

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 **КОРРЕКЦИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ КАК ПЕРВИЧНОЙ
ПСИХОТРАВМЫ У ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ АЛКОГОЛИКОВ**

Студент

Т. С. Кондратенко

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный

к.псх.н., доцент Э. Ф. Николаева

руководитель

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

Тольятти 2021

Оглавление

Введение	3
Глава 1 Теоретический анализ проблемы тревожности как первичной психотравмы в психологии	10
1.1 Теоретический анализ проблемы тревожности в отечественной и зарубежной психологии	10
1.2 Алкогольно-зависимая семья как фактор формирования личностной тревожности как первичной психотравмы	23
1.3 Коррекционная работа психолога по снижению личностной тревожности как первичной психотравмы	33
Глава 2 Опытнo-экспериментальное исследование личностной тревожности как первичной психотравмы у взрослых детей алкоголиков (ВДА)	52
2.1 Организация и методы исследования.....	52
2.2 Выявление уровней проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА).....	58
2.3 Разработка и апробация программы коррекции личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков.....	64
2.4 Анализ полученных результатов.....	82
Заключение	90
Список используемой литературы	92
Приложение А Эмпирические данные диагностического этапа исследования.....	97
Приложение Б Показатели личностной тревожности по результатам апробации психокоррекционной программы.....	102
Приложение В Личностные и поведенческие особенности зависимой и созависимой личности.....	105

Введение

Актуальность исследования. Проблема психологического здоровья в XXI веке становится абсолютно значимой как для каждого современного человека, так и в целом для государств и обществ. Так, по мнению специалистов ВОЗ, те или иные психические и психологические расстройства войдут в пятерку сложных и часто встречаемых болезней мира. Депрессии, неврозы и неврозоподобные расстройства, постстрессовые и посттравматические состояния, психоэмоциональное неблагополучие, эмоциональное выгорание и другие состояния «душевного неблагополучия» (ВОЗ) сегодня становятся одним из факторов деструктивности личности, влияющих не только на качество жизни и удовлетворенность ею, но и, зачастую, на общую трудоспособность человека и его жизнедеятельность в целом. Терапия этих состояний все еще, к сожалению, остается недостаточно эффективной и не имеет стратегий, способных достаточно быстро и качественно возвращать необходимый и достаточный уровень здоровья, что в свою очередь заставляет специалистов думать о предупреждении развития этих расстройств, о факторах, способных обеспечить нервно-психическую устойчивость индивиду, а также способах психологической профилактики, коррекции и даже самопомощи. В этом аспекте специалисты изучают базовые основания и источники психологического неблагополучия и в ходе исследований сейчас уже можно твердо говорить об общем, типичном для всего разнообразия болезненных проявлений, состояний, которое сопровождает любую психологическую дисгармонию. Этим состоянием является тревожность.

Сегодня каждый современный человек, как на собственном опыте, так и на основе наблюдения за людьми, живущими рядом понимает, что тревога глубоко проникла во все сферы нашей жизни. Никогда еще психологи не имели такой наплыв клиентов с проблемой тревожности, как в наше время, поэтому проблема профилактики и коррекции тревожности становится

объектом пристального внимания со стороны специалистов.

Сегодня специалисты выделяют несколько основных факторов, которые способствуют развитию тревожности: во-первых, – урбанистика. За счет плотности населения мы контактируем все с большим количеством людей. Во-вторых, информационный поток. Именно с развитием массовых источников информации, начал расти уровень тревожности среди населения. Новости из разных уголков мира льются нескончаемым потоком в умы людей, причем 90% из них – негативные. В-третьих, – давление массовой культуры, которая призывает нас достигать все большего социального успеха, чтобы больше потреблять, поэтому сегодня все чаще в требованиях работодателей, которые они указывают в описаниях вакансий, можно увидеть строчку: «стрессоустойчивость». Стрессоустойчивые личности способны сохранять свою работоспособность практически при любых ситуациях. Они отличаются гибким и рациональным мышлением, здоровой логикой и умением использовать жизненные трудности, как ресурс.

Противоположностью является стрессонеустойчивый тип личности. Это люди с низким уровнем адаптации к внешним условиям, с незыблемыми установками и понятиями, не склонные менять свое поведение в зависимости от обстоятельств. Любые неожиданности или даже намек на них в будущем являются для них стрессовым воздействием. Это очень точно характеризует людей с синдромом ВДА (взрослые дети алкоголиков). Они склонны к повышенной тревожности и беспокойству без особой причины, а связано это с тем, что у тех, кто вырос в алкогольно-зависимых семьях, тревожность является устойчивой личностной чертой. Им очень сложно подстраиваться под внешние события и обстоятельства, поэтому они выстраивают такую невротическую модель поведения в течении жизни, которая подкрепляет их личностную тревожность, заставляя испытывать страх приобретения нового опыта. Взрослые дети алкоголиков (ВДА) с высоким уровнем проявления личностной тревожности не удовлетворены собой, жизнью, склонны к депрессии, ощущают безысходность, склонны к профессиональному и

эмоциональному выгоранию и различного рода зависимостям. Повышенная тревожность также способствует развитию у них психосоматических заболеваний. Высокий уровень проявления личностной тревожности оказывает деструктивное влияние на все сферы психической жизни взрослых детей алкоголиков (ВДА), поэтому требует коррекции.

Анализируя аспекты проблемы личностной тревожности в современных исследованиях Ф. Б. Березина, С. Ю. Головина, В. В. Давыдова, А. М. Прихожан С. С. Степанова, Р. Мэя, Ч. Д. Спилбергера и других, мы пришли к выводу, что личностная тревожность – это устойчивая индивидуальная психологическая особенность, отражающая предрасположенность индивида испытывать беспокойство в различных ситуациях, в том числе и таких общественных характеристиках, которые к этому не предполагают.

Корни личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) лежат в первичной психотравме, которой на наш взгляд является депривация в раннем детстве, поэтому для коррекционной работы необходим метод, который поможет не только преодолеть трудности, которые взрослые дети алкоголиков (ВДА) испытывают в социуме, но и поможет справиться с последствиями детских психотравм. Методы, которые традиционно применяются для коррекции личностной тревожности не уделяют должного внимания травмам прошлого, а методы работы с «внутренним ребенком» не ориентируются на практическое решение проблем, поэтому для коррекции личностной тревожности необходим интегративный подход, который сочетает в себе принципы когнитивно-поведенческой терапии, межличностной терапии, теории привязанности и техники, чтобы помочь уязвимому «внутреннему ребенку» клиента удовлетворить его основные эмоциональные потребности здоровыми методами.

Проблема исследования состоит в поиске эффективных коррекционных средств, которые позволят нивелировать высокий уровень проявления личностной тревожности как первичной психотравмы у взрослых

детей алкоголиков (ВДА).

Противоречия:

- несмотря на разработанность проблемы тревоги и тревожности на современном этапе все еще требуется поиск эффективных стратегий, методов и способов, позволяющих эффективно решать задачи не только психологической коррекции тревожности, но и способных решать профилактические задачи;
- существующие методы, приемы и технологии работы с тревогой и личностной тревожностью все еще требуют анализа и адаптации их к изменившимся условиям социальной жизни современного человека;
- несмотря на хорошо зарекомендовавшие себя существующие концептуальные подходы по работе с тревогой и тревожностью (когнитивно-поведенческие, психоаналитические и прочие) все еще недостаточно разработано стратегий, основанных на интегративном подходе, где построение психологической помощи организовывается с позиций целесообразного и целенаправленного воздействия комплексом методов и приемов, способных наиболее эффективно и в достаточно короткие сроки решать актуальные задачи.

Цель исследования: изучение возможности снижения уровня проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) при помощи специально разработанной коррекционной программы.

Объект исследования – личностная тревожность.

Предмет исследования – коррекция личностной тревожности как первичной психотравмы у взрослых детей алкоголиков (ВДА).

Гипотеза исследования. Мы предполагаем, что уровень проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) можно изменить, если будет использована специально разработанная коррекционная программа с применением метода схематической терапии (коррекции), снижающей выраженность закрепленных дезадаптивных схем, таких как «эмоциональная депривация» и «социальная изоляция».

Задачи исследования:

1. Проанализировать теоретическую литературу по проблеме исследования.
2. Выявить уровень проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА).
3. Разработать и апробировать программу коррекции личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА).
4. Проанализировать полученные результаты.

Методологическую основу исследования составили:

- различные подходы к определению понятия тревожности (С. Ю. Головин, А. М. Прихожан, Л. И. Божович, Р. С. Немов, А. В. Петровский) и личностной тревожности (С. С. Степанов, Ф. Б. Березин, А. М. Прихожан, А. И. Захаров, Ч. Д. Спилбергер, Р. Мэй);
- концепции о возникновении и развитии тревожности в раннем детстве (А. М. Прихожан, А. И. Захаров, Л. М. Костина, Дж. Боулби, Г. С. Салливан, К. Хорни);
- теоретический подход к изучению методов психокоррекции личностной тревожности (А. Бек, В. Райх, А. Хилл, Джеффри Е. Янг, Дж. Клоско).

Методы и методики исследования: метод теоретического анализа; биографический метод; психодиагностические методы (шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина, автор Ч. Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханина; личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора; схемный опросник Дж. Янга); методы математической статистики.

Экспериментальная база исследования: Волонтерское сообщество «Я тоже хочу жить», цель которого помощь тем, кто живет с людьми, страдающими алкоголизмом. Сообщество располагается на платформе социальной сети «ВКонтакте». В исследовании приняли участие

совершеннолетние лица, выросшие в семьях, где хотя бы один из родителей страдал алкогольной зависимостью. Общее количество – 39 человек.

Новизна исследования состоит в расширении и дополнении теоретических сведений о причинах возникновения личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) и разработке специальной коррекционной программы, учитывающей психологические особенности взрослых детей алкоголиков (ВДА), которая включает в себя комплекс логически обоснованных методов, способствующих снижению уровня проявления личностной тревожности как первичной психотравмы у взрослых детей алкоголиков (ВДА).

Теоретическая значимость заключается в том, что полученные выводы будут способствовать расширению теоретических знаний о причинах формирования личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) и методах коррекции, которые могут составлять теоретико-методологическую основу дальнейших исследований в области психологии личности, психологии здоровья, консультативной и психокоррекционной деятельности.

Практическая значимость исследования состоит в том, что полученные результаты могут быть использованы для работы со взрослыми детьми алкоголиков (ВДА) при составлении программ коррекции личностной тревожности, а также в возможности использования разработанной коррекционной программы с применением метода схематической терапии (коррекции) для снижения уровня проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА).

Научность и достоверность результатов обеспечена проведением исследования с опорой на теоретические положения психологии, подбором теоретических и эмпирических методов, адекватных цели и задачам.

Личный вклад автора в научную разработку проблемы коррекции личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) состоит в

определении общей концепции исследования и разработке коррекционной программы для взрослых детей алкоголиков (ВДА).

Апробация результатов экспериментального исследования, выполненного в рамках магистерской диссертации, проводилась в ходе участия в научно-практических конференциях и отразилась в научных статьях, опубликованных в научных сборниках и материалах научных и научно-практических конференций.

Положения, выносимые на защиту.

1. Проблема тревожности личности как устойчивого образования, влияющего на систему отношений человека к себе, людям и миру в целом, имеет как правило биолого-социальную природу.

2. Несмотря на множество факторов, имеющих характеристики стрессогенности и порождающие тревогу у человека в ходе его жизнедеятельности, большое значение для развития личностной тревожности имеют детские периоды развития и опыт отношений со значимыми другими на ранних этапах формирования личности.

3. Деструктивная семья, имеющая в своей структуре члена с алкогольной зависимостью, что порождает созависимые отношения, создает ситуацию депривации для ребенка в данной семье, формируя у него ранние деструктивные схемы-модели совладающего поведения и базовую тревогу.

4. Взрослые дети алкоголиков (ВДА) имеют в структуре личности устойчивые рано сформированные образования, выраженные в виде паттернов избегания, изоляции, эмоциональной депривации, сопровождаемые высоким уровнем личностной тревожности.

Структура и объем магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (64 источника) и трех приложений. Работа содержит 7 рисунков и 7 таблиц. Основной текст диссертации изложен на 96 страницах.

Глава 1 Теоретический анализ проблемы тревожности как первичной психотравмы в психологии

1.1 Теоретический анализ проблемы тревожности в отечественной и зарубежной психологии

Понятие тревожности было впервые введено в психологию психоаналитиками и психиатрами, а в последние годы феномен тревожности получил очень широкое распространение.

Стоит отметить, что существующие в психологии понятия «тревожность» и «тревога» очень похожи, но не одинаковы.

Тревога – это «эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляемое в ожидании неблагоприятного развития событий» [9, с. 553].

Тревожность – это «склонность индивида к переживанию тревоги, характерная низким порогом появления тревоги» [9, с. 554].

Из этих определений становится понятно, что тревога – это эмоциональное состояние, а тревожность – психическое свойство индивида.

Представители психоанализа рассматривали тревожность как врожденное свойство индивида, помогающее ему адекватно реагировать в ситуациях опасности.

Основатель психоанализа австрийский психолог З. Фрейд утверждал, что у человека есть врожденные биологические инстинкты, являющиеся побудительной силой его поведения и определяющие его настроение. По его мнению, столкновение биологических побуждений с социальными запретами порождает тревожность и неврозы. Конфликт биологического и социального начинается с рождения и длится всю жизнь, а выход из этой ситуации З. Фрейд видит в сублимации «либидиозной энергии» – направлении энергии к другим жизненным целям: производство и творчество. В свою очередь, успешная сублимация освобождает человека от тревожности [41, с. 87-88].

З. Фрейд выделил три типа тревоги, которые зависят от происхождения угрозы для Эго: реалистическая, невротическая, моральная [41, с. 89].

Американский психотерапевт Р. Мэй разделяет мнение психоаналитиков, утверждая, что тревогу, а не страх, следует рассматривать как первичное явление. Традиционный подход, при котором тревога изучается в зависимости от чувства страха и относится к более общей категории Р. Мэй считает неправильным, и предлагает, в первую очередь, разобраться в проблеме тревоги, поскольку она является не только первичной реакцией на опасность, но и может угрожать глубинной сущности индивида. Между тем, страх – это скорее реакция на внешнюю, физическую угрозу [24].

Основатель системы индивидуальной психологии А. Адлер предлагает новый взгляд на возникновение неврозов, в основе которого, по его мнению, лежат такие механизмы, как страх, боязнь жизни, боязнь трудностей, а также стремление к определенной позиции в группе людей, которую индивид не может достичь из-за индивидуальных особенностей или социальных условий. А. Адлер выделяет условия, при которых у ребенка могут сформироваться неправильная позиция и неправильный образ жизни: органическая (физическая неполноценность организма), избалованность, отверженность ребенка [41, с. 162].

У неофрейдистов проблема тревожности стала предметом особого внимания, и особенно у психолога К. Хорни [46, с. 76].

По мнению К. Хорни, основные источники тревоги и беспокойства индивида лежат не в конфликте между биологическим и социальным, а являются результатом неправильных человеческих отношений. В работе «Самоанализ» К. Хорни выделила десять невротических потребностей, призванных компенсировать «базовую тревогу», и проявляющиеся в некотором смысле в поведении большинства людей. Она сформулировала их следующим образом – «невротическая потребность в привязанности и одобрении» [47, с. 14]; «невротическая потребность в «партнере», который возьмет на себя руководство жизнью» [47, с. 14]; «невротическая

потребность ограничить жизнь тесными рамками» [47, с. 14]; «невротическое стремление к власти» [47, с. 15]; «невротическая потребность в эксплуатации других» [47, с. 15]; «невротическая потребность общественного признания или престижа» [47, с. 15]; «невротическая потребность в восхищении собой» [47, с. 15]; «невротическое честолюбие в смысле личных достижений» [47, с. 15]; «невротическая потребность в самодостаточности и независимости» [47, с. 16]; «невротическая потребность в достижении совершенства и неуязвимости» [47, с. 16]. В то же время, К. Хорни считает, что невротические потребности не насыщаемы, они не могут быть удовлетворены, а значит нет способа избавиться от тревоги.

Теория К. Хорни близка к теории Г.С. Салливана, который считает, что у человека есть исходное беспокойство, тревога, являющиеся продуктом межличностных (интерперсональных) отношений. Человек – социальное существо, которое с рождения ориентированно на общение, и его нельзя изолировать от других людей, межличностных ситуаций, так как с самого рождения он вступает в отношения с людьми (прежде всего, с матерью) и дальнейшее его развитие и поведение обусловлено межличностными отношениями.

Для Г. С. Салливана и К. Хорни тревожность, это не только одна из ключевых характеристик индивида, но и фактор, определяющий его развитие, так как возникнув в раннем возрасте, в результате контакта с неблагоприятной социальной средой, тревога присутствует постоянно и неизменно на протяжении всей жизни человека.

Немецкий социолог Э. Фромм иначе подошел к пониманию тревожности. В отличие от К. Хорни и Г. С. Салливана, он рассматривает проблему психического дискомфорта с точки зрения исторического развития общества и считает, что механизмы, включая «бегство от себя», способны только прикрыть чувство тревоги, но не избавить индивида от нее полностью. По его мнению, потеря своего «Я» – это самое болезненное состояние, которое усиливает чувство изоляции [41, с. 275].

Вышеперечисленные авторы не различают беспокойство и тревожность. И то, и другое предстает как предвкушение беды, которая, когда-то вызвала у ребенка страх. Анализируя их работы можно выделить несколько источников тревоги – тревога из-за возможных физических повреждений, тревога из-за потери любви, тревога, вызванная чувством вины, тревога, вызванная неумением владеть ситуацией, тревога, возникающая в состоянии фрустрации, тревога, свойственная каждому человеку, как мобилизирующий стимул для достижения собственной цели, тревога, как приобретенная в процессе воспитания устойчивая личностная черта.

Большое значение в возникновении тревоги придается детско-родительским отношениям.

С точки зрения американского психолога К. Роджерса, конфликт личности и возникновение тревоги вытекают из соотношения двух систем личности: сознательной и бессознательной. Если системы находятся в гармонии между собой, то у человека адекватная самооценка, хорошее настроение, он спокоен. Дисгармония этих систем способствует возникновению беспокойства и тревоги, и необходимым условием, препятствующим этим эмоциональным состояниям, является способность индивида пересмотреть свою самооценку и изменять ее, когда этого требуют новые жизненные обстоятельства [17, с. 188].

Британский психолог Р. Б. Кеттелл рассматривает тревожность как состояние и свойство личности. Тревога – это эмоциональное состояние с характерным ощущением напряжения. Тревожность – это свойство индивида, характеризующееся тенденцией к частому необъективному ощущению угрозы своему «Я» в различных ситуациях, и тревожными реакциями наружу в ответ на чувство угрозы [42].

У зарубежных авторов можно проследить два подхода в понимании природы тревожности: тревожности как изначально присущего человеку свойства и тревожности, как реакцию на враждебный внешний мир, то есть

устранение тревожности из социальных условий жизни, но разделить авторов по этому принципу невозможно, так как оба подхода постоянно пересекаются у большинства авторов. Так, К. Хорни и Г. С. Салливан, рассматривающие тревогу, как врожденное свойство, подчеркивают ее социальное происхождение.

В отечественной психологической литературе встречаются различные определения понятия тревожности, и мы рассмотрим некоторые из них.

В. К. Вилюнас рассматривает тревожность как предрасположенность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги (один из основных параметров индивидуальных различий) [8], а С. Л. Рубинштейн считает, что тревожность – это предрасположенность человека переживать эмоциональное состояние, которое возникает в ситуации неопределенной опасности, и проявляется в ожидании неблагоприятного варианта развития событий [36].

Так, А. М. Прихожан указывает, что тревожность – это «переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятия, с предчувствием грозящей опасности» [29, с. 5]. Тревожность как психологический признак, по ее мнению, может иметь самые разные формы. Так, ею были выделены открытые и закрытые формы тревожности. В своих научных трудах А. М. Прихожан пишет: «Проведенная работа подтвердила наличие двух основных категорий тревожности: 1) открытая – сознательно переживаемая и проявляемая в поведении и деятельности в виде состояния тревоги; 2) скрытая – в разной степени не осознаваемая, проявляющаяся либо чрезмерным спокойствием, нечувствительностью к реальному неблагоприятию и даже отрицанием его, либо косвенным путем через специфические способы поведения» [29, с. 63].

По мнению Л. И. Божович, тревожность – это переживание, в основе которого лежит неудовлетворенность ведущих потребностей индивида. Тревожность может быть адекватной (отражает объективное отсутствие

условий удовлетворения той или иной потребности) и неадекватной (в ситуациях, когда эти условия существуют в наличии) [5].

По определению Р. С. Немова: «Тревожность – постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях» [25, с. 265].

По мнению А. В. Петровского: «Тревожность – склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги; один из основных параметров индивидуальных различий. Тревожность обычно повышена при нервно-психических и тяжелых соматических заболеваниях, а также у здоровых людей, переживающих последствия психотравмы, у многих групп лиц с отклоняющимся субъективным проявлением неблагополучия личности» [15, с. 54].

В. В. Суворова термин «тревожность» расшифровывает, как острое психическое состояние человека, сложный комплекс отрицательных эмоций, которое характеризуется внутренним беспокойством и неуравновешенностью. По мнению В. В. Суворовой, тревожность отличается от страха, и тревожность – это довольно субъективно и, возможно, не имеет четкого направления [40].

Современные исследования тревожности направлены на различение ситуативной тревожности, связанной с определенной внешней ситуацией, которая объективно вызывает беспокойство и личностной тревожности, как устойчивого свойства личности, проявляющегося в постоянной склонности индивида испытывать беспокойство без достаточных на то оснований.

Американский психолог Ч. Спилбергер предлагает рассматривать личностную тревожность как «Т-свойство», а ситуативную, как «Т-состояние».

