

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)

Психологическое консультирование

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ
С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ**

Студент

А.Д. Груненко

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный

к.псих.н., доцент В.В. Пантелеева

руководитель

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

Оглавление

Введение	3
Глава 1 Теоретические подходы к психологическому консультированию и терапии тревожности личности.....	9
1.1 Теоретический обзор отечественных и зарубежных источников, посвященных проблеме психологического консультирования.....	9
1.2 Основные отечественные и зарубежные теоретические подходы к пониманию тревожных состояний личности.....	17
1.3 Когнитивно-поведенческая терапия как метод коррекции тревожных состояний.....	23
Глава 2 Экспериментальное изучение когнитивно-поведенческого консультирования тревожных состояний.....	31
2.1 Описание структуры выборки и используемых методик	31
2.2 Описание хода и результатов исследования.....	47
Заключение.....	79
Список используемой литературы.....	81

Введение

Актуальность исследования. Современный мир характеризуется достаточно высоким уровнем ритма жизни. К жителю мегаполиса сейчас предъявляются высокие требования. Для адаптации к быстрым переменам от индивида требуется высокая социальная активность и устойчивое эмоциональное состояние. Например, многие области трудовой деятельности связаны с нервно-психическим напряжением. Особенно это касается руководящих должностей. Ускоренный темп жизни, усиливая это напряжение, может привести к эмоциональным расстройствам, стрессовым состояниям и повышенному уровню тревоги.

Принято различать понятия «тревога» и «тревожность». Это применяется, как для отечественной (Н.Д. Левитов [47], А.М. Прихожан [57]), так и для зарубежной психологии (Ч.Д. Спилбергер [99], Х. Хекхаузен [78]). В целом, ряд исследователей говорит о тревоге, как о базовом, нормальном состоянии, являющейся ответом организма на угрозу и о тревоге, как свойстве личности. Стоит отметить, что длительно существующее состояние тревоги может становиться свойством личности, переходя в категорию тревожности и тревожного расстройства.

По данным Европейской психиатрической ассоциации тревожные расстройства очень распространены. Ими страдают от 15–20 до 40% людей в мире. Исходя из этого, можно сделать выводы, что доля тревожных расстройств в популяции велика и требует особого внимания и изучения, что является проблематикой данного исследования.

Решение этих проблем связано с необходимостью ранней диагностики нарушений адаптации, а также их своевременной коррекции. Специфика тревожных расстройств такова, что часто человек обращается за помощью, когда симптомы тревоги начинают существенно влиять на качество жизни и зачастую требуется комплексная помощь. На сегодняшний день для

коррекции уровня тревоги существует множество методов психофармакотерапии, психотерапии и психологического консультирования.

Золотым стандартом в коррекции и лечении тревожных расстройств считается когнитивно-поведенческая терапия (далее - КПТ) А. Бека [39]. Существует множество исследований об эффективности КПТ в лечении тревожных расстройств, однако в результате теоретического анализа было выявлено, что таких исследований в России проведено очень мало.

Таким образом, анализ научных исследований и источников литературы позволил нам выявить следующие **противоречия**: между необходимостью психообразования населения о природе тревоги в связи с необходимостью адаптации к условиям жизни в современном мире и недостаточным внедрением в общую культуру этих знаний; между необходимостью популяризации и интеграции возможностей современных подходов к психологическому консультированию и их недостаточным применением в консультативной работе специалистами.

Для разрешения описанных противоречий в теории и практике психологического консультирования была сформулирована **проблема исследования**: существует ли необходимость, возможность разработки и апробации на русскоязычной выборке программы консультаций, включающие в себя психообразовательные и тренинговые блоки для снижения уровня тревожности?

Цель исследования: обосновать и экспериментально проверить эффективность разработки и применения индивидуального плана консультаций, включающих когнитивные и поведенческие техники в решении проблемы тревожности.

Объект исследования: процесс изменения уровня тревожности личности.

Предмет исследования: изменение уровня тревожности личности при использовании индивидуального плана консультаций с использованием когнитивных и поведенческих техник.

Гипотеза исследования: разработанная программа консультаций позволяет снизить уровень личностной тревожности благодаря действию следующих механизмов:

- психообразование клиента о тревоге, её эволюционном значении, функциях, особенностях работы нервной системы, руминациях, беспокойстве;
- социализация клиентов в когнитивную модель при использовании метода концептуализации (динамической структуры, формулируемой в рамках когнитивной теории и предоставленной клиентом информации);
- обучению клиентов в рамках сократического диалога когнитивным техникам работы с автоматическими мыслями и убеждениями (за и против, наихудший исход, альтернативные объяснения, поиск когнитивных искажений, поведенческие эксперименты, техника решения проблем, техника дерево принятия решений, использование метафор, копинг-карточек);
- использованию клиентами поведенческих техник (поведенческая активация, экспозиция, тренинг навыков ассертивности);
- обучению клиентов техникам майндфулнесс и техникам самосострадания.

Цель и гипотеза исследования обуславливают необходимость решения следующих **задач исследования:**

- 1) проанализировать современные научные подходы, описывающие проблему исследования и уточнить возможности психологического консультирования при работе с повышенным уровнем тревожности;
- 2) определить психодиагностический инструментарий для выявления уровня тревожности;
- 3) разработать, теоретически обосновать и апробировать программу консультаций, основанную на классических когнитивно - поведенческих протоколах, направленную на снижение уровня тревожности личности;

4) выявить динамику уровня тревожности респондентов после работы по индивидуальному плану консультаций.

Теоретико-методологическая основа исследования:

- теоретические положения, описанные в рамках системного подхода, согласно которому, все внешнее и внутреннее единство психической деятельности личности стоит рассматривать как единое целое (Б.Ф. Ломов [19, 20, 36]);
- идеи, описанные в рамках теории личностных конструктов, согласно которым, при взаимодействии с окружающим миром личность использует созданные ей на основе предыдущего опыта когнитивные схемы и шаблоны (Дж. Келли [39]);
- идеи и теоретические положения, описанные в рамках когнитивно-поведенческого подхода, согласно которому, мысли и когнитивные схемы личности определяют эмоциональные реакции и поведение (А.Т. Бек, Дж. Бек, А. Эллис, Р. Лихи [39]);
- идеи, описанные в рамках майндфулнесс – подхода, об управлении эмоциональным состоянием, используя медитации и практики осознанности (Дж. Кабат-Зинн [42]).

Для достижения поставленных задач и подтверждения выдвинутой гипотезы были использованы следующие **методы исследования:**

- 1) теоретические (обзор и анализ литературы по проблеме исследования, интерпретация, обобщение практического опыта);
- 2) эмпирические (клиническое интервью, констатирующий эксперимент, тестирование уровня тревожности с использованием психодиагностических методик, формирующий эксперимент);
- 3) проведение индивидуальных консультаций, согласно разработанному плану с использованием техник и методов, применяемых в когнитивно-поведенческой терапии, контрольный эксперимент – повторное измерение уровня тревожности);

- 4) методы анализа и обработки результатов (количественный анализ полученных данных с использованием программ Microsoft Excel, Statistica 10 и качественный анализ – описание кейсов).

Экспериментальная база исследования и выборка: общую выборку исследования составили 20 человек. Исследование проходило на базе онлайн-сервиса по подбору психологов Alter (ООО «Альтер»).

Научная новизна исследования: выявление уровня психологических знаний населения о проблеме тревожности и влиянии психообразования на изменение уровня тревоги; апробация разработанных индивидуальных планов консультаций с использованием когнитивных и поведенческих техник в работе современного специалиста.

Теоретическая значимость исследования. Результаты магистерской диссертации обобщают актуальные данные по проблеме тревожности, характеристик понятия «тревожность» и способов работы с повышенным уровнем тревожности в рамках психологического консультирования.

Практическая значимость исследования. Полученные результаты, а именно разработка индивидуальных планов консультаций для людей с повышенным уровнем тревожности и их апробация, представляют практический интерес для психологов - консультантов в целях успешной психологической работы.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечиваются теоретической и методологической обоснованностью работы; репрезентативностью выборки испытуемых; количественным и качественным анализом полученных данных; применением комплекса методов, соответствующих целям, предмету, задачам исследования.

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

Положения, выносимые на защиту:

1. Разработанный консультативный протокол имеет сильные стороны (использование модульного подхода, интеграция методов третьей волны, субъект-субъектное отношение) и ограничения (сложности в поддержании контракта, «дрейф» в работе, малую применимость экспериенциальных техник, меньшие возможности в проведении совместной экспозиции, невидимость языка тела и удобство в сокрытии клиентом некоторой информации).

2. У респондентов, после проведения консультаций, согласно индивидуальному плану, происходит снижение уровня личностной тревожности за счет совместного построения концептуализации и наличия в индивидуальном плане блоков психообразовательной, когнитивной и поведенческой работы.

3. Совместное построение концептуализации и психообразование о природе тревоги улучшает раппорт между консультантом и клиентом, создает условия для продуктивного сотрудничества и улучшает субъективное самочувствие респондентов.

Апробация и внедрение результатов работы. Материалы диссертационного исследования были представлены в двух научных статьях

Структура магистерской работы. Работа состоит из введения, теоретической главы, содержащей три параграфа, эмпирической главы, выводов, заключения, списка используемой литературы, состоящего из 101 наименований (в том числе 16 на иностранном языке), приложений. Для иллюстраций текста используется 4 таблицы и 14 рисунков. Работа изложена на 88 страницах текста.

Глава 1 Теоретические подходы к психологическому консультированию и терапии тревожности личности

1.1 Теоретический обзор отечественных и зарубежных источников, посвященных проблеме психологического консультирования

Исследование проблемы психологического консультирования (здесь и далее - ПК) тревожности требует определения понятия «психологическое консультирование», целей и задач этой деятельности. В настоящее время не существует общего понимания этого термина [19, 21, 60, 61, 82]. Консультирование понимается как профессиональная помощь человеку или группе людей в поиске путей решения проблемной ситуации.

Все типы консультирования обычно включают аспекты, связанные с межличностным взаимодействием. Существует три основных подхода к консультированию [61]:

- а) проблемно-ориентированный, который фокусируется на основных внешних причинах проблемы и находит способ ее решения;
- б) личностно-ориентированное консультирование, целью которого является анализ личных и индивидуальных причин развития проблемных и конфликтных ситуаций и их предотвращение в будущем;
- в) консультирование, направленное на определение ресурсов для решения проблемы.

Большинство авторов отмечают трудности в разграничении процесса консультирования и психотерапии. Сходство между психотерапией и консультированием заключается в следующем [56]:

- а) использует психологические средства воздействия;
- б) выполняет функции развития и профилактики (а иногда и лечения и реабилитации);

в) стремится к позитивным изменениям в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах с целью повышения личностной эффективности;

г) содержат психологические теории как научную основу;

д) требуют эмпирического анализа;

е) осуществляются в профессиональной среде.

Существуют разные точки зрения на разницу между психотерапией и консультированием. Так, Нельсон-Джонс рассматривает консультирование как психологический процесс развития [37]. Конечная цель консультирования - научить людей помогать себе и быть самому себе консультантом. Нельсон-Джонс не видит разницы между психотерапией и психологической коррекцией. Он также указывает на то, что, в отличие от психотерапии, большая часть информации, полученной во время консультирования, проявляется в сознании клиента в промежутке между сеансами, что помогает людям, когда они обучаются помогать себе и быть самому себе консультантом.

В разное время вопрос определения ПК был достаточно широко описан в психологической литературе. В зависимости от подхода к ПК его цели и задачи можно определять по-разному. Рассмотрим, как решается вопрос о целях и задачах ПК в подходах, выработанных в рамках отечественной психологической традиции.

Алешина Ю.Э. определяет основную цель психологического консультирования как психологическую помощь, то есть беседа с психологом направлена на помощь человеку в решении проблем [77]. Для этого надо помочь клиенту расширить понимание себя и своей ситуации, сбросить эмоциональное напряжение и передать клиенту ответственность за изменения. Это означает, что специалист должен передать ответственность за свои проблемы клиенту во время консультации и должен доказать, что клиент сам способствует возникновению и сохранению проблемы. Акцент проблемы клиента необходимо перенести на него самого. Выполнение

описанных мероприятий требует от специалиста высокого уровня квалификации. Так что если мы хотим облегчить эмоциональное состояние клиента, то скорее будем говорить о том, что он не виноват в случившемся, что нельзя нести столько ответственности за то, что произошло - не все зависит от нас, все они склонны к ошибкам. И наоборот, если мы хотим побудить клиента брать на себя ответственность за все, что с ним происходит, мы замечаем, что это неизбежно ведет к ухудшению его эмоционального состояния. Поэтому психолог должен понимать в каждом отдельном случае, какая из этих задач актуальна.

Абрамова Г.С. определяет цель ПК в формировании продуктивно - культурной личности клиента [62]. Человек должен научиться с помощью ПК действовать осознанно, уметь использовать разные стратегии поведения и анализировать ситуацию с разных точек зрения. В связи с этим основной задачей психолога-консультанта Абрамова видит создание условий для нормального и психически здорового клиента, в которых он начал бы создавать новые решения, позволяющие ему действовать в соответствии с возможностями культуры. Аналогичную позицию занимает Р.С. Кочюнас. С его точки зрения, цель ПК - передать клиенту зрелые черты личности. Кочюнас считает, что это возможно при появлении у самого психолога-консультанта зрелых черт личности. Возникновение этих характеристик связано с разнообразием личной и профессиональной жизни специалиста.

Обозов Н.Н. видел цель ПК в объяснении причин и следствий жизненных ситуаций клиенту [50]. Задача здесь - предоставить клиенту психологическую информацию, касающуюся его трудностей. Из этой задачи возникает другая - изучение индивидуальных психологических особенностей клиента, чтобы правильно передать эту информацию, с учетом того, что и в какой форме человек готов принять.

Флоренская Тамара Александровна назвала свой подход к КП духовно ориентированным [54]. В структуре личности Т.А. Флоренская различает две формации:

а) «Обыденное эмпирическое Я» – это смесь качеств, которые личность приобрела на протяжении всей своей жизни;

б) «Я духовное» – это врожденный голос совести, человеческой интуиции, концентрат моральной и творческой интуиции, который сообщает человеку, что и как, как необходимо делать то, что не является естественным.

Основной задачей консультанта-психолога она считает задачу помочь клиенту осознать реальность своего «Духовного Я». Флоренская описала условия, при которых человек может вернуться к осознанию реальности своего «Духовного Я», чтобы жить в соответствии со своими потребностями. Важным условием для работы здесь является «безоценочность» - психолог не должен придерживаться аргументов «Обыденного эмпирического Я» клиента и не занимать предлагаемую им позицию.

Копьев А.Ф. описал свой подход к консультированию как диалогический [52]. Цель работы с клиентом при таком подходе - установить момент самопознания личности в самом искреннем обсуждении значимых проблем. Эта дискуссия становится полем для исследования и позволяет прикоснуться к самым глубоким и сокровенным убеждениям личности. Первой задачей является достижение «диалогического поворотного момента», то есть момента преодоления болезненной самоизоляции личности от сущностных сторон бытия. Признак самоизоляции - дискомфорт из-за необходимости перейти к более глубокому и личному диалогу. Человек боится изменений. А психолог, готовый к диалогу, подбадривает клиента и стимулирует его на изменения. Состояние самоизоляции клиента должно смениться состоянием диалогического намерения - готовности серьезно обсуждать и решать свои проблемы здесь и сейчас с этим консультантом.

Капустин Сергей Александрович видит первостепенную задачу ПК в разрушении полярности оценочных позиций [37]. Это предвзятое отношение человека к своей жизни, определяющее его целевую направленность, субъективный смысл реализации тех или иных жизненных целей для самого человека. Полярность оценочной позиции означает, что человек признает

выполнение лишь некоторых жизненных требований к себе. Полярность оценочной позиции обычно навязывается человеку его социальным окружением, а не является результатом его свободного самоопределения. В то же время человек отвергает свободное самоопределение и требования жизни, противостоящие оценочной позиции.

Гермелин П.П. и Васьковская С.В. определяют свой подход к ПК как проблемный [40]. Акцент в этом подходе делается на слове «проблема». Проблемы ставятся в центр диалога между консультантом и клиентом и рассматриваются не как препятствие, а как движущая сила для развития личности клиента. Часто человек с проблемами психического здоровья не видит в проблеме положительного смысла. Работа психолога - помочь клиенту найти этот смысл и показать, что, преодолевая проблемы, человек обогащает свой опыт и гармонизирует свою жизнь.

Борис Михайлович Мастеров определяет свой подход к ПК как реконструктивный [61]. Основная задача консультанта-психолога в рамках этого подхода - реконструировать фрагмент субъективного мировоззрения клиента, связанный с его или ее проблемой в ситуации «здесь и сейчас». Он считал, что основными элементами для описания мировоззрения являются пространство, время и суждение. Он также затронул миры чувств и эмоциональных состояний, телесных ощущений, правил, норм и обязательств, отношений, образов; физический, эстетический, психологический, символический и другие миры [3]. Следующая задача консультанта-психолога - привлечь внимание клиента ко всем аспектам его субъективного мировоззрения и опыта, которые он ранее не замечал, не анализировал и не рассматривал. Это помогает клиенту получить новый опыт в реконструированной реальности, что можно определить как консалтинговую цель в рамках этого подхода [2].

А.В. Юпитов предлагает интересную цель для ПК: воздействие на сферу смыслово-ценностных ориентаций индивида, опосредование текущего инструментального действия в различных ситуациях, опора на руководящие

ценности индивида и коррекция текущего поведение в соответствии с этими значениями [72]. Например, нужно поспорить с некомпетентным учителем, если он преграждает вам путь к получению диплома и последующим действиям, которые имеют для вас большой смысл. Продвижение к этой цели ставит задачу изучения смысловых ценностных ориентаций личности на диагностической фазе консультирования.

Меновщиков В.Ю. определяет цель ПК - адаптация к окружающей среде путем активации жизненно важных ресурсов [5]. Он определяет психологическое консультирование как обучение проблемно-ориентированному мышлению. С помощью умственной деятельности могут быть созданы новые пути для выхода из проблемной ситуации, средства достижения целей и удовлетворения потребностей. Этапы консультирования в рамках этого подхода совпадают с этапами мыслительного процесса.

Далее рассмотрим основные подходы к пониманию ПК в зарубежной литературе. Среди них мы рассмотрели психодинамические подходы, экзистенциальный и когнитивно-поведенческий подход.

Первые упоминания ПК и в частности терапии тревожности встречается у Фрейда [76, 82]. Он утверждал, что у человека есть несколько врожденных импульсов, инстинктов, которые являются движущей силой поведения и определяют настроение. Фрейд считал, что столкновение биологических влечений с социальными запретами вызывает невроз. Фрейд видит выход из этой ситуации в направлении энергии к другим жизненным целям. Сублимация, по Фрейду, освобождает человека от страха. В качестве психотерапевтического метода терапии тревожности выступал знаменитый метод анализа сновидений и ассоциаций.

В конце 19 века стала развиваться поведенческая теория (бихевиоризм), в основе которой лежат работы Павлова и Бехтерева [4, 7]. В работах Скинера и Бандуры бихевиоризм выглядел уже сложившейся теорией, в рамках которой считалось, что психику человека следует объяснять только поведенческими терминами [34, 38, 40, 49]. Бихевиористы

утверждали, что объективно измеряемыми понятиями являются только стимул и поведение. Они утверждали, человеческий мозг является “черной коробкой” (black box) [98]. С появлением новых данных о мозге и когнитивных процессах, Аарон Бек развивает когнитивную теорию, а Альберт Эллис рационально-эмотивную теорию, впоследствии объединенные в когнитивно-поведенческую терапию [23]. Главный упор в этих теориях делается на когнитивные процессы, во многом определяющие психику человека, его личность, поведение и психопатологию. КПТ объясняет психопатологические процессы влиянием негативных установок на поведение. Они влияют на чувства человека, и подобная цепочка замыкается соответствующим поведением [11, 26]. Соответственно и наши действия, и наши чувства влияют на наш образ мышления. По современным исследованиям когнитивно-поведенческая психотерапия показала высокую эффективность для ряда расстройств, среди которых тревожные расстройства, зависимости, навязчивости, посттравматическое стрессовое расстройство, фобии, сексуальные расстройства и т.д. Когнитивно-поведенческая терапия является наиболее эффективным методом, дающим хорошие результаты в относительно короткий срок [38, 39, 44].

