

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 гештальт-подхода в коррекции тревожности личности  
юношеского возраста

Обучающийся

Е.В. Соколова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный  
руководитель

канд. психол. наук, И.В. Кулагина

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

## Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретические аспекты использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста.....	9
1.1 Сущность тревоги, тревожности в отечественной и зарубежной психологии .....	9
1.2 Особенности проявления тревожности у лиц старшего юношеского возраста .....	15
1.3 Возможности использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста.....	20
Глава 2 Эмпирическое исследование использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста .....	31
2.1 Организация, выборка и методы исследования .....	31
2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования особенностей тревожности у лиц старшего юношеского возраста...	34
2.3 Разработка направлений использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста.....	41
2.4 Оценка эффективности использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста.....	53
Заключение.....	63
Список используемой литературы.....	65

## Введение

**Актуальность и научная значимость исследования.** Наш век можно назвать веком тревожности. Набирающий обороты ритм жизни, колоссальное количество информации, постоянные техногенные новшества, непрестанная социальная гонка за статусом и успехом. Список факторов современных реалий, потенциально нарушающих внутреннее равновесие и внешнюю стабильность человеческой жизни, можно продолжать бесконечно.

Существуют достоверные статистические данные, которые позволяют нам утверждать, что тревога и тревожные расстройства – бич нашего времени. Например, по данным мировых эпидемиологических исследований, частота психических заболеваний в год распределена следующим образом: на первом месте стоят тревожные расстройства (6.7%), на втором – расстройства настроения, в том числе депрессии (5.4%), на третьем – зависимости (3.8%), на четвертом – шизофрения (0.4%) [69].

В отличие от развитых западных стран, в нашей стране существует гиподиагностика тревожных расстройств. В России пока нет единого стандарта по определению и терапии данных нарушений. Можно выделить целый ряд причин существующего положения вещей: низкая доступность психиатрической/психологической помощи и ее стигматизация, низкая психологическая культура, высокая коморбидность тревожных расстройств и соматических заболеваний и другие. И хотя масштабных мета-исследований в России пока не существует, однако и в нашей стране отмечается мировой тренд в сторону нарастания тревожных состояний. Например, замечено, что по сравнению с предыдущими десятилетиями резко увеличилось количество пациентов с социофобией (33.3%), с вегетативными кризами (55.8%), с обсессивными расстройствами (4.6% в 1960 г и 24% сейчас) [33].

Тревожность и тревожные состояния существенно ухудшают качество жизни. Поэтому неудивительно, что эта проблематика уже освещена и продолжает изучаться множеством авторов различных школ и направлений

психотерапии. Тем не менее, в рамках гештальт-подхода существует некоторый теоретический дефицит.

Исследованием методов гештальт-терапии занимались такие авторы, как Л.И. Бочанцева, С. Гингер, А.В. Гронский, К. Наранхо, Н.Ю. Зыкова, Ф. Перлз и другие. Однако гештальт-подход является довольно молодым психотерапевтическим направлением, поэтому в нем еще не разработан монолитный теоретический взгляд на проблему тревожности. Это может быть обусловлено не только молодостью подхода, но и его специфической направленностью. Гештальттерапия феноменологична, то есть в ней мы всегда имеем дело с уникальным переживанием уникальной личности, в моменте «здесь и сейчас». Такой фокус работы предполагает постоянную гибкость и открытость терапевта, который должен оперировать не готовыми теоретическими шаблонами, а собственной чувствительностью [11]. Выведение универсальных законов в гештальте противоречит самой философии направления. Тем не менее, существуют некоторые общие принципы работы с тревожностью, которые необходимо рефлексировать и фиксировать, тем самым пополняя теоретическую базу гештальт-терапии. Кроме того, мы считаем, что аккумулирование и описание хорошо себя зарекомендовавших стратегий работы гештальт-терапевтов тоже крайне полезно не только для коллег, но и для представителей других направлений.

Чувство тревожности может быть свойственно каждой личности на любом жизненном этапе. Но, несмотря на распространённость тревожности, существует возрастная категория граждан, об особенностях тревожности которой мы знаем крайне мало. Это молодые люди старшего юношеского возраста. В психологической литературе различных авторов проблема тревожности у таких лиц является недостаточно изученной. В специализированной литературе по гештальт-подходу также не хватает исследований и информации по этому вопросу.

Категория лиц старшего юношеского возраста представляется особенно интересной, поскольку в данном возрасте возникает первый опыт

решения «взрослых» проблем и задач. То, как молодой человек или девушка справился (или не справился) с ними, а также то, какой ценой далась победа или поражение – все это откладывается в памяти и привносится во взрослую жизнь. Поэтому старший юношеский возраст представляется особенно сензитивным, то есть особенно благоприятным, для формирования навыков совладания с тревогой. Тревога в этом возрасте является скорее чужеродным, досадным обстоятельством жизни, еще не успевшим встроиться в структуру личности и радикально деформировать ее, став полноценным тревожным расстройством.

Таким образом, актуальность темы исследования выпускной квалификационной работы вдвойне обоснована: во-первых, сама тревога является насущным вызовом для интеллектуальных изысканий, во-вторых, недостаточно изученным является вопрос тревожности и ее коррекции, а также применения гештальт-подхода в этом направлении, у людей старшего юношеского возраста.

Поэтому в данной выпускной квалификационной работе мы, во-первых, считаем важным изучить, как проблема тревожности понимается и решается в рамках гештальт-терапии, и, во-вторых, планируем провести исследование об особенностях проявления тревожности у людей старшего юношеского возраста и использовании гештальт-подхода в ее коррекции.

**Цель исследования:** проанализировать возможности использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста.

**Объект исследования:** тревожность личности.

**Предмет исследования:** тревожность у лиц старшего юношеского возраста.

**Гипотеза исследования:** мы предполагаем, что долгосрочная (60 и более часов) групповая терапия в гештальт-подходе существенно снижает тревожность у лиц старшего юношеского возраста.

**Задачи исследования:**

1. Изучить сущность тревоги, тревожности в отечественной и зарубежной литературе.
2. Охарактеризовать особенности проявления тревожности у личности юношеского возраста.
3. Установить возможности использования гештальт-подхода в коррекции тревожности личности юношеского возраста.
4. Провести эмпирическое исследование использования гештальт-подхода в коррекции тревожности личности юношеского возраста.
5. Разработать направления использования гештальт-подхода в коррекции тревожности личности юношеского возраста.
6. Провести оценку эффективности использования гештальт-подхода в коррекции тревожности личности юношеского возраста.

**Теоретико-методологическая база исследования:** идеи, изложенные в работах отечественных и зарубежных ученых:

- в области психологии и возрастной педагогики (Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, Э. Фромм, Ю.Л. Ханин, А.М. Прихожан, Е.П. Ильин, А.И. Захаров и другие);
- в гештальт-подходе и методологической литературе (К. Левин, Ф. Перлз, С. Гингер, Г. Масколье, И.Д. Булюбаш и другие).

**Методы исследования:**

- общенаучные (анализ, синтез, дедукция, индукция);
- частнонаучные (формально-логический, сравнительный);
- теоретический анализ литературы по проблеме исследования;
- диагностический инструментарий;
- количественный и качественный анализ результатов;
- метод математической статистики.

**Методики исследования:**

- Шкала самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (STAI).
- Методика «шкала тревожности» Дж. Тейлора.

– Госпитальная шкала тревоги и депрессии.

**Опытно-экспериментальная база исследования:** в исследовании приняли участие юноши и девушки в возрасте 20-22 лет в общем количестве 34 человек. Исследование проводилось на базе тольяттинского филиала Высшей школы гештальт-терапии (ВШГТ).

**Научная новизна и теоретическая значимость** выпускной квалификационной работы заключается в том, что полученные результаты будут способствовать не только обогащению теоретической базы гештальт-подхода, но также могут быть полезными и для коллег из других психотерапевтических традиций.

**Практическая значимость** исследования состоит в том, что полученный достоверный эмпирический материал может служить основой для практических пособий и методических изданий, разрабатываемых в целях диагностики и психокоррекции тревожности.

**Достоверность и обоснованность результатов** обусловлена комплексной проработкой теоретической базы исследования, использованием адекватных целям исследования методов и методик, достоверной и репрезентативной выборкой, проведением эксперимента, количественным и качественным анализом результатов исследования, использованием методов математической статистики.

**Личное участие автора** состоит в составлении и реализации плана работы, в самостоятельной постановке цели и формулировании задач, в организации и проведении эмпирического исследования, в анализе и интерпретации полученных данных, в формулировании основанных на доказательных данных выводов.

**Апробация и внедрение результатов в работу** производилась в течение всего исследования при практической работе с гештальт-терапевтами, ведущими терапевтическую группу испытуемых. Кроме того, по теме исследования были опубликованы две научные статьи: Гештальт-подход в работе с тревогой: основные направления терапии /

Е.В. Селиверстова // Молодой исследователь: вызовы и перспективы: сб. ст. по материалам ССХVII Международной научно-практической конференции «Молодой исследователь: вызовы и перспективы». № 22 (217). М. : Изд. «Инернаука», 2021; а также статья Тревога как нарушение целостности: взгляд на феномен тревожности через призму гештальт-подхода / Е.В. Соколова // Исследования молодых ученых: материалы XXX Междунар. Науч. Конф. (г. Казань, январь 2022 г). Казань : Молодой ученый, 2022. С 46 – 51.

**На защиту выносятся следующие положения:**

- Старший юношеский возраст является сложным жизненным этапом, во время которого большинство событий ведут к повышению уровня тревожности.
- В исследуемой выборке наблюдается склонность молодых людей рационализировать и «прорабатывать» тревожность рациональным путем, что ведет к еще большему расхождению с эмоциональной сферой, и как следствие, повышает тревожность.
- Групповая терапия в рамках гештальт-подхода влияет на уровень тревожности.

**Структура работы.** Магистерская диссертация состоит из введения, двух глав (разделенных на разделы), выводов, заключения и списка использованных источников литературы. Объем основного текста составляет 70 страниц. В тексте представлены 4 таблицы и 13 графических изображений.



# **Глава 1 Теоретические аспекты использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста**

## **1.1 Сущность тревоги, тревожности в отечественной и зарубежной психологии**

Изучение феномена тревожности является фундаментальным вопросом психологической науки, что привело к появлению различных подходов к его исследованию. Сам термин «тревога» был предложен З. Фрейдом, который рассматривал тревогу как функцию эго, главная задача которой – предупреждать человека об опасности [45]. Тревога связана с понятием страх. Однако есть терминологическое различие: страх является ответом на конкретную угрозу, а тревога – на неопределенную опасность, которая может быть и неконкретной, а весьма условной. В качестве элемента, который интегрирует страх и тревогу оказывается чувство беспокойства. Оно определяется в качестве эмоционального состояния, формирующегося в виде реакции на некий фактор.

В теории индивидуальной личности А.А. Адлера тревога понимается как симптом невроза, то есть расстройства поведения личности. По Адлеру, физические страдания в детстве или чрезмерная родительская неуверенность приводят к развитию психологических защитных стратегий для преодоления чувства неполноценности, постоянных угроз самооценке, неуверенности и повышенной чувствительности [2].

Э. Фромм трактовал понятие тревоги с позиции переживания эмоционального дискомфорта. Его источником является опыт социально-исторического развития, поскольку человек состоит в связи с миром на основании социальных связей. С позиции Э. Фромма тревога является эмоциональным расстройством, которое является следствием развития общества. В ходе разрыва связей с обществом человек теряет связи и возникает тревога. Как следствие формируется тревога и состояние

беспомощности. Чтобы преодолеть это состояние человек хочет убежать от этих переживаний, чтобы избежать это негативное чувство [63].