Личностная тревожность – это «широкий круг объективно безопасных обстоятельств, не содержащих реальную угрозу», воспринимаемых человеком противоположным образом и порождающих чувство тревоги. Она,

тревога, в данном случае представляется величиной постоянной и определяется типом нервной системы, темпераментом, характером, воспитанием, устойчивыми методами реагирования на внешние раздражители, приобретенными в ходе жизнедеятельности индивида. Ситуативная тревожность больше зависит от внешних обстоятельств – текущих проблем и их переживаний. Показатели личностной и ситуативной тревожности взаимосвязаны и особенно эти отношения проявляются в ситуациях, которые ставят под угрозу личную самооценку. Было установлено, что обладатели высокой личностной тревожности не проявляют выраженной ситуативной тревожности в обстоятельствах, вызывающих боль или содержащих другую физическую угрозу. Исследователи установили зависимость, которая проявляется следующим образом: чем ярче подчеркивается связь задачи с проверкой способностей индивида, тем хуже с этой задачей справляются люди с высокой степенью тревожности и тем лучше ее выполняют люди менее склонные к тревожности. Следовательно, можно сделать вывод, что страх неудачи способствует увеличению тревожности, что, в свою очередь, выполняет адаптационную функцию, повышающую ответственность человека перед требованиями и установками, которые предъявляет к нему общество. Этот факт является подтверждением социальной природы явления «тревожности». Таким образом, становится ясно, что негативные эмоции, возникающие у людей в состоянии тревожности, являются своего рода «ценой», которую человек должен заплатить за способность тонко чувствовать, как лучше адаптироваться к социальным требованиям и нормам нашего общества [35, с. 149-150].

На основе анализа научных работ можно выделить основные негативные проявления высокого уровня личностной тревожности:

- индивид с высоким уровнем проявления личностной тревожности склонен рассматривать окружающий мир как опасный и таящий в себе угрозу гораздо чаще, чем индивид с низким уровнем проявления личностной тревожности.

– высокий уровень проявления личностной тревожности подрывает психическое здоровье индивида и приводит к развитию у него невротических состояний.

– высокий уровень проявления личностной тревожности отрицательно влияет на результаты деятельности индивида.

Учитывая перечисленные аспекты, можно сделать вывод, что решение проблемы личностной тревожности относится к числу острых и актуальных проблем психологии [51].

Личностная тревожность рассматривается в комплексе со страхами, аффектами и аффективно-когнитивными компонентами: враждебностью, страданием, стыдом, виной и т. д. Эту теорию предложил американский психолог К. Изард, где тревожность – это совокупность доминанты эмоции страха и фундаментальных эмоций: страдания, гнева, вины, стыда. Характерная фундаментальная эмоция определяет вид тревожности: социальный или моральный. Тревожность здесь является результатом межличностных отношений [16].

Если обратиться к отечественным трудам о тревожности, то, по мнению Ф. Б. Березина, тревожность – это не только свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, страха и тревоги в конкретной социальной ситуации, по его мнению, тревожность – это еще и личностное образование, и свойство темперамента, обусловленное слабостью нервных процессов [42].

В. В. Давыдов считает тревожность индивидуальной психологической особенностью, которая характеризуется повышенной склонностью к беспокойству в различных ситуациях, в том числе и таких общественных характеристиках, которые не предполагают к этому [42].

Группы признаков тревожности:

– физиологические признаки, выражающиеся в соматических симптомах и ощущениях (увеличение частоты дыхания, сердцебиения, снижение порогов чувствительности, возбуждение);

– реакции психической сферы – затруднения в принятии решений, нарушение координации движения, самоагрессия [42].

Также выделяют следующие формы тревожности [42]: фобическая тревожность, тревожность ожидания, спонтанная тревожность, постстрессовая тревожность, тревожная депрессия.

С. Ю. Головин привел несколько определений тревожности: тревожность – это «состояние целесообразного подготовительного повышения сенсорного внимания и моторного напряжения в ситуации возможной опасности, обеспечивающее соответствующую реакцию на страх. Черта личностная, проявляемая в легком и частом появлении состояний тревоги. Склонность индивида к переживанию тревоги, характерная низким порогом появления тревоги; один из основных параметров различий индивидуальных» [9, с. 554]; «В целом тревожность – субъективное проявление неблагополучия личности. Тревожность возникает при благоприятном фоне свойств системы нервной и эндокринной, но формируется прижизненно, прежде всего в силу нарушения форм внутриличностного и межличностного общения, – например, между родителями и детьми» [9, с. 554]. Тревожность обычно повышена «у здоровых людей, переживающих последствия травмы психической» [9, с. 554].

Определенный уровень тревожности необходим для жизни и успеха в работе, так как такой уровень задает тон человеческой деятельности, мобилизует его силы для решения проблем и преодоления препятствий, другими словами, это конструктивная тревожность, выполняющая адаптивную функцию жизнедеятельности организма. Деструктивные проявления тревожности можно охарактеризовать, как неспособность сосредоточиться, растерянность и беспокойство при получении новой информации, состояние хронического стресса, которое вызывает почти все, что окружает человека в повседневной жизни. Высокий уровень проявления личностной тревожности негативно влияет на здоровье человека, его

поведение, продуктивность профессиональной деятельности, оказывает негативное влияние на качество социальной жизни, как отдельного человека, так и общества в целом.

Высокий уровень проявления личностной тревожности относится к деструктивному уровню тревожности. Р. Мэй подробнее характеризует деструктивный уровень тревожности, описывая его, как «тревожность, создающая фон жизнедеятельности, угнетающей психику» [23]. А. Н. Нехорошкова дополняет, что патологическая тревожность подавляет адаптационные возможности организма [26]. Исследования Е. Р. Хабировой показывают, что тревожность влияет на формирование психосоматических патологий [44].

Наличие высокого уровня проявления личностной тревожности требует коррекции, а для этого нужно понимать причины, способствующие формированию личностной тревожности. Чтобы определить причины необходимо учитывать два подхода: первый – определяет тревожность как личностное образование, а второй – как свойство темперамента.

При рассмотрении тревожности как одного из свойств темперамента за основу берутся врожденные свойства – особенности нервной и эндокринной систем, в том числе сила или слабость нервных процессов. В результате у человека есть заведомо низкий эмоциональный порог тревоги, который усугубляется различными обстоятельствами реальности.

Для понимания тревожности как относительно устойчивого личностного свойства, необходимо уделить особое внимание роли личностных и социальных факторов ее возникновения и консолидации и, прежде всего, особенностям межличностного общения, именно, этот подход вызывает у нас наибольший интерес.

Одним из первых ученых, кто обратил внимание на связь тревожности и межличностных отношений, был американский психолог Г. С. Салливан, который считал, что тревожность сопутствует человеку в любой ситуации, при которой предполагается взаимодействие с другими людьми, а поскольку

мы живем в обществе, тревожность может сопровождать нас повсюду: «Тревожность начинается в раннем опыте и проходит через всю жизнь, как уникальное, значимое эмоциональное переживание. Тревожность связана с другими людьми. Она порождает в нас чувство ненадежности, когда мы порти́м отношения с другими людьми» [61, Т. 2, с. 228].

При этом Г. С. Салливан отметил, что, если у ребенка с детства сформировано чувство межличностной надежности, оно будет препятствовать развитию тревожности и чрезмерному ее проявлению.

Г. С. Салливан полагал, что судьба человека зависит от того, кто был у колыбели ребенка (самоотверженная или наоборот, эгоцентричная, деспотичная мать, была ли она стабильной или невротичной) и как складывались эмоциональные отношения в системе «мать – дитя» в период от шести месяцев до двух лет жизни. Он считал, что хотя в межличностных (интерперсональных) отношениях взрослый человек приобретает новый жизненный опыт, совершенствует свое поведение, ядро фиксированных детских переживаний, стиль поведения (подозрительность, агрессивность, беспокойство, тревога, стремление избегать контактов, и т. д.) при неблагоприятном опыте отношений с матерью сохраняется на всю жизнь, а в межличностных отношениях взрослые невротики находят только новые стимулы, чтобы улучшить свои защитные механизмы, руководствуясь принципом: «максимальное удовлетворение при максимальной безопасности», что позволяет им облегчить или уменьшить беспокойство и страх в этих отношениях (Sullivan, 1953) [61].

На неудовлетворенные потребности в межличностной надежности обратила внимание в своих исследованиях и К. Хорни, подчеркивая роль окружающей среды в возникновении тревожности у ребенка. У каждого ребенка есть определенные межличностные потребности – это потребность в заботе, в любви, в одобрении со стороны близких людей, и когда эти потребности удовлетворяются, то у ребенка развивается чувство безопасности и уверенности в себе. Но часто близкие люди не могут создать

для ребенка такой атмосферы и отношения с ребенком блокируются их собственными искаженными, невротическими потребностями, конфликтами и ожиданиями.

К. Хорни дает очень яркую картину такого искаженного отношения к ребенку: «...они могут быть доминирующими, гиперопекающими, запугивающими, тревожными, чрезмерно требовательными, чрезмерно снисходительными, колеблющимися, по-разному относиться к разным детям, некритичными, безразличными и т. п. Никогда не существует какого-либо одного фактора, но всегда – полная констелляция факторов, препятствующих развитию ребенка. В результате у ребенка развивается не чувство «мы», а переживание глубокой ненадежности и смутной озабоченности, для которой я использую понятие «базисная тревожность». Это чувство изолированности и беспомощности в мире, который он воспринимает как потенциально враждебный себе» [57, с. 27].

Г. С. Салливан и К. Хорни внесли существенный вклад как в исследование тревожности, так и в изучение психологии личности в целом. Согласно их исследованиям, основная причина возникновения тревожности у детей - неудовлетворенность потребности в межличностной безопасности и надежности.

Многие исследователи согласны с тем, что источник личностной тревожности следует искать в нарушении ранних детско-родительских отношений, особенно отношений «мать-ребенок» (А. И. Захаров, А. С. Спиваковская, Л. В. Петрановская, Дж. Боулби, М. Эйнсворт, Э. Эриксон, Г. С. Салливан, Б. Филлипс, К. Хорни).

Так, по мнению А. И. Захарова, тревога начинает развиваться в раннем детстве и первые проявления тревоги связаны с опасностью потери связи с определенным сообществом людей: для маленького ребенка это мать, с возрастом этот круг расширяется, и добавляются новые люди. Автор предполагает, что чувство беспокойства, которое испытывают маленькие дети в возрасте от 7 месяцев до 1 года и 2 месяцев, развитие которых

протекает без отклонений, является возможным условием дальнейшего онтогенеза тревоги. В том случае, если складывается неблагоприятная ситуация для развития ребенка, например, его окружают взрослые люди, подверженные чувству страха и тревоги или ребенок сам переживает травматический витальный опыт, тревога превращается в тревожность и становится стабильной личностной чертой. Этот процесс обычно происходит в возрасте 5-7 лет в так называемом старшем дошкольном возрасте [14, с. 22]. «Ближе к 7 и особенно к 8 годам ... можно уже говорить о развитии тревожности как об определенном эмоциональном настрое с преобладанием чувства беспокойства и боязни сделать что-либо не так – опоздать, не соответствовать общепринятым требованиям и нормам...» [14, с. 22].

Дж. Боулби, основоположник теории привязанности считает, что основной фактор, который предотвращает возникновение страха и тревоги, развивающееся ожидание того, что в опасных ситуациях объект привязанности (чаще всего это мать) всегда будет рядом. Когда ребенок приобрел этот фундамент безопасности, он осмеливается исследовать окружающий мир в присутствии своего объекта привязанности. Объект привязанности формируется в зависимости от реального опыта, с раннего детства до подросткового возраста и, по словам Дж. Боулби, держится в некотором роде всю жизнь. Наиболее важным этапом является период с шестого месяца по пятый год жизни. В этом возрасте, по мнению Дж. Боулби, важнейшей задачей развития ребенка является формирование привязанности. Частые проявления поведения привязанности к родителям значительно ослабляются только с наступлением подросткового возраста [6].

Если в раннем детстве ребенок испытывает неуверенность в том, что объект привязанности доступен ему, то, по словам Дж. Боулби (Bowlby, 1973), формируется тревожное и неопределенное поведение привязанности. Дети, которые считают мир ненадежным, недоступным, враждебным или угрожающим, позже могут испытывать сильную тревожность и формировать поведенческие модели избегания.

Если ребенку не дают испытывать тепло, близость и непрерывные отношения с матерью или другим объектом привязанности, то нарушается гомеостаз. Дж. Боулби называет это состояние депривацией (лишение, ограничение, недостаток возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей) [7].

Именно депривацию (травму депривации) мы считаем первичной психотравмой, способствующей формированию личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА).

1.2 Алкогольно-зависимая семья как фактор формирования личностной тревожности как первичной психотравмы

В классическом психоанализе под первичной психотравмой подразумевается травма рождения. По мнению психоаналитиков, тревожность является врожденным свойством личности, формирование которой неизбежно.

З. Фрейд считал, что тревожность, как и все остальные психологические проблемы, возникает в детстве. Согласно классическому психоанализу, появление человека на свет – это первая и самая тяжелая психотравма, которая является причиной возникновения тревожности в более позднем возрасте. Любой страх в основе сводится к физиологической травме рождения, а именно удушью (асфиксии) [50].

Идею З. Фрейда развил О. Ранк, абсолютизируя первостепенное значение травмы рождения, как первопричины хронической (базальной) тревоги и, соответственно, основы для развития депрессии. Появление на свет, в его представлении, столь ужасна для человеческой психики, что является причиной разнообразных неврозов, настигающих человека по мере его взросления [33].

За идею «родовой, первичной травмы», накладывающей неизгладимый опечаток на всю последующую жизнь человека, взялся так же чешский

психолог С. Гроф. Он развил из теории Отто Ранка концепцию перинатальных матриц. В ней он пошел дальше, заявив, что у человеческого плода в процессе внутриутробного развития происходит формирование перинатальной психики, которую следует отнести к области бессознательного. Соответственно, можно говорить об отдельных четырех ее частях, развитие которых, согласно идее С. Грофа, соответствует определенным этапам беременности и родов. Эти части получили название базовых перинатальных матриц (БПМ) [13].

Рождение – это физиологический процесс, который требует усилий и напряжения не только от матери, но и от плода. Все люди рождаются на свет в муках, но не все страдают всю жизнь тревожно-депрессивными переживаниями, поэтому мы не будем видеть причину всех страданий взрослого человека в травме его рождения.

Вероятно, травму рождения невозможно было бы пережить, если бы ребенок рождался со сформированной психикой и травматические переживания преследовали бы его всю жизнь, как это бывает, например, в случае военных неврозов, но психическое рождение ребенка значительно отстает от его физического рождения по мнению психиатра М. Малер [20].

Травму рождения переживают все люди, но психические нарушения формируются в процессе нарушенного формирования психики, а не в результате травмы рождения.

Ребенок по причине своего рождения испытывает стресс, порождающий тревогу, но не может испытывать страх (в силу своей психической незрелости), то есть бояться чего-то конкретного, например, больших людей в белых халатах, которые его окружают. Из-за незрелости своего восприятия он еще не может различать окружающих его людей как объекты, в первые минуты после рождения ребенок видит только ослепительный свет, зажмуривает глаза и кричит. Таким образом, тревога – это первый опыт, который мы испытываем в своей жизни. У ребенка еще не

сформирована психика, и он не может справиться с тревогой в одиночку, ослабить эту тревогу может только мать или лицо ее замещающее.

Рождение нарушает первоначальное физиологическое единство между матерью и ребенком, и если эта связь не будет восстановлена, то последствия могут быть катастрофическими. Каким будет это новое единство, зависит от отношения матери к ребенку. Должны быть удовлетворены не только его физиологические потребности, но и постоянная потребность в эмоциональном и физическом контакте, которые заменяют ему физиологическое единство с матерью.

В первый год жизни ребенка между ним и матерью (другим ухаживающим взрослым) формируется стабильная и надежная привязанность (форма эмоционального общения, основанная на удовлетворении взрослым потребностей ребенка в безопасности и любви). Это самая главная задача, которую должны выполнить родители (в первую очередь мама). Чтобы ребенок вырос сильным, жизнестойким, способным на глубокие отношения и уверенным в себе, в первый год рядом с ним всегда должен находиться его главный взрослый – тот, кто обеспечивает для него защиту, уход и заботу.

Малыш нуждается в постоянном присутствии матери, без которой он не может выжить. Если мама всегда рядом, она достаточно спокойна, доступна и отзывчива, то у ребенка складывается глубокое представление о стабильности окружающего мира, его доброжелательности и безопасности. Такие отношения дают ребенку возможность сформировать стабильную структуру личности.

Между ребенком и матерью устанавливаются такие отношения, которые позволяют ребенку сформировать чувство «базового доверия к миру». Присутствие матери как объекта привязанности дает ребенку уверенную точку опоры. Это позволяет регулировать, уменьшать беспокойство. Мама служит отправной точкой для знакомства с миром. Ребенок, располагая маминой защитой, учится быть уверенным и активным.

По мере уменьшения зависимости «экскурсии» становятся все более продолжительными, и, наконец, личность может существовать без тревоги вдали от объекта привязанности. Поэтому большинство детей, у которых в первые годы жизни сформировалась надежная связь с матерью, в дальнейшем развивают самостоятельность и независимость.

Понятие «базовое доверие к миру» появилось благодаря знаменитому психологу Эрику Эриксону и его теории психосоциального развития личности, в которой он описывает восемь стадий развития личности. В ней он описал, в каком возрасте и в какой последовательности формируются те или иные качества, а главное, чему человек должен научиться на каждой ступени своего развития, чтобы стать полноценной и самостоятельной личностью [50].

От рождения до года - первый этап, на котором закладываются основы здоровой личности в виде общего чувства доверия. По словам Э. Эриксона степень развития чувства доверия ребенка к другим людям и миру зависит от качества материнской заботы. Он пишет: «Я полагаю, что матери формируют чувство доверия у своих детей благодаря такому обращению, которое по своей сути состоит из чуткой заботы об индивидуальных потребностях ребенка и отчетливого ощущения того, что она сама – тот человек, которому можно доверять, в том понимании слова «доверие», которое существует в данной культуре применительно к данному стилю жизни. Благодаря этому у ребенка закладывается основа для чувства «все хорошо»; для появления чувства тождества; для становления тем, кем он станет, согласно надеждам других» [55, с. 249].

А. С. Спиваковская в своей книге «Как быть родителями» пишет о том, какое влияние оказывает столь ранний младенческий опыт общения с матерью на последующую жизнь ребенка: «...прежде всего, влияние этого контакта отчетливо прослеживается во всех тех случаях, когда по тем или иным причинам он нарушался» [37] «в уникальных и широко известных опытах американского зоопсихолога Харлоу показано, что детеныши

обезьянок, выросшие в изоляции от матери, в условиях, когда потребность в любви и привязанности не удовлетворялась, оказались не способны к установлению контактов с другими обезьянами. Эмоции страха и отчаяния настолько господствовали в их эмоциональном мире, что делали невозможной социализацию в любой форме» [37, с. 26]. Там же она пишет: «...Материнское отношение в первые месяцы жизни, создавая эмоционально переживаемое ощущение безопасности, привязанности, становится первым «социальным зеркалом» ребенка. Именно через связь с матерью ребенок ощущает себя тем или другим в мире: принимаемым, любимым или отвергаемым, нелюбимым» [37, с. 26].

Психолог Л. В. Петрановская в книге «Тайная опора: привязанность в жизни ребенка» отмечает, что: «...с первых же минут жизни ребенка между ним и матерью начинают стремительно завязываться нити будущих отношений. Каждое кормление, каждый взгляд, каждое касание, каждый вдох неповторимого запаха – это тонкая, но прочная нить, соединяющая их навсегда, растущая в их души. Нитей становится все больше, они сплетаются, накладываются друг на друга и вот уже мать и ребенок соединены новой, не материальной, а психологической пуповиной, по которой теперь будут идти от матери к ребенку защита и забота, а от него к ней – доверие и безоглядная любовь. Вот это и есть привязанность – психологическая пуповина, глубокая эмоциональная связь между родителем и ребенком» [28, с. 13].

К сожалению, не все матери способны подарить своему ребенку безусловную любовь и заботу. Если у матери нет сил находиться с ребенком в постоянном контакте, прогнозировать и удовлетворять все его непрерывные потребности, ребенок, «покинутый» матерью, не имеющей на него жизненных сил, остается один в ужасе продолжающейся родовой травмы, которая никак не заканчивается, и ребенок испытывает хроническое чувство беспомощности. Это мешает нормальному формированию Эго ребенка, где окружающий мир воспринимается как ненадежный,

непонятный, несправедливый, враждебный, безжалостный и ужасный – так возникает базальное недоверие. Следствием этого является то, что К. Хорни назвала базальной тревогой, представленное чувством внутренней слабости и беспомощности и переживаемым ребенком по отношению к потенциально опасному внешнему миру. Базальная тревога является платформой, основой для формирования у ребенка тревожности как устойчивого личностного качества в будущем.

Всем, рожденным на свет, свойственно чувство беспомощности. Но, будет ли это чувство базальным ядром, вокруг которого формируется психика ребенка, или же будет компенсировано любовью матери в ближайшие месяцы его развития, зависит от того, как мать сможет удовлетворить физиологические и эмоциональные потребности своего ребенка.

Рассмотрим вышесказанное на примере тех, кто родился и вырос в алкогольно-зависимой (дисфункциональной) семье.

Синдром ВДА (взрослые дети алкоголиков) относится к тем людям, которые были воспитаны в семье, где по крайней мере один из родителей страдал алкогольной зависимостью. Не каждый человек, выросший в семье с проблемой алкогольной зависимости, имеет функции ВДА. Это касается тех людей, которые пострадали или продолжают страдать, пребывая в неблагоприятной окружающей среде, обремененной аддиктивной проблемой.

По мнению Софии Соболевска-Меллибруда [60] «синдром ВДА – это сложное структурное образование проблем и расстройств, вызванных деструктивными личностными схемами, возникшими в детстве в алкогольной семье, которые затрудняют адекватный и непосредственный контакт с актуальной реальностью и провоцируют психологическое застревание в травматическом прошлом».

Алкогольно-зависимые (дисфункциональные) семьи являются почвой для развития зависимостей и разнообразных проблем (психосоматических

заболеваний, тревожно-депрессивных состояний и др.), в возникновении которых важную роль играют травматические события детства. В алкогольно-зависимой семье, если один родитель болен алкоголизмом, то и второй родитель не здоров. В современной науке это выделяют в особое состояние, определяемое как созависимость, являющееся видом нехимической аддикции, характеризующейся изменениями в личности человека, находящегося в симбиотической связи с зависимым лицом. И зависимость, и созависимость предполагают определенную модель поведения, обобщенно говоря, определяемую как нездоровое поведение. И зависимые и созависимые родители не могут успешно выполнять свои родительские функции. «Созависимость, хотя и не является болезнью в строго медицинском смысле, нуждается в исправлении. Созависимые родители и сами не чувствуют себя комфортно, и детям не позволяют гармонично развиваться» [22, с. 70].

