

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

	Гуманитарно-педагогический институт
	(наименование института полностью)
Кафедра	«Педагогика и психология»
	(наименование)
	37.04.01 Психология
	(код и наименование направления подготовки)
	Психология здоровья
	(направленность (профиль))

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)**

на тему Когнитивно-поведенческая терапия как средство коррекции тревожности личности педагога

Обучающийся	Е.Ю. Колесникова	
	(Инициалы Фамилия)	(личная подпись)
Научный руководитель	канд. психол. наук, Т.А. Бергис	
	(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)	

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретические аспекты проблемы коррекции тревожности личности педагогов посредством методов когнитивно-поведенческой терапии.....	9
1.1 Тревожность личности как психологический феномен.....	9
1.2 Применение методов когнитивно-поведенческой терапии для коррекции тревожности личности.....	18
1.3 Причины тревожности у современных педагогов.....	33
Глава 2 Эмпирическое исследование по коррекции тревожности личности педагогов посредством методов когнитивно-поведенческой терапии	37
2.1 Описание структуры выборки и методов исследования.....	37
2.2 Описание хода исследования и полученных результатов.....	50
Заключение.....	85
Список используемой литературы.....	87
Приложение А Бланк анкеты «Причины тревожности у современных педагогов»	93
Приложение Б Результаты первичной диагностики респондентов на этапе констатирующего эксперимента	94
Приложение В Результаты повторной диагностики респондентов на этапе контрольного эксперимента	95

Введение

Актуальность исследования. Наше время нельзя назвать спокойным. Человечество каждый день сталкивается с неопределенностью и непредсказуемостью, что не может не сказываться на эмоциональном состоянии людей. Межэтнические и межнациональные конфликты, политические коллизии, появление новых мало изученных заболеваний, экономические кризисы. Мир стремительно меняется, с приходом цифровых технологий невозможно оставаться в стороне от глобальных событий. Все это сказывается как на социуме, так и на каждой отдельно взятой личности. По данным ВОЗ тревожные расстройства – это самый распространённый в мире вид психических расстройств; в 2019 г. ими страдали 301 млн. человек [9]. Причины этих тенденций комплексные, но важное место среди них занимает тревога, которая способна вызывать различные физиологические нарушения при длительности либо интенсивности воздействия.

В современных исследованиях принято разделять понятия «тревога» и «тревожность», в то время как зарубежные специалисты имеют лишь один термин «anxiety». Тем не менее первым развел эти два понятия Зигмунд Фрейд (1925), разделив тревогу на три типа: реалистическую, невротическую и моральную, положив начало изучению не только ситуативной тревоги, но и тревожности, как свойству личности. В трудах В.М. Астапова, К. Изард, Р.С. Немова, Е.И. Рогова, К. Роджерса, Ч. Спилбергера, З. Фрейда, Э. Фромма, К. Хорни, Ю.В. Щербатых и других тревожность выделяется как одно из наиболее деструктивных личностных качеств, которое существенно снижает качество жизни человека. На данный момент считается, что высокая личностная тревожность неизменно сочетается с высокой ситуативной тревогой [53].

Человечество не может оградиться от стрессов и тревог, тем более, что тревога является адекватным ответом организма на потенциальную угрозу, но может развивать толерантность к фрустрации. На сегодняшний день

когнитивно-поведенческая терапия А. Бека и А. Эллиса доказала свою эффективность, как нефармакологический метод лечения тревожных расстройств и терапии высокой тревожности, важными принципами которого являются коррекция когнитивных искажений и снижение чувствительности к тревоге [56, 57, 58, 59, 62].

Анализ научных исследований и литературных источников показал, что проблема коррекции высокой тревожности личности является достаточно актуальной. В данный момент проблема коррекции тревожности и тревожных расстройств рассматривается преимущественно с точки зрения физиологии и анатомии, что соответственно предполагает односторонний взгляд на ситуацию. Изучение психотерапевтических способов снижения тревожности является необходимой и актуальной задачей. Особенно остро проблема тревожности стоит для людей социономических профессий, в частности педагогов.

Проблема тревожности педагогов на данный момент является хорошо изученной. Большое количество исследователей (Агапова М. В, Аминов Н. Н., Бойко В. В., Водопьянова Н. Е., Гришина Н. В., Ключева Н. В.) связали данную проблему с проблемой профессионального выгорания педагогических работников.

В школах Московской области в задачи педагога-психолога образовательного учреждения входит оказание психологической помощи и поддержки педагогическим работникам. Однако, в письме Министерства просвещения РФ от 30 мая 2022 г. N ДГ-1349/07 "О направлении Концепции и плана" есть прямое указание на недостаток стандартизированных эффективных инструментов в работе педагога - психолога, направленных на профилактику выгорания педагогов.

Таким образом, актуальность исследования обусловлена необходимостью внедрения в практику педагога – психолога образовательного учреждения эффективного инструмента для снижения тревожности педагогов.

Цель исследования: обосновать и эмпирически проверить эффективность разработки и применения индивидуального плана консультаций, включающих когнитивные и поведенческие техники, направленные на снижение тревожности педагогов.

Объект исследования: тревожность личности педагогов.

Предмет исследования: когнитивно-поведенческая терапия как средство коррекции тревожности личности педагогов.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что использование метода когнитивной реструктуризации по А. Беку и А. Эллису в консультировании педагогов, позволяет снизить как личностную тревожность, так и ситуативную тревогу за счёт снижения количества иррациональных убеждений.

Исходя из цели и гипотезы исследования, были сформированы следующие задачи:

- проанализировать современные научные подходы к решению указанной проблемы, изучить теоретическую научную базу;
- определить релевантные методы психологической диагностики для измерения уровня тревожности педагогов;
- разработать и опробовать на практике цикл консультаций на основе когнитивно-поведенческих техник с целью снижения тревожности;
- проследить динамику тревожности респондентов до и после консультаций, с целью определения эффективности когнитивно-поведенческой терапии для решения указанной проблемы;
- сделать эмпирически обоснованные выводы о корреляции изменения тревожности у респондентов;
- сделать эмпирически обоснованные выводы об эффективности когнитивно-поведенческой терапии как средства коррекции тревожности.

Теоретико-методологическую основу исследования составили:

- теоретические идеи, описанные в рамках когнитивно-поведенческого подхода, согласно которому мысли и когниции личности определяют

эмоциональные и поведенческие реакции (А. Бек, А. Эллис, Р. Лихи [3, 23, 17, 18, 40]);

– теоретические идеи Дж. Келли, согласно которым личность при столкновении с новым опытом склонна создавать поведенческие и эмоциональные шаблоны, которые далее использует неосознанно при взаимодействии с миром [3];

– работы отечественных (А.М. Прихожан, В.М. Астапов, Р.С. Немов, Ю.В. Щербатых, А.Б. Холмогорова и др.) и зарубежных (К. Роджерс, Ч. Спилбергер, З. Фрейд, Э. Фромм, К. Хорни, Р.Мэй и другие) авторов, занимавшихся изучением тревожности.

Методы исследования:

– теоретические (анализ литературных источников, интерпретация полученной информации, обобщение);

– эмпирические (психологическая диагностика, констатирующий, формирующий и контрольный эксперименты);

– методы анализа и обработки результатов (количественный анализ полученных данных с использованием программ Microsoft Excel, StatTech v. 4.6.1, качественный анализ – описание кейсов).

Опытно-экспериментальная база исследования:

Исследование проводилось на базе ГБОУ школы 1584 г. Москвы (ул. Рублёвское шоссе, 24 к.4). В исследовании приняли участие работники образовательного учреждения.

Общая выборка респондентов, задействованных в констатирующем эксперименте, составила 40 женщин в возрасте от 28 до 44 лет.

Экспериментальная группа состояла из 20 женщин от 28 до 44 лет.

Выборка на 100% представлена лицами женского пола. Все респонденты имеют одинаковый возрастной диапазон (от 28 до 44 лет) по классификации ВОЗ. Все участники исследования имеют высшее образование, являются гражданами РФ, работают педагогами. Все участники исследования дали

согласие на использование полученных в результате эксперимента данных анонимно или в зашифрованном виде.

Участие педагогов в исследовании было обусловлено профилактикой профессионального выгорания, что является одним из пунктов плана работы педагога-психолога в образовательной организации.

Научная новизна исследования: разработка и применение на практике универсального протокола краткосрочного рационально-эмотивного консультирования для снижения тревожности личности педагогов.

Теоретическая значимость исследования: обобщение актуальных психологических знаний о способах нефармакологической помощи при тревожности.

Практическая значимость исследования: практические разработки консультаций могут быть применены на практике психологами для решения спектра проблем, подобных рассматриваемой.

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

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в осуществлении сбора и анализа научной информации по теме исследования, планировании и осуществлении исследовательского эксперимента, статистической обработке данных, интерпретации полученных результатов.

Апробация и внедрение результатов работы велись в течение всего исследования. Его результаты были представлены в научных статьях на конференции в 2024 году «Молодежь и наука: шаг к успеху» в г. Курск.

На защиту выносятся следующие положения:

– разработанный консультативный протокол, основанный на принципах когнитивно-поведенческого подхода, имеет сильные стороны

(краткосрочность, чёткую структуру, возможность сочетать различные когнитивно-поведенческие направления, вариативность в использовании, относительную лёгкость в овладении представленными в исследовании техниками) и ограничения (зависимость результата от самодисциплины респондента, зависимость от характеристик респондента, в частности образования, способности к анализу и рефлексии);

– при снижении ситуативной тревоги у респондентов, снижается личностная тревожность, и наоборот, поскольку эти параметры взаимосвязаны;

– снижение тревоги и тревожности респондентов происходит благодаря воздействию на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях;

– существует взаимосвязь между наличием иррациональных убеждений и тревожностью.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, теоретической главы, содержащей 2 параграфа, эмпирической главы, выводов, заключения, содержит 20 рисунков, 12 таблиц, список использованной литературы (63 источника), 3 приложений. Основной текст работы без списка литературы изложен на 86 страницах.

Глава 1 Теоретические аспекты проблемы коррекции тревожности личности педагогов посредством методов когнитивно-поведенческой терапии

1.1. Тревожность личности как психологический феномен

Проблема тревоги в психологии рассматривалась многими исследователями. Первым концепцию данной проблемы предложил Зигмунд Фрейд (1925), который развел понятия «страха» – реакции организма на реальную и конкретную угрозу и «тревоги» – иррационального негативного переживания, связанного с потенциальной опасностью. Он также выделил три типа тревоги: реалистическую, невротическую и моральную. Реалистическая тревога связана с инстинктом самосохранения и прямо пропорциональна потенциальной опасности; она позволяет человеку мобилизовать силы организма для борьбы либо бегства. Невротическая тревога вызвана борьбой бессознательных инстинктов с «эго» и страхом совершить что-либо неприличное, потеряв над ними контроль. Моральная тревога – это конфликт между «эго» и «суперэго», сопровождающийся страхом потерять свое место в референтной социальной группе из-за несоответствия ее установкам.

Современные исследователи, такие как А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский (1998), В.П. Зинченко (2003), развели понятия тревоги ситуативной и тревоги как черты личности. Тревога ситуативная – отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. Тревога как черта личности или тревожность – это повышенная склонность человека испытывать тревожное беспокойство по поводу реальных или воображаемых опасностей [1, 37, 44]. В то время как страх связан с угрозой жизни и здоровью индивида, тревога обычно носит социальную направленность и генерализованный характер. При тревожности человек может испытывать затруднения при попытке рационализировать свое

состояние и его причину, так как страх может принимать безотчетные формы и быть не связанным с текущей реальной ситуацией. Тревожность может быть связана с различными расстройствами психики (например, генерализированное тревожное расстройство), личностными (например, акцентуации характера) или физиологическими (тип темперамента, химический баланс организма, качества центральной нервной системы) характеристиками, быть результатом психотравмы, особенно полученной в детстве.

При ситуативной (реактивной) тревоге человек, как правило, может снизить ее уровень путем практических действий, направленных на решение ситуации. При тревоге невротической или тревожности человек использует психические механизмы защиты (вытеснения, замещения, рационализации, проекции и др.) для снятия напряжения.

Ситуативная тревога, как и тревожность, – это родственник страха. Страх – это древнейший механизм, способствующий выживанию организма и имеющий защитную функцию. Мозговые структуры, ответственные за нее, находятся в лимбической системе, к которой относятся гиппокамп, миндалины, грушевидная доля и некоторые другие мозговые структуры. С эволюционной точки зрения, страх является полезным образованием, так как он позволяет мобилизовать силы организма в критической ситуации и активно действовать. Это достигается за счет выброса адреналина в кровь, за счет чего происходит усиление кровообращения в мышечных тканях [15, 28, 33]. В дело вступает симпатическая нервная система: учащается сердцебиение, расширяются зрачки, резко снижается активность пищеварительных желез, сужаются сосуды кожных покровов.

В животном мире, как и в мире наших предков, не отягощенных сложными культурно-социальными надстройками, реакция страха запускала механизмы защиты или бегства в случае опасности, чем спасала жизнь или здоровье организма. Но в современном мире люди чаще всего сталкиваются с социальными проблемами, когда они не могут спастись бегством или

применять силу. Над людьми довлеет множество социальных ограничений, которые не позволяют им дать волю инстинктам. Поэтому современному человеку свойственно подавлять страх, который при постоянном подавлении трансформируется в тревогу, которая носит деструктивный характер, особенно при длительном и интенсивном воздействии на организм человека.

Согласно классической рефлексорной теории И.П. Павлова, условный стимул постепенно теряет способность вызывать реакцию без повторения безусловного стимула. Тревожные расстройства не исчезают без подкрепления, что не противоречит условнорефлексорной теории: скорость угасания условного рефлекса (как и быстрота его формирования) зависит от эмоционального фона, сопровождающего формирование временной связи. Так, условные рефлексы при болевом подкреплении угасают значительно медленнее, чем при пищевом. Поскольку в основе тревожного расстройства лежат биологические инстинкты или социальные установки, обеспечивающие физическое или психологическое благополучие, угроза их реализации вызывает сильный страх, делающий такую временную связь весьма прочной.

К. Роджерс считал, что причина возникновения ситуативной тревоги лежит в подкорковых долях мозга. Наш мозг анализирует сигналы об опасности на уровне подсознания до того момента, как они становятся осознанными либо не становятся таковыми вообще. Соответственно срабатывает вегетативная нервная система, хотя человеку его состояние кажется беспричинным и пугающим [11, 15, 28].

Э. Фромм, представитель экзистенциального направления в психологии, предположил наличие циклических тревожных состояний у каждого человека, что является следствием утраты связи с природой и понимания своего места и предназначения в мире, в отличие от средних веков, когда многое не зависело от воли человека, но было жестко регламентировано в соответствии с социальным положением. На данный момент у человека есть свобода выбора, он может принимать решения самостоятельно, но именно это делает его несчастным и провоцирует тревожные состояния. Человек не хочет нести

бремя ответственности за свою жизнь, он стремится избежать этой свободы, ему хочется жестких рамок и ограничений [48].

Современные исследователи разделили тревожность на эмоциональное состояние и устойчивую черту характера.

По определению К. Изарда, тревожность понимается как комплекс отрицательных эмоций: страха, гнева и печали. Каждому человеку свойственен определенный оптимальный уровень тревожности, так называемая «полезная тревожность» [15].

Слишком высокий уровень тревожности личности вызывает дискомфорт, ухудшает качество жизни, а в некоторых случаях ведет к патологиям.

Нейрофизиологические особенности высокой тревожности до конца еще не изучены. Предположительно, имеется связь с активностью лобных долей, так как лейкотомия (перерезка путей, связывающих лобные доли с подкорковыми образованиями) снижает уровень хронической тревожности [13]. Ч. Спилбергер подчеркивает роль субъективно-эмоциональных и вегетативных явлений [11].

По данным В.М. Астапова тревожности сопутствуют озабоченность, негативизм, покорность, сентиментальность, подозрительность, страхи. Данные особенности являются результатом слабости нервных процессов, а также влияния среды. Генетическая наследственность не играет серьезной роли, но при наличии высокого уровня тревожности у родителей, ребенок впитывает соответствующее качество путем импринтинга либо усваивает поведенческую модель и установки родителей [1].

По мнению ряда авторов, в том числе А.М. Прихожан, А.И. Захарова, тревожность формируется в раннем детстве при неоднократном повторении внешнего воздействия, провоцирующего данное состояние. К 7-8 годам у ребенка можно диагностировать тревожность как устойчивую черту характера [37]. Многократное повторение приводит к закреплению и созданию «замкнутого психологического круга» (А.М. Прихожан), который приводит к

возникновению тревожного состояния даже без внешних стимулов. В результате чего человек испытывают беспредметную тревогу, не связанную с внешними обстоятельствами. Как правило, в более взрослом возрасте такое состояние без причины настораживает человека, и он стремится его рационализировать, то есть объяснить его себе внешними факторами. По мнению ряда психологов, человек может намеренно, но неосознанно искать ситуации, в которых он чувствует себя некомфортно, чтобы иметь возможность объяснить причину своего тревожного состояния, хотя оно и было причиной, а не следствием. Это объясняется тем, что подкорковые структуры используют механизм защиты сознания от травмирующей информации о наличии психологической проблемы: признав беспричинную тревогу, человеку придется признать, что «с ним что-то не так». Таким образом, у тревожных людей формируется привычка быть несчастными, которую они сами неосознанно подкрепляют внешними стимулами [8].

По признаку преобладания тревожности в структуре личности можно выделить психастенический или тревожно-мнительный тип [11]. Дети такого типа отличаются робостью и пугливостью, могут иметь трудности с социализацией и стремиться к уединению, лидерских качеств не проявляют, но могут иметь интеллектуальные интересы и склонность к долгим размышлениям. Во взрослом возрасте такие люди часто стремятся все контролировать, не любят спонтанности и неожиданных событий, боятся отходить от намеченного плана. При принятии решения могут демонстрировать амбивалентность. Очень сложно переносят бремя ответственности, могут быть инертны. Самооценка отличается нестабильностью и часто зависит от внешних факторов, например, от одобрения окружающих [11].

При анализе литературы по данной теме, было замечено, что есть несколько общепринятых причин формирования личностной тревожности: социальная (биосоциальная), генетическая, психофизиологическая. К социальной причине в рамках психодинамического подхода принято относить

детско-родительские отношения в раннем детстве, влияние общества на становление личности, взаимодействие с ближайшим окружением, которое не всегда носит позитивный характер, а зачастую может быть негативным и травмирующим. Ряд ученых, А.И. Захаров, Л.В. Макшанцева, А.М. Прихожан, А.О. Прохоров, предполагает, что тревожность закрепляется как новообразование в результате повторения негативного опыта, либо повторяющееся столкновение с ситуациями, которые субъективно оцениваются индивидом как неблагоприятные и небезопасные. Сначала субъект испытывает приступы тревоги только во время определенной деятельности, но после закрепления тревожности как личностного качества, она сама способна воспроизводить психические состояния, благодаря которым возникла. Генетический фактор по Н.Д. Левитову [28] – это свойства ЦНС, а точнее темперамента. Люди со слабой нервной системой обладают большей чувствительностью к негативному воздействию, сложнее справляются с травмами и тяжелыми жизненными обстоятельствами, поэтому они чаще оказываются в зоне риска развития тревожности и тревожных расстройств. Люди с сильной нервной системой также могут стать тревожными, но это случается статистически реже, и для этого требуется более длительное и интенсивное воздействие. Психофизиологический фактор предполагает наличие различных заболеваний, патологии головного мозга, нарушения в регуляции основных процессов. В частности, ряд экспертов (Роберт Б. Мальме, Ганс Ю. Айзенк) предполагает, что основная причина тревожности заключается в расстройстве гомеостатических механизмов ретикулярной формации, которое выражается в нарушении тормозных функций. При этом тревожность вторична и является симптомом нарушения работы лимбической системы [33].

Существует также теория «родовой травмы», которая на данный момент потеряла свою популярность. Ряд исследователей (З. Фрейд, О. Ранк, Ш. Ференци) придавали огромное значение процессу внутриутробного развития и самого рождения человека. С их точки зрения возникновение

тревоги - это ответная реакция эмбриона на смену привычных обстоятельств. И личностная тревожность может быть результатом этой травмы, либо результатом внутриутробного развития, во время которого плод подвергался воздействию стрессоров. Но данная теория не имеет достаточной доказательной базы в современной научной литературе, поскольку процесс родов проходит каждый младенец, но далеко не каждый становится в дальнейшем тревожной личностью. Большинство исследователей сходятся во мнении, что для формирования тревожности нужны соответствующие социальные факторы, а также определенные психофизиологические особенности нервной системы.

