

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 Использование техник когнитивно-поведенческой терапии в семейном
консультировании

Обучающийся

С.А. Егоров

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный

руководитель

д-р пед. наук, доцент О.П. Денисова

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Семейное консультирование: задачи и подходы.....	9
1.1 Задачи психолога в семейном консультировании.....	9
1.2 Развитие когнитивно-поведенческих направлений.....	13
1.3 Принципы когнитивно-поведенческой терапии.....	26
Глава 2 Эмпирические исследования консультирования семейных пар с применением техник когнитивно-поведенческой терапии.....	35
2.1 Организация и методы исследований.....	35
2.2 Социально-демографические характеристики выборки.....	38
2.3 Структура психологической консультации с применением техник когнитивно-поведенческой терапии.....	41
2.4 Результаты исследования эффективности психологической консультации с применением техник когнитивно-поведенческой терапии в семейном консультировании.....	45
2.4.1 Анализ первичных результатов тестирований экспериментальной и контрольной групп.....	45
2.4.2 Результаты первичного и повторного тестирования контрольной группы.....	49
2.4.3 Результаты первичного и повторного тестирования экспериментальной группы.....	51
2.4.4 Анализ результатов тестирования экспериментальной и контрольной группы.....	54
Заключение.....	59
Список используемой литературы.....	61
Приложение А Таблицы первичных и повторных данных.....	66

Введение

Актуальность проблемы исследования. Резкие общественные изменения с периода начала специальной военной операции (СВО), очередной раз сильно повлияло на качество жизни населения Российской Федерации. Миграционные волны населения, вызванные нежеланием попадать под мобилизационный призыв, а также желанием сохранить жизнь и здоровье на территориях находящихся в зоне боевых действий, ведут к переезду населения за пределы России, или к смене места жительства внутри страны. В следствии военных действий происходит смена приоритетов с выпуска гражданской продукции на военную, множество промышленных предприятий и других отраслей испытывают трудности с финансированием, что в свою очередь ведет к финансовым трудностям работающих сотрудников. Тревога за будущее и неизвестность отрицает влияет на психологическое здоровье населения. В данных условиях наибольшему стрессу и экономическим трудностям подвержены семьи - малые социальные группы общества, тяжело принимающие на себя последствия происходящих событий, что в следствии ведет к росту уровня депрессий и тревожности [28]

По мнению Соловьева Н. Я. «семья — ячейка общества (малая социальная группа), важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях — отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сёстрами и другими родственниками, живущими вместе и ведущими совместное хозяйство» [43, с. 10].

Довольно часто:

- семьи имеют не полный состав - отсутствует один из родителей, что создает финансовые и организационные трудности;
- мать в период беременности, или воспитания ребёнка финансово менее защищена;
- семья менее мобильна в следствии наличия несовершеннолетних детей, или родственников, находящихся на попечении.

Всё это не позволяет быстро совершить переезд, сменить работу, отказаться от старых связей.

Еще до начала СВО в Российской Федерации наблюдается стабильно высокая статистика разводов. По данным Росстата за 2022 год количество браков в Российской Федерации составило 1053756, число разводов 682850, процентное соотношение количества разводов к количеству заключённых браков за 2022 год составляет 64,8%. Не лучшая статистика была и в предыдущие годы.

Так, например, количество браков в 2013 году 1225501, количество разводов 667971, т. е. процентное соотношение количества разводов к количеству заключённых браков за 2013 год составляет 54,5%.

В 2003 году число браков составило 1091778, число разводов 798824, процентное соотношение количества разводов к количеству заключённых браков за 2003 год составляет 73,2%.

В связи с началом специальной военной операции произошло присоединение ряда территории, однако произошли значительные миграции населения за пределы Российской Федерации.

Приведем количество постоянно проживающего населения по годам:

- 2003 год 145,0 млн. человек;
- 2013 год 143,3 млн. человек;
- 2018 год 146,9 млн. человек;
- 2020 год 146,7 млн. человек;
- 2022 год 147,0 (без учета присоединенных территорий);
- 2023 год 146,4 (без учета присоединенных территорий).

Некоторое увеличение населения фиксируется за счет миграций в том числе из стран СНГ и Украины, однако она дает незначительный и временный эффект.

По данным Росстата общий прирост постоянного населения стабильно сокращается, так убыль за 2020, 2021 и 2022 года составила 577575, 613439 и 532637 человек. Идет устойчивое уменьшение рождаемости.

Очевидно, что миграции семей и мужского населения, мобилизации, смертность в зоне боевых действий, высокая статистика разводов, ухудшающиеся экономические условия увеличат убыль населения, и приведут к росту уровня депрессии среди населения [38].

Психологическая поддержка семьям в виде семейного консультирования в данных условиях будет весьма полезна [39].

В рамках изучения темы обнаружены следующие противоречия:

- не смотря на наличие и изученность множества методов в индивидуальном психологическом консультировании, имеющиеся данные не позволяют выявить максимально эффективные методы для работы с семейными запросами, как в рамках индивидуального консультирования супругов, так и в работе в системном семейном подходе;
- все еще отсутствуют максимально эффективные способы профилактики и коррекции, легко встраивающиеся в динамичные условия жизни семьи, с высокой занятостью членов семьи, и ограниченностью во времени, которое можно было бы затратить на психологическую помощь без ущерба для других значимых сфер жизни;
- не смотря на значительные исследования в различных направлениях когнитивно-поведенческой терапии, всё еще мало данных по возможностям их использования в семейном консультировании [11].

Объект исследования: эмоциональные проявления в семье.

Предмет исследования: особенности эмоциональных проявлений у супругов при проведении психологических консультаций с использованием техник когнитивно-поведенческой терапии.

Цель исследования: изучение изменения уровня депрессии и тревоги супругов в процессе психологического консультирования с применением техник когнитивно-поведенческой терапии.

Гипотеза исследования:

Психологическое консультирование супругов семей с использованием техник когнитивно-поведенческой терапии ведет к улучшению психоэмоционального состояния супругов.

Задачи исследования:

- проанализировать теоретическую литературу по семейному консультированию, по проблемам использования техник когнитивно-поведенческой терапии в семейном консультировании в отечественной и зарубежной психологической литературе;
- выявить наличие нарушений функций семьи, нарушений структуры и наличия кризисных состояний, определить их уровень и направленность;
- разработать и апробировать коррекционную программу с использованием метода когнитивно-поведенческой терапии для снижения уровня депрессии и тревоги;
- проанализировать полученные результаты и сделать выводы в соответствии с целью исследования.

Теоретической и методологической основой исследования послужили:

- эмпирическая психотерапия К. Витакера;
- семейная системная психотерапия М. Боуэна;
- классическое обуславливание И.П. Павлова;
- оперантное обуславливание Б.Ф. Скиннера;
- когнитивно-поведенческая терапия А.Т. Бека.

Методы исследования: теоретические методы (анализ и обобщение литературных источников по проблеме исследования); метод психодиагностики; экспериментальный метод; математико-статистические методы анализа.

Методики исследования:

- социально-демографическая анкета;
- шкала тревожности Спилбергера –Ханина;
- шкала депрессии Бека;

– шкала тревоги Бека.

Новизна исследования представлена использованием методов когнитивно-поведенческой терапии для профилактики и коррекции негативных эмоциональных состояний супругов, улучшению межличностных отношений супругов.

Экспериментальная база исследования: исследование проводилось на базе юридической фирмы ООО «НОРДИС Консалт». В исследовании участвовали 40 человек от 23 до 63 лет, состоявших в браке, всего 20 семейных пар. Из 20 пар 10 имели несовершеннолетних детей, и 10 не имели детей.

Уникальность и новизна исследования состоит в разработке и проведении автором консультаций с семейными парами на основе метода «Когнитивно-поведенческая терапия» (КПТ). Результаты исследований позволяют теоретически и практически обосновать применения техник КПТ в семейном консультировании, как сотрудников юридической организации, так и их клиентов.

Теоретическая значимость исследовательской работы: результаты исследования дополняют новыми знаниями и представлениями о использовании методов когнитивно-поведенческой терапии для профилактики и коррекции негативных эмоциональных состояний супругов, ведущих к улучшению межличностных отношений семейных пар.

Практическая значимость исследовательской работы: результаты исследования могут быть использованы психологами-консультантами в рамках семейного консультирования.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечена проведением исследования с опорой на теоретические положения, выбором методов исследования, адекватным целям и задачам, их количественным и качественным, разработкой и проведением краткосрочного консультирования, обработкой полученных результатов.

Апробация исследования:

С целью апробации исследования была опубликована научная статья «Особенности формирования кризисов и травм в семье» в журнале «Актуальные исследования» #46 (176), ноябрь 23.

Структура работы:

Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложения.

В введении показана актуальность исследуемой темы и описан научный аппарат работы, включающий объект, предмет, цель, гипотезу, задачи, новизну, уникальность, теоретическую и практическую значимость, методы и методики исследования.

В первой главе рассматриваются характеристики семьи, обозначаются задачи психолога, направленные на обеспечения благоприятного поддержания данных характеристик. В главе рассмотрены методы семейного консультирования, произведен анализ авторов, изучающих семейное консультирование, рассмотрены когнитивно-поведенческие направления и техники.

Вторая глава содержит эмпирического исследования, показывающие изменения уровней депрессии и тревожности, после проведения семейных консультаций с использованием техник когнитивно-поведенческой терапии.

В заключении отражены основные выводы исследования и полученные результаты. В списке литературы представлено в 57 источников. Текст работы содержит: 17 таблиц, 9 рисунков и 1 приложение.

Глава 1 Семейное консультирование: задачи и подходы

1.1 Задачи психолога в семейном консультировании

Семья, являясь малой социальной группой общества играет значительную роль, как в жизни отдельной личности, так и в жизни общества в целом.

По мнению Эйдемиллера Э. Г. [33, с. 3] «семейная психотерапия – это переговоры членов семьи с участием и при помощи психотерапевта, выступающего в роли переводчика, посредника и инициатора изменений с целью оптимизации семейного функционирования».

«Главнейшими характеристиками семьи являются функция, структура и динамика» [44]. Опираясь на данные характеристики, определим задачи психолога консультанта в работе с семьями.

По словам Эйдемиллер Э. Г. и Юстицкис В. В.: «Жизнедеятельность семьи, непосредственно связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов называется функцией семьи» [44, с 5].

«Воспитательная функция. Служит удовлетворению личных потребностей супругов в отцовстве и материнстве, в общении с детьми, в воспитательной деятельности, в реализации через детей» [44, с 48].

«Хозяйственно-бытовая функция заключается в удовлетворении материальных потребностей: проживания на общей территории, питания, отдыха» [21].

Эмоциональная функция семьи включает взаимную поддержку, симпатию, уважение. Функция обеспечивает эмоциональную стабильность и сохранность психологического здоровья членов семьи.

Функция духовного (культурного) общения направлена на совместное времяпровождение, духовное обогащение членов семьи.

«Функция первичного социального контроля направлена на соблюдение социальных норм членов семьи» [44, с 121].

Сексуально-эротическая функция. Реализуя данную функцию супруги удовлетворяют сексуально-эротические желания, а с точки зрения общества – это ведет к появлению новых членов общества.

Нарушение функции семьи называют дисфункциональные особенности жизнедеятельности, препятствующие выполнению функций семьи [42].

Отсюда следует обозначить первую группу задачу психолога – помочь устранить нарушение функций семьи, или же постараться свести к минимуму последствия нарушений функций семьи, или их восприятию [2].

Под структурой семьи понимают количество и состав входящих в нее членов, а также характер их взаимоотношений. Анализ структуры позволяет ответить на вопросы: кто в семье является руководителем и исполнителем, каким образом реализованы права и обязанности членов семьи. «С данной точки зрения можно выделить авторитарные семьи, где руководство сосредоточено в руках одного из членов семьи, и демократические семьи, где руководство распределено между разными членами» [31]. В нашей стране наиболее распространена структура семьи, включающая супругов, иногда одного-двух родителей и детей.

«Принципиальная структура человеческой семьи характеризуется термином ядерная семья. Термин возник в следствии ряда наблюдений, указывающих на наличие единого эмоционального ядра. К данному ядру испытываю привязанность как члены семьи, так. В данном случае семья является суммой индивидуумов, привязанных к единому эмоциональному ядру» [2].

В следствии смерти или появления новых членов (брак, рождение) возможны изменения конфигурации. По мнению Карла Бэйкера: «Люди всегда формировали некое целостное объединение из родителя и детеныша. Воспитатели могут быть разными, но человеческий организм при любой возможности стремится к образованию единицы родитель-дитя. По всей видимости, эта единица является частью эмоциональной системы человека» [2, с. 117]. В большинстве случаев именно родительская пара является ядром семьи. В период внутриутробного развития роль первоначального ядра принадлежит матери. Не смотря на наличие различных вариантов участия родителей и других

членов семьи в воспитании детей, в большинстве случаев: «мать продолжает выполнять данную функцию в течение всей своей жизни, являясь основным компонентом эмоционального ядра» [2, с. 67].

В результате перехода от традиционного к индустриальному обществу происходит переход от традиционной семьи к нуклеарной [32]. Нуклеарной семьей называют семью в состав которой входят один или двое родителей, и дети. В России данный переход начал происходить в XX веке под влиянием индустриализации и урбанизации. Однако на сегодняшний день этот процесс не завершен. В качестве основной причины стоит отметить высокую стоимость недвижимости, что частично решается арендой. Часто автор наблюдает ситуации, когда дети, достигшие совершеннолетия, сознательно не хотят работать и обеспечивать себя, или не делают это в следствии эмоциональной незрелости. Самым распространенным типом семьи является семья состоящая из трех поколений. В западном обществе это характерно для нижних слоев населения, в России встречается повсеместно. Несмотря на возможность получения большей поддержки, проживание в них требует большей гибкости. Ошибкой является попытка сосредоточиться на работе с нуклеарной семьей, входящий в ее состав. В этой семье роль матери может занимать бабушка, так же, кто либо, из старшего поколения может заниматься материальным обеспечением супругов и их детей (внуков). Психологу в данных случаях, необходимо помочь реорганизоваться супругам, помочь родителям занять отведенные им хозяйственно-бытовые и воспитательные функции.

Возможно существование разных типов семей, начиная от родителя – одиночки и ребенка и заканчивая несколькими нуклеарными семьями, оказывающими влияние друг на друга, и представляющим из себя объединение, связанное членами старшего поколения, например бабушкой и дедушкой с множеством правнуков, внуков и детей.

Учитывая это, мы можем выделить вторую группу задачу психолога направленных на коррекцию структуры семьи, подготовку к изменению

количества и состава участников, а также изменения характера их взаимодействия.

Под динамикой семьи понимают изменение функций и структуры семьи в процессе жизнедеятельности.

По утверждению Карла Витакера: «Развитие здорового брака имеет свои характерные черты. Главная из них, по-моему, это, что брак есть постоянная психотерапия двух цельных личностей, процесс изменения, котором человек может отдать некоторые свои личные права, привилегии и способности в обмен на возможность принадлежать паре, более сильной, чем оба супруга поодиночке, паре, дающей каждому силу, необходимую для борьбы с социальными и культурными структурами, которые их окружают» [9, с. 75]

Согласно ряду авторов переход из одной стадии в другую сопровождается нормативным семейным кризисом [21]. А в следствии смерти одного или нескольких членов, в случае развода, смерти супруга или ребенка, заключения супруга под стражу, и в других непредвиденных случаях, испытывает ненормативный кризис. Данные исследования освещены в работах таких авторов как: Пономарева И. М. [25], Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. [29], Рупперт Ф. [30].