По мнению К. Роджерса, «действия, которые остаются за границами интеллекта, являются одним из ключей к тревоге. Такие влияния, если они серьезные, происходят бессознательно, пока не станут осознанными. В результате возникает реакция организма: частая одышка, дрожь. Сознательно эта ситуация также объясняется как мотив или страх, но человек не в состоянии распознать подоплеку собственного страха. Беспокойство также считается случайным явлением» [56].

Тревожность также рассматривается в рамках физиологического подхода. На психофизиологическом уровне причины тревоги связаны с особенностями структуры и функции центральной нервной системы человека. Существует мнение, что тревожность определяется врожденными психодинамическими характеристиками, конституциональными особенностями, несоответствиями в деятельности секторов центральной нервной системы, слабостью или дисбалансом в нейронных процессах, различными заболеваниями, например, гипертонией, и наличием поражений в коре головного мозга. Признаками тревожного состояния оказываются выраженные изменения привычных стратегий поведения, речи, движений, мимики, давления, сердцебиения, повышение интенсивности потоотделения, изменение режима сна и бодрствования, сбои в работе внутренних органов. При этом состояние повышенной тревожности может отрицательно воздействовать на навыки критического анализа имеющейся ситуации, при этом лишает человека, которое совершило правоотношение, определенной возможности анализировать ситуацию и сознательно принимать решение. Схожим по психологическому содержанию к состоянию тревоги является состояние страха» [23, с. 260].

Понятие тревожности в отечественной психологии рассматривается как психологическое свойство, то есть склонность человека к тревоге, характеризующаяся низким порогом тревожного реагирования. Так, по

мнению Ю.Л. Ханина, тревожные личности воспринимают мир как потенциально опасный и несущий угрозу. Как представитель дифференцированного подхода, Ю.Л. Ханин различает личностную тревожность и ситуативную тревожность [64]. Также Ч. Спилбергер эксплицитно выделяет два вида тревожности: ситуативную (реактивную) и личностную [68]. При ситуативной тревоге, как правило, можно четко выделить ее причину – и причина эта носит объективную угрозу жизни, здоровью или внутреннему благополучию человека. При личностной же тревожности даже безопасные обстоятельства воспринимаются индивидом как угрожающие ему. Проявления тревоги (такие как суетливость движений, сбивчивость речи, напряжение, нарушение сна, трудность с концентрацией, гипрестезия и другие), таким образом, также могут иметь свою градацию и быть либо ситуативными, либо устойчивыми реакциями.

Как уже было замечено Фрейдом, понятия тревога и страх – очень близкие, однако их все же не следует отождествлять [62]. Страх принято относить к базовым эмоциям. Например, в классификации К. Изарда страх является негативной эмоцией, посылающей сигналы опасности, и он может возникать по разным причинам. Термин «страх» у Изарда объединяет характеристики самого страха и различных проявлений тревоги [28, с. 216].

Наиболее распространенное сегодня мнение гласит, что «страх рассматривается как реакция на конкретную, достаточную и реальную опасность, тогда как тревога – это переживание неопределенной, беспредметной, часто преувеличенной и в значительной степени воображаемой угрозы» [52]. Так, по мнению Ф. Перлза, «страх вызывается каким-то опасным объектом в окружающей среде, с которым человек должен иметь дело или которого он должен избегать. Тревожность, с другой стороны, является внутренним переживанием, не связанным напрямую с внешним объектом» [47, с. 345]. Этот взгляд также поддерживается позицией психоаналитиков З. Фрейда и К. Хорни.

Анализ литературы показывает, что в отечественной психологии феномен тревожности рассматривается в основном как проявление неблагополучия, вызванного нервно-психическими расстройствами, или как следствие травмы. Многочисленные исследования зарубежных и отечественных психологов показали деструктивное влияние тревожности на активность личности (Х. Айзенк, Н.Д. Левитов, Р. Мэй, А.М. Прихожан, Ю.Л. Ханин, Дж. Тейлор, Ч.Д. Спилберг и другие).

Страх и тревожность имеют, согласно А.И. Захарову, единый эмоциональный компонент – чувство волнения. А.И. Захаров, однако, подчеркивает, что волнение может быть позитивного и негативного характера. Так, страх – это однозначно негативное чувство, в то время как тревога может быть выражена как радостное возбуждение, взволнованное предвкушение [26, с. 64].

Е.П. Ильин понимал тревогу как результат фантазии, воображения и активности будущего. Человеку в тревоге свойственно сдерживать самого себя. Незавершенные ситуации аккумулируют возбуждение. Не происходит разрядки и снятия внутреннего напряжения, так как человек блокирует собственную деятельность ожиданием неудачи, опасности или, в случае неопределенности, беспокойством от чувства неизвестности [29].

Представитель личностного подхода А.М. Прихожан понимает тревогу как «переживание эмоционального дискомфорта, предчувствие надвигающейся опасности, выражение неудовлетворенной потребности индивида в чем-то значимом, что актуально при ситуативном переживании тревоги и устойчиво доминирует при гипертрофированном типе постоянной тревоги» [52]. Тревожность как психологическая черта может принимать различные формы. А.М. Прихожан были выделены как открытые, так и закрытые фигуры тревоги. Открытые формы: острая, неконтролируемая тревога; регулируемая и компенсаторная тревожность; возвращенный страх. Закрытые (замаскированные) формы страха она называет «масками». Эти маски: агрессивность; чрезмерная зависимость; апатия; мошенничество;

безделье; чрезмерная мечтательность. Повышенная тревожность, пишет Прихожан, в ее хроническом проявлении, указывает на наличие системного нарушения личностного развития [52].

В работах Н.А. Аминова, В.М. Астапова и К.Е. Изарда представлен системно-структурный подход к изучению тревожности и предлагается рассматривать тревожность как целостное явление [3, 5, 28].

По определению Н.А. Аминова, тревога выступает своего рода стилем взаимодействия тревожного человека с миром и затрагивает все сферы его деятельности. При этом она противоречивым образом влияет на активность человека: с одной стороны, имеет позитивную функцию как мобилизатор резервов и психических ресурсов, а с другой стороны несет негативные последствия в виде ограничений действий [3].

В.М. Астапов считает, что для тревоги характерно чувство напряжения и прогнозирование неприятного исхода событий. Одновременно с этим, по Астапову тревога выполняет ряд важных функций: уведомляет об угрозе или опасности, подталкивает к поиску решений, регулирует поведение и оценивает ситуацию для запуска механизмов адаптации [5].

Функциональный аспект тревожности предполагает рассмотрение ее как системного атрибута, проявляющегося на всех уровнях человеческой деятельности [37, с.11]. Например, ряд авторов говорит о ее влиянии на изменение самомнения личности (И.О. Мотков), на снижение самооценки (А.М. Прихожан), на степень решительности (Н.В. Имедадзе), уверенности в себе (Л.В. Макшанцева). Отмечается влияние тревожности на мотивацию (Е.А. Калинин, Л.М. Костина), социальную активность (Г.Н. Генинг), стремление к лидерству и работоспособность (М.С. Неймарк).

Если говорить о диагностике, следует заметить, что тревога как тягостное эмоциональное переживание, не имеющее ярко выраженной конкретной причины – состояние, в разной степени знакомое каждому современному человеку. Однако, в виду своего диффузного характера, тревожность с трудом поддается однозначной и точной диагностике. Так, в

Большом психологическом словаре тревога трактуется как переживание неопределенной, диффузной, безобъективной угрозы. В этом же источнике упоминается, что «вопрос о причинах тревоги и тревожности открыт; в настоящее время преобладает точка зрения, согласно которой тревожность, имея природную основу, складывается прижизненно, в результате действия социальных и личностных факторов» [45].

Диагностику осложняет также наличие двух форм тревожности – открытой и закрытой (скрытой). При скрытой тревоге человек либо внешне чрезмерно спокоен и нечувствителен к реальности, либо демонстрирует специфические формы поведения [34]. Скрытая тревога – сложный феномен как для диагностики, так и для коррекции. При этом состоянии индивид скрывает свои тревожные реакции не только от окружающих людей, но и от самого себя. Возникают ригидные механизмы защиты и подавления переживаний, которые мешают осознать происходящее. Вместо того, чтобы вынести причины тревожности на поверхность и устранить их, человек со скрытой тревогой годами находится в подавленном состоянии и хроническом беспокойстве, даже не понимая этого. Зачастую открытая тревожность и скрытая тревога могут сменять одна другую.

Терминологическую сложность в диагностическом понимании тревоги также вносит тот факт, что из психологического словаря постепенно уходит термин «невроз» и зачастую, в определенных контекстах, заменяется терминами «тревога», «тревожное расстройство». Например, это можно проследить по эволюции термина в МКБ (Международная классификация болезней) [44]. Так, в МКБ-9 и более ранних версиях существовал диагноз «невроз» и «невроз навязчивых состояний». В МКБ-10 термин «невроз» был заменен термином «расстройство». В проекте МКБ-11 выделены самостоятельные главы «Тревожные и фобические расстройства», «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» и «Расстройства обсессивно-компульсивного спектра».

Можно предположить, что исчезновение неврозов из современных классификаций обусловлено отчетливым трендом в сторону биологизации причин возникновения расстройств [60, с. 42]. В любом случае, эта тенденция рождает вопрос, насколько представления о неврозах, накопленные коллективными усилиями более ранних исследователей, применимы к феномену тревоги. Возможно, многие невротические реакции по своей структуре и организации очень похожи на тревожные. В таком случае любопытной и достойной внимания является параллель между тревожными и невротическими расстройствами.

Наконец, стоит упомянуть, что под понятием «тревожные расстройства» в современной специализированной литературе подразумевается целый комплекс различных тревожных состояний. К ним относятся генерализованное тревожное расстройство, различные фобии, ипохондрические расстройства, панические расстройства и другие. Состояние тревоги, как явственно из названия этой группы расстройств, общее для каждого из них.

## **1.2 Особенности проявления тревожности у лиц старшего юношеского возраста**

Юношеским возрастом принято называть период между подростковым возрастом и взрослостью. Мы решили взять верхние границы возрастной периодизации онтогенеза, то есть старший юношеский возраст, а именно 20-22 лет, поскольку считаем, что профессиональное самоопределение и взросление в наше время происходит несколько позже, чем это было в предыдущие десятилетия.

Большинство отечественных психологов, так или иначе, затрагивали тему возрастной тревожности. Например, А.И. Захаров считает, что «тревожность как личностная черта развивается только в школьном возрасте, а в дошкольном возрасте тревожность в основном ситуативна и поддается

коррекции» [25, с. 122]. Механизмы формирования личностной тревожности по мере взросления описаны в работах Э.Г. Абакаровой: «структурные изменения в личности развиваются не сразу, а постепенно, по мере закрепления тенденции к негативным личностным установкам, восприятию достаточно широкого круга ситуаций как угрожающих и реагированию на них состоянием тревоги» [1]. В.А. Ганзен утверждает, что «хронические состояния тревоги могут стать атрибутом личности и категорией тревожности» [15]. Иными словами, если тревожность не профилируется и целенаправленно не снижается на ранних этапах формирования, она с огромной долей вероятности становится личностной чертой взрослого человека.

Личностная тревожность в юношеском возрасте ассоциирована с отсутствием или нарушением механизмов психологической саморегуляции. Г.Ш. Габдреева в своей работе утверждает, что «различия в субъективных моделях реальности, сопровождающиеся неоправданно преувеличенными проявлениями тревоги, могут привести к нарушениям в процессе регуляции. Тревожность затем устанавливается как черта личности и развивается в доминирующую черту характера» [14].