Современные исследователи тревоги преимущественно опираются на знания в области физиологии человека. Согласно исследованиям физиологии и анатомии тревоги, миндалевидное тело (амигдала) – это нейроцентр, ответственный за регуляцию эмоций. Также в этом процессе задействованы префронтальная кора, гиппокамп, кора передней поясной извилины, стриатум. Информация, сигнализирующая об опасности, поступает в амигдалу из органов чувств и от центров памяти, амигдала в свою очередь активирует центры, которые должны сформировать обратную реакцию для защиты от угрозы. Выделяют произвольный и непроизвольный варианты реагирования в ситуациях тревоги. Произвольный вариант предполагает использование методов отвлечения от тревожных мыслей, подавления тревоги, логического анализа и переосмысления ситуации. Непроизвольный вариант реагирования является более распространенным и предполагает речевые методы (проговаривание, агрессия, отреагирование через коммуникацию) и рефлексивные (самовнушение, внутренний диалог) [12, 13, 35, 36]. Использование пассивных и избегающих методов борьбы с тревогой может привести к её соматизации. Механизм соматизации заключается в повышении чувствительности к любой негативной информации за счет нарушения регуляции эмоций в условиях хронической угрозы, что связано с гиперактивацией или наоборот недостаточной активацией амигдалы и

релевантных структур вентральной нервной системы. Известно также, что физиологическая реакция на тревогу предполагает активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, в результате чего организм вырабатывает катехоламины и глюкокортикостероиды, длительное или хроническое воздействие которых на организм в свою очередь наносит определенный вред, вызывая сердечно-сосудистые и обменные нарушения [35, 36].

На данный момент в медицине выявлен достаточно широкий спектр расстройств, ассоциированных с тревогой, которые в МКБ-10 обозначены в разделах F40-F48 и носят название «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Тревожные расстройства, как правило, сопровождаются нарушениями сна (в медицинской терминологии – «инсомнией»), которые могут носить разнообразный и множественный характер: это могут быть трудности с засыпанием, прерывистый сон, слишком ранние пробуждения и т.д. Нарушения сна в свою очередь также запускают механизм тревоги, что формирует «порочный круг». Механизмы развития тревоги и инсомнии во многом носят схожий характер. Влияние стрессора активирует амигдалу и запускает процесс гиперактивации, который затрагивает центры сна и бодрствования.

С точки зрения медицины и физиологии, тревожность и инсомния отличаются высокой коморбидностью, поскольку центры, отвечающие за эмоциональные реакции, и центры сна и бодрствования находятся рядом. Таким же образом можно объяснить и снижение качества сна у нормотипичного условно здорового человека, который находится под влиянием ситуативной тревоги. Ч. Спилбергер выделял личностную и ситуативную тревогу [53, 54]. На данный момент считается, что высокая личностная тревожность неизменно сочетается с высокой ситуативной тревогой, одно неотделимо от другого, поскольку тревожный человек обладает набором определенных характеристик, как с точки зрения физиологии (например, строение коры головного мозга, специфика

центральной нервной системы, особенности протекания нервных процессов и пр.), так и с точки зрения психологии. В частности, такому человеку часто свойственны высокий уровень нейротизма, перфекционизма, интровертированность, интернализация [36, 49]. Очевидно, что тревожные люди острее и тяжелее переживают ситуации, ассоциированные с тревогой, чем не тревожные люди. На данный момент известно, что люди, которых можно определить термином «тревожные» [53], имеют более выраженную потребность во сне, в то же время фаза быстрого сна длится у них дольше, чем у не тревожных. Фаза глубокого медленного сна у таких людей снижена, особенно под воздействием стресса (ситуативной тревоги) [5, 6]. Вербицкий Е.В. отмечает также, что под воздействием тревоги сон тревожного человека подвергается «большей сегментации стадий сна» [5, 6]. То есть даже условно здоровый индивид, не страдающий тревожными и иными соматическими расстройствами, но с высоким уровнем тревоги, по мнению исследователей, имеет качество сна хуже, чем человек с низким уровнем тревоги. Этот разрыв имеет тенденцию увеличиваться в ситуациях дополнительного стрессового воздействия.

Существует также обратная связь между качеством сна и тревогой. Выше описано, каким образом тревога влияет на качество сна. Однако, известно также, что депривация сна, наряду с ухудшением внимания и повышением раздражительности, также провоцирует повышение уровня тревоги [36]. Чем дольше длится депривация, тем ярче выражена тревога у личности. Как тревога, так и недостаточный сон, – это факторы риска для возникновения проблем со здоровьем, а также факторы, ухудшающие качество жизни человека. Человек, столкнувшись с проблемой недостаточного или некачественного сна, кроме физиологически обусловленной тревоги, испытывает также тревогу психологическую, связанную с беспокойством за свое здоровье и профессиональную деятельность. В результате формируются искаженные когнитивные убеждения и запускается «порочный круг самовозбуждения». Человек фокусирует внимание на всех внешних

обстоятельствах и внутренних ощущениях, которые, с его точки зрения, могут усугубить имеющиеся сложности со сном, что только усиливает тревогу и возбуждение.

Существует достаточный выбор современных препаратов, направленных на купирование тревоги, но также известно, что среди альтернативных вариантов помощи доказанной эффективностью обладает когнитивно-поведенческая психотерапия, которая предполагает работу с когнитивными искажениями человека. А. Harvey доказал, что когнитивно-поведенческая терапия снижает показатели тревоги и депрессии по шкалам А. Бека [56, 57, 58, 61].

1.2 Применение методов когнитивно-поведенческой терапии для коррекции тревожности личности

Когнитивно-поведенческая психотерапия, или когнитивно-бихевиоральная психотерапия (англ. cognitive behavioural therapy), или когнитивно-поведенческая терапия, — широко распространённая форма психотерапии, сочетающая в себе когнитивные и поведенческий подходы. Когнитивно-поведенческая психотерапия, представляющая собой краткосрочное, сфокусированное на навыках лечение, направленное на изменение неадаптивных эмоциональных реакций при помощи изменения мыслей, изменения поведения пациента либо изменения того и другого, доказала свою эффективность при различных психических расстройствах [62, 63].

По некоторым источникам психотерапия как научно-практическое знание возникла не раньше XVIII века, в истории психотерапии можно выделить два основных периода: донаучный, охватывающий тысячелетия, и научный, начало которого было положено в XIX веке. Предпосылки когнитивно-поведенческой терапии можно найти в стоицизме [58, 59]. Философ – стоик Эпиктет утверждал, что логика – это прекрасное средство

для борьбы с ложными убеждениями. Философа Эпиктета также цитировал А. Бек в своей книге «Когнитивная терапия депрессии» [56].

Когнитивно-поведенческая терапия как самостоятельное направление родилась в результате слияния поведенческого и когнитивного подхода. Развитие этой формы психотерапии прошло через несколько важных исторических этапов.

Первым этапом можно назвать возникновение поведенческой терапии. У истоков поведенческой психологии стояли известные учёные: Иван Петрович Павлов, лауреат Нобелевской премии 1904 года, наряду с И.М. Сеченовым, Н.Е. Введенским, А.А. Ухтомским, разработавший концепцию о рефлекторной теории психофизиологических процессов [46], Джон Б. Уотсон с его экспериментом «Маленький Альберт» (1919 год), посвященной обусловливанию эмоций, Мэри К. Джонс с эмпирическим исследованием «Лабораторное исследование страха: случай Питера (1924 год)», открывшая миру технику десенсибилизации, которая до сих пор эффективна при работе с фобиями и страхами, Арнольд А. Лазарус, автор термина «поведенческая терапия», занимавшийся разработкой методов коррекции поведения на базе теории классического обусловливания [57], Кларк Л. Халл с его теорией научения (1943 год) [63], Джозеф Вольп с его методом систематической десенсибилизации, Беррес Ф. Скиннер с исследованием оперантного обусловливания.

Второй этап в становлении когнитивно-поведенческой терапии – это возникновение когнитивной терапии, основы которой также связаны со многими великими именами. В первую очередь, с именем Альфреда Адлера, который заметил, что ошибки в убеждениях личности или «базовые ошибки» заметно влияют на поведение человека. В середине XX века американские психологи Альберт Эллис и Аарон Бек, работая независимо друг от друга, внесли значительный вклад в развитие когнитивно-поведенческого подхода. Альберт Эллис создал рационально-эмотивную поведенческую терапию, основываясь на убеждении, что источником деструктивных эмоций личности

является не опыт, а то, как этот опыт интерпретируется человеком. Аарон Бек также был уверен, что работать нужно с когнитивными установками пациента, о чём и написал в своей работе «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства» в 1976 году. Проводя опыты с методом свободных ассоциаций, он заметил, что некоторые деструктивные установки можно не только выявить, но и классифицировать. Такие установки получили название «автоматические мысли» [60], а открытие легло в основу когнитивной терапии.

Разница в поведенческом и когнитивном подходах заключалась в том, что поведенческая концепция предполагает, что при изменении внешних стимулов поведение субъекта также изменится, то есть фактор изменения лежит вне субъекта, в то время, как в когнитивной теории фактор изменения – это мысли и установки субъекта, то есть фактор изменения находится в самом субъекте. Закономерно, что третьим этапом становления когнитивно-поведенческой терапии стало слияние когнитивного и поведенческого подходов в 1980 – 1990-е годы. Слияние было обусловлено тем, что поведенческая концепция при всей своей успешности, была малоэффективна при работе с депрессивными проявлениями [63]. Таким образом, появилась интегративная модель, объединяющая элементы когнитивной терапии с другими подходами, такими как психоанализ и гештальттерапия. Когнитивно-поведенческая психотерапия превратилась из конкретного вида терапии в общее направление, объединяющее все когнитивно-ориентированные подходы, которые представляют собой смесь когнитивных и поведенческих техник, что позволило успешно применять когнитивно-поведенческую терапию для огромного количества различных запросов, подбирая наиболее эффективное решение для каждого индивидуального случая.

Современная когнитивно-поведенческая терапия как психологический подход объединяет большое количество направлений. Кроме рационально-эмотивной терапии А. Эллиса и когнитивной терапии А. Бека, в её состав входят схема терапия Дж. Янга, метакогнитивная психотерапия,

мультимодальная терапия А. Лазаруса, когнитивная терапия осознанности, диалектическая поведенческая терапия, терапия принятия и обязательств и так далее [43].

Когнитивно-поведенческая терапия продолжает развиваться и совершенствоваться в настоящее время. С развитием технологий и доступностью онлайн-терапии, практики когнитивно-поведенческой терапии стали доступными даже для тех, кто ранее не имел возможности получить качественную психотерапию.

История развития когнитивно-поведенческой психотерапии отражает постепенный прогресс и признание эффективности данного подхода. Благодаря исследованиям, клиническим испытаниям и постоянной адаптации к новым вызовам, данный подход продолжает оставаться важным инструментом в обеспечении психологического благополучия.

Когнитивно-поведенческая психотерапия – это одно из наиболее эффективных направлений в психотерапевтической практике, которое объединяет в себе принципы когнитивной терапии и поведенческой терапии. Его основные принципы основаны на предположении, что наши мысли, эмоции и поведение взаимосвязаны, и изменение одного из этих компонентов может привести к изменениям в других. Несмотря на то, что данное направление объединяет разные виды терапий, есть общие базовые принципы, которых придерживаются все терапевты, работающие в рамках когнитивно-поведенческого подхода.

Первый принцип когнитивно-поведенческой терапии – это осознание и установление связи между мыслями, эмоциями и поведением. Психотерапевт и пациент работают вместе, чтобы исследовать и понять, как мысли, возникающие в конкретной ситуации, влияют на эмоциональные реакции и поведение. Цель состоит в том, чтобы помочь пациентам увидеть связь между этими компонентами и осознать, как отрицательные мысли и убеждения могут влиять на их эмоции и поведение.

Второй принцип когнитивно-поведенческой терапии связан с изменением негативных и деструктивных мыслей и убеждений. Психотерапевт помогает пациенту идентифицировать негативные мысли, такие как "Я никогда не смогу справиться" или "Я всегда буду проваливаться". Затем пациенты учатся анализировать эти мысли, заменять их более адаптивными и рациональными мыслями. Этот процесс помогает пациентам преодолевать негативные эмоции и изменять своё поведение.

Третий принцип когнитивно-поведенческой терапии связан с изменением поведенческих паттернов. Это включает в себя идентификацию деструктивных и нерациональных поведений, которые могут усиливать негативные эмоции и затруднять достижение личных целей. Психотерапевт помогает пациентам разработать новые стратегии поведения, основанные на более здоровых и эффективных моделях. Новые поведенческие паттерны включают в себя применение изученных ранее когнитивных стратегий, а также экспериментирование с новыми подходами и адаптациями.

Четвертый базовый принцип когнитивно-поведенческой терапии предполагает вовлечённость личности и состоит в активном участии пациента в процессе терапии. Пациенты должны сотрудничать с психотерапевтом, выполнять самостоятельные задания вне сессий и стремиться внедрять новые стратегии в повседневную жизнь. Развитие самостоятельности и ответственности помогает пациентам укрепить и закрепить новые паттерны мышления и поведения.

Пятый принцип когнитивно-поведенческой терапии – это ориентация на научные исследования и эмпирические доказательства. Теоретическая база когнитивно-поведенческой психотерапии основана на многолетних исследованиях и практическом опыте. Психотерапевты применяют методики, которые доказали свою эффективность в клинических испытаниях и обеспечивают лучшие результаты лечения.

Описанные принципы являются основой когнитивно-поведенческой психотерапии, и их применение может помочь пациентам преодолеть

негативные эмоции, изменить деструктивные мысли и поведение, а также достичь лучшего качества жизни [3, 17, 23, 40, 43].

Применение когнитивно-поведенческой терапии на практике основывается на нескольких методических принципах.

Коллаборативный подход: основным принципом когнитивно-поведенческой терапии является сотрудничество между терапевтом и клиентом. Терапевт и клиент работают вместе, чтобы определить цели терапии и разработать план действий.

Фокус на настоящем: в когнитивно-поведенческой терапии большое внимание уделяется текущему состоянию клиента и его проблемам. Основной задачей терапевта является помощь клиенту в осознании и изменении непродуктивных мыслей и поведения, которые мешают ему достичь своих целей.

Изучение мыслей и убеждений: когнитивно-поведенческая терапия предполагает, что наши мысли и убеждения играют важную роль в формировании эмоций и поведения. Терапевт помогает клиенту осознать и исследовать свои мысли и убеждения, а затем разработать альтернативные и более продуктивные способы мышления.

Развитие навыков: когнитивно-поведенческая терапия включает в себя развитие навыков, которые помогают клиенту изменить свою реакцию на стресс и проблемы. Терапевт помогает клиенту развивать навыки рассуждения, принятия решений, управления эмоциями и установления связей между мыслями, эмоциями и поведением.

Домашнее задание: когнитивно-поведенческая терапия активно использует домашнюю работу как инструмент для применения полученных навыков в повседневной жизни. Клиентам предлагается выполнение определенных задач и упражнений между сессиями, чтобы закрепить и расширить достигнутые результаты.

Оценка и мониторинг прогресса: в когнитивно-поведенческой терапии используются различные методы для оценки и мониторинга прогресса

клиента. Это может включать использование тестов, самооценок и обратной связи. Терапевт периодически проводит оценку и адаптирует стратегии, если необходимо.

Постоянное обучение и саморазвитие: когнитивно-поведенческая терапия требует от терапевта постоянного обучения и саморазвития. Терапевт должен быть в курсе последних научных исследований и методов работы, чтобы эффективно помогать клиентам.

В целом, методические основы применения когнитивно-поведенческой терапии на практике включают сотрудничество с клиентом, изучение мыслей и убеждений, развитие навыков, использование домашней работы, оценку прогресса и постоянное обучение.

Б.Д. Карвасарский выделил следующие положения.

Многие поведенческие проблемы являются следствием недостаточной развитости или отсутствия необходимых практических навыков из-за пробелов в образовании или воспитании. Для оказания эффективной помощи психотерапевт должен владеть информацией об условиях психосоциального развития своего пациента и о стиле воспитания в родительской семье.

Психотерапевт должен учитывать связь между поведением личности и средой, в которой личность находится. Формирование неадаптивного поведения часто связано со стимулами из внешней среды (например, стилем воспитания).

За неадаптивным поведением личности обычно стоит стремление к удовлетворению базовых потребностей (безопасность, привязанность, комфорт, свобода и другие). Психотерапевт должен выявить, какие именно потребности пытается удовлетворить личность, и предложить ей альтернативные варианты.

Поскольку данный вид терапии использует знания о классическом и оперантном научении наряду с методами саморегуляции, то можно назвать этот процесс в равной мере обучающим и терапевтическим.

Огромное значение уделяется когнициям личности. Если пациент в результате работы приходит к осознанию иррациональности своих поведенческих паттернов, то подобное осознание – это важный шаг изменению этих паттернов.

Методика когнитивно-поведенческой терапии структурирована и, во-первых, предполагает использование хорошо изученных техник, во-вторых, имеет определенные этапы и правила. Например, пациент активно вовлекается в программу подкреплений полученных навыков, в том числе при помощи системы домашних заданий.

Критерием результативности когнитивно-поведенческой терапии можно считать закрепление желательного поведения и успешное применение новых навыков в реальной среде [17, 40, 43].

Из практических положений и принципов, изложенных выше, вполне закономерно утверждать, что главная цель, которую преследует когнитивно-поведенческая терапия – это изменение или коррекция деструктивного поведения личности путём воздействия на убеждения. Задачи когнитивно-поведенческой терапии могут варьироваться от более узких, например, изменение одного конкретного поведенческого паттерна до более широких, например, изменение мировоззрения и способа мышления личности в целом [3, 40, 56].

Современная когнитивно-поведенческая терапия может быть эффективно использована при работе с самыми разными запросами: зависимостями, расстройствами пищевого поведения, нарушениями сна, сексуальными проблемами, семейными конфликтами, посттравматическими симптомами, депрессиями, фобиями и другими актуальными проблемами [3, 40, 56].

Современная когнитивно-поведенческая психотерапия достаточно вариативна и насчитывает достаточное количество направлений. Консультант может пользоваться широким спектром психотехник, но все же желательно придерживаться какой-либо одной определенной модели, чтобы не потерять

одно из главных преимуществ – структурированность. В данной работе мы решили придерживаться модели Альберта Эллиса, именуемой рационально-эмотивная поведенческая терапия. Данная модель, как и другие подходы в когнитивно-поведенческой терапии, нацелена на коррекцию ложных убеждений (когниций) и на изменение поведения клиента. Идеи в рамках этой модели делятся на «рациональные» (гибкие, помогающие добиваться поставленных задач и целей) и «иррациональные» (жесткие, выраженные в форме долженствования, являющиеся источником негативных эмоций и дисфункционального поведения) [50, 51, 52]. Здоровый человек по А. Эллису отличается самопринятием и высокой степенью толерантности к фрустрации.

Базовой формулой в рационально-эмотивной поведенческой терапии является формула ABC, где А – это активатор или активирующее событие, В – идеи, убеждения, когниции, С – следствие. Следствие может быть эмоциональным и поведенческим. Формула ABC представлена на рисунке 1.

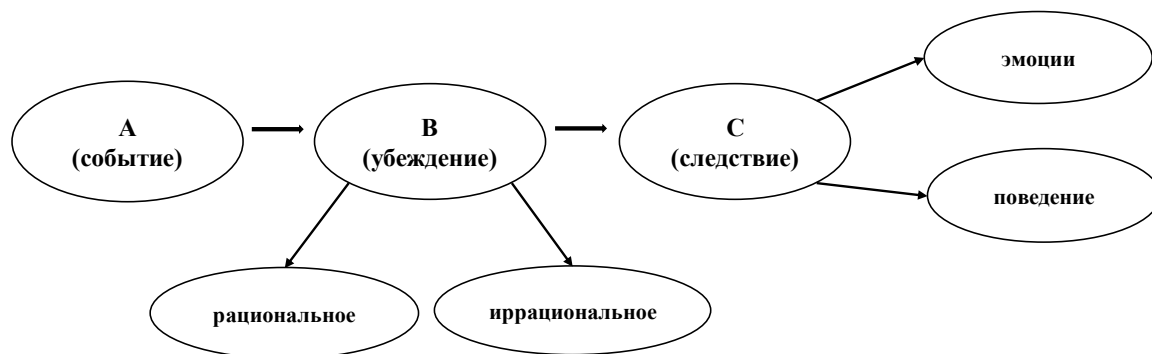


Рисунок 1 – Формула ABC А. Эллиса

А. Эллис утверждал, что наибольшее влияние на С оказывает не само событие (А), а мысли и идеи клиента относительно события (В) [50, 51, 52]. Обычно эти идеи и убеждения выстраиваются в цепочку, и задача психотерапевта выявить глубинные иррациональные убеждения. В рационально-эмотивной поведенческой терапии существует достаточно обширное количество различных иррациональных убеждений, но из них

можно выделить три наиболее распространенные категории, которые представлены на рисунке 2.