С кризисами семья сталкивается с момента ее образования. Проблема высокой вероятности разводов освещалась еще в середине прошлого века в трудах Карла Витакера и Огастуса Нейпира [20]. По их мнению, складывается впечатление, что часто, в начале семейной жизни супруги чувствуют себя неуверенно и зависимы друг от друга. Им приходится жертвовать своими интересами, чтобы сохранить брак, что приводит к повышению уровня неудовлетворенности. С одной стороны супруги боятся разойтись, с другой – растет уровень неудовлетворенности. Отсутствие решений приводит к отказу от нахождения в браке, не пережив внутреннего напряжения супруги стремятся любой ценой стать отдельными личностями. Отсутствие независимости супругов друг от друга, отсутствие двух независимых личностей и является основной проблемой брака.

По мнению Витакера «Процесс роста по-настоящему начинается с того, что семья обретает мужество и рискует встать в более личностную позицию по отношению друг к другу. Важно саможелание начать путешествие, а не то, насколько ясно намечен путь. При этом включенность терапевта в семейную систему должна быть нацелена не на избавление их от тревожности, а скорее на трансформацию их тревожности в нечто полезное и продуктивное» [2, с 84].

Отсюда возникает третья группа задач семейного психолога – оказать помощь семье в переживании кризисных ситуаций, как нормативных, в следствии естественной динамики семьи, так и ненормативных, вызванных непредвиденными изменениями.

1.2 Развитие когнитивно-поведенческих направлений

В группу работающих в поведенческом и когнитивно-поведенческом направлении входит множество направлений, которые можно объединить термином «три волны когнитивно-поведенческой терапии». К первой волне относят представителей бихевиоризма. Самыми известными представителями второй волны являются Аарон Бека с когнитивно-поведенческой терапией (когнитивно-бихевиоральная терапия, КПТ, *cognitive behavioural therapy*, CBT), и Альберт Элис с рационально-эмоциональной поведенческой терапией (РЭПТ, *rational emotive behavior therapy*). К третьей волне относят такие направления как: терапия принятия и ответственности (АСТ), диалектическая поведенческая терапия (DBT), схема-терапия [45 и другие методы рассматривающие. Терапия принятия и ответственности (АСТ) представляет большой интерес, например, в связи с тем, что основано на принципах осознанности и принятия [17].

Становление бихевиоризма тесно связана с классическим обусловливанием (респондентное обусловливание) [16]. Первым ученым, подробно описавшим образование новых отношений с помощью рефлексов между стимулом и реакцией, стал Иван Петрович Павлов (1849-1936).

Изначально Павлов был сосредоточен на работе пищеварительной системы, изучая условия, в которых выделяются пищеварительные соки [23]. Наличие различных химических субстанций во рту и желудке вело к рефлекторной активности пищеварительных желез. В процессе наблюдения было замечено, что периодически под воздействием различных факторов слюна выделялась и когда рот был пуст, что было названо «психогенной секрецией». Предполагалось, что воспоминания о еде, или вид лаборанта напоминали ей о предыдущем приеме пищи, однако это невозможно было описать в рамках строгой теории пищеварения.

Павлову удалось организовать комплекс контролируемых стимулов, которые можно было описать с помощью физических терминов. Вместо случайных событий, предшествующих кормлению, были выстроены точные режимы сочетающие контролируемые стимулы и еду. В результате исследований были получены важные количественные соотношения, позволяющие изучать поведение с точки зрения образования условных рефлексов. Как описывает Павлов И. П. «Эти рефлексы условны, временны. Это составляет их главную характеристику и отличает от старых, простых рефлексов, давно изучаемых физиологией. Их временный характер проявляется в двух видах: они образуются, когда их раньше не было, и могут опять исчезнуть навсегда, а кроме того., когда они существуют они часто колеблются в размере и нередко до полного исчезновения, то на короткое время, то постоянно при определенном условии» [24 с 55].

Избегая сторонних стимулов, еда помещалась в рот после или во время звукового или светового сигнала. В результате исследований стало ясным, что звук и/или световой сигнал приобретает способность вызывать секрецию без еды, произошел процесс замещения символа. Это было названо процессом обусловливания, процесс замещения стимула, в результате которого ранее нейтральные стимулы способны вызывать реакцию аналогичную реакции получаемой от других стимулов [54]. Павлов изучал роль времени между нейтральными стимулами и подкреплением, контроль поведения в результате

демонстрации различных свойств стимула, а также «угасание», когда не подкрепляемый обусловленный стимул теряет способность вызывать нужную реакцию. В результате экспериментов удалось рассмотреть процесс слюноотделения используя термины стимул и реакция, в истории условного научения, вывести количественные закономерности между свойствами нейтральных сигналов и количеством выделяемой слюны.

Рефлексы важны для благополучного существования организмов. Как отмечает Б.Ф. Скиннер «Пищеварительные процессы прекратились бы, если бы определенные жидкости не вырабатывались при попадании пищи в желудок. Рефлекторное поведение, вовлекающее внешнюю среду, важно по той же самой причине. Когда собачья лапа получает повреждение, соприкоснувшись с острым объектом, очень важно, чтобы конечность могла быть быстро согнута и таким образом убрана из опасного места» [34 с. 63]. Не менее важен для выживания и процесс обусловливания. Так как среда от поколения к поколению меняется рефлекторные ответы не всегда могут передаваться в качестве врожденных механизмов. «Поскольку природа не может, так сказать, «предвидеть», что некий особо выглядящий объект непременно будет съедобным, эволюционный процесс может лишь предоставить механизм, благодаря которому индивид будет в состоянии самостоятельно приобрести реакции по отношению к особым признакам данной конкретной среды, после их обнаружения» [34 с. 64].

Несмотря на то, что процесс условного научения раздвигает границы стимулов, он не позволяет описать всё поведение в рамках стимульного контроля. Согласно формуле замещения стимулов, реакция должна быть вызвана до того, как будет обусловлена. Условные рефлексы основаны на безусловных, представляющих из себя малую часть общего поведения организма, что не позволяет применить «теорию условных рефлексов» ко всему поведению в целом. Как отмечал Павлов И. П.: «Наши рассуждения, относящиеся к фактам, полученным строго объективным путем, носят особый характер, наши факты мыслятся в форме пространства и времени; у нас это совершенно естественно-научные факты. Психологические же факты мыслятся только в форме времени,

и понятно, что такая разница в мышлении не может не создать известной несоизмеримости этих двух видов мышления. Это одно обстоятельство. Другое обстоятельство заключается в том, что нельзя сравнивать сложность явления, которое мы имеем, с теми, которые имеются в руках психологов. Ясно, что деятельность нервной системы человека чрезвычайно превосходит своей сложностью деятельность нервной системы собаки» [24 с. 104]

В 1898 году Эдвард Ли Торндайк предпринимает первые попытки изучения изменений, производимых последствиями поведения [22]. Основываясь на непрерывности видов Чарльз Роберт Дарвин (1809 - 1882) предположил, что человек не является единственным существом способным мыслить. Распространяя понятия ранее применимые к поведению человека на поведение животных, например, демонстрацию «силы разума», было сделано предположение, что существование внутренних мыслительных процессов не является необходимым для описания поведения животных. Впоследствии, много лет спустя, предположение об отсутствии необходимости связи мыслительных процессов с поведением, было рассмотрено и применительно к поведению человека. Эксперименты с альтернативным объяснением мышления животных выступили важным шагом в данном направлении. Помещая кошку в ящик, из которого она могла выбраться, только решая ряд задач, Торндайк установил, что кошка демонстрирует множество видов поведения, некоторые из которых приводят к успешному результату, решая задачи по освобождению, как «мыслящее» человеческое существо, но с более медленными результатами. По мнению Торндайка у нее отсутствовали «мыслительные процессы», поведение кошки было «запечатлено», так как за ним следовало открывание двери, что было названо в последствии «законом эффекта» [40]. Вводится понятие «кривая научения», описывающая промежутки времени, требующиеся для освобождения. Они демонстрируют процесс отбора и реорганизаций отдельных видов поведения, возникающих в сложных ситуациях, однако не до конца описывают свойство поведения животных, отражая в большей степени свойства самого проблемного ящика или лабиринта. Был сделан вывод о том, что

поведение, в результате приводящее к приятным последствиям повторяется чаще, чем поведение, ведущее к неприятным.

Продолжая исследования Торндайка, Беррес Фредерик Скиннер (1904-1990) вводит понятие оперантного обусловливания. Работая в университете Гарварда, Скиннер проводил исследования на животных. В частности, изучал поведение голубей. За голубем, запертым в ящике, в последствии названный «ящиком Скиннера», производилось наблюдение. В случае выполнения голубем каких-либо изначально случайно выбранных действий, например, поднятие головы выше определенной высоты, он получал вознаграждение в виде еды. В ходе многочисленных экспериментов были получены одни и те же результаты: получая подкрепление в виде еды, уже через пару минут голова голубя уже не опускалась ниже уровня, за которым следовало получения вознаграждения. Отвергая идеи Торндайка об «обучении с помощью проб и ошибок», а также отрицая идеи «научения» получать еду, или «появлении привычки», Скиннер рассматривал поведение без какой-либо привязки к предшествующему стимулу. Для действия по поднятию головы выше заданного уровня вводится термин оперант, являющийся множеством действий, выходящих за заданную границу. Оперант выражается в рамках физического поведения – поднятие головы выше заданного уровня.

В экспериментах с собаками Павлов называл события, усиливающие поведение «подкреплением», а все производимые изменения «обусловливанием». В экспериментах Павлова (классическое обусловливание) повышается величина реакции, вызванной условным стимулом, и сокращается время между стимулом и реакцией. При этом подкрепляющий стимул воспроизводился одновременно с безусловным стимулом.

В отличие от классического обусловливания, в оперантном поведении, подкрепляющий стимул случайно зависит от реакции, и является отдельным процессом. В оперантном обусловливании путем вознаграждения в виде еды происходит «усиление» операнта, реакция делается более частой. Еда выступает в качестве подкрепляющего стимула (подкрепителя), а ее предъявление -

подкреплением. Оперант определяется свойством, от которого зависит подкрепление, - выстой, на которую нужно поднять голову. А оперантным обусловливанием выступает изменение частоты, с которой поднимается на заданную высоту голова.

По мнению Скинера довольно часто мы наблюдаем генерализованные подкрепители, когда условный подкрепитель сочетается с двумя и более первичными подкрепляющими стимулами. В данном случае состояние организма, например, наличие голода, не так важно. Многие первичные подкрепители требуют преобразования окружающей среды: добывание, приготовление пищи, получение удовольствия от секса, размножения. Генерализованные подкрепления интересны тем, что условный подкрепитель связан с большим количеством подкрепителей, соответствующим различным состояниям, а значит проще добиться частоты возникновения одного из этих состояний.

Часть генерализованных подкрепителей образуются при участии других людей. К ним следует отнести внимание. В качестве примера следует привести ребенка, ведущего себя плохо, чтобы добиться внимания взрослых. Внимание имеет подкрепляющий эффект, так как в свою очередь ведет к получению других подкреплений, в этом случае внимание от людей, от которых можно с большей вероятностью получить подкрепление выступает сильнейшим генерализованным подкрепляющим стимулом: от близких родственников, учителей, друзей. Другим генерализованным стимулом является одобрение. Одобрение успешно используется в образовании, для формирования и корректирования поведения людей. Значительно более сильным генерализованным подкрепителем выступает любовь, сильно связанная с первичным подкрепляющим стимулом – сексуальным контактом, и генерализуется, если человек дающий любовь демонстрирует другие виды подкрепления.

Довольно часто в качестве генерализованного подкрепителя выступает покорность. Задиристого человека подкрепляют знаки трусости со стороны

оппонентов, уважение и престиж позволяют как правило гарантируют определенное поведения со стороны окружающих, и более заметны внимания одобрения и любви.

К генерализованным подкрепителям следует отнести подкрепление деньгами, в данном случае последующий контроль независим от кратковременных деприваций. Формирование поведения с помощью денежных расчетов позволяет сформировать четкую зависимость последствий (получения платы) от поведения, выполняемых действий [37].

Очевидна важность наличия депривации в оперантном обусловливании. Наличие питания, секса, возможности избежать опасных условий благополучны для организма. Индивид, подкрепляющийся данными событиями, будет гарантировано приобретать высоко эффективное поведение.

Рассмотрим техники контроля над поведением других людей.

«Применение физической силы является техникой, приносящей наиболее быстрые и эффективные результаты для тех, кто обладает необходимыми возможностями. Крайняя форма сдерживания - это смерть: поведение индивида сдерживается путем его убийства. Менее экстремальные формы включают использование наручников, смирительных рубашек, тюремных камер, концентрационных лагерей и так далее. Все они подразумевают жесточайший контроль, часто во имя сугубо эгоистичных интересов, но даже высоко цивилизованные сообщества используют физическое ограничение для контроля детей, преступников или буйно помешанных» [34 с. 363]. Не смотря на эффективность использование силы имеет множество недостатков: порождает высокий уровень сопротивления, требует значительного внимания, малоэффективно в сдерживании поведения на личном уровне, не подходит для сторон, ограниченных в наличии данной силы. Хорошую эффективность показывает манипулирование стимулами, а именно предоставление безусловных и условных стимулов, для формирования рефлекторных реакций. Манипулирование стимулами позволяет контролировать поведение других

людей. Хорошо работает соединение условных и безусловных рефлексов. К примеру, соединяя условные и безусловные реакции можно:

- создать дискриминативные стимулы, например, предлагая дегустацию, используя запахи и привлекательную выкладку товаров, провоцируя покупателя к приобретению определенных продуктов;
- устранить поведение, использовать стимулы для вызывания несовместимых с ним реакций, например, используя дресс-код, или правила общения в коллективе;
- выработать отвращение к употреблению алкоголя и другому аддиктивному поведению.

Для формирования поведения используется подкрепление и наказание.

Подкрепляющие события можно разделить на два вида – положительные и отрицательные подкрепления. В качестве положительного подкрепляющего стимула (положительное подкрепление) могут выступать такие генерализованные подкрепители как внимание, одобрение, любовь, покорность, финансовые и материальные вознаграждения. Так же, первичные подкрепители, например, еда, сексуальные взаимоотношения, демонстрация физических параметров (красоты и силы).

«Отрицательные подкрепители называют также «отвращающими» в том смысле, что «отвратительны» для организма. Этот термин указывает на пространственное удаление – будь то отталкиванием или бегством - от подкрепителя, но здесь важно именно отношение во времени. В стандартной аппаратуре, используемой для изучения этого процесса в лаборатории, выбранный произвольно акт поведения ослабляет отвращающий стимул или прекращает его» [36]. В качестве отрицательного подкрепляющего стимула (отрицательное подкрепление) может выступать процесс устранения неприятного действия, например, устранение шума, света, боли. Активное уклонение от авersiveного стимула также может использоваться в качестве отрицательного подкрепления.

В качестве наказания выступают предъявление отрицательного подкрепителя (положительное наказание), или устранение положительного подкрепителя (отрицательное наказание). Отрицательными подкрепителями со стороны других людей могут выступать: насилие, порицание, бойкот, осуждение, третирование, и другие формы поведения направленные на снижение тенденции вести себя определенным образом. В случае устранения положительного подкрепителя изначально выбирается приятный стимул, или группа стимулов, которые отбираются для корректировки поведения. В этом случае стимул, предшествующий аверсивному удалению положительного подкрепителя начнет действовать как условный отрицательный подкрепитель [1].