Основным новообразованием юношеского возраста является мировоззрение, когда происходит формирование системы взглядов на окружающий мир, установок и убеждений, определение своего места в мире, осознание жизненных целей и ценностей [18]. Во время этого важнейшего этапа закладывается фундамент последующей жизни. Специфическая социальная ситуация, трансформация отношений с родителями, ведущая деятельность личности, необходимость выбора профессии и планирование дальнейшего образования – все эти факторы радикально меняют жизнь вчерашних школьников [30].

Меняется внутренняя мотивация деятельности, она приобретает все большую социальную направленность [43]. Е.П. Ильин пишет: «В ходе формирования социально направленных мотивов «внутренний фильтр»



начинает играть первостепенную роль. Чем более зрелыми в социальном плане являются старшеклассники, тем больше их устремлений направлено в будущее, тем больше у них формируется мотивационных установок, связанных с намечаемой перспективой жизни» [29, с. 264]. Молодые люди впервые в жизни оказываются перед лицом необходимости взять ответственность за свою жизнь. Для этого им крайне важно понимать себя, свои желания, устремления и возможности [19].

Н.Г. Гинзбург отмечает, что личностное и профессиональное самоопределение в данном возрасте обусловлено, с одной стороны, потребностями общества (например, актуальными представлениями о востребованных и перспективных профессиях), а с другой – внутренней логикой психического развития личности. По Гинзбургу, внутренняя потребность в самореализации обостряется именно в юношеском возрасте [17]. Кроме того, у молодых людей, с одной стороны, особенно остро стоит необходимость в общении с людьми, а с другой стороны – повышается избирательность в этом вопросе. «В расширении сферы общения реализуется потребность переживать новые впечатления, приобретать новый жизненный опыт, ощущать себя в новой роли. Потребность в избирательности проявляется в четком отграничении старшеклассников от окружения, в котором они не могут самореализоваться, высокой избирательности при выборе друзей и объектов любви. При установлении межличностных отношений они ищут благоприятные условия для коммуникативного взаимодействия, ожидания и проявления сочувствия и сопереживания, реализации потребности в искренности и единстве взглядов, в самовыражении. Удовлетворение этих проблем связано с глубокими личностными переживаниями» [36, с. 35].

Современное общество ставит молодого человека перед важнейшей задачей «найти себя», то есть произвести профессиональное самоопределение. Эта задача может казаться молодому человеку чрезвычайно пугающей и казаться глобальной. Неслучайно экзаменационные

переживания молодых людей тесно связаны с неверием в свои силы и проявляются в заниженной самооценке [24]. Кажется, что на кону стоит слишком много и что от результатов экзаменов зависит вся последующая жизнь. Кроме данного крайне стрессогенного фактора, выделяют следующие причины возникновения тревожности у юношей и девушек: учебные нагрузки; неспособность справиться с учебной программой; неадекватные ожидания со стороны родителей; неблагоприятные отношения с педагогами; изменение школьного коллектива или неприятие ученика [46].

Кроме того, анализ психолого-педагогической литературы [7, 8, 22, 35] позволяет выделить следующие причины возникновения тревожности в юношеском возрасте:

- неправильное воспитание и неблагоприятные детско-родительские отношения;
- фрустрация потребности устойчивого удовлетворительного отношения к себе, чаще всего связанная с нарушениями отношений со значимыми другими; низкий уровень самооценки;
- негативный образ тела, который, по мнению многих специалистов, может приводить к депрессии и тревоге;
- возросшая способность к критическому осмыслению развивающейся личности и своего будущего может, по-видимому, повышать риск развития депрессии и тревожности, когда юноши и девушки фиксируются на возможных негативных исходах;
- низкая популярность среди сверстников устойчиво связывается с депрессией, стрессовыми реакциями и высоким уровнем тревожности в подростковом и юношеском возрасте и служит одним из самых надёжных предсказателей депрессии у взрослых;
- низкая школьная успеваемость ведёт к развитию стрессовых реакций и тревожности;

– формирование психастенической акцентуации характера, отличительной особенностью которой является тревожно-мнительные черты [59].

Юноши и девушки очень часто страдают от неуверенности в себе, в результате которой склонны отказываться от деятельности, которая представляется слишком сложной. Поскольку молодые люди постоянно сравнивают себя с другими, это сравнение накладывает на неуверенность в себе и, как правило, приводит к внутреннему обесцениванию всех своих достижений. Неуверенность в себе переносится и в сферу межличностного общения и ведет к трудностям в установлении новых контактов. «Также для юношеского возраста характерны различные навязчивости (навязчивые действия, мысли, страхи). Высокая тревожность порождает психосоматические заболевания (то есть телесные заболевания, вызванные психологическими причинами)» [12, 40].

Как мы видим, тревожность имеет специфические возрастные особенности. В старшем юношеском возрасте она проявляется в форме многочисленных страхов, низкой самооценки, подавленностью грузом новых задач и проблем. И действительно, новые условия жизни ставят перед молодыми людьми принципиально новые вопросы. Необходимость самоопределения (не только в профессиональном, но также и в личностном, мировоззренческом, социальном смысле) зачастую оказывается очень серьезным вызовом для людей, которые еще совсем недавно были встроены в привычные институты средней школы и родительской семьи.

Кроме того, старший юношеский возраст характеризуется повышенной эмоциональной возбудимостью. Необходимость принимать взрослые ответственные решения, которые будут иметь влияние на всю последующую жизнь, вкупе с еще незрелыми, в чем-то детскими, эмоциональными реакциями – вот, можно сказать, ключевая характеристика личности старшего юношеского возраста. Эта специфика подталкивает нас к идее, что снижение тревожности именно в молодом возрасте имеет чрезвычайно

важное значение для всей дальнейшей жизни. Мы считаем, что от того, в каком психологическом состоянии будет происходить «инициация» молодых людей во взрослую жизнь, будет зависеть качество этой жизни, степень зрелости личности и уровень ее психологической устойчивости.

### **1.3 Возможности использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста**

Гештальтпсихология появилась благодаря революционным открытиям в физике и была альтернативой бихевиоризму и ассоциативной психологии. Её основателями можно считать М. Вертгеймера, К. Коффка, В. Кёлера, К. Левина. Возникшая в 40х-50х годах XX в. в рамках гуманистической психотерапии, философия гештальта относится к «третьей силе» в психологии, так как ее нельзя отнести ни к психоанализу с его детерминизмом (а именно идеей, что произошедшее в детстве определяет наше настоящее и будущее), ни к бихевиоризму (с его убежденностью в том, что центром терапии должны быть изменения поведенческих реакций).

Большинство терапевтических подходов стараются объяснить душевные состояния через структурные элементы личности (Id, Ego, Super-Ego в психоаналитических традициях), через эго-состояния в транзактном анализе (Родитель, Взрослый, Ребенок), через телесные блоки (биоэнергетика) и так далее [42, с.12]. В отличие от них, гештальт настаивает на более объемном и динамичном видении человека и психики. Гештальтисты фокусируются на процессе непрерывного взаимодействия человека со средой – процессе живом и «текущем», как сама жизнь. Вместо застывших характеристик и диагнозов, которые похожи на фотографию и не отображают всю полноту человеческой жизни, – гештальт скорее пытается снять трехмерное кино.

Гештальт имеет свою специфическую философию, однако, прежде всего является психотерапевтической школой – то есть ответвлением

помогающих профессий, позволяющим исследовать и решать жизненные сложности человека [16]. И, хотя гештальт-подход имеет характерный инструментарий и использует специфические техники, его особенность и уникальность, на наш взгляд, все же в другом. Гештальт является ценностно и мировоззренчески нейтральным подходом. Он представляет из себя не столько систему верований в определенные психологические концепции, сколько инструмент, благодаря которому предоставляется возможность расширить границы понимания и осознания. Вероятно, именно в этом заключается причина той популярности, которую приобретает подход в нашей стране. Среди гештальт-терапевтов можно встретить представителей различных религиозных учений, эзотериков, деятелей искусства, врачей и других. Целью гештальт-подхода является повышение осознанности – а значит, свободы выбора и определения собственной жизни. Эта цель одинаково привлекательна для людей самых разных взглядов и систем верований.

Данный терапевтический метод был выбран нами для коррекции тревожности в юношеском возрасте еще по одной важной причине. Дело в том, что гештальт-подход особенно акцентирует целительное действие гармоничного межличностного контакта [10, 67]. Гештальт-терапию даже нередко так и называют – терапия контакта. Считается, что установление здоровых взаимоотношений (лично с терапевтом или в терапевтической группе) само по себе автоматически снимает множество психологических проблем. В контексте юношеского возраста и снижения тревожности эта специфика работы представляется особенно интересной, так как молодые люди только-только начинают выстраивать свои контакты с окружающими людьми в новой роли взрослого, ответственного человека. Стиль такого взаимодействия принципиально отличается от предыдущего этапа детского возраста. Мы предполагаем, что профессиональная психологическая поддержка именно на этапе становления личности крайне уместна и своевременна.

Перечислим некоторые ключевые концепты, которыми оперируют гештальт-подход.

Принцип Целостности (холизма). Главнейшим мировоззренческим основанием гештальт-терапии, которое, собственно, и дало название всему подходу (Gestalt с немецкого переводится как «целостный образ»), является принцип целостности или холизма. Этот принцип легко проиллюстрировать метафорой часов: отдельные, разбросанные шестеренки – феномен качественно отличный от все тех же шестеренок, собранных в один часовой механизм. Целое превосходит сумму частей. Так, человек в гештальт-терапии – это неразделимое единство души и тела. Принцип целостности в отношении единства души и тела не является умозрительным, но имеет вполне конкретные источники в реальности. Каждая человеческая эмоция содержит в себе и физиологические, и психологические компоненты. Перлз пишет: если считать, что первично тело и физиологические свойства, мы скажем: «Человек чувствует печаль, так как его желчь густеет». Если же первопричиной считать душевное состояние, придется, наоборот, заключить: «Депрессивные переживания и настроения пациента вызывают загустение потока желчи». Оба симптома, однако, не связаны как причина и следствие – они есть два проявления одной причины [50, с.46].

Холизм свойственен не только человеческой природе, но и стилю нашего восприятия. Например, при входе в незнакомое место, где собрано много людей, мы увидим не бессмысленный хаос из цветочных пятен, не отдельные фигуры, лица или элементы одежды. Восприятие устроено таким образом, что оно фиксирует целостную картину, сразу же организует отдельные части в единство. И действительно, ряд исследований подтверждает, что человек со здоровой психикой всегда организует отдельные элементы в значимое целое [48, с.10].

Однако целостность любого феномена может нарушаться. Ярким примером здесь может послужить физическая травма, то есть какое-либо повреждение тела [57]. До момента травмы организм представляет из себя

гармоничную, единую систему. Но вот единство нарушается, и все внимание человека направляется на боль. Все остальные явления окружающего мира, которые человек замечал еще минуту назад, отходят на второй план. Тот же процесс происходит и с душой человека при психической травме [39]. Какое-то событие может разрушить привычную картину мира, – и чтобы встроить в себя новый опыт и восстановить целостность, душевным ранам и переломам необходимо «зажить», а организму – вернуться в состояние гомеостаза.

Чувство безопасности помогает человеку в сохранении физической и психологической целостности. Если нет возможности обезопасить себя, обратиться за помощью или защититься самому, – наступает телесное или душевное оцепенение, отчаянная попытка психики защитить себя от распада [38]. Если есть опыт бессилия и невозможности защитить себя, вследствие которого мир хотя бы единожды перестал быть безопасным местом – человеку не удастся с полным спокойствием возвращаться в режим неопределенности. Тревога за свою сохранность будет преследовать его по пятам [31].