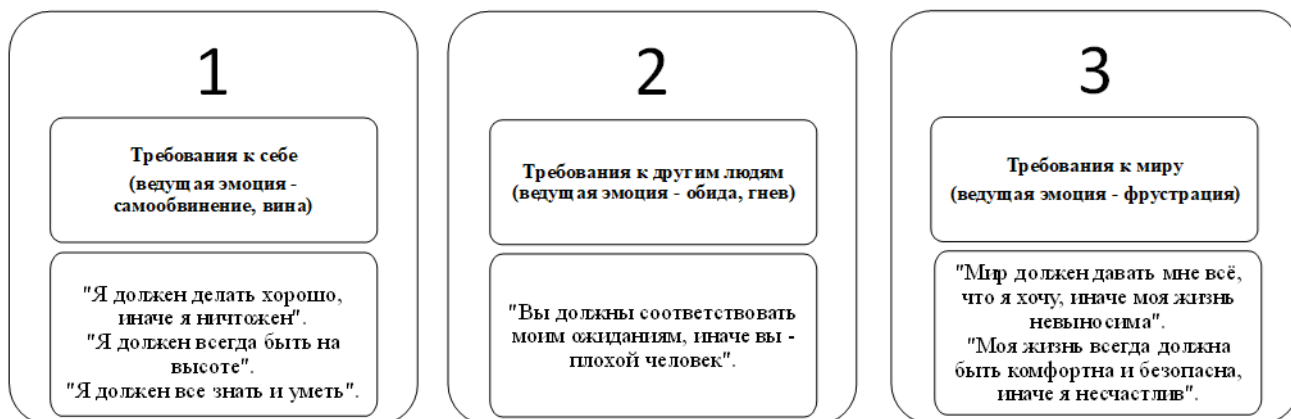


Рисунок 2 – Три блока распространенных иррациональных убеждений

Задача психотерапевта преобразовать иррациональные убеждения в более гибкие, например, меняя установку «я должен» на «я хочу». А. Эллис утверждает, что долженствование – это центральное звено всех «абсолютистских идей» [50, 51, 52]. Кроме указанных выше трех блоков когнитивных искажений, выделяют и другие когнитивные искажения, ассоциированные с тревогой:

- все или ничего («если я не сделаю это, то я пустое место»);
- негативизм и нарушения логики («они видели мою ошибку, они, конечно, подумали, что я некомпетентен»);
- предсказания будущего («я всегда буду неудачником», «я точно провалю это дело» и прочее);
- заикленность на негативе («у меня всегда всё плохо»);
- непринятие позитива («начальник хвалит меня из жалости», «коллега сделал комплимент из вежливости» и прочее);

- всегда и никогда («я никогда не буду счастлив», «я всегда хуже всех» и прочее);
- обесценивание (преуменьшение) своих достижений («это у меня получилось случайно, я тут совершенно не при чём», «дело было легким, любой бы справился» и прочее);
- чрезмерная эмоциональность;
- свехобобщение и навешивание ярлыков («все видят, что я слабак», «все умеют красиво и интересно говорить, один я только вечно несу ерунду» и прочее);
- принятие на свой счет («они смотрят в мою сторону и смеются, я знаю, что надо мной»);
- настоящее «Я» («они меня хвалят, потому что не знают, что на самом деле я плохой, я только притворяюсь хорошим»);
- перфекционизм («я должен делать всё лучше, чем другие, иначе я никуда не пойдусь»).

Для снижения тревоги предлагается оспаривать иррациональные убеждения, подталкивая клиента к трём важным инсайтам.

Во-первых, психологическая проблема связана с установкой индивида по поводу события, а не самим событием.

Во-вторых, индивид страдает не от события, а от собственных убеждений (то есть у индивида изначально есть контроль над «угрожающей» ситуацией).

В-третьих, основа изменения – это преодоление страхов, которое достигается путем, во-первых, осознания собственных иррациональных убеждений, во-вторых, путем упорных тренировок, когда человек действует вопреки своим ложным установкам, постепенно разрушая их и закрепляя новые, здоровые и рациональные.

Техника оспаривания (дискутирования) иррациональных убеждений относится к когнитивным техникам и условно делится на 3 этапа, которые представлены на рисунке 3 [50, 51, 52, 58].

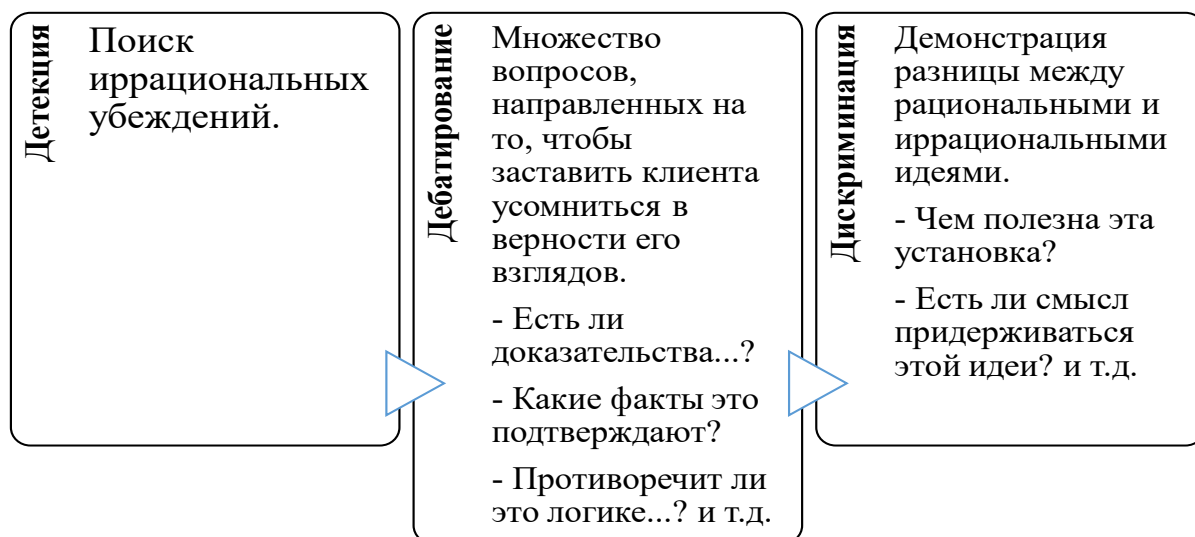


Рисунок 3 – Три этапа техники оспаривания иррациональных убеждений

Еще одной популярной когнитивной техникой в рационально-эмотивной поведенческой терапии является семантическая техника, которая предполагает подробное разъяснение различных слов и терминов. Например, клиент заявляет, что чувствует себя «плохим человеком». Психотерапевт, используя данную технику, просит подробно разъяснить слово «плохой». Дав возможность клиенту дать определение слова, психотерапевт преследует две цели: во-первых, он проникает во внутренний мир личности, видит её глазами, во-вторых, у него появляется возможность найти ошибку в рассуждениях и указать на неё, пользуясь когнитивными техниками.

Клиент: «Плохой человек» - это человек, который намеренно причиняет зло и страдания другим людям, осознанно ведёт себя непорядочно, пытается обогатиться за счёт окружающих.

Психотерапевт: Значит, я делаю вывод, что Вы намеренно причиняете зло и страдания другим, осознанно ведёте себя непорядочно и пытаетесь обогатиться за счёт окружающих. Верно?

Клиент: Нет, я так не делаю. Я всегда стараюсь помочь другим. Я никогда намеренно не делал подлые поступки.

Психотерапевт: Не кажется ли Вам, что есть какое-то противоречие в Ваших утверждениях?

Клиент вынужден согласиться, что противоречие действительно есть, что заставляет его внутренне усомниться в рациональности того, что он привык считать естественным и верным.

Кроме когнитивных техник борьбы с тревогой, есть также эмоциональные и поведенческие. К эмоциональным техникам можно отнести сопереживание, принятие и юмор, который при правильном использовании способен значительно снизить уровень драматизации и напряжения. Поведенческие техники в первую очередь направлены на повышение уровня толерантности к тревоге и фрустрации. Наиболее часто используются техники десенсибилизации и наводнения [38, 51, 52, 57]. Кроме того, для когнитивно-поведенческой терапии в целом традиционны техника «домашнее задание». Чаще всего в качестве домашнего задания клиент должен вести дневник автоматических мыслей, с самостоятельным их разбором и по возможности оспариванием.

Несмотря на то, что существует достаточно большое количество разнообразных проблем и расстройств, связанных с тревогой, рационально-эмотивная поведенческая терапия имеет достаточно универсальный протокол, направленный на снижение тревоги или повышение толерантности к ней, что должно помочь облегчить состояние клиента при прочих сопутствующих проблемах. Пример протокола приведён в таблице 1.

Таблица 1 – Универсальный протокол рационально-эмотивной поведенческой терапии, направленный на снижение тревоги

Структура сессии		Пример
		Клиент – женщина, 37 лет, юрист, замужем, детей нет.
Начало беседы.	Встреча. Знакомство. Снижение тревожности и сопротивления.	Знакомство. Краткий рассказ о квалификации психотерапевта и о подходе.

Продолжение таблицы 1

Структура сессии		Пример
Расспрос клиента.	История клиента. Запрос. Психологический контракт. 1) Выдвижение гипотезы. 2) Проверка гипотезы (на конкретных примерах из жизни клиента)	Клиент последние 2 года плохо спит перед выступлением в зале суда, нервничает и беспокоится за своё здоровье. Запрос – снизить тревогу. Для оценки эффективности психолог просит оценить тревогу по 10-бальной шкале. Психотерапевт предполагает, что тревога связана с иррациональными убеждениями клиента касательно её профессиональной деятельности. Его задача – выявить эти убеждения. Он просит 2-3 конкретных примера из жизни клиента. Из её рассказа он видит, что за тревогой стоит страх ошибиться и быть публично осмеянной.
Коррекционное воздействие.	Выявление иррациональных установок. Оспаривание.	Задача психотерапевта – указать клиенту на логические ошибки в её установках. Используя технику детекции, он получает от клиентки центральное иррациональное убеждение «Я всегда должна делать всё идеально, иначе я не имею право на существование». При помощи дискуссии (техника дебатирование) психотерапевт выводит клиента на I инсайт («я сама создала для себя такие рамки») Техника дискриминации. Психотерапевт помогает клиенту понять, что приверженность данному убеждению не только не полезна, но даже вредна для неё, и предлагает более рациональные альтернативы, заменяя «я должна» на «я хочу».
Завершение сессии.	Итоги. Домашнее задание. Организационные моменты. Прощание.	Подведение итогов. Оценка тревоги по 10-бальной шкале. Клиент признаёт, что тревога снизилась. Домашнее задание. Ответы на вопросы. Запись на следующую сессию. Прощание.

Особое место в борьбе с тревожностью, тревогой и страхом занимают поведенческие эксперименты, когда клиенту при поддержке психолога

предлагается столкнуться с пугающей ситуацией, чтобы сравнить ожидаемые и реальные последствия. Например, заговорить с незнакомым человеком на улице.

Следующим этапом в борьбе с тревожностью является метод экспозиции, который предполагает противостояние пугающим стимулом в реальной жизни или в своем воображении. Клиенту предлагается составить список тревог или страхов от наименее страшного объекта к наиболее страшному («иерархия страхов»). Клиент предварительно должен быть обучен навыкам релаксации и эмоциональной саморегуляции. Далее психолог предъявляет наименее страшный стимул из списка, объясняя клиенту, что, если он сможет вытерпеть столкновение со своим страхом достаточно долго, то сначала его тревога резко усилится, а затем снизиться, возникнет привыкание или десенсибилизация [31, 38]. Таким образом могут быть постепенно проработаны большинство реальных страхов, связанных с «внешней» угрозой, от меньшего к большему.

Иногда клиент не может быть поставлен в ситуацию противостояния страху в реальной жизни (это невозможно по объективным причинам; есть проблемы со здоровьем, которые исключают слишком интенсивное воздействие; страх слишком силен, и клиент не может заставить себя пройти через это испытание), в таком случае метод экспозиции может быть использован при помощи воображения. В частности, клиенту предлагается максимально полно и точно описать событие, ассоциированное с тревогой, на бумаге и вдумчиво перечитывать до тех пор, пока тревога перед объектом не снизится или не исчезнет.

В некоторых случаях страхи связаны с отсутствием навыка решения проблем. В этом случае психолог может использовать технику из 6 шагов, представленную на рисунке 4.



Рисунок 4 – Техника «Алгоритм решения проблем»

Постепенно психолог должен стремиться к увеличению периода между сессиями, делая упор на самостоятельную работу клиента. В некоторых случаях также полезно составить кризисный план, содержащий инструкцию, «что делать, если...». Такая инструкция составляется совместно с клиентом и направлена на преодоление каких-либо потенциально пугающих ситуаций в будущем.

1.3 Причины тревожности у современных педагогов

Тема стресса у педагогов и иных работников социальных профессий на данный момент является достаточно хорошо изученной. В частности, Бергис Т. А., Кривуля Ю. С. в статье от 2020 года «Проблема профессионального стресса у педагогов в условиях современной образовательной системы» указывают на «конфликтогенность образовательной среды», которая выражается в необходимости постоянного социального взаимодействия, высоком уровне ответственности, непрерывно

растущих требований к педагогу со стороны других участников образовательного процесса [4].

Учёные из республики Казахстан Яндгарова Н., Турсынбаев А., Мариева А., Ануарова А., Куралбаева Д., Момбиева Г. А в 2014 году провели исследование, целью которого было «раскрытие психологических механизмов развития тревожности у учителя и особенностей её проявления» [55]. В данном исследовании приняли участие 456 учителей в возрасте от 21 до 60 лет. Эмпирически было доказано, что существует связь между тревожностью и стажем работы, страхом неудач, характером отношений с влиятельными лицами, также присутствует страх эмоциональных проявлений [55].

Верченко И. А. в 2021 году провела исследование, целью которого было изучение влияния тревожности на эмоциональное выгорание педагогов, результатом которого было выявление положительной корреляции [7].

Проблемой профессионального выгорания занимались такие российские учёные, как Агапова М. В, Аминов Н. Н., Бойко В. В., Водопьянова Н. Е., Гришина Н. В., Ключеву Н. В. и другие. Термин «эмоциональное выгорание» был введён американским психиатром Гербертом Фрейдербергом в 1974 году.

На данный момент известно, что среди основных причин выгорания у педагогических работников, можно выделить следующие. Во-первых, личностные аспекты, к которым относятся тревожность, сниженная самооценка, низкая толерантность к фрустрации, склонность к интроверсии. Во-вторых, ситуативные факторы, ассоциированные с тревогой и стрессом. В частности, конфликты, нарушения школьной дисциплины учениками, нарушение субординации учащимися и родителями, проявления неуважения, систематические нарушения личных границ педагогов (например, звонки в нерабочее время), личные и семейные проблемы. В-третьих, профессиональные аспекты. В частности, постоянная необходимость контроля и подавления эмоций, ответственность за жизнь и здоровье учащихся, высокий уровень рабочей нагрузки, постоянное внедрение новых

технологий, необходимость поддержания большого количества социальных контактов [4, 7, 42].

Одним из способов преодоления стресса и профилактики выгорания является социальная поддержка, а также любые доступные способы снижения тревоги и тревожности. К таким способам можно отнести релаксацию, физические упражнения, личную терапию [4]. Каждый метод имеет свои достоинства, тем не менее, на данный момент нет реальной возможности удаления всех стрессогенных факторов и полноценного изменения условий труда учителей. С точки зрения А. Эллиса и А. Бека, отношение к стрессогенным факторам и касающиеся их убеждения в ряде случаев имеют большее значение, чем сами факторы [50, 51, 52]. Соответственно, изменение отношения к некоторым аспектам профессии может быть эффективным инструментом в борьбе со стрессом.

Проблема профилактики стресса и выгорания у педагогов является актуальной в настоящее время. Предпринимаются меры для поиска эффективного решения. В частности, в школах Московской области в задачи педагога-психолога образовательного учреждения входит оказание психологической помощи и поддержки педагогическим работникам. Однако, в письме Министерства просвещения РФ от 30 мая 2022 г. N ДГ-1349/07 "О направлении Концепции и плана" есть прямое указание на недостаток стандартизированных эффективных инструментов в работе педагога-психолога, направленных на профилактику выгорания педагогов. В данном исследовании нами был предложен вариант такого инструмента.

Выводы по первой главе

Таким образом, в результате теоретического этапа исследования были разделены понятия «тревога» и «тревожность», описаны основные исторические этапы развития когнитивно-поведенческого подхода в психологии, а также его основные принципы и техники. Также были

рассмотрены исследования, посвященные проблеме эмоционального выгорания педагогических работников и возможным факторам риска, к которым, в частности, относится личностная тревожность.

Анализ нормативных документов и литературы показал, что, несмотря на значимость проблемы стресса и выгорания в педагогической среде, на данный момент не существуют стандартизированных способов профилактики данных состояний. Проблема поиска простых и эффективных инструментов снижения тревожности педагогов остаётся актуальной.

Анализ зарубежных авторов показал, что наиболее эффективным нефармакологическим методом снижения тревоги можно считать когнитивно-поведенческую терапию. Соответственно, были изучены техники и алгоритмы работы с тревожностью в рамках данного подхода.

Проанализировав различные инструменты когнитивно-поведенческой терапии, мы пришли к выводу, что для снижения тревожности педагогов на базе образовательного учреждения наиболее эффективным может быть рационально-эмотивная поведенческая терапия А. Эллиса, поскольку данный вид терапии является краткосрочным (в некоторых случаях результат достижим за 1 – 2 сессии), подходит для работы с большим спектром запросов, как клинического, так и неклинического свойства, предполагает работу с внутренним отношением к стрессовым условиям и ситуациям, даёт, согласно исследованиям, стабильный результат, позволяющий перенести полученный конкретный опыт на прочие жизненные ситуации. Кроме того, рационально-эмотивная поведенческая терапия имеет более простую и понятную конструкцию, которая может быть донесена до начинающих психологов при помощи чётких пошаговых инструкций. Однако, использование рационально-эмотивной поведенческой терапии как основы не исключает внедрения других консультативных инструментов.

Полученные результаты позволяют качественно спланировать практическую часть исследования.

Глава 2 Эмпирическое исследование по коррекции тревожности личности педагогов посредством методов когнитивно-поведенческой терапии

2.1 Описание структуры выборки и методов исследования

Исследование проводилось на базе государственного бюджетного образовательного учреждения «Школа 1584», расположенного по адресу Московская область, город Москва, улица Рублёвское шоссе, дом 24, корпус 4. В исследовании принимали участие педагоги образовательной организации.

Исследование проводилось в рамках должностных обязанностей педагога-психолога образовательной организации, включающих психологическую поддержку и психологическое консультирование педагогических работников.

Общая выборка респондентов, задействованных в констатирующем эксперименте, составила 40 женщин в возрасте от 28 до 44 лет.

Экспериментальная группа состояла из 20 женщин от 28 до 44 лет.

Выборка на 100% представлена лицами женского пола. Все респонденты имеют одинаковый возрастной диапазон (от 28 до 44 лет) по классификации ВОЗ, из них 10% респондентов в возрасте от 28 до 30 лет, 15% респондентов от 35 до 40 лет, 75% респондентов от 41 до 44 лет. Средний возраст участников – 40,8 лет. Все участники исследования имеют высшее образование, являются гражданами РФ, работают педагогами. Все участники состоят в браке, из них 38 человек (95%) имеют детей. Стаж педагогической работы варьируется в диапазоне от 2 до 20 лет: 4 участника (10%) имеют стаж от 2 до 5 лет, 4 участника (10%) имеют стаж от 5 до 10 лет, 32 участника (75%) имеют стаж от 10 до 20 лет. Характеристики выборки представлены на рисунке 5.



Рисунок 5 – Характеристики выборки

Участие в эксперименте было добровольным и обосновано желанием респондентов снизить ситуативную тревогу и (или) личностную тревогу, ассоциированную с различными рабочими, семейными и иными волнующими респондентов ситуациями. Несмотря на то, что педагог – это социально значимая профессия, современные учителя сталкиваются с большим количеством сложностей и проблемных ситуаций, которые вызывают значительное эмоциональное напряжение. Кроме того, работа с людьми также является фактором повышенной эмоциональной нагрузки. Таким образом, проблема снижения как личностной, так и ситуативной тревоги актуальна для учителей данного учебного заведения. Все участники исследования дали согласие на использование полученных в результате эксперимента данных анонимно или в зашифрованном виде.

Подготовка к исследованию проходила в несколько этапов. На первом этапе была подобрана литература, изучены необходимые теоретические материалы, а также мнение ученых по теме исследования. Далее были

выделены цель исследования, объект и предмет, поставлены задачи и сформулирована гипотеза, которую необходимо доказать эмпирическим путем. Вторым шагом исследования был подбор диагностических методик, а также составление программы исследования. Следующим шагом было применение выбранных методик на практике и анализ полученных результатов.