Стимулы в жизни людей оказывают постоянное воздействие на организм, при этом функциональное отношение к оперантному поведению является другим, чем при рефлексе: оперантное поведение скорее эмитируется, чем вызывается. Описывая существующую контингенцию, следует указать, что стимул является условием, при котором реакция (в случае с голубем вытягивание шеи) сопровождается последующим вознаграждением. Процесс, в результате которого воспроизводится подобное положение вещей, называется дискриминацией. В случае установленной дискриминации появляется возможность изменять вероятность реакции, путем предъявления или устранения дискриминативного стимула.

Оперантное поведение является вариантом стимульного контроля, так как малое количество реакций подкрепляется самим организмом, без учета вмешательства внешних условий. Подкрепление, получаемое приспособлением к условиям окружающей среды, содержит стимуляцию. Контроль со стороны условий среды несет в себе важное биологическое значение. Поведение было бы хаотичным, если бы происходило одинаково при любых условиях, так как реакция происходит в тех случаях, когда подкреплена, является важным преимуществом для организма. Если рассматривать управление людьми, то оперантное обусловливание описывает способы управления людьми, как сделать их поведение более вероятными. По мнению Скиннера Б.Ф. [35] со стороны

государства чаще используется негативное подкрепление в виде угроз наказания, реже позитивное в виде товаров, денег, оперантное обуславливание широко присутствует в обучении и межличностных отношениях.

Мы полагаем, что, несмотря на возникновения множества психологических направлений, после становления бихевиоризма, изучение респондентного и оперантного обусловливания необходимо. А использование оперантного обусловливания, в силу его доступности, может быть эффективно как в личном, так и в семейном консультировании.

Еще в конце девятнадцатого века Вильгельм Максимилиан Вундт рассматривал психологию в качестве науки способной понять внутреннюю жизнь человека и помочь управлять ею. Вундт отрицал наличие бессознательных психических процессов, сознание, по его мнению, состояло из отдельных элементов, образующих при соединении между собой представления, отражающие объективную действительность. По аналогии с изучением сложного механизма, Вундт пытался изучать человеческое сознание путем деления его на составные части. Так, к примеру Вундт предполагал, что мимика возникла из элементарных ощущений, и отражает эмоциональный тон. Вслед за элементарными, развиваются сложные эмоции, отражая их тон. По мнению Вундта [10] эмоции имеют три полюса:

- удовольствие/неудовольствие, выражающие наше отношение к происходящим событиям;
- возбуждение/успокоение, отражающие активность организма;
- напряжение/разрядка отражающие величину напряжения.

Эмоции, отражая внутренние переживания тесно связаны с физиологическими реакциями.

Однако под авторитетом развивавшегося бихевиоризма, исследования внутренних процессов сознания отошли на задний план.

С течением времени, в процессе развития компьютерных наук, развития кибернетики, стало понятно об отсутствии представления как работает человеческое сознание.

В середине двадцатого века возникает интерес к когнитивной психологии. 11.09.1956 года в Массачусетском технологическом институте произошла встреча, положившая начало когнитивной революции в психологии. Среди присутствующих были:

- Джордж Армитаж Миллер, доктор философии по психологии Гарвардского университета, с 1969 президент Американской психологической ассоциации;
- Герберт Александер Саймон, ученый в областях политических, экономических и социальных наук, доктор политологии в Чикагском университете, профессор политологии в Иллинойском университете, профессор управления и психологии, а позже профессор компьютерных наук и психологии;
- Авроам Ноам Хомский, доктор философии Университета Пенсильванского университета, лингвист, и другие.

Присутствующие выступили с рядом докладов, выразившим интерес к мыслительным процессам головного мозга, были сделаны попытки сравнение памяти человека с оперативной памятью вычислительных машин, была произведена попытка описать мышление человека языком компьютерных программ. Ряд людей из разных научных областей заинтересовались единой тематикой – познания человеком мира. Ученых интересовали не внешнее поведение, а внутренние процессы, при этом рассуждения опирались на сопоставление человеческого сознания с работой компьютера. Что послужило началом когнитивных исследований.

Значительный вклад в изучение когнитивных и поведенческих процессов был сделан двумя учеными: Альбертом Элисом [53], автором рационально-эмоциональной-поведенческой-терапии (РЭПТ) [52], и Аароном Темкиным Беком, создателем когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) [].

Изначально Аарон Бек являлся сторонником психоаналитических концептов, однако являясь академическим психологом и психиатром указывал на нехватку эмпирических данных. Пытаясь разработать конкретные техники,

Бек проводит ряд исследований, стремящихся подтвердить психоаналитическое видение депрессии. Одновременно с этим предпринимались попытки изучить элементы образования депрессии, для проектирования модели краткосрочной терапии. В процессе исследований Бек приходит к заключению, что депрессивные пациенты стремятся к получению одобрения и принятия от окружающих людей, испытывают опасения вызвать неодобрение и быть отверженными. Бек отмечал, что его коллеги и студенты, проходящие многолетние курсы психоанализа не получали каких либо, значимых улучшений в их поведении и чувствах, а депрессивные пациенты, получая терапевтические интервенции в психодинамическом подходе приносили больше вреда, чем пользы. Наблюдая за «мазохистскими» сновидениями депрессивных пациентов, Аарен Бек отмечал, что видят себя во сне постоянными неудачниками, они, возвращаясь в реальность наблюдал, искажают факты, изменяя их в худшую сторону. То есть, как и в сновидениях, так и в реальной жизни видят происходящее с плохой стороны. «Благодаря исследованиям были сделаны выводы, как депрессивные пациенты оценивают свое текущее состояние и свое будущее. Эксперименты показали - выполнив ряд определенных заданий пациенты способны ликвидировать некоторые депрессивные симптомы» [53]. Техники были дополнены проведением экспериментов, что позволяло проверять пациентам своё видение ситуации, подтверждать или опровергать их пессимистические предположения. Развитие направления происходило под влиянием бихевиоризма, подчеркивающего важность постановки конкретных задач, и предлагавших конкретные процедуры их решения.

Аарон Бэк также отмечает важность когнитивной революции: «Понятие когнитивной революции открывает большие возможности для исследований в области психопатологии (и соответственно психотерапии) депрессий. Аналоговые исследования «субклинических» форм депрессии исходят из предположения о существовании преемственности между состояниями нормы и патологии. Если депрессивное состояние качественно отлично от недепрессивного, исследователям, вероятно, придется отказаться от некоторых

рабочих принципов (например, теории обусловливания), используемых при изучении нормальных состояний, и принять на вооружение иную парадигму» [15 с. 27].

Когнитивно-поведенческая терапия использует ряд когнитивных и поведенческих техник. По мнению Джудит Бек: «пациент:

- учиться отслеживать свои автоматические мысли;
- находить взаимосвязи между своими мыслями, эмоциями и поведением;
- анализировать факты и вырабатывать новые, более реалистичные оценки и убеждения, направленные на переосмысление опыта» [5].

В качестве поведенческих техник используется заполнение различных шкал, расписаний, выполнение поведенческих заданий. Сочетание когнитивных техник, способных опровергнуть ошибочные убеждения пациента, с поведенческими техниками, способными на практике подтвердить правильность новых, более рациональных убеждений пациента показывают большую эффективность [55].

Если сравнивать когнитивно-поведенческую терапию с психоаналитической, первая решает текущие проблемы, уделяя внимание настоящему, не углубляясь в детские воспоминания, если только они не помогают решать текущие ситуации. Когнитивно-поведенческая терапия отрицает бессознательное. Если производить исследования отличий поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии, во втором случае наблюдается более пристальное внимание к внутреннему опыту (мыслям, чувствам, эмоциям).

«Основные стратегии когнитивно-поведенческой терапии, отличающие ее от других школ, состоят в отслеживании «автоматических» мыслей, анализе промежуточных мыслей, работе с глубинными убеждениями, использует ряд техник, помогающих изменить образы мыслей, настроение и поведение» [56]. При этом когнитивно-поведенческая терапия и ее различные направления, или

отрицают наличие бессознательных процессов, или уделяют им малое внимание по сравнению с психоаналитическими направлениями.

1.3 Принципы когнитивно-поведенческой терапии

Рассмотрим некоторые принципы когнитивно-поведенческой терапии.

«Когнитивно-поведенческая терапия основывается на постоянно развивающейся формулировке проблемы пациента и индивидуальной концептуализации каждого пациента в рамках когнитивного подхода» [6 с. 24]. Рассмотрение трудностей пациента необходимо производить во временных перспективах. Необходимо определять текущий образ мыслей, вызывающих негативные эмоции, а также приводящих к проблемному поведению, которое в свою очередь усиливало первоначальные мысли. Необходимо выяснять предрасполагающие факторы, способные повлиять на текущий образ мыслей. Также следует выстраивать гипотезы о предположениях пациента – связи между событиями и их интерпретациями, ведущими к депрессии или другим негативным состояниям.

Когнитивно-поведенческая терапия основывается на крепком терапевтическом союзе. Это возможно при демонстрации своих консультативных навыков. По мнению Джудит Бек: «Эмпатические высказывания, тщательный подбор слов, тон голоса, выражение лица и язык тела помогут вам постоянно демонстрировать пациенту свою вовлеченность и понимание» [6 с. 37]. Необходимо делиться концептуализацией – делиться с пациентом появляющимся видением ситуации, что позволяет вовлекать его в терапевтический процесс, отслеживать обратную связь с пациентом.

Задача когнитивно-поведенческой терапии - научить пациента помогать себе. Время терапии должно быть строго ограничено во времени. Как отмечает Аарон Бэк: «Чтобы избежать проблем, связанных с завершением терапевтического курса, важно делать упор на обучающем характере когнитивной терапии. Терапевт должен объяснить пациенту, что для решения

определенного рода проблем ему необходимо приобрести специальные знания, опыт и навыки, что терапия - это своего рода тренинг, в ходе которого он обучается новым, более эффективным способам решения проблем. Никто не требует и не ждет, что пациент в совершенстве овладеет когнитивными и поведенческими техниками преодоления депрессии, акцент делается на другом - на росте и развитии. По окончании терапии у пациента будет достаточно времени, чтобы отточить приобретенные умения» [15 с. 231].

Сессии когнитивно-поведенческой терапии должны быть строго структурированы, иметь вводную часть, в которую обсуждается план сессии, уточняется настроение пациента, происходит обсуждение прошедшей недели, среднюю часть, в которую обсуждается домашнее задание, происходит обсуждение текущих проблемы по плану, формулируется новое домашнее задание, и завершающую часть, включающую получение обратной связи от пациента [51].

В ходе когнитивно-поведенческой терапии необходимо научить пациента отслеживать и оценивать свои дисфункциональные мысли и убеждения, и реагировать на них [19]. Множество автоматических мыслей, возникающих в течении дня способны повлиять на настроение или поведение человека. Необходимо научить выявлять ключевые когниции, и переводить их в более адаптивные убеждения, ведущие к лучшему эмоциональным состояниям, снижению возбуждения, более функциональным поведенческим стратегиям.

Когнитивно-поведенческая терапия использует ряд техник способных менять образ мыслей, настроение и поведение. По мнению Аарона Бека: «Разработка когнитивной модели основана на индуктивном методе рассуждений и эмпирических исследованиях; аналогично, клиентов обучают научному способу мышления о своих проблемах. Клиентов учат рассматривать свои убеждения как гипотезы, обращать внимание на все известные им факты и пересматривать гипотезы по мере поступления новой информации. Их также учат проводить эксперименты с целью проверки своих гипотез. Акцент в ходе терапии делается на получении клиентами фактов» [4 с. 251]

Когнитивно-поведенческому терапевту необходимо как можно чаще использовать сократический метод. Несмотря на то, что прямые рекомендации и объяснения позволяют скорректировать мысли, вызывающие тревогу, они имеют меньшую эффективность, чем сократический диалог. «Вопросы побуждают клиента к следующему: 1) разобраться в своих собственных мыслях; 2) проанализировать их на наличие когнитивных искажений; 3) заменить их на более сбалансированные мысли; 4) составить планы выработки новых моделей мышления» [4 с. 236].

Согласно когнитивно-поведенческой модели на эмоции, поведение и физиологические реакции организма оказывает влияние не сама ситуация, произошедшая с человеком, а интерпретация данной ситуации в виде как правило деструктивных мыслей, существующих параллельно с основным потоком мышления. Такая разновидность мыслей называется автоматическими мыслями, встречаются у большинства людей. Данные мысли достаточно короткие по продолжительности, их достаточно сложно отследить и осознать, но они оказывают влияние на эмоции, и поведение [50]. Терапевту необходимо научить пациента осознавать эти мысли, и проверять их на соответствие реальности. По мнению Джудит Бек: «Подобная проверка соответствия автоматических мыслей реальности и реакция на негативные мысли - обычное дело. Однако в подавленном состоянии люди не всегда способны оценить свои мысли критически. Когнитивно-поведенческая терапия помогает им оценивать автоматические мысли осознанно и последовательно, особенно когда они расстроены» [6 с. 164]. Выяснять наличие автоматических мыслей, при возникновении затруднений у клиента в их описании стоит с помощью ряда техник, таких как усиление физиологической реакции, визуализации ситуации, ролевой игры, перефразирования вопроса, выявлении проблемной ситуации. Также необходимо отличать автоматическую мысль от ее интерпретации. Как правило первые содержат слова и образы («я неудачник», «ничего не получится», «я глупая»), вторые – могут описывать физиологические реакции или эмоции

(«испытываю тяжесть в теле», «тяжело говорить», «скованные движения», «почувствовал грусть» «от навалившейся тоски испытываю боль в груди») [36].

Вслед за осознанием и анализом реалистичности автоматических мыслей, второй важной задачей стоит выявление эмоций. Наличие негативных эмоций оказывают влияние на здравость рассуждения, не позволяют эффективно действовать. Однако в ходе когнитивно-поведенческой терапии не стоит ставить цель полного избавления от отрицательных эмоций, их наличие важно для выживания человеческого организма, предупреждая человека об опасности, так же, как и боль, они важны также, как и позитивные эмоции. Необходимо снизить уровень отрицательных эмоций до приемлемого уровня, а также постараться наполнить жизнь позитивными эмоциями [49]. В ходе сессий необходимо отслеживать соответствие автоматических мыслей и эмоций. Уточняя проблемы пациентов следует понимать, как глубинные убеждения активизируют автоматические мысли, влияющие на эмоции и поведение, поэтому связь между автоматическими мыслями и эмоциями для терапевта, должна быть очевидна. Кроме описания эмоций важно оценивать силу эмоций. Для этого можно воспользоваться различными шкалами, например, от 0 до 100%. Данная оценка позволяет понимать, насколько эффективна работа с мыслями и убеждениями, а в случае снижения интенсивности отрицательной эмоции - стоит ли с ней продолжать работу [48]. Также наличие шкал может помочь в планировании терапии, в первую очередь уделяя внимание ситуациям, вызывающим более высокий уровень отрицательных эмоций.