Экзистенциальная психотерапия И. Ялома фокусируется на фундаментальных проблемах личности. Экзистенциальная терапия основана на динамической модели того, как работает психика, согласно которой в индивидууме существуют противоречивые силы, мысли и эмоции на разных уровнях психики (сознательное и бессознательное), а поведение (как адаптивное, так и психопатологическое) является определяющим. результат их взаимодействия [81]. Следовательно, принято говорить о четырех экзистенциальных конфликтах:

- а) конфликт между осознанием неизбежности смерти и желанием продолжать жить;
- б) конфликт между осознанием своей свободы и необходимостью нести ответственность за свою жизнь;

в) конфликт между осознанием своего глобального одиночества и желанием быть частью большего целого;

г) конфликт между потребностью в определенной структуре, смыслом жизни и осознанием безразличия (безразличия) вселенной, не имеющей конкретных значений.

Предполагается, что осознание человеком этой окончательной отдачи вызывает страдания, страхи и беспокойства, которые, в свою очередь, вызывают психологическую защиту [9, 10, 15, 25].

В рамках клиентоориентированного подхода Карл Роджерс определяет личность как продукт развития человеческого опыта или как результат ассимиляции социальных форм сознания и поведения [49]. Если между этими системами есть полное согласие, то человек в хорошем настроении, доволен собой, спокоен (конгруэнтность). И наоборот, когда координация между двумя системами нарушается, возникают разные типы переживаний, страха и беспокойства. Основное условие, которое предотвращает эти эмоциональные состояния - это способность человека быстро пересматривать и изменять свою самооценку, когда этого требуют новые жизненные условия. Таким образом, конфликтная драма в теории Роджерса переносится с уровня «биосоциального» на уровень, который в течение жизни человека находится между его представлениями о самом себе, возникшими в результате прошлого опыта, и этим опытом, который он продолжает, возникает. Это противоречие, по мнению автора, и есть главный источник страха.

Таким образом, излагая вышеописанные факты, мы рассмотрели основные теоретические подходы к ПК, представленные в отечественной и зарубежной литературе.

1.2 Основные отечественные и зарубежные теоретические подходы к пониманию тревожных состояний личности

Говоря об теоретическом изучении представленных в российской и зарубежной литературе подходов к пониманию страха и тревоги следует отметить, что в настоящее время собрано очень много материала [21, 23, 38, 43, 91]. Исследуя этот вопрос, ученые сформулировали несколько разных позиций, которые будут раскрыты ниже.

Перед раскрытием вопроса стоит подчеркнуть, что в научных исследованиях больше внимания уделяется термину «тревога», чем термину «тревожность» [60]. Обычно исследователи определяют тревогу как эмоциональное состояние, связанное с ожиданием неудачи, опасности или ожиданием чего-то важного в сознании человека, а страх рассматривается как вероятностный опыт неудачи [35]. Для следующего анализа необходимо четко установить различие между тревогой, и страхом, с одной стороны, и тревогой и депрессией, с другой.

В современной психологии идет дискуссия о связи между тревогой и страхом. А.М. Прихожан рассматривает страх как стабильное личное образование, переживание эмоционального стресса, предчувствие неизбежной опасности [58, 59]. Он имеет свою мотивирующую силу и постоянные формы реализации в поведении, поэтому преобладают компенсаторные и защитные проявления.

Н.А. Левитов пишет, что беспокойство (или тревога) интерпретируется как эмоциональное состояние, в значительной степени близкое к эмоции страха [47]. Также он пишет о том, что усиление тревоги возникает в результате сложного взаимодействия когнитивных, аффективных и поведенческих реакций, которые возникают, когда человек подвергается различным стрессам. Также им были описаны факторы личности, влияющие на уровень тревоги, а именно:

- вероятная неспособность субъекта достичь значительных устремлений в будущем;
- угроза престижу самооценки в ситуации человеческих отношений;
- несоответствие между самооценкой и самооценкой других.

Е.П. Ильин считал тревогу разновидностью страха. Он также упомянул факторы, влияющие на возникновение тревоги, ссылаясь на исследования [6, 34, 35]. Например, беспокойство у младших школьников может вызывать:

- проверка знаний на экзаменах и другой письменной работе;
- реакция ученика на урок и боязнь совершить ошибку, которая может вызвать критику учителя и смех одноклассников;
- риск получения отрицательной оценки («тройка» и «четверка» могут быть «плохими» в зависимости от потребностей ученика и родителей);
- недовольство родителей успеваемостью ребенка.

Некоторые авторы подчеркивают, что они должны быть четко дифференцированы. Об этом также говорят четкие критерии различия тревоги и страха, введенным в психиатрию Карлом Ясперсом [61]. Согласно этому критерию, тревога не связана с каким-либо стимулом, в то время как страх соотносится с определенным стимулом и объектом. Другие авторы считают эти различия бессмысленными [24, 54, 69]. Некоторыми исследователями предпринимались попытки раскрыть концепцию тревоги через концепцию страха, чтобы соединить эти образования. Так, согласно теории дифференцированных эмоций, феномен тревожности сложен [32, 34, 35]. Он, как правило, состоит из страха, как доминирующей эмоции и других эмоций (например, гнев, стыд, чувство вины, и др.) Набор эмоций от индивида к индивиду может различаться, например, страх-вина или страх-стыд-вина, страх-страдание, страх-гнев, страх-страдание-гнев, однако, доминирующей эмоцией является страх. Так появились мнения о том, что «тревога – это неопосредованный страх» [27, 45].

Согласно психометрическим и физиологическим данным, существует как сходство, так и взаимосвязь между этими переменными. Грей пишет о том, что страх включает в себя загрузку защитного механизма, а тревога - готовится загрузить защитный механизм [14, 78, 82].

Тревога и депрессия имеют сходные симптомы, однако они представляют собой различные феномены. Различия между страхом, тревогой и депрессией можно выразить следующей формулой [23]:

- «происходит что-то ужасное, и я должен сделать что-то, чтобы остановить это» (человек в страхе);
- «может случиться что-то ужасное; возможно, я не готов сражаться, но, по крайней мере, я должен попытаться» (человек обеспокоен);
- «может случиться что-то ужасное; я не могу справиться с этим, поэтому я даже не буду пытаться (человек в депрессии).

При объяснении основных различий между тревогой и депрессией исследователи считают, что основным отличием между ними является тип действия [63]. Депрессия означает отсутствие активных попыток бороться со стрессом, а тревога предполагает попытки активной борьбы. Здесь присущий страху психологический фактор повышенной возбудимости можно рассматривать активацию физиологических процессов, необходимых для активной борьбы со стрессом [29, 31, 33].

Среди зарубежных авторов представители психоаналитических подходов впервые попытались объяснить природу страха, одним из них был Зигмунд Фрейд. Он считал, что некоторые переживания в жизни человека, которые являются мучительно болезненными или вызывают сильное беспокойство, ушли из сознания [76]. Фрейд считал, что вытеснение основано на сильном страхе. Страх - это эмоциональное состояние, которое соответствует тому, что мы чувствуем, когда сталкиваемся с реальной или предполагаемой угрозой. Страх позволяет человеку адаптивно реагировать на угрожающие ситуации. Вытеснение можно рассматривать как основной защитный механизм, избавляющий человека от болезненного беспокойства.

В настоящее время нет доказательств, подтверждающих утверждения Фрейда о том, что люди используют это для борьбы с неприятными переживаниями [8, 51].

В отличие от Фрейда, Карен Хорни не верила, что страх является необходимой частью человеческой психики. В ее социокультурной теории личности этиология страха заключается в отсутствии безопасности в межличностных отношениях [74, 79, 80]. Все, что разрушает чувство безопасности ребенка в его отношениях с родителями, приводит к основному, фундаментальному страху. Это означает, что источник невротического поведения следует искать в нарушенных родительско-детских отношениях. Когда ребенок чувствует любовь, он принимает себя, он чувствует себя в безопасности, он, вероятно, будет нормально развиваться. Если ребенок не чувствует себя в безопасности, у него развивается враждебность по отношению к своим родителям, и эта враждебность, которая в конечном итоге превращается в основной страх, направлена против всех.

Альфред Адлер рассматривал страх как симптом невроза в своей теории индивидуальной личности [81, 82]. Он интерпретировал невроз как неоднозначный термин, охватывающий множество поведенческих расстройств. Адлер писал: «...Невроз - это естественное и логичное развитие личности, которая относительно неактивна, эгоцентрично стремится к превосходству и поэтому имеет отставание в развитии социальных интересов, которое мы постоянно наблюдаем у более пассивных и избалованных пациентов. Люди с неврозом склонны выбирать неправильный образ жизни главным образом потому, что в раннем детстве они страдали физическими недугами или были чрезмерно защищены, испорчены или отвергнуты. В этих условиях дети становятся чрезмерно тревожными, чувствуют себя неуверенно и разрабатывают стратегии преодоления чувства неполноценности. Жизнь невротика наполнена ощущением постоянной

угрозы самооценке, неуверенности и повышенной чувствительности» [12, 13].

Спилбергер выделил две формы страха: страх как состояние (ST) и как черту личности (LT) [99]. Эта классификация зарекомендовала себя не только в теории, но и в практическом применении. Согласно его концепции, LT можно рассматривать как индивидуальную характеристику, которая описывает склонность субъекта воспринимать угрозу. Он также обратил внимание на то, что страх как черта личности связан с генетическими свойствами мозга, что приводит к постоянному увеличению эмоционального возбуждения. Эта форма тревоги вместе с увеличением TS от различных стрессоров приводит к усилению стресса, развитию стресса и различным психосоматическим заболеваниям [16, 22, 24]. Упоминания об этом понятии есть в отечественной литературе. Так, Н.Б. Пасынкова, ссылаясь на свои экспериментальные данные, констатирует, что чем больше личная тревожность старшеклассников (12-13 лет), тем больше времени затрачивается на восприятие и обработку информации в условиях пониженной продуктивности и уровня интеллектуального развития [55]. Также было обнаружено, что тревожные дети часто очень хорошо учатся в школе и что учителя считают их ответственными и успешными учениками. Это связано с тем, что напуганные люди склонны действовать намного эффективнее в стабильной и знакомой обстановке. Следует отметить, что страх имеет выраженную возрастную специфику. Есть некоторые объекты реальности, которые вызывают сильный страх у большинства детей (любого возраста), независимо от того, существует ли реальная угроза. Поэтому в многочисленных исследованиях были тщательно изучены возрастные характеристики тревожности и предложен ряд методов измерения тревожности в зависимости от возраста детей. Аналогичные данные были представлены для студентов. Показано, что высокий уровень тревожности существенно влияет на психофизиологическую адаптацию и успеваемость студентов во время экзаменационной сессии.

Важно отметить, что существует ряд исследований, которые указывают влияние уровня тревоги на когнитивные способности [26, 39, 46, 62, 85, 94]. Так показано, что тревога приводит к сужению поля внимания. Тревожные люди склонны сосредотачиваться на том, чего они боятся или на том, что может быть важным для их благополучия, игнорируя при этом другую информацию. Это связано с избирательностью внимания. Основная идея состоит в том, что когда эмоция переживается, когнитивная система человека стремится обработать наиболее важную информацию в определенное время. Об этом пишет Ю. Рейковский. Он обобщает различные экспериментальные данные по проблеме влияния эмоционального возбуждения на продуктивность деятельности [62]. Было собрано много данных, свидетельствующих о значительном ухудшении интеллектуальных процессов, в частности об упрощении мыслительных процессов, при котором наблюдается склонность к стереотипам или уже найденным решениям, которые не являются выходом из текущей ситуации.

Таким образом, приведенные выше данные показывают негативное влияние страха на когнитивные функции. Однако в литературе встречаются и другие точки зрения. Например, В.Н. Дружинин, который говорит о связи между страхом и общими способностями, предполагает, что тревожный человек склонен больше исследовать реальность. Ссылаясь на многочисленные исследования, автор считает, что страх связан с креативностью, а также тесно связан с уровнем общего интеллекта [28]. Интеллект настраивает человека на адаптацию к окружающему миру, и Дружинин указывает, что страх важен для познавательной деятельности. Таким образом, экзистенциальный страх является мотивирующим «двигателем» познавательной деятельности человека.

Исходя из вышеописанного можно заключить, что в современной науке существует множество исследований тревоги, тревожности и страха, описанных в различных концепциях. Были выделены факторы, влияющие на

рост уровня тревоги и влияние тревожности на когнитивную и эмоциональную сферу человека.

1.3 Когнитивно-поведенческая терапия как метод коррекции тревожных состояний

Когнитивно-поведенческая терапия (далее КПТ), как метод психотерапии и коррекции тревожных расстройств в последнее время набирает большую популярность среди специалистов. Этот подход отлично зарекомендовал себя для лечения депрессий, панического расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства, тревожных расстройств. Он так же подходит для работы с низкой самооценкой, трудностями в отношениях, перфекционизмом и прокрастинацией [17, 21].

Когнитивно-поведенческая терапия представляет собой метод, который позволяет помочь клиенту или пациенту изменить некоторые шаблоны мышления и установки [23]. От других видов терапии она отличается своей структурированностью. В рамках этого подхода терапевт исследует способы мышления клиента и совместно с ним выясняет, насколько эти способы адаптивны и пригодны для жизни. Надо отметить, что любой навык, в том числе навык проверки мыслей требует закрепления и уточнения. Залогом успеха терапии будет не только включенность терапевта, но и активное участие клиента в процессе, а именно работа на сеансе и выполнения домашних заданий.

Целью коррекции тревожных расстройств в КПТ является повышение уровня переносимости тревоги. Этого можно достигнуть в ходе индивидуальной или групповой работы [1]. Для этого, в начале 70-х годов Суин и Ричардсон разработали курс по управлению тревогой [101]. В ходе его апробации было доказано, что пациент может эффективно управлять как общим состоянием беспокойства, так и конкретными страхами. Цель такого тренинга – помочь пациенту самостоятельно справляться как с признаками тревоги, так и с жизненными ситуациями, которых пациент обычно избегал. Благодаря этой программе, пациент может научиться распознавать свои симптомы тревоги и держать их под контролем.

Современные протоколы лечения тревожных расстройств в рамках КПТ как правило включают в себя [101]:

- выявление триггеров и концептуализация случая - пациент учится описывать ситуации и стимулы, которые в нем вызывают тревогу, в соответствии с моделью ABC (мысли – эмоции – поведение). Терапевт должен направить усилия пациента на эти ситуации и изменить модель поведения, к которой пациент прибегает в случае появления симптомов тревоги, так как это только ее поддерживает;
- когнитивная реструктуризация мыслей, вызывающих и поддерживающих беспокойство;
- поведенческие эксперименты с целью проверки реалистичности убеждений;
- экспозиционные техники.

В настоящее время в рамках КПТ разработаны рекомендации и пошаговые протоколы для лечения панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства, специфических фобий, посттравматического стрессового расстройства [18]. Структура протоколов похожа и включает в себя элементы программы Суина и Ричардсона, однако отличается только специфическими интервенциями для каждого типа расстройств. Лечение проводится индивидуально. По длительности его можно разделить на краткосрочное (12 недель) и долгосрочное (поддерживающее) – 12-18 месяцев.

Терапия всегда начинается с оценки состояния пациента, которая включает анамнез психиатрических, психологических и соматических заболеваний. Основную информацию как правило получают из диагностического интервью и жалоб пациента. Так же для тревожных расстройств важно выявить топографию тревоги: индивидуальные физические симптомы, триггеры, частота, последствия тревоги, тяжесть и так далее. Для дополнения диагностической информации используют шкалы, которые помогают оценить степень выраженности тревоги.

С самого начала терапии необходимо, чтобы клиент понимал смысл тревоги и свои действия при ней. Это достигается путем процесса психообразования. Терапевту следует объяснить клиенту механизм физиологической реакции на стресс, так как симптомы, которые пациент интерпретирует как катастрофические, обычно можно описать, используя модель «бей-беги». Таким образом, клиент учится понимать порочный круг тревоги (см. Рисунок 1). Обычно эта работа проводится совместно с клиентом.

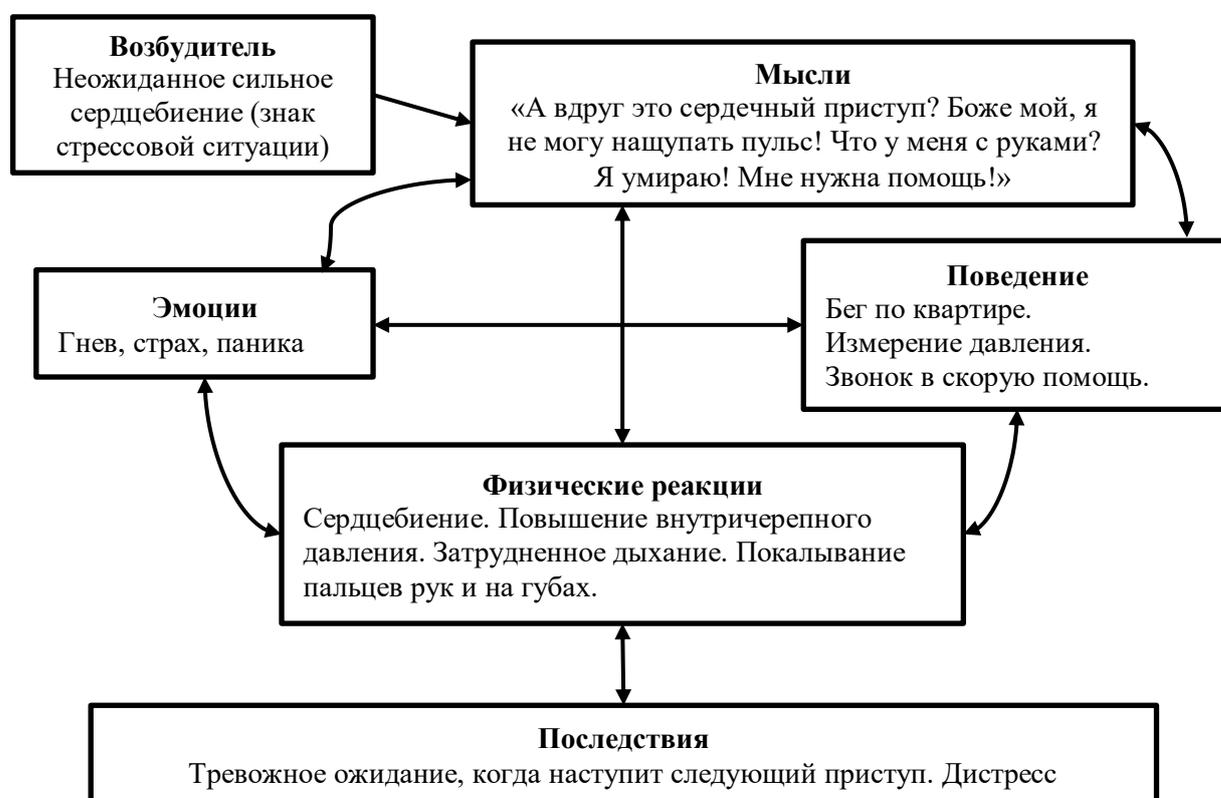


Рисунок 1 – Порочный круг тревоги

Используя когнитивное реструктурирование, психолог-консультант учит клиента модифицировать катастрофические мысли, которые сопровождают тревогу на более реалистичные. Обычно, основным содержанием тревожных мыслей являются катастрофические сценарии. Важно пережить тревогу в воображении и найти стратегии ее преодоления. Вместо привычного избегания (отвлечься на что-либо другое) человек

представляет себе самое худшее [38]. При описании первых катастрофических представлений пациента предлагается схема поведения и испытаний в экстремальных ситуациях:

- а) «Что я буду делать в этот момент?»;
- б) «Возможно ли, что я буду вести себя как-то по-другому?»;
- в) «Как именно?»;
- г) «Как еще может вести себя человек в этой ситуации?»;
- д) «Что я буду чувствовать?».