Интересно, что не всякое тяжелое жизненное испытание вызывает «распад» и угрожает целостности человека. Только индивидуальные защитные механизмы определяют, останется ли ситуация просто стрессовой или человек получит психическую травму. Если личностная структура не обнаружит гибкости и способности к альтернативному восприятию ситуации, травма поменяет восприятие человека в целом, затрагивая все процессы: психику, тело и разум. Стрессовая ситуация же не изменит характера и восприятия человека, а лишь попадет в копилку его жизненного опыта как трудная ситуация [61].

В гештальт-подходе принято считать, что мышление включает в себя огромный спектр функций: сновидение, воображение, предвосхищение, теоретизирование, внимание, сознавание, волю и другие [48, с.19]. Каждая из этих функций также может быть лишена целостности. Например, наше внимание может быть устроено таким образом, что будет концентрироваться

на отдельных элементах окружающего мира, игнорируя остальные. Связанные с воображением функции Перлз предлагает называть фантазиями. Как правило, пишет Перлз, мы связываем представление о разумности (reason) с мышлением, а со сном связываем представление о неразумности (unreason), но в этих двух деятельности много общего [48, с.20]. Перлз пишет, что такого рода фантазии – это не противоположность реальности, а скорее некая субъективная реальность.

Например, определенные события из детства в памяти взрослого человека могут отложиться совсем не такими, какие они были в действительности. Для гештальт-терапевта, однако, не будет стоять задача установить истину [55]. То, во что клиент верит, в каком-то смысле и будет истиной, ведь его реальная жизнь выстраивается, исходя из именно такого восприятия своего прошлого. Таким образом, нельзя сказать, что мир фантазий – это ложный мир. Скорее, это определенная «ксерокопия» реальности. Проблема, однако, возникает в том случае, если ксерокопия оказывается «ксерокопией с ксерокопии» – становится критически неточной и мешает здоровой адаптации. В такой картине мира слишком сложно различить первоначальные реальные черты. Человек погружается в свой мир, наполненный тревогами и ограничениями. К примеру, человек, которого однажды укусила собака, может всю последующую жизнь бояться всех собак. Человек, переживший однажды предательство, может сделать вывод, что доверять нельзя вообще никому.

Помимо этого, по Перлзу, человек пребывает в фантазиях, когда обдумывает и стремится решить какую-то проблему. Способность предвосхищать события помогает при планировании. С данной точки зрения фантазия – огромное эволюционное преимущество человека, ведь умственная деятельность требует меньшей физической вовлеченности и бережет наши ресурсы. Энергия, которую люди экономят благодаря способности обдумывать нечто вместо того, чтобы явно действовать в



каждой ситуации, может быть использована для обогащения их жизни [48, с.21].

Весь спектр функций мышления может как служить человеку, помогая эффективней функционировать, так и мешать ему. Например, негативное прогнозирование на этапе планирования может не столько экономить энергию, сколько вести к застреванию в ситуации, блокируя деятельность [67]. Из-за частичной потери «чувства себя» (сенсомоторной информированности) тревожный человек испытывает неполную ситуацию, слепоту к психологическим проявлениям эмоций [50, с.47]. Тревожный человек не целостен, поскольку его собственный ум мешает видеть окружающую реальность во всей полноте. Он теряет способность гибко реагировать на жизнь.

Творческое приспособление. Творческое приспособление – термин, описывающий процесс взаимодействия со средой, который способствует росту организма. Она отличается от консервативного приспособления, подчиненного привычке и повторениям [42, с.119].

Творческое приспособление как качество здоровой психики отвечает не только за самосохранение, но и за развитие. Жизнедеятельность организма базируется, с одной стороны, на потребности сохранения стабильности, а с другой – на потребности в изменениях и нарушении равновесия, получении нового опыта [42, с.58]. Иными словами, творческое приспособление в гештальт-подходе указывает на гибкость человеческой психики и его адаптационных ресурсов, на его открытость миру и способность к полному циклу контакта.

К сожалению, наши реакции на внешние стимулы не всегда являются адекватными ситуации. Некоторые стимулы только воспринимаются нами как опасные, в действительности же они не несут для нас угрозы. Обладая способностью фиксировать и объединять события в памяти, наша психика сохраняет и накапливает стрессовые факторы [63, с.7]. Та область мышления, которую Перлз обозначил фантазией, в таком случае начинает работать

против нас, предвосхищая негативные события с целью их обезвредить (даже тогда, когда обезвреживать нечего) и перманентно пребывая в состоянии вялой боевой готовности.

Таким образом, тревога превращается в аффект – то есть в автоматическую реакцию, которую мы уже не выбираем сознательно. Любая новая ситуация, в которую попадает тревожный человек, первым делом поднимет уровень его тревоги – а значит, в какой-то степени «ослепит» и не позволит гибко подстроиться под новизну и вести себя полностью адекватно обстоятельствам. В терминах гештальт-подхода описанный феномен есть не что иное, как отсутствие творческого приспособления. Один и тот же тип реагирования (тревожный) крайне затрудняет для человека всякий раз устанавливать здоровый баланс между собой и окружающим миром.

Именно этот ригидный способ приспособления к миру мешает, согласно логике гештальт-подхода, творческому приспособлению [21]. Его устранение (особенно в юношеском возрасте) очевидно, способствует более здоровому и полноценному росту и развитию человека.

К сожалению, современный человек склонен думать, что с тревогой можно справиться при помощи рационального контроля [38, с.104]. Однако в случае тревоги стремление подавить ее интеллектуальным усилием вызывает обратный эффект. Чем сильнее контроль, тем выше безотчетный эмоциональный дискомфорт. В точке максимального подавления и игнорирования тревога приобретает уже форму панических атак – вида расстройств, которые становятся все более распространенными в наши дни.

В этом направлении гештальт-терапия использует методы, которые позволяют связать рациональное и интуитивное мышление [53]. Как писал Ф. Перлз, «интуиция – это мудрость организма. Мудрость целостна, а интеллект – компьютер, игра в соответствии: если это так, значит, вот это вот так – многие люди все время вычисляют, вместо того, чтобы видеть и слышать, что происходит. Ведь если вы залезли в свой компьютер, ваша

энергия уходит на мышление, и вы больше ничего не видите и не слышите» [49, с.28].

Концепция цикла и прерывания контакта. Следующим центральным понятием в философии гештальта является концепт цикла и прерывания контакта. Как уже отмечалось выше, гештальт-терапию нередко называют терапией контакта, поскольку стиль взаимодействия человека с окружающей средой и другими людьми, согласно гештальт-парадигме, и определяет уровень здоровья психики.

Контакт, то есть взаимодействие человека со средой, состоит из нескольких фаз. На каждой фазе происходят различные процессы, связанные с реализацией какой-либо человеческой потребностью. Потребность возникает, развивается, ищет удовлетворения, находит (или не находит его), гаснет и уступает место новой потребности [51]. В литературе описаны 4 таких фазы. Преконтакт – это этап возникновения потребности. Установление контакта – этап выбора и аккумуляции энергии. Полный контакт – этап реализации. Постконтакт – этап завершения и ассимиляции опыта. У человека со здоровой психикой все эти фазы и циклы возникают непрерывно. Потребность генерирует напряжение, а когда оно удовлетворяется, организм возвращается в состояние расслабления [42, с.119]. Вся нашу жизнь можно представить в виде таких сменяющих друг друга циклов. Это похоже на «танец» с жизнью, при котором все время происходит какое-то движение, поддерживается гомеостаз.

Однако, если на каком-то этапе цикла контакта возникает сбой, равновесие организма нарушается. При систематических сбоях здоровое движение энергии в человеке нарушается, что в свою очередь крайне негативно сказывается на качестве жизни. «Танец» становится невозможным, движение жизни прерывается. Столь распространенный термин «незакрытый гештальт» описывает навязчивое стремление психики к повторению некоей болезненной ситуации, в которой произошел сбой цикла контакта, с целью его восстановить, и тем самым, возобновить процесс личностного развития.

Самый простой пример «незакрытого гештальта» – когда мы кому-то что-то не договорили или не высказали то, что думаем. Иными словами, на этапе полного контакта не произошла реализация потребности высказаться. Мы продолжаем проговаривать это уже после, «про себя». Это один из многочисленных примеров «незакрытого гештальта». Незавершенные или завершившиеся не так, как нам хотелось бы, действия – источник внутреннего напряжения, которое человек распознает как тревогу [38, с.98].

Тревога закрепляется в опыте как привычный защитный механизм. Когда-то в прошлом высокое напряжение, сбивчивость движений, мыслей, речи, вегетативные расстройства и тому подобное – были единственной доступной организму реакцией на сложную ситуацию [27]. Ситуация уже давно миновала, но патологическая привычка реагировать только таким способом – осталась.

Еще один аспект, который выделяют в тревожности гештальт-терапевты – это тревога как подавленное возбуждение в начале контакта [54]. Под возбуждением в гештальте мы подразумеваем не столько сексуальное возбуждение (хотя и его в том числе), сколько подъем энергии, интереса и желания по отношению к чему-либо. В случае если полный цикл контакта кажется человеку невозможным (например, слишком пугает его), то энергия сдерживается и потребность не реализуется вовсе. Вместо прямого взаимодействия с людьми у такого человека происходят умственные контакты, которые Перлз бы отнес к области фантазий. И именно в этой области усиливаются тревожные реакции и состояния. Будущее начинает прогнозироваться на основании безрадостных сценариев, которые и привели человека к одиночеству. Когда-то в прошлом мир показался человеку небезопасным – и, погружаясь в свои фантазии, а не ища опровержения прошлому опыту, – человек лишь укрепляется в мысли, что мир действительно опасен. Круг замыкается, и тревога становится красной нитью, проходящей через всю жизнь.

Как многократно подчеркивает Перлз, тревожное состояние – практически синоним сдерживания экспрессии. «Ни один другой симптом не демонстрирует с такой убедительностью потребность в адекватной разрядке укупоренной энергии, как приступ тревоги, и еще более явно делает это реакция в виде тревоги, вошедшая в привычку» [50, с.359].

Мы исходим из предположения, что лучшей профилактикой тревоги, которая проявляется как заблокированное возбуждение, является своевременное и уместное выражение импульсов. Важно учиться или выражать напрямую свои мысли, чувства, эмоции и делать то, что мы хотим сделать, или же, если это по каким-то причинам невозможно, – честно признаться себе в этом, пережить фрустрацию, горе, – и в итоге отпустить [38, с.98]. Необходимо также учиться дифференцировать свои чувства и разлеплять комки неясных, смутных переживаний, ведущих к нарастанию тревоги. Эти переживания и чувства, как только перестают быть подавляемыми и игнорируемыми, помогают человеку ориентироваться в собственных устремлениях и желаниях.

#### Выводы по первой главе

В первой главе нами было произведено изучение теоретических аспектов тревожности, которое строилось согласно плану исследования и включало три основных задачи:

- изучить сущность тревожности в психологической литературе;
- охарактеризовать особенности проявления тревожности у лиц старшего юношеского возраста;
- установить возможности использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста.

Согласно пункту 1, нами был произведен анализ существующей психологической литературы, в результате которого были выявлены и описаны различные многочисленные взгляды на проблему тревожности. Так,

индивидуальный подход интерпретирует тревогу как состояние эмоционального дискомфорта, предчувствие надвигающейся опасности и проявление неудовлетворенных важных личностных потребностей. Дифференцированный подход различает тревогу индивидуальную (как свойство личности воспринимать большинство или все события как угрожающие) и ситуационную (которой может быть подвержен любой человек в определенной кратковременной сложной ситуации). Системно-структурный подход выделяет различные функции тревоги: позитивную, когда тревога мобилизует психические резервы и ресурсы, и негативную, когда она ограничивает активность. На данном этапе работы мы увидели, что феномен тревожности описан и исследован отечественными и зарубежными авторами глубоко и многосторонне.