Следующей задачей, на основе понимания автоматических мыслей и эмоций, является определение убеждений. На разных этапах развития когнитивно поведенческая терапия определяла уровни убеждений. Так Аарон Бек выделяет первичные и вторичные убеждения [15], тогда как Джудит Бек говорит о промежуточных и глубинных убеждениях [6], автор будет придерживаться второго, более позднего варианта. Особенность промежуточных убеждений заключается в том, что их может осознать сам пациент. Работая автоматическими мыслями пациента, и анализируя ошибки мышления, со

временем терапевт может обнаружить, что мысли связаны общими убеждениями. Ряд повторяющихся автоматических мыслей может привести к предположению о существовании промежуточных убеждений у пациента. Также возможно выявление убеждений изучая правила, или отношения к происходящим событиям. Убеждения могут быть выяснены с помощью техники «падающей стрелы». Техника заключается в том, что терапевт выявляет ключевую автоматическую мысль, и предполагает, что автоматическая мысль верна. Последующие рассуждения могут в свою очередь привести к выявлению одного или нескольких промежуточных убеждений. Выяснив ряд убеждений необходимо понять, являются ли данные промежуточные убеждения основными или второстепенными, и сосредоточится на максимально важных, нет смысла тратить время на те убеждения в которые пациент верит слабо или которые не оказывают значительного отрицательного влияния. Скорейшая модификация промежуточных убеждений приведет к более реалистичной интерпретации жизненного опыта и более функциональному поведению [14].

Основополагающими убеждениями, которым человек достаточно сильно доверяет являются глубинные убеждения. Глубинные убеждения как правило начинают формироваться в раннем возрасте. Формирование происходит в процессе взаимодействия с другими людьми, оказывающими влияние на жизнь ребенка, появляются в процессе знакомства с различными жизненными ситуациями. В отличие от автоматических мыслей, сам пациент не в состоянии отследить глубинные убеждения, максимум это промежуточные убеждения. Но это возможно с помощью терапевта, работающего в когнитивно-поведенческом подходе. Так как психика пациента имеет ряд защит, не позволяющих ему самостоятельно выявить глубинные убеждения, может потребоваться достаточно длительное время и усилия по когнитивной концептуализации, для их выявления. Джудит Бек выделяет три группы глубинных убеждений [5 с. 50]:

- глубинные убеждения о себе, которые в свою очередь делятся на беспомощность, непривлекательность и бесполезность;
- глубинные убеждения об окружающих;

- глубинные убеждения о мире.

Для компенсации крайних взглядов на себя, окружающих людей и на мир клиенты вынуждены вырабатывать защитное поведение, копинг-стратегии, для компенсации воздействия отрицательных убеждений. «Клиенты с устойчивыми трудностями часто вырабатывают такие поведенческие стратегии еще в детстве или ранней юности. На начальном этапе такое поведение более или менее адаптивно, но со временем становится все более дезадаптивным, поскольку индивид развивается и вступает в новые жизненные ситуации. Становясь дезадаптивными, эти стратегии уже не могут защитить клиентов от активации их глубинных убеждений. Однако даже провал выработанных с юности стратегий не разрушает, как правило, глубинных убеждений клиентов» [5 с. 55].

Создавая логическую связь между ситуацией, возникшими следом автоматическими мыслями, и эмоциями, вызванным этими автоматическими мыслями с одной стороны и ситуацией, копинг-стратегиями, промежуточными и глубинными убеждениями с другой стороны терапевту необходимо произвести когнитивную концептуализацию. Данную информацию необходимо представлять в виде гипотез, правильность которых необходимо подтвердить или опровергнуть с помощью информации полученной от пациента. Благодаря концептуализации появляется возможность накопить информацию, и поделиться с клиентом:

- как детские переживания повлияли на формирование глубинных убеждений;
- откуда появились правила и допущения, помогающие справиться с глубинными убеждениями;
- как правила и допущения привели к формированию копинг-стратегий, помогающим ранее, но не адаптивными в большинстве случаев.

Следующим этапом работы с пациентом является создание новых, модифицированных, более реалистичных, адаптивных и позитивных глубинных убеждений с помощью ряда техник.

Одной из таких распространенных и эффективных техник является сократовский диалог. С помощью ряда наводящих вопросов терапевт направляет внимание пациента на различные стороны проблемы, показывая, возможность рассмотрения трудностей под разными углами. С другой стороны, в ходе вопросов терапевт должен пытаться подтвердить для себя или опровергнуть какую-либо гипотезу, выявляющую причины возникновения трудностей пациента, и пытаться найти пути ее решения. Т.е. задавая и отвечая на вопросы стороны совместно ищут имеющиеся искажения мышления и пытаются изменить их.

Другим распространенным методом является поведенческий эксперимент. Пациента просят произвести ряд действия для проверки имеющегося убеждения. А следом другой поведенческий эксперимент, подтверждающий правоту пациента в новом адаптивном глубинном убеждении.

Техника когнитивного континуума бывает эффективна при работе с пациентами, имеющими дихотомическое мышление. Данная техника применима, когда человек мыслит категориями или «черное» или «белое», или «хороший» или «плохой». Слева направо следует нарисовать линию, слева на линии поставить точку и обозначить ее нулем, справа точку обозначить за 100%. Как правило, описывая свои способности и вспоминая о неудачах клиент постарается поместить своё текущее состояние, в рамках обсуждаемой проблемы ближе к нулю, а достижения других людей, на которых он равняется, или которых ему ставят в пример ближе к 100%. Например: «Мне 60 лет и я полный ноль в физической форме. Я всего лишь прохожу ежедневно десять километров, в то время как именитый спортсмен ежедневно пробегает двадцать километров и выглядит лучше меня. Я полный неудачник». Путем наводящих вопросов и логических рассуждений следует показать, что мнение «я полный ноль, а он на 100% успешен» ошибочно. Объяснить, что существует подавляющее количество людей, которые не только игнорируют физические упражнения, но и ведут нездоровый образ жизни: курят, употребляют алкоголь, наркотики. Таким образом шкала сильно «удлиняется». И в нулевой точке

расположены асоциальные личности ведущие крайне деструктивный, саморазрушающий образ жизни, затем по мере движения вправо располагаются люди которые систематически употребляют вредные вещества, еще правее – только по праздникам и игнорирующие физическую подготовку, еще правее те, кто просто не любит физические нагрузки, и только потом появляется небольшое количество людей, уделяющих внимание физическим нагрузкам, допустим 5% от взрослого населения старше 20 лет. То есть клиент находится не в точке 0%, а в какой-то точке от 95 до 100%, что очень хорошо, и чего он не предполагал ранее.

Еще одной эффективной когнитивно-поведенческой техникой изменения глубинных убеждений и поведенческих стратегий является непосредственная помощь терапевта в решении проблемы и отработке навыка. Для начала необходимо обсудить с пациентом его опыт в решении подобных проблем, узнать, как ранее поступали его знакомые и родственники, а в случае достаточной компетенции, поделиться своим опытом. Иногда, если у пациента отсутствует опыт, следует самому терапевту изучить данный вопрос, и дать прямое указание клиенту к действию. В рамках данного метода, для поиска оптимального решения будет полезен мозговой штурм, совместная отработка навыков. В целом, данная техника не ставит целью поиска единственно правильного решения, основная задача: избавиться от ступора, возникающего под давлением проблем, научиться действовать, и двигаться в сторону более адаптивного мышления и поведения.

Когнитивно-поведенческая терапия успешно применяется в семейной терапии. По мнению Аарона Бека: «Используя набор простых принципов, которые являются частью когнитивной терапии, пары могут противостоять тенденции делать такие необоснованные суждения и создавать искаженные образы друг друга. Эти принципы могут помочь каждому партнеру прийти к более точным и разумным выводам и, таким образом, предотвратить цикл недопониманий, ведущий к семейным конфликтам и враждебным отношениям» [3 с. 35].

Выводы по первой главе

Несмотря на возникновения множества психологических направлений, после становления бихевиоризма, изучение респондентного и оперантного обусловливания необходимо. А использование оперантного обусловливания, в силу его доступности, может быть эффективно как в личном, так и в семейном консультировании.

Одними из основных направлений успешно работающими с семейными депрессиями и тревожностями являются системные подходы, в которых работа ведется с супругами и детьми одновременно, или с бо́льшим количеством членов семьи. Успешность подтверждена такими авторами как Эйдемиллер Э.Г., Сатир В., Витакер К., Минухин С., Витакер К., Варга А.Я. и др.

Основываясь на изучении когнитивно-поведенческого подхода сделан вывод, что эффективная модификации отношений возможна, снижение уровня депрессии и тревожности достижимо, однако эффективность достигается при коллективной работе супругов.

Глава 2 Эмпирические исследования консультирования семейных пар с применением техник когнитивно-поведенческой терапии

2.1 Организация и методы исследований

Исследование проводилось на базе юридической фирмы ООО «НОРДИС Консалт». В исследовании участвовали 40 человек от 25 до 63 лет, состоявшие в браке, всего 20 семейных пар. 10 пар имели несовершеннолетних детей, и 10 не имели детей, но планировали завести их в ближайшие несколько лет.

Организация исследования происходила в следующие этапы:

- 1) Выбор методического аппарата;
- 2) Первоначальное тестирование всех супружеских пар; из экспериментальная и контрольная группа по ранее выбранным методикам, и сравнение результатов замеров;
- 3) Из семейных пар были сформированы две группы – контрольная и экспериментальная;
- 4) Психологическое консультирование пар, входящих в экспериментальную группу с использованием техник КПТ;
- 5) Повтор замеров согласно выбранным методикам. Повторные замеры проводились через пять дней после проведения индивидуальной консультации с парами экспериментальной группы, а для контрольной группы – через две недели после прохождения первичного тестирования);
- 6) Статистическая обработка данных: сравнение показателей тестирования ЭГ до и после проведения экспериментального воздействия, КГ в аналогичных временных рамках, и итогов тестирования ЭГ и КГ по завершении эксперимента.
- 7) Анализ и интерпретация полученных результатов.

Перед началом тестирования была заполнена социально-демографическая анкета. В анкете содержаться вопросы о возрасте участников исследования, наличия или отсутствия несовершеннолетних детей.

Были использованы следующие методики:

1. Шкала тревожности Спилбергера –Ханина.

«Методика Шкала тревожности Спилбергера-Ханина. Шкала разработана американским психологом, специалистом в области изучения стресса и эмоций Ч. Спилбергом. Впоследствии шкала была адаптирована отечественным психологом Ю. Ханиным. Методика является надежным способом диагностики уровня ситуативной и личностной тревожности.

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

Тест состоит из 40 утверждений, которые испытуемому необходимо оценить «нет, это совсем не так» – 1 балл, «пожалуй, так» – 2 балла, «верно» – 3 балла, «совершенно верно» – 4 балла. Полученные баллы суммируются по шкалам ситуативной и личностной тревожности. Уровень тревожности 30 баллов и менее указывает на низкую тревожность, показатель от 31 до 45 баллов - на среднюю, а уровень тревожности 46 баллов и выше считается высоким» [57].

2. «Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory: BDI) содержит 21 категорию симптомов и жалоб из числа наиболее часто встречающихся у пациентов с депрессией» [47].

«Шкала депрессии Бека предложена А.Т. Беком и его коллегами в 1961 году и разработана на основе клинических наблюдений авторов, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам

депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

В первоначальном варианте методика заполнялась при участии квалифицированного эксперта (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух каждый пункт из категории, а после просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент. Пациенту выдавалась копия опросника, по которому он мог следить за читаемыми экспертом пунктами. На основании ответа пациента исследователь отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллектуального развития и прочие интересующие параметры. В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть упрощена: опросник выдаётся на руки пациенту и заполняется им самостоятельно.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 63 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

- от 0 до 9 – отсутствие депрессивных симптомов
- от 10 до 15 – легкая депрессия (субдепрессия)
- от 16 до 19 – умеренная депрессия
- от 20 до 29 – выраженная депрессия (средней тяжести)
- от 30 до 63 – тяжелая депрессия» [47]

3. «Шкала тревоги Бека предназначена для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у широкого круга лиц: молодых людей от 14 лет, зрелых и пожилых, контингента клиники и при скрининговых исследованиях. Интерпретация: каждый ответ оценивается в баллах от 0 до 3. Нужно сложить все полученные баллы.

- До 21 балла включительно свидетельствует о незначительном уровне тревоги. Выше 17 - стоит проанализировать свои потенциально

«слабые» места или обратиться за консультацией с профилактическими целями.

- От 22 до 35 баллов означает среднюю выраженность тревоги. Рекомендовано обращение к психотерапевту.
- Выше 36 баллов (при максимуме в 63 балла) свидетельствует об очень высокой тревоге. Обязательно обращение к психотерапевту или психиатру» [46].

Для диагностики были использованы следующие методики:

- непараметрический критерий U-критерий Манна-Уитни предназначенный для выявления различий показателей в двух несвязных выборках.
- непараметрический критерий Т-Вилкоксона при сравнении результатов первичных и повторных тестирований.

2.2 Социально-демографические характеристики выборки

Экспериментальное исследование проводилось на базе юридической компании ООО «НОРДИСС Консалт», г. Санкт-Петербург. В исследовании приняли участие 40 испытуемых в возрасте 23-63 лет, двадцать семейных пар, 20 женщин и 20 мужчин соответственно. В контрольную и экспериментальную группу входило по 10 пар.

На констатирующем этапе работы использовался метод беседы и психодиагностические методы исследования. Общение происходило как очно, в офисе ООО «НОРДИСС Консалт», в присутствии семейной пары психолога, и ко-терапевтатик, так и онлайн посредством общения с помощью мессенджеров: Skype, Viber, WhatsApp, и Яндекс Телемост. С помощью мессенджеров общение происходило по видеосвязи, с обязательным и одновременным присутствием от начала до конца обоих супругов.

В таблице 1 отражена информация о возрасте респондентов контрольной и экспериментальной группы.

Таблица 1 - Возраст участников контрольной и экспериментальной группы

Участник	Пол (м – мужской, ж - женский)	Возраст респондентов в контрольной группе	Возраст респондентов в экспериментальной группе
1	ж	25	26
2	ж	26	27
3	ж	28	29
4	ж	30	22
5	ж	32	30
6	ж	34	35
7	ж	32	39
8	ж	33	33
9	ж	32	46
10	ж	45	43
11	м	37	31
12	м	55	52
13	м	63	59
14	м	39	36
15	м	44	58
16	м	27	26
17	м	30	29
18	м	26	35
19	м	36	27
20	м	24	23

В таблице 2 показан средний возраст респондентов в контрольной и экспериментальной группах.

Таблица 2 - Средний возраст респондентов в группах

Параметры	Контрольная группа	Экспериментальная группа
Средний возраст респондентов в группе	34,9	35,3
Средний возраст женщин	31,7	33
Средний возраст мужчин	38,1	37,6
Стандартные отклонения в группе	10,17	11,04

Как видим статистически значимых различий в группах по возрасту не обнаружено.

В эксперименте участвовали только семейные пары, находящиеся в браке. Как в контрольной, так и в экспериментальной группе участвовало по 10

семейных пар. Как в контрольной, так и в экспериментальных группах 5 пар не имели несовершеннолетних детей, а 5 пар имели несовершеннолетних детей.

Количество детей в семьях, участвовавших в исследовании, указано в таблице 3. Автор ввел следующее обозначение, рассмотрим участие 1КЖ0, где:

1 - номер участника группы;

К – контрольная группа;

Ж – женщина;

0 – количество детей.

