы после коррекционного воздействия ниже, чем у контрольной группы, не получавшей психологического консультирования. Тем не менее, коррекционное воздействие повлияло на сокращение разницы между показателями. Это значит, что участницы исследования из экспериментальной группы чувствуют себя психологически более благополучными, чем до коррекционного воздействия.

На таблице 19 и рисунке 13 представлены данные о смысло-жизненных ориентациях у участниц из экспериментальной и контрольной группы при повторном измерении (для экспериментальной группы – после консультирования).

Таблица 19 – Сравнительный анализ смысложизненных ориентаций при повторном измерении

Шкала	Группа	Среднее	Стд. откл.	Стат. знач. отл.
Осмысленность жизни (общая)	Контрольная группа	133,05	19,11	0,001
	Экспериментальная группа	115,29	12,71	
Цели в жизни	Контрольная группа	40,42	5,60	0,023
	Экспериментальная группа	38,12	4,72	
Процесс жизни	Контрольная группа	38,84	8,57	0,001
	Экспериментальная группа	30,00	9,00	
Результат жизни	Контрольная группа	33,42	4,40	0,393
	Экспериментальная группа	33,24	2,82	
Локус контроля Я	Контрольная группа	27,05	4,13	0,001
	Экспериментальная группа	19,88	6,34	
Локус контроля Жизнь	Контрольная группа	41,00	4,24	0,004
	Экспериментальная группа	38,47	3,71	

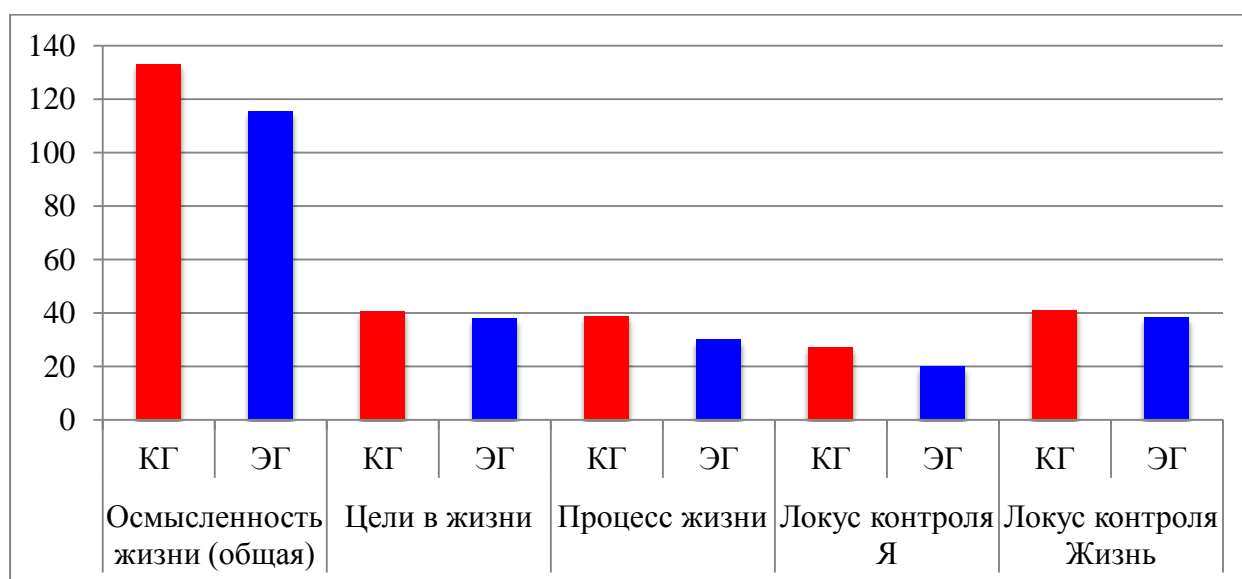


Рисунок 13 – Средние значения в смысложизненных ориентациях у контрольной и экспериментальной группы

Как видно из таблицы 19 и рисунка 13, после коррекционного воздействия разрыв между показателями экспериментальной и контрольной группами сохраняется. Такие смысловые ориентации, как «осмысленность жизни», «цели жизни», «процесс жизни», «локус контроля – Я», «локус контроля – Жизнь» у экспериментальной группы после коррекционного воздействия ниже, чем у контрольной группы, не получавшей психологического консультирования. Тем не менее, коррекционное воздействие повлияло на сокращение разницы между показателями. Это значит, что участницы исследования из экспериментальной группы лучше осмысливают свою жизнь, чем до коррекционного воздействия. Кроме того, не было выявлено статистически значимых отличий по показателю «результат жизни», что свидетельствует о том, что после коррекционного воздействия участницы экспериментальной группы стали лучше оценивать результаты своей деятельности, и их показатели по этой субшкале максимально приблизились к результатам более благополучной контрольной группы.

Выводы по главе 2

Сравнение экспериментальной и контрольной группы показало, что все измеренные показатели в контрольной группе при первичном тестировании свидетельствовали о более благоприятной выраженности изучаемых признаков, чем в экспериментальной группе. Повторное тестирование показало, что этот разрыв существенно сократился, а по некоторым шкалам статистически значимых отличий между группами выявлено не было.