Например, он болен, близкие люди драматически переживают его болезнь, врачи не в состоянии ему помочь, состояние ухудшается, он умирает. Далее, совместно с клиентом необходимо составить список его наиболее распространенных мыслей, сопровождающих тревогу и катастрофический сценарий, и во время сеанса научить его оспаривать их с помощью соответствующих вопросов. Во время диалога консультант направляет клиента на самостоятельное оспаривание мыслей и поиск альтернативных объяснений. Обычно используются следующие вопросы:

- а) «Что свидетельствует за эту идею?»;
- б) «Что бы в этой ситуации подумал кто-то другой?»;
- в) «Не пропустил ли я какие-нибудь важные факты?»;
- г) «Не рассуждаю ли я с точки зрения «все» или «ничего»?».

В диалоге с клиентом надо найти и сформулировать рациональный ответ, который снизит убежденность клиента в негативных мыслях. Таким образом, психолог подводит клиента к тому, чтобы он научился эффективно управлять симптомами тревоги.

Иногда, для проверки автоматических мыслей специалист может использовать поведенческие эксперименты. Клиент должен оценить уровень соответствия своих мыслей (прогнозов) реальности, используя специальную форму. Обычно поведенческий эксперимент сначала проводится на сессии, совместно со специалистом, затем клиент может попробовать провести его

самостоятельно. Таким образом, клиент может проверить, насколько катастрофические представления соответствуют реальности.

В работе с тревожными расстройствами часто используются техники релаксации, осознанности (mindfulness) и дыхательные техники. Учащенное дыхание и напряжение в мышцах часто приводит к усилению тревоги. Физические симптомы тревоги клиент учится облегчать, контролируя дыхание. Тренировать эти навыки нужно как минимум раз в день. Так же активно используются медитативные техники и техники осознанности.

Следующим этапом в психотерапии тревожных расстройств является экспозиция. Под экспозицией подразумевают противостояние стимулам, вызывающим тревогу. Экспозиция может быть:

- естественная – противостояние внешней ситуации (метро, торговый центр, выступление перед группой людей);
- interoцептивная – противостояние внутренним пугающим ощущениям (сердцебиение, головокружение). Наиболее распространенным средством interoцептивного воздействия является гипервентиляция. Ее можно начинать сразу после того, как клиент освоил дыхательные техники. Клиент может тренировать гипервентиляцию предпочтительно каждый день, в качестве домашнего задания;
- в воображении – противостояние какому-либо представлению или воспоминанию о пугающей ситуации, и ее худших последствиях. С помощью экспозиции в воображении пациент может разыграть тревожные ситуации в различных вариантах. В воображении можно также продумать катастрофические сценарии, которых клиент опасается. Перед клиентом ставится задача написать катастрофический сценарий о том, что с ним может случиться самое худшее. В том числе, нужно описать мысли, физические ощущения и самые неприятные реакции окружающих людей, а затем читать этот сценарий вслух до тех пор, пока уровень

тревожности не снизится, или пока этот сценарий не перестанет казаться настолько ужасным.

В ходе экспозиции, клиент учится противостоять пугающим стимулам и выносить тревогу, спровоцированную ими. Степень сложности градуируется, поэтому переход к следующему шагу возможен только после того, как клиент справляется с предыдущим без каких-либо серьезных трудностей [53]. Еще одним вариантом экспозиции является погружение - длительное воздействие самых пугающих стимулов. Погружение длится до тех пор, пока не снизится чувство дискомфорта. Типичным примером погружения является спуск с клиентом, страдающим от агорафобии, в метро без предварительной подготовки (или нахождение в других транспортных средствах) и пребывание под землей в течение 4ч. Погружение может быть эффективным, при высоком уровне мотивации клиента. Если оно пройдет успешно, он быстро убедится, что его катастрофические сценарии нереалистично.

Для того, чтобы экспозиция прошла успешно, консультант подробно объясняет клиенту, как меняется уровень тревоги при воздействии пугающего стимула. Сначала тревога очень быстро (в течение нескольких десятков секунд) поднимается до очень высокого, а иногда и невыносимого уровня. Этот период мы называем сенсibilизационной стадией тревоги. Если на этой стадии убрать пугающий стимул, тревога быстро спадает, но потом возрастает. Следующий этап называется габитуация. Это период, в течение которого тревога того же уровня может длиться от нескольких минут до десятков минут. Если тревога поддерживается негативными когнициями, этот габитуация может длиться долго. Однако, через время тревога спадает сама. Этот период называется десенсibilизацией. Если клиент неоднократно подвергается тревожным ситуациям, длительность и интенсивность тревоги снижается.

Чаще всего консультанты используют многоуровневое воздействие. Для этого совместно с клиентом психолог тщательно разрабатывает

иерархию страхов и тревожных ситуаций. Каждый шаг в иерархии обсуждается с клиентом. Переход к более сложной ситуации возможен, когда существующее воздействие вызывает у клиента меньшую тревогу по сравнению с начальной. При первой стимуляции клиент нуждается в помощи консультанта или близкого человека. Затем можно постепенно отказываться от сопровождения. Важно, чтобы клиент не прекратил работу раньше, чем его беспокойство уменьшится, потому что досрочное прекращение в фазе габитуации усиливает избегание. Поэтому специалисту важно поддерживать мотивацию клиента.

Дополнительной стратегией в консультировании тревожных состояний является планирование деятельности и решение проблем. Большинство клиентов катастрофически оценивают бытовые трудности, потому что, как правило, им зачастую не хватает навыков решения проблем. Для этого, психолог - консультант может предложить клиенту программу из 6 шагов (см. рисунок 2).

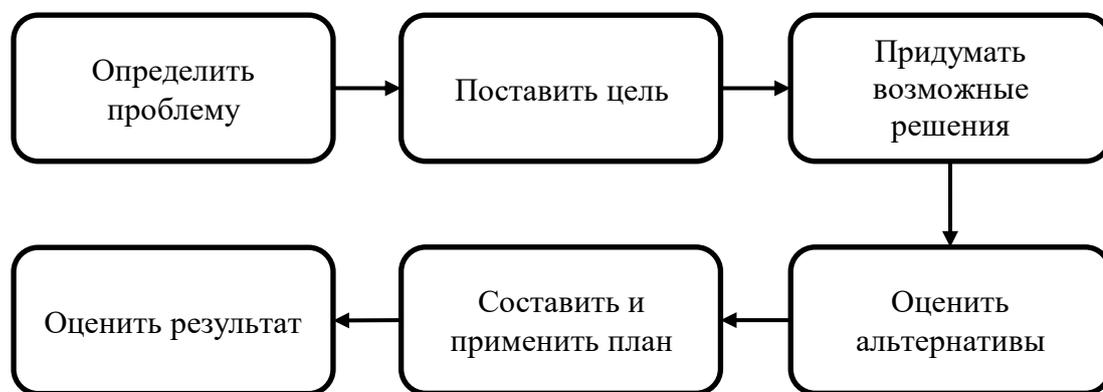


Рисунок 2 – Техника «Решение проблем»

Перечень шагов:

- 1) определить проблему - назвать проблему четко и объективно;
 - а) сфокусироваться на фактах (кто, что, где и когда),
 - б) оставлять достаточно широкий фокус;
- 2) поставить цель;
 - а) конкретная и специфическая (понятны критерии достижения),

- б) дифференцированная: краткосрочные и долгосрочные цели;
- 3) придумать возможные решения;
- 4) оценить альтернативы и выбрать решение;
- 5) составить и применить план;
- б) оценить результат;
 - а) оценить эффективность выполненных действий: план работает, устраивают результаты;
 - б) поощрить себя.

На конечном этапе осуществляется работа по менеджменту рецидивов. Для этого клиенту необходимо закрепить навыки, полученные за время консультаций, составить кризисный план и профилактический план. Также необходимо стремиться к увеличению периодов между встречами. На сессии фокус работы смещается в сторону будущих потенциально стрессовых событий. Хотя большинство проблем лишь отчасти являются правдоподобными, целесообразно обсудить их с пациентом для возможности самостоятельного решения. Перед окончанием консультативной работы следует подчеркнуть, что для закрепления достигнутых результатов клиенту необходимо продолжать регулярную практику полученных навыков. В конце работы рекомендуется провести, так называемую, бустерную встречу дополнительный сеанс после нескольких месяцев окончания лечения.

Выводы по первой главе

В результате теоретического исследования проблемы были определены такие понятия как психологическое консультирование, страх, тревога, тревожность. При определении вышеописанных понятий были рассмотрены основные тезисы, как отечественных, так и зарубежных психологических школ. Были также рассмотрены научные исследования, посвященные изучению тревожности, как характеристики личности. Был проведен подробный анализ отечественных и зарубежных источников по проблеме, рассмотрена структура когнитивно-поведенческой подхода при терапии тревожных расстройств и консультировании тревожных состояний. Теоретическое исследование зарубежных источников позволяет сделать вывод, что в настоящее время существует целый набор когнитивных и

поведенческих техник, направленных на работу с тревогой. Они представлены в форме особых протоколов работы (программы) для разного вида и уровня тревоги. В настоящее время, авторы исследований говорят о том, что использование протоколов позволяет добиться снижения уровня тревоги. Исходя из этого было продумано и спланировано исследование.

Глава 2 Экспериментальное изучение когнитивно-поведенческого консультирования тревожных состояний

2.1 Описание структуры выборки и используемых методик

Выборка испытуемых была представлена лицами в возрасте от 18 до 61 года в количестве 20 человек с высшим образованием, гражданами РФ, проживающими на территории РФ или в зарубежных странах и давшими согласие на публикацию анонимных отчетов о работе с ними.

Общий протокол консультаций включал в себя следующие модули.

Диагностическое интервью

Включает в себя сбор психологического анамнеза, оценку личности, уточнение подробностей о проблемах клиента и времени их возникновения, а также исключения запросов, выходящих за рамки компетенции психолога-консультанта [41, 43]. Осуществляется гибко, в соответствии с ходом повествования клиента. Общая структура продемонстрирована на рисунке 3.



Рисунок 3 – Блок-схема диагностического интервью

Интервью и первичная сессия состоят из следующих этапов.

Вступительная часть

Добрый день. Как я могу к Вам обращаться? Присаживайтесь, пожалуйста. (...) Меня зовут (...), я психолог-консультант. Перед тем как начать консультацию, я бы хотел с Вами коротко познакомиться и записать ваши «паспортные» данные. Итак, разрешите узнать /спросить: «Сколько вам лет? Вы замужем/женаты? Есть ли у Вас дети? Кто Вы по профессии и кем работаете? (Учитесь?) Вы из... (города?)»

Итак, эта консультация диагностическая, ее цель изучить, что Вас беспокоит и определить, какая Вам нужна помощь. Длительность консультации ... мин. С Вашего разрешения я буду делать записи для себя, при этом, конечно, эта информация конфиденциальна.

Изучение проблемы, с которой клиент обратился.

Итак, я слушаю, что Вас беспокоит...

После того, как клиент свободно рассказал о том, что его привело на консультацию, психолог, (на основе гипотез, которые сформированы во время презентации клиентом своих проблем) переходит к более директивному уточнению и исследованию основной проблемы. Это может включать:

Уточнение главной проблемы, ее характеристик:

Какая проблема для Вас сейчас является главной? Что больше всего беспокоит? Как это проявляется? Уточнение всех важных деталей и аспектов проблемы/расстройства.

Если есть подозрения на определённое психическое расстройство – уточнение симптомов, их степени выраженности, вопросы, которые помогают провести дифференциальную диагностику или выявить коморбидные расстройства.

Приведите примеры проявления этой проблемы (недавний пример). Анализ конкретных примеров с использованием STEB-анализа и уточнения когний, поведения, эмоций и т.д.

На основе гипотез о возможных поддерживающих циклах – уточнение возможных компонентов этих циклов.

Восприятие этих проблем/симптомов: как вы объясняете себе то, что происходит с Вами? Почему вы думаете так происходит? Что вы думаете будет дальше?

История развития данной проблемы (расстройства) и копинг [64, 65, 66].

Когда это началось? Что спровоцировало начало? (Детально, если длительное течение, предыдущие эпизоды)

Как развивалась проблема с того времени? Что модифицировало ее течение?

Что Вы делали, чтобы справиться? Какие результаты этих попыток? Если есть основания думать, что определенное поведение играет роль в поддерживающих циклах - уточнение. Если копинг эффективный, это работает. Как реагируют ваши родные? Обращались ли за помощью? Какие методы? Насколько были эффективны?

Оценка последствий проблемы:

Как изменилась ваша жизнь вследствие этих проблем? Как повлияла эта проблема на разные сферы жизни: обучение, работу, семейную жизнь, финансовое положение?

Что вы перестали делать из того, что раньше делали? Что сейчас по-другому? Что вы потеряли? Есть ли также какие-то позитивные изменения вследствие этой проблемы?

Причина обращения за помощью и ожидания:

Как бы вы хотели, чтоб изменилась ситуация? Каких изменений вы бы желали? Какие цели вы ставите перед собой? Какие пути решения существующих проблем вы видите? Почему вы обратились за

консультативной помощью? Чья это была инициатива? Почему именно сейчас? Почему именно ко мне? Какие ожидания? Как вы представляете себе, чем вам может помочь психолог? Как вы представляете себе консультативную работу? Планируете ли также другие шаги для помощи в изменении ситуации?

«Итак, можем ли мы подытожить причины вашего обращения за помощью...» (консультант подводит итоги, проверяет понимание, делается попытка составить список проблем/жалоб, с их приоритезацией, а также проверка целей и ожиданий).

Оценка личности, настоящего контекста жизни и отдельных сфер (связано также с предыдущим опытом в этих сферах, влиянием расстройства/проблемы на эти сферы и оценкой личности)

«Сейчас я бы хотел немного больше узнать о вас и вашей жизни сейчас, чтобы лучше познакомиться с вами и понять вашу жизненную ситуацию...»

Личность/темперамент.

Как бы вы описали себя? Что вы думаете о себе? Как другие люди характеризуют вас? Какие у вас позитивные качества? Способности? Какая ваша самооценка? Есть ли в вас что-то, что вы хотели бы изменить, то чем вы недовольны? Какой у вас темперамент? Можете ли вы сказать, что вы коммуникабельный человек? Легко ли строите отношения с людьми? Легко ли вам быть открытым, доверять другим? Вы больше экстраверт или интроверт (пояснить при необходимости)? Какое у вас преимущественно настроение? Вы в целом больше в жизни настроены оптимистично или пессимистично? Вы легко тревожитесь? Чувствительны/ранимы ли вы? Сдержаны ли вы или, наоборот, легко теряете контроль над эмоциями? Контролируете ли вы злость? Легко ли вас вывести из равновесия? Умеете ли вы постоять за себя? Вы организованы и дисциплинированы или, наоборот, имеете трудности с этим?

Ценности и мировосприятие.

Какие у вас жизненные ценности? Что для вас самое важное в жизни?

Вы верующий человек? Какого вы вероисповедания? Какую роль это играет в вашей жизни? (при необходимости уточнить)

Какие у вас, в целом, жизненные взгляды и убеждения? Хотите ли вы, для того чтобы я лучше вас понимал, больше рассказать о себе?

Настоящий этап жизни: какова ваша жизнь сейчас, в общем? Чем она наполнена? Были ли какие-то важные события в последнее время или планируются в ближайшее время? В каких сферах у вас есть проблемы сейчас? Что хорошего сейчас в жизни?

Социальная/семейная жизнь: какой состав вашей семьи сейчас? С кем вы живете? С кем у вас близкие отношения?

Для тех, у кого есть партнер/супруг: как ваши семейные/партнерские отношения? Сколько времени вы женаты? Кто ваш муж/жена? Удовлетворены ли вы вашими отношениями? Есть ли проблемы/стрессы в этих отношениях? История предыдущих отношений. Каковы ваши сексуальные отношения? Есть ли сложности в этой сфере?

Если разведены: когда развелись? Какими были эти отношения? Какие были трудности? Как пережили развод? Поддерживаете ли отношения сейчас? Есть ли совместные дети? Насколько удается поддерживать контакт, совместное воспитание и т.п.?

Для родителей: сколько лет вашим детям? Какие они? Какие у вас отношения? Как вам быть мамой/папой? Есть ли трудности или проблемы в воспитании детей, отношениях с ними [70, 71]?

Семья, в которой выросли: как ваши родители? Какие с ними сейчас отношения? Есть ли брат/сестра? Какие отношения с ними? С другими важными родственниками? Какой опыт в прошлом? Есть ли какие-нибудь проблемы/стрессы в этой сфере [67, 68]?

Друзья: есть ли у вас друзья? Какие с ними отношения? Какой опыт был в прошлом?

Социальная среда: с кем вы общаетесь? Какие у вас отношения на работе, клубе и т.п. [69]?

Профессиональное обучение.

Для тех, кто сейчас учится: вы учитесь? Где именно? На какой специальности? Какие у вас успехи? Почему выбрали именно эту сферу? Вы удовлетворены учебной сферой? Хотели бы что-то изменить? Какие у вас отношения с одногруппниками? Есть ли проблемы в обучении? Есть ли какие-либо стрессы, связанные с этим?

Для тех, кто завершил учебу и работает: какое у вас образование? Где вы его получали? Почему выбрали именно эту профессию? Как вам было учиться? Были ли проблемы? Какие были отношения с преподавателями и другими студентами?

Работа.

Вы сейчас работаете? Где именно? Какая у вас профессия? Есть ли у вас проблемы на работе? Вы удовлетворены своей работой? Хотели бы что-то изменить? Есть ли какие-либо стрессы, связанные с работой? Как вы себя оцениваете, каковы ваши профессиональные навыки? Как оценивает вашу работу руководство? Какие у вас отношения с коллегами? Ваша предыдущая история – где вы работали? Какой опыт?

Финансовое и материальное положение.

Вы обеспечиваете себя или вам кто-то помогает финансово? Хватает ли вам на жизнь? Есть ли у вас финансовые проблемы? Как вы их решаете (или планируете решать)? Каково, в целом, ваше отношение к деньгам? На что вы их используете? Где вы живете? Какие у вас жилищные и бытовые условия?

Физическое здоровье.

Как ваше физическое здоровье сейчас? Есть ли проблемы? Если есть, то как к ним относитесь, какие последствия? Какое, в целом, отношение к здоровью? Заботитесь ли вы о своем здоровье и что для этого делаете? Занимаетесь ли спортом? Были ли у вас серьезные проблемы со здоровьем в прошлом? Если да – то детальнее об этом опыте [83, 84, 85].

Отдых, увлечения.

Как вы проводите свое свободное время? Чем любите заниматься? Какие у вас хобби? Что для вас является ресурсом? Способы восстановления? Как вы любите отдыхать?

Другие сферы.

Есть ли какие-нибудь стрессы сейчас? Какие-то проблемы в других сферах?

У мужчин дополнительно: служили ли вы в армии (если да, то какой опыт получили)? Были ли в жизни проблемы с правосудием?

Планы и цели на будущее.

Какие у вас планы на будущее (в общем)? Каким бы вы хотели видеть свое будущее? Что для вас, в общем, самое важное? Есть ли у вас определенные цели, мечты? Есть ли страх будущего?

Анамнез и скрининг возможных сопутствующих расстройств.

Были ли у вас психологические проблемы/расстройства в прошлом? Если да – уточните детали.

У ваших родственников были ли проблемы в сфере психического здоровья? Если да – уточните детали.