Таблица 3 – Количество детей у участников исследования

Контрольная группа			Экспериментальная группа		
Номер участника контрольной группы	Пол	Количество детей	Номер участника экспериментальной группы	Пол	Количество детей
1КЖ0	ж	0	1ЭЖ0	ж	0
2КЖ0	ж	0	2ЭЖ0	ж	0
3КЖ0	ж	1	3ЭЖ0	ж	1
4КЖ0	ж	2	4ЭЖ0	ж	3
5КЖ0	ж	3	5ЭЖ0	ж	2
6КЖ1	ж	1	6ЭЖ1	ж	1
7КЖ3	ж	3	7ЭЖ1	ж	1
8КЖ1	ж	1	8ЭЖ1	ж	1
9КЖ2	ж	2	9ЭЖ3	ж	3
10КЖ1	ж	1	10ЭЖ2	ж	2
11КМ0	м	0	11ЭМ0	м	0
12КМ0	м	0	12ЭМ0	м	0
13КМ0	м	1	13ЭМ0	м	1
14КМ0	м	2	14ЭМ0	м	2
15КМ0	м	3	15ЭМ0	м	3
16КМ1	м	1	16ЭМ1	м	1
17КМ3	м	3	17ЭМ1	м	1
18КМ1	м	1	18ЭМ1	м	1
19КМ2	м	2	19ЭМ3	м	3
20КМ1	м	1	20ЭМ2	м	2

Количество детей у участников исследования в процентном соотношении указано в таблице 4.

Таблица 4 – Количество детей у участников исследования в процентном соотношении

Количество детей	Группа	
	Контрольная группа	Экспериментальная группа
0	20%	20%
1	40%	40%
2	20%	20%
3	20%	20%

То есть статистические различия в процентном соотношении детей в обеих группах отсутствуют.

2.3 Структура психологической консультации с применением техник когнитивно-поведенческой терапии

Был составлен следующий план консультации:

- знакомство;
- выявление запроса;
- работа с запросом;
- завершение консультации.

Цель – улучшение эмоционального состояния пары, снижение уровня депрессии и тревоги.

Предполагаемые техники – падающей стрелы, Сократический диалог, групповая работа психолога с ко-терапевтом [41].

По результатам работы были оформлены протоколы и стенограммы, описаны особенности реализации консультаций. Произведен рефлексивный анализ [13].

Рассмотрим консультацию участников 8ЭЖ1 и 18ЭМ1: супружеской пары, давшей разрешение опубликовать протокол и стенограмму консультации. Возраст супруги на момент консультации составлял 33 года, возраст супруга составлял 35 лет. В состав семьи входил один несовершеннолетний ребенок, возраст ребенка 2 года (Таблица 5).

Таблица 5 – Протокол консультации семейной пары 8ЭЖ1/18ЭМ1

Этап	Ход беседы	Анализ деятельности (примечание)
Подготовительный	После проведенного тестирования, назначена встреча. Консультативная беседа прошла в кабинете психолога по месту прохождения практики. Участвовала семейная пара муж и жена, 35 и 33 года.	Обратившиеся за консультацией пара была напряжена, женщина испытывала волнение и агрессивно настроена, при общении с мужем. Супруг был зол на ее поведение и выглядел подавленно.
Настрочный	Для снятия напряженности, были заданы вопросы об общем самочувствии, настроении, новых событиях за последнее время.	На данном этапе было напряжение не было, снято, однако психолог и ко-терапевт выбрали стороны, и показали свою поддержку. Психолог поддерживал супруга, автор (ко-терапевт) супругу.
Диагностический	На данном этапе шло выяснение запроса клиентов. Путем задавания многочисленных вопросов (Сократического диалога), и использования техники падающей стрелы, психолог и ко-терапевт выясняли источники возникновения конфликтов, подвергали сомнению высказывания сторон и пытались выяснить истинные причины конфликтов. .	Психолог и ко-терапевт в целом успешно придерживались выбранных ролей. И психолог, и ко-терапевт сошлись во мнении о возможных причинах возникновения конфликтных ситуаций в семье. Однако донести данную информацию до консультируемой пары в течении сессии не удалось по причине ограниченности времени.
Рекомендательный	Супруги получили рекомендации по предотвращению конфликтов.	Несмотря на значительное продвижение в сторону выяснения причин конфликтов, супруг отказался от участия во второй консультации, проводимой в рамках исследования. Но спустя 4 месяца обратился к автору с индивидуальным запросом.

Стенограмма консультации с первоначальным запросом «Снижение уровня тревоги в межличностных отношениях»:

Консультация длилась 1 час 45 минут. Проходила в рамках семейной системной терапии. Участвовали супруг и супруга (34 и 33 года), сессию вели психолог и ко-терапевт (53 года и 45 лет), автор выступал в роли ко-терапевта. Консультация прошла 22.04.2024 с 20:00 до 21:45.

Консультация началась с знакомства. Пара представилась и рассказала о себе. Далее представились психолог и ко-терапевт. После короткого обсуждения самочувствия и настроения, стороны приступили к этапу выяснения запроса [26].

На диагностическом этапе психолог выбрал сторону супруга, автор (ко-терапевт) выступающий в качестве помощника – супругу. Супруг и супруга выдвигали различные версии о причинах возникновения конфликтов.

Муж, в качестве причин возникновения конфликтов обозначал следующие недостатки жены:

- неорганизованность во времени;
- необязательность в соблюдении договоренностей о порядке пользования совместными вещами (использование мест для хранения одежды, посуды, спортивного инвентаря, и другого личного и совместного имущества);
- невнимательности к физическому и эмоциональному состоянию супруга;
- забывании о ранее намеченных семейных планах, игнорирование личных нужд супруга.

Супруга в возникновениях конфликтов винила мужа. Указывала на следующие недостатки супруга:

- забывчивость о своих обещаниях;
- невнимательность к трудностям супруги, возникающим в процессе ухода за малолетним ребенком;
- склонность к время проведению вне семьи, без супруги и ребенка;
- двойные стандарты.

Через 40 мин сессии супруг попросился выйти в туалет. Учитывая принцип нейтральности, оба супруга были отпущены из кабинета, и объявлен 5 минутный перерыв. За время перерыва, посоветовавшись, психолог и ко-терапевт пришли к мнению, что стороны избегают следующие вопросы:

- обсуждение материального достатка, в семье присутствовали проблемы с деньгами, стороны обсуждали их косвенно, и старательно уходили от прямых обсуждений данного вопроса;

- сексуальных взаимоотношений. По высказываниям сторон у них было все в порядке, хоть и редко, но о каких либо, более детальных обсуждениях речи не шло;

- неоднозначно складывались отношения супруга с родителями супруги, родители супруги оказывали на нее значительное влияние, супруг был этим недоволен, что выражалось в ухудшении настроения, раздраженности, при обсуждении данной темы, т.е. в невербальном поведении, однако всячески уходил от обсуждения данной темы, хотя супруга с легкостью обсуждала свои взаимоотношения с родителями.

После возвращения с перерыва стороны продолжили выяснять возможные причины возникновения конфликтов. Затем подробно обсудили отрицательное влияние родителей супруги на семью, чрезмерное участие матери супруги в семейных делах. Для супруги было открытие, что муж испытывает дискомфорт от вмешательства ее матери (тещи) в семейные вопросы, она была крайне удивлена, что муж не озвучивал свое негативное состояние. Супруг с позитивно воспринял возможность ограничить участие родителей жены в их семейных делах.

По итогам обсуждений сторонам были даны рекомендации обсуждать внутренние проблемы вдвоем, воздержаться выносить на обсуждение с родителями без совместной договоренности, отказаться от участия родителей жены в воспитании детей. Была договоренность провести еще одну сессию в первоначальном составе, однако она не состоялась по инициативе супруга.

В процессе анализа консультации были получены следующие выводы:

- работа в паре показала свою эффективность. Несмотря на высокий уровень тревожности на подготовительном этапе, психолог и ко-терапевт смогли выдержать принцип нейтральности к клиенту (семейной паре): ко-терапевт занял

сторону супруги, психолог сторону супруга, уделяя одинаковое время сторонам, задавая им одинаковые вопросы, и оказывая равную поддержку [7];

– психолог и ко-терапевт отследили циркулярность во взаимоотношениях пары, а также придерживались принципа гипотетичности [8]. Учитывая малое количество времени, ядро проблемы не было донесено до сторон. По нашему мнению, семейная система в виде супруга, супруги и ребенка (ядерная семья) не готова в данный момент выйти в состояние нестабильности для перехода на новый, независимый от родителей жены уровень. Но есть надежда, что полученные супругами рекомендации позволят сделать это в последующем;

– по сопоставлению результатов «Шкалы тревоги» Бека, «Шкала депрессии» Бека и «Шкала тревожности» Спилбергера –Ханина до и после консультации можно говорить о снижении уровней тревожности и депрессии супругов.

2.4 Результаты исследования эффективности психологической консультации с применением техник когнитивно-поведенческой терапии в семейном консультировании

При сравнении результатов первичных и повторных тестирований применялся непараметрический критерий Т-Вилкоксона. При сравнении значений экспериментальной и контрольной групп – непараметрический критерий U Манна-Уитни [27].

2.4.1 Анализ первичных результатов тестирований экспериментальной и контрольной групп

В таблицах 6-8 и на рисунках 1-3 представлены сравнительные характеристики психологических показателей контрольной и

экспериментальной групп до психологического консультирования с применением техник когнитивно-поведенческой терапии.

Таблица 6 – Сравнительные характеристики психологических показателей контрольной и экспериментальной групп до психологического консультирования.

Исследуемая группа	Среднее	Стандартное отклонение
Контрольная группа, первичное измерение по шкале ситуативной тревожности	42,50	11,96
Экспериментальная группа, первичное измерение по шкале ситуативной тревожности	42,55	10,89
Контрольная группа, первичное измерение по шкале личностной тревожности	43,20	11,03
Экспериментальная группа, первичное измерение по шкале личностной тревожности	44,05	10,79

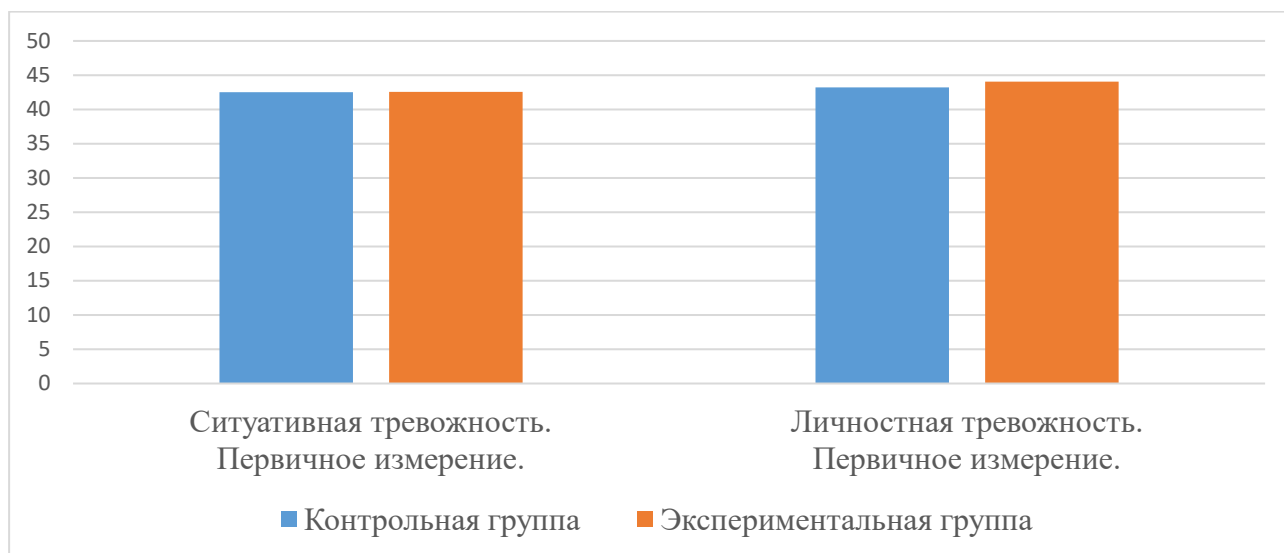


Рисунок 1 – Средние значения в показателях личностной и ситуационной тревожности у экспериментальной и контрольной группы при первичном тестировании.

В таблице 6 и на рисунке 1 отражены показатели ситуативной и личностной тревожности по шкале тревожности Спилбергера-Ханина

Как видим из таблицы 6 и рисунка 1 показатели ситуативной и личностной тревожности незначительно выше в экспериментальной группе. В обеих группах средние показатели соответствуют среднему уровню тревожности.

Рассмотрим первичное тестирование по «Шкале депрессии» Бека.

Таблица 7 – Общий уровень депрессии контрольной и экспериментальной группы при первичном тестировании по шкале депрессии Бека

Исследуемая группа	Среднее	Стандартное отклонение
Контрольная	30,45	14,51
Экспериментальная	30,75	16,25

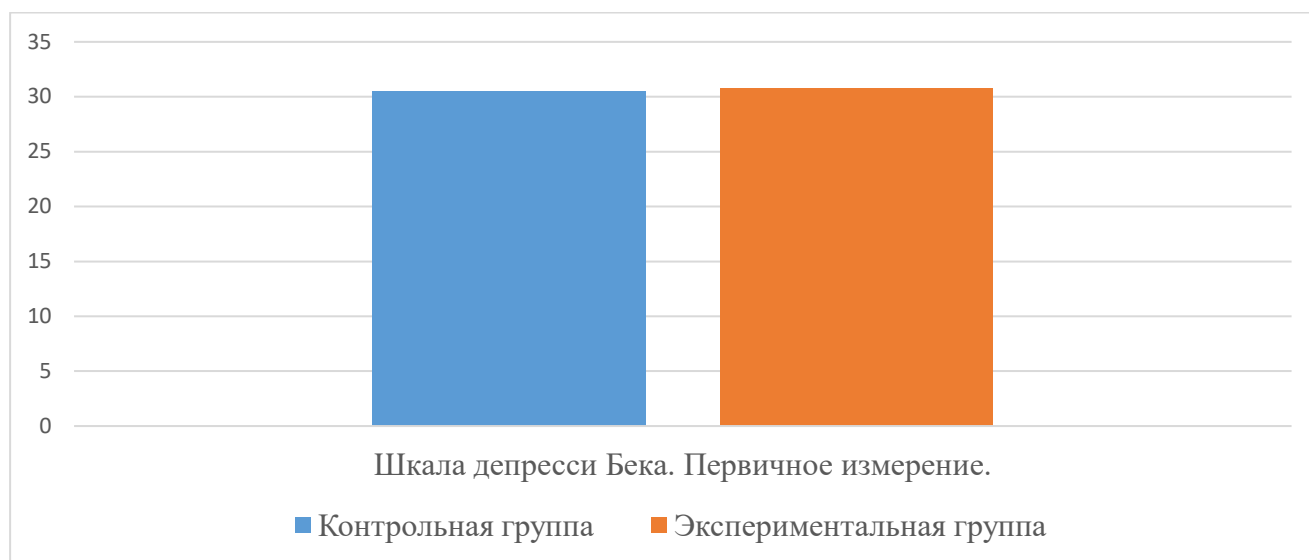


Рисунок 2 – Средние значения по шкале депрессии Бека у контрольной и экспериментальной группы при первичном тестировании

Как видно из таблицы 7 и рисунка 2, среднее значение депрессии выше в экспериментальной группе. В обеих группах значения попадают в диапазон от 30 до 60 баллов, что соответствует тяжелому уровню депрессии.