Эмпирическое исследование проводилось в несколько этапов:

- установка гипотезы, определение цели, задач и примерного плана исследования;
- подготовка выборки исследования;
- подготовка релевантных методов исследования, отвечающим целям и задачам исследования;
- проведение констатирующего эксперимента, направленного на выявление респондентов с повышенным уровнем тревожности;
- количественный и качественный анализ полученных эмпирических данных с использованием статистических инструментов (программа StatTech v. 4.6.1 (разработчик ООО "Статтех", Россия));
- отбор экспериментальной группы в соответствии с целями эксперимента и результатами первичной диагностики;
- формирующий эксперимент, направленный на снижение тревожности исследуемых при помощи техник когнитивно-поведенческой терапии;
- контрольный эксперимент, направленный на анализ эффективности техник воздействия, которые были использованы в рамках формирующего эксперимента;
- количественный и качественный анализ данных, полученных в рамках констатирующего и контрольного экспериментов при помощи статистических инструментов (программа StatTech v. 4.6.1 (разработчик ООО "Статтех", Россия));
- подведение итогов, составление выводов и заключения.

Эмпирические задачи, поставленные в исследовании:

- выявить людей с выраженной личностной тревожностью;
- разработать программу консультаций по снижению тревожности при помощи методов когнитивно-поведенческой терапии;
- провести анализ эффективности техник когнитивно-поведенческой терапии для снижения тревожности;
- провести корреляционный анализ полученных результатов и сделать вывод об эффективности применения техник когнитивно-поведенческой терапии для снижения тревожности.

В рамках констатирующего эксперимента использовались следующие методики фронтально:

- шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера - Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) [2];
- личностная шкала проявлений тревожности (Manifest Anxiety Scale, MAS) Дж. Тейлор [29];
- анкета Ронгинской Т. И. «Причины тревожности современного учителя» в авторской адаптации [42, 55];
- диагностика иррациональных установок А. Эллиса (Survey of Personal Beliefs, SPB) [16].

Описание методик.

Опросник для оценки личностной тревоги был разработан американским ученым Ч. Спилбергером и адаптирован Ю. Ханиным. Данная методика измеряет уровень ситуативной (реактивной) и личностной тревожности.

Ситуативная тревожность – это реакция человека на стрессовые ситуации и внешние обстоятельства. Она может проявляться рядом физиологических признаков. Личностная тревожность формируется в результате комплексного воздействия многих факторов, в том числе модели воспитания, типа нервной системы и других. Ситуативная и личностная тревожность взаимосвязаны: люди с высоким уровнем личностной тревожности имеют высокие показатели ситуативной тревожности [2].

Шкала проявлений личностной тревожности опубликована Дж. Тейлор в 1953 году. Она предназначена для выявления лиц с хроническими проявлениями тревожности. Используется вариант в адаптации Т.А. Немчинова, который дополнен шкалой лжи и позволяет получить более точный результат. Методика состоит из 50 вопросов, на которые требуются ответы «да» или «нет». Сначала следует посчитать баллы по шкале лжи и, если балл не превышает 6, то можно считать ответы испытуемого искренними [29].

Анкета в авторской адаптации «Причины тревожности современного учителя» основана на исследованиях таких зарубежных учёных как Ронгинская Т. И. (2002), Ядгарова Н. К., Турсынбаев А. (2011), которые занимались изучением факторов, провоцирующих стресс и тревожность у педагогов [42, 55]. В данной методике учителям предлагаются 12 факторов школьной жизни, ассоциированных с возможным психическим напряжением. Каждый фактор должен быть оценен по степени значимости по шкале от 1 до 5, где 1 – «не тревожит», 2 – «тревожит редко», 3 – «тревожит иногда», 4 – «тревожит часто», 5 – «тревожит постоянно». С бланком анкеты можно ознакомиться в Приложении А.

Диагностика иррациональных установок А. Эллиса представляет собой опросник из 50 утверждений, к которым респонденты должны выразить своё отношение при помощи соответствующих оценок. Тест может использоваться как показатель наличия или отсутствия иррациональных убеждений, ведущих к эмоциональному напряжению. В частности, А. Эллис предлагает делить респондентов на 3 основных категории: тех, у кого отсутствуют иррациональные убеждения, тех, у кого присутствуют средне выраженные иррациональные установки, и тех, у кого присутствуют ярко выраженные иррациональные установки. Соответственно, чем больше иррациональных установок и выше степень убежденности человека, тем выше вероятность развития стрессовых реакций, в том числе тревоги и (или) тревожности. Также данный тест может быть использован в индивидуальной диагностике, поскольку помогает выявить типы иррациональных убеждений

(долженствование, катастрофизация, глобальная оценка, низкая толерантность к фрустрации) [16].

Результаты исследования по методике Спилбергера – Ханина представлены на рисунке 6 и в Приложении Б.

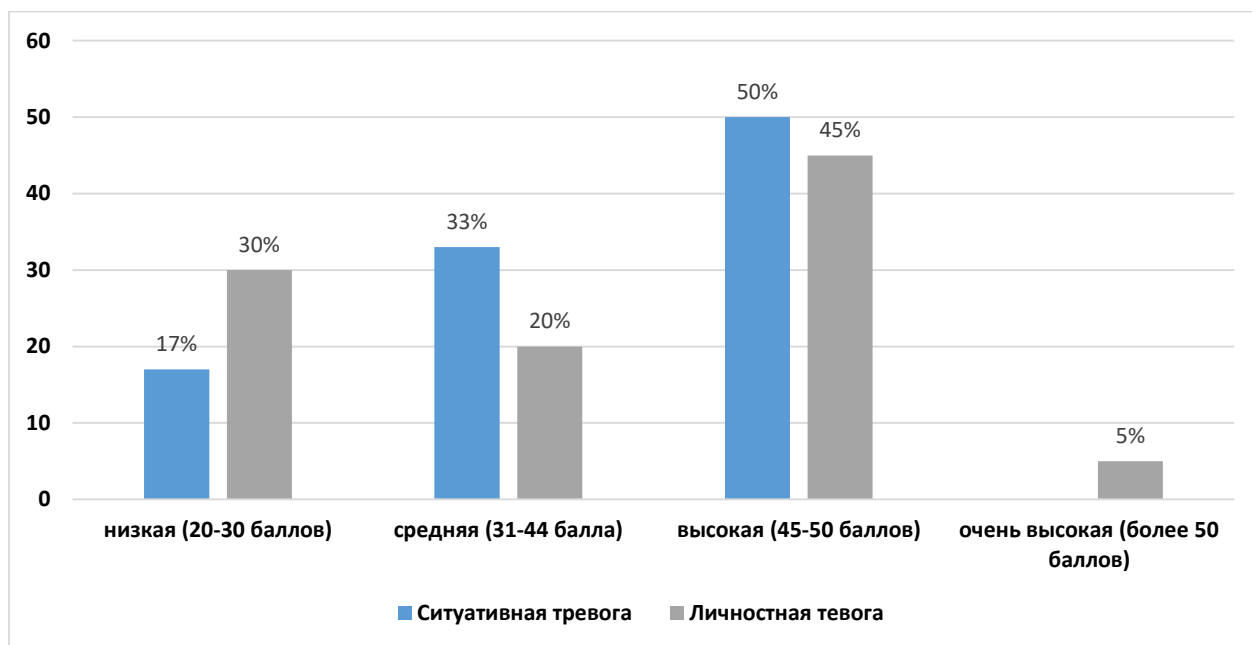


Рисунок 6 – Процентное соотношение респондентов с ситуативной и личностной тревогой

Количественный анализ полученных данных показал, что 50% респондентов (20 человек) имеют высокий уровень ситуативной тревоги, 45% респондентов (18 человек) и 5% респондентов (2 человека) имеют высокий и очень высокий уровень личностной тревожности соответственно.

Низкий уровень ситуативной тревоги продемонстрировали 17% респондентов (7 человек), низкий уровень личностной тревоги продемонстрировали 30% участников (12 человек).

Достаточно высокий процент участников с высокой тревожностью можно объяснить спецификой профессиональной деятельности испытуемых. Современные педагоги сталкиваются с большим количеством стрессогенных факторов, среди которых можно назвать многозадачность, высокий уровень

ответственности, высокий уровень общественного давления, постоянные изменения образовательных стандартов и многие другие.

Средние арифметические значения по шкалам представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Средние арифметические значения по результатам первичной диагностики Спилбергера – Ханина

Диагностическая шкала	Среднее арифметическое значение	Интерпретация
Личностная тревожность	44, 65	Высокий уровень
Ситуативная тревога	43, 80	Умеренный уровень

Средний арифметический балл по итогам первичной диагностики соответствует 44,65 для личностной тревоги и 43,80 для ситуативной тревоги, что в целом говорит о наличии повышенной тревожности среди педагогов.

Качественный анализ результатов диагностики показал, что респонденты, обладающие высоким уровнем личностной тревожности, также продемонстрировали высокий уровень ситуативной тревоги, что полностью соответствует данным, полученным во время подготовки теоретической базы исследования.

Следующим этапом проводилось измерение проявлений тревожности при помощи шкалы Дж. Тейлор в той же группе. Данная методика была использована для подтверждения результатов первой: респонденты с личностной тревожностью должны были отметить у себя соответствующие физиологические и эмоциональные проявления, указанные в методике. Результаты представлены на рисунке 7 и в Приложении Б.



Рисунок 7 – Процентное соотношение респондентов с выявленным уровнем тревожности по шкале Дж. Тейлор

Количественный анализ данных, представленных на рисунке 6, показывает, что 17 испытуемых набрали от 20 до 40 баллов и продемонстрировали высокий уровень тревожности (42% испытуемых). Низкий уровень (0 – 5 баллов) тревожности был отмечен у 25% респондентов (10 человек), средний уровень показали 20% участников (8 человек), набрав от 5 до 15 баллов, средний с тенденцией к повышению (15 – 25 баллов) – 10% участников (4 человека). Очень высокий уровень тревожности (40 – 50 баллов) продемонстрировал 1 человек, что составляет 3% от общего числа респондентов.

Среднее арифметическое значение по результатам первичной диагностики Дж. Тейлор равняется значению 25,70, что соответствует высокому уровню личностной тревоги, что указано в таблице 3.

Таблица 3 – Средние арифметические значения по результатам первичной диагностики по методикам Спилбергера – Ханина и Дж. Тейлор

Диагностическая шкала	Среднее арифметическое значение	Интерпретация
Личностная тревога (Спилбергер – Ханин)	44,65	Высокий уровень
Ситуативная тревога (Спилбергер – Ханин)	43,80	Умеренный уровень
Личностная тревога (Дж. Тейлор)	25,6	Высокий уровень

Качественный анализ показал, что высокий уровень тревожности по методике Спилбергера – Ханина и тревожные проявления свойственны одним и тем же испытуемым, что говорит о достоверности полученных данных.

Результаты анкеты «Причины тревожности современного учителя» представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Результаты анкеты «Причины тревожности современного учителя»

Фактор	1 Не тревожит	2 Тревожит редко	3 Тревожит иногда	4 Тревожит часто	5 Тревожит постоянно
Уровень оплаты труда	4 (10%)	4 (10%)	20 (50%)	10 (25%)	2 (5%)
Дидактическое оснащение школы	17 (42%)	10 (25%)	13 (33%)	0	0
Учебная дисциплина на уроках	7 (17%)	12 (30%)	20 (50%)	1 (3%)	0
Количественный состав школьных классов	13 (33%)	15 (37%)	6 (15%)	6 (15%)	0
Необходимость постоянного профессионального развития	10 (25%)	10 (25%)	8 (20%)	6 (15%)	0

Продолжение таблицы 4

Фактор	1 Не тревожит	2 Тревожит редко	3 Тревожит иногда	4 Тревожит часто	5 Тревожит постоянно
Объём школьных программ	13 (33%)	10 (25%)	5 (12%)	10 (25%)	2 (5%)
Престиж профессии	4 (10%)	6 (15%)	8 (20%)	16 (40%)	6 (15%)
Коммуникация с родителями учащихся	0	3 (8%)	12 (30%)	20 (50%)	5 (12%)
Внедрение цифровых технологий	0	4 (10%)	7 (17%)	25 (63%)	4 (10%)
Количество рабочей нагрузки	0	2 (5%)	12 (30%)	8 (20%)	18 (45%)
Взаимоотношения с администрацией учреждения	0	6 (15%)	20 (50%)	14 (35%)	0
Ответственность за жизнь и здоровье учащихся	0	0	30 (75%)	10 (25%)	0

Большая часть педагогов (50%) периодически беспокоится об уровне оплаты труда, в то время как дидактическое оснащение школы тревожит учителей меньше, большая часть (42%) выбрала вариант ответа «не тревожит». Большая часть педагогов (50%) периодически испытывает беспокойство по поводу поведения учеников на занятиях. Количественный состав классов не беспокоит учителей либо беспокоит редко (70% суммарно), 50% педагогов не тревожатся о необходимости профессионального развития. Объем школьной программы не тревожит 33% педагогов, остальная часть испытывает тревогу разной степени интенсивности. Престиж профессии выраженно беспокоит 55% учителей (40% часто и 15% постоянно). Коммуникации с родителями беспокоят 62% учителей (50% часто и 12% постоянно). Внедрение цифровых технологий беспокоит 63% педагогов (63% часто и 10% постоянно). Количество рабочей нагрузки тревожит 65% учителей (20% часто и 45% постоянно). Взаимоотношения с администрацией

учреждения периодически тревожат 50% педагогических работников и часто тревожат 35% учителей. Необходимость нести ответственность за жизнь и здоровье обучающихся периодически беспокоит 75% преподавателей.

Следующим шагом исследования был проведён тест ограничивающих убеждений Эллиса, результаты которого представлены в Приложении Б и на рисунке 8.



Рисунок 8 – Процентное соотношение респондентов с выявленным параметром по SPB

Большая часть опрошенных (44%) продемонстрировала наличие ярко выраженных иррациональных установок, что по мнению А. Эллиса должно коррелироваться с высоким уровнем тревоги и тревожности. У 23% респондентов иррациональные установки выражены со средней интенсивностью. У 33% участников диагностики иррациональные убеждения отсутствуют.

На основании полученных данных был проведён корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена, результаты которого представлены на рисунке 9.

Корреляции между данными первичной диагностики					
			STAI_личностная тревога	STAI_ситуативная тревога	MAS_личностная тревога
	Наличие когнитивных искажений по Эллису (SPB)	r	-,814**	-,788**	-,794**
		p	0,000	0,000	0,000
	Оплата труда учителя	r	-0,080	-0,150	0,005
		p	0,622	0,357	0,978
	Оснащение школы	r	0,081	-0,008	0,205
		p	0,618	0,962	0,204
	Учебная дисциплина	r	0,029	0,038	0,010
		p	0,861	0,816	0,950
	Количество учеников в классе	r	0,003	0,041	0,000
		p	0,983	0,802	0,999
	Необходимость постоянного развития	r	-0,031	-0,039	-0,112
		p	0,849	0,813	0,493
	Объем учебной программы	r	,518**	,612**	,569**
		p	0,001	0,000	0,000
	Престиж профессии	r	-0,016	0,077	0,107
		p	0,920	0,636	0,513
	Коммуникация с родителями	r	-0,180	-0,086	-0,224
		p	0,267	0,598	0,164
	Цифровые технологии	r	-0,159	-0,039	-0,196
		p	0,327	0,810	0,226
	Рабочая нагрузка	r	-,364*	-0,255	-,373*
		p	0,021	0,113	0,018
	Отношения с администрацией	r	-,354*	-0,168	-,350*
		p	0,025	0,300	0,027
	Ответственность за жизнь и здоровье учеников	r	-0,173	-0,223	-0,088
		p	0,285	0,166	0,591

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Рисунок 9 – Корреляции между данными первичной диагностики

Из результатов корреляционного анализа следует, что присутствует достоверная обратная связь между личностной тревогой по методике Спилбергера – Ханина и наличием иррациональных убеждений по методике Эллиса, $r = -0,814$, $p = 0,000$ при $r > -0,70 \leq -1,00$, $p \leq 0,001$. Шкала измерений в методике Эллиса является обратной, соответственно корреляционную связь трактуем как сильную положительную, то есть, чем больше иррациональных установок, тем выше личностная тревожность, и наоборот. Также обнаружена связь между ситуативной тревогой по методике Спилбергера – Ханина и наличием иррациональных убеждений, $r = -0,788$, $p = 0,000$ при $r > -0,70 \leq -1,00$, $p \leq 0,001$. Связь трактуем как сильную прямую, то есть, чем ярче выражены

иррациональные убеждения, тем выше ситуативная тревога, и наоборот. Выявлена связь между тревогой по методике Дж. Тейлор и наличием иррациональных убеждений, $r = -0,794$, $p = 0,000$ при $r > -0,70 \leq -1,00$, $p \leq 0,001$. Связь трактуется как сильная прямая. Чем ярче выражены иррациональные убеждения, тем ниже уровень тревоги.

Выявлена также умеренная положительная связь между уровнем тревоги и объемом школьной программы. Личностная тревога по методике Спилбергера – Ханина ($r = 0,518$, $p = 0,001$ при $r < 0,30 \leq 0,69$) коррелирует с объемом школьной программы таким образом, что, чем больше объем школьной программы, тем выше уровень тревожности у педагогов. Ситуативная тревога по методике Спилбергера – Ханина ($r = 0,612$, $p = 0,000$ при $r < 0,30 \leq 0,69$) коррелирует с объемом школьной программы. Связь является положительной, то есть увеличение объема школьной программы коррелирует с повышением ситуативной тревоги. Личностная тревога по методике Дж. Тейлор коррелирует ($r = 0,569$, $p = 0,000$ при $r < 0,30 \leq 0,69$) с объемом рабочей нагрузки. Связь также умеренная прямая. Из данной связи следует, что, чем выше объем школьной программы, тем выше как личностная тревожность, так и ситуативная тревога у педагогов.

Выявлены также слабые отрицательные связи между рабочей нагрузкой и личностной тревогой, а также между отношениями с администрацией и личностной тревогой. Достоверная трактовка данных связей затруднена, тем не менее отметим, что для данной выборки данные факторы являются статистически значимыми.

На основании полученных результатов, был произведён отбор респондентов в экспериментальную группу ($n=20$) для участия в формирующем эксперименте, направленном на снижение тревожности. В группу попали 20 респондентов с высоким и очень высоким уровнем личностной тревоги по методике Спилбергера – Ханина.

2.2 Описание хода исследования и полученных результатов

Вторым этапом эмпирического исследования был проведен формирующий эксперимент, основной задачей которого было применить методы когнитивно-поведенческой терапии на практике, в рамках консультативной деятельности, направленной на снижение тревожности. В рамках констатирующего эксперимента были выявлены респонденты, имеющие высокий уровень и очень высокий уровень тревожности. Таким образом, из общей выборки в количестве 40 человек, были отобраны 20 человек для участия во втором этапе исследования. Таким образом экспериментальная группа составила 20 человек женского пола в возрасте от 28 до 44 лет с высоким и очень высоким уровнем личностной тревоги по методике Спилбергера – Ханина.

Консультации проводились при помощи рационально эмотивной поведенческой терапии А. Эллиса, которая относится к когнитивно-поведенческому направлению. Предпочтение данному подходу было отдано по следующим причинам:

- протокол работы с различными тревожными состояниями, независимо от их этимологии, является достаточно универсальным и структурированным;
- рационально-эмотивная поведенческая терапия относится к краткосрочным подходам и в некоторых случаях достаточно 1 – 3 консультаций для достижения измеримого эффекта;
- рационально-эмотивная поведенческая терапия предполагает опору на самостоятельную работу клиента, в частности, при помощи домашних заданий, что существенно сокращает временные затраты консультанта;
- рационально-эмотивная поведенческая терапия может использоваться как в качестве консультативного подхода, так и в качестве терапевтического подхода;

- рационально-эмотивная поведенческая терапия даёт возможность работы с широким спектром запросов;
- использование рационально-эмотивная поведенческая терапия во всех случаях предполагает опору на ABC-схему и работу с когнитивными убеждениями клиента;
- методы рационально-эмотивная поведенческая терапия наиболее эффективно зарекомендовали себя при работе с клиентами, имеющими высшее образование [38, 50, 51, 52, 58].

Указанные характеристики подхода дают возможность описать несколько стандартных кейсов консультирования, не описывая все кейсы, имевшие место на этапе формирующего эксперимента. Во всех случаях структура первичной консультации выглядит примерно одинаково (рисунок 10).

Структура последующих сессий выглядит также, но без этапа «Знакомство». Несмотря на чёткость схемы, она также может быть достаточно гибкой и подстраиваться под цели каждой конкретной консультации.

Если рассматривать общую стратегию консультанта или программу коррекционного курса, согласно которой он должен выстроить все сессии, то она предполагает наличие определенных этапов.