Если ребенок родился в семье, где мать страдает алкогольной зависимостью, то у ребенка с первых дней возникает дефицит общения с ней, которая должна стать по своей сути первым и главным представителем социальной среды, той, кто призван обеспечить безопасность и защиту. Этот дефицит включает недостаточность сенсорных, эмоциональных, речевых и других воздействий. В силу болезни, она не в состоянии удовлетворять как физиологические, так и психологические потребности своего младенца.

Созависимой матери также сложно обеспечить ребенку чувство безопасности и дать безусловную любовь. Она зависима от поведения и эмоционального состояния больного алкоголизмом, что истощает всю ее психическую энергию, и она не может естественно выражать свою любовь к детям. Она часто раздражена, нервничает, тревожится, постоянно о чем-то беспокоится. Это состояние тревоги и передается ребенку. Встревоженной матери трудно быть чувствительной к инициативам ребенка, быть внимательной к его интересам. Беспокойство может подталкивать ее к гиперопеке. При таком стиле отношений окружающий мир кажется ребенку

совсем не добрым и безопасным, а, напротив, – ненадежным, непредсказуемым и опасным.

В алкогольно-зависимой семье малыш испытывает хроническое чувство беспомощности, что порождает тревогу, базальную тревогу, хроническую тревогу и причина этой тревоги у ребенка не в депрессии и повышенной тревожности родителей, которой они «заражают малыша». Все дело здесь в депривации: в силу своих психологических особенностей ни зависимый родитель, ни созависимый, не могут создать необходимые условия любви и заботы для младенца, не могут дать возможность ему чувствовать себя в безопасности и этим обеспечить ему непрерывное и равномерное развитие психики. Причинами такой невозможности являются психологические и личностные особенности, присущие людям, страдающим теми или иными зависимостями и имеющих созависимость (Приложение В).

Проявления психоэмоциональной депривации обнаруживают себя в нарушениях физического и эмоционального контакта с ребенком в первые месяцы жизни. Речь идет не о физических лишениях, а исключительно о недостаточном удовлетворении основных психических потребностей, прежде всего, о недостатке любви, заботы, ласки; недостатке внешних стимулов (зрительных, слуховых, тактильных), источником которых на первом году жизни является мать, и которые заменяют малышу физиологическое единство с ней.

Детское чувство безопасности или его недостаток всецело обусловлено качеством эмоциональной, физической и невербальной коммуникации в первичных зависимых отношениях [53], другими словами, чувство безопасности развивается благодаря постоянному присутствию и эмоциональной отзывчивости родителя, его последовательности, надежности. Глубинное чувство безопасности лежит в основе всего. Без этого чувства почти ничего нельзя сделать. Невозможно сосредоточиться на развитии. На беспокойство о безопасности уходит почти вся энергия.

Потребность «в надежности, защищенности со стороны ближайшего окружения» продолжает оставаться основной (ведущей) потребностью ребенка вплоть до подросткового возраста [21, с. 34]. А.М. Прихожан в своей работе «Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст» пишет: «В дошкольном и младшем школьном возрастах ситуация в семье, отношения с близкими взрослыми провоцируют переживание ребенком постоянных психологических микротравм и порождают состояние аффективной напряженности и беспокойства, носящее реактивный характер. Ребенок постоянно чувствует незащищенность, отсутствие опоры в близком окружении и потому беспомощность» [29, с. 103-104]; «Все это, а также то, что они запоминают преимущественно негативные события, ведет к накоплению отрицательного эмоционального опыта, который постоянно увеличивается по закону «замкнутого психологического круга» и находит свое выражение в относительно устойчивом переживании тревожности» [29, с. 104]. «Таким образом, у дошкольников и младших школьников тревожность возникает вследствие фрустрации потребности в надежности, защищенности со стороны ближайшего окружения и отражает неудовлетворенность именно этой потребности, которую можно рассматривать в этом возрасте как ведущую. В эти периоды тревожность еще не является собственно личностным образованием, она представляет собой функцию неблагоприятных взаимоотношений с близкими взрослыми» [29, с. 104].

Далее А. М. Прихожан отмечает, что «устойчивым личностным образованием тревожность становится в подростковом возрасте, опосредствуясь особенностями Я-концепции, отношения к себе. До этого она является производной широкого круга семейных нарушений. Закрепление и усиление тревожности происходит по механизму «замкнутого психологического круга», ведущего к накоплению и углублению отрицательного эмоционального опыта, который, порождая, в свою очередь, негативные прогностические оценки и определяя во многом модальность

актуальных переживаний, способствует увеличению и сохранению тревожности» [29, с. 104-105].

Она подчеркивает, что возникновение и закрепление тревожности как устойчивого образования связаны с неудовлетворением ведущих возрастных потребностей ребенка, которые приобретают гипертрофированный характер [48].

В алкогольно-зависимой семье мало, что может быть надежным, безопасным и контролируемым. Для такой семьи характерно хроническое скрытое напряжение и беспокойство. Дети находятся в состоянии постоянной тревоги, потому что они не уверены не только в завтрашнем дне, но и в том, что произойдет в ближайшие часы. Гнев, вообще, не поддается пониманию, он бессмысленный и постоянный. В алкогольно-зависимых семьях возможны не только оскорбления, но и насилие. Детям в таких семьях мир не кажется безопасным, они должны быть готовы к худшему. Нет ощущения радости, покоя и уверенности в завтрашнем дне [22].

Правила алкогольно-зависимой (дисфункциональной) семьи – это правило трех «НЕ»: «не говори», «не чувствуй», «не доверяй» [22, с. 51].

Механизм формирования тревожности как личностного свойства подробно описан многими исследователями этого явления. Например, Л. М. Костина в своей работе «Игровая терапия с тревожными детьми» ссылаясь на Ж. М. Глозман и В. В. Зоткина, пишет: «Структурные изменения личности формируются не сразу, а постепенно, по мере закрепления отрицательных личностных установок, тенденций воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги». Иными словами, множественное воспроизведение ситуаций, сопровождающихся значительным повышением уровня тревоги, является условием для формирования устойчивой готовности к неоднократному проживанию этого состояния, то есть к привыканию [18, с. 15]. Постоянно испытывая чувство тревоги, индивид фокусируется на негативных эмоциях и

переживаниях, которые в будущем перерастают в такое свойство личности, как тревожность [51].

Исходя из вышесказанного, мы пришли к выводу, что депривация в младенчестве и раннем детстве, является причиной возникновения базальной тревожности, хронической тревожности, а дальнейшее пребывание ребенка в нездоровой, тревожной, агрессивной среде, которой и является алкогольно-зависимая (дисфункциональная) семья, способствует закреплению тревожности как личностного свойства уже к подростковому возрасту. Другими словами, депривация является причиной возникновения и закрепления тревожности как устойчивого личностного образования и сопровождает человека во взрослой жизни.

Высокий уровень проявления личностной тревожности оказывает деструктивное влияние на все сферы психической жизни человека: взаимоотношения с собственной личностью, взаимоотношения с другими, эмоциональность, образ жизни, а также способствует формированию психосоматических расстройств.

Однако личностная тревожность не является психическим расстройством, не возводится в качестве «диагноза», а значит не подлежит медикаментозному и психиатрическому лечению, развиваясь в рамках симптома. Таким образом, средства коррекции подбираются на психологическом уровне и способствуют снижению уровня тревожности и повышению качества жизни человека.

1.3 Коррекционная работа психолога по снижению личностной тревожности как первичной психотравмы

Тревожность, как личностная черта, характеристика личности, является частью представления человека о себе. А. М. Прихожан отмечает: «Как и любое сложное психологическое образование, тревожность характеризуется сложным строением, включающим когнитивный, эмоциональный и

операциональный аспекты, при доминировании эмоционального» [29, с. 104]. Изменение свойств характера требует весьма длительной работы, но личностная тревожность поддается психологической коррекции, целью которой является «исправление отклонений в развитии», другими словами, выявление и устранение причин, вызывающих повышенную тревожность [27, с. 14].

А. А. Осипова дает следующее определение психокоррекции: «Психокоррекция – это система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия» [27, с. 7]. «Психокоррекции подлежат недостатки, не имеющие органической основы и не представляющие собой такие устойчивые качества, которые формируются довольно рано и в дальнейшем практически не изменяются» [27, с. 7].

Существует разница между понятиями «психотерапия» и «психокоррекция». По мнению Р. С. Немова, разница состоит в следующем: психотерапия – это система медико-психологических инструментов, используемых врачом для лечения различных заболеваний, психокоррекция – ряд психологических приемов, используемых психологом для исправления недостатков психологии или поведения психически здорового человека, поэтому тех, кто обращается за помощью к психотерапевту называют пациентами, а тех, кто нуждается в коррекционной помощи – клиентами [27].

В своей работе А. А. Осипова пишет, что у психокоррекционного процесса есть специфические черты, отличающие его от психотерапии. По ее мнению, «...психокоррекция ориентирована на клинически здоровую личность людей, имеющих в повседневной жизни психологические трудности, проблемы, жалобы невротического характера, а также на людей, чувствующих себя хорошо, однако желающих изменить свою жизнь либо ставящих перед собой цели развития личности» [27, с. 7]. Также она систематизирует все нюансы, отличающие психокоррекцию и говорит, что «...коррекция ориентируется на здоровые стороны личности независимо от

степени нарушения. ...В психокоррекции чаще ориентируются на настоящее и будущее клиентов. ...Психокоррекция обычно ориентируется на среднесрочную помощь (в отличие от краткосрочной – до 15 встреч – помощи при консультировании и долгосрочной – до нескольких лет – помощи при психотерапии). ...В психокоррекции акцентируется ценностный вклад психолога, хотя отклоняется навязывание определенных ценностей клиенту. ...Психокоррекционные воздействия направлены на изменение поведения и развитие личности клиента» [27, с. 7].

Далее А. А. Осипова, структурируя деятельность специалиста, объясняет, каким образом классифицируются психокоррекционные мероприятия:

- по «характеру направленности»: симптоматическая (коррекция симптомов) и каузальная (причинная) коррекция [27, с. 8];
- по «содержанию»: коррекция познавательной сферы личности, аффективно-волевой сферы, поведенческих аспектов, межличностных отношений [27, с. 8];
- по «форме работы» с клиентом: индивидуальная, групповая, в закрытой естественной группе (семья, класс, сотрудники и т.д.), в открытой группе для клиентов со сходными проблемами, смешанная форма (индивидуально-групповая) [27, с. 9];
- по «наличию программ» [27, с. 9] – программированная, импровизированная;
- по «характеру управления корректирующими воздействиями» [27, с. 9]
- директивная и недирективная;
- по «продолжительности» – сверхкороткая (сверхбыстрая), короткая (быстрая), длительная и сверхдлительная [27, с. 9];
- по «масштабу решаемых задач» – общая, частная, специальная [27, с. 9].

Несмотря на различие в теориях, целях, процедурах и формах коррекционной работы, психологическое воздействие сводится к тому, что

один человек (психолог, психокорректор) активно и целенаправленно действует с целью помочь другому (клиенту), нуждающемуся в психологической помощи.

Основными принципами психокоррекционной работы являются «...принцип единства диагностики и коррекции, принцип нормативности развития, принцип коррекции «сверху вниз», принцип коррекции «снизу вверх», принцип системности развития психической деятельности, деятельностный принцип коррекции» [27, с. 11].

Выбор методов и приемов коррекционной работы, определение критериев оценки ее успеха в конечном счете будут определяться ее целями.

А. А. Осипова подробно описывает какими правилами необходимо руководствоваться при конкретизации целей. Она указывает, что «Цели коррекции должны формулироваться в позитивной, а не в негативной форме. Определение целей коррекции не должно начинаться со слова «не», не должно носить запретительного характера, ограничивающего возможности личностного развития и проявления инициативы клиента» [27, с. 15]. Помимо этого, важной составляющей является положение о том, что «цели коррекции должны быть реалистичны и соотнесены с продолжительностью коррекционной работы и возможностями переноса клиентом нового позитивного опыта и усвоенных на коррекционных занятиях способов действий в реальную практику жизненных отношений. Если цели далеки от реальности, то психокоррекционная программа являет собой большее зло, чем ее отсутствие, так как опасность состоит в том, что создается впечатление, что делается что-то полезное, и поэтому заменяет собой более существенные усилия» [27, с. 16]. Значимым, как для организации работы, так и для ее реализации, является необходимость «...учитывать дальнюю и ближайшую перспективу развития личности и планировать как конкретные показатели личностного и интеллектуального развития клиента к окончанию коррекционной программы, так и возможности отражения этих показателей в особенностях деятельности и общения клиента на последующих стадиях его

развития» [27, с. 16-17]. А. А. Осипова также делает важное замечание об отслеживании результатов психокоррекционного воздействия, оказываемого психологом. Она говорит, что «...нужно помнить, что эффекты коррекционной работы проявляются на протяжении достаточно длительного временного интервала, начиная с процесса коррекционной работы и до момента ее завершения. И лишь примерно полгода спустя можно окончательно говорить о закреплении или об утере клиентом позитивных эффектов коррекционной работы» [27, с. 16-17].

Традиционно, в коррекции личностной тревожности у взрослых, успешно применяются разнообразные подходы психокоррекции. По мнению специалистов, самыми значимыми из них являются следующие.

Когнитивно-поведенческая терапия (коррекция) – лидер в современной психотерапии (коррекции). Создателем когнитивной психотерапии (коррекции), как одного из направлений современного когнитивно-бихевиорального (когнитивно-поведенческого) направления в психотерапии является американский психотерапевт А. Бек. Когнитивный подход состоит из предположения, что психологические проблемы индивида вызваны когнитивными ошибками (нелогичными или нецелесообразными мыслями и убеждениями), изменив которые, можно изменить эмоции, настроение и поведение индивида, а, стало быть, и решить проблему. Поведенческий подход (основанный на теории бихевиоризма) предполагает изменение поведения человека через поощрение и подкрепление желательных форм поведения и отсутствие подкрепления нежелательных форм поведения. Поведенческие изменения же, в свою очередь, приведут к изменению эмоций и стереотипов мышления. «Когниции» (мысли, убеждения) оказывают большое влияние на чувства, ощущения в теле и на поведение индивида и часто само событие оказывает на него незначительное влияние, гораздо значительное влияние оказывает то, что он думает и как оценивает значение этого события. Основная идея когнитивно-поведенческой терапии

(коррекции) заключается в понимании того, что чувства определяются мыслями, а не внешними факторами [1, с. 307].

Когнитивно-поведенческая терапия (коррекция) относится к категории вербальной психотерапии. Во время сессий специалист концентрируется не только на изменении убеждений, которые подпитывают беспокойство, а еще и помогает выработать новые навыки.

В процессе терапии клиент «научается» идентифицировать и устранять дисфункциональные убеждения, реорганизовывать образ жизни (например, по-новому организовать режим труда и отдыха), формировать новые, конструктивные модели поведения, и, следовательно, разрешать и внутренние, и межличностные конфликты.

Экспозиционная терапия (коррекция) является основным методом поведенческой терапии (коррекции) и неотъемлемой частью когнитивно-поведенческой терапии (коррекции). Поведенческое направление в психокоррекционной работе берет свое начало от работ Д. Вольпе и А. Лазаруса, хотя корни его уходят в бихевиоризм Д. Уотсона и Э. Торндайка [27]. «Экспозиционная терапия» направлена на избавление индивида от тревожного расстройства путем прямого столкновения со стрессовой ситуацией и переподготовку индивида [1, с. 273, 328].

Цель экспозиционной терапии – непосредственная встреча со стрессовой ситуацией и демонстрация ее безопасности, не включая различные копинг-стратегии (способы компенсации и избегания).

Варианты экспозиций (варианты встречи клиента со стрессовой ситуацией):

- воздействие в естественных условиях. В этом случае клиент напрямую сталкивается с проблемной ситуацией в реальных условиях, например, метрофоб идет в метро;
- воздействие в воображении. В данном варианте, экспозиции представлены в воображении клиента. Для воздействия могут учитываться как различные травматические воспоминания, так и

возможные будущие действия (например, страх собаки может быть нейтрализован путем воображения и планирования игры с собакой или нападения с ее стороны);

– моделирование ситуации. Этот вариант является промежуточным между предыдущими. Проблемная ситуация моделируется, например, через ролевую игру со специалистом (специалист может представить ситуацию общения для социофобного клиента), либо с помощью простого письма, разговора или фильма на определенную тему;

– также получает распространение VR-терапия, где стрессовая ситуация изображается с помощью очков виртуальной реальности [58].

Телесно-ориентированная терапия (коррекция). Исторически, самая древняя из всех видов терапии, основанная на том, что тело и психика функционально объединены и взаимосвязаны. В настоящее время это самостоятельное направление психофизиологии, в котором специалист работает с телом, а через тело клиента с психикой, чтобы выявить неосознаваемые причины расстройства здоровья, решить его психологические проблемы и установить контакт человека не только с телом, но и со всем, что с ним связано и на нем основано: чувствами, мыслями, убеждениями, стратегиями поведения и выбора. Телесно-ориентированная терапия – это сложный и тонкий метод воздействия на тело в сочетании с психологическим анализом сопутствующих телесных импульсов и эмоциональных реакций человека.

Начало телесно-ориентированной психотерапии положил В. Райх. Несмотря на то, что он был приверженцем психоанализа и учеником З. Фрейда, В. Райх сосредоточился на связи психики и чувств человека с его телом, а в своем терапевтическом подходе основным методом воздействия сделал именно тело человека. В своем труде «Характероанализ» В. Райх определил, что характер – это совокупность устойчивых психических особенностей, которые проявляются в определенных жизненных ситуациях в типичных способах поведения. Он обратил внимание, что доминирующие

черты характера часто проявляются в телесной сфере и выражаются в походке, позе, жестах, мимике. Он считал, что мышечное напряжение – зажимы в виде панциря, выполняет ту же функцию, что и психологические черты характера, и если разрушить «мышечный панцирь», то это приведет к высвобождению эмоций, восстановлению правильного распределения энергии в организме, повышению общего энергетического потенциала, гармонии тела и психики [34, с. 193].

В практике телесно-ориентированной психотерапии (коррекции) используются различные методы: биоэнергетика Александра Лоуэна, структурная интеграция (рольфинг), метод Александера, метод Фельденкрайза. Единство всех методов заключается в одном – это работа с телом человека для улучшения его физического и эмоционального состояния.

Арт-терапия. Это направление в психотерапии и психологической коррекции, целью которого является гармонизация психоэмоционального состояния человека на основе самовыражения через искусство и творчество. Термин «арт-терапия» (лечение искусством) ввел в 1938 году художник А. Хилл при описании своей работы с больными туберкулезом в санаториях. В настоящее время арт-терапия – это одно из самых интересных, молодых и динамично-развивающихся направлений в психотерапии. Ценность этого направления заключается в том, что на символическом уровне можно выразить и исследовать самые разнообразные чувства и эмоции. Техники арт-терапии основаны на убеждении, что содержание внутреннего «Я» человека отражается в зрительных образах каждый раз, когда он рисует, пишет картину или лепит скульптуру, в результате чего происходит гармонизация состояния психики. Невербальные средства арт-терапии наиболее аутентичны для выражения и прояснения травмирующего эмоционального состояния и позволяют говорить с клиентом о важных и проблемных для него темах, не травмируя его чувства. Арт-техники активно применяются для коррекции тревожности у детей и подростков, однако и взрослые участники отмечают, что нахождение внутри арт-процессов

помогает им снять напряжение, выразив его в безопасной, здоровой форме, усилить ощущение собственной значимости, ценности, неповторимости. В арт-терапевтическом процессе центральной фигурой является не клиент, как «больной» человек, а личность, которая стремится к саморазвитию и расширению своих возможностей [27].

Арт-терапия в начале своего развития отражала психоаналитические взгляды З. Фрейда и К. Г. Юнга, в которых конечный продукт художественной деятельности клиента (рисунок, скульптура, инсталляция) выражает его бессознательные психические процессы. З. Фрейд пишет, что «психическая конституция художника, по-видимому, включает сильную способность к сублимации и определенную степень пластичности в подавлении желаний, что играет решающую роль в психическом конфликте. В то время как обычные люди не имеют способности удовлетворяться фантазиями, художник знает, как обращаться с ними, для того чтобы они утрачивали личный оттенок и могли радовать других» [10, с. 376]. Другие люди, воспринимающие произведение искусства, также способны удовлетворить свои бессознательные потребности с помощью механизма сублимации.

К. Г. Юнг считал изобразительное творчество чрезвычайно важным инструментом для реализации самоисцеляющих возможностей психики. «Самое важное в изобразительном искусстве, – пишет К. Юнг, – это умение подниматься над личной жизнью и говорить от лица духа, от сердца поэта – для духа и сердца человечества. Личное ограничивает и является даже грехом в изобразительном искусстве» [10, с. 194].

Арт-терапия – это не только изотерапия (рисуночная терапия), основанная на изобразительном искусстве. Существует большое разнообразие арт-терапевтических методов и техник: игровая терапия, сказкотерапия, драматерапия, танцевальная терапия, музыкотерапия, куклотерапия, песочная терапия, глиноterapia, фототерапия.

Арт-терапия может использоваться как в качестве основного метода, так и в качестве одного из вспомогательных методов.

Преимущество арт-терапии заключается в том, что клиент, наряду с консультацией специалиста, способен применять отдельные арт-терапевтические приемы и упражнения совершенно самостоятельно. Например, моделирование конфликтной ситуации художественными средствами может помочь изучить и реализовать собственное поведение в состоянии стресса, идентифицировать чувства, переживания, отношение к ситуации и ее исходу, что в итоге позволит снять эмоциональную боль, посмотреть на травматическую ситуацию по-новому, изменить отношение к ней. Другими словами, образное художественное творчество по своим результатам и по скорости снятия напряжения может быть сравнимо с плацебо-эффектом.

Для снятия тревожности также применяются различные техники релаксации: прогрессивная мышечная релаксация, разработанная Э. Якобсоном, дыхательные техники, медитативные техники.

Все вышеперечисленные виды психотерапии (коррекции) являются эффективными методами коррекции повышенной тревожности, однако не уделяют должного внимания проблемам и травмам прошлого.