«Я бы хотел задать сейчас ряд вопросов, которые позволяют проверить, нет ли у вас других психологических проблем. Некоторые из этих вопросов могут показаться вам странными или неуместными, но это не означает, что я подозреваю у вас то, о чем спрашиваю, это стандартные вопросы, которые мы задаем в процессе каждого обследования...»

Д (депрессия): какое у вас настроение в течение последнего времени? (бывает ли оно угнетенным? Можете вы получать удовольствие от приятных активностей?)

М (мания): было ли так, что Вы ощущали себя очень воодушевленно, что Вас переполняла энергия и нереальный оптимизм?

Т (тревожные расстройства): часто ли вы тревожитесь, переживаете? Есть ли такие ситуации, которые вызывают у вас чрезмерный страх? При необходимости уточнить:

ПР (паническое расстройство): были ли у вас приступы сильной внезапной тревоги вплоть до ощущения паники в ситуациях, когда в целом не было опасности?

Ф (фобии: простая фобия, агорафобия, социальная фобия): бывает так, что у вас определенные места или ситуации вызывают сильный страх? Например, страх опозориться перед другими, страх, когда вам нужно быть в центре внимания других людей, и в определенных местах, или страх животных, явлений погоды, медицинских процедур?

ГТР (генерализованное тревожное расстройство): часто ли вы тревожитесь, переживаете, чтобы ничего плохого не случилось?

ОКР (обсессивно-компульсивное расстройство): приходят ли вам в голову нежелательные мысли или образы? Бывает ли так, что вы должны что-то повторно делать, чтобы снять напряжение, которое вызывают эти мысли? (Например, мысли, что вы заражены микробами и нужно помыться, или вы забыли выключить прибор или замкнуть дверь, и нужно проверять, или, что вы можете потерять контроль и навредить кому-то или др.?)

РТТЗ (Расстройство тревоги за здоровье): есть ли у вас телесные жалобы? (если да – то уточнение, есть ли медицинское объяснение и т.д.)
Беспокоит ли вас наличие или возможность развития какого-либо тяжелого заболевания?

ТР и ПТСР (травматические события и посттравматическое стрессовое расстройство): были в вашей жизни очень стрессовые события? Например, были ли вы жертвой или свидетелем насилия, несчастного случая, ДТП, стихийного бедствия? Беспокоят ли вас воспоминания об этом событии?

ЗПАВ (злоупотребление психоактивными веществами): как часто вы употребляете алкоголь? Были ли у вас проблемы, связанные с употреблением алкоголя? Принимаете ли вы наркотические вещества?

РП и РИК (расстройства поведения и импульс-контроля): есть ли у вас проблемы с самоконтролем? Например, контролем злости, поведения? У вас есть привычки или действия, которые доставляют вам проблемы, и вы не

можете их остановить? Есть ли со стороны ваших близких беспокойство, обусловленное определенными вашими действиями? (например, игрой в игровые автоматы, азартные игры или другое?)

Ш (шизофрения): бывает ли так, что вы слышите голоса, когда никого нет рядом, или другие их не слышат? Или видите что-то, чего другие не видят? Есть ли у вас убеждение, что другие пытаются вас контролировать или управляют вашими мыслями? Или других похожих необычных убеждений?

РХП (расстройства пищевого поведения и дисморфофобия): вы удовлетворены своим телом, внешностью? Нет ли у вас проблем с контролем потребления пищи? (Если внешне есть подозрения на низкую массу тела: какой у вас вес? Стараетесь ли вы похудеть? Есть ли страх поправиться [95, 96, 97]?)

Сон: как ваш сон?

Сексуальность: есть ли у вас проблемы или жалобы в сфере сексуальной жизни?

Когнитивные функции: есть ли у вас жалобы на память, внимание, способность думать, самоорганизацию?

Прошлое и история развития.

Я бы хотел сейчас больше узнать о вашем прошлом. Можете вы мне рассказать больше о вашем детстве. Каким в общем оно было? Насколько можно сказать, что оно было счастливым? В какой семье и в какой обстановке вы родились и росли?

Какими были ваши родители? Как они вас воспитывали? Какие отношения с ними были? Как эти отношения изменились со временем? Что было самым главным в воспитании для ваших родителей? Как они вас воспринимали? Какие требования ставили? Чувствовали ли вы любовь? Как родители вас дисциплинировали?

Насколько внимательны были к вашим потребностям? Какие отношения были между вашими родителями?

Были ли у вас братья и сестры? Какие были с ними отношения? Как это повлияло на вас?

Какие были другие важные люди в вашем детстве?

Какие воспоминания у вас о дошкольном возрасте? Каким вы были ребенком? Какой у вас был темперамент? Какие были важные события в вашей жизни и в жизни вашей семьи в этот период? Как вам было в школе? Как вы учились? Как родители относились к вашей учебе? Какие отношения были с учителями и одноклассниками? Что вы делали во внешкольное время? На каникулах [93]?

Были ли какие-то стрессовые события в вашей жизни или вашей семьи? Были какие-то заболевания или травмы? Оскорбляли ли вас или издевались над вами в прошлом в любой форме? Какие были позитивные события, те, которые вам приятно вспомнить, которые стали ресурсом для вас?

Каким был ваш подростковый возраст? Каким вы себя помните? Как изменились тогда отношения с родителями и родными? Со сверстниками? Как вы воспринимали себя тогда в роли парня/девушки? Какой в целом тогда была ваша самооценка? Как вы воспринимали изменения в теле, как проходило сексуальное созревание? Какими были тогда отношения с противоположным полом? Как вы учились? Какие были профессиональные мечты? В общем мечты о будущем? Были ли в то время особенные события – позитивные или стрессовые [87]?

В зависимости от настоящего возраста пациента: «что было дальше? Можете рассказать краткую биографию своей дальнейшей жизни?» Краткая биография, описание разных этапов жизни (например, студенческие годы, свадьбы, рождения детей и т.д.).

Оценка психического состояния: использование опросников/шкал, привлечение других лиц к процессу обследования

Итоговая часть может включать:

– короткий итог;

- совместное построение формулирования (если есть время), одновременно объяснение диагноза;
- проверка взаимопонимания, обратная связь, вопросы;
- психообразование в отношении КПТ (социализация в модель КПТ), возможные варианты помощи;
- согласование предварительных целей и консультативного контракта;
- рекомендации при необходимости в отношении других видов помощи;
- возможно, первое домашнее задание;
- обратная связь и прощание.

2. Социализация в КПТ. Психообразование о тревоге.

Включает в себя информирование о КБТ как подходе, его возможностях и ограничениях. Демонстрация модели ABCD (СТЕВ-анализ) на примере ситуации клиента (поддерживающий цикл), объяснение первичности мыслей, образов над аффектами. Информирование о «рациональном» мозге и «эмоциональном» мозге, автоматических мыслях и ошибках мышления. Информирование о тревоге (опционально: о других эмоциях), психофизиологических основах тревожного состояния, реакции организма и психики на стресс, нормальных симптомах при тревоге [86, 88, 90].

3. Совместное построение индивидуальной концептуализации.

Построение концептуализации (динамической структуры, формулируемой в рамках когнитивной теории и предоставленной клиентом информации) - это гибкий творческий процесс исследования проблемы клиента, рефлексии его опыта, приведшего к формированию проблемы, негативных факторов, дисфункционально сказывающихся на состоянии, а также ресурсов, поддерживающих клиента. Концептуализацию (формулирование) принято метафорически называть «картой работы», при грамотном построении, она даёт возможность видеть «пути» работы, клиент

и психолог-консультант приобретают ясное понимание, где они находятся в процессе консультирования, и для чего. Также концептуализация отражает глубинные установки, с которыми клиент при желании может продолжить работу для наиболее качественного изменения своей жизни, даже если основной запрос уже разрешён.

4. Когнитивная работа с ведением дневника автоматических мыслей/дневника беспокойства. Когнитивная реструктуризация или рефрейминг. Поведенческие эксперименты.

Основой когнитивной работы является сократический диалог – метод, на котором базируются все когнитивные техники. Главным принципом сократического диалога является направляемое открытие.

Направляемое открытие осуществляется в эмпирическом процессе (1) сбора информации, (2) рассмотрения этой информации под разными углами с клиентом и (3) приглашения клиента разработать его собственные планы относительно того, что делать с исследуемой информацией.

Сократический диалог заключается в том, чтобы задавать клиенту вопросы: а) на которые клиент может ответить на основании своих знаний б) которые привлекают внимание клиента к информации, которая имеет непосредственное отношение к обсуждаемой проблеме, но которая может находиться вне текущего фокуса внимания клиента в) которые в целом направляют от частного к более общему, с тем чтобы: г) клиент смог, в конце концов, использовать новую информацию, чтобы либо подвергнуть свое прошлое заключение пересмотру или выстроить новую идею.

Немаловажно и использование конкретных техник с обязательной фиксацией их результатов и сделанных на основании работы выводов.

Одна из основных техник, с которыми обязательно знакомится клиент это техника «За и Против» или «Суд над мыслью».

В ходе этой техники в процессе сократической беседы ведется поиск доказательств «за» мысль, когда клиент выступает в роли «адвоката дьявола», а затем происходит оспаривание этих доводов и поиск

доказательств «против» мысли, тогда клиент занимает позицию «адвоката Бога». Также используются следующие вопросы, которые помогают в поиске альтернативного взгляда.

1) Каковы аргументы, подтверждающие истинность автоматической мысли? Каковы аргументы против?

2) Существует ли альтернативное объяснение происшедшего?

3) Каков возможный наихудший исход? Смогу ли я это пережить? Каков возможный наилучший исход? Каков самый реалистичный исход?

4) Каковы последствия моей убежденности в данной автоматической мысли? Каковы могут быть последствия, если я изменю свою точку зрения?

5) Что мне следует сделать в связи с этим?

6) Если бы мой друг _____ (имя друга) был в аналогичной ситуации и к нему пришла бы такая же мысль, что бы я ему (ей) сказал?

Так же распространена техника «Функциональный анализ поведения».

Она включает в себя анализ краткосрочных и долгосрочных последствий поведения. То, как оно могло повлиять на разные сферы жизни клиента, на происходящую ситуацию, его чувства и выводы, отношения с другими людьми и т.д.

Когнитивные техники могут сочетаться между собой, гибко перетекать в ходе сократической беседы, использоваться совместно с метафорами, например: «подмастерье каменщика», «человек с палкой и драконы», «корзина с фруктами», «водитель маршрутки» и т.д.

Когнитивная работа – важный этап, предшествующий поведенческим интервенциям, поскольку изменения в поведенческих паттернах должны производиться уже с измененными установками [46].

5. Тренинг осознания беспокойства. Техники принятия решений при беспокойстве и решения проблем. Развитие толерантности к неопределенности [44].

Данный модуль является опциональным. В случае, если он включён в индивидуальный план консультативной работы, то тренинг осознания беспокойства проводится в формате ведения дневника автоматических мыслей с акцентом на гипотетическое и текущее беспокойство сразу после психообразовательного модуля. После того, как клиент научается определять процесс беспокойства, выделять разные его виды, применяются техники “Дерево принятия решений” и “Решение проблем”. Развитие толерантности к неопределённости может выступать как общая цель когнитивной работы, а при необходимости может становиться целью экспозиционной работы.

6. Экспозиции.

Экспозиция проводится с целью достижения габитуации условно-рефлекторной эмоциональной реакции на тревожные стимулы, при правильном проведении является наиболее действенной техникой для преодоления тревожности [89, 100].

Ключевыми шагами в реализации экспозиции являются следующие:

- определить “катастрофическое” предсказание клиента относительно избегаемых им ситуаций, определить степень убеждённости в нём (от 0 до 100%);
- провести клиенту психообразование о влиянии экспозиции;
- составить иерархию избегаемых клиентом ситуаций;
- составить подробный план экспозиции (что нужно сделать и каким образом? где, при каких обстоятельствах? когда, с кем?);
- обсудить устранение возможного охранительного поведения во время экспозиции;
- обсудить фокус внимания: замечать безопасные и положительные аспекты ситуации в состоянии любопытного исследователя;
- написать тревожные предсказания перед экспозицией;
- записывать интенсивность тревоги во время экспозиции (2-3 измерения);

- написать вывод после проведения экспозиции (мои мысли и чувства во время экспозиции, мое предсказание);
- обсудить выводы с консультантом.

7. Техники релаксации и техники майндфулнес.

Включает в себя обучение прогрессивно-мышечной релаксации Джекобсона, диафрагмальному дыханию, техникам осознанности на дыхании, ощущениях, мыслях, чувствах (например, “лейблинг”, “листья в ручье”, “радио”, “облака”, “автобусная остановка”, “воздушные шарики” и др.)

Выполняет задачу обучения клиентов намеренной активации парасимпатической нервной системы для расслабления и снятия психофизиологического напряжения, а также навыку дефьюжн (разделение), который позволяет отделить себя от своих мыслей, от эмоций и от телесных ощущений, посмотреть на них со стороны, понять, что можно относиться к этому как к фактам и действовать несмотря на происходящее [91, 92, 94].

8. Техники самосострадания. Развития навыков «сострадательного ума» для активизации парасимпатической системы и «режима безопасности».

Тренинг навыков сострадания является следующей надстройкой, базирующейся на навыках осознанности. Выполняет те же функции, но в большей степени воздействует на трансдиагностические феномены (например, самокритику, перфекционизм и др.). Включает в себя развитие осознанности против чрезмерной вовлеченности, развитие доброго отношения к себе против самоосуждения и развитие чувства общей человечности вместо изоляции. Перечисленные интервенции не только снижают уровень тревоги, но и формируют стрессоустойчивость и жизнестойкость.

9. Тренинг навыков асертивности.

Позволяет обучить клиентов навыкам уверенного поведения и управления эмоциями в тревожных для них ситуациях, выработать

позитивное отношение к себе. Реализуется за счет подробного обсуждения и дифференциации пассивного, ассертивного и агрессивного типов поведения и тренинга ассертивного типа [73, 75]. Может касаться разных аспектов: умения говорить “нет” и обозначать свои границы, умения ненасильственно общаться и поддерживать экологичные отношения, умения отвечать в конфликтных ситуациях. Реализуется в ролевых играх с психологом, написании и отработке определённых тревожных сценариев.

10. Работа с правилами жизни и глубинными убеждениями. Ролевые игры. Техника рескриптинга.

Работа на глубинном уровне является опциональным модулем, который необходим при более тяжелых проявлениях тревожных состояний, и может быть выбором клиента при лёгких тревожных состояниях. Такая работа позволяет погрузиться в опыт детства, время, когда сформировались убеждения, мешающие жить в настоящее время, и “переписать” (провести рескриптинг) этих убеждений в рамках экспериенциального упражнения. Клиент входит в травмировавшую его ситуацию, описывает, что происходит с ребёнком, какие его потребности не удовлетворены, что у него не так (формируется “аффективный мост”), а затем в воображении входит в эту ситуацию в качестве взрослого человека и предоставляет ребёнку защиту, в которой он нуждался. В когнитивном подходе это называется работой “сверху вниз” (в противовес работе “снизу вверх” при поведенческих техниках), так как изменение глубинных убеждений влечет за собой изменение привычных копингов и автоматических оценок происходящего клиентом. Также возможно широкое применение техник работы со стульями “разговор с беспокойством”, “разговор с внутренним критиком”, “разговор с глубинным убеждением” и так далее.

11. Менеджмент рецидива. Составление профилактического и кризисного планов. Обсуждение возможностей дальнейшей самостоятельной работы.

Необходимым этапом является подведение итогов, оценка полученных клиентом знаний и навыков, отбор лучших техник, освоенных клиентом в ходе работы. Обсуждение его концептуализации и применения этого знания в дальнейшей жизни. Обсуждение возникновения триггерных ситуаций в будущем и возможных способов совладания с ними, формирование на этот случай пошагового кризисного плана и копинг-карточек, применение которых позволит самостоятельно справиться с этим. Формирование профилактического плана работы, построение целей на дальнейшее освоение навыков и реализацию новых функциональных убеждений о тревоге

Для каждого клиента был разработан индивидуальный план консультативной работы, который выборочно включал в себя элементы вышеописанного протокола. План работы разрабатывался с учетом результатов диагностических тестов (шкала тревоги Бека, шкала Гамильтона по оценке тревоги, шкала депрессии Бека, опросник перфекционизма (Холмогорова, Гаранян) и результатов первичной беседы с клиентом и диагностического интервью. Формат работы был представлен в виде индивидуальных онлайн-консультаций длительностью 50 минут частотой раз в неделю по проблемам, связанным с повышенным (средним и высоким) уровнем тревожности в рамках когнитивно-поведенческого подхода второй и третьей волн (СВТ, СФТ, АСТ, ДВТ). С клиентами было проведено одинаковое количество встреч – 16 встреч.

Для оценки эффективности работы и отдельных интервенций использовался продукт деятельности клиента (самоотчеты, дневниковые записи). Для оценки общего результата консультативной работы были повторно использованы шкала тревоги Бека и шкала Гамильтона для оценки тревоги.

2.2 Описание хода и результатов исследования

Выборку испытуемых составили лица в возрасте от 18 до 61 лет (n = 20). Процедура экспериментального исследования была разделена на 3 этапа.

На первом этапе исследования проводилась оценка уровня тревожности респондентов с использованием методик: шкала тревоги Бека, шкала Гамильтона для оценки тревоги [30]. Методики предназначены для скринингового исследования уровня тревоги [48]. Уровень тревожности считается высоким при достижении респондентами следующих показателей: шкала депрессии Бека – выше 36 баллов, шкала Гамильтона для оценки тревоги – 25 баллов. Были получены следующие результаты: 11 респондентов имели высокий уровень тревожности, 9 респондентов – средний уровень тревожности.

На втором этапе исследования была проведена консультативная работа с респондентами, направленная на снижение уровня тревожности с использованием когнитивных и поведенческих техник. Ниже приведено описание случайно выбранных кейсов, с целью демонстрации применения общего протокола в разных случаях. Были проанализированы результаты консультативной работы.

Клиент 1

А. Женщина, 26 лет, высшее образование, биолог, занимается наукой, пишет докторскую диссертацию, проживает за границей. Замужем, муж также пишет докторскую диссертацию, но проживает в другой стране (поженились и разъехались в разные места). Детей нет.

Список имеющихся расстройств и проблем (см. рисунок 4):

- постоянная тревожность по поводу работы (тревожные приступы, редкие панические атаки), переработки,
- необоснованное чувство вины, комплекс неполноценности.

Цели консультативной работы:

- снижение уровня руминаций и переработок,
- развитие сострадательного ума для снижения чувства стыда.

Индивидуальный план консультаций:

- а) диагностическое интервью,
- б) построение поддерживающего цикла,
- в) социализация в КПТ, психообразование о тревоге, стыде.

Ведение дневника автоматических мыслей,

- г) построение концептуализации и когнитивная работа,
- д) психообразование о руминациях,
- е) тренинг техник майндфулнес,
- ж) тренинг сострадательного ума,
- з) тренинг ассертивности,
- и) работа с правилами жизни и глубинными убеждениями,
- к) построение противорецидивного плана, профилактического плана, обсуждение возможностей самостоятельной работы.