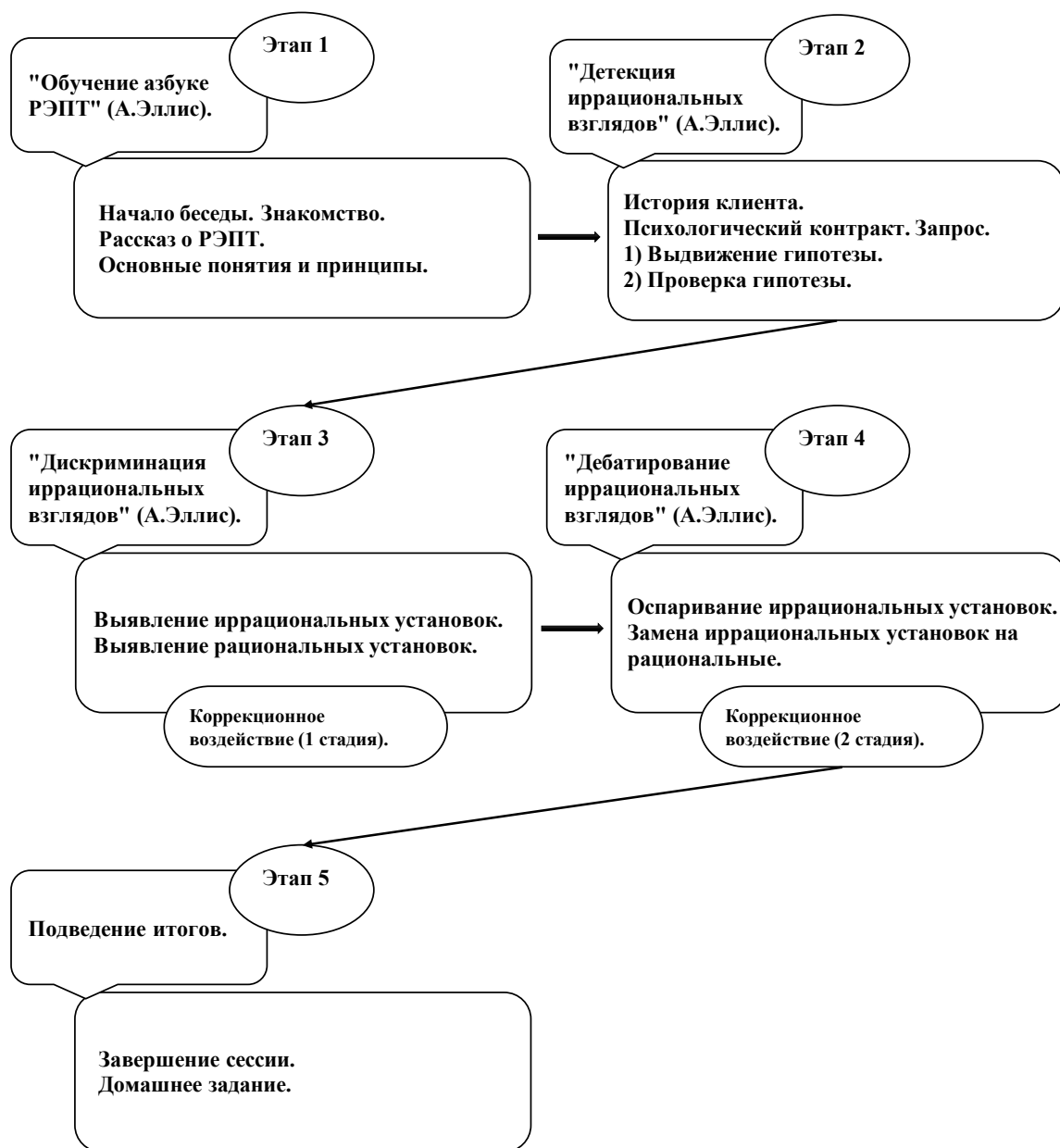


Рисунок 10 – Структура первичной консультации по А. Эллису

На первом этапе консультант должен определиться с основной задачей, которую он должен решить в процессе. Для этого ему необходимо собрать информацию о клиенте и выявить, в чём заключается трудность или проблема последнего. На этом этапе консультант должен найти ответы на три вопроса. Во-первых, действительно ли клиенту требуется помощь? Во-вторых, какая именно помощь ему требуется (возможно, речь идет о соматической проблеме,

которая требует вмешательства специалистов медицинского профиля)? В-третьих, рационально ли пытаться решить предлагаемую проблему при помощи когнитивно-поведенческой терапии?

Запрос клиента должен быть зафиксирован письменно, поскольку он не только является ориентиром в работе консультанта, но и является также мерилom эффективности терапии. Устранение проблемы – это показатель верно проделанной работы.

На втором этапе консультант запрашивает наиболее яркие примеры, иллюстрирующие проблему клиента. Здесь консультант составляет схему ABC и обращает внимание на то, какие вторичные цепочки убеждений зарождаются из данной схемы. Например, клиент провалил важный проект (А), решил, что он ни на что не годится (В), разозлился на себя (С – эмоциональная реакция), накричал на подчиненного (С – поведенческая реакция). Данная цепочка ABC запустила новую цепь, которую можно условно обозначить как $A_1B_1C_1$. В новой цепи A_1 – конфликт с подчиненным, B_1 – «я плохой руководитель», C_1 – тревога. При обнаружении вторичной или мета-проблемы следует обсудить, с чего следует начать работу. В данном исследовании мы условно делили выявленные убеждения на вторичные и базовые (глубинные), начинали работу с вторичных установок, переходя к базовым. Но порядок может быть изменён, если того требует логика кейса. Последствия могут быть эмоциональными, поведенческими, физиологическими (вегетативными), когнитивными. В некоторых случаях клиентам требуется помощь в описании испытываемых последствий из-за низкого уровня рефлексии и отсутствия привычки к анализу собственных мыслей и ощущений.

На третьем этапе консультант должен постараться понять те ключевые моменты в А (активирующем событии), которые вызывают к жизни В (иррациональные установки). Трудность заключается в том, что требуется отделить факты от субъективной оценки этого факта клиентом. Здесь консультант может столкнуться как с излишней детализацией, так и с

недостатком информации. В первом случае следует возвращать клиента к сути проблемы, во втором случае нужны уточняющие вопросы.

На четвертом этапе следует сформулировать цель работы, которая должна обозначить результат, который должен достигнуть клиент. Здесь сложность может заключаться в том, что клиент имеет нереалистичные ожидания. В частности, клиент желает изменить не себя, а само событие, которое провоцирует негативные эмоции (А), либо хочет изменить негативные последствия на позитивные (С) при невозможности изменения ситуации (например, хочет оставаться абсолютно спокойным при конфликте с руководителем). На данном этапе консультант стремится к максимальной реалистичности цели, помогая клиенту увидеть ошибочность притязаний.

На пятом этапе консультант знакомит клиента с постулатами рационально-эмотивной поведенческой терапии. Большинство клиентов склонно считать, что последствия (С) происходят по вине события (А), но они совершенно упускают роль собственных когниций (В). Задача терапевта помочь клиенту увидеть эту связь и познакомить его с философией подхода. Здесь может помочь вопрос, все ли люди одинаково реагируют в одной и той же ситуации. Если клиент согласен, что не все, то логичен следующий вопрос, в чём та разница между людьми, которая способствует формированию различных эмоциональных и поведенческих реакций. Консультант также объяснить, что в одной и той же ситуации возможна как рациональная реакция, так и иррациональная. Рациональная реакция является здоровой и адекватной, иррациональная мешает человеку жить и реализовывать свой потенциал.

На шестом этапе происходит работа с когнициями клиента. Выявленные когниции делятся на оценочные (рациональные и иррациональные) и безоценочные (факты). Для выявления рациональных и иррациональных суждений существуют четыре критерия: истинность суждения (есть или отсутствуют доказательства в пользу суждения), степень обязательства реализации суждения, сила испытываемых эмоций, свобода выбора. Таким

образом, рациональное суждение верно отражает реальное положение вещей, выражает стремление, но не долженствование («я хотел бы» вместо «я обязан»), сопровождается умеренными адекватными эмоциями, оставляет за личностью определенную свободу действий и выбора. На этом этапе обычно используется опрос клиента с опорой на его самонаблюдение. Если клиент не может вспомнить, что думал в момент активирующей ситуации (А), можно привлечь метод экспозиции, попросив представить ситуацию и пережить её заново [38, 50, 51, 52, 58].

А. Эллис выделил одиннадцать типов иррациональных идей. Иррациональное суждение искажает реальность, выражает долженствование, императив, жёсткое требование, провоцирует выраженные длительные негативные переживания, ограничивает гибкость человека и его свободу в действиях. На данный момент в рационально-эмотивной поведенческой терапии используется классификация из четырёх типов базовых (английский «core irrational beliefs») установок (английский «core irrational beliefs»): долженствования, катастрофизация, низкая толерантность к фрустрации, глобальная оценка [38, 50, 51, 52, 58].

Долженствования – жёсткие требования к себе, миру, другим людям, выраженные словами «должен», «обязан», «необходимо» и другими.

Катастрофизация – крайне негативные предсказания и ожидания, выраженные словами «невыносимо», «ужасно», «катастрофа» и другими.

Низкая толерантность к фрустрации – это установки, выражающие крайнее нежелание сталкиваться с дискомфортом, неприятными переживаниями. Вербальные маркеры таких установок могут быть «я не вынесу», «я не справлюсь» и другие подобные выражения.

Глобальная оценка или свехобобщение – это негативные идеи, выражающие критику себя (например, «я всегда веду себя глупо», «я вечно делаю всё не так»), других людей (например, «мой начальник – плохой человек, потому что разговаривал со мной резко»), мира (например, «все богатые люди – мошенники и воры», «в этом мире невозможно ничего

добиться без связей»). Вербальными маркерами таких идей могут быть слова «все», «никто», «никогда», «всегда» и другие [38, 50, 51, 52, 58]. Ошибка суждения здесь заключается в переносе частного на общее. Например, женщине изменил муж, её глобальная оценка «все мужчины изменяют своим женам».

На седьмом этапе программы коррекционного курса происходит оспаривание иррациональных идей при помощи когнитивных, образных или поведенческих техник. Когнитивные техники предполагают использование вопросов различной направленности. Например, для проверки достоверности утверждения можно спросить: «Какие доказательства говорят в пользу данной идеи, а какие против?», «Как можно логически обосновать эту идею?», «Верна ли эта идея в абсолютном большинстве случаев?» и прочее. Стил ь ведения дискуссии зависит от особенностей клиента и может быть сократическим (приёмы логического оспаривания, опора на рациональное мышление и логику), дидактическим (приёмы донесения информации через беседу, инфографику, отсылки на научные исследования), метафорическим (опора на образное мышление, ассоциации и метафоры) и юмористическим (опора на юмор). Образные техники – это преимущественно метод экспозиции, предполагающий переживание некой ситуации в воображении снова и снова до снижения или устранения негативных эмоциональных проявлений. Поведенческие техники обычно предполагают изменение нежелательного поведения на противоположное при помощи методов «наводнения», «десенсибилизации», тренинга ассертивного поведения.

Последний восьмой этап в программе – это закрепление изменений и профилактика возможных трудностей. Клиент предупреждается о том, что все полученные во время консультаций знания и навыки нуждаются в постоянном закреплении, то есть необходимо продолжать самостоятельную работу [38, 50, 51, 52, 58].

Программа консультирования, описанная выше, является универсальной для большинства различных запросов и в сжатом виде представлена в таблице 5.

Таблица 5 – Краткая программа консультирования

Этап программы	Общее содержание	Методы
1	Сбор информации о клиенте. Знакомство с проблемой. Формирование запроса.	Опрос, беседа, интервью, анкетирование.
2	Построение гипотезы и проверка гипотезы. Знакомство с убеждениями клиента при помощи конкретных примеров. Составление схемы АВС, выявление базовых и вторичных иррациональных установок. Определение направления коррекционного воздействия.	Опрос, беседа, психологическое интервью, активное слушание.
3	Выявление установок клиента. Сепарация фактов от субъективного восприятия клиента.	Беседа, приёмы активного слушания (перефразирование, уточнение, резюмирование, отражение чувств и другие).
4	Формирование цели консультирования и составление плана интервенций. Подбор наиболее подходящих методов воздействия. Выбор стиля дискуссии.	
5	Знакомство клиента с принципами терапии.	Беседа, методы донесения информации.
6	Категоризация установок клиента, разделение на рациональные и иррациональные. Выявление когнитивных искажений.	Опрос, беседа.
7	Коррекционное воздействие. Оспаривание иррациональных идей.	Когнитивные техники (дебатирование, диспут), образные техники (экспозиция), поведенческие техники (наводнение, десенсибилизация, тренинг ассертивного поведения).
8	Закрепление изменений. Профилактика возможных трудностей.	Дневник автоматических мыслей.

При краткосрочном консультировании или при узком конкретном запросе все этапы программы могут быть пройдены за 1 – 2 консультации с периодичностью один или два раза в неделю. Стандартное время консультирования – это астрономический час (50 – 60 минут), но, поскольку базой исследования является образовательное учреждение, то длительность консультации на всех сессиях и во всех кейсах составила 45 минут (длительность одного школьного урока), что позволило проводить консультации педагогов во время «окон», то есть свободных уроков. Тем не менее, длительность и периодичность консультаций, как правило, зависит от запроса и проблемы консультируемого.

Кейс №1.

Анна Т. (имя изменено). Женщина, 39 лет. Замужем, есть сын.

Консультация №1.

Первый этап консультирования – «обучение азбуке терапии». Знакомство с основными понятиями и принципами консультирования (автоматические мысли, ABC-схема и другими).

Второй этап консультирования – «детекция иррациональных установок».

Анна работает учителем начальных классов. Она из семьи преподавателей. Мама и бабушка также, как и Анна, педагоги. Отец пропал без вести в 90-е годы, когда Анна была еще ребенком. Сын Анны учится в той же школе, в которой она работает. Анна испытывает постоянную тревогу из-за успеваемости сына. Она считает, что сын «обязан учиться хорошо». Когда сын получает оценки ниже ожидаемых, Анна очень переживает, злится, ругает сына. Потом ей стыдно, она долго не может уснуть, либо спит плохо. ABC – схема клиента представлена на рисунке 11.

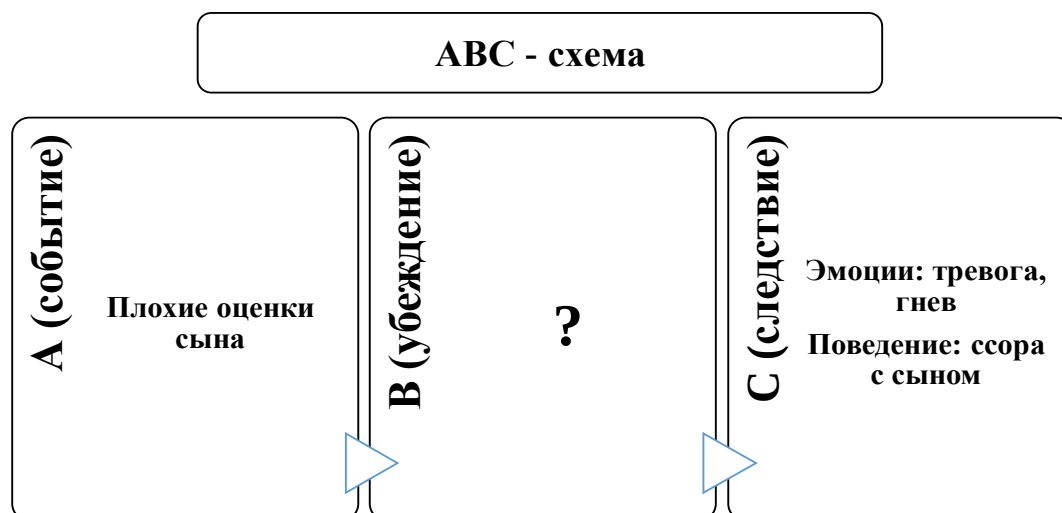


Рисунок 11 – ABC-схема клиента до начала коррекционной работы

С точки зрения Анны, негативные эмоции и тревога связаны с успеваемостью сына, то есть событие (переменная А) запускает некую реакцию (переменная С), при этом роль установок и сами установки по поводу события (переменная В) не осознаются клиентом. Запрос Анны – помочь ей переосмыслить ситуацию и справиться с тревогой.

Гипотеза – Анна предъявляет завышенные требования к сыну, поскольку боится общественного осуждения, считая, что хорошая мать, к тому же педагог, должна иметь идеального ребенка, который обязан всегда быть на высоте.

Проверка гипотезы происходила при помощи конкретных примеров из жизни клиента. В ответ на просьбу дать конкретные примеры, относящиеся к ситуации, Анна рассказала несколько случаев, которые в целом подтвердили гипотезу.

Третий этап консультирования – «дискриминация иррациональных взглядов». Данный этап является началом коррекционного воздействия и предполагает выявление иррациональных и рациональных установок клиента. У клиента были выявлены иррациональные установки первого, второго и третьего порядка. Первичные установки относятся к первому блоку

иррациональных убеждений «требования к себе», вторичные установки относятся ко второму блоку иррациональных убеждений «требования к другим людям» (рисунок 2), установки третьего порядка относятся к самой тревоге, то есть то, что А. Эллис называл «тревога из-за тревоги». Иррациональные установки Анны представлены на рисунке 12.

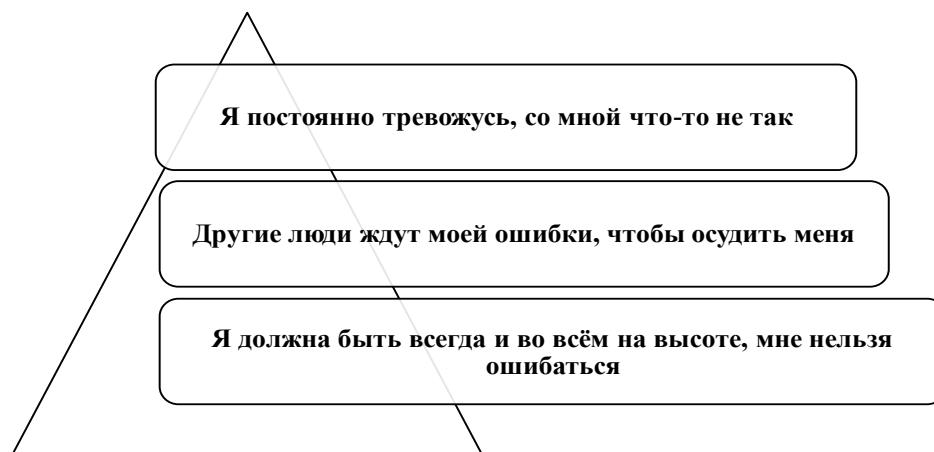


Рисунок 12 – Иррациональные убеждения Анны

Таким образом, переводя иррациональные убеждения Анны на язык терапии, получаем три иррациональных долженствования: «я постоянно тревожусь, со мной что-то не так» – «я не должна тревожиться, я всегда должна сохранять спокойствие», «другие люди ждут моей ошибки, чтобы осудить меня» – «мне нельзя ошибаться, иначе я столкнусь с осуждением, что для меня слишком тяжело» (в этом долженствовании также присутствует элемент низкой толерантности к фрустрации), «я должна быть всегда на высоте» – снова «мне нельзя ошибаться».

Четвёртый этап консультирования – «дебатирование иррациональных взглядов». Данный этап предполагает оспаривание иррациональных убеждений и замену их на более продуктивные и рациональные. А. Эллис предлагает начинать с убеждений второго и третьего порядка, оставляя более глубинные убеждения на потом [50, 51, 52]. На этом этапе используются

дискуссионные и семантические техники, которые способны показать клиенту логические ошибки в его идеях. Для демонстрации примера оспаривания убеждений Анны приведём отрывок из протокола беседы.

Психолог: То есть, Вы постоянно тревожитесь и считаете, что с Вами что-то не так? Верно я привела Ваши слова?

Анна: Да, верно.

Психолог: Что значит «постоянно»?

Анна: Это значит всегда. Я всегда тревожусь.

Психолог: Верно ли я понимаю, что каждую минуту Вашего времени, как днём, так и ночью, Вы тревожитесь?

Анна (улыбается): Нет, не совсем так.

Психолог: Значит, иногда всё же не тревожитесь?

Анна: Да, получается так.

Психолог: В какие моменты Вы отдыхаете от тревоги?

Анна: Когда веду уроки, мне некогда тревожиться, я занята. Еще когда отдыхаю с семьей вечером или на выходных.

Психолог: Как часто вы ведете уроки и отдыхаете с семьей?

Анна (улыбается): Да, я вижу, к чему Вы клоните. Получается, довольно часто. Но и нервничаю тоже часто.

Психолог: Мы еще вернемся к этому. Я запишу сейчас Ваши слова. Итак, вы сказали, что «часто нервничаете и в то же время часто бываете свободны от тревоги».

Анна: Верно.

Психолог: Еще Вы сказали, что считаете, что с Вами «что-то не так», поскольку часто бываете встревожены.

Анна: Верно.

Психолог: Что значит «что-то не так»? Как это понять?

Анна: Не знаю... Я «неправильная» ...

Психолог: Что значит «неправильная» в этом контексте?

Анна (долго молчит): Не знаю...

Психолог: Что же тогда значит «правильная»? «Правильный человек» – это какой?

Анна: Это тот, кто всё делает правильно, так, как надо, не ошибается. Нормальный, одним словом.