Жизнь в алкогольно-зависимой семье у ребенка, в любом случае, носит травматический характер, поэтому те или иные черты личности у взрослого такого ребенка, обнаруживают черты травмы, а травма и любой негативный опыт, полученный в детстве, «надламывает» нормальное гармоничное развитие личности и этот надлом накладывает отпечаток на всю жизнь индивида, поэтому для коррекции личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) необходим такой метод психокоррекции, который прежде всего поможет им справиться с последствиями первичной психотравмы, которой является депривация в раннем детстве, ставшая причиной формирования тревожности, как устойчивой личностной черты, а

также поможет им преодолеть трудности во взаимоотношениях с собственной личностью и с другими людьми.

Поэтому на наш взгляд для коррекции личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков необходим интегративный подход и таким подходом является схематическая терапия (коррекция), цель которой, в первую очередь, помочь человеку удовлетворить его основные эмоциональные потребности, а также помочь понять и изменять свои деструктивные убеждения и модели поведения на конструктивные, что в итоге будет способствовать снижению высокого уровня проявления личностной тревожности и повышению качества жизни индивида. Не смотря на интегративный подход схематическая терапия (коррекция) сохраняет принцип когнитивной терапии – ориентация «...на практическое решение проблем...» [52, с. 12].

Схемная (схематическая) терапия (англ. *schema therapy*) – метод психотерапии, разработанный доктором Джеффри Янгом (Dr. Jeffrey E. Young), который, будучи учеником основателя когнитивной терапии А. Бека, разработал метод помощи депрессивным пациентам, в отношении которых оказывались неэффективными методы когнитивно-поведенческой психотерапии.

Схема-терапия (схематическая) – интегративный подход, вытекающий из поведенческой терапии, но трансформирующийся в идеи психоаналитической терапии, теории объектных отношений, теории привязанности, транзакционного анализа и гештальт-терапии.

Схематическая терапия (коррекция) включает в себя следующие особенности: сосредоточенность на переработке воспоминаний о травматическом раннем опыте, активное использование экспериментальных техник, таких как техники имажинации, для изменения негативных эмоций, связанных с этим опытом, концептуализация психотерапевтических отношений как ограниченного родительства, чтобы создать условия переживания позитивного опыта взаимодействия, который не получил

клиент в детстве (со всеми необходимыми соблюдениями этических и профессиональных ограничений), опора на модель схем-режимов, которая помогает специалисту и самому клиенту понять текущие проблемы и направляет выбор терапевтических техник.

Понятие «схема» часто используется в когнитивной психологии. Схемы – это убеждения и впечатления индивида о самом себе и окружающем мире, воспринимаемые им автоматически, как должное. Мы все воспринимаем мир через призму наших схем, и в этом нет ничего патологического, так как это обычный способ, которым мы организуем свой опыт.

Проблемы возникают, когда схемы:

- возникли на основе болезненного опыта, поэтому они приводят к переживанию или ожиданию боли и негативных эмоций;
- ригидны, то есть они не меняются под влиянием реального опыта, каким бы положительным он ни был;
- провоцируют мгновенное, малосознательное и, как правило, неадаптивное поведение.

Действие таких схем не помогает, а, напротив, мешает жить человеку. Они причиняют боль, разрушают его отношения с окружающими и не позволяют ему жить осмысленной, приносящей удовлетворение жизнью. Такие схемы Джеффри Янг назвал ранними дезадаптивными схемами.

Ранняя дезадаптивная схема – это паттерн восприятия действительности, возникающий в детстве под влиянием травматических событий или плохого обращения и активирующийся на протяжении всей жизни при определенной степени сходства обстоятельств с событиями в детстве.

Джеффри Янг выделил 18 схем, которые разделены на группы, в зависимости от базовой неудовлетворенной потребности [63]. Они представляют собой основные деструктивные паттерны, воспроизводимые человеком на протяжении жизни:

1. Потребность в надежной привязанности (включая базовую безопасность, заботу, понимание, принятие, защиту). Схемы: отверженность (брошенность), недоверие / жестокое обращение, эмоциональная депривация, неполноценность (дефективность), социальная изоляция (изгнание из общества).

2. Потребность в автономии, компетентности и чувстве идентичности. Схемы: несостоятельность, уязвимость, неразвитое «Я» (зависимость), обреченность на неудачу.

3. Потребность свободно выражать свои чувства, переживания и потребности. Схемы: подчинение; самопожертвование и поиск одобрения.

4. Потребность в спонтанности и игре. Схемы: негативизм, подавление эмоций, наказание, жесткие стандарты.

5. Потребность в реалистичных границах и обучении самоконтролю. Схемы: грандиозность (избранность) и отсутствие (недостаточность) самоконтроля.

Схемы могут быть выражены в самой разной степени. Чем прочнее схемы, тем чаще они срабатывают, тем больше боли они причиняют. Чем больше у человека сильно выраженных схем, тем больше базовых потребностей ему трудно удовлетворить.

При активации схемы человек испытывает сильные негативные эмоции и использует для борьбы с ними привычные копинг-стили. Существует три базовых копинг-стиля – капитуляция, избегание и сверхкомпенсация, каждый из которых включает в себя несколько копинг-стратегий. Именно через эти три способа преодоления схемы влияют на поведение человека и делают все возможное, чтобы обеспечить собственное выживание. Независимо от копинг-стиля все действия человека приводят к усилению и подкреплению схемы [63].

Стратегия капитуляции – это способы, которыми люди пассивно вовлечены в схему. Они принимают схему как истину, а затем действуют так, чтобы подтвердить ее.

Стратегия избегания – это способы, при помощи которых люди избегают активации схем. Люди разрабатывают свои собственные способы избежать активации схемы, чтобы не чувствовать боль. Существует три типа схем избегания: когнитивное, эмоциональное и поведенческое избегание.

Стратегия гиперкомпенсации (сверхкомпенсации) – это способы, при которых индивид ведет себя таким образом, который, как ему кажется, противоположен тому, который предлагает схема, чтобы избежать ее активации. На первый взгляд может показаться, что люди, прибегающие к гиперкомпенсации, ведут себя правильно и пытаются защитить себя, но когда они пересекают определенную линию, то создают еще больше проблемных моделей поведения, которые затем фиксируют схему.

Одним из наиболее важных нововведений в схема-терапии является понятие режима. Режимы – это ежеминутные эмоционально-когнитивные состояния с особыми копинговыми реакциями:

- режимы схожи с нашим ежедневным опытом, но более тяжелые;
- режимы запускаются жизненными ситуациями, к которым мы чересчур чувствительны;
- человек может перескакивать с одного режима на другой (переключение);
- на поверхности находятся копинг-режимы, в глубине – детские режимы (потребности ребенка);
- усвоенные родительские правила, стандарты, наказания, т. е. родительские режимы.

Основные режимы схематической терапии: уязвимый и рассерженный ребенок; режимы дисфункционального родителя (требовательный родитель, критикующий родитель, вызывающий вину родитель, карающий родитель); копинговые режимы; режим «Здорового Взрослого»; режим «Счастливого Ребенка».

Режим «Здорового взрослого» – это тот режим, достичь которого стремится схема-терапия. Именно он способен обеспечить длительное

состояние благополучия. Ему соответствует принятие реальности и конструктивное решение проблем [63].

Задача схема-терапии (коррекции) заключается в задействовании процессов ослабления схемы, которое происходит последовательно – необходимо поэтапно ослабить выраженность дезадаптивных когнитивных схем, составить план совладания с неэффективными копинг-режимами, ослабить влияние дисфункциональных родительских режимов, оказать помощь внутреннему уязвимому ребенку и затем уже развить режим здорового взрослого в совокупности с сохранением «счастливого ребенка».

Цель схема-терапии (коррекции) – помочь человеку удовлетворить его основные эмоциональные потребности. Это направление подчеркивает необходимость изменения образа мышления людей, чтобы улучшить их настроение в состоянии депрессии, тревоги и гнева. Основные шаги для достижения этой цели включают обучение клиентов прекращению использования неадаптивных стилей совладания и моделей поведения, блокирующих контакт с чувствами. Происходит это путем излечения схем и уязвимых моделей поведения через поиск адекватного удовлетворения потребностей, существующих внутри и вне терапевтических отношений. Также производится установление разумных пределов для яростных, импульсивных или гиперкомпенсирующих схем и режимов, борьбы с самонаказующими, излишне критичными или требовательными схемами и режимами, где лишь после этого возможно построение здоровых схем и режимов.

Выше были перечислены существующие на данный момент схемы, объединяющиеся в 5 больших категорий или же доменов, которые являются базовыми для специалиста, реализующего стратегии схема-терапии. Для целей нашего исследования наибольший интерес представляет первый блок-домен, отражающий потребность в надежной привязанности.

Взрослые дети алкоголиков (ВДА) живут с определенными заложенными схемами, проявляющиеся во множестве симптомов. Один из

таких симптомов – повышенный уровень личностной тревожности. Причиной возникновения и закрепления тревожности, как устойчивой личностной черты у взрослых детей алкоголиков (ВДА) является депривация, и чтобы снизить высокий уровень проявления личностной тревожности необходимо нивелировать влияние деструктивных схем, которые сформировались в результате депривации – хронического неудовлетворения потребности в надежной привязанности (потребность в безопасности, надежности, стабильности, заботе, эмпатии, разделении переживаний, принятии и уважении). Если потребность в надежной привязанности не удовлетворяется в раннем детстве, то формируются, как правило, следующие схемы – отверженность (брошенность), недоверие/жестокое обращение, эмоциональная депривация, неполноценность (дефективность), социальная изоляция (изгнание из общества). Эти же схемы препятствуют удовлетворению потребности в любви, заботе, понимании и защите уже в зрелом возрасте.

Схемы распределены по категориям:

- схемы, связанные с недостатком безопасности и спокойствия в семье
- «отверженность» и «недоверие/жестокое обращение»;
- схемы, связанные с силой эмоциональной привязанности к другим – «эмоциональная депривация» и «социальная изоляция»;
- схема, связанная с самооценкой – «неполноценность».

Схема «Отверженность» – это уверенность в том, что отношения с другими людьми нестабильны и ненадежны, что в любой момент любимые люди могут уйти, оставив в эмоциональной изоляции (умереть, навсегда уйти из дома, отдать предпочтение кому-то другому, то есть, так или иначе оставить одного). Из-за этого убеждения люди со схемой «отверженность» выбирают недоступных партнеров (стратегия капитуляции), избегают близких отношений из-за боязни быть брошенными или бросают партнера первыми (стратегия избегания), постоянно контролируют близких людей (стратегия гиперкомпенсации).

Схема «Недоверие/жестокое обращение» – это ожидание того, что люди обидят или каким-то образом причинят вред (будут бить, унижать, изменять, обманывать манипулировать или каким-то образом использовать). Люди со схемой «недоверие/жестокое обращение» убеждены, что любые отношения опасны (не только близкие), поэтому чрезмерно подозрительно относятся к намерениям людей и склонны предполагать худшее (стратегия капитуляции), избегают тесного взаимодействия с другими людьми в личной и социальной жизни (стратегия избегания), используют других и плохо с ними обращаются (стратегия гиперкомпенсации).

Схема «Эмоциональная депривация» – это вера в то, что люди никогда не смогут удовлетворить потребность в любви, заботе и поддержке, поэтому люди со схемой «эмоциональная депривация» выбирают холодных, равнодушных партнеров и значимых других (стратегия капитуляции), избегают глубоких эмоциональных отношений (стратегия избегания), требуют, чтобы другие удовлетворяли все их потребности (стратегия гиперкомпенсации).

Схема «Социальная изоляция» – это ощущение изоляции от остального мира, ощущение себя иным, непохожим на других. Люди со схемой «социальная изоляция» считают, что в огромном обществе нет для них места, поэтому держатся особняком в группах или сообществах (стратегия капитуляции), избегают социальных контактов, не общаются в компаниях, не заводят друзей (стратегия избегания), притворяются «своим», испытывая при этом отчужденность (стратегия гиперкомпенсации).

Схема «Неполноценность» – это ощущение ничтожности, несостоятельности. Люди со схемой «неполноценность» чувствуют, что с ними что-то не так и это невозможно изменить, только скрыть. Они уверены, что их обязательно отвергнут, если узнают какие они «на самом деле», поэтому выбирают критикующих партнеров и значимых других, унижают себя (стратегия капитуляции), не вступают в близкие отношения, тщательно контролируют свое поведение, часто меняют партнеров и круг общения

(стратегия избегания), смотрят свысока на других людей, стремятся чувствовать, думать, действовать «правильно», слишком озабочены своим внешним видом (стратегия гиперкомпенсации).

Для снижения высокого уровня проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) необходимо идентифицировать ту схему, которая сильнее всего влияет на жизнь индивида в данный момент, чтобы ослабить ее влияние, и освоив эту схему, можно переходить к следующей по степени проявления схеме.

Для идентификации схемы специалисты используют схемный опросник Янга, а для того, чтобы помочь клиентам ослабить их схемы поведения применяют следующие методы, которые можно разделить на четыре категории – эмоциональный, межличностный, когнитивный и поведенческий метод ослабления схем.

Выводы по первой главе

В данной главе нами проанализировано понятие тревожности в отечественной и зарубежной психологии. В ходе анализа было определено, что в науке этому состоянию даются различные определения, что и отражается в психологической литературе

Тревожность во всем своем многообразии дифференцируется на два основных вида и сейчас выделяют ситуативную и личностную тревожность.

Личностная тревожность (тревожность как свойство личности) рассматривается как личностная черта, проявляющаяся в постоянной склонности индивида к беспокойству и тревожным переживаниям без особой причины.

Анализ источников личностной тревожности показал, что по мнению многих исследователей, детско-родительские отношения, особенно отношения в системе «мать – ребенок», их специфика и те или иные нарушения этих отношений на ранних этапах развития личности становятся

источником личностной тревожности. Мать представляет для ребенка окружающий мир и между ребенком и его матерью должны устанавливаться такие отношения, которые позволяют сформировать у него чувство «базового доверия к миру» и устойчивую личностную структуру. Это во многом обусловлено тем, насколько мать будет способна удовлетворить физиологические, психические и эмоциональные потребности своего ребенка. Если ребенку не дают испытать тепло, близость и непрерывные отношения с матерью или другим объектом привязанности, нарушается гомеостаз. Дж. Боулби называет это состояние депривацией, а именно ее в раннем детстве мы считаем первичной психотравмой, способствующей формированию личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) (в отличие от травмы рождения).

Депривация в младенчестве и раннем детстве, является причиной возникновения базальной, хронической тревожности, а дальнейшее пребывание ребенка в нездоровой, тревожной, агрессивной среде, которой является алкогольно-зависимая семья, способствует закреплению тревожности как устойчивого личностного образования уже к подростковому возрасту и сопровождает человека во взрослой жизни.

Высокий уровень личностной тревожности оказывает деструктивное влияние на все сферы психической жизни человека, поэтому высокий уровень проявления личностной тревожности необходимо подвергать коррекции и оказывать человеку психологическую помощь.

На наш взгляд, для эффективной психологической помощи и коррекции личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) необходим интегративный подход, которым является схематическая терапия (коррекция), цель которой, в первую очередь, помочь человеку удовлетворить его основные эмоциональные потребности, а также помочь понять и изменять свои деструктивные убеждения и модели поведения на конструктивные, что в итоге будет способствовать снижению уровня тревожности и повышению качества жизни индивида.

Глава 2 Опытнo-экспериментальное исследование личностной тревожности как первичной психотравмы у взрослых детей алкоголиков (ВДА)

2.1 Организация и методы исследования

Экспериментальное исследование в целях нашего исследования и для проверки гипотезы проводилось в сообществе «Я тоже хочу жить», цель которого помощь тем, кто живет с людьми, страдающими алкоголизмом. Сообщество располагается на платформе социальной сети «ВКонтакте». Адрес сообщества в сети интернет <https://vk.com/yatozhehochuzhit>

В исследовании приняли участие совершеннолетние лица, выросшие в семьях, где хотя бы один из родителей страдал алкогольной зависимостью. Общее количество участников-испытуемых – 39 человек. Из них 31 женщина и 8 мужчин, проживающих в разных городах России.

Проект создания сообщества «Я тоже хочу жить» был реализован в 2018 году. Первоначальной идеей сообщества была информационная помощь людям, которые живут с больными алкоголизмом или выросли в алкогольно-зависимых семьях. Акцент был сделан на тематические видео. Автором проекта освещались темы, касающиеся природы алкоголизма, алкогольной созависимости, а также предоставлялась информация о том, где можно получить бесплатную наркологическую помощь для зависимых людей и психологическую помощь для их родственников. С увеличением аудитории сообщества стали добавляться авторские статьи, фотографии, видео- и аудиоматериалы. Информация сообщества доступна для любого пользователя, у которого есть доступ в интернет, даже без регистрации в сообществе.

Алкоголизм – это не локальная, а глобальная проблема современной России и охватить такую большую аудиторию возможно только используя современные социальные сети. Оптимальной, на наш взгляд, является

социальная сеть ВКонтакте, которая соответствует всем необходимым техническим требованиям: структурированное отображение информации, встроенные средства коммуникации, русскоязычный интерфейс и большой охват аудитории для реализации данного проекта.

На данный момент сообщество насчитывает более 250 зарегистрированных и активных подписчиков. Эта целевая аудитория позволяет получать корректную обратную связь по темам, которые публикуются в сообществе.

Сообщество не является коммерческим проектом. Вся работа выполняется волонтерами, которые равнодушны к проблеме алкоголизма, но не являются лицами с синдромом ВДА. Сообщество сотрудничает с другими волонтерскими организациями.

Среди фолловеров (подписчиков), читателей и участников сообщества много тех, кто вырос в алкогольно-зависимых семьях. Они испытывают трудности во взаимоотношениях с собственной личностью (чувство заниженной ценности, негативное отношение к себе, неудовлетворенность самим собой), с другими людьми (боязнь отказа, низкий уровень доверия к людям, дефицит в способности гармонично развиваться и углублять отношения с людьми), с эмоциональностью (восприимчивость к эмоциональным травмам, депрессивный фон настроения), но проявляют высокую интеллектуальную вовлеченность в поиск причин этих трудностей. Они регулярно интересуются наличием альтернативных программ для взрослых детей алкоголиков (ВДА), так как на данный момент доминирующей программой является 12-шаговая программа выздоровления, которая основана на принципах и традициях Анонимных Алкоголиков (АА).

Один из участников исследования Олег (г. Барнаул) написал (орфография и пунктуация автора сохранены): «привет! Я сторонник 12-ти шаговой программы и сторонюсь психологов и их приемы. Я не против них, но это не срабатывает. Вот и хочу узнать какой твой взгляд, и какая программа используется».

Специалисты, работающие в комплексе по реабилитации зависимых от алкоголя, выделяют определенные особенности у супругов аддиктов, а также у их детей. У детей, воспитывающихся в алкогольно-зависимых семьях, впоследствии обнаруживаются специфические психологические черты, от чего и пошло формирование выделенной группы.

Анализ работ Дженет Дж. Войтиц и В. Д. Москаленко, которые занимались проблемой детей и родственников больных алкоголизмом, позволил нам выделить специфические психологические особенности взрослых детей алкоголиков (ВДА): низкая самооценка – фундаментальная характеристика, слабость «Я» (размытые границы идентичности, слабые, несформированные границы), мазохистические черты (вина, самонасилие, аутоагрессия), бессознательный эгоцентризм, доминирующий защитный механизм – отрицание (отрицание негативных факторов), наличие психической ригидности (очень трудно что-то менять в жизни, неготовность к изменениям), слабость морали (нет установленной системы ценностей), склонность к гиперответственности, либо, наоборот, избегание ответственности, негативное мышление (видение через призму «плохого»), трудности с построением близких отношений, импульсивность, страх испытывать, показывать и выражать свои чувства, низкий уровень способности расслабляться и переживать позитивные эмоции (не умеют веселиться, воспринимают себя слишком серьезно), готовность лгать в ситуациях, в которых можно было бы легко сказать правду (защитная стратегия сохранить «Я», компенсировать самооценку или избежать конфронтации), резистентность к трудностям и эмоциональному дискомфорту, поиск одобрения и подтверждение собственной значимости, чувство несходства и изоляции от других людей, страх потерять контроль (контроль над ситуацией, над собой), чрезмерное чувство лояльности в ущерб собственным интересам, стремление угадать, что такое норма, трудности в доведении дел до конца, склонность находить удовлетворение в хаосе и в критических ситуациях, а не в стабильной и спокойной жизни,

склонность к зависимостям, склонность к психосоматическим заболеваниям (к соматизации приводит подавление чувств и избегание их осознания).

Эти психологические черты не обязательно все будут присутствовать у человека с синдромом ВДА. Какие-то черты могут доминировать, присутствовать или отсутствовать, но, как правило, наличие этих особенностей вызывает определенный дисбаланс в психической и социальной сферах.

В условиях пандемии коронавирусной инфекции увеличилось количество людей, жалующихся на тревогу и депрессию, поэтому мы решили провести исследование среди взрослых детей алкоголиков (ВДА), а объектом исследования сделать личностную тревожность.

Важным этапом в развитии сообщества «Я тоже хочу жить», было завоевание доверия участников, что позволило провести опытно-экспериментальное исследование.

В сообществе «Я тоже хочу жить» было опубликовано открытое видеообращение автора проекта с предложением поучаствовать в исследовании, которое необходимо для написания магистерской диссертации. В исследовании могли принять участие только совершеннолетние лица, выросшие в семьях, где хотя бы один из родителей страдал алкогольной зависимостью. Желание принять участие в исследовании изъявило 39 подписчиков, которые считают очень важным привлечь внимание к проблеме алкоголизма в семьях и захотели внести свой личный вклад, при условии соблюдения анонимности.

Цель нашего исследования – изучить возможности снижения уровня проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) при помощи специально разработанной коррекционной программы.

Опытно-экспериментальное исследование состояло из трех этапов.

1 этап – диагностический. Цель диагностического этапа – изучить текущий уровень проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) для разработки коррекционной программы по снижению

уровня проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА). На этом этапе были подобраны психодиагностические методики, оговорены особенности работы и проведена первичная диагностика.

Сбор практического материала проводился при помощи следующих методик.

Шкала тревожности Ч. Спилбергера. Тест разработан Ч.Д. Спилбергером (адаптирован на русский язык Ю.Л. Ханиным), предназначен для диагностики уровня ситуативной и личностной тревожности и состоит из 40 утверждений, позволяющих диагностировать уровень ситуативной и личностной тревожности. Оценка результатов опроса осуществляется путем подсчета количества набранных баллов за опрос: до 30 баллов – низкий уровень тревожности; от 31 до 45 баллов – умеренный уровень тревожности; от 46 баллов и выше – высокий уровень тревожности.