Далее нами были рассмотрены особенности проявления тревожности в старший юношеский период. Мы увидели, что именно в этом возрасте существует множество причин, повышающих тревожность. Молодые люди вступают во взрослую жизнь, познают ее и утверждают в ней. Поэтому юношеский возраст и его психологический комфорт закладывают фундамент последующей взрослой жизни.

Наконец, в разделе 3 были описаны основные теоретические положения гештальт-подхода через призму его возможностей в коррекции юношеской тревожности. Так, были выделены те положения подхода, которые связаны с организацией контакта личности с другими людьми. Нам представляется важным и перспективным такое направление терапевтической мысли, поскольку именно в юношеском возрасте отношения с окружающими людьми и самим собой начинают особенно обостряться и «сбоить», ведь молодой человек только-только нащупывает свое место среди людей, свое место в общем течении жизни. В разделе 3 был описан теоретический инструментарий гештальт-подхода, благодаря которому возможно выстраивание целенаправленной программы в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста.

## **Глава 2 Эмпирическое исследование использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста**

### **2.1 Организация, выборка и методы исследования**

**Цель исследования:** проанализировать возможности использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста.

**Объект исследования:** тревожность личности.

**Предмет исследования:** тревожность у лиц старшего юношеского возраста.

**Гипотеза исследования:** Мы предполагаем, что долгосрочная (60 и более часов) групповая терапия в гештальт-подходе существенно снижает тревожность у лиц старшего юношеского возраста.

**Методы исследования:** для решения поставленных задач в исследовании использовался комплекс методов: анализ литературы по проблеме исследования, тестирование (на основании следующих методик: шкала самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (STAI), методика «шкала тревожности» Дж. Тейлора, госпитальная шкала тревоги и депрессии), количественный и качественный анализ результатов исследования. Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS «Statistisc» и теста U Манна-Уитни.

**Характеристика выборки:** В опытно-экспериментальном исследовании приняли участие юноши и девушки в возрасте 20-22 лет в общем количестве 34 человек. Участие было добровольным и анонимным. Для того, чтобы собрать подходящую, репрезентативную и однородную выборку, автором работы было сформировано две группы испытуемых, контрольная и экспериментальная. В контрольной группе было 15 юношей и девушек. Данная группа формировалась в социальной сети ВКонтакте посредством

публикации предложения принять участие в исследовании. Экспериментальная группа в размере 19 человек состояла из участников терапевтической группы в рамках образовательной и терапевтической программы Высшей Школы Гештальт-терапии (ВШГТ). Данная некоммерческая организация занимается подготовкой профессиональных гештальт-терапевтов, а также просветительской и терапевтической деятельностью с целью развития практической психологии и психотерапии среди населения. Структура терапевтических и учебных программ ВШГТ соответствует международным стандартам Европейской ассоциации гештальт-терапевтов (EAGT). Особенностью программ ВШГТ является тот факт, что обучение будущих специалистов происходит через собственный клиентский опыт, то есть участники прорабатывают собственные психологические трудности и ограничения, тем самым получая навык помощи другим. Группе, принявшей участие в исследовании, был присвоен порядковый номер 19, она стартовала 09.09.2022 по адресу Приморский бульвар д.8, г. Тольятти.

Решение включить в исследование участников базовой программы ВШГТ было обусловлено целями и гипотезой исследования. Сконструировать условия эксперимента, то есть организовать среду долгосрочной (60 и более часов) психотерапии крайне сложно, поскольку большинство людей, обращающихся за психологической помощью, не нацелены на долгосрочную работу, а предпочитают быстрые результаты. Кроме того, лонгитюдное исследование трудно организовать из-за требования анонимности. Ввиду всех этих причин студенты терапевтической группы ВШГТ оказались идеальными испытуемыми. Было соблюдено условие долгосрочной терапии, ведь начиная платное обучение гештальт-методу, участники программы, скорее всего, останутся в ней и не отсеются так, как если бы они ходили на индивидуальную или добровольную групповую терапию. В дополнение к этому, с такими студентами не трудно



соблюсти требование анонимности, что значительно повышает надежность получаемых данных.

Испытуемым из обеих групп в начале эксперимента был предложен опросник, составленный на базе Google forms и состоящий из трех опросников. Спустя полгода (срок, эквивалентный 60 часам терапии) участникам контрольной и экспериментальной группы был снова предложен тот же опросник.

Методики исследования.

1. Шкала самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (STAI). Данная шкала является источником оценки двух видов тревожности: ситуативной и личностной. Авторы методики разделяют эти два понятия и предлагают рассматривать ситуативную тревожность как состояние напряжения в конкретной стрессогенной ситуации. В то время как личностная тревожность, согласно Спилбергу и Ханину, – это устойчивая черта личности, склонность воспринимать подавляющее большинство или значительную часть жизненных событий как источник угрозы. Шкала Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина была выбрана нами потому, что она надежна, информативна и представляет интерес с точки зрения разграничения двух видов тревожности.

2. Методика «шкала тревожности» Дж. Тейлора. Данная методика была составлена Дж. Тейлором в 1953г на основе Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРІ). ММРІ является наиболее изученной и одной из самых популярных психодиагностических методик. Шкала тревожности Тейлора, составленная в логике ММРІ, нашла широкое применение в клинической практике. Зачастую она используется в контексте профессиональных отношений и готовности к рабочей деятельности, например, при приеме на работу. Это неслучайно, ведь отсутствие ярко выраженной тревоги косвенно свидетельствует о таких профессионально ценных качествах сотрудника, как собранность, продуктивность, внимательность, ответственность, высокая концентрация, мотивированность

и тому подобное. Шкала тревожности Тейлора была выбрана нами потому, что она является надежным источником сведений о тревожности.

3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Наконец, методика «Госпитальная шкала» – ценный инструмент для определения клинически значимой тревоги и депрессии. С ее помощью можно, во-первых, зафиксировать, являются ли проявления тревоги/депрессии субклиническими или их уже можно считать клиническими (что служит отправной точкой для подбора терапии, в том числе медикаментозной). Во-вторых, ценность данной методики в рамках нашего исследования заключается в дифференциации двух близких по некоторым проявлениям, но различным по сути состояний – тревоги и депрессии (что также крайне важно для определения стратегии лечения).

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS «Statistisc» Тест U Манна-Уитни – статистический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками по количественно измеряемым признакам, применяется для оценки различий между группами испытуемых [13]. Надежность полученных результатов обусловлена использованием методологии, адекватной целям исследования, и применением методов математической статистики.

## **2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования особенностей тревожности у лиц старшего юношеского возраста**

По результатам диагностики как в контрольной ( $n = 15$ ), так и в экспериментальной ( $n = 19$ ) группах определены количественные и процентные соотношения выраженности исследуемых уровней тревожности [9].

По результатам диагностики с использованием методики Спилбергера-Ханина в контрольной группе ситуативная тревожность обнаруживается на уровне  $X_{cp} = 46,00 \pm 11,78$ , в экспериментальной – на уровне  $X_{cp} = 47,68 \pm$

8,97. Это отражено ниже в таблице 1.

Процентное распределение выраженности ситуативной тревожности представлены ниже на рисунке 1. Здесь мы видим, что ситуативная тревожность, то есть тревожность в конкретной обстановке, как реакция на стрессор, довольно высока. В обеих группах больше половины испытуемых демонстрируют высокий уровень ситуативной тревожности. Это может быть связано с тем, что для испытуемых нашего возрастного среза характерно нахождение в множестве стрессогенных ситуаций – например, экзамены, поиск работы, построение личностных и профессиональных отношений и так далее.

Таблица 1 – Описательные статистики показателей тревожности в контрольной и экспериментальной группах на этапе констатирующего эксперимента

Исследуемые показатели	Статистические показатели			
	контрольная группа		экспериментальная группа	
	$X_{cp}(б)$	$K_b$	$X_{cp}(б)$	$K_e$
Опросник «Шкала самооценки тревожности» Спилбергера – Ханина (STAI)				
Шкала ситуативной тревожности	46,00 (11,78)	25,62	47,68 (8,97)	18,81
Шкала личностной тревожности	47,13 (11,23)	23,83	47,74 (11,02)	23,08
Методика «шкала тревожности» Дж. Тейлора				
Шкала тревожности Тейлора	28,13 (7,72)	27,43	29,47 (7,69)	26,09
Опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS)				
Госпитальная шкала Тревоги	11,73 (2,05)	17,49	12,26 (1,94)	15,81
Госпитальная шкала Депрессии	10,80 (2,18)	20,16	10,63 (2,06)	19,38

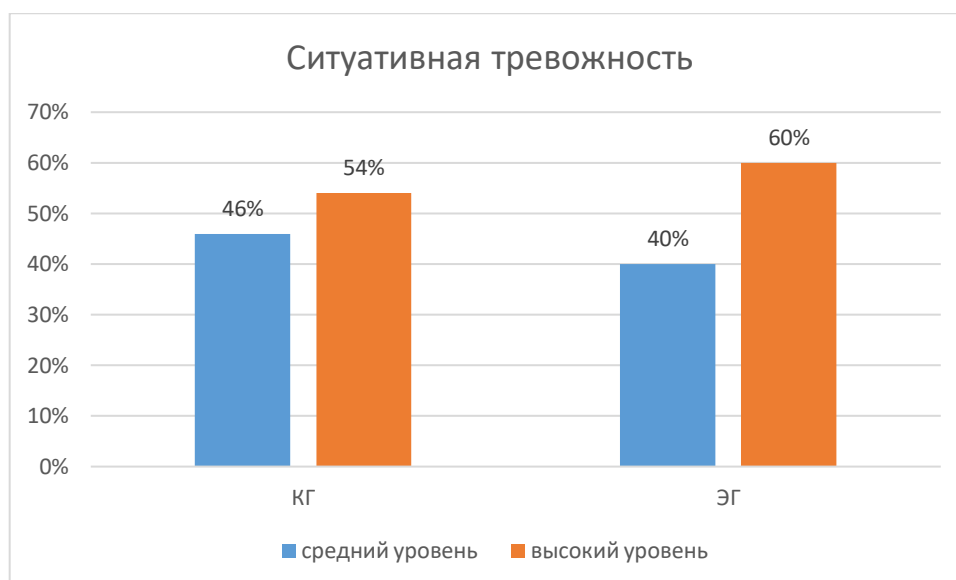


Рисунок 1 – Распределение респондентов с различным уровнем ситуативной тревожности на этапе констатирующего эксперимента

Применительно к выраженности личностной тревожности отметим, что ее выраженность в контрольной и экспериментальных группах обнаруживается в приблизительно равных соотношениях:  $X_{\text{ср}} = 47,13 \pm 11,23$  и  $X_{\text{ср}} = 47,74 \pm 11,02$  соответственно. На уровне процентных соотношений распределение выраженности ситуативной тревожности представлено на рисунке 2. Личностная тревожность, как мы помним, свидетельствует о тревожности как о более устойчивой черте характера, в отличие от ситуативной. Полученные данные показывают, что больше половины юношей и девушек имеют высокую личностную тревожность.