В таблице 8 и на рисунке 3 отражены показатели по шкале тревоги Бека до психологического консультирования.

Таблица 8 – Сравнительные характеристики психологических показателей контрольной и экспериментальной групп до психологического консультирования по шкале тревоги Бека.

Исследуемая группа	Среднее	Стандартное отклонение
Контрольная	34,3	8,65
Экспериментальная	34,9	11,19

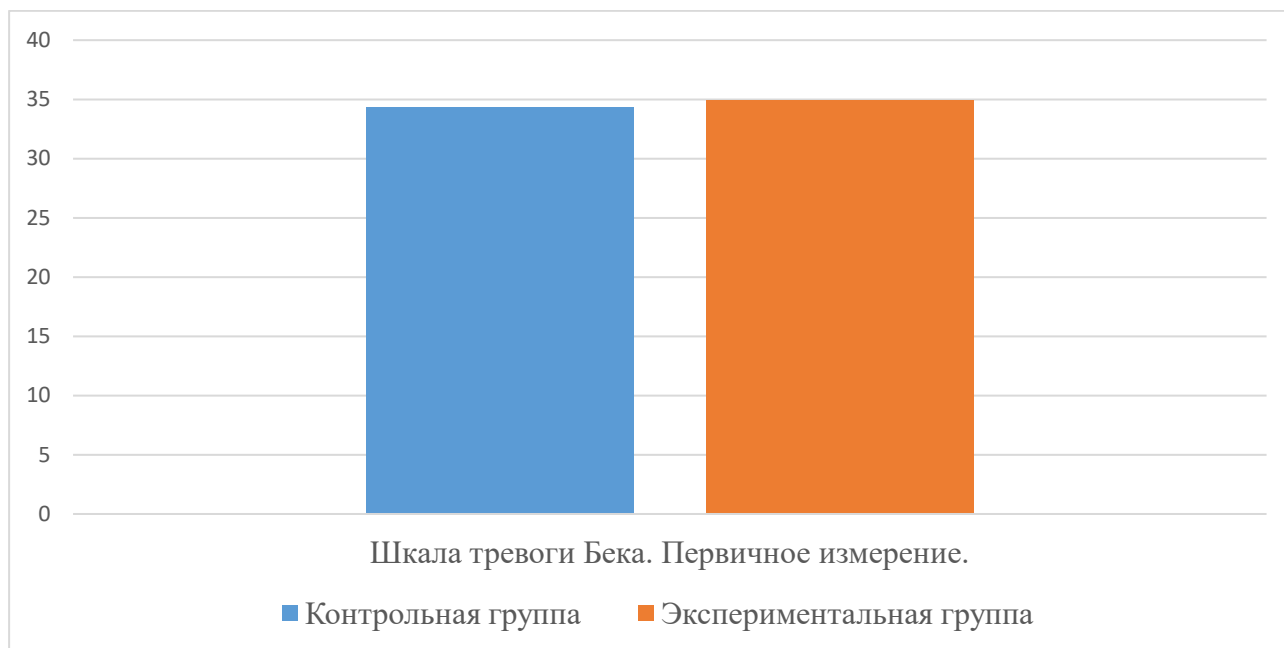


Рисунок 3 – Средние значения по шкале тревоги Бека для контрольной и экспериментальной группы.

Как видно из таблицы 8 и рисунка 3, среднее значение тревоги выше в экспериментальной группе. В обеих группах значения попадают в диапазон от 22 до 35 баллов, что соответствует среднему уровню тревоги.

2.4.2 Результаты первичного и повторного тестирования контрольной группы

В таблицах 9-11 отражены значения первичного и повторного тестирования участников контрольной группы.

Для сравнения результатов первичного и повторного тестирования используем непараметрический критерий Т-Вилкоксона. Выдвинем следующую гипотезу: H_0 : Показатели контрольной группы после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

Таблица 9 – Сравнительные характеристики психологических показателей контрольной группы по шкале тревожности Спилбергера-Ханина

Исследуемая группа	Среднее	Стандартное отклонение
Контрольная группа, первичное измерение по шкале ситуативной тревожности	42,50	11,96
Контрольная группа, повторное измерение по шкале ситуативной тревожности	42,35	12,24
Контрольная группа, первичное измерение по шкале личностной тревожности	43,20	11,03
Контрольная группа, повторное измерение по шкале личностной тревожности	43,40	12,45

При расчете значений ситуативной тревожности получаем следующие данные $T_{эмп}=109,5$, $T_{кр}=43$ ($p \leq 0.01$), $T_{кр}=60$ ($p \leq 0.05$), $T_{эмп} > T_{кр}$ (0.05) и показатели при повторном измерении попадают в зону не значимости. При расчете значений личностной тревожности $T_{эмп}=109,5$, $T_{кр}=43$ ($p \leq 0.01$), $T_{кр}=60$ ($p \leq 0.05$), $T_{эмп} > T_{кр}$ (0,05), и показатели повторного измерения попадают также в зону не значимости. Гипотеза H_0 отвергается. Показатели повторного замера не превышают первичные показатели.

Таблица 10 – Сравнительные характеристики психологических показателей контрольной группы по шкале депрессии Бека

Исследуемая группа	Среднее	Стандартное отклонение
Контрольная группа, первичное измерение	30,45	14,51
Контрольная группа, повторное измерение	31	14,48

При расчете значений депрессии $T_{эмп}=77$, $T_{кр}=43$ ($p \leq 0.01$), $T_{кр}=60$ ($p \leq 0.05$). $T_{эмп} > T_{кр}$ (0,05) и показатели при повторном измерении попадают в зону не значимости. Гипотеза H_0 отвергается. Показатели повторного замера не превышают первичные показатели.

Таблица 11 – Сравнительные характеристики психологических показателей контрольной группы по шкале Тревоги Бека

Исследуемая группа	Среднее	Стандартное отклонение
Контрольная группа, первичное измерение	34,30	8,65
Контрольная группа, повторное измерение	34,40	9,01

При расчете значений депрессии $T_{эмп}=92,5$, $T_{кр}=37$ ($p \leq 0.01$), $T_{кр}=53$ ($p \leq 0.05$). $T_{эмп} > T_{кр}$ (0,05) и показатели при повторном измерении попадают в зону не значимости.

Гипотеза H_0 отвергается. Показатели повторного замера не превышают первичные показатели.

2.4.3 Результаты первичного и повторного тестирования экспериментальной группы

В таблицах 12-14 отражены значения первичного и повторного тестирования участников экспериментальной группы.

Для сравнения результатов первичного и повторного тестирования используем непараметрический критерий Т-Вилкоксона. Выдвинем следующую гипотезу: H_0 : Показатели экспериментальной группы после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

В таблице 12 отражены характеристики экспериментальной группы при первичном и повторном замере.

Из анализа значений таблицы 12 видно, что показатели ситуативной и личностной тревожности в экспериментальной группе значительно снизились, что говорит об успешности консультирования с применением техник когнитивно-поведенческой терапии.

Таблица 12 – Сравнительные характеристики психологических показателей экспериментальной группы по шкале тревожности Спилбергера-Ханина

Исследуемая группа	Среднее	Стандартное отклонение
Экспериментальная группа, первичное измерение по шкале ситуативной тревожности	42,55	10,89
Экспериментальная группа, повторное измерение по шкале ситуативной тревожности	34,65	6,29
Экспериментальная группа, первичное измерение по шкале личностной тревожности	44,05	10,79
Экспериментальная группа, повторное измерение по шкале личностной тревожности	34,7	6,59

При расчете значений ситуативной тревожности получаем следующие данные $T_{эмп}=0$, $T_{кр}=43$ ($p \leq 0.01$), $T_{кр}=60$ ($p \leq 0.05$), $T_{эмп} < T_{кр}$ (0,01) и показатели

при повторном измерении попадают в зону значимости. При расчете значений личностной тревожности $T_{\text{эмп}}=0$, $T_{\text{кр}}=43$ ($p \leq 0.01$), $T_{\text{кр}}=60$ ($p \leq 0.05$), показатели повторного измерения также попадают в зону значимости (Рисунок 4).

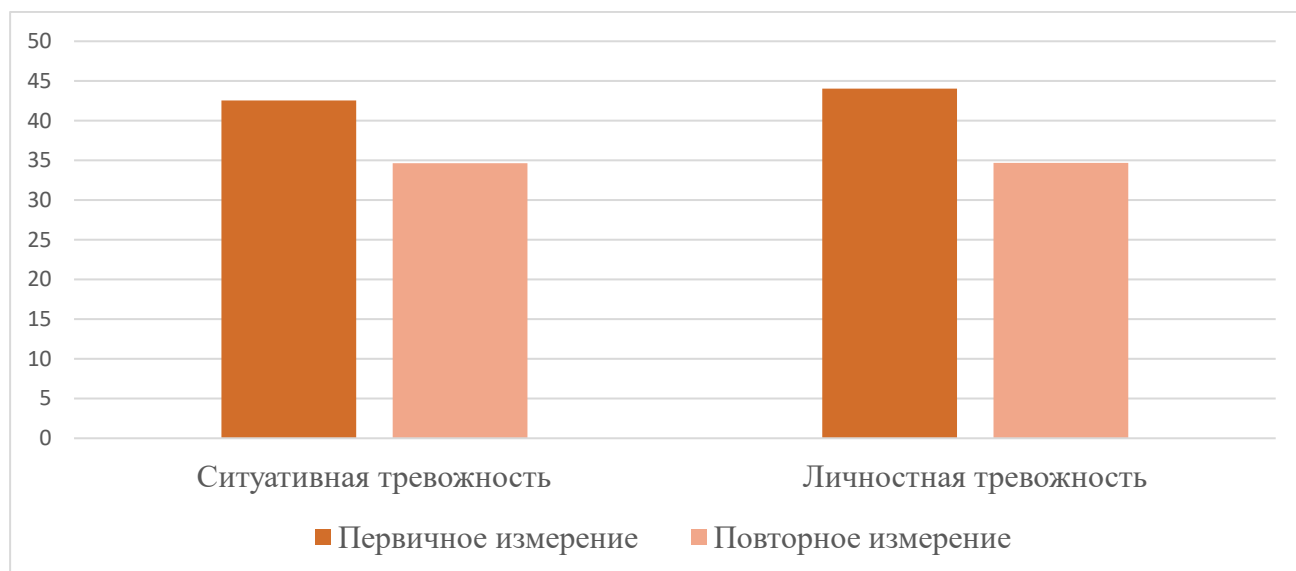


Рисунок 4 – Средние значения в показателях личностной и ситуационной тревожности у экспериментальной группы до и после консультирования с применением техник когнитивно-поведенческой терапии

Таблица 13 – Сравнительные характеристики психологических показателей экспериментальной группы по шкале депрессии Бека

Исследуемая группа	Среднее	Стандартное отклонение
Экспериментальная группа, первичное измерение	30,75	16,25
Экспериментальная группа, повторное измерение	15,20	7,34

При расчете значений депрессии $T_{\text{эмп}}=0$, $T_{\text{кр}}=43$ ($p \leq 0.01$), $T_{\text{кр}}=60$ ($p \leq 0.05$). $T_{\text{эмп}} < T_{\text{кр}}$ (0,01) и показатели при повторном измерении попадают в зону значимости (Рисунок 5).

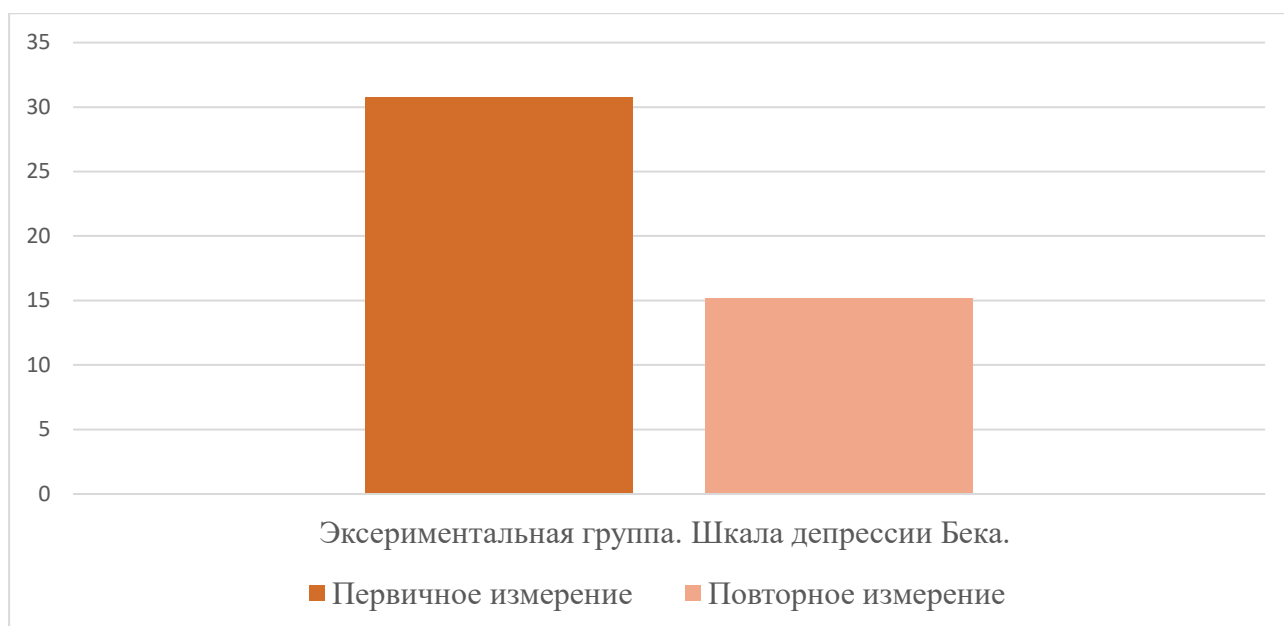


Рисунок 5 – Средние значения по шкале депрессии Бека у экспериментальной группы до и после консультирования с применением техник когнитивно-поведенческой терапии

Таблица 14 – Сравнительные характеристики психологических показателей экспериментальной группы по шкале Тревоги Бека

Исследуемая группа	Среднее	Стандртное отклонение
Экспериментальная группа, первичное измерение	34,90	11,19
Экспериментальная группа, повторное измерение	21,30	7,98

При расчете значений депрессии $T_{\text{эмп}}=0$, $T_{\text{кр}}=43$ ($p \leq 0.01$), $T_{\text{кр}}=60$ ($p \leq 0.05$). $T_{\text{эмп}} < T_{\text{кр}}$ (0,01) и показатели при повторном измерении попадают в зону значимости (Рисунок 6).