Психолог: Знаете ли Вы людей, которые часто тревожатся?

Анна: Пожалуй, да. Моя бабушка – врач, она часто тревожится из-за больных. Мой папа тоже часто тревожится, он работает в МЧС, у него нервная работа.

Психолог: Следуя Вашей логике, эти люди ненормальные или «неправильные». Верно я понимаю?

Анна: Что? Нет, я совсем так не думаю.

Психолог: Вот же Ваши слова – «я постоянно тревожусь, значит, со мной что-то не так». Но мы уже выяснили, что «постоянно» – это часто, а «что-то не так» – это неправильный или не нормальный, или тот, кто ошибается.

Анна (улыбается): Нет, про других я так не думаю. Другим можно тревожиться и ошибаться.

Психолог: То есть это правило только для Вас?

Анна: Я не смотрела с этой стороны. Это действительно кажется нелепым, если так посмотреть.

Психолог: И кто же придумал это нелепое правило, которое действует только для Вас одной?

Таким образом, Анна пришла к первому психологическому инсайту, касательно оспариваемого убеждения, который заключался в том, что проблема связана не с самим событием, то есть не с фактом тревоги, а с установкой по поводу этого события, то есть страхом быть «неправильной». Из протокола также видно, что иррациональные установки не являются изолированными, они так или иначе соотносятся. Например, оспаривая убеждение третьего порядка, мы столкнулись также со страхом ошибаться, который относился к глубинным убеждениям первого порядка. Далее были

последовательно оспорены иррациональные убеждения первого и второго порядка.

Пятый этап консультирования – это завершение сессии, подведение итогов и обсуждение домашнего задания. К концу первой сессии удалось добиться того, что клиент осознал роль установок в восприятии события и формировании ответной реакции на событие. Клиент смог осознать, какое именно иррациональное убеждение вызывает тревогу и гнев в ситуации с оценками сына, дополнив ABC-схему недостающим звеном, что показано на рисунке 13.

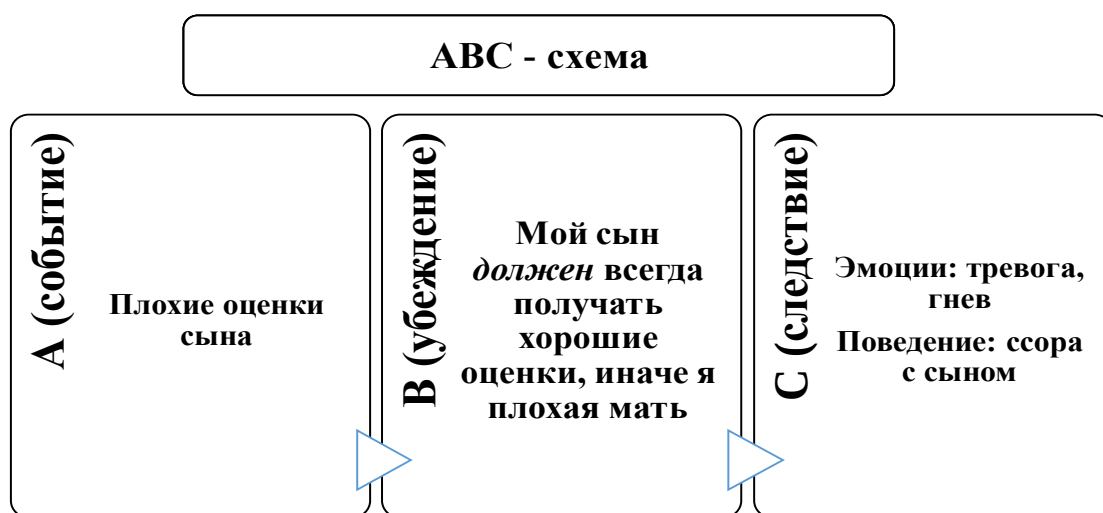


Рисунок 13 – ABC-схема клиента в конце сессии

Анне достаточно было трёх консультаций по 45 минут, на которых были разобраны все выявленные иррациональные убеждения, чтобы почувствовать снижение тревоги, касающейся успеваемости сына. Запрос был узкий и касался конкретной проблемы, поэтому решено было ограничиться проработкой релевантных установок. Для коррекции глубинных базовых убеждений соответственно потребовалось бы большее количество сессий, что не представлялось возможным, учитывая базу исследования. Общее содержание консультаций представлено в таблице 6.

Таблица 6 – Общее содержание консультаций клиента №1

Номер сессии	Краткое содержание
1	Знакомство с терапией. История клиента. Формирование запроса. Выявление иерархии убеждений при помощи сократического диалога. Использование дискуссионных техник (детекция, дебатирование, дискриминация) для преобразования общих иррациональных убеждений третьего порядка. Обучение навыкам релаксации. Выявление переменной В в тревожащей ситуации. Домашнее задание – отработка навыков релаксации.
2	Проверка домашнего задания. Использование дискуссионных техник для оспаривания выявленных на первой сессии иррациональных установок. Знакомство с техникой экспозиции. Домашнее задание – отработка навыка экспозиции при помощи воображения.
3	Проверка домашнего задания. Профилактика рецидивов. Прогнозирование будущего, обсуждение, с какими еще тревогами может столкнуться клиент, касательно разбираемой ситуации. Подведение итогов. Оценка эффективности. Домашнее задание – тренировка оспаривания иррациональных установок.

На начальном этапе первой консультации Анна субъективно оценила свою тревогу на 7 баллов, после проведённой коррекционной работы она снизила оценку до 4 баллов, что показывает, что направление работы было выбрано верное. Для закрепления нового способа мышления и продолжения работы с тревожностью были рекомендованы постоянные тренировки, в том числе в виде дневника автоматических мыслей.

Анна во время консультаций смогла осознать истоки своих иррациональных установок. В частности, часть из них были неосознанно получены от матери. В рационально-эмотивно поведенческом подходе консультант не стремится работать с прошлым опытом клиента, он нацелен на настоящее. Хотя сам факт подобного осознания был полезен, основная наша задача была не в том, чтобы исследовать негативный прошлый опыт клиента, а в том, чтобы оспорить мешающие клиенту когнитивные искажения.

Кейс №2.

Татьяна В. (имя изменено), 40 лет. Замужем, имеет двух дочерей подросткового возраста.

Консультация №1.

Первый этап консультирования – «обучение азбуке терапии». Знакомство с основными понятиями и принципами консультирования (автоматические мысли, АВС-схема и другими).

Второй этап консультирования – «детекция иррациональных установок».

Татьяна много лет испытывает проблемы со сном. Первые проблемы такого плана она связывает с внезапной гибелью первого мужа в автокатастрофе 12 лет назад. Смерть мужа стала для неё сильнейшим потрясением. Именно тогда начались первые проблемы со сном (сложности засыпания, частые пробуждения), которые Татьяна закономерно связала со стрессом. Примерно через 3 года она «полностью восстановилась морально», встретила другого мужчину, но проблемы со сном периодически случаются. Чтобы исключить заболевание, она прошла комплексное медицинское обследование. Каких-либо соматических проблем выявлено не было, невролог предположил, что проблема связана с повышенной тревожностью, назначил курс антидепрессантов. Во время фармакологической терапии сон налачился, но после окончания курса проблемы со сном снова вернулись. Невролог предложил Татьяне обратиться с данной проблемой к психологу. Татьяна к психологу идти не решалась, но в эксперименте согласилась поучаствовать.

В ходе предварительной беседы также выяснилось, что проблема обычно выглядит так: Татьяна просыпается среди ночи по какой-либо естественной причине (например, жажда), далее начинает беспокоиться, что теперь не сможет заснуть, тревога нарастает, запускается «цикл самовозбуждения» [5, 6, 25, 26, 36]. В результате Татьяна действительно не засыпает, либо засыпает через достаточно продолжительное время (1,5 – 2 часа). Если же Татьяна не просыпается ночью, то, как правило, спит до утра и высыпается. Татьяна испытывает значительное напряжение из-за такого рода

проблем, поскольку в течение дня фокусируется на любых особенностях внешней и внутренней ситуации, которые могут, с её точки зрения, сказаться на качестве сна. Также она обеспокоена состоянием собственного здоровья. Татьяна считает, недосып существенно подрывает её здоровье. ABC-схема клиента представлена на рисунке 14.

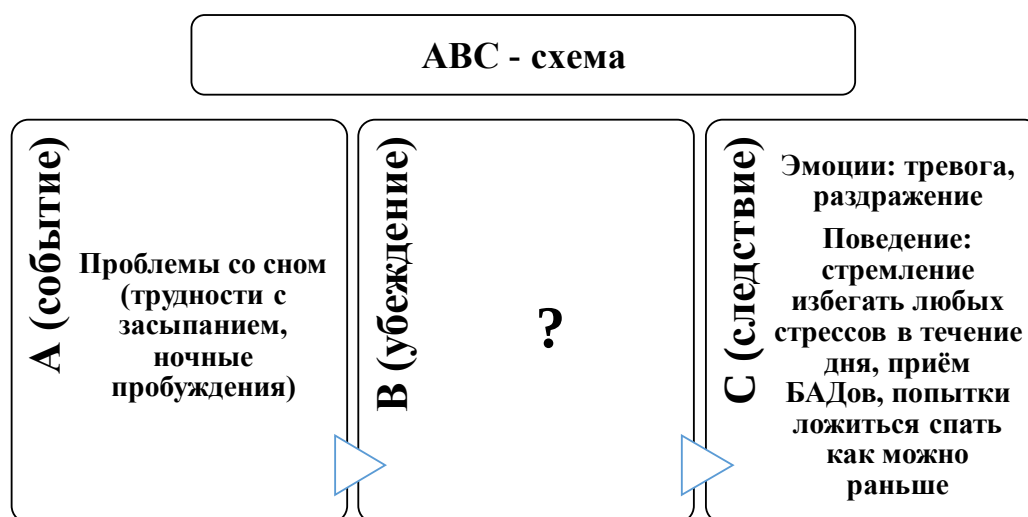


Рисунок 14 – ABC-схема клиента до начала коррекционной работы

Татьяна до начала коррекционной работы не осознавала роль собственных убеждений, касающихся сна. Она была уверена, что событие А является прямой и основной причиной следствия С. Она считала, что её эмоции по этому поводу естественны и неизбежны. Запрос Татьяны состоял в том, что она хотела бы, если не улучшить качество сна, то хотя бы снизить напряжение и тревогу.

Гипотеза. У клиента есть иррациональные долженствования, касающиеся качества сна, вызывающие повышенное напряжение. Если клиент условно здоров, что подтверждено медицинским обследованием, то проблемы со сном носят характер условного рефлекса, который поддерживается дисфункциональными убеждениями [26, 27, 30, 34, 35].

Третий этап консультирования – «дискриминация иррациональных взглядов». Данный этап является началом коррекционного воздействия. Первым шагом на данном этапе были выявлены рациональные и иррациональные установки клиента, которые представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Рациональные и иррациональные убеждения клиента

Мысль	Иррациональное убеждение	Эмоция	Ошибка мышления	Рациональное убеждение
Я снова не могу заснуть!	Так будет всегда, это никогда не прекратится	Тревога, страх, ощущение беспомощности	Предсказание будущего, обобщение (по А. Беку), непереносимость фрустрации (по А. Эллису)	Я не знаю своё будущее, в данный момент я склонна к пессимизму из-за негативного опыта и переживаемых эмоций
Я не контролирую ситуацию	Я должна всё всегда контролировать	Тревога, страх, отчаяние	Долженствование	Я хотела бы всё контролировать, но иногда что-то лежит вне моего контроля, я могу это принять
Я не высплусь, завтра буду ужасно себя чувствовать, это невыносимо	Мир должен быть всегда добр ко мне	Тревога, страх	Непереносимость фрустрации, катастрофизация	Переживания по поводу недостатка сна могут принести больше вреда, чем недостаточный сон
Это вредно для здоровья, я заболею и умру	Моя жизнь в опасности	Тревога, страх	Катастрофизация	Я много раз плохо и мало спала, но всё ещё жива

Четвёртый этап консультации состоял в оспаривании иррациональных убеждений клиента при помощи семантических и дискуссионных техник. В таблице 7 приведены варианты рациональных убеждений, которые клиент предложил вместо ошибочных. Наибольшую сложность вызвали установки

«так будет всегда» и «моя жизнь в опасности». Длительный негативный опыт подтверждал мысль клиента, что данная проблема не может быть решена. Для оспаривания данной установки мы обратились к позитивному опыту клиента. В частности, клиент рассказал, что во время летнего отпуска она расслаблялась, меняла обстановку, ослабляла контроль за качеством сна и высыпалась без биоактивных добавок. Данный пример ясно показывает взаимосвязь между напряжением, тревогой и качеством сна. Пока Татьяна думала, что обязательно должна хорошо спать и предпринимала все возможные меры, это производило обратный эффект. Во время отпуска Татьяна ослабила контроль, поскольку решила, что во время отдыха можно позволить себе быть «непродуктивной», и стала естественным образом высыпаться. Таким образом, были выявлены глубинные убеждения, которые не касались непосредственно сна, но имели отношение к тревоге. Цикл убеждений Татьяны в направлении от более поверхностных к более глубинным представлен на рисунке 15.



Рисунок 15 – Цикл убеждений клиента от поверхностных к глубинным

У Татьяны присутствовал неосознанный страх одиночества и смерти, что могло быть результатом пережитой травмы (гибель первого мужа), которые она также неосознанно связала с проблемой сна. Соответственно, Татьяна считала, что должна хорошо спать, иначе погибнет. По А. Эллису, любое долженствование рождает тревогу и напряжение, поэтому должно быть заменено на более гибкую альтернативную установку.

В данном случае требовалась планомерная проработка всех выявленных иррациональных убеждений, но в первую очередь важно было убедить клиента в том, что плохой или недостаточный сон сам по себе не может стать первопричиной тяжелого заболевания.

Для этой цели мы обратились к библиотерапии и авторитету сомнологов (Мария Манасеина, Роман Бузунов, Михаил Полуэктов и другие), занимавшихся проблемой сна. На данный момент науке известно, что к гибели человека может привести только полная депривация сна. Недостаточный сон сам по себе не способен вызвать заболевание у условно здорового человека, каким и является клиент [10, 12, 14, 19, 20, 21, 22, 24].

Пятый этап консультирования – это завершение сессии, подведение итогов и обсуждение домашнего задания. К концу первой сессии клиент осознал роль установок в восприятии события и формировании эмоционального ответа на событие.

Клиент смог осознать, какие именно иррациональные убеждения усиливают тревогу при ночном пробуждении и дополнил ABC-схему недостающим звеном, что показано на рисунке 16.



Рисунок 16 – ABC-схема клиента в конце первой сессии

На первой сессии были выявлены иррациональные убеждения клиента. Запрос клиента был направлен на снижение напряжения, связанного с неудовлетворительным качеством сна. На работу с данным запросом было выделено 5 сессий по 45 минут. Клиенту была также рекомендована проработка глубинных убеждений, не связанных непосредственно со сном, но провоцирующих повышенную тревогу. Данные убеждения представлены на рисунке 17. Общее содержание консультаций представлено в таблице 8.

В ходе коррекционной работы Татьяна отметила снижение напряжения и незначительное улучшение в качестве сна. Во время финальной диагностики она сообщила, что количество пробуждений не изменилось, но она сама стала относиться к ситуации немного по-другому. Она поняла, что частично может контролировать ситуацию и собственные чувства. Она нашла также для себя приемлемые способы релаксации, которые заключались преимущественно в мысленной благодарности за всё хорошее, что с ней когда-либо случалось и обращение к позитивному опыту. Татьяна также добавила вечерние прогулки и нашла время для успокаивающего хобби (рисование). Всё это в совокупности помогло снизить тревогу. Самый главный инсайт, который

Татьяна приобрела в процессе консультаций и который изменил её отношение к проблеме, был связан с тем, что недостаточный сон сам по себе не может быть причиной гибели здорового человека.

Таблица 8 – Общее содержание консультаций клиента №2

Номер сессии	Краткое содержание
1	Азбука терапии. История клиента. Формирование запроса. Сбор анамнеза. Предварительная диагностика для последующей оценки эффективности корректирующего воздействия (субъективная балльная оценка клиента, анкета характеристик качества сна Я. Левина [57]). Выявление иерархии убеждений при помощи сократического диалога. Использование дискуссионных техник (детекция, дебатирование, дискриминация) для проработки убеждений, представленных в таблице 7. Знакомство клиента с научными данными и исследованиями в области сомнологии. Знакомство с понятием «гигиена сна». Домашнее задание – библиотерапия (чтение специально подобранных научных источников).
2	Проверка домашнего задания в виде обсуждения прочитанного. Проработка убеждений, представленных в таблице 7. Знакомство с техниками релаксации, медитативными техниками, дыхательными упражнениями. Домашнее задание – отработка техник релаксации.
3	Разбор глубинных установок, представленных на рисунке 15. Использование дискуссионных техник. Знакомство с техникой «Дневник автоматических мыслей». Домашнее задание – ведение дневника автоматических мыслей, самостоятельный разбор автоматических мыслей.
4	Проверка домашнего задания – анализ самостоятельно выявленных клиентом установок. Обсуждение и корректировка. Знакомство с техникой Джудит Бек «Падающая стрела». Знакомство с техникой экспозиции для проработки катастрофических убеждений. Домашнее задание – использование техники «Падающая звезда», использование техники экспозиция.
5	Профилактика рецидивов. Прогнозирование будущего, обсуждение, с какими еще тревогами может столкнуться клиент, касательно разбираемой ситуации. Подведение итогов. Оценка эффективности. Домашнее задание – ведение дневника автоматических мыслей.

На первичной диагностике Татьяна оценила свою тревогу в 10 баллов и набрала 18 баллов по балльной анкете субъективных характеристик качества

сна Я. Левина, которая была разработана в 1995 году и прошла многократные клинические испытания, в том числе на базе Центра сомнологических исследований Министерства здравоохранения РФ и Московского городского сомнологического центра. Анкета состоит из 6 параметров (время засыпания, продолжительность сна, количество ночных пробуждений, качество сна, количество сновидений, качество утреннего пробуждения) и оценочных шкал по каждому из них [26]. При последней диагностике она оценила свою тревогу в 6 баллов и набрала 24 балла по анкете Я. Левина, что можно трактовать как улучшение состояния клиента. Тем не менее клиенту было рекомендовано продолжать работу с иррациональными установками, используя изученные техники, а также по возможности при помощи специалиста.

Кейс №3.

Виктория С. (имя изменено), 32 года, замужем, детей нет.

Консультации №1 – 2.

Первый этап консультирования – «обучение азбуке терапии». Знакомство с основными понятиями и принципами консультирования (автоматические мысли, ABC-схема и другими).

Второй этап консультирования – «детекция иррациональных установок».

Виктория обратилась с конкретным запросом. Она, являясь классным руководителем, испытывала негативные эмоции по поводу группы родителей учащихся её класса. Ей стало известно, что данные родители считали её недостаточно компетентной и периодически критиковали как стиль ведения уроков, так и её саму как личность в кругу других родителей и посторонних людей. Виктория достаточно сильно переживала по поводу данной ситуации. Особенно неприятным она находила то, что упомянутые родители не пришли к ней выразить своё недовольство, не дали ей возможности ответить на критику, а делают это «за спиной», не выходя на открытую конфронтацию.

В ходе предварительной беседы также выяснилось, что Виктория несколько раз в своей жизни сталкивалась с ситуациями, когда люди говорили

о ней плохо «за спиной», всегда при этом она испытывала сильную тревогу. Наиболее яркие ситуации случились в детском и подростковом возрасте. Папа Виктории ушёл из семьи сразу после её рождения, контакт с ним она не поддерживала. Мама Виктории вышла замуж за другого мужчину, когда ей было 7 лет. Отношения с отчимом были сложные. Он часто был недоволен Викторией, но говорил об этом не ей самой, а матери. Данные ситуации провоцировали конфликты между Викторией и её матерью, что привело к тому, что Виктория постоянно старалась контролировать мать и не оставлять её наедине с отчимом, что усугубляло ситуацию.

Ещё одна яркая подобная ситуация произошла в школе, когда Виктории было 13 лет. Одна из одноклассниц распространяла неприятные сплетни, порочащие Викторию, но при этом избегала открытой конфронтации и отрицала свою причастность к происходящему. Виктории хотелось «дать отпор», но она не понимала, как действовать, если одноклассница порочит её «за спиной», но открытых поводов к противодействию не даёт. Задача оказалась неразрешимой. Виктория ничего не предприняла, одноклассникам наскучило такое поведение, ситуация прекратилась без постороннего вмешательства. Виктория описала свои ощущения как «тягостные» и «пугающие».

Мы решили не уделять повышенное внимание прошлому опыту, но описание помогло лучше понять, как клиент воспринимает и переживает проблему, с которой он столкнулся в настоящем. Схема ABC клиента в начале первой сессии представлена на рисунке 16.