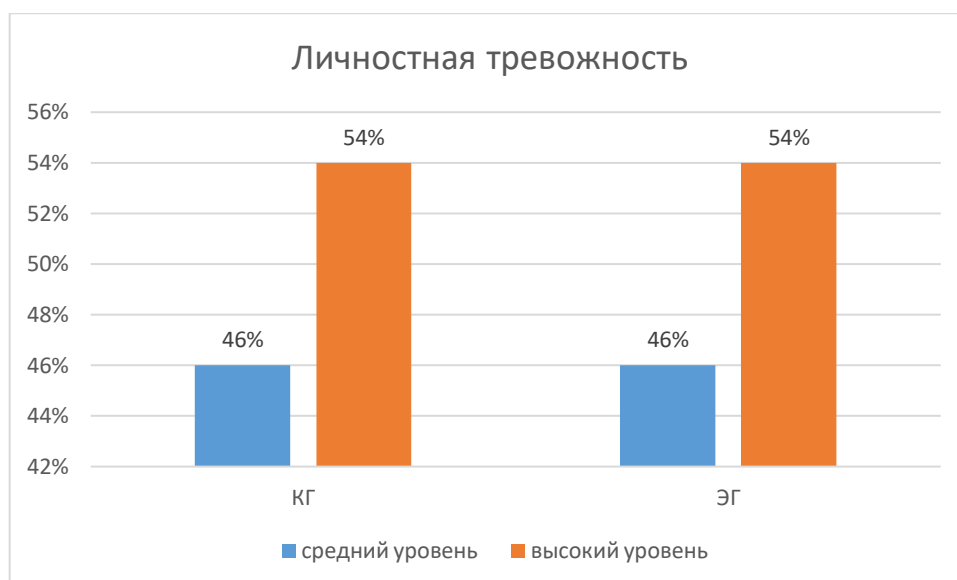


Рисунок 2 – Распределение респондентов с различным уровнем личностной тревожности на этапе констатирующего эксперимента

В ходе анализа выраженности тревожности по шкале Тейлора определено, что в контрольной группе данный показатель обнаруживается на уровне  $X_{cp} = 28,13 \pm 7,72$  в экспериментальной группе – на уровне  $X_{cp} = 29,47 \pm 7,69$ . Процентное соотношение тревожности по шкале Тейлора представлено на рисунке 3.

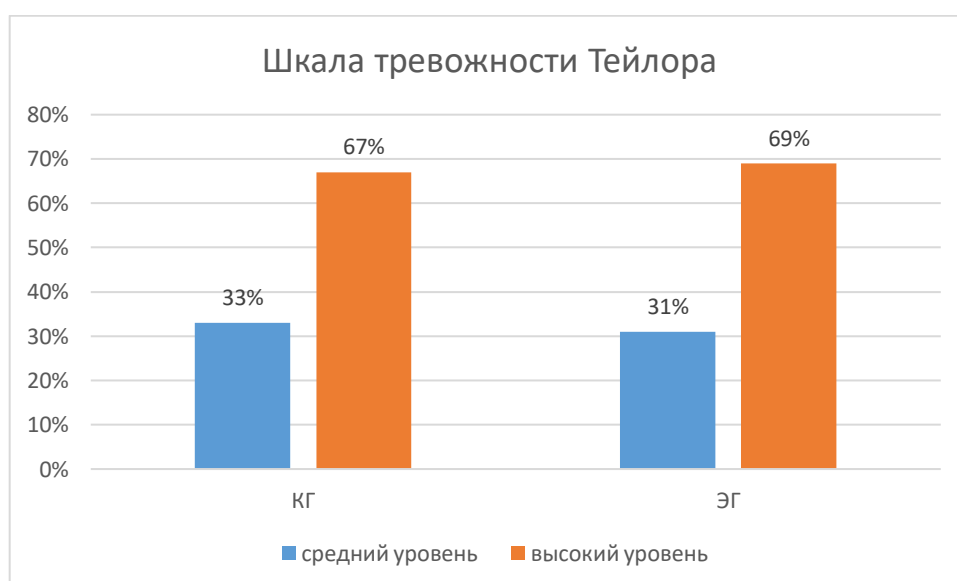


Рисунок 3 – Распределение респондентов с различным уровнем тревожности по шкале Тейлора на этапе констатирующего эксперимента

Как мы помним, шкала Тейлора используется с акцентом на выявление готовности к профессиональной деятельности. Тревожность в ней может рассматриваться с точки зрения потенциальной эффективности человека в профессиональном плане, его уравновешенности, концентрации, внимания и тому подобное. Взяв во внимание эту направленность данной методики, становится неудивительным, что показатели тревожности по этой шкале так высоки: 67% в контрольной и 69% в экспериментальной группе. Сложный жизненный этап самоопределения явно накладывает свой отпечаток на уровень тревожности юношей и девушек.

Применительно к Госпитальной шкале тревожности в контрольной и экспериментальной группах выявлены незначительные расхождения. В контрольной группе данный показатель обнаруживается на уровне  $X_{cp} = 11,73 \pm 2,05$  в экспериментальной группе – на уровне  $X_{cp} = 12,26 \pm 1,94$ . Процентное соотношение тревожности по Госпитальной шкале представлено на рисунке 4.

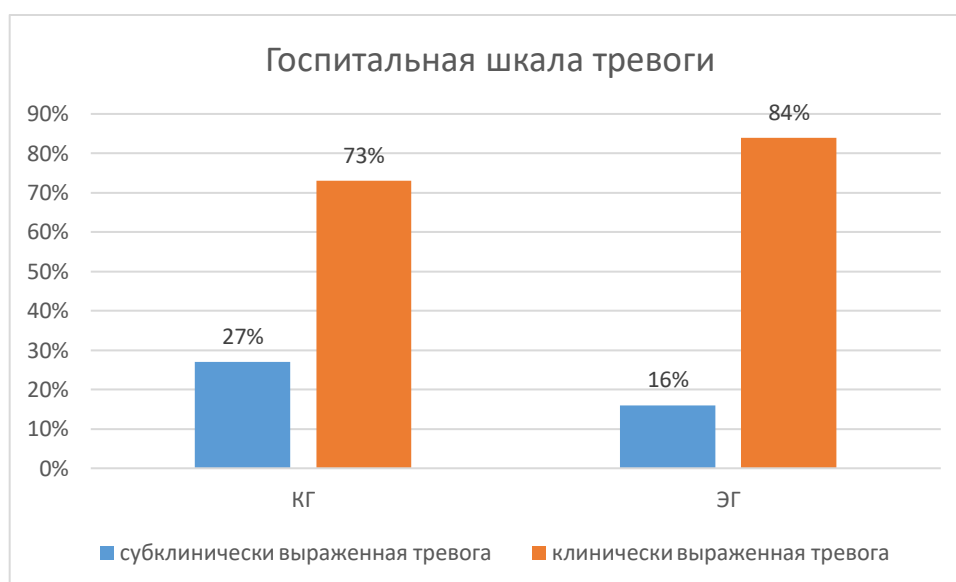


Рисунок 4 – Распределение респондентов с субклинически и клинически выраженной тревожностью на этапе констатирующего эксперимента

В ходе проведенной на этапе констатирующего эксперимента диагностики, с использованием Госпитальной шкалы депрессии, в контрольной группе и экспериментальной группах выявлены незначительные расхождения. В контрольной группе данный показатель обнаруживается на уровне  $X_{cp} = 10,80 \pm 2,18$  в экспериментальной группе – на уровне  $X_{cp} = 10,63 \pm 2,06$ . Процентное соотношение клинически и субклинически выраженной депрессии представлено ниже на рисунке 5.

Ценность Госпитальной шкалы тревоги и депрессии заключается не только в выявлении клинически значимой тревоги и депрессии, но и в дифференциальной диагностике между тревогой и депрессией. Проявления этих двух состояний могут быть схожими, однако для разработки направления эффективной терапии очень важно определить суть проблемы. Благодаря данной шкале нами было установлено, что действительно, мы имеем дело именно с клинически выраженной тревогой, а не депрессией. В обеих группах уровень клинически выраженной тревоги значительно выше, чем уровень клинически выраженной депрессии.

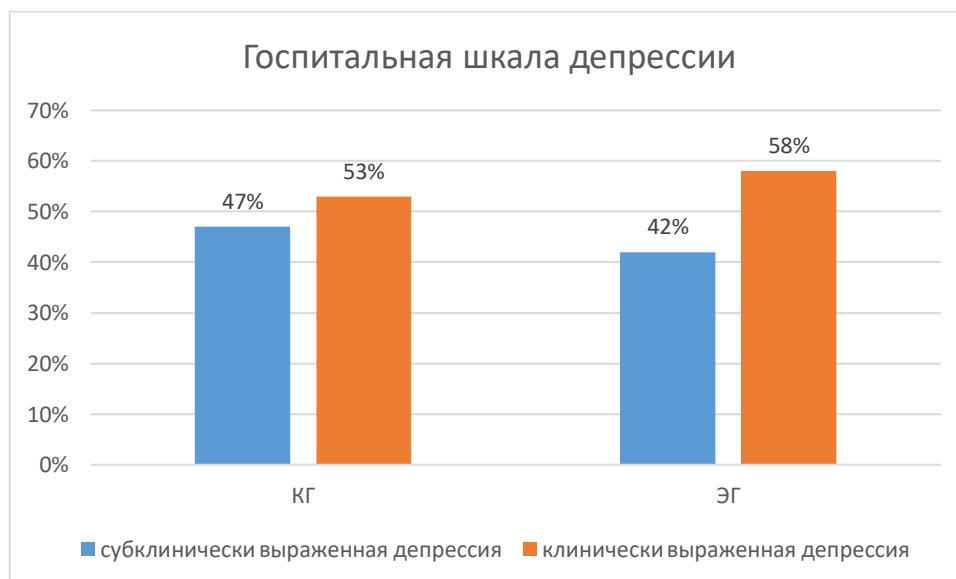


Рисунок 5 – Распределение респондентов с субклинически и клинически выраженной депрессией на этапе констатирующего эксперимента

Для проверки гипотезы об отсутствии различий в выраженности исследуемых признаков тревожности среди респондентов контрольной и экспериментальной групп, был проведен сравнительный анализ с использованием U-критерия Мана-Уитни. Его результаты приведены ниже в таблице 2.

Исходя из результатов описательных статистик, сравнения уровней выраженности различных аспектов тревожности, представленных на рисунках 1-5, и сравнительного анализа с использованием U-критерия (Manna-Whitney U-test) можно сделать вывод о том, что тревожность респондентов в исследуемых ее проявлениях, как в контрольной, так и в экспериментальной подгруппах обнаруживается в не отличающихся диапазонах значений. Иными словами, до начала эксперимента, то есть до начала полугодовой групповой терапии в экспериментальной группе, обе группы респондентов обнаруживают примерно одинаковый уровень тревожности.

Таблица 2 – Различия показателей тревожности в контрольной и экспериментальной группах на этапе констатирующего эксперимента

Исследуемый показатель	Контрольная группа		Экспериментальная группа		Различия	
	среднее стандартное отклонение	сумма рангов	среднее стандартное отклонение	сумма рангов	U	p
Опросник «Шкала самооценки тревожности» Спилбергера – Ханина (STAI)						
Шкала ситуативной тревожности	46,00 (11,78)	238,50	47,68 (8,97)	356,50	118,50	0,410
Шкала личностной тревожности	47,13 (11,23)	259,00	47,74 (11,02)	336,00	139,00	0,918
Методика «шкала тревожности» Дж. Тейлора						
Шкала тревожности Тейлора	28,13 (7,72)	250,50	29,47 (7,69)	344,50	130,50	0,681
Опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS)						



Продолжение Таблицы 2

Исследуемый показатель	Контрольная группа		Экспериментальная группа		Различия	
	среднее стандартное отклонение	сумма рангов	среднее стандартное отклонение	сумма рангов	U	p
Госпитальная шкала Тревоги	11,73 (2,05)	241,50	12,26 (1,94)	353,50	121,50	0,471
Госпитальная шкала Депрессии	10,80 (2,18)	264,50	10,63 (2,06)	330,50	140,50	0,945

### **2.3 Разработка направлений использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста**

В главе 1 нами были выделены несколько основных теоретических принципов, лежащих в основе гештальт-подхода. Данная подглава посвящена их более подробному рассмотрению, сопряженному с выделением возможных направлений в терапии и коррекции тревожности лиц юношеского возраста. Это рассмотрение поможет восстановить атмосферу групповых сессий, в которых принимали участие испытуемые нашей экспериментальной группы.