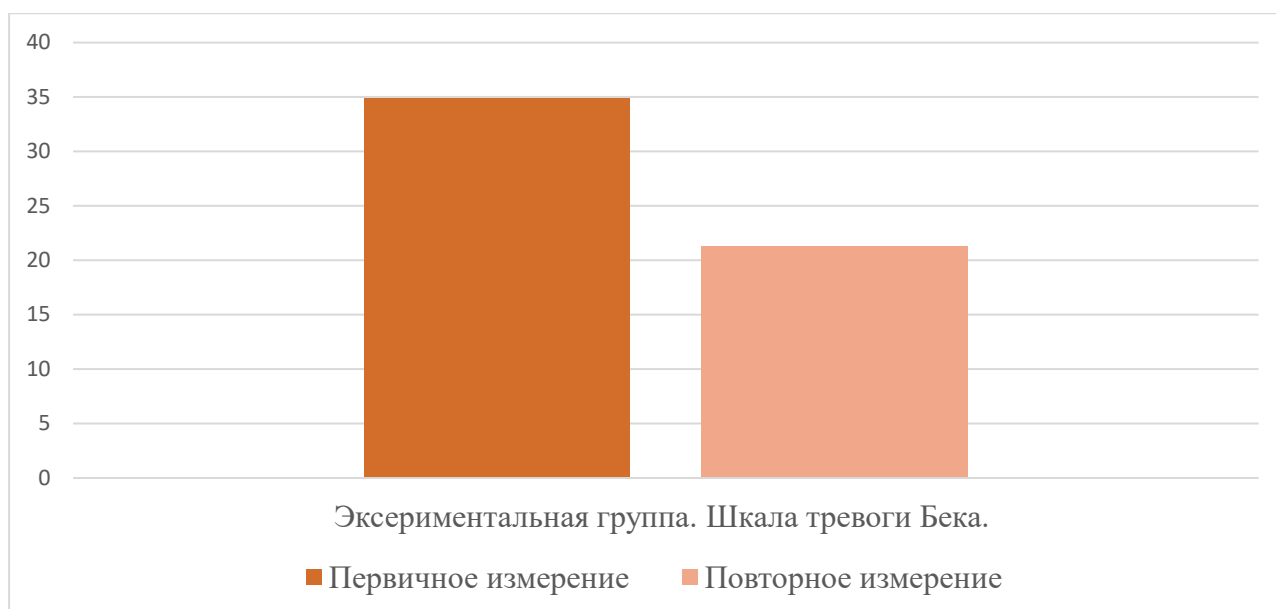


Рисунок 6 – Средние значения по шкале тревоги Бека у экспериментальной группы до и после консультирования

При анализе результатов по всем трем методикам, гипотеза H_0 подтверждается. Показатели экспериментальной группы после проведения повторного замера меньше значений показателей до эксперимента.

2.4.4 Анализ результатов тестирования экспериментальной и контрольной группы

Проведем сравнительный анализ между повторными результатами контрольной и экспериментальной группы. В анализе используются результаты участников экспериментальной группы после консультирования с использованием техник когнитивно-поведенческой терапии.

Для сравнения результатов повторного тестирования контрольной и экспериментальной группы при повторном тестировании используем непараметрический критерий U Манна-Уитни. Выдвинем следующую гипотезу: H_0 : Показатели экспериментальной группы после консультирования меньше значений показателей контрольной группы при повторном замера.

Таблица 15 – Сравнительный анализ данных контрольной и экспериментальной группы по шкале тревожности Спилбергера-Ханина

Исследуемая группа	Среднее	Стандартное отклонение
Контрольная группа, повторное измерение по шкале ситуативной тревожности	42,35	12,24
Экспериментальная группа, повторное измерение по шкале ситуативной тревожности	34,65	6,27
Контрольная группа, повторное измерение по шкале личностной тревожности	43,4	12,45
Экспериментальная группа, повторное измерение по шкале личностной тревожности	34,70	6,59

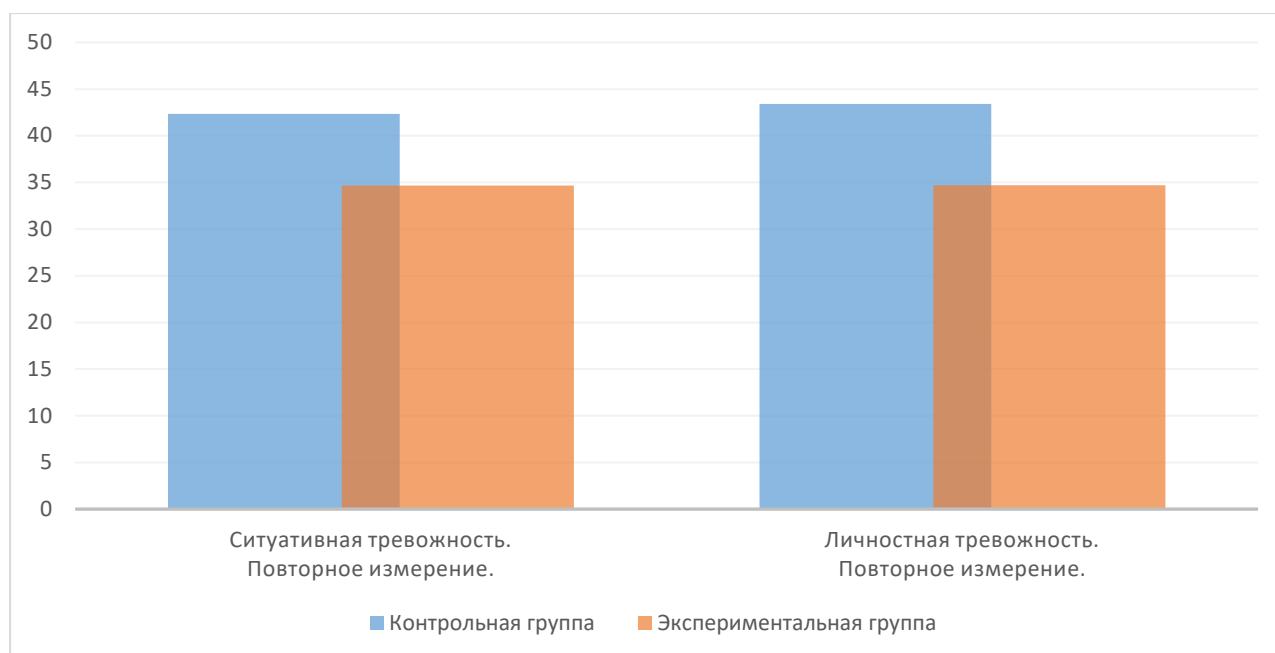


Рисунок 7 – Средние значения в показателях личностной и ситуационной тревожности у экспериментальной и контрольной группы при повторном тестировании

При расчете значений ситуативной тревожности получаем следующие данные $U_{\text{эмп}}=112$, $U_{\text{кр}}(0.05) = 138$, $U_{\text{кр}}(0.01) = 114$, $U_{\text{эмп}} < U_{\text{кр}}(0.01)$, и находится в зоне значимости. При расчете значений личностной тревожности получаем следующие данные $U_{\text{эмп}}=114$, $U_{\text{кр}}(0.05) = 138$, $U_{\text{кр}}(0.01) = 114$, $U_{\text{эмп}} \leq U_{\text{кр}}(0.01)$, и находится в зоне значимости.

По рисунку 7 и таблице 15 хорошо заметно, что уровни ситуативной и личностной тревожности значительно снизился, что говорит об успешности применения техник когнитивно-поведенческой терапии в семейном консультировании.

Рассмотрим повторное тестирование по «Шкале депрессии Бека». В Таблица 16 – Общий уровень депрессии контрольной и экспериментальной группы при повторном тестировании по шкале депрессии Бека.

Исследуемая группа	Среднее	Стандартное отклонение
Контрольная	31,0	14,49
Экспериментальная	15,2	7,34

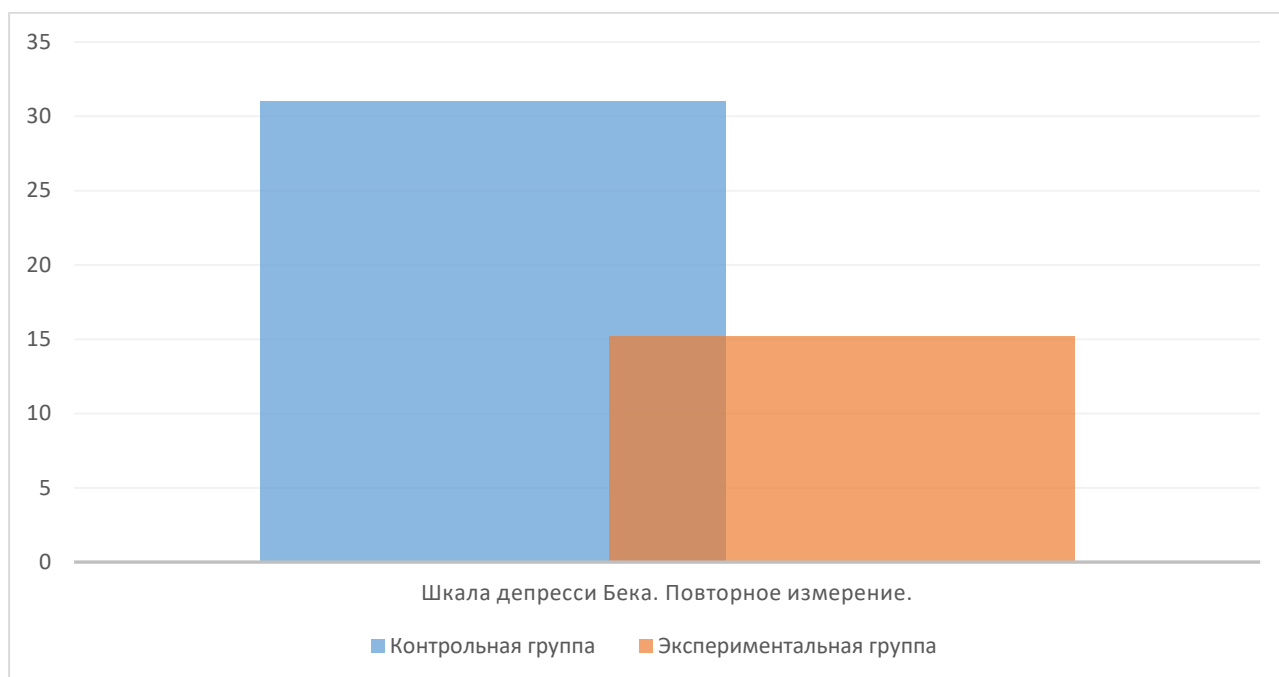


Рисунок 8 – Средние значения по шкале депрессии Бека у контрольной и экспериментальной группы при повторном тестировании

Из таблицы 16 и рисунка 8 становится ясно, что у экспериментальной группы заметны уменьшения уровня депрессии, что говорит о большем психологическом благополучии экспериментальной группы после консультирования.

При расчете значений уровней депрессии получаем следующие данные $U_{\text{эмп}}=75,5$, $U_{\text{кр}}(0.05) = 138$, $U_{\text{кр}}(0.01) = 114$, $U_{\text{эмп}} < U_{\text{кр}}(0.01)$, и находится в зоне значимости.

Таблица 17 – Сравнительные характеристики психологических показателей контрольной и экспериментальной групп при повторном тестировании по шкале тревоги Бека

Исследуемая группа	Среднее	Стандартное отклонение
Контрольная	34,4	9,01
Экспериментальная	21,3	7,98

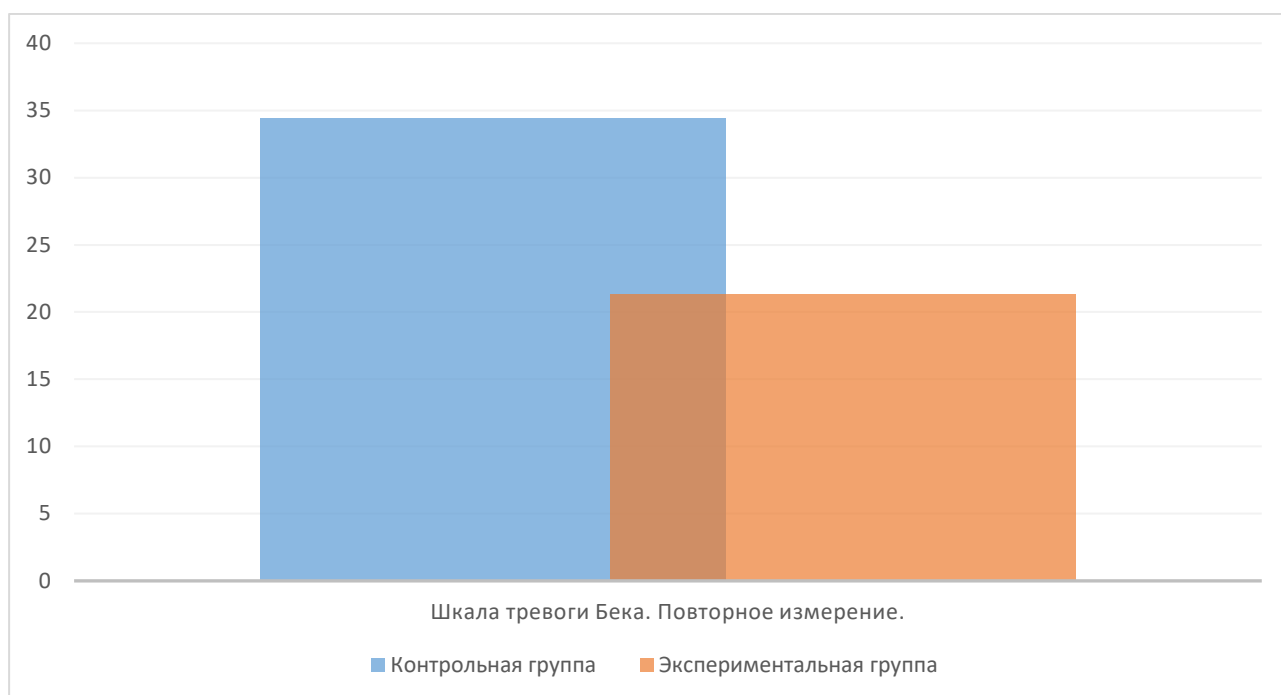


Рисунок 9 – Средние значения по шкале тревоги Бека для контрольной и экспериментальной группы.

Как видно из таблицы 17 и рисунка 9, среднее значение тревоги в экспериментальной группе соответствует незначительному уровню тревоги, тогда как уровень тревоги в контрольной группе соответствует среднему.

При расчете значений уровней депрессии получаем следующие данные $U_{\text{эмп}}=57$, $U_{\text{кр}}(0.05) = 138$, $U_{\text{кр}}(0.01) = 114$, $U_{\text{эмп}} < U_{\text{кр}}(0.01)$, и находится в зоне значимости.

Гипотеза H_0 подтверждается. Показатели экспериментальной группы после консультирования меньше значений показателей контрольной группы при повторном замере.

При первичном сравнении контрольной и экспериментальной группы уровень тревожности и депрессии в экспериментальной группе оказался выше, то есть первоначально состояние участников контрольной группы оказалось более благоприятным. Повторное тестирование показало отсутствие значимых изменений тревожности и депрессии в контрольной группе.

В экспериментальной группе, при повторном тестировании, показатели тревожности и депрессии по всем методикам для экспериментальной группы оказались меньше. Повторные значения говорят о сокращении показателей уровня ситуативной и личностной тревожности согласно шкалы тревожности Спилбергера-Ханина, уменьшению уровня депрессии по шкале депрессии Бека, и снижению уровня тревоги, согласно шкале тревоги Бека. Данные значения свидетельствуют о эффективности техник когнитивно-поведенческой терапии, при применении их в семейном консультировании.