Рисунок 4 – Концептуализация клиентки А

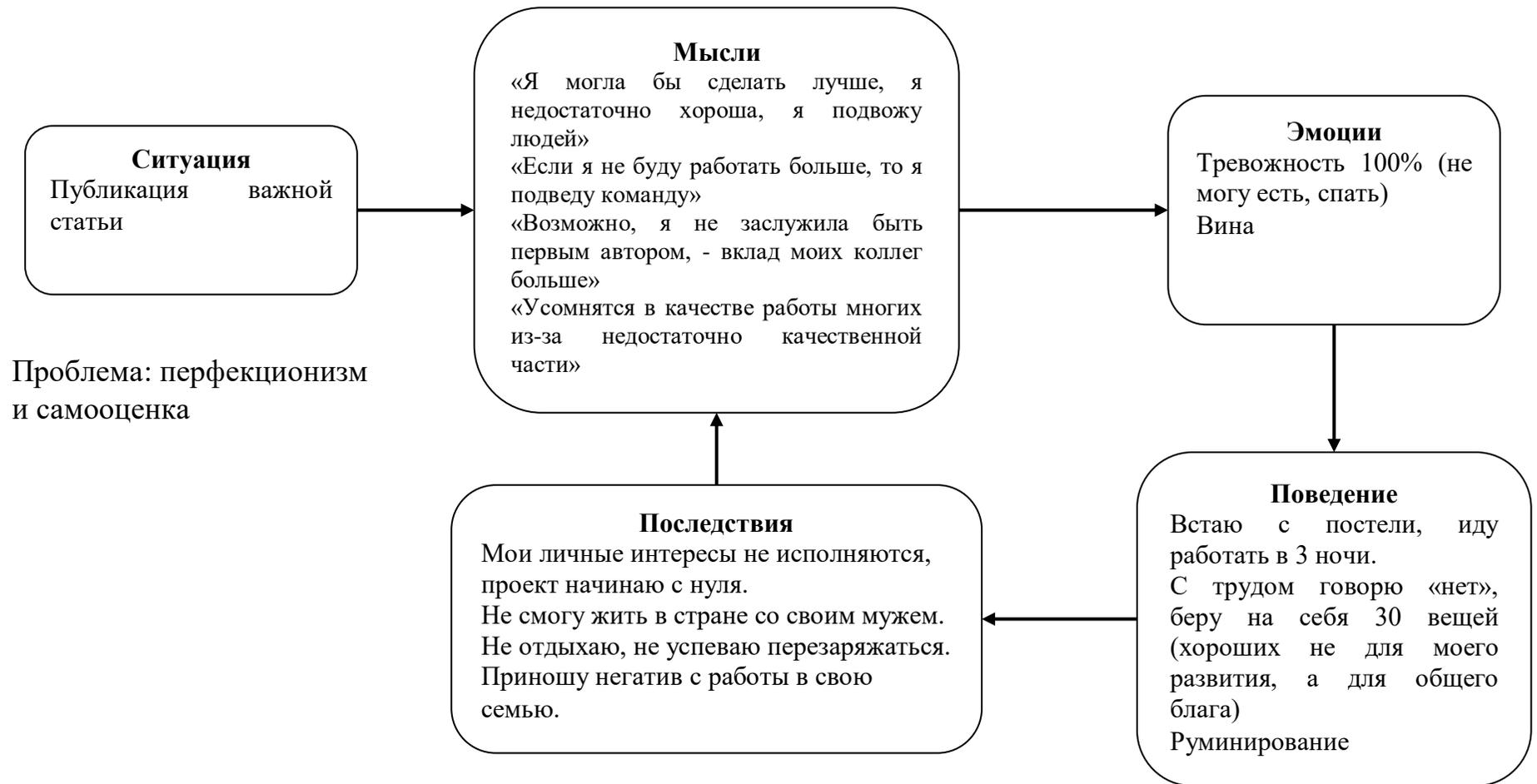


Рисунок 5 – Основной поддерживающий цикл клиентки А

Цикл перфекционизма

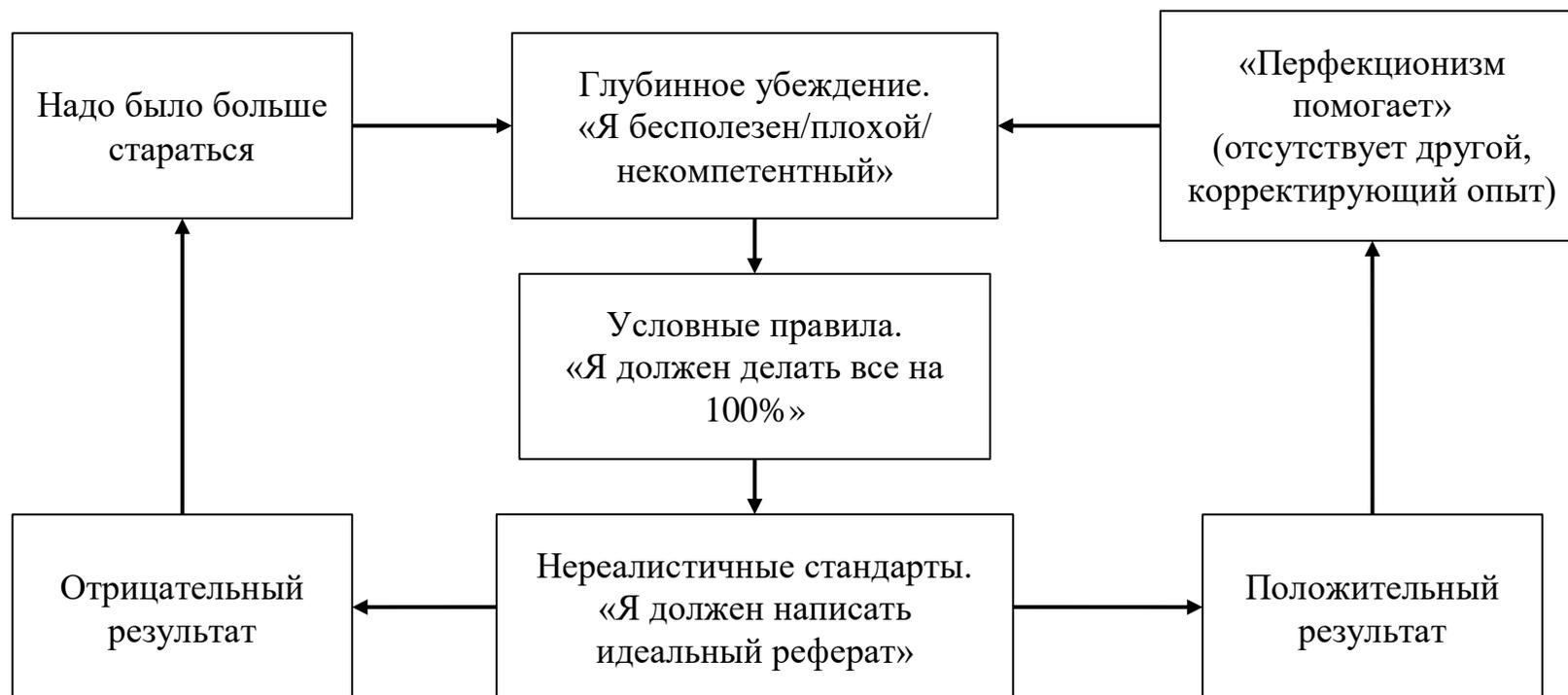


Рисунок 6 – Цикл перфекционизма

Мониторинг эффективности работы: шкала тревоги Бека 28 баллов - на проблему тревожности (средний уровень); шкала Гамильтона по оценке тревоги 23 балла (средний уровень); опросник перфекционизма (Гаранян, Холмогорова) 56 баллов – на проблему перфекционизма.

Таблица 1 – Описание хода консультативной работы кейса А

№ сессии	Содержание сессии (о чем и какими методами работалось, д/з, отмечать результат интервенций)
1	Диагностическое интервью. Социализация в КБТ. ДЗ – заполнение диагностических опросников.
2	Психообразование. Совместное построение поддерживающего цикла (представлен в рис. 5 и рис. 6). Обсуждение, сократический диалог. ДЗ – ведение дневника автоматических мыслей.
3	Обсуждение проблемы перфекционизма (цикл представлен на рисунке 5), когнитивных ошибок при перфекционизме, особенно мышления в стиле «всё или ничего» и завышенных стандартов.
4	Обсуждение руминативного мышления, неэффективности борьбы с руминациями, эксперимент «не думай о белом медведе». Применение практики осознанности («лейблинг»+концентрация на дыхании), обсуждение. Введение в основы подхода майндфулнес. ДЗ – дневник АМ, практика осознанности по 5 мин. ежедневно.
5	Введение в работу с ценностями, обсуждение приоритетов клиентки, препятствий в движении к её ценностям. Выход на АМ «Я плохой сотрудник» и «Я опозорюсь и опозорю других», связанные со стыдом и тревогой. Сократический диалог к мысли «Я плохой сотрудник», дефиниция понятия «хороший сотрудник», техника континуума с определением, где на шкале «хорошести» находятся ее коллеги и она. Вывод: достаточно хороший сотрудник (на 60%). ДЗ – чтение копинг-карточки к мысли «Я плохой сотрудник».
6	Составление списка долженствований, обсуждение их истоков, раннего опыта, заполнение «большой» концептуализации. Сократический диалог к теме «как вести себя с требовательным отцом», введение DBT-

	<p>концепции «мудрого» разума, его отделение от реакций «эмоционального» и «рационального» мозга, выбор «срединного пути». Практика осознанности «винтовая лестница». ДЗ – практики майндфулнесс по 5 минут, ведение дневника, с правилами жизни и глубинными убеждениями.</p>
7	<p>Заполнение бланка ценностей. Обсуждение возможностей снижения доли ценности «карьеры» и повышения приоритетных ценностей «семья», «здоровье», «отдых», «саморазвитие», «социальные отношения». ДЗ - ранняя поведенческая техника – отказ от работы в выходные, лимитирование рабочего времени, проба отказа от задач шефа, приоритет на собственную диссертацию.</p>

Продолжение таблицы 1

№ сессии	Содержание сессии (о чем и какими методами работалось, д/з, отмечать результат интервенций)
8	Введение в подход, фокусированный на сострадании. Обсуждение трёх потоков сострадания, введение формулы самосострадания. Физиология мозга, системы угрозы, драйва и безопасности. Валидация чувства стыда. Работа с мыслями о позоре.
9	Упражнения на развитие ассертивности, способности сказать «нет», обозначить свои границы вместо руминаций тревоги и стыда. ДЗ – применение техник в жизни.
10	Начало работы с дисфункциональными ГУ. Техника «За и Против» к убеждению «Я недостаточно хороша». Результат – снижение веры в убеждение с 60% до 25%. Вывод по сессии: «Я заслуживаю место в команде, хороша в этой работе».
11	Продолжение «суда над убеждением». Метафора корзины с гнилым фруктом, машины с проколотым колесом. ДЗ – практика самосострадательного отношения к себе.
12	Заполнение бланка поведенческого эксперимента по поиску «зоны оптимальности» в работе. Упражнение по переводу долженствований (из личного списка) в рекомендации, практика разрешения себе быть неидеальной.
13	Составление кризисного и профилактического планов. Обсуждение дальнейшей самостоятельной работы.

Динамика и результат консультативной работы с учётом данных шкал, которые были выбраны для мониторинга эффективности.

Значение шкалы тревоги Бека изменилось с 28 баллов (повышенный уровень тревоги) до 12 баллов (значение в рамках нормы). Значение шкалы Гамильтона изменилось аналогично (с 23 баллов до 14).

Значение по опроснику перфекционизма (Гаранян, Холмогорова) изменилось с 56 баллов (патологический перфекционизм) до 40 баллов (значение в рамках нормы)

Примечания / дополнительные комментарии.

Проведен курс из 16 часовых сессий онлайн. Работа закончена в связи с достижением обозначенных клиенткой целей. В соответствии с диагностическими опросниками можно сделать вывод, что нам удалось понизить уровень тревожности до нормального значения, а также понизить уровень перфекционизма с клинического значения (566) до находящегося в рамках нормы (406).

Анализируя данный случай, можно сказать, что совместное построение концептуализации и определение целей, задач и плана работы на ее основании сыграло определяющую роль в быстром и качественном изменении не только уровня тревоги клиентки, но и её жизни. Ключевыми факторами склонности к развитию такого состояния послужили особенности нервной системы, сензитивность и повышенная эмоциональная реактивность, наблюдаемая с раннего детского возраста (темперамент «орхидеи»), и последующее воспитание в русле перфекционизма от её отца – сильного, стойкого, «железного» человека, что в дальнейшем привело её к дихотомии в установках: «я сильная, должна заботиться обо всех окружающих (более хрупких)» – «я слабая, мой отец справлялся лучше». Что в свою очередь привело к склонности ставить на первое место интересы других людей, не проявлять свои эмоции, держать их в себе, пока они не достигнут предела, руководствоваться нереалистично завышенными стандартами в своей деятельности и использовать чёрно-белую оценку своих результатов, что неизбежно приводило к ощущению собственной никчемности и подтверждению глубинного убеждения «Я недостаточно хороша» при впечатляющих результатах в научной работе.

При этом немаловажным был и критический случай, приведший к активации сформированных с детства глубинных убеждений – сначала гибель в автокатастрофе мамы, абьюзивные отношения с молодым человеком, затем токсичное отношение шефа, которое выражалось в прямых манипуляциях, несправедливых негативных оценках и резких

высказываниях, создании невротичной среды, из которой «бежали» другие ассистенты. Несмотря на то, что поведение шефа напрямую сказывалось на падении самооценки клиентки, частоте переработок (в том числе и ночных), тревожных приступах и невозможности написания собственной докторской диссертации из-за повышенных требований к ассистентской деятельности, клиентка была убеждена, что он, и все её коллеги – «хорошие, необычайно умные и замечательные люди, «звёзды» науки, а я – лишь «рабочая лошадка»). Для работы с этим нам потребовался анализ ненасильственного и насильственного общения, тренинг ассертивности (обозначение своих границ, навык говорить «нет»), приоритезация собственных ценностей и планирование движения к ним (ведущими ценностями было здоровье и ускорение проживания с мужем, чему ранее не уделялось внимания). Также ввиду токсичной обстановки на работе и сильных переработках (без выходных/по 16 рабочих часов) произошла полная редукция всех поддерживающих ресурсных активностей – подготовки, живописи, занятий йогой и прогулок, работа буквально вытеснила все остальные сферы жизни клиентки, отчего она приобрела «туннельное мышление» и привычку к катастрофизации последствий ее ошибок на работе и в жизни. Для изменения этих паттернов в большей степени использовались поведенческие эксперименты по снижению рабочей нагрузки и внедрению приятной и полезной активности, когнитивная работа и техники майндфулнесс и самосострадания для остановки руминаций тревоги и стыда.

Таким образом, после освоения техник «скорой помощи» и построения системной концептуализации, клиентка продолжила работу с профилактическим планом вне консультативных сессий.

Клиент 2

Паспортная информация о клиенте (пол, возраст, образование, семейное положение):

Б. Женщина, 34 года, высшее юридическое образование, занимает руководящую должность, любит свою работу. Разведена, детей нет, не состоит в отношениях.

Список имеющихся расстройств и проблем:

- личностная тревожность, панические атаки, проблемы с засыпанием,
- депрессивное состояние.

Цели консультативной работы:

- ослабление тревожной симптоматики,
- ослабление депрессивного состояния.



Рисунок 7 – Концептуализация клиента Б

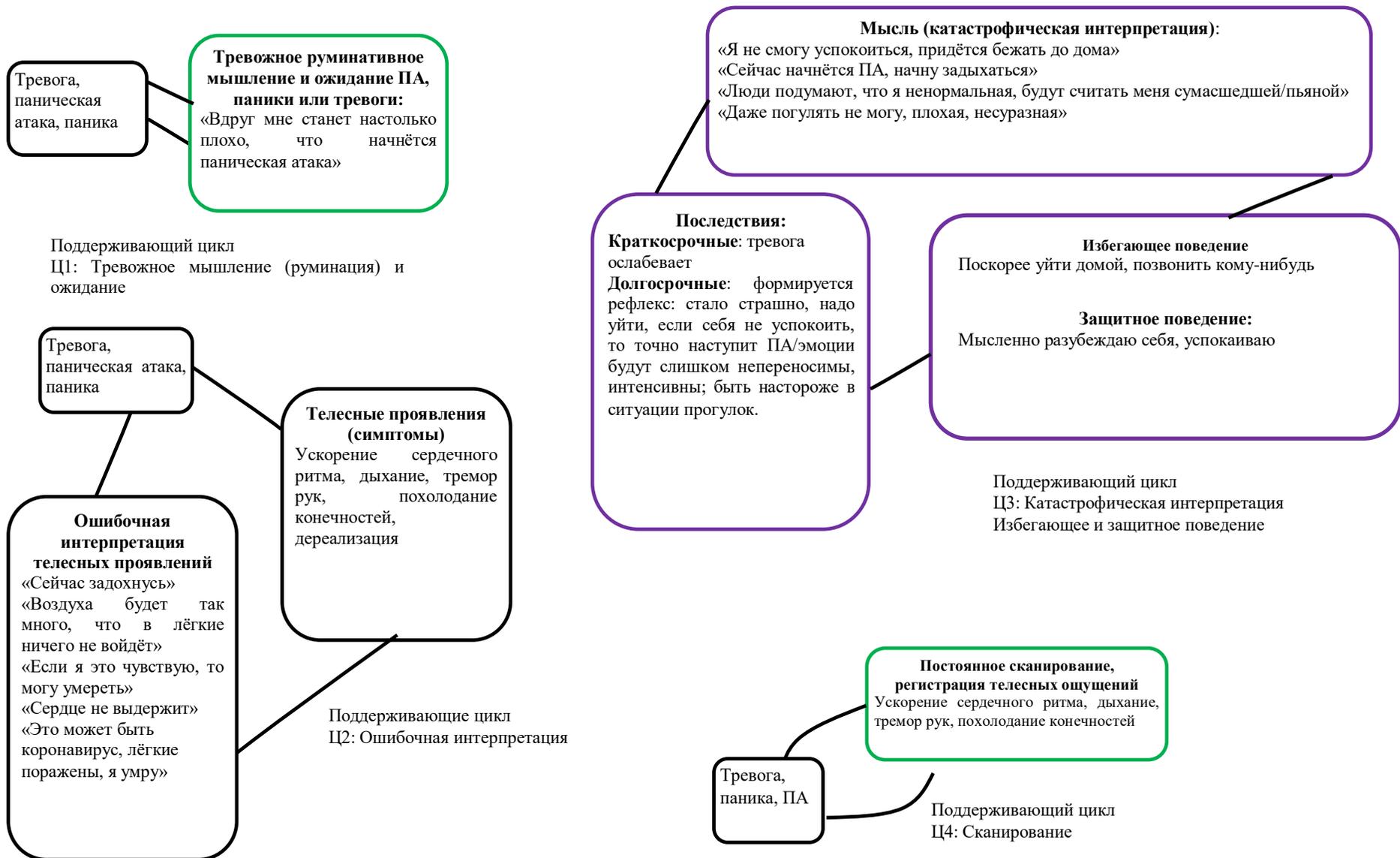


Рисунок 8 - Поддерживающие циклы клиента Б

План консультативной работы.

- 1-2. Диагностическое интервью, построение цикла.
3. Социализация в КПТ, психообразование о тревоге, тревожных руминациях, панических атаках. Ведение дневника автоматических мыслей.
4. Построение концептуализации и когнитивная работа.
5. Тренинг техник майндфулнесс, релаксационных техник.
6. Экспозиция (интероцептивная, *in vivo*).
9. Работа с правилами жизни и глубинными убеждениями.
10. Построение противорецидивного плана, профилактического плана, обсуждение возможностей самостоятельной работы.

Избранные методы мониторинга эффективности консультативной работы: шкала депрессии Бека (20 баллов), шкала тревоги Бека (53 балла), шкала Гамильтона по оценке тревоги (36 баллов).