Таким образом, в экспериментальной группе после консультирования с применением техник регрессионной терапии было выявлено снижение показателей личностной и ситуационной тревожности, общего показателя депрессии, а также показателей по когнитивно-аффективной субшкале и субшкале соматических проявлений депрессии. Так, коррекционное

воздействие оказало позитивное влияние на состояние испытуемых из экспериментальной группы, а их депрессивно-тревожные проявления значительно уменьшились.

Кроме того, в экспериментальной группе после коррекционного воздействия были выявлены более высокие показатели психологического благополучия по пяти параметрам: позитивные отношения, автономия, управление средой, личностный рост и цели в жизни. Кроме того, повысился общий уровень осмысленности жизни и показатели по субшкалам «Цели в жизни», «Процесс жизни», «Результат жизни», «Локус контроля – Я», «Локус контроля – Жизнь». Высокие показатели по этим критериям означают смягчение тревожных и депрессивных проявлений, что подтверждает эффективность психологического консультирования с применением техник регрессионной терапии.

В контрольной группе при первом и повторном тестировании не было обнаружено статистически значимых отличий по большинству показателей, что является дополнительным аргументом в пользу того, что позитивные изменения, произошедшие с испытуемыми из экспериментальной группы, являются именно следствием коррекционного воздействия.

Заключение

В данной работе мы рассматривали один из современных краткосрочных методов психологической помощи – регрессионную (регрессивную) терапию как метод работы с депрессивно-тревожными проявлениями в условиях психологического консультирования.

Таким образом, в ходе нашего исследования мы поставили следующую цель: изучить изменения в депрессивно-тревожных проявлениях у клиента в условиях психологического консультирования с применением техник регрессионной терапии. Цель была полностью выполнена, для достижения этой цели были решены все поставленные задачи.

Гипотеза исследования была связана с тем, что психологическое консультирование с применением техник регрессионной терапии способствует снижению выраженности тревожных и депрессивных признаков у клиента. Эта гипотеза полностью подтвердилась.

Теоретическая значимость исследования связана с тем, что применение техник регрессионной терапии в психологическом консультировании является малоизученным методом, поэтому сбор данных, касающихся их эффективности, является вкладом в теоретическую психологию. Интерес представляет также тот факт, что психологическое консультирование с применением техник регрессионной терапии способствовало снижению не только ситуативной, но и личностной тревожности, что можно рассматривать как свидетельство долгосрочного позитивного влияния этого метода. Дополнительного изучения требует факт снижения показателей по субшкале «Самопринятие» методики «Уровень субъективного благополучия» К. Рифф. Это может свидетельствовать о необходимости проведения дополнительных консультаций с клиентами, которые позволят им интегрировать в образ себя выявленное содержание бессознательного.

Практическая значимость исследования заключается в количественной оценке эффективности психологического консультирования с применением

техник регрессионной терапии для коррекции тревожных и депрессивных проявлений.

После консультирования с применением техник регрессионной терапии у участниц экспериментальной группы улучшились показатели психологического благополучия, повысилась осмысленность жизни, снизились проявления депрессивных и тревожных симптомов. Таким образом, мы можем сделать вывод, что консультирование с применением техник регрессионной терапии оказало позитивное влияние на участниц экспериментальной группы и способствовала снижению уровня выраженности депрессивных и тревожных проявлений.

В качестве направлений дальнейшего исследования можно предложить более длительное лонгитюдное исследование влияния психологического консультирования с применением техник регрессионной терапии на депрессивно-тревожные проявления у клиентов.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Адлер А. Индивидуально-психологическое лечение неврозов // Психотерапия. 1913. №1. С. 197–214.
2. Аракелов Г. Г., Лысенко Н. Е., Шотт Е. К. Психофизиологический метод оценки тревожности // Психологический журнал. 1997. Т.18. №2. С. 102–113.
3. Астапов В. М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Тревога и тревожность. СПб.: Питер, 2001. С. 156–165.
4. Барлоу Д. Клиническое руководство по психическим расстройствам: 3-е изд. СПб.: Питер, 2008. 912 с.
5. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.
6. Борисов И. В. Экзистенциальная психотерапия (логотерапия) депрессивных реакций на стресс и дистимий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003. 19 с.
7. Бьюдженталь Д. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и клиентами в гуманистической терапии / Пер. с англ. А.Б. Фенько. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 336 с.
8. ВОЗ. МКБ-10, классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и диагностические указания. Женева, Швейцария: Всемирная Организация Здравоохранения; 1992.
9. Гейслер Е. В. Дроздов А. А. Психиатрия: конспект лекций. Эксмо-Пресс, 2007. 160 с.
10. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оскфордское руководство по психиатрии. 2 т. К.: «Сфера», 1999. 300 с.
11. Данилова Н. Н., Крылова А. Л. Физиология ВНД. М.: МГУ, 1989. 399 с.
12. Депрессия // Информационный бюллетень ВОЗ [Электронный ресурс]. 2012. №369. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru/> (дата обращения 02.03.2021).