Для создания, прохождения и получения результатов опроса, использовался сервис [Survio.com](https://clck.ru/S6THf). Адрес опроса в сети интернет: <https://clck.ru/S6THf>

Личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора (адаптация Т. А. Немчина). Методика была разработана для измерения уровня тревожности. Опросник состоит из 50-ти утверждений. Утверждения были выбраны из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI).

Подсчитывается количество ответов испытуемого, указывающих на тревожность. Ответы, соответствующие ключу, оцениваются в 1 балл. Количество баллов суммируется: 40-50 баллов считаются показателем очень высокого уровня тревожности; 25-40 баллов указывают на высокий уровень тревожности; 15-25 баллов указывают на средний уровень тревожности (с тенденцией к высокому); 5-15 баллов указывают на средний уровень тревожности (с тенденцией к низкому); 0-5 баллов свидетельствует о низком уровне тревожности.

Для создания, прохождения и получения результатов опроса, использовался сервис [Survio.com](https://clck.ru/S6TK7). Адрес опроса в сети интернет: <https://clck.ru/S6TK7>.

Схемный опросник Янга (адаптация П. М. Касьяник, Е. В. Романова). Тест предназначен для выявления ранних дезадаптивных схем в схематической терапии (коррекции). Опросник состоит из 90 утверждений. Необходимо выбрать подходящий вариант ответа (от 1 до 6) напротив порядкового номера утверждения. Адрес опроса в сети интернет: <https://clck.ru/MGvXA>.

Для создания, прохождения и получения результатов опроса, использовался сервис [Survio.com](https://clck.ru/SSJpN). Адрес опроса в сети интернет: <https://clck.ru/SSJpN>.

К тестам добавлены обязательные пункты для заполнения – город проживания, пол, возраст, кто страдал в семье алкогольной зависимостью.

2 этап – коррекционный. На втором этапе исследования разрабатывалась и реализовывалась коррекционная программа, в ходе которой исследуемым был предложен ряд техник, подобранных с учетом возрастных и психологических особенностей, направленных на коррекцию уровня личностной тревожности и улучшение общего психологического состояния.

3 этап – аналитический. На третьем этапе исследования была проведена повторная диагностика, результаты которой помогли отследить динамику изменений, а также провести количественную и качественную обработку полученных данных.

2.2 Выявление уровней проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА)

На первом этапе экспериментального исследования была проведена первичная диагностика для выявления текущего уровня проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА).

В первую очередь нами была проведена диагностика уровней проявления личностной тревожности с помощью методики Спилбергера-Ханина. После проведения этой методики мы получили результаты, которые занесли в таблицу А.1 (Приложение А), где первая колонка – порядковый номер испытуемого, следующие четыре колонки – общая информация и пятая колонка – уровень тревожности.

Анализ данных, представленных в таблице, показал, что 97 % (38 человек) исследованных имеют высокий уровень проявления личностной тревожности и 3 % (1 человек) – умеренный уровень проявления личностной тревожности. Среди исследованных нет субъектов с низким уровнем проявления личностной тревожности.

На рисунке 1 представлены результаты первичной диагностики по методике Ч. Д. Спилбергера. Данные представлены в процентах.

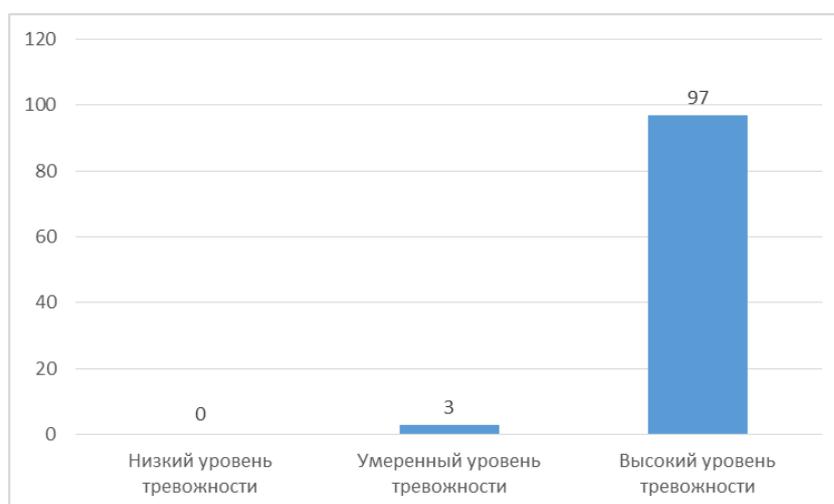


Рисунок 1 – Результаты анкетирования взрослых детей алкоголиков (ВДА) по шкале личностной тревожности Спилбергера-Ханина

Анализируя результаты опроса, мы обратили внимание, что исследуемые отвечают на утверждения схожим образом и это неудивительно, так как взрослые дети алкоголиков (ВДА) имеют определенный ряд особенностей, общие черты сходства, которые особенно заметны специалистам, работающим непосредственно в аддиктологии.

На прямые вопросы 74 % исследуемых ответили, что часто бывают раздражительными и подвержены апатии, более 84 % исследуемых легко расстраиваются из-за пустяков, принимают все близко к сердцу, сильно переживают неприятности, их также тревожат возможные трудности и по возможности они стараются избегать критических ситуаций, 80 % опрошенных чувствуют себя неудачниками, но больше всего исследуемым не хватает уверенности в себе и об этом сообщили 92 % опрошенных. Отвечая на обратные вопросы, 70 % исследуемых чувствуют себя незащищенными, в среднем 57 % исследуемых бывают в приподнятом настроении, бывают довольны и счастливы, но при этом не испытывают прилива сил и желания работать.

Важно отметить, что уровень проявления личностной тревожности высокий как у тех, кто вырос в семьях, где оба родителя были больны алкоголизмом (20 %), где мать страдала алкогольной зависимостью (18 %) так и в семьях, где был болен алкоголизмом только отец (62 %), созависимой матерью, в силу психологических особенностей, не было скомпенсировано чувство тревоги у ребенка (Приложение В).

Если алкогольная зависимость – это психическое, хроническое и прогрессирующее заболевание, то созависимость не является диагнозом, как таковым с точки зрения медицинского понимания, но созависимость («со» совместная + зависимость) – это та же зависимость, только вместо пагубного пристрастия к чему-либо развивается зависимость от поведения и эмоционального состояния зависимого члена семьи, другими словами – это вид нехимической аддикции, характеризующийся изменениями в личности человека, находящегося в симбиотической связи с зависимым и/или иным

лицом, т.е. созависимость предполагает симбиотическую связь с зависимым, которая негативно сказывается на взаимоотношениях матери и ребенка и способствует формированию тревожности как личностного свойства. В.Д. Москаленко в своей книге «Зависимость: семейная болезнь» пишет: «Созависимость – это психологическое состояние членов семьи больного. Трезво живущие родственники таких больных эмоционально вовлечены в эту болезнь. Родственники не только сами страдают, но и строят такие взаимоотношения в семье, которые препятствуют выздоровлению больного. Созависимостью страдают жены, матери, братья, сестры, взрослые дети и даже внуки больного алкоголизмом...» [22, с. 1]. «Созависимый человек – это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека и совершенно не заботится об удовлетворении собственных жизненно важных потребностей» [22, с. 14]. «Созависимые родители не могут успешно выполнять свои родительские функции, страдают дети. Происходит повторение нежелательных событий в семье. Взрослые дети составляют группу высокого риска множественных проблем: развития зависимости, психосоматических заболеваний, тревожно-депрессивных состояний, часто они вступают в трудный брак» [22, с. 1].

Далее нами была проведена диагностика уровня тревожности по методике Тейлора-Немчина.

После проведения этой методики мы получили результаты, которые занесли в таблицу А.2 (Приложение А), где также первая колонка – порядковый номер испытуемого, следующие четыре колонки – общая информация и пятая колонка – уровень тревожности.

Анализируя данные, представленные в таблице, мы пришли к выводу, что 21 % (8 человек) исследованных имеют очень высокий уровень тревожности, 64 % (25 человек) – высокий уровень тревожности и 15 % (6 человек) имеют средний уровень тревожности с тенденцией к высокому. Среди исследованных не выявлены средний уровень тревожности с тенденцией к низкому и низкий уровень тревожности.

На рисунке 2 представлены результаты первичной диагностики по методике Дж. Тейлора. Данные представлены в процентах.

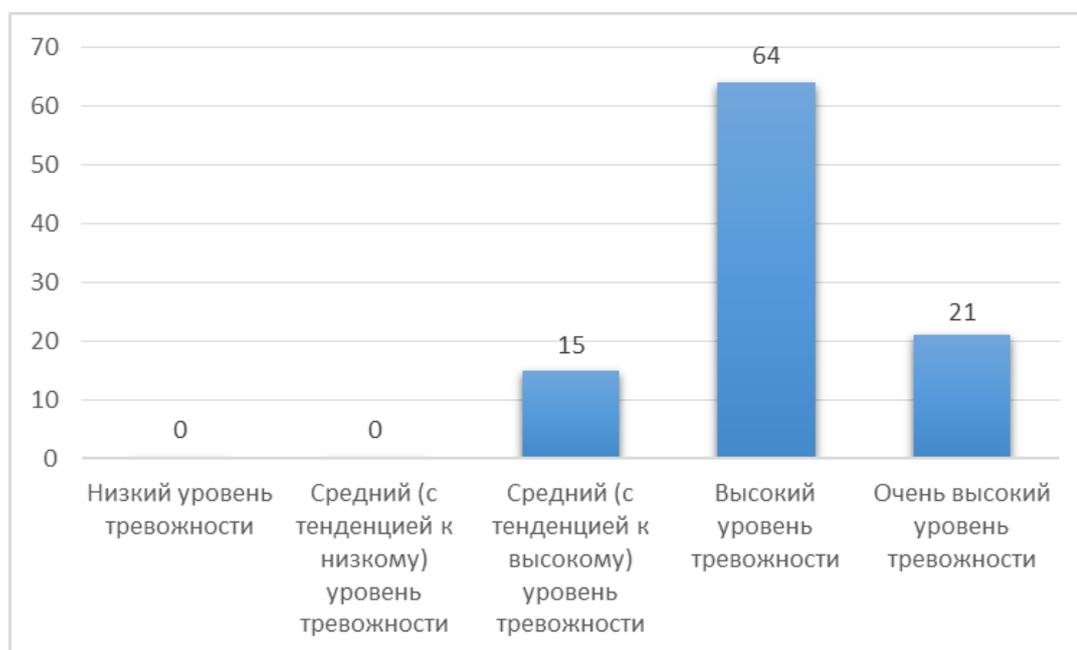


Рисунок 2 – Результаты анкетирования взрослых детей алкоголиков (ВДА) по шкале Тейлора-Немчина

Проводя диагностику по методике Дж. Тейлора, нас интересовали утверждения, аналогичные методике Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной тревожности, чтобы узнать, насколько ответы отличаются друг от друга. Больше 75 % исследуемых ответили, что почти всегда испытывают тревогу из-за кого-либо или чего-либо, их весьма тревожат возможные неудачи, им приходится испытывать страх в тех случаях, когда они точно знают, что им ничто не угрожает, считают себя гораздо чувствительнее других, что соответствует данным предыдущего теста. Не хватает уверенности 93 % опрошенных, что также соответствует результату по шкале личностной тревожности. Анализируя результаты, мы обратили внимание, что 79 % участников опроса не чувствуют себя вполне счастливыми и, в целом, жизнь для них связана с особым напряжением.

На этом этапе нами также была проведена диагностика по методике Дж. Янга на предмет выявления наиболее выраженной ранней дезадаптивной схемы. Полученные результаты мы занесли в таблицу А.3 (Приложение А),

где первая колонка – порядковый номер испытуемого, следующие четыре колонки – общая информация и пятая колонка – тип ранней дезадаптивной схемы.

Результаты опроса показали, что схема «Эмоциональная депривация» присутствует у 49 % (19 человек) исследуемых, схема «Недоверие/жестокое обращение» у 20 % (8 человек), схема «Неполноценность» у 13 % (5 человек), схема «Отверженность» у 10 % (4 человека), схема «Социальная изоляция» у 8 % (3) исследуемых.

На рисунке 3 представлены результаты диагностики по методике Дж. Янга. Данные представлены в процентах.



Рисунок 3 – Результаты анкетирования взрослых детей алкоголиков (ВДА) по методике Дж. Янга

На этом этапе практической деятельности мы провели анализ уровней проявления личностной тревожности среди взрослых детей алкоголиков (ВДА). На основании анализа результатов анкетирования по методике Спилбергера-Ханина у 97 % исследованных зафиксирован высокий уровень проявления личностной тревожности, а по методике Тейлора-Немчина у 64 % исследованных – высокий уровень тревожности и у 21 % – очень

высокий уровень тревожности. Полученные данные позволяют нам сделать вывод, что взрослые дети алкоголиков (ВДА) являются высокотревожными людьми. Они не уверены в себе, не удовлетворены собой, легко возбудимы, склонны воспринимать все слишком серьезно, чувствуют себя незащищенными и часто испытывают отчаяние. Они часто испытывают тревогу в тех ситуациях, когда точно знают, что им ничего не угрожает, работают с большим напряжением, их тревожат потенциальные неудачи и в целом, жизнь для них связана с постоянным стрессом.

Измерение тревожности как свойства личности очень важно, поскольку это свойство в значительной степени влияет на поведение индивида. Учитывая высокий уровень проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА), мы разработали коррекционную программу, используя метод схематической терапии (коррекции).

Для разработки коррекционной программы нам было необходимо выявить наличие ранних дезадаптивных схем, которые сформировались в результате депривации и сильнее всего проявляются в жизни исследуемых. Используя методику Дж. Янга, мы установили, что схема «Эмоциональная депривация» является наиболее выраженной почти у половины опрошенных (49 %).

На первом этапе, участники исследования не были готовы активно делиться информацией о себе, поэтому мы подготовили два дополнительных опроса, которые они согласились пройти. Полученная информация также использовалась для разработки коррекционной программы. Первый опрос предлагал исследуемым оценить нынешние отношения с партнером и по результатам опроса мы сделали следующие выводы: 73 % стремятся брать на себя ответственность, контролировать и воспитывать других, 54 % постоянно выбирают безответственных партнеров, 89 % эмоционально зависимы от партнера, 69 % стараются не расстраивать партнера, 85 % сомневаются в своих чувствах к партнеру, 81 % испытывают угрызения совести из-за размолвок с партнером, 89 % испытывают гнев и возмущение из-за

невыполненных обещаний партнера, 77 % скрывают свои проблемы и проблемы своей семьи от окружающих, 89 % испытывают необъяснимые перемены настроения, 92 % испытывают гнев, обиду и чувство вины, 84 % посещают смутные страхи, 65 % испытывают хронический стресс, 61 % испытывают ненависть к себе в сочетании с самооправданием.

Для создания, прохождения и получения результатов опроса, использовался сервис Survio.com. Адрес опроса в сети интернет: <https://clck.ru/SVmj3>.

Второй опрос затрагивал тему абьюза в семье и позволил сделать следующие выводы: 81 % подвергались абьюзу в семье (психологическое, физическое, сексуальное насилие, пренебрежение нуждами ребенка), 68 % никому не рассказывали о насилии в семье, 54 % испытывали жестокое обращение со стороны одноклассников в школе, 57 % подвергались абьюзу, став совершеннолетними, 94 % относятся с возмущением к различным формам абьюза, 77 % пытаются встать на защиту обиженного человека.

Стоит отметить, что за помощью к психологу готовы обратиться 77 % исследуемых.

Для создания, прохождения и получения результатов опроса, использовался сервис Survio.com. Адрес опроса в сети интернет: <https://clck.ru/SVmqm>.

2.3 Разработка и апробация программы коррекции личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА)

Вторым этапом экспериментального исследования стала разработка и апробация коррекционной программы, предназначенной для лиц с высоким уровнем проявления личностной тревожности, выросших в семьях, где хотя бы один из родителей страдал алкогольной зависимостью.

Чтобы снизить высокий уровень проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА), необходимо ослабить влияние ранних

деструктивных схем, которые сформировались в результате постоянной эмоциональной депривации (в результате хронического неудовлетворения потребности в безопасности, заботе, принятии, понимании и защите). Это схемы: отверженность (брошенность), недоверие/жестокое обращение, эмоциональная депривация, неполноценность (дефективность), социальная изоляция (изгнание из общества). Прежде чем приступить к разработке коррекционной программы, мы протестировали исследуемых на предмет выявления наиболее выраженной ранней дезадаптивной схемы, используя схемный опросник Янга. Результаты опроса показали, что схема «эмоциональная депривация» является наиболее выраженной среди исследуемых.

Разрабатывая программу, мы использовали не только техники, которые способствуют ослаблению схемы «эмоциональная депривация», но и помогают ослабить деструктивное влияние еще одной схемы – «социальная изоляция», так как обе эти схемы связаны с силой эмоциональной привязанности к другим – близкие отношения (самые тесные эмоциональные связи) и социальные связи.

Важно добавить, что личностная тревожность у взрослых детей алкоголиков (ВДА) – это характерная черта депривационного синдрома, результат хронической эмоциональной депривации, переходящей в социальную изоляцию, так как человек, который вырос в алкогольно-зависимой семье испытывает трудности не только с построением близких отношений, но и трудности с выстраиванием социальных связей: отношения с друзьями и социальными группами. Перечислим некоторые из возможных причин. Во-первых, взрослые дети алкоголиков (ВДА) с детства видели, что их семья отличалась от семей соседей и окружающих, они чувствовали себя не такими как все, поэтому будучи взрослыми они чувствуют себя хуже других, общаясь с людьми и стараются избегать социальных контактов. Во-вторых, их могли отвергать сверстники (дразнить, бойкотировать или унижать) и во взрослом возрасте они не заводят друзей и не общаются в

компаниях (согласно нашему опросу 54 % исследуемых испытывали жестокое обращение со стороны одноклассников в школе, а 57 % подвергались абьюзу, став совершеннолетними), в-третьих, в детстве они часто делали только то, что от них ожидали и у них не было своих интересов и предпочтений, теперь им кажется, что им не о чем разговаривать с другими людьми.

Исходя из вышесказанного, а также учитывая, что возникновение и закрепление тревожности как устойчивой личностной черты у взрослых детей алкоголиков (ВДА) – это результат нарушения в межличностных отношениях (нарушение ранних детско-родительских отношений) мы считаем, что для борьбы с последствиями эмоционального ограничения взрослым детям алкоголиков (ВДА) необходимо учиться выстраивать отношения с людьми, выстраивать новые эмоциональные связи, поэтому в программе большое внимание уделено отношениям. Во-первых, это близкие отношения: семья, возлюбленные, близкие друзья. Это самые тесные эмоциональные связи, так как, именно в близких отношениях возникает привязанность, похожая на ту, которую люди обычно испытывают к родителям. Во-вторых, социальные отношения – социальные связи, чувство причастности, ощущение того, что в огромном обществе для человека есть место (отношения в кругу друзей или в группах внутри сообщества).

Целью программы является коррекция личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) путем ослабления выраженности дезадаптивных схем: «эмоциональная депривация» и «социальная изоляция».

Задачи программы:

- ослабить влияние ранних дезадаптивных схем: «эмоциональная депривация» и «социальная изоляция»;
- оптимизировать уровень личностной тревожности.

Содержание программы направлено на снижение уровня личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) посредством активизации эмоциональных потребностей, таких как потребность строить отношения и

чувствовать эмоциональную связь с другими людьми и потребность быть достойным, быть «хорошим» человеком среди подобных.

В коррекционной программе используются следующие техники:

- эмоциональные техники (письма обид),
- имагинативные техники (работа с образами),
- когнитивные техники (изменение ошибочных убеждений),
- поведенческие техники (изменение долгосрочных моделей поведения),
- техники непосредственной вербализации эмоций и чувств (прямое информирование партнера о своем эмоциональном состоянии).

Программа была опубликована в сообществе «Я тоже хочу жить», которое располагается на платформе социальной сети ВКонтакте. Исследуемым предлагалось отработать каждый шаг программы самостоятельно в течение 4-х месяцев, после чего пройти повторную диагностику. Психологическая и техническая поддержка осуществлялась нами через мессенджер ВКонтакте.

Коррекционная программа является авторской, состоит из 18-ти шагов.

Представим краткое описание коррекционной программы.

1. Введение в программу.

Цель: познакомить исследуемых со схемами «эмоциональная депривация» и «социальная изоляция» (источники и способы совладания со схемами).

2. Основное содержание.

2.1 Первый шаг – ощутить схему и успокоить раненого ребенка внутри себя.

Методы и технологии.

Исследуемым предлагается использовать работу с образами: вспомнить свое детство, свои детские ощущения (закрывать глаза, дать образам возникнуть в воображении) и выделить чувства и переживания.

Далее предлагают написать письмо родителю или родителям, которые их обидели в детстве и помогли сформироваться схеме. Такая проекция порой заставляет страдать человека, но она необходима, так как очень сложно преодолеть глубокую боль, не прожив и не выразив ее, тем более у всех людей есть определенные механизмы, которые блокируют эту боль. Выделить чувства и повторно пережить их.

2.2 Второй шаг – следить за ощущением обездоленности в нынешних отношениях, осознать свою потребность в заботе, эмпатии и руководстве.

Методы и технологии.

Исследуемым ставится задача не избегать чувств и научиться замечать, как срабатывает схема, в каких ситуациях.

Для эффективной работы с идентификацией чувств предлагается использовать работу с образами: когда какое-то событие в нынешней жизни провоцирует появление сильного чувства одиночества, обездоленности, необходимо позволить всем своим чувствам проявиться, осознать свою потребность в заботе, эмпатии и защите, а потом объединить «новый» образ с образом прошлого, когда, будучи ребенком они испытывали подобные чувства. Неоднократно переключаясь между настоящим и прошлым, можно глубже понять, как воспроизводится детская депривация в нынешних отношениях.

2.3 Третий шаг – пересмотреть прошлые отношения, выявить повторяющиеся закономерности и перечислить «опасные» моменты, которых следует избегать в отношениях.

Методы и технологии.

Исследуемым предлагается составить список самых важных отношений в их жизни (романтические отношения, семья, друзья) и подумать, что пошло не так в каждом случае.