Таблица 2 – Отчет о ходе консультативной работы

№ сессии	Содержание сессии (о чем и какими методами работалось, д/з, отмечать результат интервенций)
1	Диагностическое интервью. Постановка целей и задач работы. ДЗ – заполнение диагностических опросников (шкала тревоги Бека, шкала депрессии Бека, опросник ГТР, шкала Гамильтона по оценке тревоги).
2	Психообразование о панических атаках, симптомах тревоги, реакции «бей-беги-замри», нарушениях сна на фоне тревожных руминаций. Отработка техники «заземления» и техники квадрата для использования при панических приступах. ДЗ – тренировка этих практик.
3	Социализация в когнитивную модель, начало построения концептуализации, обсуждение отношений клиентки, изменений в её самочувствии. ДЗ – ведение дневника автоматических мыслей первой формы.
4	Обсуждение дневника автоматических мыслей, новой информации о панических атаках после манипуляций и оскорблений партнёра. Мотивационное интервьюирование, создание «леса амбивалентности»,

	рассмотрение мотивов за и против поддержания текущих отношений.
5	Обсуждение дневника АМ по кейсам, связанным с отношениями, поддержание амбивалентности, выявление «горячих когний». Обсуждение руминативного мышления, неэффективности борьбы с руминациями, эксперимент «не думай о белом медведе». Применение практики осознанности («Радио»+концентрация на дыхании), обсуждение. Введение в основы подхода майндфулнесс. ДЗ – дневник АМ, практика осознанности по 5 мин. ежедневно.

Продолжение таблицы 2

№ сессии	Содержание сессии (о чем и какими методами работалось, д/з, отмечать результат интервенций)
6	<p>Разбор записей дневника АМ, продолжение построения концептуализации, обсуждение негативных модифицирующих факторов – влияния родственников и молодого человека.</p> <p>Психообразование о когнитивных ошибках, выявление типичных когнитивных ошибок – чёрно-белого мышления, катастрофизации, обесценивания, эмоционального обоснования. Сократический диалог по теме пользы и вреда копинга перфекционизма и сверхконтроля.</p>
7	<p>Построение концептуализации (обсуждение критического события, убеждений о безопасности в семье). Сократический диалог к мыслям «Никогда не найду себе нормального человека, останусь одна»</p>
8	<p>Обсуждение базовых потребностей, недостаточного удовлетворения в детстве потребностей в безопасной привязанности, свободного выражения чувств и эмоций, спонтанности и игры. Функциональный анализ правил жизни, вытекающих из этого: «всегда нужно быть бдительной, настороже», «нужно всё делать идеально, чтобы соответствовать требованиям, нельзя расслабляться», «нужно искать защиты у сильных фигур, чтобы быть в безопасности». Вывод: эти установки приводят к хроническому стрессу и абьюзивным отношениям, не столько защищают, сколько вредят, можно удовлетворять потребность в безопасности иначе, все возможности для этого есть.</p>
9	<p>Обучение технике «Дерево принятия решений» при беспокойстве и технике «Решение проблем». Информирование о процессе беспокойства, его влиянии на возникновение психосоматических симптомов. ДЗ - реализация плана по решению проблем, тренинг техники «Дерево принятия решений».</p>
10	<p>Построение поддерживающих циклов паники, построение шкалы для градуированной экспозиции, обсуждение отказа от поддерживающего и нейтрализующего поведения, информирование об эффекте экспозиции.</p>
11	<p>Проведение interoцептивных экспозиций к симптомам гипервентиляции, дереализации за счёт «собачьего дыхания» в течение 3 минут, кружение</p>

	вокруг своей оси к головокружению. Уровень тревоги клиентки опустился с 90% до 30% в течение сессии. ДЗ – проведение interoцептивной экспозиции с чередованием техник ежедневно.
12-13	Проведение экспозиции in vivo по видеосвязи с увеличением радиуса удаления от дома и посещением торгового центра. ДЗ – проведение в течение 2 недель самостоятельных экспозиций с отправкой отчета в мессенджер.
14-15	Проведение экспозиции in vivo в сочетании с interoцептивной экспозицией по видеосвязи. ДЗ – проведение в течение 2 недель самостоятельных экспозиций с отправкой отчета в мессенджер. Итог – разотождествление симптомов тревоги и начала панической атаки, формирование у клиентки веры в способность совладать даже с интенсивной тревогой. Укрепление принципа «действовать несмотря на тревогу».
16	Составление кризисного и профилактического планов. Обсуждение самостоятельной работы, усиления ресурсной активности. Сбор «чемоданчика» техник.

Динамика и результат консультативной работы с учётом данных шкал, которые были выбраны для мониторинга эффективности.

Значение шкалы тревоги Бека изменилось с 56 баллов (высокий уровень тревоги) до 21 балла (значение в рамках нормы). Аналогичный результат получен по шкале Гамильтона по оценке тревоги (снижение с 36 баллов до 16).

Значение по шкале депрессии Бека пришло в норму (с 20 баллов до 12 баллов).

Примечания/дополнительные комментарии.

Проведен курс 16 часовых сессий. Работа закончена по достижению обозначенных клиенткой целей. В соответствии с диагностическими опросниками, можно сделать вывод, что нам удалось понизить уровень тревожности, а также ослабить депрессивное состояние.

Изначально клиентка обратилась с жалобами на бессонницу, депрессивное состояние, тревожность и панические атаки. Клиентка обозначила, что всегда была тревожным и мнительным человеком, с двадцати лет страдала паническими атаками, некоторыми психосоматическими проявлениями – головными болями, проблемами с пищеварением, ВСД, но ее состояние усугубилось в связи с эпидемией коронавируса пребыванием в абьюзивных отношениях и стрессом на работе. Тревога клиентки была спровоцирована карантином, кончиной близких, но в дальнейшем перебралась и на другие сферы: работу, отношения, представления о будущем, досуговую активность, сон.

Вначале тактика работы была сосредоточена на помощи при тревожном состоянии (в широком смысле) и методах «скорой помощи», а именно: психообразовании на темы тревоги, тревожных руминаций, панических атак, а также на общей социализации в когнитивную модель. На первом этапе клиентка научилась работе с автоматическими мыслями, с тревожными руминациями, освоила прогрессивно-мышечную релаксацию по Джекобсону и практики осознанности, основанные на дыхании и наблюдении за мыслями и эмоциями. Также у клиентки наступило понимание, что ее текущие отношения не соответствуют принципам здорового и экологичного общения. Выяснилось, что основной причиной возобновления у неё панических атак являлся постоянный стресс от нездоровых отношений, газлайтинга и манипулятивного поведения со стороны партнера с макиавеллистическими чертами. Вследствие рефлексии этих наблюдений, отношения клиентки с данным человеком были ею завершены.

После снятия аффекта, мы перешли к совместному построению концептуализации. И результатом этой работы стало обнаружение дополнительных триггеров и негативных модифицирующих факторов, влияющих на тревожное состояние клиентки (общение с тревожной семьёй, функциональное состояние переутомления, общение с обесценивающими

людьми, дефицит ресурсной активности). Также были обозначены факторы склонности, приведшие в совокупности к такому устройству личности. Биологически клиентка с детства была возбудимой, эмоциональной, боязливой. Члены семьи также высокотревожные люди, что дает основания говорить о некоторой генетической склонности. В социальном плане в процессе развития клиентка столкнулась со множеством психотравмирующих ситуаций, будучи ребенком, воспитывалась в атмосфере беспокойства, страхов, потерь. Девочка не имела надежных безопасных фигур, которые бы скомпенсировали происходящее (эпизод брошенности родителями в санатории, жестокого обращения воспитателей, скандалов и разборок отца в состоянии алкогольного опьянения, страха, что он убьет их с мамой, внезапный развод родителей и смерть бабушки, которая занималась ребёнком). Вследствие этого сформировалось глубинное убеждение о небезопасности мира и общая схема ожидания катастрофы, а также беспокойство и перфекционизм – как копинги, помогающие совладать с этими установками.

После обозначения «карты работы» и валидации переживаний клиентки, мы сформулировали более конкретные цели, заключавшиеся в преодолении страха перед паническими атаками и выходом из дома. Мы построили поддерживающие циклы, представленные на рисунке 8. Разобрали дисфункциональные когниции о панике и катастрофические интерпретации симптомов тревоги, затем составили шкалу для градуированной экспозиции. Начали с проведения интероцептивных экспозиций к симптомам тревоги (гипервентиляция, дереализация) совместно на сессиях, затем клиентка стала выполнять их ежедневно в качестве домашнего задания. После этого запустили экспозиции *in vivo*, с последовательным выходом на улицу и в пугающие места без использования клиенткой охранительного поведения, постепенно увеличивая дистанцию от дома и продолжительность пребывания в локации. Параллельно велась работа, направленная на построение ценностной осознанной жизни, расставлении приоритетов в будущем. По

окончании экспозиции клиентка сочла результат работы удовлетворительным для себя, и решила завершить работу, не затрагивая глубинные убеждения.

Клиент 3

Паспортная информация о клиенте (пол, возраст, образование, семейное положение):

В. Женщина, 38 лет, высшее образование. Бизнес-леди, отошла от дел в связи с тяжелым переломом и семейными обстоятельствами, занимается новым обучением и более спокойной деятельностью. Замужем, детей нет.

Список имеющихся расстройств и проблем:

- личностная тревожность (связанная с перфекционизмом),
- сложности в установлении зрительного контакта,
- проблемы с засыпанием,
- заваливание делами.

Цели консультативной работы:

- ослабить тревожную симптоматику,
- нормализовать зрительный контакт в ситуациях общения,
- нормализовать сон,
- наладить комфортный режим деятельности.

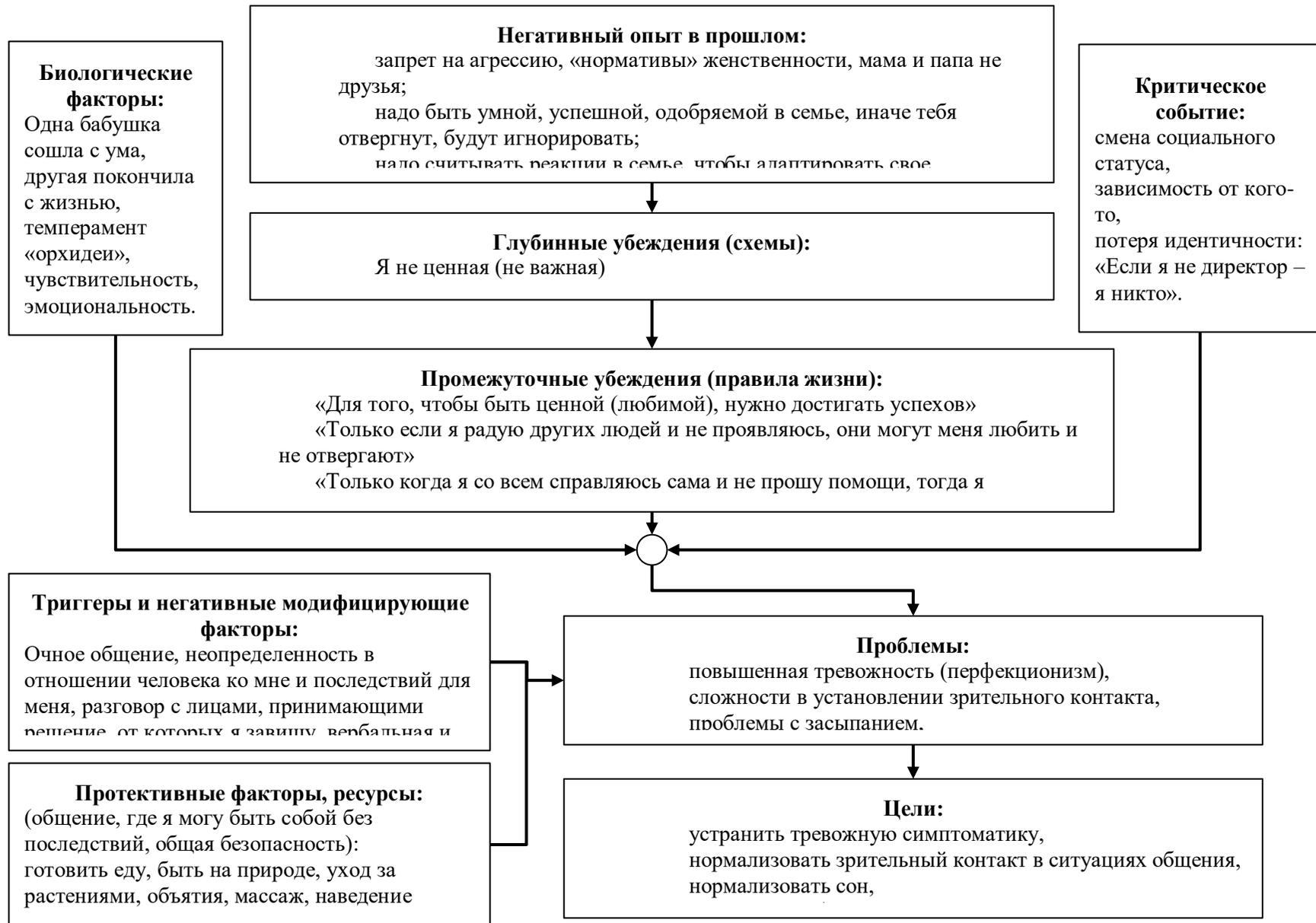


Рисунок 9 – Концептуализация клиентки В

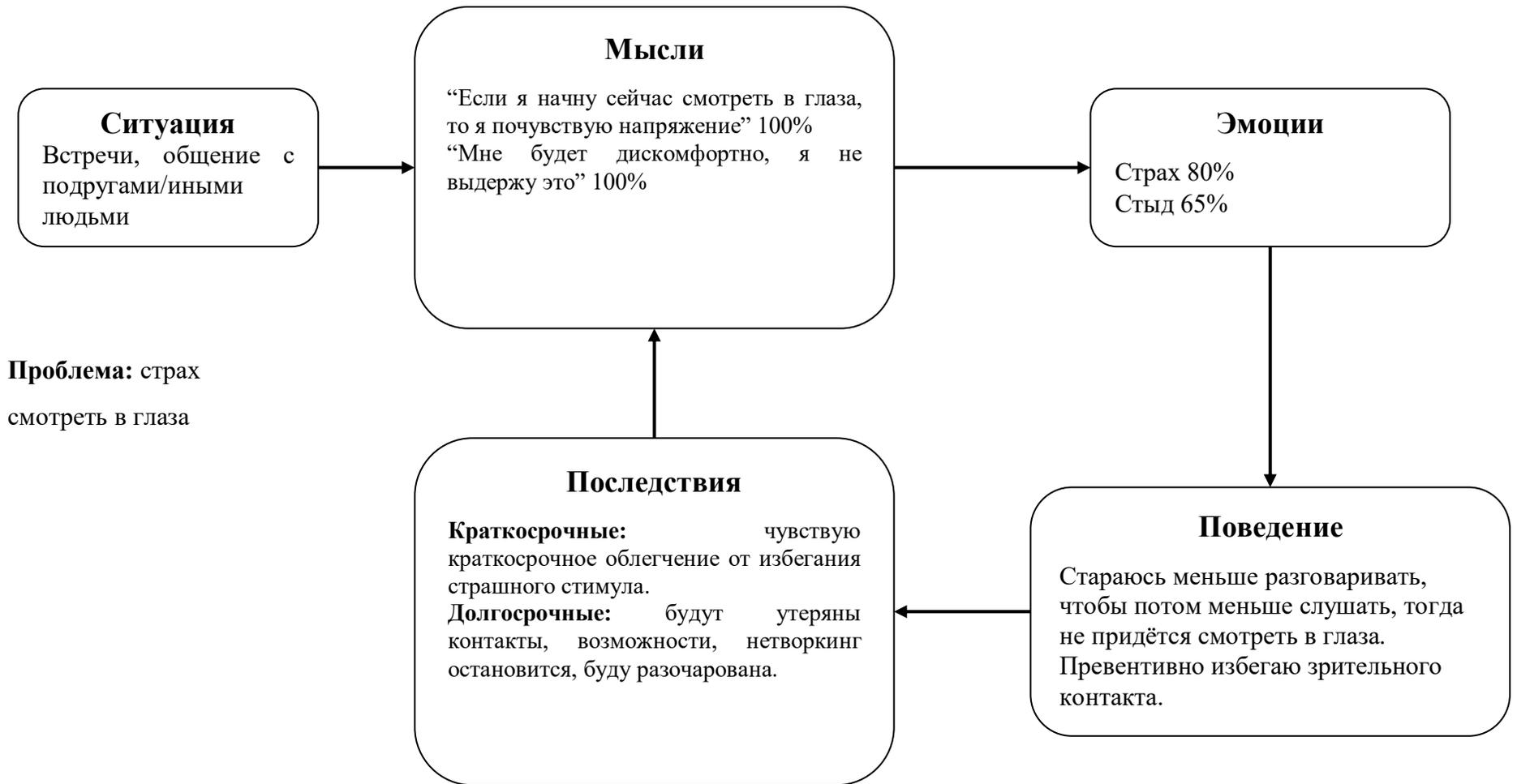


Рисунок 10 – Первичный поддерживающий цикл клиентки В



Рисунок 11 – Основной поддерживающий цикл клиентки В

План консультативной работы:

- 1-2. Диагностическое интервью, построение цикла.
3. Социализация в КПТ, психообразование о тревоге, стыде. Ведение дневника автоматических мыслей.
4. Построение концептуализации и когнитивная работа.
5. Психообразование о руминациях
6. Тренинг техник майндфулнес
7. Тренинг «сострадательного ума»
8. Тренинг ассертивности
9. Работа с правилами жизни и глубинными убеждениями
10. Построение противорецидивного плана, профилактического плана, обсуждение возможностей самостоятельной работы.

Избранные методы мониторинга эффективности консультативной работы: шкала тревоги Бека (39 баллов), шкала Гамильтона по оценке тревоги (27 баллов), опросник перфекционизма (58 баллов), опросник схем Янга.

Таблица 3. Отчет о ходе консультативной работы

№ сессии (сессий)	Содержание сессии (о чем и какими методами работалось, д/з, отмечать результат интервенций)
1	Диагностическое интервью. Социализация в КБТ. ДЗ – заполнение диагностических опросников (шкала тревоги Бека, шкала Гамильтона по оценке тревоги, опросник ГТР, опросник перфекционизма).
2	Построение поддерживающего цикла по проблеме страха смотреть в глаза. Сократический диалог к выявленным автоматическим мыслям. ДЗ – ведение дневника автоматических мыслей.
3	Поведенческий эксперимент для проверки гипотез клиентки об отношении к людям с трудностями в поддержании зрительного контакта – составление опроса (приняли участие более 200 человек).
4	Обсуждение результатов опроса, формирование альтернативных мыслей.

5	Составление шкалы для экспозиции, обсуждение охранительного поведения клиентки (внешнего и внутреннего), составление списка, от чего нужно будет отказаться. ДЗ - первая экспозиция.
6	Тренинг техник майндфулнесс и прогрессивной мышечной релаксации. Обсуждение принципов применения (вне экспозиции, для целей активации парасимпатической системы и лучшего преодоления хронического стресса). ДЗ - продолжение экспозиции.

Продолжение таблицы 3

№ сессии (сессий)	Содержание сессии (о чем и какими методами работалось, д/з, отмечать результат интервенций)
7	Обсуждение первых итогов экспозиции, обсуждение техник осознанности, психообразование о беспокойстве и руминациях. Техника “Дерево принятия решений”.
8	Продолжение практик осознанности при тревоге, введение в тему самосострадания. Концептуализация из CFT, построение цикла (рис. 11). Написание самосострадательных посланий.
9	Обсуждение плана работы с основным поддерживающим циклом. Определение ведущих ценностей и потребностей, пошаговое изменение образа жизни с приближением к ним.
10-11	Экспозиция к ситуациям отказа от контроля, перфекционистичных стратегий (не убираться перед клинингом, писать в интернете о вещах, которые казались неприличными, табуированными, не следовать жёсткому расписанию, осознанно проживать момент, и посмотреть, что будет). Вывод - от многих прежних правил можно отказаться без потери в эффективности, жить в соответствии с законом Йеркса-Додсона, в своей личной “зоне оптимальности”. Не стремиться каждую минуту быть суперуспешной, а ориентироваться на свои чувства и желания.
12	Составление списка долженствований и условий ценности. Упражнение по переписыванию этих правил. Формулирование новых рекомендаций с опорой на потребности и ценности.
13	Отработка упражнения на асертивное поведение. Обозначение своих границ и потребностей другим людям в ненасильственной форме. Ролевая игра.
14-15	Работа с ГУ “Я не ценная”, ПЖ о контроле и перфекционизме. Экспериментальные упражнения, разговор с глубинным убеждением. ДЗ - чтение копинг-карточки с выводами о собственной значимости и праве на жизнь вне зависимости от изменений статуса, происходящих событий и чужих оценок.
16	Менеджмент рецидива. Сбор «чемоданчика» лучших техник,

построение профилактического плана. Ориентация на новые установки и ценности жизни.