Заключение

В связи с непрекращающимися напряженными политическими, социальными и экономическими событиями, семья, как единица общества испытывает глубокие потрясения. В данный момент происходят военные действия как на территории России, так и за пределами в рамках СВО. Происходит перестройка тяжелой промышленности под военные нужды, что ведет к изменениям на рынке труда, происходят сокращения по ранее востребованным специальностям, наблюдаются изменения в экономике, вызванные нарушениями или разрывами экономических связей с западными странами. В результате негативных изменений происходит рост цен на коммунальные услуги, на продукты первой необходимости, наблюдается рост цен на первичную недвижимость, рост стоимости товаров для строительства. Большое количество населения задействовано в военных действиях, происходят миграции на границах военного конфликта. В текущий период времени помощь, оказываемая психологами семьям, находящимся в сложных ситуациях крайне актуальна.

Исходя из характеристик семьи, важнейшими задачами в работе является восстановление нарушенных функций, структуры и динамики семьи. Существуют различные подходы в работе как с семьями, так и с отдельными их членами. Только в группе когнитивно-поведенческих направлений можно выделить множество ученых и направлений: когнитивно-поведенческая терапия Аарона Бека (СВТ), классическое обуславливание Иван Петровича Павлова, оперантное обуславливание Берреса Фредерика Скинера.

В своей работе автор исследовал две группы семейных пар, экспериментальную и контрольную. Обе группы представляли из себя семейные пары, в каждой по 10 семейных пар, всего в исследовании принимало 40 человек. Обе контрольные группы были сформированы исходя из количества детей в парах, количественный состав несовершеннолетних детей был идентичен. В группах были произведены исследования по следующим методикам: «Шкала

тревожности» Спилбергера-Ханина, «Шкала депрессии» Бека, «Шкала тревоги» Бека. Уровень ситуативной и личностной тревожности по «Шкала тревожности» Спилбергера-Ханина, показатели уровня депрессии по «Шкала депрессии» Бека, а также показатели тревоги по «Шкала тревоги» Бека незначительно выше в экспериментальной группе.

С контрольной группой автор проводил психологические консультации с применением техник когнитивно-поведенческой терапии, направленные на улучшение эмоционального состояния пары, снижение уровня депрессии и тревоги. В консультировании использовались техники – падающей стрелы, Сократический диалог, групповая работа психолога с ко-терапевтом. По результатам работы были оформлены протоколы и стенограммы, описаны особенности реализации консультаций. Произведен рефлексивный анализ. По итогам анализа сделан вывод: техники когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) показали высокую эффективность в семейном консультировании.

Исследование эффективности методов и техник когнитивно-поведенческой терапии, и поведенческой терапии, является вкладом в благополучие общества и экономики нашей страны.

Список используемой литературы

1. Андреева Т.В. Семейная психология: Учеб. пособие. - СПб.: Речь, 2004. - 244 с.
2. Бейкер К., Варга. А.Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / Пер. с англ.- М.: Когито-Центр, 2015 – 496 с.
3. Бек А.Т. Одной любви недостаточно: как пары могут преодолевать недопонимание, урегулировать конфликты и решать проблемы во взаимоотношениях с помощью когнитивной терапии/ Аарон Т. Бек; пер. с англ. Н.С. Лавской. - Киев.: «Диалектика», 2021. - 464 с.
4. Бек А.Т., Эмери Г. Тревожные расстройства и фобии: когнитивный подход.: Пер. с англ. - СПб.: ООО «Диалектика», 2020. – 432 с.
5. Бек Д. Когнитивная терапия для сложных случаев: что делать, когда простые решения не работают. Пер. с англ. - СПб.: ООО «Диалектика» 2020. - 432 с.
6. Бек Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. - СПб.: Питер, 2018. - 416 с.
7. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001. - 144 с.
8. Варга А.Я. Системная психотерапия супружеских пар. Когито-Центр; Москва; 2012 - 342 с.
9. Витакер К. Полуночные размышления семейного терапевта /Пер. с англ. Завалова М.И. М.: Независимая фирма «Класс», 1998 – 208 с.
10. Вундт В. Введение в психологию – М. КомКнига, 2007. - 168 с.
11. Даттилио Ф. М. Когнитивно-бихевиоральная терапия с парами и семьями / Ф. М. Даттилио. - М.: ФОРУМ, 2016. — 304 с.
12. Добсон Д., Добсон К. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. - СПб.: Питер, 2021. - 400 с.

13. Карвасарский Б. Д., Ледер С. Групповая психотерапия. М.: Медицина, 1990. 384 с.
14. Кнаус У. Дж. Когнитивно-поведенческая терапия тревоги. Пошаговая программа. Перевод на русский язык, издание на русском языке. ОАО «Издательская группа «Весь», 2019/
15. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – СПб.: Питер, 2003. - 304 с.
16. Крайг Г., Бокум Д. Классическое обуславливание (выработка условных рефлексов)// Психология развития: -; - 9-е изд. – Питер, 2021. - 939 с.
17. Луома Д.Б., Хейс, Стивен С.У., Робин Д. Тренинг навыков терапии принятия и ответственности. Руководство терапевта.: Пер. с англ. – СПб.: ООО «Диалектика», 2022 – 592 с.
18. Минухин С., Фишман Ч., Техники семейной терапии/Пер. с англ. А.Д. Иорданского. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998 – 304 с.
19. Мэннинг, Дж., Риджуэй, Н. Практика когнитивно-поведенческой терапии. Рабочие листы и раздаточные материалы./Джеймс Мэннинг, Никола Риджуэй; пер. с англ. В.А. Голингера — Киев. : “Диалектика”, 2020. — 178 с.
20. Нейпир О., Витакер К. Семья в кризисе. Опыт терапии одной семьи, преобразивший всю ее жизнь. М., Когито-центр, 2016. – 344 с.
21. Олифинович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. - СПб.: Речь, 2006. – 360 с.
22. Торндайк Э., Уотсон Д.Б. Основные направления психологии в классических трудах. Бихевиоризм. Принципы обучения, основанные на психологии. Психология как наука о поведении. - М.: ООО «Издательство АСТ-ЛТД», 1998. - 704 с.
23. Павлов И.П. Полное собрание сочинений. Том 2 Издательство академии наук СССР, Москва 1951 г.
24. Павлов И.П. Полное собрание сочинений. Том 3 Издательство академии наук СССР, Москва 1951 г.

25. Пономарева И.М. Работа психолога в кризисных службах: учебное пособие. - СПб.: СПбГИПСР, 2014 – 197 с.
26. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Для консультантов, психотерапевтов и психологов. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 383 с.
27. Пучкова, Г.В. Теоретические основы психологического исследования : учеб. пособие / Г.В. Пучкова. – Тольятти : Изд-во ТГУ, 2013. – 184 с. : обл.
28. Робишо, М., Дюга, М.Ж. Генерализованное тревожное расстройство. Когнитивно-поведенческая терапия для преодоления неуверенности, беспокойства и страха/Мелиса Робишо, Мишель Ж. Дюга; пер. с англ. Д.В. Процен-ко. — Киев.: “Диалектика”, 2021. — 288 с.: ил. — Парал. тит. англ.
29. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. 70 Психологическая помощь в кризисных ситуациях – СПб.: Речь, 2004 – 256 с.
30. Рупперт Ф. Травма, связь и семейные расстановки. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2010 – 247 с.
31. Сатир В. // Семейная терапия. Практическое руководство. М.: ИОИ, 2015 – 188 с.
32. Сатир В. Психотерапия семьи. — «Речь», СПб., 2000 – 280 с.
33. Системная семейная психотерапия / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2002 – 368 с.
34. Скиннер Б.Ф. Наука и человеческое поведение / Б. Ф. Скиннер; пер. с англ. А.А. Федорова, А.И. Васильева. - Новосибирск, 2017. - 517 с.
35. Скиннер Б.Ф. О бихевиоризме. / Бересс Фредерик Скиннер; Перевод с английского И.В. Митрофанова. Москва: Эскиммо, 2023. - 336 с.
36. Скиннер Б.Ф. По ту сторону свободы и достоинства. / Бересс Фредерик Скиннер; Перевод с английского И.В. Митрофанова. Москва: Эскиммо, 2023. - 256 с.
37. Скиннер Р. Семья и как в ней уцелеть / Р. Скиннер, Д. Клиз; [пер. с англ. Н. М. Падалко]. - Москва: АСТ: Астрель, 2004 - 301 с.

38. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. 256 с.
39. Смулевич А. Б., Тиганов А. С. Депрессии и коморбидные расстройства. М.: РАМН НЦПЗ. 1997. С. 42–43.
40. Торндайк Э., Уотсон Дж. Б. Бихевиоризм. Принципы обучения, основанные на психологии. Психология как наука о поведении. М.: АСТ-ЛТД
41. Харитонов С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии. - М.: Психотерапия, 2009. - 176 с.
42. Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Юстицкис В.В. Семейная психотерапия. – Москва: Речь, 2007 – 399 с.
43. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2006 – 352 с.
44. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд – СПб.: Питер, 2008 – 672 с.
45. Янг Дж., Клоско Дж., Вайсхаар М. Схема-терапия. Практическое руководство: Пер. с англ. - СПб. : ООО «Диалектика», 2020 - 464 с.
46. Beck A.T. et al. An Inventory for Measuring Depression//Archives of general psychiatry. - 1961. - Т. 4. - N. 6. - С. 561 - 571.
47. Beck AT, Ward C, Mendelson M (1961). «Beck Depression Inventory (BDI)». Arch Gen Psychiatry. 4 (6): 561–571.
48. Beck, A. T., Kovacs, M., and Weissman, A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1979, 47, 2, 343-352.
49. Beck, A. T., Kovacs, M., and Weissman, A. Hopelessness and suicidal behavior: An overview. Journal of the American Medical Association, 1975, 234, 1146-1149.
50. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., and Trexler, L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974, 42, 861-865.

51. Becker, J. Depression: theory and research. Washington, D. C.: V. H. Winston and Sons, Inc., 1974.
52. Ellis, A. Growth through reason: Verbatim cases in rational-emotive psychotherapy. Palo Alto: Science & Behavior Books, 1971.
53. Ellis, A. Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach. New York: McGraw-Hill, 1973.
54. Pavlov IP. Conditional Reflexes. - Dover Publications/ - New York: Dover Publications. 1927.
55. Rush, A. J., Khatami, M., and Beck, A. T. Cognitive and behavioral therapy in chronic depression. Behavior Therapy, 1975.
56. Schuyler, D., and Katz, M. M. The depressive illnesses: A major public health problem. Washington, D.C.: U. S. Government Printing Office, 1973.
57. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene. R.E. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.//Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. - 1970. Spielberger C.D. Test Anxiety Inventory: Preliminary professional manual. - Menlo Park. - 1980. Адаптация методики Ю.Л. Ханина. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. - Ленинград. - 1976. - 18 с.

Приложение А

Таблицы первичных и повторных данных

Таблица А.1 - Результаты методики «Шкала тревожности Спилбергера-Ханина»
до и после экспериментального вмешательства

Номер респондента	Ситуативная тревожность		Личностная тревожность	
	первичное тестирование	повторное тестирование	первичное тестирование	повторное тестирование
1КЖ0	47	45	47	48
2КЖ0	38	30	31	29
3КЖ0	75	74	69	72
4КЖ0	34	33	35	39
5КЖ0	39	42	48	44
6КЖ1	36	37	33	29
7КЖ3	49	46	57	65
8КЖ1	30	34	39	41
9КЖ2	42	44	45	48
10КЖ1	45	47	47	49
11КМ0	47	49	44	42
12КМ0	52	49	57	65
13КМ0	38	35	40	38
14КМ0	69	71	60	64
15КМ0	42	43	44	42
16КМ1	31	30	33	35
17КМ3	32	29	29	28
18КМ1	33	31	32	34
19КМ2	39	42	43	42
20КМ1	32	36	31	33
1ЭЖ0	54	44	56	42
2ЭЖ0	46	37	47	39
3ЭЖ0	47	32	47	36
4ЭЖ0	39	30	38	30
5ЭЖ0	38	29	42	31
6ЭЖ1	30	30	32	31
7ЭЖ1	44	32	46	39
8ЭЖ1	31	30	30	28
9ЭЖ3	34	29	34	29

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1

Номер респондента	Ситуативная тревожность		Личностная тревожность	
	первичное тестирование	повторное тестирование	первичное тестирование	повторное тестирование
10ЭЖ2	40	35	42	30
11ЭМ0	28	27	35	29
12ЭМ0	47	35	46	31
13ЭМ0	35	31	32	28
14ЭМ0	32	29	35	30
15ЭМ0	60	41	66	44
16ЭМ1	40	37	45	34
17ЭМ1	56	45	51	39
18ЭМ1	66	48	63	46
19ЭМ3	31	30	34	29
20ЭМ2	53	42	60	49

Таблица А.2 – Результаты методики «Шкала депрессии Бека» до и после экспериментального вмешательства

Номер респондента	Шкала депрессии Бека	
	первичное тестирование	повторное тестирование
1КЖ0	44	43
2КЖ0	42	45
3КЖ0	52	49
4КЖ0	32	34
5КЖ0	51	49
6КЖ1	47	49
7КЖ3	40	42
8КЖ1	34	40
9КЖ2	18	17
10КЖ1	22	21
11КМ0	28	29
12КМ0	34	37
13КМ0	17	19
14КМ0	55	52
15КМ0	17	19
16КМ1	14	13
17КМ3	11	10
18КМ1	15	18
19КМ2	20	23
20КМ1	16	11
1ЭЖ0	55	25

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.2

Номер респондента	Шкала депрессии Бека	
	первичное тестирование	повторное тестирование
2ЭЖ0	50	25
3ЭЖ0	19	10
4ЭЖ0	17	8
5ЭЖ0	46	22
6ЭЖ1	14	8
7ЭЖ1	20	11
8ЭЖ1	16	8
9ЭЖ3	12	9
10ЭЖ2	21	8
11ЭМ0	14	10
12ЭМ0	49	26
13ЭМ0	46	22
14ЭМ0	19	10
15ЭМ0	53	25
16ЭМ1	23	11
17ЭМ1	44	22
18ЭМ1	54	23
19ЭМ3	19	8
20ЭМ2	24	13

Таблица А.3 – Результаты методики «Шкала тревоги Бека» до и после экспериментального вмешательства

Номер респондента	Шкала тревоги Бека	
	первичное тестирование	повторное тестирование
1КЖ0	42	44
2КЖ0	35	34
3КЖ0	52	53
4КЖ0	24	23
5КЖ0	37	36
6КЖ1	27	28
7КЖ3	40	38
8КЖ1	42	43
9КЖ2	34	37
10КЖ1	35	33
11КМ0	35	38
12КМ0	43	42
13КМ0	29	27
14КМ0	50	51
15КМ0	31	32

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.3

Номер респондента	Шкала тревоги Бека	
	первичное тестирование	повторное тестирование
16KM1	22	22
17KM3	23	24
18KM1	24	25
19KM2	28	26
20KM1	33	32
1ЭЖ0	44	23
2ЭЖ0	38	17
3ЭЖ0	35	15
4ЭЖ0	39	16
5ЭЖ0	32	14
6ЭЖ1	20	16
7ЭЖ1	35	17
8ЭЖ1	22	14
9ЭЖ3	24	15
10ЭЖ2	36	23
11ЭМ0	22	16
12ЭМ0	32	25
13ЭМ0	28	18
14ЭМ0	24	14
15ЭМ0	58	37
16ЭМ1	35	29
17ЭМ1	46	39
18ЭМ1	57	33
19ЭМ3	24	17
20ЭМ2	47	28