13. Дмитриева Т. Б. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов, В. Я. Семке, А. С. Тиганов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 624 с.
14. Доморацкий В. А. Гипнотические стратегии в лечении депрессивных расстройств // Психотерапия. 2015. №9. С. 23–24.
15. Доморацкий В. А. Современная психотерапия: краткосрочные подходы. Минск: БГУ, 2008. 219 с.
16. Дружинин В. Н. Когнитивные способности: структура, диагностика, развитие. М.: ПЕРСЭ, 2001. 224 с.
17. Забродин Ю. М., Бороздина Л. В., Мусина И. А. К методике оценки уровня тревожности по характеристикам временной перцепции // Психологический журнал. 1989. Т.10. №5. С. 87–94.
18. Зейг Дж. Испытание Эриксоном. Личность мастера и его работа. Пер. с англ. М.: Класс, 1999. 192 с.
19. Зейг Дж. Эриксоновская психотерапия / Психотерапия – что это? / Дж. Зейг, В. Мьюнион. М.: «Класс», 2000. С. 374–380.
20. Игумнов С. А., Жебентяев В. А. Современные подходы в психотерапии расстройств депрессивного спектра (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. 2011. №4. С. 51–58.
21. Изард К. Э. Психология эмоций. СПб.: Питер, 1999. 464 с.
22. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология. СПб., 2001. 454 с.
23. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 412 с.
24. Карвасарский Б. Д., Ледер С. Групповая психотерапия. М.: Медицина, 1990. 384 с.
25. Колюцкая Е. В. К проблеме дистимии // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. №1.
26. Кудинова Е. И. Нарушение эмоциональной сферы у больных с паническими расстройствами. 2012. С. 13–15.

27. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001. 256 с.
28. Левитов Н. Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. 1969. №1. С. 131–138.
29. Леонтьев Д. А. Тест смысло-жизненных ориентации (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2000. 18 с.
30. Лурия А. Р. Лекции по общей психологии. СПб.: Питер, 2018. 384 с.
31. Мерлин В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. 1986. 256 с.
32. Митюрёв В. В. Депрессия на стыке психоаналитической концепции и экзистенциальной психологии // Психологическая антропология: диалог парадигм. Сборник материалов VI Сибирского психологического форума 12–14 ноября 2015 г., г. Томск. 2016. С. 142–146.
33. Мишина Т. М. К исследованию психологического конфликта при неврозах // Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. 1972. Т.6. С. 35–38.
34. Мосолов С. Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия // Биологические методы терапии психических расстройств. 2012. С. 703–758.
35. Мэй Р. Смысл тревоги. М.: Класс, 2001. 384 с.
36. Орлова Д. Г. Оценка психометрического качества и модификация опросника «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф // Вестник Удмуртского университета. Философия. Психология. Педагогика. 2016. №3. С. 53–62.
37. Перлз Ф. Понимание тревоги в гештальт-терапии / Общая психология. Тексты / под ред. В. В. Петухова. М.: УМК «Психология. 2002. С. 548–560.

38. Прихожан А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. 1998. Т.3. №2. С. 11–17.
39. Прихожан А. М. Психология тревожности. Дошкольный и школьный возраст. СПб.: Питер, 2007. 192 с.
40. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Для консультантов, психотерапевтов и психологов. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 383 с.
41. Прохоров А. О. Семантические пространства психических состояний. Дубна: Феникс+, 2002. 280 с.
42. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. М.: Прогресс, 1979. 392 с.
43. Рекуррентное депрессивное расстройство, диагностика и лечение: клинические рекомендации [Электронный ресурс]. URL: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/deprop.pdf> (дата обращения: 05.03.2021).
44. Римская Т. Г., Мироненко Т. И. Влияние эффективности эриксоновского гипноза на снижение состояния тревоги в процессе психологического консультирования // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. №11-5. С. 811–812.
45. Савченко Н. Ю. Принципы работы с детской тревожностью в экзистенциальном подходе // DIXI–2018: идеи, гипотезы, открытия в социально-гуманитарных исследованиях. 2018. С. 188–199.
46. Савченко Н. Ю. Психотерапия тревожности у детей и взрослых: возможности иппотерапевтического метода // Вестник Хабаровского государственного университета экономики и права. 2019. №1(99). С. 45–58.
47. Семке В. Я., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г. Аффективные расстройства. Региональный аспект. Томск, 2004. 235 с.

48. Сидоров К. Р., Крохина И. Г. Исследование причин тревожности учащихся // Новое образование. 2013. №1. С. 3–5.
49. Сильва Х., Голдман Б. Метод Сильвы. Управление реальностью. Минск: Попурри. 2010. 256 с.
50. Симуткин Г. Г., Шепенёв А. М. Атипичная депрессия (литературный обзор) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007. №1. С. 72–77.
51. Смирнова Л. Обращение за помощью к правому полушарию мозга по методу Хосе Сильвы. М.: Харвест, 2006. 224 с.
52. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. 256 с.
53. Смулевич А. Б., Тиганов А. С. Депрессии и коморбидные расстройства. М.: РАМН НЦПЗ. 1997. С. 42–43.
54. Соловьев В. Н. Адаптация, стресс, здоровье: учебно-методическое пособие. Ижевск: Удмуртский университет, 2005.
55. Спилбергер Ч. Д., Ханин Ю. Л. Шкала тревоги [Электронный ресурс]. URL: <https://psycabi.net/testy/179-test-na-trevozhnost-spilbergera-khanina-metodika-otsenki-trevozhnosti-ch-d-spilbergera-i-yu-l-khanina> (дата обращения: 02.02.2021).
56. Спинк Дж. Развивающая лечебная верховая езда. Принципы создания и оценка работы терапевтической команды / пер. с англ. М.: МККИ, 2001. 198 с.
57. Тимофеев И. А., Ческидова И. Б. Арт-терапия как средство снижения тревожности // Аллея науки. 2018. Т.1. №9. С. 822–828.
58. Тукаев Р. Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 448 с.
59. Фрейд З. Торможение, симптом и тревога // Истерия и страх / Фрейд З. / пер. с нем. М.: Фирма СТД, 2006. С. 227–308.
60. Хашба Б. Г. Выбор терапии при расстройствах депрессивного спектра // Перспективы развития науки, образования и технологий в XXI веке:

- сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции. Москва, 29 февраля 2020 г. С. 181–184.
61. Хейли Д. Необычная психотерапия: психотерапевтические техники Милтона Эриксона. 2012. 143 с.
62. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. М.: Смысл, 2003. 860 с.
63. Холлис Д. Душевные омуты: возвращение к жизни после тяжелых потрясений. М.: Когито-Центр, 2014. 191 с.
64. Холмогорова А. Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М., 2006.
65. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. М.: Академический проект, 2009. 208 с.
66. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. 3-е изд. СПб.: Питер. 2014. 607 с.
67. Черток Л. Гипноз / пер. с франц. М.: Медицина, 1992. 224 с.
68. Шурупов Н. Н. Психоаналитический аспект работы с личностными конфликтами при лечении клиентов с фобическими тревожными расстройствами // Вестник новых медицинских технологий. 2008. №1. С. 78–81.
69. Эдельсон С. М. Выбор подходящего вмешательства: обзор различных подходов к терапии тревожности, самоповреждающего поведения и нарушений сна при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. Т.18. №3. 2020. С. 38–45.
70. Эриксон М. Глубокий гипнотический транс: индукция и использование. Симферополь: Реноме, 1998. 208 с.
71. Эриксон М., Росси Э., Росси Ш. Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения / пер. с англ. М.: Класс, 1999. 352 с.
72. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. СПб.: Питер. 2000. 640 с.

73. Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? *Bmj*. 2001. Vol. 322(7283). P. 419–421.
74. Barlow D. H. Disorders of emotion. *Psychological inquiry*. 1991. Vol. 1(2). P. 58–71.
75. Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry*. 1961. Vol. 4(6). P. 561–571.
76. Beck A. T. et al. Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of general psychiatry*. 1985. Vol. 42. P. 142–148.
77. Beck A. T., Wright J. H. Cognitive therapy of depression: theory and practice. *Psychiatric Services*. 1983. Vol. 12(34). P. 1119–1127.
78. Boer M., Belde W. Fluvoxamine treatment for chronic PTSD. *Psychother. Psychosomat*. 1991. Vol. 57. P. 158–163.

Приложение А

Таблицы первичных данных

Таблица 1 – Социально-демографические данные респондентов

	Группа	Социально-демографическая анкета						
		Пол	Возраст	Образование	Должность	Семейное положение	Наличие детей	Количество детей
1	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	38	1	5	3	1	1
2	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	40	2	5	1	1	2
3	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	39	3	4	1	1	2
4	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	34	1	1	4	2	0
5	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	44	1	3	2	1	1
6	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	49	5	5	1	1	1
7	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	55	1	5	1	1	2
8	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	42	3	4	3	1	2
9	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	38	1	4	5	1	1
10	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	41	3	2	2	1	2
11	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	40	1	3	5	1	1
12	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	44	1	1	1	1	2
13	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	31	1	4	4	2	0
14	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	38	3	2	3	1	1

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 1

15	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	28	2	1	4	2	0
16	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	34	3	4	2	1	1
17	Экспериментальная группа (с консультированием)	1	46	1	2	1	1	3
1	Контрольная группа (без консультирования)	1	33	1	6	2	1	1
2	Контрольная группа (без консультирования)	1	37	2	5	2	1	1
3	Контрольная группа (без консультирования)	1	33	1	4	4	2	0
4	Контрольная группа (без консультирования)	1	31	1	5	3	2	0
5	Контрольная группа (без консультирования)	1	43	1	5	1	1	2
6	Контрольная группа (без консультирования)	1	24	3	2	4	2	0
7	Контрольная группа (без консультирования)	1	40	5	5	1	1	1
8	Контрольная группа (без консультирования)	1	39	2	6	2	1	2
9	Контрольная группа (без консультирования)	1	34	3	2	3	1	1
10	Контрольная группа (без консультирования)	1	47	2	3	2	1	2
11	Контрольная группа (без консультирования)	1	35	1	5	1	1	1
12	Контрольная группа (без консультирования)	1	33	1	1	1	1	2
13	Контрольная группа (без консультирования)	1	30	1	4	4	2	0
14	Контрольная группа (без консультирования)	1	41	1	6	2	1	1
15	Контрольная группа (без консультирования)	1	37	1	4	2	1	1
16	Контрольная группа (без консультирования)	1	32	2	5	3	2	0