Динамика и результат консультативной работы с учётом данных шкал, которые были выбраны для мониторинга эффективности.

Значение шкалы тревоги Бека изменилось с 39 баллов (повышенный уровень тревоги) до 17 баллов (значение в рамках нормы). Аналогичный результат получен по шкале Гамильтона по оценке тревоги (снижение с 27 баллов до 12 баллов).

Значение по опроснику перфекционизма (Гаранян, Холмогорова) изменилось с 58 баллов (патологический перфекционизм) до 33 баллов (значение в рамках нормы).

Примечания / дополнительные комментарии.

Клиентка В. обратилась изначально с очень узким запросом: начать заново спокойно смотреть в глаза людям. Почти сразу мы построили поддерживающий цикл на эту проблему и вскоре начали проводить экспозицию, что показывало стабильно хорошие результаты на протяжении всей работы с ней. Так как женщина имела хорошую рефлексивность и уже неоднократно посещала психологов, вскоре стало понятно, что у её тревожного состояния очень много разнообразных поддерживающих факторов. Роль сыграли и череда травматичных событий, произошедших с ней за последние годы, и некоторые разногласия в отношениях с мужем, потеря привычного статуса, ассоциировавшегося с силой, успешностью и правильностью, соответствием требованиям общества и близких людей, адаптацией к непривычному образу жизни. Построение большой концептуализации дало системный взгляд на возникновение и поддержание актуальных проблем. В связи с особенностями клиентки, мы быстро начали тренинг навыков осознанности и самосострадания, что сделало всю дальнейшую работу трансдиагностичной, при проведении любых поведенческих и когнитивных техник осуществлялся процесс изменений “снизу вверх”, что создавало и тренировало альтернативные копинг-стратегии клиентки взамен привычного перфекционизма и самокритики. В данном кейсе были реализованы все интервенции, предусмотренные в консультативном протоколе. В комплексе использование всех модулей

показало хороший и быстрый результат глубинной проработки проблемы тревожности всего за 16 встреч.

Клиент 4

Г., девушка, 29 лет. Проживает в крупном городе, успешный специалист в IT-сфере, образование высшее. Замужем, детей нет.

Список имеющихся расстройств и проблем: генерализованная тревога; плохое понимание себя, своих потребностей; условная самооценка.

Цели консультативной работы:

- ослабление беспокойства и тревожных руминаций;
- улучшение самопонимания, формирование «Я-концепции»;
- нормализация самооценки.

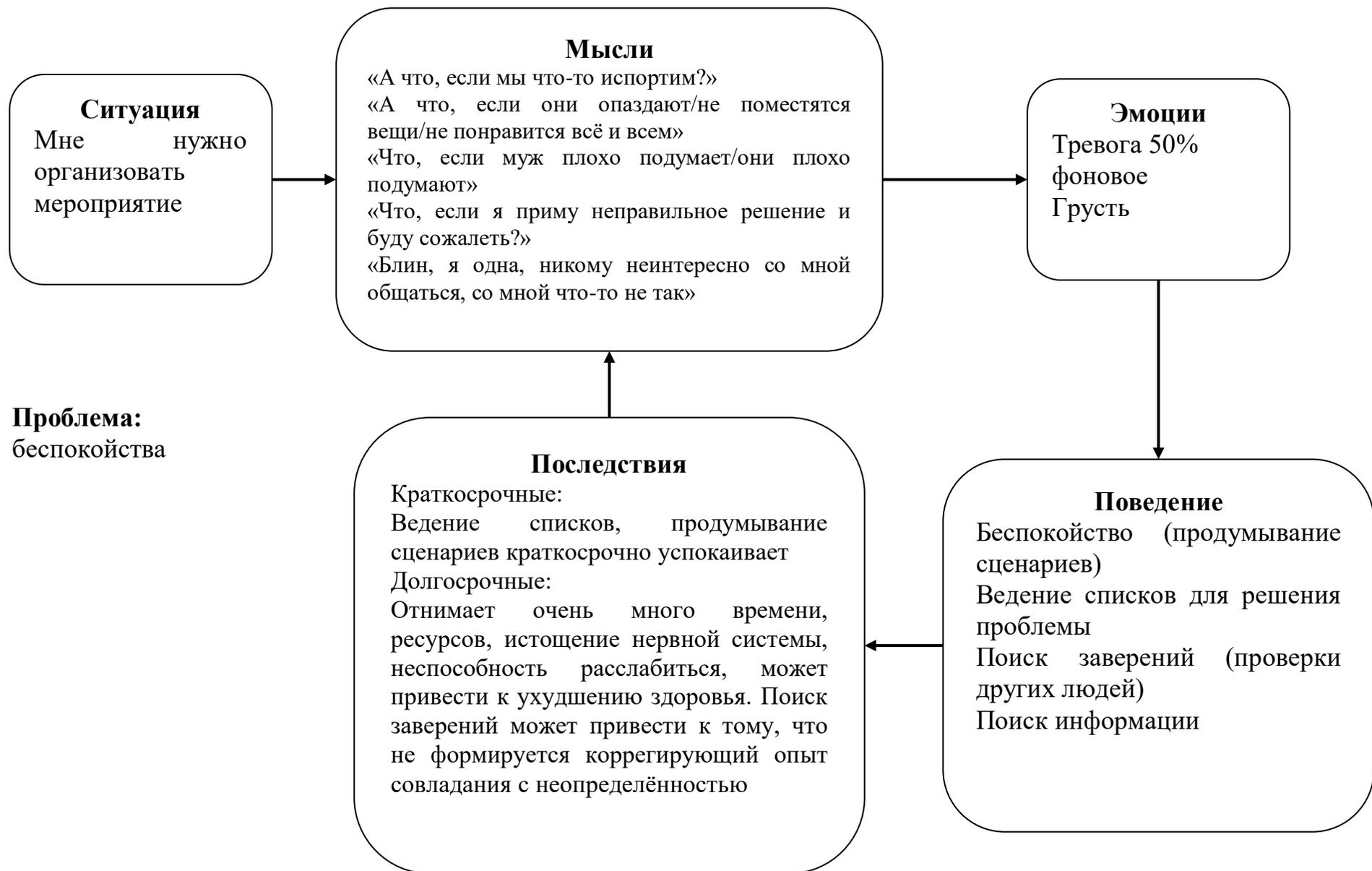


Рисунок 12 – Поддерживающий цикл. Проблема беспокойства



Рисунок 13 – Поддерживающие циклы. Схема ожидания катастрофы

План консультативной работы.

1-2 этап. Диагностическое интервью, построение цикла.

3 этап. Социализация в КПТ, психообразование о системе тревоги, проблеме в её работе при генерализованной тревоге, информирование о процессе беспокойства. Ведение дневника беспокойства.

4 этап. Построение концептуализации и когнитивная работа с убеждениями о полезности беспокойства, поведенческие эксперименты.

5 этап. Тренинг техник «Дерево принятия решений», «Решение проблем», «Сейф», «Откладывание беспокойства».

6 этап. Тренинг техник майндфулнесс.

7 этап. Экспозиция к неопределённости, к наихудшему сценарию.

8 этап. Тренинг сострадательного ума.

9 этап. Тренинг ассертивности.

10 этап. Работа с правилами жизни и глубинными убеждениями.

11 этап. Построение противорецидивного плана, профилактического плана, обсуждение возможностей самостоятельной работы.

Избранные методы мониторинга эффективности: шкала тревоги Бека (41 балл), шкала Гамильтона по оценке тревоги (32 баллов), опросник перфекционизма (Гаранян, Холмогорова) - 47 баллов.

Таблица 4. Отчет о ходе консультативной работы

№ сессии (сессий)	Содержание сессии (о чем и какими методами работалось, д/з, отмечать результат интервенций)
1	Диагностическое интервью. Социализация в КБТ. ДЗ – заполнение диагностических опросников (шкала тревоги Бека, шкала Гамильтона по оценке тревоги, опросник ГТР, опросник перфекционизма).
2	Психообразование о ГТР, системе тревоги, её эволюционном значении, объяснение, в чём проблема при ГТР. Обсуждение континуума переживаний, беспокойства как процесса. Идея важности изменения процесса переживаний, а не содержания. Совместное построение

	поддерживающего цикла. Обсуждение, сократический диалог. Постановка целей работы. ДЗ – тренинг осознания беспокойства, ведение дневника беспокойства.
--	---

Продолжение таблицы 4

№ сессии (сессий)	Содержание сессии (о чем и какими методами работалось, д/з, отмечать результат интервенций)
3	Осознавание беспокойства. Сократическая беседа о полезном и бесполезном беспокойстве, его преимуществах и вредных последствиях в жизни клиентки, функциональный анализ беспокойства.
4	Когнитивная реструктуризация установок о полезности беспокойства, развенчивание мифов о беспокойстве. Обсуждение притчи «Умная Эльза», выработка критериев отделения полезного беспокойства от бесполезного.
5	Обучение технике «Дерево принятия решений» и майндфулнесс (листья в ручье+диафрагмальное дыхание). Применение этих техник для бесполезных переживаний.
6	Обсуждение цикла непереносимости неопределенности. Введение идеи работы с непереносимостью неопределённости: повышать определённость или понижать непереносимость. Обсуждение триггеров к неопределенности (нотификации мессенджеров, покупки, отсутствие планов и списков), построение шкалы для экспозиции к неопределенности. ДЗ – экспозиция к неопределенности.
7	Поведенческий эксперимент с отказом от просмотра нотификации на сессии. Обсуждение двух проведённых клиенткой экспозиций с отказом от охранительного поведения. Выводы: понимание преувеличенной вероятности катастрофических сценариев, невозможность достижения полной определённости или слишком высокая цена за неё. Обнаружение преимуществ открытости к неизвестному, путешествий без плана, большего расслабления и лучшей концентрации внимания в отсутствие охранительного поведения. Утверждение идеи способности клиентки справляться с непредвиденными проблемами и сложностями, принятие их возникновения. ДЗ – продолжение запланированных экспозиций к неопределенности.
8	Обсуждение циклов и построение «большой» концептуализации, взаимосвязь проблем самооценки, тревоги и перфекционизма. Обсуждение опыта детства, биологической предрасположенности. Продолжение выработки нетолерантности к неопределенности. ДЗ – ведение дневника автоматических мыслей.
9	Когнитивная реатрибуция убеждения «Я ни на что не способна», сократический диалог, техника «за и против». Снижение убежденности с 70% до 30%. Переформулирование в установку «Я ценная, даже если что-то не умею». Введение в концепцию «сострадательного ума» и «тефлонового»

	<p>разума. ДЗ – перечитывание копинг-карточки о собственной ценности в самосострадательном стиле.</p>
10-11	<p>Развитие положительной ориентации к проблемам и способности справляться с ними. Развития самосострадательного отношения к себе, укрепление самооценки. Активное использование техники самосострадания, написание самосострадательных копинг-карточек к мыслям о неспособности справляться с проблемами.</p> <p>Новый подход: • «Проблемы является частью жизни и ничего не поделаешь - просто надо их спокойнее воспринимать»</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Я умею справляться с большинством проблем и при необходимости могу научиться делать это лучше» • «Проблемы преимущественно решаются находится способ с ними жить» <p>Задача: Возращивание установки открытости и принятия реальности жизни и реальности проблем.</p>

Продолжение таблицы 4

№ сессии (сессий)	Содержание сессии (о чем и какими методами работалось, д/з, отмечать результат интервенций)
12	<p>Развитие умения идентифицировать и решать проблемы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обсуждение важности вовремя идентифицировать проблемы и переходить к их решению (напоминание техники «дерево принятия решений»). 2. Обсуждение предыдущего опыта решения проблем и их последствий. 3. Напоминание техники решения проблем (а также принятия решений и рисков с ними связанных). 4. Упражнение на сессии (реальные проблемы) <p>ДЗ - список проблем, планы их решения, воплощение планов</p>
14-15	<p>Преодоление когнитивного избегания.</p> <p>Психообразование о роли когнитивного избегания. Исследование наихудшего сценария в воображении. «Вы бы выжили? Вы бы справились?»</p> <p>Пошаговая экспозиция к этому сценарию в воображении с измерениями тревоги. Преодоление непродуктивных когнитивных стратегий избегания / нейтрализации.</p> <p>Техника декатастрофизации – «Как бы это было? Как бы вы с этим справились?»</p> <p>ДЗ - аудиозапись, продолжение экспозиций самостоятельно (30-60 минут)</p>
16	<p>Менеджмент рецидива. Сбор «чемоданчика» лучших техник, построение профилактического плана. Ориентация на новые установки и ценности жизни.</p>

Динамика и результат консультативной работы с учётом данных шкал, которые были выбраны для мониторинга эффективности.

Значение шкалы тревоги Бека изменилось с 41 баллов (повышенный уровень тревоги) до 19 баллов (значение в рамках нормы). По шкале Гамильтона по оценке тревоги получены такие же результаты (снижение с 32 баллов до 13 баллов). Значение опросника перфекционизма Гараян,

Холмогоровой также снизилось с уровня патологического перфекционизма (47 баллов) до значения в рамках нормы (37 баллов).

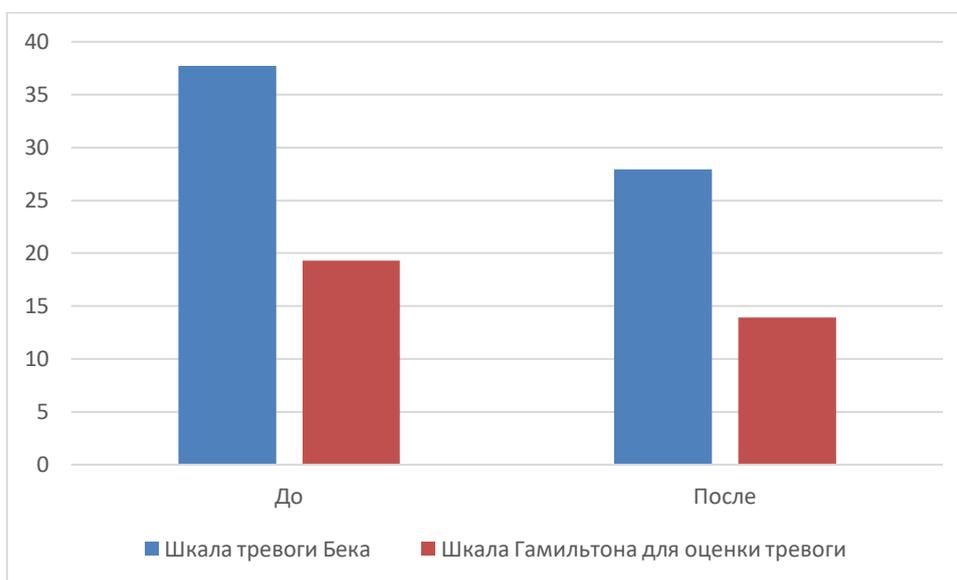
Примечания / дополнительные комментарии.

Клиентка обратилась с жалобами на тревожное состояние, постоянные сомнения в сделанном выборе, переживания, касающиеся самых разнообразных тем: быта, работы, отдыха, отношений, здоровья. По её словам, несмотря на то, что всё в её жизни идет так, как она и хотела, счастья она не чувствовала. Помимо соматических (тошнота, головокружения, тремор рук, потливость) и эмоциональных симптомов тревоги, она сильно потеряла в концентрации внимания, что негативно сказалось на её работе. В данном случае наибольший эффект показало психообразование о тревоге, о процессе беспокойства, а также экспозиции к неопределённости и к наихудшему сценарию. Как это ни парадоксально, перфекционизм, подпитывавший тревожное состояние, помог от него избавиться. Девушка обладает математическим мышлением, очень структурно и мотивированно подошла к работе, что позволило быстро освоить тренинг осознания беспокойства и в скором времени перейти к экспозициям. Г. творчески подошла к развитию толерантности к неопределённости и с мужеством стала методично подвергать себя подобным ситуациям, что оказало наибольший эффект в развитии психологической гибкости и дальнейшей редукции беспокойства. После того, как она обнаружила плюсы нахождения в неопределённых ситуациях и начала больше пребывать в осознанном состоянии (в том числе тренируя майндфулнесс), она окончательно переориентировала свои убеждения о полезности беспокойства и контроля, а также поверила в свою способность гибко адаптироваться и совладать с поступающими от жизни задачами. Это отразилось на ее самооценке и «снизу вверх» скорректировало дисфункциональные глубинные убеждения о себе. Хорошим завершением стало преодоление когнитивного избегания. Экспозиции к наихудшему исходу в воображении позволили проработать такие сложные темы как страх онкологии, страх развода и покинутости,

страх смерти. Это стало серьёзной базой для формирования стрессоустойчивости клиентки и уверенности в своих силах. После 16 проведённых встреч по теме тревожного состояния, мы скорректировали цели консультирования и перешли в формат глубинной работы.

На третьем этапе исследования была проведена повторная оценка уровня тревоги у респондентов с использованием тех же методик, которые использовались ранее (шкала тревоги Бека, шкала Гамильтона по оценке тревоги).

Далее был проведен статистический анализ полученных результатов. Выявлены значимые различия ($p < 0,05$, Т-критерий Вилкоксона) уровня тревожности в начале и в конце консультативной работы по обеим шкалам. Уровень тревожности респондентов до начала консультативной работы по представленному протоколу достоверно выше, чем после. Результаты графически отражены на рисунке 14.



* - значимые отличия ($p < 0,05$, Т-критерий Вилкоксона)

Рисунок 14 - Средние значения баллов по шкалам методик «Шкала депрессии Бека» и «Шкала Гамильтона для оценки тревоги» до и после проведенных консультаций

Были сформированы рекомендации по работе с тревожными состояниями при помощи когнитивно-поведенческих техник.

Описанный протокол консультаций отличается от традиционных когнитивно-поведенческих протоколов за счёт нескольких факторов.

Во-первых, главное отличие состоит в том, что протокол рассчитан на консультативный формат работы с использованием некоторых психокоррекционных техник. Сессии сохраняют классическую структуру: пристройку и создание раппорта, диагностический этап, психопросвещение по проблеме, основной этап с построением гипотез и их проверкой, психокоррекционный этап и завершающий этап. Сохраняется гуманистическая ориентация, субъект-субъектное взаимодействие с клиентом, разделение ответственности за достигаемые результаты. Работа не имеет директивного стиля, жёсткого плана терапии, как при психотерапии тревожных расстройств, что дает лучшие возможности для построения альянса и обсуждения широкого спектра проблем клиента, а также утверждения мотивации клиента и снижения риска дропаута.

Во-вторых, протокол показывает возможности гибкого включения в работу практик и техник не только из когнитивно-поведенческой терапии, но и диалектико-поведенческой терапии, терапии, сфокусированной на сострадании и терапии принятия и ответственности, что создает интерес у клиентов, улучшает приверженность консультативной работе, а также позволяет найти наиболее комфортные и подходящие практики для клиента, что улучшает и закрепляет достигнутый эффект от основных методов – когнитивной работы и экспозиций. Рекомендацией может послужить то, что следует всегда начинать лишь с традиционных техник и традиционного подхода, и лишь с достаточным освоением клиентом этого этапа, переходить к практикам майндфулнесс, самосострадания, работе с ценностями. Также можно рекомендовать до конца использовать возможности модульной работы, не перескакивать с одного блока работы на другой, избегать «дрейфа» в консультировании, поскольку это лишает структуры и ясности

как клиента, так и консультанта. В такие моменты стоит сделать «шаг назад» к предыдущему этапу, свериться с целями и задачами работы, обратиться к концептуализации и наметить совместно с клиентом конкретный вектор работы.