Виктория до начала коррекционной работы не осознавала роль собственных убеждений в данной ситуации. Она была уверена, что событие А является прямой и основной причиной следствия С. Она считала, что её эмоции по этому поводу естественны и неизбежны. Запрос Виктории удалось сформировать не сразу. Первый запрос был в том, чтобы «заставить этих людей прекратить обсуждать меня». Последний запрос – снизить тревогу и повысить терпимость к обсуждаемой и иным подобным ситуациям.

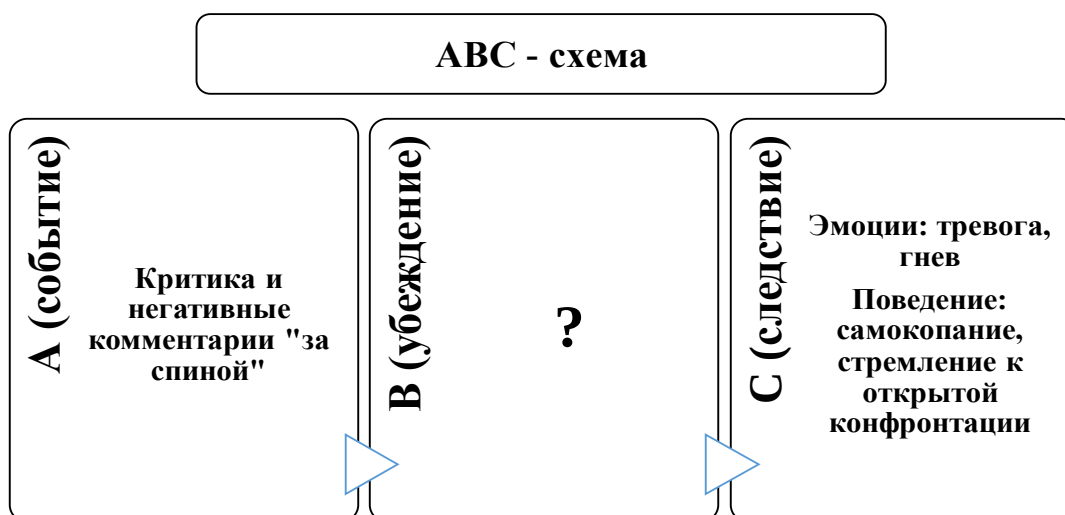


Рисунок 17 – ABC схема клиента в начале первой сессии

Гипотеза. Фрустрация клиента поддерживается пережитым негативным опытом. У клиента есть тенденция к контролю внешней среды и других людей, что является его копинг-стратегией для снижения тревоги, приобретенной в детстве. Наиболее существенно клиента фрустрирует потеря контроля над ситуацией.

Третий этап консультирования – «дискриминация иррациональных взглядов». Данный этап является началом коррекционного воздействия.

Используя метод «Падающей стрелы» Джудит Бек [3], осуществляем поиск иррациональных убеждений.

Психолог: Итак, эти люди критикуют Вас и Вашу деятельность. Что это значит для Вас?

Виктория: Это значит, что они плохо ко мне относятся.

Психолог: Если они плохо к Вам относятся, то как это Вас характеризует?

Виктория: Может быть, я недостаточно стараюсь, поэтому не могу им понравиться. Если бы я делала всё идеально, то они бы не нашли, к чему придраться (первое иррациональное промежуточное убеждение: я недостаточно хороша, я должна быть идеальной, чтобы нравиться людям).

Психолог: К чему эта ситуация может привести?

Виктория: Наверное, они убедят других родителей в том, что я плохой учитель.

Психолог: Если так и будет, то что тогда?

Виктория: Наверное, они пойдут жаловаться к директору и меня уволят.

Психолог: Если так и случится, то что это говорит о Вас?

Виктория: Что я плохой учитель.

Психолог: Если даже так и есть, то что это значит для Вас?

Виктория: Что я бесполезная (глубинное убеждение).

В результате сократического диалога получаем ABC схему, которая представлена на рисунке 18.

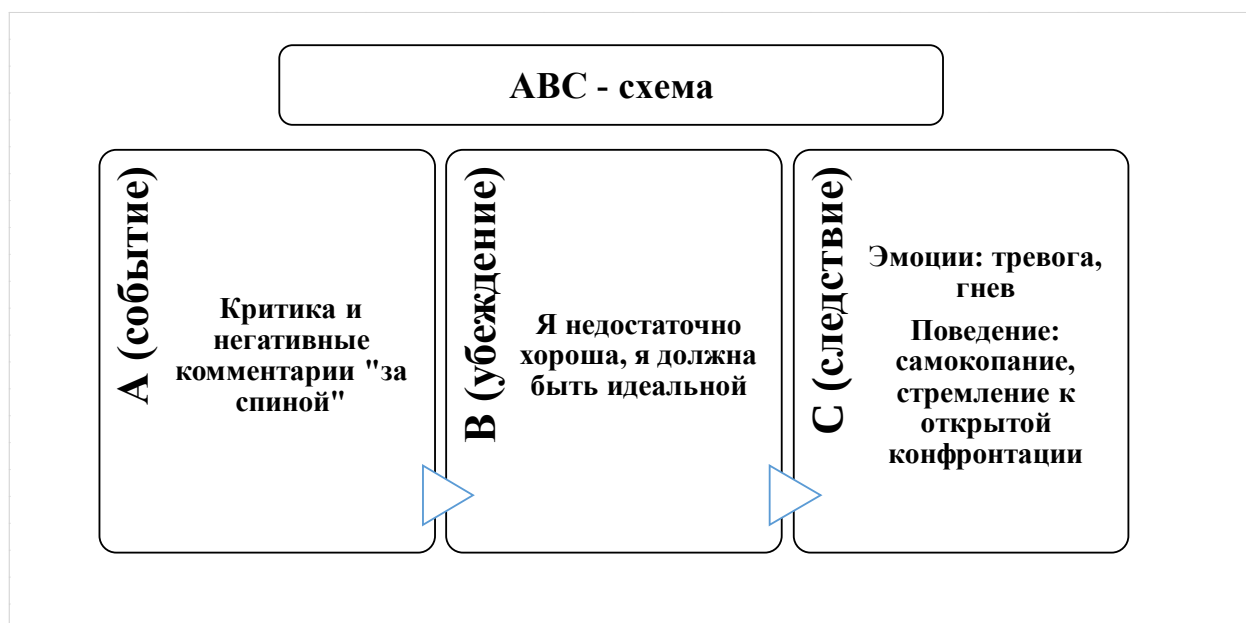


Рисунок 18 – ABC схема клиента на третьем этапе первой сессии

Цепь ABC запускает следующую цепь, которую можно условно обозначить, как $A_1B_1C_1$, где A_1 – это новое активирующее событие, которое вызывает к жизни схема ABC, B_1 – это убеждение, C_1 – это последствие. Таким образом, в результате ABC клиент, испытывая гнев и тревогу и стремясь к открытой конфронтации с родителями, но не получая её, конфликтует с детьми (A_1), что рождает идею о некомпетентности (B_1 «Я плохой учитель»),

и получает последствия в виде стыда и тревоги, а также желание оправдаться (C1). Данную цепь можно продолжить цепью $A_2B_2C_2$, но в рамках краткосрочного консультирования и по согласованию с клиентом было решено, что достаточно тех убеждений, которые были выявлены на данном этапе работы. Также клиент сделала важное открытие, что поиск открытой конфронтации связан с желанием оправдаться, доказать, что она «не такая плохая, как они думают», то есть имеет место ещё одно убеждение «все должны думать обо мне хорошо, иначе я просто не могу» (по классификации иррациональных убеждений Эллиса – долженствование и непереносимость фрустрации).

На первой консультации были выявлены основные и вторичные иррациональные установки. На второй консультации происходило разделение установок на рациональные и иррациональные, а также оспаривание иррациональных установок. Рациональные и иррациональные установки клиента представлены в таблице 9.

Четвёртый этап консультирования – оспаривание иррациональных убеждений, замена иррациональных установок на рациональные.

Первая установка клиента – «люди отзываются обо мне негативно, значит они плохо ко мне относятся». По концепции А. Бека в таком случае можно попросить клиента доказать, что люди относятся к нему плохо. По концепции А. Эллиса, следует смягчить долженствование, заменив жёсткое «люди должны меня любить» на «я хотел бы, чтобы люди меня любили, но могу пережить негативное отношение». В данном кейсе нам пришлось использовать обе концепции в равной мере, поскольку сильные стороны клиента – это логика, способность к анализу, наблюдательность. Виктория относится с долей недоверия к психологии, но хорошо умеет подмечать логические ошибки и несоответствия. Приводим пример оспаривания некоторых убеждений при помощи сократического диалога.

Таблица 9 – Рациональные и иррациональные установки клиента

Мысль	Иррациональное убеждение	Эмоция	Ошибка мышления	Рациональное убеждение
Эти люди плохо ко мне относятся.	Все должны любить меня	Тревога	Долженствование	Мне не нравится негативная реакция на то, что я делаю, но люди имеют право на собственное мнение.
Я делаю что-то не так.	Я всегда должна всё делать хорошо и правильно.	Тревога	Долженствование	Я хотела бы всегда быть на высоте и избегать ошибок, но это невозможно, поскольку я человек, а людям свойственно ошибаться.
Они обсуждают меня за спиной.	Я должна всё контролировать. Люди должны быть добры ко мне, иначе моя жизнь невыносима.	Тревога, гнев	Долженствование, непереносимость фрустрации	Люди могут относиться ко мне по-разному, я могу с этим справиться.

Психолог: Итак, Вы считаете, что люди, которые Вас критикуют, плохо к Вам относятся?

Виктория: Да.

Психолог: Какие есть доказательства в пользу данного утверждения?

Виктория: Не знаю, мне кажется, это очевидно. Если нас любят, то отзываются о нас хорошо, если не любят, то плохо.

Психолог: То есть невозможно представить такую ситуацию, чтобы человек говорил о ком-то плохо, но относился к этому кому-то совершенно нормально, не испытывая негативных эмоций?

Виктория: Именно. Нет, всё-таки возможно. Я могу ругать ученика, если он не сделал домашнюю работу, но относиться при этом к нему хорошо.

Психолог: Так. А еще есть примеры?

Виктория: Да. Я недавно поссорилась с мужем, сказала ему что-то неприятное, но я при этом всё равно его люблю и ценю.

Психолог: В таком случае, можно ли утверждать, что негативный отзыв о том, что делает человек, всегда означает негативное отношение к самому человеку?

Виктория: Получается, что это не всегда так. Я, наверное, слишком драматизирую.

Психолог: Еще скажите, что с Вашей точки зрения, значит «относиться плохо» к человеку? Какие критерии «плохого отношения»?

Виктория: Мне это знакомо. Во-первых, человека раздражает всё, что ты делаешь, его невозможно удовлетворить, как ни старайся. Во-вторых, эмоциональное насилие. В-третьих, активное желание навредить эмоционально или физически.

Психолог: Что из этого Вы наблюдаете в отношении себя со стороны родителей, о которых идёт речь?

Виктория: Наверное, здесь не всё так ужасно (улыбается).

Психолог: Давайте проясним ситуацию. Если представить шкалу от 1 до 10, где 10 – это отношение, которое Вы описали, и 1 – это абсолютная любовь и принятие, то какой балл Вы бы дали «плохому отношению» упомянутой группы?

Виктория: Думаю, 6. Это не ужасно, это скорее неприятно. Кроме того, они не оскорбляют и не унижают меня, они настроены негативно, но всё же рамки приличия соблюдают.

Психолог: Хорошо, а есть такой закон, что Вы должны всем нравиться и все люди должны нравиться Вам?

Виктория: Нет, конечно. Но это было бы неплохо (улыбается).

Психолог: Если закона нет, то могут ли люди иметь о Вас собственное мнения и выражать его, оставаясь при этом, как Вы сказали ранее, в рамках приличий?

Виктория: Запретить я не могу, но мне не хочется сталкиваться с такой ситуацией.

Психолог: Почему?

Виктория: Это тяжело для самооценки. Я начинаю сомневаться в себе, мне хочется доказать им, что они неправы.

Психолог: А если они признают, что неправы, тогда что?

Виктория: Тогда я успокоюсь.

Психолог: То есть Ваше спокойствие и самооценка зависит от мнения других людей? Это очень шаткая опора.

Виктория (улыбается): Да, я об этом не задумывалась раньше.

Психолог: Скажите, а Вы считаете, что эти люди умнее и компетентнее Вас? Они являются дипломированными специалистами в области преподавания?

Виктория: Нет.

Психолог: Являетесь ли Вы дипломированным специалистом в области преподавания?

Виктория: Да. Я получила высшее образование.

Психолог: Почему тогда Ваше мнение о качестве своих уроков значит меньше, чем мнение этих людей?

Виктория: Я не знаю. Я совсем не подумала об этом.

Психолог: Итак, мы сейчас говорили о том, что, во-первых, критика и негативные отзывы не всегда означают негативное отношение, во-вторых, мы пришли к выводу, что в данном случае ситуация скорее неприятная, чем ужасная и её можно пережить, в-третьих, люди имеют право иметь собственное мнение, невозможно постоянно убеждать всех и каждого в том, что мы чего-то стоим. Я полагаю, что любящие нас люди не нуждаются в дополнительных аргументах, а нелюбящие не нуждаются тем более, поскольку уже сделали свой выбор. И, наконец, в-четвёртых, Ваше мнение не менее важно и ценно, чем мнение других людей.

Таким образом, часть установок была оспорена на второй консультации, остальные на последующих сессиях.

Пятый этап консультирования – завершение сессии и подведение итогов.

В общей сложности с данным клиентом было проведено 4 сессии по 45 минут. Общая программа сессий представлена в таблице 10.

Таблица 10 – Общее содержание консультаций клиента №3

Номер сессии	Краткое содержание
1	Знакомство с терапией. История клиента. Формирование запроса. Выявление иерархии убеждений при помощи сократического диалога. Использование техники «Падающая стрела» Дж. Бек. Выявление переменной В в тревожащей ситуации.
2	Использование дискуссионных техник для оспаривания выявленных на первой сессии иррациональных установок.
3	Использование дискуссионных техник для оспаривания выявленных на первой сессии иррациональных установок. Дневник автоматических мыслей.
4	Профилактика рецидивов. Подведение итогов. Оценка эффективности. Домашнее задание – тренировка оспаривания иррациональных установок.

К концу коррекционной работы Виктория отметила улучшение эмоционального состояния и снижение тревоги. Она испытала значительные сложности с техникой экспозиции, решительно отвергла поведенческие техники, но когнитивные способы психологического воздействия нашла достаточно эффективными. Она хорошо поняла суть метода «Дневник автоматических мыслей» и довольно успешно начала его использовать самостоятельно. Данному клиенту было рекомендовано в будущем проработать травмирующий прошлый опыт, но в рамках исследования запрос был «изменить отношение к сложившейся неприятной ситуации, снизить стресс», что и было выполнено.

Следующим этапом исследования был проведён контрольный эксперимент, направленный на анализ эффективности техник воздействия, которые были использованы в рамках формирующего эксперимента. Для измерения эффективности техник воздействия использовались те же самые инструменты диагностики, что и на стадии констатирующего эксперимента

(методики Спилбергера – Ханина, Дж. Тейлор, А. Эллиса)). Результаты представлены в Приложении В и таблице 11.

Таблица 11 – Результаты первичной и повторной диагностики экспериментальной группы по методикам Спилбергера – Ханина, Дж. Тейлор, А. Эллиса

Диагностическая шкала	Среднее арифметическое значение по шкалам первичной диагностики	Среднее арифметическое значение по шкалам повторной диагностики
Личностная тревожность (Спилбергер – Ханин)	47,7	45,15
Ситуативная тревога (Спилбергер – Ханин)	47,1	43,8
Тревога (Дж. Тейлор)	28,85	25,7
Иррациональные убеждения (А. Эллис)	27,15	29,75

Таким образом, по методике Спилбергера – Ханина средний балл испытуемых по параметру личностная тревожность снизился на 2,55 единиц, средний балл по параметру ситуативная тревожность снизился на 3,3 единиц, средний балл по методике Дж. Тейлора снизился на 3,15 единиц, что говорит о снижении как тревоги, так и тревожности у испытуемых. Средний балл по методике А. Эллиса увеличился на 2,6 единицы, что говорит о снижении уровня выраженности иррациональных установок с учётом обратной шкалы измерения.

Далее было проведено измерение полученных результатов со всей выборкой ($n = 40$) при помощи методов математической статистики (программа StatTech v. 4.6.1, ООО "Статтех", Россия) по критерию Т – Вилкоксона. Результаты представлены в таблице 12.

Во всех параметрах произошли достоверно значимые изменения. По методике Спилбергера – Ханина личностная тревожность снизилась ($M_1 = 44,65$, $M_2 = 38,25$). Значение критерия Вилкоксона $Z = -3,737$ при $p < 0,001$.

Таблица 12 – Сравнительный анализ диагностических результатов до и после реализации консультативной программы

Параметр	До			После			Z	p
	M ₁	SD ₁	Me ₁	M ₂	SD ₂	Me ₂		
Личностная тревога 1	44,65	3,28	43,50	38,25	10,49	45,00	-3,737	<0,001
Ситуативная тревога	43,80	2,89	43,50	40,08	8,58	44,00	-3,742	<0,001
Личностная тревога 2	25,70	7,04	16,00	18,23	12,40	26,00	-3,743	<0,001
Иррациональные убеждения	17,43	5,70	16,50	15,00	2,03	15,00	-3,755	<0,001

Ситуативная тревога снизилась ($M_1 = 43,80$, $M_2 = 40,08$). Значение критерия Вилкоксона $Z = -3,742$ при $p < 0,001$.

Тревога по методике Дж. Тейлор снизилась ($M_1 = 25,70$, $M_2 = 18,23$). Значение критерия Вилкоксона $Z = -3,743$ при $p < 0,001$.

Выраженность иррациональных установок у группы испытуемых снизилась ($M_1 = 17,43$, $M_2 = 15$). Значение критерия Вилкоксона $Z = -3,755$ при $p < 0,001$.

Графически полученные значения представлены на рисунке 19.

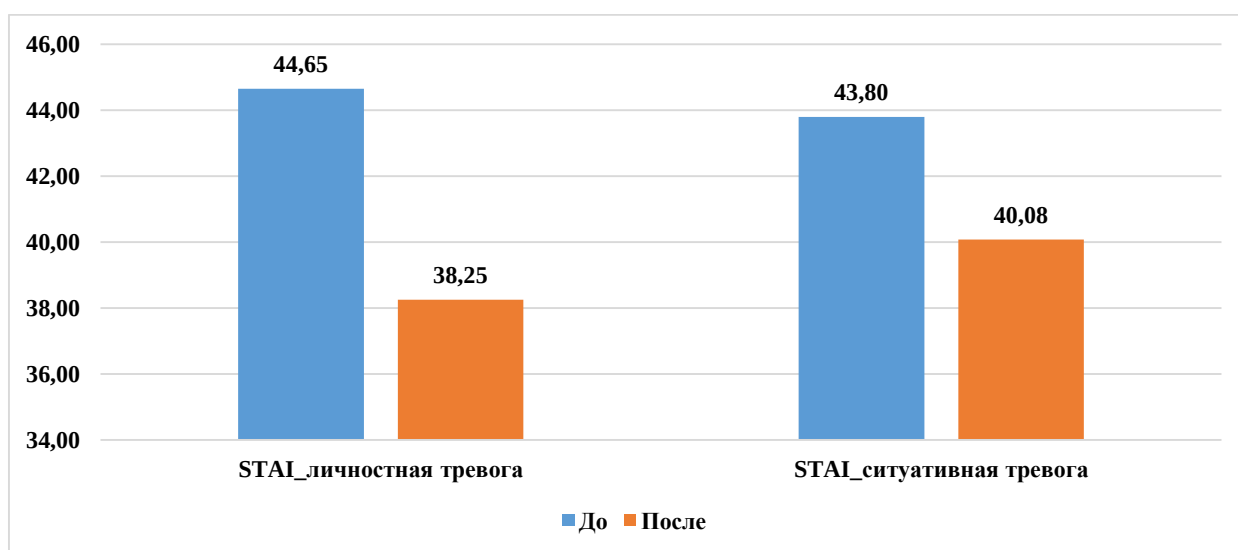


Рисунок 19 – Сравнительный анализ результатов по методике Спилбергера – Ханина до и после реализации консультативной программы

Среднее значение по параметру личностная тревога у всей выборки снизилось с 44,65 до 38,25 баллов. Среднее значение по параметру ситуативная тревога снизилось с 43,80 до 40,08 баллов.

Среднее значение по методике Дж. Тейлор у всей выборки снизилось с 25,70 до 18,23, что отражает рисунок 20.