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 1

17	Контрольная группа (без консультирования)	1	30	3	4	3	2	0
18	Контрольная группа (без консультирования)	1	33	1	1	1	1	3
19	Контрольная группа (без консультирования)	1	65	3	1	5	1	1

Таблица 2 – Результаты методики «Шкала тревожности» до и после экспериментального вмешательства

	Группа	Шкала тревожности Спилбергера–Ханина			
		Ситуативная тревожность (замер 1)	Ситуативная тревожность (замер 2)	Личностная тревожность (замер 1)	Личностная тревожность (замер 2)
1	Экспериментальная группа (с консультированием)	55	42	56	50
2	Экспериментальная группа (с консультированием)	58	36	58	42
3	Экспериментальная группа (с консультированием)	54	36	51	44
4	Экспериментальная группа (с консультированием)	65	38	67	45
5	Экспериментальная группа (с консультированием)	55	38	51	44
6	Экспериментальная группа (с консультированием)	52	38	56	46
7	Экспериментальная группа (с консультированием)	58	38	59	43
8	Экспериментальная группа (с консультированием)	53	37	54	45
9	Экспериментальная группа (с консультированием)	60	39	70	46

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 2

10	Экспериментальная группа (с консультированием)	56	38	61	43
11	Экспериментальная группа (с консультированием)	58	41	57	45
12	Экспериментальная группа (с консультированием)	44	42	54	48
13	Экспериментальная группа (с консультированием)	52	39	54	44
14	Экспериментальная группа (с консультированием)	51	41	55	48
15	Экспериментальная группа (с консультированием)	57	35	62	34
16	Экспериментальная группа (с консультированием)	54	43	62	52
17	Экспериментальная группа (с консультированием)	39	39	44	49
1	Контрольная группа (без консультирования)	38	35	32	34
2	Контрольная группа (без консультирования)	38	40	42	42
3	Контрольная группа (без консультирования)	38	39	44	42
4	Контрольная группа (без консультирования)	39	36	43	43
5	Контрольная группа (без консультирования)	40	39	49	49
6	Контрольная группа (без консультирования)	32	37	36	42

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 2

7	Контрольная группа (без консультирования)	34	35	35	37
8	Контрольная группа (без консультирования)	35	35	32	33
9	Контрольная группа (без консультирования)	39	38	42	43
10	Контрольная группа (без консультирования)	35	35	33	39
11	Контрольная группа (без консультирования)	36	41	44	44
12	Контрольная группа (без консультирования)	35	39	44	43
13	Контрольная группа (без консультирования)	34	34	37	40
14	Контрольная группа (без консультирования)	31	30	29	28
15	Контрольная группа (без консультирования)	35	35	42	39
16	Контрольная группа (без консультирования)	40	39	44	42
17	Контрольная группа (без консультирования)	37	36	42	39
18	Контрольная группа (без консультирования)	39	37	45	43
19	Контрольная группа (без консультирования)	50	47	51	52

Продолжение Приложения А

Таблица 3 – Результаты методики «Шкала депрессии» до и после экспериментального вмешательства

	Группа	Шкала депрессии А. Бека					
		Общий уровень (замер 1)	Общий уровень (замер 2)	КАС (замер 1)	КАС (замер 2)	СПД (замер 1)	СПД (замер 2)
1	Экспериментальная группа (с консультированием)	24	8	15	4	9	4
2	Экспериментальная группа (с консультированием)	29	11	18	5	11	6
3	Экспериментальная группа (с консультированием)	15	8	8	3	7	5
4	Экспериментальная группа (с консультированием)	44	4	27	2	17	2
5	Экспериментальная группа (с консультированием)	14	3	7	2	7	1
6	Экспериментальная группа (с консультированием)	19	3	11	2	8	1
7	Экспериментальная группа (с консультированием)	40	7	26	2	14	5
8	Экспериментальная группа (с консультированием)	16	8	9	1	7	7
9	Экспериментальная группа (с консультированием)	43	4	25	3	18	1
10	Экспериментальная группа (с консультированием)	37	5	24	2	13	3
11	Экспериментальная группа (с консультированием)	31	7	20	3	11	4
12	Экспериментальная группа (с консультированием)	16	4	8	3	8	1
13	Экспериментальная группа (с консультированием)	12	4	6	3	6	1
14	Экспериментальная группа (с консультированием)	16	5	9	2	7	3
15	Экспериментальная группа (с консультированием)	30	1	20	0	10	1