В-третьих, работа проводилась в онлайн-формате, в чём есть как преимущества, так и недостатки. Преимущество состояло в удобстве проведения, экономии времени обеих сторон, возможности сделать видеозапись сессии для запоминания важных моментов клиентом и самосовершенствовании на супервизиях консультанта, а также такой формат позволяет создавать удобные, редактируемые концептуализации, вести записи в электронных документах, проводить техники через демонстрацию экрана, сохранять все полученные результаты, тексты техник, а также домашние задания и дневники клиентов. Это оказывается неоценимым подспорьем в подготовке к работе, её коррекции, а также, на завершающем этапе – в формировании профилактического и кризисного планов для клиентов, к этому времени у них уже готова соответствующая папка, аудиоматериалы. Но данный формат имеет и недостатки. Это эпизодические технические трудности, лёгкость в перенесении и отмене встреч, что может подвергать психологический контракт угрозе. Это ограниченность в проведении экспериенциальных техник, работе со стульями, проведении исторической ролевой игры, разговора с «режимами» и т.д. Что лишает работу определенной доли колорита. Трудности возникают и при проведении совместных экспозиций. Клиент и консультант выходят на улицы с телефонами, снимают происходящее, что иногда может повлечь агрессию со стороны других лиц, а иногда совместная экспозиция не представляется возможной, и приходится ограничиваться отчетами в мессенджер (например, при работе с социальной тревогой). Также, следует упомянуть, что не всегда онлайн-формат уместен, при таком виде работы клиенту легко скрыть самоповреждающее поведение или насильственные действия, которым он подвергается. Дифференциальная диагностика психиатрических расстройств

затруднена, а потому при любом подозрении на депрессию, тревожное состояние степени расстройства, расстройство личности, психотическое расстройство, следует отказать клиенту в работе и перенаправить коллегам или врачам, лично участвуя в этом процессе.

Таким образом, описанный консультативный протокол имеет сильные стороны (использование модульного подхода, интеграция методов третьей волны, субъект-субъектное отношение) и ограничения (сложности в поддержании контракта, «дрейф» в работе, малую применимость экспериенциальных техник, меньшие возможности в проведении совместной экспозиции, невидимость языка тела и удобство в сокрытии клиентом некоторой информации). В дальнейшем предстоит минимизировать ограничения, сделать больший акцент на методах и техниках, которые не затронуты ими. Гибко подходить к каждому индивидуальному клиентскому случаю, искать возможности для создания оптимального плана работы.

Выводы по второй главе

В ходе описания эмпирической части было проанализировано несколько кейсов практической консультативной работы с целью демонстрации хода индивидуального консультирования, согласно протоколам. Для каждого клиента были определены цели работы, составлены индивидуальные концептуализации и планы консультаций. Был проведен мониторинг эффективности консультативной работы с целью оценки уровня тревоги в начале и конце курса. Исследование показало, что у респондентов, после проведения консультаций, согласно индивидуальному плану наблюдается снижение уровня личностной тревожности. Это происходит за счет совместного построения концептуализации и наличия в индивидуальном плане блоков психообразовательной, когнитивной и поведенческой работы. Разбор кейсов показал, что индивидуальные планы консультаций могут быть очень гибкими и включать в себя разные элементы, в зависимости от целей

работы. Несмотря на проанализированные далее преимущества и недостатки онлайн-формата психологического консультирования, в общем, респонденты отметили снижение уровня беспокойства, способность управлять своим настроением, редукцию физиологических симптомов тревоги. Также они отмечают, что приобрели понимание того, что такое тревога и как она возникает. Таким образом, консультации с использованием психообразовательного блока и с модулями классических когнитивных и поведенческих интервенций снижают уровень тревоги респондентов.

Заключение

В ходе работы был произведён теоретический анализ проблемы тревожности и была сформулирована гипотеза, согласно которой, проведение консультаций по индивидуальному плану в рамках когнитивно-поведенческого подхода снижает уровень тревожности респондентов за счет использования специальных приемов и техник.

В ходе исследования были подобраны методики, с помощью которых можно выявить уровень тревожности респондентов. Для каждого клиента был составлен индивидуальный план консультационной работы, согласно совместно разработанным целям. Далее с целью оценки эффективности консультационной работы была произведена повторная оценка уровня тревоги.

Составленный план исследования был успешно реализован, полученные данные проанализированы. Установлено, что индивидуальная работа в рамках когнитивно-поведенческого направления снижает уровень тревожности респондентов. Результаты исследования показали, что показатели уровня тревоги по шкалам Бека и Гамильтона до проведения консультационной работы выше, чем после. Анализ результатов по Т-критерию Вилкоксона подтверждает наличие статистически значимых различий до и после проведения консультаций по индивидуальному плану.

Кроме количественного анализа, был проведен качественный анализ случаев, выполненный в формате описания кейсов. Были подробно описаны индивидуальные планы консультационной работы, описаны блоки и модули, используемые при работе с высоким уровнем тревоги, индивидуальные концептуализации. В результате такого подробного описания, были проанализированы причины формирования проблемы и причины, поддерживающие ее. Таким образом, удалось заметить, что совместное построение концептуализации и психообразование о природе тревоги улучшает раппорт между консультантом и клиентом, создает условия для

продуктивного сотрудничества и улучшает субъективное самочувствие респондентов.

Исследование показало, что у респондентов, после проведения консультаций, согласно индивидуальному плану, наблюдается снижение уровня личностной тревожности. Это происходит за счет совместного построения концептуализации и наличия в индивидуальном плане блоков психообразовательной, когнитивной и поведенческой работы. Разбор кейсов показал, что индивидуальные планы консультаций могут быть очень гибкими и включать в себя разные элементы, в зависимости от целей работы. Несмотря на проанализированные далее преимущества и недостатки онлайн-формата психологического консультирования, в общем, респонденты отметили снижение уровня беспокойства, способность управлять своим настроением, редукцию физиологических симптомов тревоги. Также они отмечают, что приобрели понимание того, что такое тревога и как она возникает.

По результатам исследования был сделан вывод об эффективности индивидуальной консультационной работы в рамках когнитивно-поведенческого подхода для снижения уровня тревоги.

Список используемой литературы

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Перре. СПб.: Речь, 2004.166с.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004.336 с.
3. Анцыферова Л. И. К психологии личности как развивающей системе // Психология формирования и развития личности. М.: Изд-во «Наука», 1981. 364с.
4. Аракелов Г. Г., Лысенко Н. Е., Шотт Е. К. Психофизиологический метод оценки тревожности// Психол. журн. 1997. Т. 18, № 2. С. 102-113.
5. Астапов В. М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Прикладная психология.1999. № 1. С. 41-47.
6. Астапов В .М. Тревожность у детей. М.: ПЕРСЭ, 2008. - 160 с.
7. Астапов В. М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Тревога и тревожность. СПб.: Питер, 2001. С. 156-165.
8. Балл Г. А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности // Вопросы психологии. 1989. № 1. С. 92-100.
9. Беляев В. П. Тревоги прожитого дня. М.: Граница, 2011. 488 с.
10. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988.270 с.
11. Бодров В. А. Когнитивные процессы и психологический стресс // Психологический журнал. 1996. том 17, № 4. С.64-73.
12. Бороздина Л. В. Теоретико-экспериментальное исследование самооценки: дис. ... д-ра психол. наук. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1999.
13. Бороздина Л. В., Залученова Е. А. Увеличение индекса тревожности при расхождении уровней самооценки и притязаний // Вопр. психологии. 1993.№ 4. С. 104-113.
14. Бороздина Л. В., Пукинска О. В., Щедрова Л. В. Верификация «триады риска» на материале первичной артериальной гипертензии // Вестн. Моск. ун-та. Сер.14. Психология.2002. С. 3-24.

15. Бохан Т. Г. Онтогенетический подход к проблеме преодоления критических ситуаций в отечественных и зарубежных исследованиях / Т.Г. Бохан // Сибирский психологический журнал. 1999. Выпуск 10. С. 40-45.
16. Былкина Н. Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) // Психол. журн., 1997. Т. 18, № 2. С.149-158.
17. Былкина Н. Д. Соотношение самооценки и уровня притязаний в норме и при психосоматической патологии (на материале язвенной болезни 12-перстной кишки): дис. канд. психол. наук. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1995.
18. Вейтен У., Ллойд М. Стресс и его эффекты / Общая психология. Тексты/ под ред. В. В. Петухова. М.: УМК «Психология»; Генезис, 2002. Т. 2, кн.1. С. 501-542.
19. Выготский Л. С. Исторический смысл психологического кризиса / Л.С. Выготский // Собр. соч.: В 6 т. Т.1.М.: Педагогика, 1982. С. 291-436.
20. Выготский Л. С. Исторический смысл психологического кризиса // Собр. соч.: В 6 т. Т.1.М.: Педагогика, 1982. С. 291-436.
21. Глейтман Г., Фридлунд А., Райсберг Д. Основы психологии / под ред. В. Ю. Большакова, В.Н. Дружинина. СПб.: Речь, 2001.1247 с.
22. Грей Д. А. Нейропсихология темперамента // Иностранная психология.1993. Т.1, №2. С. 24-36.
23. Гринберг Д. Управление стрессом. СПб.: Питер, 2004.496 с.
24. Губачев Ю. М., Стабровский Е .М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л.: Медицина, 1981.216 с.
25. Гурьев М. Е. Социально-психологические причины и особенности проявления страхов и тревог у детей и подростков. В сборнике: Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. - Новосибирск: ЦРНС, №21, 2015. С. 75-82.
26. Гэймон Д., Брегдон А. Игры, в которые играет мозг. М.: Эксмо, 2005.352 с.
27. Данилова Н.Н., Крылова А. Л. Физиология ВНД. М.: МГУ, 1989.399 с.
28. Дружинин В. Н. Когнитивные способности: структура, диагностика, развитие. М.: ПЕРСЭ; СПб.: ИМАТОН-М, 2001.224 с.

29. Елизарова Т. Ю. К проблеме определения содержания феномена психологического преодоления // Образование и повышение квалификации работников образования: Сб. науч. тр. Вып. 14: М., 1999. Ч. 1. 208с.
30. Забродин Ю. М., Бороздина Л. В., Мусина И. А. К методике оценки уровня тревожности по характеристикам временной перцепции // Психол.журн.1989. Т. 10, № 5. С. 87-94.
31. Изард К. Э. Психология эмоций. СПб.: Питер, 1999. 464 с.
32. Измайлов Ч. А., Черноризов А. М. Психофизиологические основы эмоций. М.: Моск. психол.-соц. институт, 2004.
33. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология (возможности человека и свойства нервной системы). Челябинск, 1999.324 с.
34. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2000.512 с.
35. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. СПб: Питер, 2005, 412с.
36. Карандашов В. Н., Лебедева М. С., Спилбергер Ч. Изучение оценочной тревожности. Руководство по использованию. - М.: Речь, 2004. - 80 с.
37. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М.: Наука, 1983. 368с.
38. Ковпак Д. В. Страхи, тревоги, фобии...Как от них избавиться? - СПб.: Наука и техника, 2012. 288 с.
39. Когнитивная психология / под ред. В. Н. Дружинина, Д. В. Ушакова. М.: ПЕР СЭ, 2002.480 с.
40. Коломейцев Ю. А., Корзун С. А. Основные научные подходы к копинг-поведению (совладающему поведению)// Проблемы управления. СПб.: Питер, 1999. 464 с.
41. Костина Л. М. Методы диагностики тревожности. - М.: Речь, 2006. 198с.
42. Крюкова Т. Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WSCQ) // Журнал практического психолога. 2007. № 3. С. 93-112.
43. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: дис.д-ра псих. наук: 19.00.13 / Т. Л. Крюкова; КГУ. Кострома, 2005. 476 с.

44. Куропатов А. В. Как избавиться от тревоги. СПб.: Нева, 2003. 256 с.
45. Куфтык Е .В. Совладающее поведение в семье, регулярно применяющее физическое наказание детей: автореф. ... дис. канд. псих. наук: 19.00.05; СПб., 2003. 22с.
46. Лапин И. П. Стресс. Тревога. Депрессия. Алкоголизм. Эпилепсия. - СПб.: ДЕАН, 2004. 224 с.
47. Левитов Н. Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопр. психологии. 1969.№ 1. С. 131-137.
48. Личностная шкала проявления тревоги (Дж. Тейлор, адаптация В. Г. Норакидзе) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. Дерманова И. Б. СПб., 2002. С.126-129.
49. Лурия А. Р. Лекции по общей психологии. СПб.: Питер, 2004.320 с.
50. Мерлин В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. М.: Педагогика, 1986.263 с.
51. Набиуллина Р. Р., Тухтарова И. В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция). Учебное пособие. Казань, 2003, С. 23-29.
52. Назыров Р. К., Кондинский А. Г. Отношение к здоровью и лечению, личностные и межличностные конфликты, уровень невротичности и копинг-поведение у здоровых жителей западносибирского региона России // Интегративные аспекты современной психотерапии. СПб, 1992. 186с.
53. Нартова-Бочавер С. К. «Coping Behavior» в системе понятий психологии личности. Психологический журнал, т. 18, № 5, 1997 №5. С. 20-30.
54. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. С- Пб: Речь, 2000. С. 70.
55. Пасынкова Н. Б. Связь уровня тревожности подростков с эффективностью их интеллектуальной деятельности // Психол.журн.1996. Т. 17, № 1. С. 169-174.

56. Перлз Ф. Понимание тревоги в гештальт-терапии. Превращение тревожности в возбуждение / Общая психология. Тексты/ под ред. В. В. Петухова. М.: УМК «Психология»; Генезис, 2002. Т. 2, кн .1. С. 548-560.
57. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
58. Прихожан А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование.1998. № 2. С. 11-17.
59. Прихожан А. М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. СПб.: Питер, 2007.192 с.
60. Психология. Словарь. / Под общ. ред. А. В. Петровского, М.Г.Ярошевского.2-е изд., испр. и доп. - Минск: изд. Харвест, 1997. 800 с.
61. Психология. Учебник / Под ред. В. Н. Дружинина. СПб.: Питер, 2009. 656 с.
62. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. М.: Прогресс, 1979. 392 с.
63. Рутченко-Рутыч Н. Н. Среди земных тревог. М.: Русский путь, 2012. 628 с.
64. Сапоровская М. В. Детско-родительские отношения и совладающее (копинг) поведение родителей как факторы школьной адаптации первоклассников: автореф. дис. канд. псих. наук. 19.00.07. КГУ, 2005. 22с.
65. Сидоров К. Р. «Триада риска» и ее связь с состоянием психосоматического здоровья в юности // Психол. журн.2006. Т. 27, № 6. С. 81-89.
66. Сидоров К. Р. Психосоматические заболевания: проблема этиологии и прогноза //Деструктивность человека: феноменология, динамика, коррекция. Материалы 2-й Региональной науч.-практ.конф. Ижевск; Воткинск, 2003. С. 44-48.

67. Сидоров К. Р. Феномен несоответствия уровней самооценки и притязаний в ранней юности: дис. ... канд. психол. наук. М.: Изд-во Моск. ун-та, 2007.
68. Сидоров К. Р., Дмитриева А. В. Эффективность целепостроения и личностная тревожность в норме и при ишемической болезни сердца // Вестн. Удм. ун-та. Сер. Психология и педагогика. 2004. № 11. С. 81-93.
69. Сидоров К. Р., Крохина И. Г. Исследование причин тревожности учащихся // Новое образование. 2013. № 1. С. 3-5.
70. Сирота Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: автореф. ... дис. докт. мед. наук: / Н.А. Сирота; СПб., 1994. 23с.
71. Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажилина И. И., Видерман Н. С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике М.: Генезис, 2001. 216с.
72. Соловьев В. Н. Адаптация, стресс, здоровье: учеб.-метод. пособие. Ижевск: Изд. дом «Удмуртский университет», 2005. 1110 с.
73. Степанова О. П. Эффективное преодоление неуверенности и тревожности. Психокоррекционная работа. М.: Флинта, 2015. 80 с.
74. Ташлыков В. А. Психологические защиты у больных с невротами и психосоматическими расстройствами / СПб., 1992. 23с.
75. Тревога и тревожность. / Сост. и общ. ред. В. М. Астапов. СПб.: Питер, 2001. 256 с
76. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции / М.: Наука, 1989. 456с.
77. Хазова С. А. Психология совладающего поведения: материалы Межд. научно-практ. конф./ отв. ред. Е. А. Сергиенко, Т. Л. Крюкова. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2007. С. 121-124.
78. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. 860 с.
79. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М.: Айрис-пресс, 2004. 464 с.
80. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / М.: Айрис-пресс, 2004. – 464с.

81. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер Ком, 1998. 608 с.
82. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности СПб.: Питер Ком, 1999. 688с.
83. Чехлатый Е. И., Веселова Н. В. Особенности отношения к здоровью и лечению, личностные конфликты и способы их разрешения (копинг-поведение) у больных неврозами // Интегративные аспекты современной психотерапии. СПб, 1992. 186с.
84. Ялтонский В. М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45. СПб., 1995. 398л.
85. Ялтонский В. М., Соколова Е. Т., Сирота Н. А., Видерман Н. С. Взаимосвязь копинг-поведения и Я-концепции у больных, зависимых от алкоголя, и условно здоровых мужчин / Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 2. С. 36-43.
86. Ader R., Cohen N. Psychoneuroimmunology: conditioning and stress // Annual review of psychology.1993. Vol. 44. P. 53-85.
87. Ayers T. S., Sandler I., West, S., & Roosa, M. W. (1996). A Dispositional and Situational Assessment of Children's Coping: Testing Alternative Models of Coping. Journal of Personality, 64(4), 923-958.
88. Berg C.A., Meegan S. P., & Deviney P.P. A social-contextual model of coping with everyday problems across the lifespan // International Journal of Behavioral Development 1998. № 22(2). P. 231-237.
89. Frydenberg E. Beyond Coping. Meeting goals, visions and challenges. — Oxford University Press, 2002. P. 272.
90. Hobfoll S. E. (1996). Social Support: Will you be there when I need you? In N. Vanzetti and S. Duck (eds.), A lifetime of relationships. California: Brooks / Cole Publishing Co.
91. Lazarus R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing gutlooks / R. S. Lazarus //Annual Review of Psychology. – 1993. – Vol. 44. P. 1 21.
92. Lazarus R. S. Emotion and Adaptation. — New York: Oxford University Press, 1991.

93. Lopez D. F., & Little T. D. Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain // *Developmental Psychology* 1996. № 32. P. 299-312.
94. Lundgren D. C., Schwab M. R. Perceived appraisals by others, self-esteem, and anxiety // *Journal of Psychology* 1977. Vol. 97. P. 205-213.
95. Moss R. H., Schaefer J. A. Life transitions and crises // *Coping with life crises. An integrative approach*. New York: Plenum Press. P. 3-28.
96. Paulhan I. Le concept de coping // *Annee psychol.* 1992. № 4. P. 315-319.
97. Pearlin L. I., Schooler C. The structure of coping / L. I. Pearlin, C. Schooler // *J. of Health and Social Behavior*. 1978. Vol.19. P. 2-21.
98. Skinner E., Edge K. Reflections on Coping and Development across the lifespan // *International Journal of Behavioral Development* 1998. № 22(2). P. 231-237.
99. Spielberger C. D. *Anxiety: Current trends in theory and research*. N.Y., 1972. Vol. 1. P. 24-55.
100. Vitaliano P. P. et al. Coping Profiles Associated With Psychiatric, Physical Health, Work and Family Problems// *Health Psychology* 1990. № 9(3). P. 348-376.
101. Zinbarg R. E., Barlow D. H., Hertz R. M. Cognitive-behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety dis-orders // *Annual Review of Psychology*.1992. Vol. 43. P. 235-267.