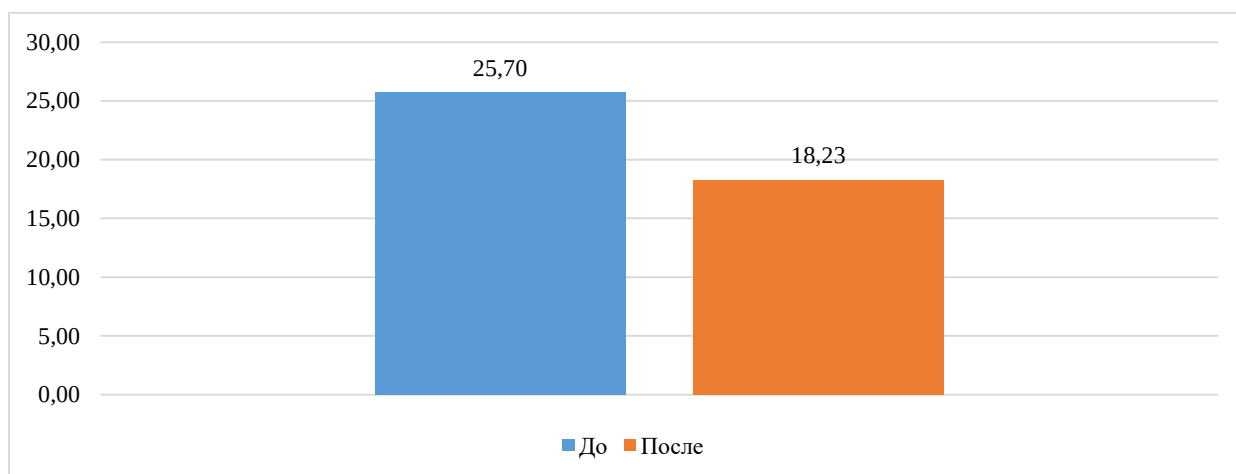


Рисунок 20 – Сравнительный анализ диагностических результатов по методике Дж. Тейлор до и после реализации консультативной программы

Таким образом, в результате проведенного исследования мы пришли к выводу, что методы краткосрочного консультирования на основе когнитивно-поведенческой терапии, описанные в данной главе, доказали свою эффективность как средство коррекции тревожности, поскольку нам удалось добиться снижения как ситуативной, так и личностной тревоги в группе.

Выводы по второй главе

Во второй главе нашего исследования мы описали ход и результаты эмпирического исследования. На первом этапе эмпирического исследования были подобраны психодиагностические методики, отвечающие целям эксперимента, и проведена первичная диагностика, на основании результатов которой была сформирована группа респондентов в количестве 20 человек,

обладающая нужными параметрами для осуществления исследования, в частности высоким уровнем тревожности и тревоги.

На этапе формирующего эксперимента мы преимущественно применяли методы когнитивной реструктуризации на основе рационально-эмотивной поведенческой терапии А. Эллиса и когнитивно-поведенческой терапии А. Бека. База исследования не предполагает полноценного погружения в консультативную работу, поэтому в основе корректирующей программы лежит рационально – эмотивная поведенческая терапия по причинам, которые мы обозначили как универсальность, краткосрочность, гибкость, структурированность и опора на самостоятельность консультируемого.

Для каждого участника была разработана программа консультирования и определено необходимое количество сессий, в зависимости от решаемой проблемы. В среднем решение одного запроса, ассоциированного с тревогой, занимало от одной до восьми сессий.

На контрольном этапе была проведена повторная диагностика, результаты которой показали, что существует корреляция между наличием и выраженностью иррациональных установок, тревожностью и тревогой. Данная корреляция подтверждает гипотезу исследования, что использование метода когнитивной реструктуризации по А. Беку и А. Эллису в консультировании педагогов, позволяет снизить их тревожность. Также результаты повторной диагностики в экспериментальной группе показали статистически значимые изменения по всем параметрам. В частности, снижение выраженности иррациональных установок, снижение ситуативной тревоги и личностной тревожности.

Во второй главе представлен и эмпирически опробован универсальный протокол консультирования, а также программа консультирования, состоящая из 8 ступеней и описание нескольких кейсов выборочно, которые иллюстрирует общую картину психологических интервенций по снижению уровня тревожности.

Заключение

Данное исследование посвящено вопросу снижения тревожности личности при помощи специальных методов и приёмов, в частности, заимствованных из когнитивно-поведенческой терапии. На первом этапе был произведён теоретический анализ научных источников, в ходе которого была сформулирована гипотеза, согласно которой можно добиться снижения уровня личностной и ситуативной тревожности у респондентов при соблюдении определенного условия. Было предположено, что указанным условием следует считать использование метода когнитивной реструктуризации по А. Эллису и А. Беку в консультировании педагогов.

Следующим этапом данной работы был эмпирический этап, в ходе которого была подобрана репрезентативная выборка и методики диагностики, отвечающие задачам исследования. После отбора участников формирующего эксперимента был составлен универсальный консультативный протокол и единая программа интервенций, на основе имеющихся теоретических данных. Для каждого респондента был разработан индивидуальный план работы и определены сроки. По итогам формирующего эксперимента была произведена повторная диагностика уровня тревоги с целью оценки эффективности проведённой работы.

План исследования был реализован полностью. Полученные результаты подтвердили верность гипотезы. Количественный анализ был произведён при помощи методов математической статистики по Т-критерию Вилкоксона. Полученные данные подтверждают наличие значимых положительных изменений в сторону снижения как ситуативной тревоги, так и личностной тревожности у участников формирующего эксперимента. Была выявлена математическая закономерность в виде прямой связи между наличием и выраженностью иррациональных убеждений по Эллису и уровнем тревоги и тревожности, которая означает, что, чем более ярко выражены иррациональные убеждения, тем выше уровень тревоги и тревожности.

Качественный анализ был осуществлён в виде описания отдельных кейсов. Были описаны истории клиентов, эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты реагирования на проблему. Также описаны ABC-схемы клиентов до и после консультаций и индивидуальные планы работы. Таким образом, было выявлено, что следование универсальному протоколу, выполнение домашнего задания и использование средств когнитивно-поведенческой терапии действительно помогает снизить как личностную, так и ситуативную тревогу, благодаря воздействию на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях.

Разработанный консультативный протокол, основанный на принципах когнитивно-поведенческого подхода, имеет сильные стороны (краткосрочность, чёткую структуру, возможность сочетать различные когнитивно-поведенческие направления, вариативность в использовании, относительную лёгкость в овладении представленными в исследовании техниками) и ограничения (зависимость результата от самодисциплины респондента, зависимость от характеристик респондента, в частности образования, способности к анализу и рефлексии).

Также было выявлено, что существует статистически значимая корреляция между наличием иррациональных убеждений и тревожностью.

По итогам проведенного исследования можно сделать вывод об эффективности применения методов когнитивно-поведенческой терапии, в частности метода когнитивной реструктуризации иррациональных убеждений, для снижения уровня тревожности.

Список используемой литературы

1. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Тревога и тревожность. СПб.: Питер, 2001. С. 156 – 165.
2. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. СПб.: Речь, 2005. С.44-49.
3. Бек Джудит. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. СПб.: Питер, 2018. 416 с.
4. Бергис Т. А., Кривуля Ю. С. Проблема профессионального стресса педагогов в условиях современной образовательной системы. Карельский научный журнал. 2020. Том 9 №1 (30). С. 47 – 49.
5. Вербицкий Е.В. Взаимоотношения тревоги и сна в эксперименте и клинике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2017. №117(4-2). С. 12 – 18.
6. Вербицкий Е.В. Сон и тревожность. Ростов-на-Дону: Изд. Южного научного центра РАН; 2008.
7. Верченко И.А. Влияние тревожности на профессиональное выгорание педагогов // Мир науки. Педагогика и психология. 2021. Том 19 №3. С. 1– 12.
8. Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. М., 1990. 235 с.
9. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] // URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders> (дата обращения: 17 сентября 2024 г.).
10. Гафаров В.В., Громова Е.А., Панов Д.О. и др. Психосоциальные факторы и нарушения сна среди населения 25-64 лет в России / Сибири (международная программа ВОЗ «Мониса – психосоциальная». Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023. №15(4). С.17-23.
11. Глейтман Г., Фридлунд А., Райсберг Д. Основы психологии / под ред. В.Ю. Большакова, В.Н. Дружинина. СПб.: Речь, 2001. 1247 с.

12. Голенков А.В., Полуэктов М.Г. Наукометрический анализ материалов 10 всероссийских конференций «Актуальные вопросы сомнологии» (1998—2016). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2018. №118(4-2). С. 139-144.
13. Данилова Н.Н., Крылова А.Л. Физиология ВНД. М.: МГУ, 1989. 399 с.
14. Завалко И., Ковальзон В. Как возникла наука о сне // Ежемесячный естественнонаучный журнал РАН. Природа. 2014. №3. С. 53 – 60.
15. Изард К.Э. Психология эмоций. СПб.: Питер, 1999. 464 с.
16. Каменюкин А. Г, Ковпак Д. В. Стресс-менеджмент. СПб.: Питер, 2012. 208 с.
17. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник для студентов медицинских ВУЗов. СПб: Питер, 2007. С. 122 – 124.
18. Кнаус У. Д.. Когнитивно-поведенческая терапия тревоги. Пошаговая программа. СПб.: Издательская группа «Весь», 2019.
19. Ковальзон В.М. Забытый основатель биохимии и сомнологии // Природа. 2012. № 5. С. 85–89.
20. Ковальзон В.М. Обработка информации головным мозгом во время сна: эволюционный и экологический подходы // Журнал эволюционной биохимии и физиологии. 2023. №2, т.59. С. 79 – 89.
21. Ковальзон В.М. О Мишеле Жуве – открывателе фазы парадоксального сна [Электронный ресурс] // URL: <https://umedp.ru/articles/o-mishele-zhuve-otkryvatele-fazy-paradoksnogo-sna.html> (дата обращения 21.03.2024).
22. Ковальзон В.М. Основы сомнологии. Физиология и нейрохимия цикла бодрствование-сон. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2012. 239 с.
23. Когнитивная психология / под ред. В. Н. Дружинина, Д. В. Ушакова. М.: ПЕР СЭ, 2002. 480 с.
24. Ковров Г.В. К вопросу об истории открытия быстрого сна // Актуальные вопросы сомнологии: Тезисы докладов. М., 2000. С. 48.

25. Ковров Г.В., Левин Я.И. Лечение инсомнии.// Русский медицинский журнал.2002. № 28. С.1294-1299.
26. Ковров Г.В. Рецепт от бессонницы. Москва. 2004. 92 с.
27. Левин Я.И., Полуэктов М.Г. Сомнология и медицина сна. Избранные лекции. М.: Медфорум, 2013. 430 с.
28. Левитов Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. 1969. № 1. С. 131 – 137.
29. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б. Дерманова. СПб., 2002. С.126-128.
30. Марютина Т.М. Что такое сон: современные научные теории о происхождении, свойствах и функциях сна [Электронный ресурс]. URL: <https://www.elitarium.ru/chto-takoe-son-tormozhenie-vosstanovlenie-teta-ritm-mozg/> (дата обращения 19.03.2024).
31. Нартова-Бочавер С.К. «Coping Behavior» в системе понятий психологии личности. Психологический журнал, т. 18, № 5, 1997 №5. С. 20 – 30.
32. Научно-образовательный портал «Большая российская энциклопедия» [Электронный ресурс] // URL: <https://bigenc.ru/c/ekonomo-konstantin-fon-d6a979> (дата обращения 19.03.2024).
33. Ноздрачев А.Д. Физиология вегетативной нервной системы. Л., 1983. 235 с.
34. Пигарев И.Н. Висцеральная теория сна // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 2013. № 1, т. 63. С. 86 – 104.
35. Полуэктов М. Загадки сна. М.: Альпина Нон-Фикшн, 2019. 340 с.
36. Полуэктов М.Г., Пчелина П.В. Расстройства сна и тревога. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск «Сон и его расстройства – 5». 2017. С. 80-88.
37. Пригожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.

38. Радюк, О.М. Рационально-эмотивно-поведенческая терапия / О.М. Радюк // Краткосрочные методы психотерапии / ред. В.А. Доморацкий. – М., 2020. – С. 307 – 327.
39. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. - Самара: Издательский дом "БАХРАХ-М", 2011. 672 с.
40. Риллаер Ж. В. Когнитивно-поведенческие терапии: научная психология на службе человеку//Логос. 2010. №3. С. 55 – 75.
41. Рогов Е.И. Учитель как объект психологического исследования. – М.: ВЛАДОС, 1998.
42. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. – 2002. – № 3. – С. 85–95.
43. Современные направления в психотерапии: учебное пособие /под ред. Белых Т.В. Саратов, 2018.
44. Соловьева С.Л. Тревога и тревожность: теория и практика [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 6 (17). URL: <http://medpsy.ru/> (дата обращения: 18.03.2024).
45. Солопова М. А. Аристотель о природе сновидений: физика против мантики (на основании трактата «О предсказаниях во сне») [Электронный ресурс] // URL: https://iphras.ru/uplfile/histph/yearbook/2011/hphy-2011_solorova.pdf (дата обращения: 19.03.2024).
46. Спиркин А. Г. Душа, сознание и разум / Философия. — М.: Гардарики, 2000. – 816 (с. 376) с. – ISBN 5-8297-0022-0.
47. Тулинов Д. Первооткрыватель Р.Е.М. // Троицкий вариант – наука. 2013. № 7 (126). С. 12.
48. Фромм Э. Бегство от свободы. / Пер. А. Лактионов, 2004. – М.: АСТ Москва, 2009. 260 с.
49. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкал реактивной тревоги и личностной тревожности. Л.: Изд. ЛНИИТЕК; 1976.

50. Эллис А., Дойл К. Успокойся! Контролируй тревогу, прежде чем она начнет контролировать тебя. СПб.: Питер, 2021.
51. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. СПб.: Речь, 2002.
52. Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия: руководство для психотерапевтов. М.: Феникс, 2008.
53. Юматов Е.А., Глазачев О.С., Быкова Е.В., Потапова О.В. Взаимосвязь эмоционального стресса и сна. // Вестник международной академии наук (русская секция). 2016. №1. С. 5 – 14.
54. Юматов Е.А. Системная организация психической деятельности мозга во сне и в бодрствовании // Вестник международной академии наук (русская секция). 2017. №1. С. 21 – 28.
55. Ядгарова Н.К., Турсынбаев А., Мариева А., Ануарова А., Куралбаева Д., Момбиева.А. Психологические особенности личностной тревожности современного учителя // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 11-2. С. 29 – 33.
56. Aaron T. Beck. Cognitive Therapy of Depression. New York : Guilford Press, 1979. P. 8. – ISBN 978-0-89862-000-9.
57. Clinical psychology. – 7th. – Belmont, C.A : Thomson/Wadsworth, 2007.
58. Cognitive Behaviour Therapy Theory – Albert Ellis. CCBT Ltd Distance Learning / CCBT Ltd, 42 Upper Berkeley Street, London W1H 5PW. P.54.
59. Donald Robertson. The Philosophy of Cognitive-Behavioural Therapy: Stoicism as Rational and Cognitive Psychotherapy. London: Karnac, 2010. P. xix. – ISBN 978-1-85575-756-1. (дата обращения: 13.03.2024).
60. Emotions: A brief history. – Malden, MA : Blackwell Publishing, 2004. P. 53.
61. Harvey A.G., Sharpley A.L., Ree M.J. et al. An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia // Behav. Res.Ther. 2007. Vol. 45. № 10. P. 2491 – 2501.

62. Kaczurkin A.N., Foa E.B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. (англ.) // Dialogues In Clinical Neuroscience. 2015. September (vol. 17, no. 3). P. 337 – 346.

63. The evolution of cognitive behaviour therapy // Science and practice of cognitive behaviour therapy. – Oxford: Oxford University Press, 1997. P. 1 – 26. – ISBN 978-0-19-262726-1.

Приложение А

Бланк анкеты «Причины тревожности у современных педагогов»

Таблица А.1 – Бланк анкеты «Причины тревожности у современных педагогов»

Фактор	1 Не тревожит	2 Тревожит редко	3 Тревожит иногда	4 Тревожит часто	5 Тревожит постоянно
Уровень оплаты труда					
Дидактическое оснащение школы					
Учебная дисциплина на уроках					
Количественный состав школьных классов					
Необходимость постоянного профессионального развития					
Объём школьных программ					
Престиж профессии					
Коммуникация с родителями учащихся					
Внедрение цифровых технологий					
Количество рабочей нагрузки					
Взаимоотношения с администрацией учреждения					
Ответственность за жизнь и здоровье учащихся					

Приложение Б

Результаты первичной диагностики респондентов на этапе констатирующего эксперимента

Таблица Б.1 – Результаты первичной диагностики респондентов на этапе констатирующего эксперимента

Респондент	Возраст	Стаж (в годах)	Семейный статус	STAI_1	STAI_2	MAS	SPB
1	28	2 – 5	Замужем	23	32	2	47
2	28	2 – 5	Замужем	48	45	25	25
3	29	2 – 5	Замужем	47	46	26	27
4	30	2 – 5	Замужем	25	33	3	50
5	35	5 – 10	Замужем	46	47	28	22
6	38	5 – 10	Замужем	27	41	16	35
7	38	5 – 10	Замужем	49	49	25	29
8	39	5 – 10	Замужем	32	42	17	34
9	40	10 – 20	Замужем	48	45	30	24
10	40	10 – 20	Замужем	46	46	32	28
11	41	10 – 20	Замужем	26	34	5	48
12	41	10 – 20	Замужем	35	35	16	40
13	41	10 – 20	Замужем	47	50	27	27
14	41	10 – 20	Замужем	33	39	6	37
15	41	10 – 20	Замужем	23	40	13	34
16	41	10 – 20	Замужем	46	48	38	19
17	42	10 – 20	Замужем	22	36	4	52
18	42	10 – 20	Замужем	53	47	34	26
19	42	10 – 20	Замужем	48	47	33	23
20	42	10 – 20	Замужем	29	24	3	48
21	43	10 – 20	Замужем	31	37	11	44
22	43	10 – 20	Замужем	46	45	35	29
23	43	10 – 20	Замужем	35	42	10	32
24	43	10 – 20	Замужем	46	47	27	25
25	44	10 – 20	Замужем	24	25	4	46
26	44	10 – 20	Замужем	40	40	10	37
27	44	10 – 20	Замужем	48	46	12	43
28	44	10 – 20	Замужем	47	45	28	26
29	44	10 – 20	Замужем	23	25	3	46
30	44	10 – 20	Замужем	41	34	10	47
31	44	10 – 20	Замужем	46	50	24	27
32	44	10 – 20	Замужем	25	27	2	48
33	44	10 – 20	Замужем	49	49	29	28
34	44	10 – 20	Замужем	52	48	43	26
35	44	10 – 20	Замужем	24	28	3	48
36	44	10 – 20	Замужем	49	45	32	27
37	44	10 – 20	Замужем	25	24	2	48
38	44	10 – 20	Замужем	47	48	34	29
39	44	10 – 20	Замужем	46	49	15	33
40	44	10 – 20	Замужем	33	23	12	45
*STAI_1 – личностная тревога, STAI_2 – ситуативная тревога							

Приложение В

Результаты повторной диагностики респондентов на этапе контрольного эксперимента

Таблица В.1 – Результаты повторной диагностики респондентов на этапе контрольного эксперимента

Респондент	Возраст	Стаж (в годах)	Семейный статус	STAI_1	STAI_2	MAS	SPB
1	28	2 – 5	Замужем	-	-	-	-
2	28	2 – 5	Замужем	44	40	23	29
3	29	2 – 5	Замужем	45	42	26	30
4	30	2 – 5	Замужем	-	-	-	-
5	35	5 – 10	Замужем	43	44	25	26
6	38	5 – 10	Замужем	-	-	-	-
7	38	5 – 10	Замужем	48	40	20	33
8	39	5 – 10	Замужем	-	-	-	-
9	40	10 – 20	Замужем	48	42	26	30
10	40	10 – 20	Замужем	44	41	30	32
11	41	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
12	41	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
13	41	10 – 20	Замужем	42	49	20	29
14	41	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
15	41	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
16	41	10 – 20	Замужем	45	48	33	25
17	42	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
18	42	10 – 20	Замужем	51	45	30	27
19	42	10 – 20	Замужем	45	46	31	23
20	42	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
21	43	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
22	43	10 – 20	Замужем	41	41	31	30
23	43	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
24	43	10 – 20	Замужем	40	42	26	28
25	44	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
26	44	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
27	44	10 – 20	Замужем	40	45	10	43
28	44	10 – 20	Замужем	47	42	25	29
29	44	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
30	44	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
31	44	10 – 20	Замужем	42	49	20	30
32	44	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
33	44	10 – 20	Замужем	45	44	25	29
34	44	10 – 20	Замужем	50	40	40	29
35	44	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
36	44	10 – 20	Замужем	48	45	32	29
37	44	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
38	44	10 – 20	Замужем	45	45	29	29
39	44	10 – 20	Замужем	40	46	12	35
40	44	10 – 20	Замужем	-	-	-	-
*STAI_1 – личностная тревога, STAI_2 – ситуативная тревога							