Выделенные события подвергнуть анализу, а выводы о негативной составляющей событий подвергнуть критике, используя метод когнитивного анализа.

2.4 Четвертый шаг – избегать равнодушных, холодных партнеров, к которым сильно влечет. Этот шаг очень важный, потому что, именно такие люди привлекают исследуемых. Сильное влечение, которое они испытывают, основано на схеме, которую равнодушные люди задействуют в них, а не на положительных качествах, которые помогают выстроить длительные крепкие отношения.

Методы и технологии.

Применение оценочных шкал при оценивании событий жизни, вызывающих чувства. Исследуемым рекомендуется следовать практическому правилу: если они познакомились человеком, к которому их сильно влечет, необходимо поставить своему влечению оценку по шкале от 0 до 10.

«Сигналы опасности» – участникам программы предлагаются выделить утверждения («сигналы опасности») для того, чтобы они могли проанализировать свои отношения на ранних этапах знакомства. Если несколько «опасных сигналов» возникают одновременно и параллельно с сильным влечением к человеку, то можно утверждать, что схема сработала с полной силой.

2.5 Пятый шаг – дать шанс отношениям, когда встретится эмоционально щедрый партнер. Люди со схемой «эмоциональная депривация» здоровые и стабильные отношения считают скучными и часто сами становятся инициаторами разрыва в таких отношениях.

Методы и технологии.

Исследуемым рекомендуется, встретив эмоционально щедрого партнера, пробовать просить, чего им хочется, а не ждать, когда партнер прочтет их мысли и волшебным образом исполнит их желания, не бояться показать свои слабые стороны. Людям со схемой «эмоциональная депривация» просто нужно привыкнуть к странному ощущению, что их эмоциональные потребности удовлетворяются.

2.6 Шестой шаг – перестать обвинять партнера и требовать, чтобы потребности удовлетворялись. Некоторые люди со схемой «эмоциональная

депривация» компенсируют свое чувство депривации враждебностью и капризностью. Они ведут с другими себя так, как будто все обязаны удовлетворять их потребности. Они много требуют от других и часто, действительно, много получают от тех, с кем вступают в отношения, но при этом все равно считают, что их потребности игнорируются, но не обижаются, а злятся. Исследуемым предлагается прямо говорить партнеру, чего они хотят. То есть, действовать по принципу «Не копить зло, за которым скрывается боль и ранимость, а поделиться этим».

2.7 Седьмой шаг – назвать повседневные ситуации, которые сопровождаются тревогой и дискомфортом.

Методы и технологии.

Поведенческий анализ. Исследуемым предлагается создать таблицу из трех колонок. В первой колонке перечислить ситуации, в которых они испытывают тревогу, но не избегают их, во второй колонке напротив каждой ситуации написать, почему они испытывают дискомфорт, а в третьей колонке напротив каждой ситуации написать, что может произойти в самом худшем варианте, чего именно они боятся.

Шестой и седьмой шаги касаются общения и, если человек хочет, чтобы отношения работали, ему необходимо быть готовым высказать партнеру свои мысли и чувства, чтобы сформировать новые эмоциональные связи.

2.8 Восьмой шаг – назвать ситуации общения, которые сознательно избегаются.

Методы и технологии.

Поведенческий анализ и анализ чувств. Исследуемым предлагается создать таблицу из трех колонок, где в первой колонке будут перечислены ситуации общения, которых они избегают, во второй колонке (напротив каждой ситуации) – почему они чувствуют себя неполноценно, а в третьей колонке (напротив каждой ситуации) – указать худшее, что может произойти по их мнению.

2.9 Девятый шаг – перечислить и проанализировать качества, которые способствуют ощущению неполноценности.

Методы и технологии.

Исследование самоотношения и основ и принципов оценивания себя и событий. Исследуемым предлагается перечислить качества, из-за которых они чувствуют себя неполноценными, дать конкретное определение каждому качеству, перечислить все доказательства из взрослой жизни, которые поддерживают их ощущение, что это реальный недостаток, перечислите все доказательства, опровергающие это ощущение, попросить друзей или родных прокомментировать, насколько справедливо они оценивают свои качества, написать несколько предложений, которые перечисляют объективные свидетельства и ответить себе на главный вопрос: «Верна ли их самокритика?».

2.10 Десятый шаг – перечислить шаги, способствующие исправлению недостатка, который является реальным.

Методы и технологии

Метод планирования изменений. Исследуемым предлагается составить пошаговый план изменений и следовать ему.

2.11 Одиннадцатый шаг – оценить важность недостатков, которые изменить нельзя. Есть недостатки, которые можно изменить, и которые исправить невозможно, например, высокий или низкий рост. Однако люди со схемой «социальная изоляция» почти всегда преувеличивают свои недостатки, поэтому, во-первых, исследуемым предлагается перечислить свои хорошие качества и недостатки, а также оценить, насколько серьезны недостатки по сравнению с хорошими качествами, во-вторых, такие же списки составить в отношении своих знакомых и оценить, насколько они хуже или лучше их, так ли велико различие между ними. Это позволит исследуемым посмотреть на себя со стороны. Возможно, после такого упражнения, им не захочется менять определенные недостатки, так как они ценная часть их личности, их уникальность, «изюминка».

2.12 Двенадцатый шаг – сделать карточку для каждого недостатка. Исследуемым предлагается сделать карточки своих недостатков, где указать, как они преувеличивают свой недостаток, перечислить свои хорошие качества, способы исправиться и читать их каждый раз, когда они чувствуют себя неполноценными и не нужными.

2.13 Тринадцатый шаг – составить иерархию групп в обществе и на работе, которые сознательно избегаются. Это самый важный шаг, который поможет исследуемым не избегать ситуаций, в которых они чувствуют тревогу и дискомфорт.

Методы и технологии.

Разработка оценочной шкалы. Исследуемым предлагается написать список ситуаций и оценить, насколько трудно будет испытать каждую ситуацию, используя шкалу от 0 до 8. Начать необходимо с самого легкого пункта и постепенно осваивать следующий уровень сложности, продвигаясь вверх по иерархии.

2.14 Четырнадцатый шаг – инициативность в общении, навык завязывания контактов (стараться завязать разговор). Люди со схемой «социальная изоляция» проводят слишком много времени внутри себя, стараются избегать реального контакта.

Методы и технологии.

Изменение в реальности. Исследуемым предлагается, посещая мероприятия, стараться завязать разговор, например, поставить цель – завести определенное количество бесед или попробовать подружиться с одним человеком в группе, в компании, а затем постепенно переходить к остальным.

2.15 Пятнадцатый шаг – быть собой в группах, компаниях. Исследуемым важно стараться по возможности и постепенно не скрывать своих недостатков или заметных только им отличий. Узнав людей получше, можно поделиться с ними тем, что делает исследуемых уязвимыми и

неуверенными. Это единственный способ понять, что их принимают несмотря ни на что.

2.16 Шестнадцатый шаг – перестать компенсировать те стороны, которые кажутся нежелательными. Исследуемым предлагается не говорить о себе плохо, а перестать стараться произвести на людей впечатление, сопротивляться этому желанию. Это даст облегчение и позволит увидеть, что большинство людей примут их такими какие они есть.

2.17 Семнадцатый шаг – создать личное видение отношений. Изменение – это не только разрушение поведенческого стереотипа, схемы, но и понимание того, чего человек хочет от жизни и от отношений. Отношения – почти всегда компромисс и приходится делать выбор, потому что нет идеальных людей и нет идеальных отношений, которые одинаково хороши для всех. Каждому человеку нужно решить, что подходит именно ему. Многие с детства привыкли не придавать значения природным склонностям, а делать то, чего от них ждут другие, но для того, чтобы исследуемым выстроить глубокие отношения, в которых они смогут удовлетворять свои эмоциональные потребности, необходимо честно ответить себе на ряд вопросов, касающихся близких и социальных отношений.

2.18 Восемнадцатый шаг – регулярно повторять формулу здоровой самооценки.

3. Завершение работы. Получение обратной связи. Подведение итогов. Разработка «правил жизни».

В ходе коррекционной работы у исследуемых была возможность полностью ознакомиться с программой, также дополнительно мы дублировали некоторые шаги в статьях и постах сообщества.

Знакомство с коррекционной программой начинается с предисловия, из которого исследуемые узнают, что: схемы активно управляют нашей жизнью (мыслями, чувствами, действиями и отношениями с окружающими людьми), схемы появляются из-за того, что с нами сделали близкие люди или другие дети, и что люди по-разному противостоят схемам, но эти попытки

справиться с ними только усиливают влияние схем. Эта вводная информация необходима, чтобы исследуемые поняли, что трудности, которые они испытывают во взрослой жизни – это результат их тяжелого детства, и то, что они чувствуют – вполне естественно для тех, кто вырос в алкогольно-зависимых семьях. Для того чтобы преодолеть схемы, требуется много времени и работы, но изменение привычных способов мышления, эмоционального и поведенческого реагирования ведет к значительному повышению качества жизни и удовлетворенностью собой.

Первый шаг программы очень важный, так как с него начинается движение к психологическому «выздоровлению» человека. Исследуемым рекомендуется написать письмо родителю, родителям, другим людям, которые их обидели и помогли сформироваться схемам. Взрослые дети алкоголиков (ВДА) в детстве непоследовательно получали заботу в своей семье, но при этом испытывали сильную потребность в этой заботе, поэтому даже будучи взрослыми они психологически связаны со своими родителями. Очень важно отделиться от родителей психологически, а для этого необходимо дать выход своим чувствам.

Анализ процессов, происходящих в группе испытуемых по ходу реализации программы.

По мере реализации испытуемыми рекомендаций и заданий в рамках коррекции личностной тревожности мы получали от них обратную связь, целью которой была необходимость стимуляции осознания тревожащих чувств и личных деструктивных паттернов и их последующей проработки.

Так, в ходе обсуждений нами было установлено, что многие взрослые дети алкоголиков (ВДА) испытывают негативные эмоции не только к родителю, больному алкоголизмом, но и к непьющему созависимому родителю. Приведем несколько примеров такого обсуждения.

Наталья (г. Москва), у которой отец страдал алкоголизмом пишет (орфография и пунктуация автора сохранены):

Наталья: «Здравствуйте! Дело в том, что в моей семье алкоголизм был у папы. Только я не видела его пьяным. И считаю его более ответственным и любящим по отношению ко мне. А вот мои проблемы, они идут от мамы и бабушки и их «бухания». И мнения, что якобы они знали какой мне надо быть. И плюс отчим с его бредовой идеей, что он может быть мне отцом)))))) мне приходилось с этим мраком бороться. И меня обвиняли в моей борьбе за себя. А мой отец алкоголик уносил от меня свои проблемы. И являл мне во многом взрослого, любящего, понимающего Родителя. Который ни разу не осквернил нашу любовь токсичностью, что якобы я ему что-то должна. Мой отец может чего-то не смог мне дать из-за его проблем, но то, что Он мне дал, он мне это искренне ДАЛ. И наиболее классным мой отец стал, когда они с матерью развелись. У него ушло напряжение во время общения со мной. И я считаю, что «созам» некоторым стоит объяснять, что их трезвый бред хуже пьянки».

Татьяна (автор программы): «Добрый день! Поняла Вас) Благодарю за такое подробное сообщение. Опрос номер 1 как раз и был мной опубликован, чтобы посмотреть от кого дети страдают больше: от зависимого или созависимого родителя. В действительности, Вы во многом правы – созависимые жестче с детьми себя ведут».

Наталья: Меня коробит слово «жестче». Это как «...и тут раздался грозный рык полевой мышки...». Я бы это назвала: созависимые чаще пытаются трусливо, низко самоутверждаться за счет детей. Во всяком случае у меня так.

Татьяна (автор программы): Жестче – чаще применяют по отношению к детям физическое и психологическое насилие.

Наталья: И созависимые раздувают свою социальную адаптированность и подменяют ею такие качества, как взрослость и ответственность.

Татьяна (автор программы): Поэтому в общении с созависимыми пытаюсь донести, что их созависимость мешает и алкоголику, и другим членам семьи.

Наталья: Это хорошо)) спасибо за вашу обратную связь! И объяснения.

Наталья: С уважением, Наталья!

Анна (г. Сочи), у которой оба родителя были больны алкоголизмом, написала следующее (орфография и пунктуация автора сохранены): «Доброго времени суток, так получилось, что по решению суда родителей посадили в тюрьму. И теперь, когда их нет, все стало вдруг так спокойно, что непривычно даже. Но то спокойное время, что идет сейчас, пройдет не долго. Родители в сентябре вернутся, и повторится это все заново. В основном пьяные выходки отца, его же бред, белка, приступы, и т. п. Но, к сожалению, деваться от этого некуда, хоть на улице спи. Честно скажу, что лучше бы они не возвращались. Конечно, за это зачтут меня не нормальной, ведь как же так не любить своих родителей, они же дали тебе жизнь...».

Мария (г. Санкт-Петербург), у которой мать страдала алкогольной зависимостью, пишет (орфография и пунктуация автора сохранены): «Простить – это не равно поддерживать контакт, так ведь? На расстоянии всегда прощать легче. Иногда бывает, что боль доставляет само общение, т. к. там много критики, обесценивания и унижения. И не важно, что взрослому ребенку уже 30, 40, 50 и т. д. А вообще я согласна, что обида и ненависть разрушают. Хотя есть вещи, которые нельзя прощать – абьюз, насилие и т. д. Святое прощение еще никого счастливым не сделало. По сути, прощать можно тогда, когда у вас кто-то просит прощения».

Зоя (г. Москва), у которой оба родителя были больны алкоголизмом поделилась своей историей (орфография и пунктуация автора сохранены):

Зоя: Татьяна, доброго дня. Чувствую себя очень плохо до сих пор. Это происходит часто, и я никак не могу от этого избавиться.

Татьяна (автор программы): Зоя, а что конкретно Вас беспокоит? Обида на родителей или что-то другое?

Зоя: Больше то, как я пережила издевательства и избиения со стороны сверстников. Родителей часть моей жизни не было, им побоку было на все эти ситуации. Мне прям в лицо говорили, что я воняю. Я постоянно приходила немытая и с грязной одеждой. Горячую воду тогда отключили за неуплату жкх. Я вот не знаю, честно, чем удосуживалась мама, когда из-за частых пьянок нам приходилось так жить. И после лишения род прав ситуация не поменялась. Так и осталось все, плюс на меня всю задолженность по жкх повесили.

Татьяна (автор программы): Сейчас у Вас есть возможность за собой следить? Помыться, постирать вещи, погладить?

Зоя: Все есть, приходилось правда самостоятельно учиться.

Первый шаг программы не требовал от исследуемых прощать своих родителей, им предлагалось сделать попытку понять своих «обидчиков», так как страдание передается из поколения в поколение и возможно, родители исследуемых были также детьми из дисфункциональных семей, которые в свою очередь тоже не получили порцию безусловной любви.

На втором и третьем шагах программы, исследуемые должны были проанализировать свои нынешние отношения: определить ситуации, в которых они чувствуют себя несчастными, составить список самых важных отношений в их жизни и разобраться в том, что привело к разрыву этих отношений.

Четвертый шаг коррекционной программы – это практические рекомендации для исследуемых, которые помогут им протестировать отношения на ранних этапах знакомства, чтобы избежать отношений с эмоционально холодными партнерами, так как именно такие люди их привлекают. Согласно дополнительному опросу 54% исследуемых постоянно выбирают безответственных партнеров.

Пятый шаг программы рекомендует исследуемым дать шанс отношениям, когда в их жизни появиться эмоционально щедрый партнер.

Четвертый и пятый шаги программы подходят не только тем, кто находится в поиске партнера, эти шаги также будут полезны для сохранения брака с эмоционально щедрыми партнерами, которых исследуемые чаще всего считают «скучными», так как эмоционально стабильный партнер не дает им тех эмоций, которые дает партнер не-невротик.

Пятый и шестой шаги коррекционной программы призывают исследуемых открыто говорить о своих желаниях, обсуждать с партнером свои негативные чувства и «не копить» обиду или злобу. Шаги будут полезны, как состоящим в браке людям, так и лицам, находящимся в поиске партнера.

Зоя (орфография и пунктуация автора сохранены): Есть молодой человек, но я немного сомневаюсь в том, что ему комфортно со мной.

Татьяна (автор программы): Спросите у него прямо.

Зоя (орфография и пунктуация автора сохранены): Я спрашивала несколько раз его. Он не жалуется вроде.

Татьяна (автор программы): А Вам комфортно с ним? Это ОЧЕНЬ важно.

Зоя (орфография и пунктуация автора сохранены): Да. Но иногда бывает, что мне хочется побыть одной.

Седьмой и восьмой шаги программы предлагают исследуемым проанализировать ситуации, вызывающие чувство тревоги и дискомфорта. Это ситуации, которые не избегаются и ситуации, которые сознательно избегаются исследуемыми.

Зоя (г. Москва) пишет (орфография и пунктуация автора сохранены): «Часто я не разговариваю с людьми. По работе с коллегами если только. Мне не нравится, если чужой мне человек обращается ко мне по имени, я не люблю вообще знакомится с людьми. Доходило до грубости, если человек настойчиво пытался со мной познакомиться».

Девятый, десятый, одиннадцатый и двенадцатый шаги программы – это анализ тех качеств, из-за которых исследуемые чувствуют себя

неполноценными. Исследуемым нужно было не только перечислить эти качества, но привести доказательства, подтверждающие или опровергающие это ощущение. Для объективной оценки предлагалось обратиться к друзьям или близким людям, которые помогли бы разобраться, что является реальным недостатком, а что преувеличенным.

Тринадцатый, четырнадцатый, пятнадцатый и шестнадцатый шаги коррекционной программы рекомендуют начать взаимодействие с социумом: перестать избегать ситуаций, которые вызывают тревогу и дискомфорт, пробовать завязать разговор в компаниях, стараться быть собой и противостоять желанию произвести впечатление.

Зоя (орфография и пунктуация автора сохранены): Татьяна, здравствуйте. Была тема, как я хотела бы жить.

Татьяна (автор проекта): Здравствуйте.

Зоя (орфография и пунктуация автора сохранены): Если честно, то, жить мне никак не хотелось. А хотелось просто не жить. И хотя и не было попыток суицида, я не хотела жить с 14-ти лет. И до сих пор не хочется. Простые вещи уже давно не приносят удовольствие. Причем очень давно. Я не знаю, что со мной. Работая в ресторане, я каждый раз желаю сделать кому-то плохо. Извините. Я не хотела это писать.

Татьяна (автор программы): Вы работаете? Вам нравится Ваша работа? У Вас есть цель продвигаться по карьерной лестнице?

Зоя (орфография и пунктуация автора сохранены): Я не могу знать, если честно. Ибо я не имею среднее образование. я не закончила вечернюю школу. По причине постоянных конфликтов с одноклассниками.

Татьяна (автор программы): Планируете закончить?

Зоя (орфография и пунктуация автора сохранены): Хотелось мне получить аттестат за 11-ть классов. Но в данный момент это в планы не входит. Мне тяжело находиться в классе.

Татьяна (автор программы): А дистанционно можно это сделать?

Зоя (орфография и пунктуация автора сохранены): Я планировала учиться дистанционно. Но это было в прошлом году. Я так и не начала учиться.

Татьяна (автор программы): Что помешало?

Зоя (орфография и пунктуация автора сохранены): Честно, я не знаю. Мне работа даже не помешала бы учиться дистанционно, но дальше моего желания почему-то не пошло. Доброй ночи.

Татьяна (автор программы): Доброй ночи.

Спустя месяц Зоя написала такое сообщение (орфография и пунктуация автора сохранены): «Татьяна, здравствуйте. Я думаю, мне помешало то, что я не испытывала желание учиться с людьми».

Семнадцатый шаг программы – это призыв к тому, чтобы исследуемые подумали над тем, чего они хотят от жизни и от отношений, а также честно ответили себе на ряд значимых вопросов.

Наталья (орфография и пунктуация автора сохранены): Здравствуйте! У меня появилась мысль стать волонтером ПСО (поисково-спасательный отряд). К примеру, волонтером ПСО Лиза Алерт.

Татьяна (автор программы): Здравствуйте) Я в свое время проходила обучение в СпасРезерве и у нас были учебно-тренировочные сборы вместе с Лизой Алерт.

Наталья (орфография и пунктуация автора сохранены): Это же круто))) Но скажите, как может помогать человек человеку, если он является мизантропом до мозга костей?

Татьяна (автор программы): Мы все немного мизантропы)))

Восемнадцатый шаг коррекционной программы предлагает исследуемым формулу здоровой самооценки, которую они должны себе регулярно повторять.

Фрагменты личных переписок, приведенные в диссертации, размещены с разрешения исследуемых. Исключения составили сообщения с ненормативной лексикой и аудиосообщения.

Коррекционная программа предлагает участникам исследования практические рекомендации для выстраивания новых эмоциональных связей, повышения самооценки и преодоления чувства тревоги, а присутствие исследуемых в социальной сети и в сообществе «Я тоже хочу жить» дает им возможность взаимодействовать не только с автором сообщества, но и с другими участниками группы, объединенных одной проблемой. Быть частью сообщества для исследуемых – это возможность найти поддержку, друзей, получить информационную помощь (статьи, посты, видео), а также конкретную помощь (контактная информация наркологических диспансеров, больниц, центров, служб психологической помощи). Все это в комплексе влияет на улучшение эмоционального состояния исследуемых. Далее приведены высказывания некоторых участников исследования (орфография и пунктуация авторов сохранены).

Александр (г. Волгоград): «Если я смогу быть еще вам чем-то полезен в вашем благородном деле, пожалуйста обращайтесь!»

Арина (г. Москва): «Здорово, что вы этим занимаетесь!»

Владимир (г. Самара): «Моя Вам огромнейшая душевная поддержка!!! У Вас, хорошие и перспективные начинания».

Юлия (г. Санкт-Петербург): «Невротикам всех стран!!! Соединяйтесь!».

Лица, принимавшие участие в исследовании, будут продолжать работать с коррекционной программой и дальше, так как преодоление схем – долгая и трудная работа, потому что психика привычно ведет себя по пути компромиссов и страхов, что способствует возврату к первоначальному ригидному привычному сценарию, тем более многие участники исследования на данный момент проживают вместе с больными алкоголизмом и очень сложно эмоционально не вовлекаться в эту болезнь, живя рядом с зависимым человеком.