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 3

16	Экспериментальная группа (с консультированием)	32	10	19	4	13	6
17	Экспериментальная группа (с консультированием)	13	8	5	4	8	4
1	Контрольная группа (без консультирования)	1	1	0	0	1	1
2	Контрольная группа (без консультирования)	5	3	2	1	3	2
3	Контрольная группа (без консультирования)	5	1	2	0	3	1
4	Контрольная группа (без консультирования)	3	2	2	1	1	1
5	Контрольная группа (без консультирования)	10	8	4	4	6	4
6	Контрольная группа (без консультирования)	0	0	0	0	0	0
7	Контрольная группа (без консультирования)	5	4	1	0	4	4
8	Контрольная группа (без консультирования)	2	3	0	0	2	3
9	Контрольная группа (без консультирования)	5	2	1	0	4	1
10	Контрольная группа (без консультирования)	4	5	0	1	4	4
11	Контрольная группа (без консультирования)	6	1	3	0	3	1
12	Контрольная группа (без консультирования)	2	1	0	0	2	1
13	Контрольная группа (без консультирования)	1	0	0	0	1	0
14	Контрольная группа (без консультирования)	4	3	0	0	4	3
15	Контрольная группа (без консультирования)	3	3	0	1	3	2
16	Контрольная группа (без консультирования)	4	1	2	0	2	1
17	Контрольная группа (без консультирования)	0	1	0	0	0	1

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 3

18	Контрольная группа (без консультирования)	4	2	1	0	3	2
19	Контрольная группа (без консультирования)	16	19	7	10	9	9

Таблица 4 – Результаты методики «Шкала субъективного благополучия» до и после экспериментального вмешательства

	Группа	Шкала субъективного благополучия К. Рифф											
		Позитивные отношения (замер 1)	Позитивные отношения (замер 2)	Автономия (замер 1)	Автономия (замер 2)	Управление средой (замер 1)	Управление средой (замер 2)	Личностный рост (замер 1)	Личностный рост (замер 2)	Цели в жизни (замер 1)	Цели в жизни (замер 2)	Самопринятие (замер 1)	Самопринятие (замер 2)
1	Экспериментальная группа (с консультированием)	25	33	33	35	30	38	28	39	30	43	36	41
2	Экспериментальная группа (с консультированием)	28	30	35	36	35	39	32	36	37	41	39	39
3	Экспериментальная группа (с консультированием)	31	32	39	39	40	42	31	40	39	44	36	43
4	Экспериментальная группа (с консультированием)	18	34	33	39	17	43	20	39	27	44	26	42

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 4

5	Экспериментальная группа (с консультированием)	32	31	45	36	43	41	42	41	49	45	41	39
6	Экспериментальная группа (с консультированием)	30	32	32	40	33	41	28	40	30	47	36	41
7	Экспериментальная группа (с консультированием)	26	36	28	35	26	40	23	40	25	41	29	41
8	Экспериментальная группа (с консультированием)	28	33	32	39	27	44	26	41	35	43	32	46
9	Экспериментальная группа (с консультированием)	16	34	33	40	19	40	20	44	21	47	29	42
10	Экспериментальная группа (с консультированием)	18	31	27	36	19	41	19	39	26	45	27	39
11	Экспериментальная группа (с консультированием)	26	33	33	39	32	45	31	42	33	45	32	43
12	Экспериментальная группа (с консультированием)	26	30	35	39	36	33	44	37	38	43	38	40
13	Экспериментальная группа (с консультированием)	31	29	40	38	37	36	36	41	46	45	38	41
14	Экспериментальная группа (с консультированием)	29	37	37	37	31	42	36	40	38	44	34	40
15	Экспериментальная группа (с консультированием)	25	36	35	47	22	49	31	49	36	56	33	49
16	Экспериментальная группа (с консультированием)	21	26	30	35	23	36	23	41	31	39	27	36
17	Экспериментальная группа (с консультированием)	25	33	33	38	39	43	47	42	40	42	39	43
1	Контрольная группа (без консультирования)	34	36	46	47	48	49	50	49	53	56	45	49

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 4

2	Контрольная группа (без консультирования)	39	38	40	42	46	48	41	43	51	48	44	46
3	Контрольная группа (без консультирования)	35	37	47	44	45	47	44	47	50	50	47	47
4	Контрольная группа (без консультирования)	34	38	45	41	48	46	46	42	52	50	43	44
5	Контрольная группа (без консультирования)	37	33	42	38	44	43		42		42		43
6	Контрольная группа (без консультирования)	38	39	40	44	44	46		47		52		48
7	Контрольная группа (без консультирования)	40	39	42	45	48	49	42	43	51	49	49	46
8	Контрольная группа (без консультирования)	38	34	47	47	49	49	50	47	56	51	49	46
9	Контрольная группа (без консультирования)	38	36	41	39	44	46	45	43	48	50	48	44
10	Контрольная группа (без консультирования)	37	35	48	43	51	41	51	45	55	42	49	45
11	Контрольная группа (без консультирования)	34	37	40	41	46	48	42	43	49	50	46	44
12	Контрольная группа (без консультирования)	39	38	38	38	45	45	41	43	49	49	48	45
13	Контрольная группа (без консультирования)	34	36	47	44	46	47	46	44	52	50	48	48
14	Контрольная группа (без консультирования)	34	34	47	44	50	48	51	48	54	48	48	48
15	Контрольная группа (без консультирования)	37	36	46	43	47	49	47	47	52	49	47	45

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 4

16	Контрольная группа (без консультирования)	36	36	43	41	44	45	46	41	50	49	44	45
17	Контрольная группа (без консультирования)	42	37	42	43	43	45	44	45	49	50	44	47
18	Контрольная группа (без консультирования)	40	40	36	40	45	47	42	43	50	50	48	46
19	Контрольная группа (без консультирования)	41	34	38	39	38	36	29	31	29	30	28	29