Дело в том, что групповые сессии не имели конкретных прописанных заранее сценариев. Гештальт-терапевт (один или в паре с котерапевтом) выступал в роли ведущего групповой динамики, то есть чутко реагировал на происходящее в группе и мог адаптировать программу под конкретную ситуацию.

Поэтому более важной задачей, чем описание конкретных упражнений (которым, однако, тоже будет уделено внимание), нам представляется реконструкция того смыслового поля, в котором эти упражнения проходили. Строго говоря, гештальт-терапевт может использовать абсолютно любые психологические упражнения, он не ограничен в выборе и ему могут служить наработки любой терапевтической традиции. Особенностью гештальт-метода

же является специфическая интерпретация и этих упражнений, и поведения/чувств участников, и реальности в целом.

В работе со снижением уровня тревожности гештальт-терапевт приглашает клиента поучаствовать в каком-либо эксперименте, который рождается из терапевтического диалога и не ограничивается только игрой или упражнением. Охват этого эксперимента определен творческой изобретательностью ведущего группы (гештальт-терапевта), при этом он должен соблюдать терапевтические границы [4].

Эксперимент имеет внутренний смысл, который можно сравнить с «очисткой луковицы»: у клиента постепенно происходит освобождение от психологических, межличностных и эмоциональных проблем. Вопросы и интервенции терапевта (ведущего группы), включенность (заинтересованность) и ответы клиента, помогают работать с проблемами, которые выступают в виде «фигур», которые постепенно растворяются и уходят в «фон». Целью терапевтической группы, помимо снижения тревожности, было обретение способности самостоятельно встречаться со своими психологическими проблемами, справляться с ними и не зависеть от гештальт-терапевта.

Техники и интервенции, которые использовались на группе, можно разделить на три категории:

- сдерживающие (направлены на развитие осознанности, предотвращая привычный чувственный опыт, увеличивая сензитивность);
- экспрессивные (направлены на развитие осознанности с помощью преувеличенного выражения);
- интегративные (направлены на объединение частей личности, их интеграцию, которые были отчуждены вследствие внутреннего конфликта).

Ведущий обращал внимание на происходящее в группе: с чем приходят клиенты, о чем они рассуждают. Отвлеченные беседы любого уровня, например, экзистенциальные мысли, размышления о политической

ситуации в стране или разговоры о погоде, отдаляют личность от её истинных чувств и желаний. «С чем ты не хочешь встретиться сейчас?», «Выпрями своё послание» – предлагал в таких случаях ведущий. Постепенно личность, проходящая терапию, отказывалась от некоторых привычных интерпретаций и паттернов поведения. Это, как правило, был неактуальный старый опыт, который уже изжил себя и не способствовал решению актуальных задач и достижению целей.

Совместной задачей в работе личности с терапевтом являлось перевести самоощущение клиента до уровня несложных, опознаваемых на телесном уровне феноменов [41]. Достижение этого способствует воссоединению клиента с собственной эмоциональной энергией, чувствительностью, и является основой для максимального восприятия текущей ситуации [32]. По этой причине ведущий поощрял использование «Я-языка» (любые послания, адресованные другой личности, призывалось преобразовать в «я-сообщения», с целью отразить только свое личное восприятие). Это помогало клиенту взять личную ответственность за имеющиеся события в её жизни.

Особое внимание было сфокусировано на настоящем моменте посредством техники «здесь-и-сейчас». В гештальт-парадигме мы считаем, что любой травмирующий опыт прошлого, если он по каким-то причинам ещё не пережит и не проработан, при похожих внешних условиях может актуализироваться. Только в настоящем течении времени в терапии разворачивается шанс разрешить незавершённые задачи из прошлого. «Что с тобой происходит сейчас?», «Что ты сейчас чувствуешь?» – эти вопросы звучали на сессиях очень часто, и способствовали расширению поля осознания. Гештальт-терапевт поддерживал одни формы и способы поведения и фрустрировал или останавливал другие (деструктивные) [20]. Осознание, развитие высокой чувствительности, поиск внутренних опор, экспериментирование и диалог – приветствовались, а привычные деструктивные формы поведения, поиск опоры вовне – не поддерживались.

Содержание психологической модели по работе со снижением уровня тревожности у личности юношеского возраста включал в себя.

Слова и язык. Проявление языка и его форм, владение им, а также тональность слов, была актуальна для наблюдения. По мере прохождения терапии клиенты пробовали брать ответственность за происходящие события в их жизни, учились использовать по-новому язык, который отражает чувство личной ответственности, а не фокусироваться на оппоненте.

Язык тела. Во время сессий ведущий наблюдал за языком тела и движениями клиента, такими как постукивание ног, заламывание рук или определенное выражение лица. Терапевт указывал на данные феномены и спрашивал, что происходит с человеком в этот момент. Используя язык как инструмент, ведущий предлагал клиенту придать своим ногам, рукам или выражению лица голос и говорить от их имени.

Преувеличение. В дополнение к озвучиванию языка тела, терапевт следил за языком тела клиента. Если клиенту трудно было подобрать слова, чтобы описать происходящее, его могли попросить преувеличить это действие, или повторить несколько раз подряд на протяжении того времени, когда идет сессия или групповой процесс, чтобы рассказать о своем опыте в этот момент. Таким образом, клиент и терапевт получали возможность обработать эмоции и понять, как клиент, возможно, научился отключать свои эмоциональные переживания от своих физических переживаний.

«Горячий стул». Данная техника заключается в поэтапном проживании клиентом событийного ряда с возвратом (если требуется) от следующего этапа к предыдущему. Клиент визуализировал травматическое событие, проживал его, что способствовало завершению «незаконченной ситуации». Мог быть предложен диалог, упражнение, игра между частями собственной личности. Например, предлагалось проиграть диалог между двумя частями своей личности – сильной и слабой. Или на «горячий стул» можно было «посадить» воображаемого человека, какое-то свое чувство или ощущение, отдельную часть или орган своего тела (к примеру, одна из участниц

«посадила» на стул свою голову с целью выяснить, почему она так часто болит). С помощью этой техники происходит отождествление с частями тела или симптомом, что позволяет интегрировать аспекты опыта, которые человек не признает и отрицает. Через интеграцию возникает возможность управлять этими отщепленными аспектами.

Совершение кругов. На групповой терапии клиенту предоставлялась возможность «пройти по кругу». Юноши и девушки призывались к тому, чтобы они не сдерживали свои послания, выражение чувств и вопросы к другим. Например, они могли спросить у отдельного участника или группы в целом, как их видят другие, что о них думают.

Локализация эмоций. Во время терапии клиенты часто говорили об эмоциях. Однако говорить об эмоциях – это совсем не то же самое, что испытывать эмоции. Когда клиент рассказывал о какой-то эмоции, терапевт мог спросить его, где именно она находится в его теле. Человек описывал, какие он испытывает эмоции в своем теле («яма в животе» или «у меня сжимается грудь»). Способность довести эмоциональный опыт до осознания в теле давала возможность клиенту оставаться в настоящем, а значит уметь более качественно обрабатывать свои эмоции.

Определение проекций. Клиенту предлагалось «разыграть проекцию», то есть прикинуть на себя то чувство, черту характера, которую он «видит» в другом и всячески порицает, либо, наоборот, восторгается. Входя в роль, человек постепенно раскрывал себя, при этом могла произойти интеграция прежде отвергаемых сторон личности.

Игра «Старый заброшенный магазин». Участникам группы предлагалось представить себя каким-либо предметом в старом заброшенном магазине, затем нужно было рассказать о «себе» и своих чувствах через призму этого предмета. Ведущий помогал в рассказе, задавая наводящие вопросы, например: «Почему этот предмет оставили в магазине?», «Для чего он?», «Какой он?» и тому подобное. Данная игра основана на принципе проекции. Рассказывая о себе как об отвлеченном предмете, юноши и

девушки проецировали на этот предмет те свои черты и переживания, которые были вне сферы их осознания.

Отождествление с образами сновидений. Иногда на группе обсуждались сны участников. При работе выделялись максимально эмоционально заряженные образы в сновидении. Далее клиенту предлагалось побыть этими элементами сна: разговаривать, двигаться, взаимодействовать от их имени, приветствовалось любое взаимодействие. И в завершение ведущий пытался установить мостик между «Что это напоминает в вашей жизни?» и «Я принимаю ответственность».

Метафора. Создание метафоры – это когнитивная операция, в процессе которой человек выбирает, подчеркивает и организует черты предмета так, что посредством этого подразумевает другой предмет [65]. Метафора способна передать те стороны личности, доступ к которым затруднителен, например, в силу механизмов вытеснения или привычного мышления по шаблону. В случае с тревогой можно сказать, что мы имеем дело с состоянием, которое сложно описать и четко очертить. Именно поэтому метафора оказалась особенно эффективным инструментом при работе с тревогой: метафорически сравнивая тревогу с чем-то, через использование известных образов, мы приближаемся к неизвестному. Метафора в определенном смысле способна структурировать «хаос» беспокойства и тревожных состояний уже тем только, что позволяет увидеть эти состояния с новой перспективы [6]. Использование метафоры по своей сути является проективной техникой, принцип которой заключен в том, что для описания менее понятных человеку явлений он использует более понятные и известные себе категории, бессознательно производя проекцию.

На группах ведущий работал с метафорами подобным образом, как и со сном. Целью и фокусом внимания являлась интеграция отчужденных частей личности. Иногда для этой цели уместно было драматическое «проигрывание» метафоры, так как ее спонтанное выражение через тело, мимику, жесты или через любой вид творчества, - что помогало усилить

эффект и в реальности пережить описываемую метафору. Благодаря такому переживанию открывалась возможность идентифицироваться с теми частями своего «Я», которые ранее были недоступны [58].

«Челночное движение». Постоянно возвратное движение свойственно стилю работы любого гештальт-терапевта. Например, челночное возвратное движение происходило между актуализировавшимся воспоминанием и реальной ситуацией, в которой оно возникло.

Принцип целостности. По ходу групповой терапии ведущим было замечено, что участники склонны думать, что справиться с негативными переживаниями, связанными с тревогой, возможно посредством интеллектуальной «проработки». Среди участников присутствовал определенный культ разума – возможно, связанный с тем, что все они были так или иначе включены в различные учебные процессы, экзамены, и тому подобное, и сравнительно недавно закончили школу. В таком контексте ведущий группы отталкивался от принципа целостности. Согласно этому принципу, мы исходим из того, что жизнь тревожного человека продумывается, но не проживается.

Например, внимание химически зависимого человека будет целиком и полностью сконцентрировано на предмете своей зависимости. Так, на первой встрече, когда напряжение от новизны и незнакомых людей вокруг было особенно велико, один из участников признался, что все время ждет перерыва, чтобы выйти покурить. Ведущий группы мягко указал на этот факт вопросом: «Ты сейчас с нами?». В парадигме гештальта мы исходим из того, что заставить «не думать» о сигарете или понять, почему он все время о ней думает, человека невозможно. Дело в том, что его внимание уже организовано определенным образом и оно лишено целостности.