Научить человека быть терапевтом самому себе – это первоочередная задача, так как даже при очных консультациях специалист видит клиента

всего час или два в неделю, а оставшееся время клиент предоставлен сам себе.

В дальнейшем нами планируется разработка программы на ослабление схем «Недоверие/жестокое обращение» и «Отверженность» связанных с недостатком безопасности и спокойствия в семье, так как схема «Недоверие/жестокое обращение» является второй по степени выраженности схемой у исследуемых.

2.4 Анализ полученных результатов

На аналитическом этапе для определения эффективности разработанной и внедренной нами коррекционной программы была проведена повторная диагностика с использованием тех же психодиагностических методик.

В повторной диагностике приняли участие лица, участвовавшие в первичной диагностике. Цель этого этапа исследования – изучение эффекта разработанной и апробированной психокоррекционной программы, направленной на снижение уровня проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА).

Результаты, полученные в ходе повторной диагностики отображены в приведенных ниже диаграммах и таблицах.

Данные повторного анкетирования по методике Спилбергера-Ханина отражены в таблице Б.1 (Приложение Б).

Анализ данных после проведения повторной диагностики личностной тревожности с помощью методики Спилбергера-Ханина показал, что 79 % (31 человек) испытуемых имеют высокий уровень проявления личностной тревожности и 21 % (8 человек) – умеренный уровень проявления личностной тревожности. Среди исследованных нет субъектов с низким уровнем личностной тревожности. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что число исследуемых с высоким уровнем проявления

личностной тревожности снизился на 18 %, а количество представителей с умеренным уровнем проявления личностной тревожности на 18 % увеличилось.

На рисунке 4 представлены результаты повторной диагностики по методике Ч. Д. Спилбергера. Данные представлены в процентах.

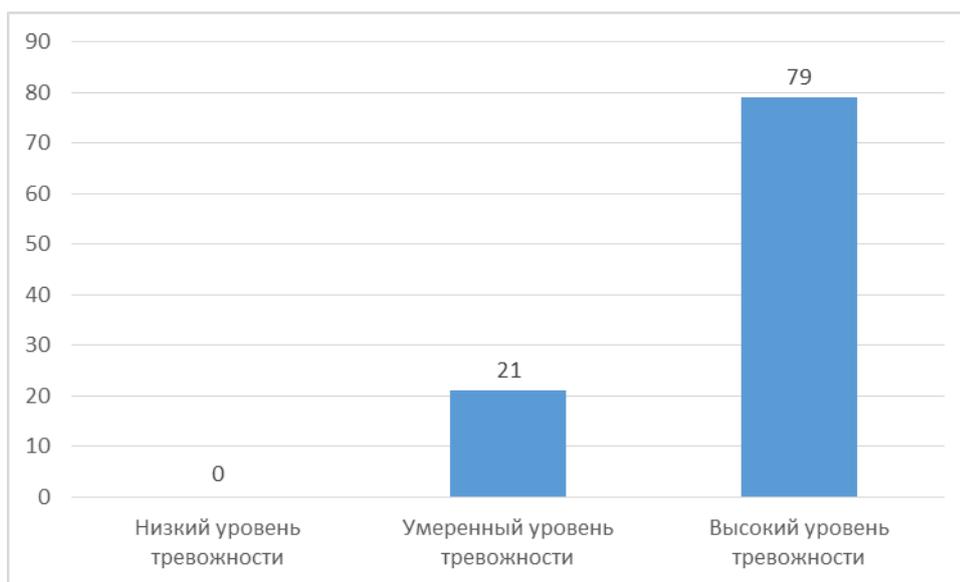


Рисунок 4 – Результаты повторного исследования взрослых детей алкоголиков (ВДА) по шкале личностной тревожности Спилбергера-Ханина

Далее нами была проведена повторная диагностика уровня тревожности по методике Тейлора-Немчина. Результаты приведены в таблице Б.2 (Приложение Б).

На рисунке 5 представлены результаты повторной диагностики по методике Дж. Тейлора. Данные представлены в процентах.

Исходя из полученных нами данных, мы сделали вывод, что 8 % (3 человека) исследованных имеют очень высокий уровень тревожности, 59 % (23 человека) – высокий уровень тревожности и 33 % (13 человек) имеют средний уровень тревожности с тенденцией к высокому. Среди исследованных не выявлены испытуемые со средним уровнем тревожности с тенденцией к низкому и низким уровнем тревожности.

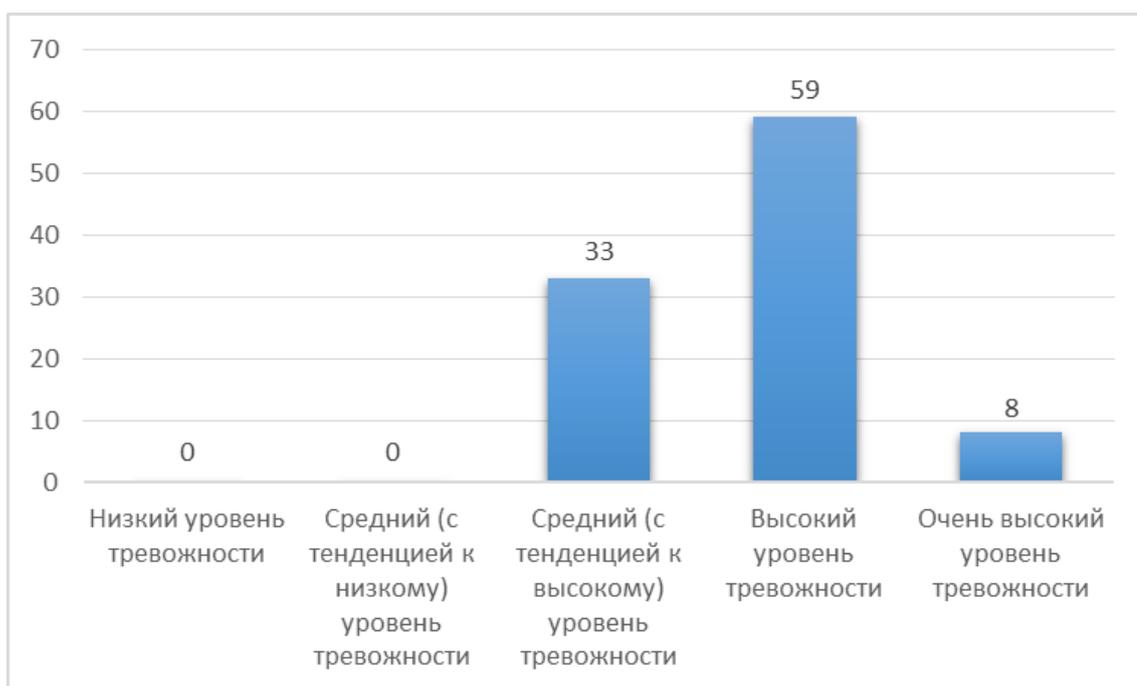


Рисунок 5 – Результаты повторного анкетирования взрослых детей алкоголиков (ВДА) по шкале Тейлора-Немчина

Сопоставление первичной и повторной диагностики показало, что число испытуемых с очень высоким уровнем тревожности снизилось на 13 %, с высоким уровнем тревожности снизилось на 5 %, а число представителей со средним уровнем тревожности с тенденцией к высокому увеличилось на 18 %.

В следующих таблицах приведены данные сравнительного анализа показателей по результатам проведения двух психодиагностических методик определения уровней проявления тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА).

Результаты сравнительного анализа показателей уровней проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) по шкале Ч.Д. Спилбергера представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнительный анализ показателей уровней проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА)

Уровень тревожности	Первичная диагностика	Повторная диагностика
Высокий	97 %	79 %
Умеренный	3 %	21 %
Низкий	0 %	0 %

Проанализировав данные в таблице, можно сделать вывод, что количество исследуемых с высоким уровнем проявления личностной тревожности сократилось на 18 %, а число представителей с умеренным уровнем проявления личностной тревожности на 18 % увеличилось, то есть почти у пятой части испытуемых снизилось напряжение и на момент контрольной диагностики у них была тревожность, соответствующая показателям умеренности. Представителей с низким уровнем проявления личностной тревожности по-прежнему не выявлено.

На рисунке 6 представлен сравнительный анализ показателей уровней проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА). Данные представлены в процентах.

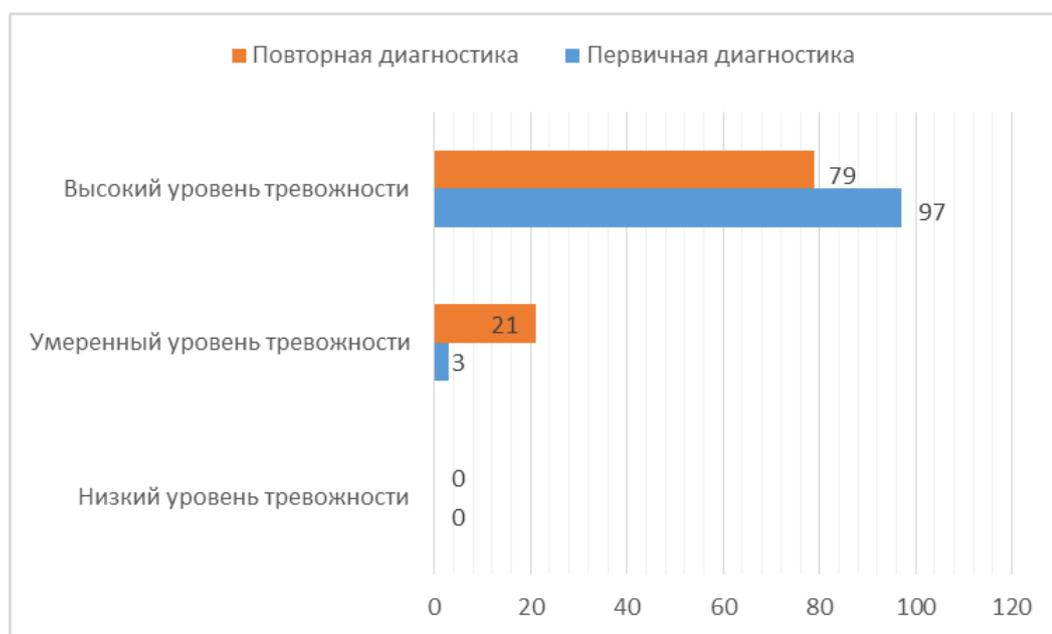


Рисунок 6 – Сравнительный анализ средних показателей уровней проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА)

В таблице 2 приведены данные сравнительного анализа показателей уровней проявления тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) по шкале Дж. Тейлора.

Таблица 2 – Сравнительный анализ показателей уровней проявления тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА)

Уровень тревожности	Первичная диагностика	Повторная диагностика
Очень высокий	21 %	8 %
Высокий	64 %	59 %
Средний (с тенденцией к высокому)	15 %	33 %
Средний (с тенденцией к низкому)	0 %	0 %
Низкий	0 %	0 %

Данные контрольного эксперимента свидетельствуют, что число исследуемых с очень высоким уровнем тревожности снизилось на 13 %, с высоким уровнем тревожности снизилось на 5 %, а число представителей со средним уровнем тревожности с тенденцией к высокому выросло на 18 %. Среди исследуемых нет представителей со средним уровнем тревожности с тенденцией к низкому и с низким уровнем тревожности.

На рисунке 7 представлен сравнительный анализ показателей проявления уровней тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА). Данные представлены в процентах.

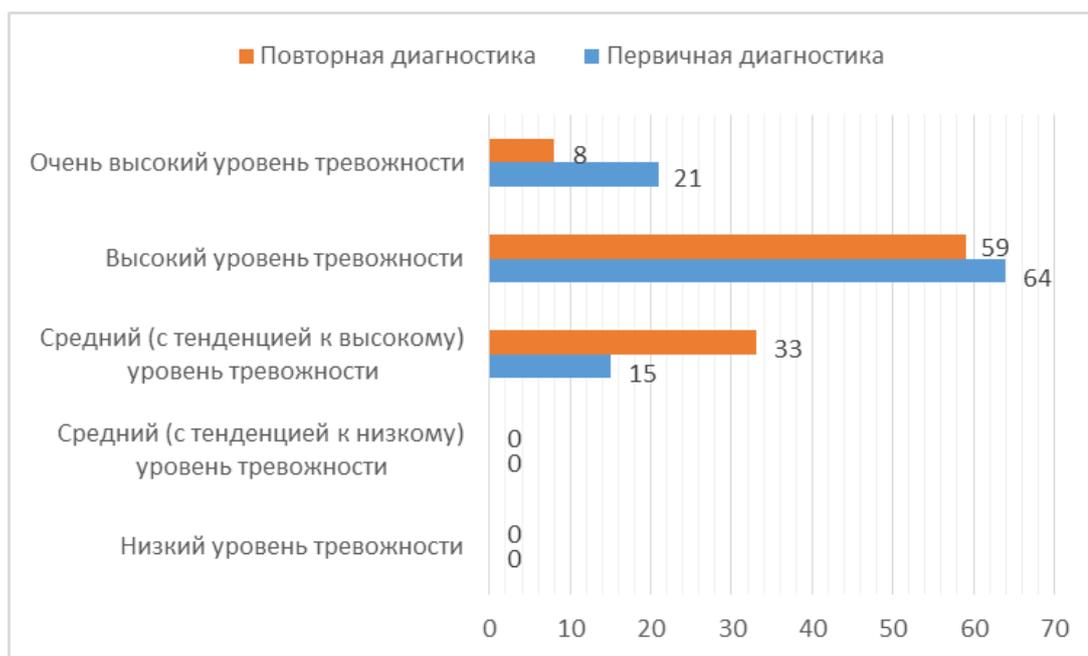


Рисунок 7 – Сравнительный анализ показателей проявления уровней тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА)

Анализируя данные проведенного исследования, мы видим, что хотя положительная динамика уровня тревожности и не является ярко выраженной, тем не менее она присутствует, и у части испытуемых мы видим произошедшие положительные изменения.

Отсутствие выраженных положительных результатов и подтвержденная диагностикой стабилизация состояний, связанных с тревогой, объясняется результатами многих практико-ориентированных исследований, а также психокоррекционной деятельностью когнитивных специалистов-психологов, где говорится о том, что глубинные схемы меняются сложно, требуют высокой мотивации клиента, его готовности к изменению и развитию личной зрелости и независимости. Это объясняется и тем, что как правило самому человеку проблема кажется «естественной», он воспринимает ее как данность и с одной стороны хочет перемен, а с другой, противится им. Взрослые дети алкоголиков (ВДА) «не видят», т. е., не осознают, что многие их установки деструктивны (причиняют дискомфорт самому человеку, социальному окружению), это норма для них, поэтому, работая с ними, необходимо достижение необходимого уровня критичности, ее направленности и развитие рефлексии. Также усложняют психокоррекционную работу с ВДА наличие ригидности и доминирующего защитного механизма отрицания. Им очень сложно менять свой привычный поведенческий сценарий, а защитный механизм отрицания способствует обесцениванию того, что говорит специалист. Несмотря на эти особенности, применение в работе с этой категорией людей сильных, мощных фрустрирующих методов, использование жесткой конфронтации, как средства столкновения личности с собственным Я, не рекомендуется, так как это может усиливать сопротивление, нарушать с трудом выстраиваемую систему доверительных отношений и отодвигать необходимый в работе этап самораскрытия «на шаги» назад.

Достигнутые нами положительные результаты исследования показывают, что специально разработанная коррекционная программа с

применением метода схематической терапии (коррекции) по снижению уровня проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) является эффективным средством профилактики и коррекции тревожности, что позволяет говорить о необходимости продолжат начатую работу, а также активно внедрять такой способ психологической помощи и актуализировать тенденции самопомощи у людей, относящихся к категории ВДА.

Выводы по второй главе

Реализация опытно-экспериментального исследования личностной тревожности и ее коррекции у взрослых детей алкоголиков (ВДА) проходила в три этапа.

На первом этапе была проведена первичная диагностика, направленная на выявление уровней проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА), которая показала, что 97 % испытуемых имеют высокий уровень личностной тревожности и 3 % – умеренный уровень личностной тревожности. Диагностика по шкале тревоги Тейлора показала, что 21 % испытуемых имеют очень высокий уровень тревожности, 64 % – высокий уровень тревожности и 15 % имеют средний уровень тревожности с тенденцией к высокому.

На втором этапе для реализации коррекционной работы была разработана программа, направленная на оптимизацию уровня личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА). Содержание программы было подобрано в соответствии с целями и задачами исследования, и направлено на снижение уровня личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) посредством активизации эмоциональных потребностей: потребность строить отношения и чувствовать эмоциональную связь с другими людьми и потребность быть достойным, быть «хорошим» человеком среди подобных нам.

На третьем этапе было проведено повторное диагностическое исследование, направленное на выявление уровней проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА). В результате сравнительного анализа показателей по итогам первичной и повторной диагностики была выявлена положительная тенденция: результаты повторной диагностики по методике Ч. Спилбергера свидетельствуют, что количество исследуемых с высоким уровнем проявления личностной тревожности снизилось на 18 %, а представителей с умеренным уровнем проявления личностной тревожности на 18 %. увеличилось. Среди исследуемых нет представителей с низким уровнем личностной тревожности. Повторная диагностика по шкале тревоги Дж. Тейлора показала следующий результат: количество исследуемых с очень высоким уровнем тревожности снизилось на 13 %, количество с высоким уровнем снизилось на 5 %, а количество исследуемых со средним уровнем тревожности (с тенденцией к высокому) увеличилось на 18 %. Среди исследованных не выявлены средний уровень тревожности с тенденцией к низкому и низкий уровень тревожности.

Данные повторной диагностики доказывают, что коррекционная программа является эффективным средством коррекционной работы, направленной на профилактику и снижение уровня проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА).

Заключение

Целью выполненной исследовательской работы было изучение возможностей психокоррекционной деятельности, направленной на снижение личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА).

В ходе достижения цели исследования мы решали ряд теоретических и экспериментальных задач.

Нами было рассмотрено понятие тревожности в отечественной и зарубежной психологии, изучено понятие личностной тревожности, ее особенности, а также условия и факторы ее возникновения. Отдельно были проанализированы особенности взрослых детей алкоголиков и установлена закономерность закрепления в их личностной структуре тревожности. Также было выделено, что возникновение тревожности как устойчивого личностного образования у взрослых детей алкоголиков (ВДА) связано с депривацией в ранние периоды становления личности.

Высокий уровень личностной тревожности оказывает деструктивное влияние на все сферы психической жизни человека: взаимоотношения с собственной личностью, взаимоотношения с другими, эмоциональность, образ жизни, а также способствует формированию психосоматических расстройств, поэтому высокий уровень личностной тревожности необходимо корректировать.

Традиционно, в коррекции личностной тревожности у взрослых, успешно применяются такие виды психотерапии (коррекции), как когнитивно-поведенческая психотерапия (коррекция), экспозиционная терапия (коррекция), телесно-ориентированная терапия (коррекция) и арт-терапия, но все эти виды терапии (коррекции) не уделяют должного внимания проблемам и травмам прошлого, а жизнь в алкогольной семье у ребенка, в любом случае, носит травматический характер, поэтому те или иные черты личности у взрослого такого ребенка, обнаруживают черты травмы, поэтому нами был предложен интегративный подход для коррекции

личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА), которым является схематическая терапия (коррекция).

Нами было реализовано опытно-экспериментальное исследование, направленное на коррекцию личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА) путем ослабления ранних дезадаптивных схем: «эмоциональная депривация» и «социальная изоляция».

В ходе данного исследования была продиагностирована группа из 39 человек, с целью выявления уровней проявления личностной тревожности. Обнаружив высокий уровень проявления личностной тревожности, мы разработали коррекционную программу, используя метод схематической терапии (коррекции) и апробировали эту программу. Данные повторной диагностики показали, что коррекционная программа является эффективным средством коррекционной работы, направленной на профилактику и снижение уровня проявления личностной тревожности у взрослых детей алкоголиков (ВДА), а также способствует улучшению общего психологического состояния человека. Это позволяет нам утверждать, что поставленная цель достигнута, задачи решены, и гипотеза подтверждена.

Список используемой литературы

1. Александров А. А. Интегративная психотерапия. СПб. : Питер, 2009. 352 с.
2. Александрова Л. А. О составляющих жизнестойкости личности как основе ее психологической безопасности в современном мире // Известия Таганрогского государственного радиотехнического университета. 2005. Т. 51. №7. С. 83-84.
3. Астапов В. М. Тревожность у детей. СПб. : Питер Пресс, 2004. 224 с.
4. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб. : Питер, 2019. 448 с.
5. Божович Л. И. К развитию аффективно-потребностной сферы человека / Проблемы общей, возрастной и педагогической психологии. Под ред. В.В. Давыдова. М. : Педагогика, 1978. 288 с. С. 167-179.
6. Боулби Д. Привязанность. Пер. с англ.: Н. Григорьева, Г. Бурменская. М. : Гардарики, 2003 г. 477 с.
7. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. Руководство практического психолога. М. : Канон+, 2020. 272 с.
8. Вилюнас В. К. Психология эмоций. Тексты / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. СПб. : Питер, 2006. 496 с.
9. Головин С. Ю. Словарь практического психолога. Минск : Харвест, 2007. 976 с.
10. Груммес У. Значение сказки для психоанализа // Энциклопедия глубинной психологии. Том 1. Зигмунд Фрейд. Жизнь, работа, наследие. М. : Когито-Центр, 1998. 784 с.
11. Диагностика оценочной тревожности / В. Н. Карандашев, Ч. Спилбергер, М. С. Лебедева. СПб. : Речь, 2004. 80 с.
12. Диагностика эмоционально-личностной сферы детей дошкольного и младшего школьного возраста. М. : Учитель, 2019. 196 с.

13. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб. : Питер, 2015. 352 с.
14. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М. : Просвещение, 1986. 128 с.
15. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. – СПб. : Апрель-Пресс, 2000. 448 с.
16. Изард К. Е. Психология эмоций. Пер. с англ. В. Мисник, А. Татлыбаева. СПб. : Питер, 2011. 464 с.
17. Изард К. Е. Эмоции человека. М. : Издательство Московского ун-та, 1980. 440 с.
18. Костина Л. М. Игровая терапия с тревожными детьми. СПб. : Речь, 2003. 160 с.
19. Левитов Н. Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Тревога и тревожность: Хрестоматия. М. : Пэр Сэ, 2008. 239 с. С. 75-84.
20. Малер М., Пайн Ф. Психологическое рождение человеческого младенца: Научная литература / пер.: Е. А. Перова, Е. А. Шадрова. М. : Когито-Центр, 2011. 416 с.
21. Марцинковская Т. Д. Ваш тревожный ребенок. М. : Вентана-Граф, 2005. 32 с.
22. Москаленко В. Д. Зависимость. Семейная болезнь. М. : Институт консультирования и системных решений, 2014. 360 с.
23. Мэй Р. Проблема тревоги. Пер. с англ. А. Г. Гладкова. Под ред. С. Пьянковой, Т. Багдаевой. М. : Эксмо-Пресс, 2001. – 432 с.
24. Мэй Р. Смысл тревоги. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2011. 416 с.
25. Немов Р. С. Психология. Кн. 3. Психодиагностика. М. : ВЛАДОС, 2016. 632 с.
26. Нехорошкова А. Н., Грибанов А. В. Тревожность у детей: причины и особенности ее проявления [Электронный документ] // Современные

проблемы науки и образования. 2014. № 5. 476 с. URL: <https://science-education.ru/pdf/2014/5/281.pdf> (дата обращения: 25.11.2019).

27. Осипова А. А. Общая психокоррекция. Учебное пособие для студентов вузов. М. : Сфера, 2004. 512 с.

28. Петрановская Л. В. Тайная опора. Привязанность в жизни ребенка. М. : АСТ, 2018. 256 с.

29. Прихожан А. М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. СПб. : Питер, 2009. 192 с.

30. Прихожан А. М. Психология неудачника. Тренинг уверенности в себе. 2-е изд. СПб. : Питер, 2009. 240 с.

31. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: МПСИ, 2000. 304 с.

32. Психология. Словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. М. : Политиздат, 2009. 512 с.

33. Ранк О. Травма рождения и ее значение для психоанализа. Пер. с нем. М. : Когито-Центр, 2009. 239 с.

34. Райх В. Анализ характера / пер. с англ. Е. Поле. М. : Апрель Пресс, 2000. 528 с.

35. Реан А. А., Трофимова Н. Б. Гендерные различия структуры тревожности у подростков // Актуальные проблемы деятельности практических психологов. Минск : МГУ, 2003. С. 6-7.

36. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб. : Питер, 2017. 718 с.

37. Спиваковская А. С. Как быть родителями: (О психологии родительской любви). М. : Педагогика, 1986. 160 с.

38. Спилбергер Ч. Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги. М. : Прогресс, 2003. 514 с.

39. Степанов С. С. Азбука детской психологии. М. : ТЦ Сфера, 2004. 128 с.

40. Суворова В. В. Психофизиология стресса. Под ред. Ю. И. Александрова. М. : ИНФРА-М, 1997. 349 с.
42. Теория личности в западноевропейской и американской психологии / под ред. Д. Я. Райгородского. Самара : Бахрах-М, 1996. 480 с.
43. Тревога и тревожность: хрестоматия / Под ред. В. М. Астапова. М. : ПЕР СЭ, 2008. 240 с.
44. Фрейд З. Психология бессознательного. СПб. : Питер, 2019. 528 с.
45. Хабилова Е. Р. Тревожность и ее последствия // Ананьевские чтения – 2003. СПб., 2003. С. 301-302.
46. Холл К. С., Линдсей Г. Теории личности. М. : Изд-во Института Психотерапии, 2008. 672 с.
47. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Новые пути в психоанализе. СПб. : Питер, 2019. 304 с.
48. Хорни К. Самоанализ. СПб. : Питер, 2019. 224 с.
49. Хорни К. Собрание сочинений в трех томах. М. : Смысл, 1997. 696 с.
50. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. М. : Академия, 2001. 208 с.
51. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб. : Питер, 2020. 608 с.
52. Шпет М. С. Психологическая природа и причины личностной тревожности // Научный альманах. 2015. № 11. С. 5-13.
53. Янг Дж. Прочь из замкнутого круга! Как оставить проблемы в прошлом и впустить в свою жизнь счастье / Янг Джеффри, Клоско Джанет; пер. с англ. Е. Кваши. М. : Эксмо, 2019. 384 с.
54. Ainsworth M. D. S. Attachment: Retrospect and prospect //Ed. by Parkes C.M., Stevenson-Hinde J. The place of attachment in human behavior. N.-Y., 1982.
55. Ainsworth M. D. S., Blehar M., Warers E., Wall E. Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale. N.-Y.: Erlbaum Associates, 1987.

56. Bowlby J. Attachment and Loss Separation: Anxiety and Anger. Basic Books, 1973.
57. Erikson E. H. Childhood and society (2nd Ed.). New York: Norton, 1963.
58. Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T., et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy // Archives of General Psychiatry. 2006. V. 63. P. 649-658.
59. Horney K. Neurosis and human growth. New York: Norton, 1950.
- International Journal of Human-Computer Interaction, 2003, Vol. 16, N 2.
60. Jacob G., Arntz A. Schema Therapy for Personality Disorders. A Review // International Journal of Cognitive Therapy. 2013. V. 6(2). P. 171-185.
61. Sobolewska-Mellibruda Z. Psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików. Warszawa, 2011.
62. Sullivan H. S. The Collected Work. V. 1, 2. N. Y., 1953.
63. Woititz, Janet G. Adult children of alcoholics. Health Communications, Inc., 1983.
64. Young J., Klosko J., Weishaar M. Schema therapy. N.Y., London, 2003.

Приложение А

Эмпирические данные диагностического этапа исследования

Таблица А.1 – Эмпирические данные об уровне личностной тревожности по методике Спилбергера-Ханина

Шифр испытуемого	Город проживания	Пол	Возраст	Член семьи, страдающий алкогольной зависимостью	Уровень тревожности
1	Иркутск	Ж	18-30	Мать	54 (высокий)
2	Усть-Илимск	Ж	30-55	Оба родителя	55 (высокий)
3	Москва	Ж	30-55	Отец	43 (умеренный)
4	Новокуйбышевск	М	55+	Отец	51 (высокий)
5	Самара	М	18-30	Мать	58 (высокий)
6	Москва	Ж	30-55	Отец	55 (высокий)
7	Москва	Ж	30-55	Оба родителя	52 (высокий)
8	Санкт - Петербург	Ж	30-55	Отец	55 (высокий)
9	Саратов	Ж	30-55	Отец	57 (высокий)
10	Тюмень	Ж	18-30	Отец	51 (высокий)
11	Нижевартовск	Ж	30-55	Оба родителя	56 (высокий)
12	Москва	Ж	30-55	Отец	55 (высокий)
13	Иркутск	Ж	30-55	Отчим	58 (высокий)
14	Алматы	Ж	30-55	Мать	56 (высокий)
15	Зеленоград	Ж	30-55	Отец	53 (высокий)
16	Новосибирск	М	30-55	Отец	47 (высокий)
17	Самара	Ж	30-55	Отец	56 (высокий)
18	Одесса	Ж	30-55	Отец	54 (высокий)
19	Сочи	Ж	18-30	Оба родителя	55 (высокий)
20	Санкт - Петербург	Ж	30-55	Отец	48 (высокий)
21	Москва	М	30-55	Отец	55 (высокий)
22	Санкт - Петербург	Ж	18-30	Отец	49 (высокий)
23	Москва	Ж	18-30	Оба родителя	60 (высокий)
24	Москва	Ж	30-55	Оба родителя	57 (высокий)
25	Волгоград	М	30-55	Отец	52 (высокий)
26	Челябинск	Ж	30-55	Отец	52 (высокий)
27	Магнитогорск	Ж	18-30	Мать	47 (высокий)
28	Москва	Ж	30-55	Мать	58 (высокий)

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1

29	Севастополь	Ж	30-55	Отец	56 (высокий)
30	Ярославль	Ж	30-55	Отец	55 (высокий)
31	Всеволожск	Ж	30-55	Отец	52 (высокий)
32	Самара	М	30-55	Мать и отчим	61 (высокий)
33	Уфа	Ж	30-55	Оба родителя	57 (высокий)
34	Чусовой	Ж	30-55	Отец	49 (высокий)
35	Санкт - Петербург	Ж	18-30	Мать	54 (высокий)
36	Санкт - Петербург	М	30-55	Мать	48 (высокий)
37	Новосибирск	Ж	55+	Отец	56 (высокий)
38	Барнаул	М	30-55	Отец	57 (высокий)
39	Мурманск	Ж	30-55	Отец	51 (высокий)

Таблица А. 2 – Результаты проведения первичной диагностики тревожности по методике Тейлора-Немчина

Шифр испытуемого	Город проживания	Пол	Возраст	Член семьи, страдающий алкогольной зависимостью	Уровень тревожности
1	Иркутск	Ж	18-30	Мать	30 (высокий)
2	Усть-Илимск	Ж	30-55	Оба родителя	37 (высокий)
3	Москва	Ж	30-55	Отец	24 (средний с тенденцией к высокому)
4	Новокуйбышевск	М	55+	Отец	29 (высокий)
5	Самара	М	18-30	Мать	40 (очень высокий)
6	Москва	Ж	30-55	Отец	27 (высокий)
7	Москва	Ж	30-55	Оба родителя	36 (высокий)
8	Санкт-Петербург	Ж	30-55	Отец	36 (высокий)
9	Саратов	Ж	30-55	Отец	39 (высокий)
10	Тюмень	Ж	18-30	Отец	27 (высокий)
11	Нижневартовск	Ж	30-55	Оба родителя	32 (высокий)
12	Москва	Ж	30-55	Отец	30 (высокий)
13	Иркутск	Ж	30-55	Отчим	41 (очень высокий)
14	Алматы	Ж	30-55	Мать	32 (высокий)
15	Зеленоград	Ж	30-55	Отец	23 (средний с тенденцией к высокому)

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.2

16	Новосибирск	М	30-55	Отец	22 (средний с тенденцией к высокому)
17	Самара	Ж	30-55	Отец	35 (высокий)
18	Одесса	Ж	30-55	Отец	28 (высокий)
19	Сочи	Ж	18-30	Оба родителя	37 (высокий)
20	Санкт-Петербург	Ж	30-55	Отец	28 (высокий)
21	Москва	М	30-55	Отец	23 (средний с тенденцией к высокому)
22	Санкт-Петербург	Ж	18-30	Отец	25 (высокий)
23	Москва	Ж	18-30	Оба родителя	41 (очень высокий)
24	Москва	Ж	30-55	Оба родителя	31 (высокий)
25	Волгоград	М	30-55	Отец	34 (высокий)
26	Челябинск	Ж	30-55	Отец	32 (высокий)
27	Магнитогорск	Ж	18-30	Мать	29 (высокий)
28	Москва	Ж	30-55	Мать	41 (очень высокий)
29	Севастополь	Ж	30-55	Отец	27 (высокий)
30	Ярославль	Ж	30-55	Отец	36 (высокий)
31	Всеволожск	Ж	30-55	Отец	24 - средний (с тенденцией к высокому)
32	Самара	М	30-55	Мать и отчим	42 (очень высокий)
33	Уфа	Ж	30-55	Оба родителя	40 (очень высокий)
34	Чусовой	Ж	30-55	Отец	29 (высокий)
35	Санкт-Петербург	Ж	18-30	Мать	31 (высокий)
36	Санкт-Петербург	М	30-55	Мать	36 (высокий)
37	Новосибирск	Ж	55+	Отец	40 (очень высокий)
38	Барнаул	М	30-55	Отец	40 (очень высокий)
39	Мурманск	Ж	30-55	Отец	23 - средний (с тенденцией к высокому)

Продолжение Приложения А

Таблица А.3 – Результаты проведения диагностики по методике Дж. Янга

Шифр испытуемого	Город проживания	Пол	Возраст	Член семьи, страдающий алкогольной зависимостью	Ранняя дезадаптивная схема
1	Иркутск	Ж	18-30	Мать	Отверженность
2	Усть - Илимск	Ж	30-55	Оба родителя	Недоверие / жестокое обращение
3	Москва	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
4	Новокуйбышевск	М	55+	Отец	Эмоциональная депривация
5	Самара	М	18-30	Мать	Неполноценность
6	Москва	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
7	Москва	Ж	30-55	Оба родителя	Недоверие / жестокое обращение
8	Санкт - Петербург	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
9	Саратов	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
10	Тюмень	Ж	18-30	Отец	Эмоциональная депривация
11	Нижневартовск	Ж	30-55	Оба родителя	Отверженность
12	Москва	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
13	Иркутск	Ж	30-55	Отчим	Недоверие / жестокое обращение
14	Алматы	Ж	30-55	Мать	Неполноценность
15	Зеленоград	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
16	Новосибирск	М	30-55	Отец	Недоверие / жестокое обращение
17	Самара	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
18	Одесса	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
19	Сочи	Ж	18-30	Оба родителя	Неполноценность
20	Санкт - Петербург	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.3

21	Москва	М	30-55	Отец	Социальная изоляция
22	Санкт - Петербург	Ж	18-30	Отец	Эмоциональная депривация
23	Москва	Ж	18-30	Оба родителя	Социальная изоляция
24	Москва	Ж	30-55	Оба родителя	Недоверие / жестокое обращение
25	Волгоград	М	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
26	Челябинск	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
27	Магнитогорск	Ж	18-30	Мать	Отверженность
28	Москва	Ж	30-55	Мать	Эмоциональная депривация
29	Севастополь	Ж	30-55	Отец	Недоверие / жестокое обращение
30	Ярославль	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
31	Всеволожск	Ж	30-55	Отец	Социальная изоляция
32	Самара	М	30-55	Мать и отчим	Недоверие / жестокое обращение
33	Уфа	Ж	30-55	Оба родителя	Недоверие / жестокое обращение
34	Чусовой	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация
35	Санкт - Петербург	Ж	18-30	Мать	Отверженность
36	Санкт - Петербург	М	30-55	Мать	Неполноценность
37	Новосибирск	Ж	55+	Отец	Эмоциональная депривация
38	Барнаул	М	30-55	Отец	Неполноценность
39	Мурманск	Ж	30-55	Отец	Эмоциональная депривация

Приложение Б

Показатели личностной тревожности по результатам апробации психокоррекционной программы

Таблица Б.1 – Результаты проведения повторной диагностики личностной тревожности по методике Спилбергера-Ханина

Шифр испытуемого	Город проживания	Пол	Возраст	Член семьи, страдающий алкогольной зависимостью	Уровень тревожности
1	Иркутск	Ж	18-30	Мать	52 (высокий)
2	Усть-Илимск	Ж	30-55	Оба родителя	55 (высокий)
3	Москва	Ж	30-55	Отец	35 (умеренный)
4	Новокуйбышевск	М	55+	Отец	44 (умеренный)
5	Самара	М	18-30	Мать	54 (высокий)
6	Москва	Ж	30-55	Отец	52 (высокий)
7	Москва	Ж	30-55	Оба родителя	52 (высокий)
8	Санкт-Петербург	Ж	30-55	Отец	48 (высокий)
9	Саратов	Ж	30-55	Отец	55 (высокий)
10	Тюмень	Ж	18-30	Отец	39 (умеренный)
11	Нижневартовск	Ж	30-55	Оба родителя	52 (высокий)
12	Москва	Ж	30-55	Отец	55 (высокий)
13	Иркутск	Ж	30-55	Отчим	57 (высокий)
14	Алматы	Ж	30-55	Мать	51 (высокий)
15	Зеленоград	Ж	30-55	Отец	53 (высокий)
16	Новосибирск	М	30-55	Отец	37 (умеренный)
17	Самара	Ж	30-55	Отец	51 (высокий)
18	Одесса	Ж	30-55	Отец	47 (высокий)
19	Сочи	Ж	18-30	Оба родителя	54 (высокий)
20	Санкт-Петербург	Ж	30-55	Отец	40 (умеренный)
21	Москва	М	30-55	Отец	51 (высокий)
22	Санкт-Петербург	Ж	18-30	Отец	45 (умеренный)
23	Москва	Ж	18-30	Оба родителя	57 (высокий)
24	Москва	Ж	30-55	Оба родителя	55 (высокий)
25	Волгоград	М	30-55	Отец	49 (высокий)

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

26	Челябинск	Ж	30-55	Отец	52 (высокий)
27	Магнитогорск	Ж	18-30	Мать	47 (высокий)
28	Москва	Ж	30-55	Мать	56 (высокий)
29	Севастополь	Ж	30-55	Отец	48 (высокий)
30	Ярославль	Ж	30-55	Отец	53 (высокий)
31	Всеволожск	Ж	30-55	Отец	52 (высокий)
32	Самара	М	30-55	Мать и отчим	57 (высокий)
33	Уфа	Ж	30-55	Оба родителя	57 (высокий)
34	Чусовой	Ж	30-55	Отец	41 (умеренный)
35	Санкт-Петербург	Ж	18-30	Мать	54 (высокий)
36	Санкт - Петербург	М	30-55	Мать	48 (высокий)
37	Новосибирск	Ж	55+	Отец	54 (высокий)
38	Барнаул	М	30-55	Отец	57 (высокий)
39	Мурманск	Ж	30-55	Отец	44 (умеренный)

Таблица Б. 2 – Результаты проведения повторной диагностики тревожности по методике Тейлора-Немчина

Шифр испыту емого	Город проживания	Пол	Возраст	Член семьи, страдающий алкогольной зависимостью	Уровень тревожности
1	Иркутск	Ж	18-30	Мать	30 (высокий)
2	Усть-Илимск	Ж	30-55	Оба родителя	37 (высокий)
3	Москва	Ж	30-55	Отец	22 (средний с тенденцией к высокому)
4	Новокуйбышевск	М	55+	Отец	24 (средний с тенденцией к высокому)
5	Самара	М	18-30	Мать	37 (высокий)
6	Москва	Ж	30-55	Отец	27 (высокий)
7	Москва	Ж	30-55	Оба родителя	36 (высокий)
8	Санкт-Петербург	Ж	30-55	Отец	32 (высокий)
9	Саратов	Ж	30-55	Отец	36 (высокий)
10	Тюмень	Ж	18-30	Отец	21 (средний с тенденцией к высокому)
11	Нижневартовск	Ж	30-55	Оба родителя	30 (высокий)
12	Москва	Ж	30-55	Отец	27 (высокий)

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

13	Иркутск	Ж	30-55	Отчим	38 (высокий)
14	Алматы	Ж	30-55	Мать	32 (высокий)
15	Зеленоград	Ж	30-55	Отец	23 (средний с тенденцией к высокому)
16	Новосибирск	М	30-55	Отец	22 (средний с тенденцией к высокому)
17	Самара	Ж	30-55	Отец	31 (высокий)
18	Одесса	Ж	30-55	Отец	28 (высокий)
19	Сочи	Ж	18-30	Оба родителя	37 (высокий)
20	Санкт-Петербург	Ж	30-55	Отец	23 (средний с тенденцией к высокому)
21	Москва	М	30-55	Отец	23 (средний с тенденцией к высокому)
22	Санкт-Петербург	Ж	18-30	Отец	21 (средний с тенденцией к высокому)
23	Москва	Ж	18-30	Оба родителя	41 (очень высокий)
24	Москва	Ж	30-55	Оба родителя	31 (высокий)
25	Волгоград	М	30-55	Отец	34 (высокий)
26	Челябинск	Ж	30-55	Отец	29 (высокий)
27	Магнитогорск	Ж	18-30	Мать	24 (средний с тенденцией к высокому)
28	Москва	Ж	30-55	Мать	38 (высокий)
29	Севастополь	Ж	30-55	Отец	21 (средний с тенденцией к высокому)
30	Ярославль	Ж	30-55	Отец	36 (высокий)
31	Всеволожск	Ж	30-55	Отец	24 - средний (с тенденцией к высокому)
32	Самара	М	30-55	Мать и отчим	42 (очень высокий)
33	Уфа	Ж	30-55	Оба родителя	40 (очень высокий)
34	Чусовой	Ж	30-55	Отец	22 (средний с тенденцией к высокому)
35	Санкт-Петербург	Ж	18-30	Мать	31 (высокий)
36	Санкт-Петербург	М	30-55	Мать	29 (высокий)
37	Новосибирск	Ж	55+	Отец	36 (высокий)
38	Барнаул	М	30-55	Отец	39 (высокий)
39	Мурманск	Ж	30-55	Отец	23 - средний (с тенденцией к высокому)

Приложение В

Личностные и поведенческие особенности зависимой и созависимой личности

Психологические особенности зависимой личности:

– обсессивно-компульсивное влечение к алкоголю, сниженная переносимость затруднений, неспособность к длительному напряжению, субъективность оценки возникающих проблем, житейских трудностей, конфликтов, неспособность к длительному и спокойному ожиданию, «бегство от реальности», низкая самооценка; комплекс неполноценности (тревожность у аддиктов зачастую связана с комплексом неполноценности); незрелость личности в целом (эгоцентризм, инфантильность, эмоциональная неустойчивость); словесная и физическая агрессия; относительная интеллектуальная недостаточность (касается уровня развития интеллектуальных запросов и чувств); склонность обвинять в своих неудачах внешние обстоятельства; психосоматические расстройства; наличие коморбидных расстройств: личностные расстройства, акцентуации, депрессии, сексуальные нарушения и пр. В целом зависимая личность – безответственная личность, алкоголизм часто называют болезнью безответственности.

Психологические особенности созависимой личности:

– у созависимых выявляются психические особенности, во многом сходные с чертами и проявлениями зависимой личности: обсессивно-компульсивное влечение к объекту зависимости с доминированием в сознании мыслей о зависимом или «значимым другим»; утрата контроля над поведением зависимого, а также над своими чувствами и жизнью; неспособность трезво мыслить, как при опьянении; самообман; обида на членов семьи, необоснованные требования, словесная и физическая агрессия; отчужденность, замкнутость, изоляция; депрессия с преобладанием душевной боли, вины, стыда, ненависти; низкая самооценка, допускающая саморазрушительное поведение (аутоагрессивные формы поведения –

Продолжение Приложения В

нарушение пищевого поведения, модификации тела и пр.); все возрастающая выносливость к эмоциональной боли, как у зависимого – к ПАВ (развитие толерантности и резистентности к эмоциональной боли); склонность к гиперопеке; сопутствующие аддикции: трудоголизм, зависимость от транквилизаторов, никотина, алкоголя; психосоматические расстройства (например, вследствие алекситимии); наличие коморбидных расстройств: личностные расстройства, акцентуации, депрессии, сексуальные нарушения и пр.