Таблица 5 – Результаты методики «Тест смысложизненных ориентаций» до и после экспериментального вмешательства

	Группа	Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д. А. Леонтьева											
		Общий уровень ОЖ (замер 1)	Общий уровень ОЖ (замер 2)	Цели (замер 1)	Цели (замер 2)	Процесс (замер 1)	Процесс (замер 2)	Результат (замер 1)	Результат (замер 2)	Локус контроля – Я (замер 1)	Локус контроля – Я (замер 2)	Локус контроля – Жизнь (замер 1)	Локус контроля – Жизнь (замер 2)
1	Экспериментальная группа (с консультированием)	62	104	18	42	6	18	23	29	4	16	18	36
2	Экспериментальная группа (с консультированием)	44	110	6	36	6	24	11	35	4	10	12	42
3	Экспериментальная группа (с консультированием)	98	110	36	42	12	18	29	35	16	16	30	36

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 5

4	Экспериментальная группа (с консультированием)	20	110	6	36	6	30	5	29	4	22	6	42
5	Экспериментальная группа (с консультированием)	104	104	30	36	18	24	29	35	16	22	42	36
6	Экспериментальная группа (с консультированием)	44	122	18	42	6	30	17	35	4	28	12	42
7	Экспериментальная группа (с консультированием)	32	110	12	42	6	30	5	29	4	16	6	36
8	Экспериментальная группа (с консультированием)	44	134	18	42	6	42	17	35	4	22	12	42
9	Экспериментальная группа (с консультированием)	26	116	12	36	6	36	5	35	4	16	6	42
10	Экспериментальная группа (с консультированием)	20	98	6	42	6	18	5	29	4	16	6	30
11	Экспериментальная группа (с консультированием)	38	128	18	42	6	30	11	35	4	28	12	36
12	Экспериментальная группа (с консультированием)	104	92	30	30	42	18	29	29	10	16	24	36
13	Экспериментальная группа (с консультированием)	86	122	30	36	18	36	23	35	16	28	36	42
14	Экспериментальная группа (с консультированием)	68	116	30	30	12	42	17	35	4	10	18	36

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 5

15	Экспериментальная группа (с консультированием)	38	140	6	42	6	42	11	35	4	28	12	42
16	Экспериментальная группа (с консультированием)	26	116	6	30	6	42	5	35	4	16	6	36
17	Экспериментальная группа (с консультированием)	110	128	30	42	42	30	35	35	16	28	36	42
1	Контрольная группа (без консультирования)	134	140	42	42	36	42	35	35	28	28	42	42
2	Контрольная группа (без консультирования)	140	134	42	42	42	36	35	35	28	28	42	42
3	Контрольная группа (без консультирования)	134	128	42	42	42	42	35	29	28	28	42	42
4	Контрольная группа (без консультирования)	140	140	42	42	42	42	35	35	28	28	42	42
5	Контрольная группа (без консультирования)		128		42		30		35		28		42
6	Контрольная группа (без консультирования)		134		36		42		35		28		42
7	Контрольная группа (без консультирования)	134	134	42	42	36	36	35	35	28	28	42	42
8	Контрольная группа (без консультирования)	140	134	42	42	42	42	35	29	28	28	42	42
9	Контрольная группа (без консультирования)	140	140	42	42	42	42	35	35	28	28	42	42
10	Контрольная группа (без консультирования)	140	140	42	42	42	42	35	35	28	28	42	42
11	Контрольная группа (без консультирования)	128	140	42	42	30	42	35	35	28	28	42	42

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы 5

12	Контрольная группа (без консультирования)	140	140	42	42	42	42	35	35	28	28	42	42
13	Контрольная группа (без консультирования)	140	140	42	42	42	42	35	35	28	28	42	42
14	Контрольная группа (без консультирования)	140	140	42	42	42	42	35	35	28	28	42	42
15	Контрольная группа (без консультирования)	134	140	42	42	36	42	35	35	28	28	42	42
16	Контрольная группа (без консультирования)	134	140	42	42	36	42	35	35	28	28	36	42
17	Контрольная группа (без консультирования)	128	140	42	42	36	42	35	35	28	28	36	42
18	Контрольная группа (без консультирования)	128	140	42	42	30	42	35	35	28	28	42	42
19	Контрольная группа (без консультирования)	56	56	12	18	12	6	17	17	10	10	24	24

Приложение Б

Статистики критериев U-Манна-Уитни и Т-Вилкоксона

Таблица 1 – Статистическая значимость различий между контрольной и экспериментальной группами при первичном тестировании

Шкала	Сумма ранг 1	Сумма ранг 2	U	Z	U Манна-Уитни
Шкала тревожности Спилбергера–Ханина					
Ситуационная тревожность	470,50	195,50	5,50	4,93	0,001
Личностная тревожность	470,00	196,00	6,00	4,91	0,001
Шкала депрессии Бека					
Общая	470,50	195,50	5,50	4,93	0,001
КАС	473,50	192,50	2,50	5,02	0,001
СПД	467,00	199,00	9,00	4,82	0,001
Шкала психологического благополучия К. Рифф					
ПО	153,00	513,00	0,00000	-5,10	0,001
Авт.	173,00	493,00	20,00	-4,47	0,001
УС	156,50	509,50	3,50	-4,99	0,001
ЛР	183,00	412,00	30,00	-3,93	0,001
ЦЖ	168,50	426,50	15,50	-4,43	0,001
Самопр.	167,00	428,00	14,00	-4,48	0,001
СЖО Д. А. Леонтьева					
ОЖ	160,00	435,00	7,00	-4,72	0,001
ЦЖ	164,00	431,00	11,00	-4,58	0,001

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы 1

Проц. ж.	181,00	414,00	28,00	-4,00	0,001
Результат. ж.	168,50	426,50	15,50	-4,43	0,001
ЛК – Я	157,50	437,50	4,50	-4,80	0,001
ЛК– Ж.	168,50	426,50	15,50	-4,43	0,001

Таблица 2 – Статистическая значимость различий между контрольной и экспериментальной группами при повторном тестировании

Шкала	Сумма ранг 1	Сумма ранг 2	U	Z	U Манна-Уитни
Шкала тревожности Спилбергера–Ханина					
Ситуационная тревожность	372,00	294,00	104,00	1,81	0,071
Личностная тревожность	416,00	250,00	60,00	3,20	0,001
Шкала депрессии Бека					
Общая	419,00	247,00	57,00	3,30	0,001
КАС	432,00	234,00	44,00	3,71	0,001
СПД	368,00	298,00	108,00	1,68	0,093
Шкала психологического благополучия К. Рифф					
ПО	186,50	479,50	33,50	-4,04	0,001
Авт.	197,00	469,00	44,00	-3,71	0,001
УС	196,00	470,00	43,00	-3,74	0,001
ЛР	203,00	463,00	50,00	-3,52	0,001
ЦЖ	212,50	453,50	59,50	-3,22	0,001
Самопр.	199,00	467,00	46,00	-3,64	0,001

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы 2

СЖО Д. А. Леонтьева					
ОЖ	188,00	478,00	35,00	-3,99	0,001
ЦЖ	258,00	408,00	105,00	-1,77	0,076
Проц. ж.	218,50	447,50	65,50	-3,03	0,002
Результат. ж.	295,00	371,00	142,00	-0,60	0,547
ЛК – Я	214,00	452,00	61,00	-3,17	0,002
ЛК– Ж.	238,00	392,00	85,00	-2,23	0,026

Таблица 3 – Статистическая значимость отличий между первичным и повторным тестированием в экспериментальной группе

Шкала	Число наблюдений	T	Z	p-уровень значимости
Шкала тревожности Спилбергера–Ханина				
Ситуационная тревожность	16	0,00	3,52	0,001
Личностная тревожность	17	1,00	3,57	0,001
Шкала депрессии Бека				
Общая	17	0,00	3,62	0,001
КАС	17	0,00	3,62	0,001
СПД	16	0,00	3,52	0,001
Шкала психологического благополучия К. Рифф				
ПО	17	5,50	3,36	0,001
Авт.	15	16,00	2,50	0,01
УС	17	7,50	3,27	0,001

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы 3

ЛР	17	11,50	3,08	0,001
ЦЖ	17	4,50	3,41	0,001
Самопр.	16	1,50	3,44	0,001
СЖО Д. А. Леонтьева				
ОЖ	16	1,50	3,44	0,001
ЦЖ	15	0,00	3,41	0,001
Проц. ж.	17	14,00	2,96	0,001
Результат. ж.	15	0,00	3,41	0,001
ЛК – Я	16	0,00	3,52	0,001
ЛК– Ж.	17	2,50	3,50	0,001

Таблица 4 – Статистическая значимость отличий между первичным и повторным тестированием в контрольной группе

Шкала	Сумма ранг 1	Сумма ранг 2	U	Z	U Манна-Уитни
Шкала тревожности Спилбергера–Ханина					
Ситуационная тревожность	431,00	604,00	200,00	-1,17	0,24
Личностная тревожность	458,50	576,50	227,50	-0,55	0,59
Шкала депрессии Бека					
Общая	539,50	495,50	195,50	1,27	0,20
КАС	502,50	532,50	232,50	0,43	0,67
СПД	511,00	524,00	224,00	0,63	0,53
Шкала психологического благополучия К. Рифф					

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы 4

ПО	553,00	482,00	182,00	1,58	0,11
Авт.	504,50	530,50	230,50	0,48	0,63
УС	597,50	437,50	137,50	2,59	0,01
ЛР	505,50	529,50	229,50	0,50	0,62
ЦЖ	477,00	558,00	246,00	-0,13	0,90
Самопр.	567,00	468,00	168,00	1,90	0,06
СЖО Д. А. Леонтьева					
ОЖ	444,00	591,00	213,00	-0,88	0,38
ЦЖ	500,50	534,50	234,50	0,39	0,70
Проц. ж.	433,50	601,50	202,50	-1,11	0,26
Результат. ж.	511,50	523,50	223,50	0,64	0,52
ЛК – Я	491,00	544,00	244,00	0,17	0,86
ЛК– Ж.	468,50	566,50	237,50	-0,32	0,75