Это можно экстраполировать и на стиль подачи информации клиентом в целом. Например, в ходе группового упражнения «самопрезентация» участникам было предложено составить из окружающих предметов и личных вещей инсталляцию, которая служила бы их автопортретом. При

последующем обсуждении ведущий обращал внимание участников на феномены, которые со стороны особенно бросались в глаза. Это могли быть конкретные особенно выделенные предметы, стиль их подачи в пространстве, размер и так далее.

Например, один из участников составил всю инсталляцию исключительно из предметов черного цвета. Второй пример – участница разместила свой «портрет» точно в центре комнаты. Еще одна участница изобразила математически точно выверенную фигуру многоугольника, где все было структурировано и лежало в идеальном порядке. Вопросом «что ты чувствуешь, глядя на свой автопортрет?» ведущий стремился вытянуть участников из области разума в область чувственного проживания, которого им столь не хватало. По живым эмоциональным реакциям было заметно, что участникам получилось «расшевелить» – а значит, цель хотя бы немного вернуть им целостность восприятия, была достигнута.

В первой главе было подробно описано, как, согласно гештальт-подходу, формируются наши искаженные представления о реальности. Ведущий старался обращать внимание участников группы на такого рода искажения. Например, довольно частой была ситуация, когда в ходе какого-либо обсуждения участник начинал проецировать свои убеждения на других. Примерами могут служить следующие фразы:

«Мне не нравится N., она так подозрительно на меня смотрит, как будто оценивает постоянно»,

«Я боюсь уже что-либо говорить, иначе огребу от S.»,

«Здесь на группе нельзя быть самим собой, нельзя быть уязвимым»,

«Если я стану выражать телом все, что сейчас чувствую, то потом сгорю со стыда за себя. Этого слишком много».

Ведущий чутко реагировал на такого рода фразы, задавая вопрос: «Хочешь это проверить?» или прямо указывая: «Это твоя фантазия. Проверять будешь?» В случае, если участник решался «попробовать», например, набирался смелости и спрашивал, почему сосед с таким подозрением



смотрит на него, реальность практически всегда оказывалась другой, чем человек предполагал. «Я тебе завидую» - получил он тогда в ответ. Другая участница, которой предложили выразить телом или движением свое состояние, сделала несколько прыжков с широко раскрытыми руками и ногами. К своему приятному удивлению, ее «аффекта» оказалось не так уж и много, от стыда она не сгорела, а наоборот, почувствовала приятную разрядку.

Работа с интроектами. В качестве примера того, как наши негативные фантазии могут подменять реальность, ведущий привел участником список ментальных установок, которые выделил американский профессор психологии Р. Лихи [40]. По Лихи, эти убеждения подпитывают и укрепляют тревожные состояния:

- если что-то плохое может случиться, об этом нужно беспокоиться заранее;
- все нужно знать наверняка, нужно обладать всей полнотой знания;
- негативные мысли отражают реальность, а не наши личные страхи;
- если происходит что-то плохое, то это показывает, что мы за люди;
- неудачи неприемлемы, и их нужно предупреждать или избегать;
- негативные эмоции невыносимы, их также нужно предупреждать, избегать или избавляться от них;
- важно относиться ко всем проблемам как к неотложным (все нужно решать одновременно).

Эти утверждения были предложены ведущим участникам с вопросом, согласны ли они с каждым из них. Для многих участников было неожиданностью, что какие-то из этих установок являются ложными по своей сути.

Итак, в случае с тревожностью мы имеем дело с ситуацией нарушения целостности. В ходе групповой терапии имплицитной задачей ведущего было различными способами дать понять участникам, что тревожная картина

мира и та реальность, которую участники привыкли считать объективной, на самом деле таковой не является.

Прерывание контакта. Тревога как способ прерывания контакта – это вид остановленного возбуждения. У тревожного человека присутствует первичный импульс и стремление к контакту с миром и людьми, но этот импульс как бы упирается в стену и не может разрешиться. В дальнейшем объект, которому был адресован этот импульс, теряется, но само неразрешенное стремление и физическая энергия остаются с человеком.

По этим причинам главнейшую задачу в лечении тревожности в гештальт-терапии занимает восстановление цикла контакта человека с окружающей средой. Критически важно было понять в каждом конкретном случае, как именно каждый молодой человек размещает себя и свои потребности при контакте с другими людьми. Например, в процессе групповой терапии ведущий заметил, что одна из участников очень мало говорит, но постоянно дергает ногой (сидя в позе «нога на ногу»). У еще одной участницы часто появлялся румянец на щеках. Кто-то грыз ручку или ногти, кто-то теребил в руках телефон. Ведущий отмечал подобные феномены и с помощью наводящих вопросов помогал понять, почему энергия сдерживается и что конкретно ее вызывает. Откуда берется возбуждение? В чем твой интерес? Фокусом терапии становилось восстановление связи между какой-то сложной эмоцией и вызывающей ее ситуацией.

В качестве удачного эксперимента в этом контексте было применено упражнение «горячий стул» – ведущий предложил первой из описанных участниц мысленно «посадить» на пустой стул напротив свою ногу и «поговорить с ней». Узнать, чего бы она сейчас хотела, куда она спешит, почему ей беспокойно. В ходе упражнения участница, к собственному удивлению, осознала, что хочет ближе познакомиться с молодым человеком из группы, но боится показаться навязчивой. Проговорив и осознав причину сдерживаемого возбуждения, участница испытала облегчение.

Гештальт-терапия подчеркивает важность фокуса на «здесь и сейчас». Такой подход особенно хорошо себя зарекомендовал в работе с тревожностью как с остановленным процессом. «Незакрытый гештальт», то есть любая остановленная, подавленная и непроявленная ситуация, все время присутствует в жизни клиента и ждет своего разрешения. В моменте «здесь и сейчас» мы получаем доступ к этому сложному материалу.

Исходя из теоретического концепта цикла контакта, в практической работе с тревогой гештальт-терапевт призван помнить, что тревожность в моменте «здесь и сейчас», то есть прямо на сессии, может отсылать к важным процессам за пределами сессии. Например, предметом мини-сессий на группе не раз становился сам факт суетливости движений какого-то участника, или тот факт, что в разговоре кому-то было сложно удерживать контакт глазами с терапевтом. Тем, что терапевт обратил внимание на эту сложность, актуализировался более широкий феномен (в нашем конкретном случае – стыд участницы за то, как она выглядит).

Человек, склонный к прерыванию цикла контакта, испытывает сложности во взаимодействии с другими людьми. Например, ему стыдно или неловко просить желаемого, или он, напротив, слишком жесткий и не учитывает свободу других людей, тем самым отпугивая их. Контакты с людьми обрываются и не приводят к цели. Когда это происходит систематически, человек внутренне как бы оказывается изолированным и отрезанным от мира людей.

По этим причинам важным фокусом групповой терапии было восстановление полноценного общения между участниками группы. Гештальт-терапевт внимательно и бережно помогал вступать в дискуссию тем участникам, которые сами по каким-то причинам этого не делали, - а также старался помочь им понять, почему они этого не делали. Динамика могла запуститься уже с самого начала учебного дня, когда, сидя в кругу, участники делятся своими актуальными событиями и чувствами (так называемый «шеринг»). Например, в один из дней ведущий после шеринга

спросил участницу, которая все время высказывалась последней, почему она так поступает. Неожиданно девушка расплакалась. После мини-сессии с терапевтом, проходящей на глазах остальных участников, открылась актуальная практически для всех присутствующих тема сдерживания своих желаний.

Творческое приспособление. В гештальте мы признаем, что тревога является препятствием к творческому приспособлению, но не пытаемся напрячься и не тревожиться любой ценой. С точки зрения восстановления целостности намного продуктивнее не столько стремиться убрать тревогу, сколько углубить знание человека о самом себе и расширить способы, как жить со своей тревожностью. Ведь «зная врага в лицо» и понимая, что тревога уже стала привычной реакцией, посредством этого осознания можно намеренно вводить в свою жизнь новые способы обхождения с проблемами. Творческое приспособление, согласно теоретическим предпосылкам, гештальт-терапии – это нарабатываемый и сознательно формируемый навык.

Исходя из гештальт-парадигмы и на основании практической работы, ведущий предложил участникам определение тревожности как состояния недифференцированного аффекта. Сам стиль работы гештальт-терапевта на группе – максимально открытый, чувствительный к каждому происходящему в моменте феномену, реагирующий на актуальную ситуацию – по сути и является примером максимального творческого приспособления и свободы терапевта в контакте с клиентом. Такой контакт сам по себе уже снижает уровень тревожности [66]. Из недифференцированного аффекта выделяются отдельные элементы, человек получает более комплексное видение, и ему возвращается свобода выбирать, как себя вести.

Сеансы с использованием данных конструкций и упражнений проводились профессиональными психологами с испытуемыми из экспериментальной группы в течение полугода. Встречи проходили в формате двухдневок (суббота и воскресенье) с 11 до 19 часов раз в 5-6

недель. Таким образом, суммарно данная групповая терапия длилась 60 часов. Необходимое упражнение выбирал сам психолог в зависимости от индивидуальных особенностей клиента. Иногда в ходе выполнения одного упражнения приходилось переходить к другому, чтобы проработать изначальную проблему.

Трудности, возникшие в работе. Не все испытуемые сразу шли на контакт. Эффективность применения техник, естественно, была сугубо индивидуальна, она определялась личностью самого клиента, его восприятием, интеллектом, готовностью и так далее. Психотерапевты, ведущие экспериментальную группу, также работали под супервизией, посещали интервизорские группы, чтобы расширять возможности в своей работе и обменивались опытом.

Обзор и изучение методологической литературы позволил ведущим группы разработать психологическую модель по работе со снижением уровня тревожности в рамках гештальт-подхода. Подобранные методики позволили нам проверить эффективность реализации психологической модели работы с тревожностью у лиц старшего юношеского возраста.

#### **2.4 Оценка эффективности использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста**

На контрольном этапе эксперимента также проводилась проверка гипотезы о видах распределения. Как и на этапе констатирующего эксперимента в данном случае были выявлены схожие тенденции. В контрольной группе распределение численных показателей тревожности также не отличается от нормального закона. Отличительной особенностью является тот факт, что в экспериментальной группе гипотеза о нормальном распределении не подтверждается в отношении таких переменных как: Шкала тревожности Тейлора и Госпитальная Шкала Депрессии.

По результатам диагностики как в контрольной (n=15), так и в экспериментальной (n=19) группах определены количественные и процентные соотношения выраженности исследуемых уровней тревожности, которые отражены ниже в таблице 3.

Таблица 3 – Описательные статистики показателей тревожности в контрольной и экспериментальной группах на контрольном этапе эксперимента

Исследуемые показатели	Статистические показатели			
	контрольная группа		экспериментальная группа	
	$X_{cp}(б)$	$K_b$	$X_{cp}(б)$	$K_b$
Опросник «Шкала самооценки тревожности» Спилбергера – Ханина (STAI)				
Шкала ситуативной тревожности	46,20 (11,05)	23,91	39,37 (6,06)	15,39
Шкала личностной тревожности	46,47 (10,40)	22,38	42,32 (8,83)	20,86
Методика «шкала тревожности» Дж. Тейлора				
Шкала тревожности Тейлора	31,53 (7,49)	23,76	26,16 (3,56)	13,62
Опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS)				
Госпитальная шкала Тревоги	11,87 (1,41)	11,86	11,05 (1,58)	14,30
Госпитальная шкала Депрессии	10,93 (1,16)	10,64	9,89 (1,37)	13,85

По результатам диагностики с использованием методики Спилбергера-Ханина в контрольной группе ситуативная тревожность обнаруживается на уровне  $X_{cp} = 46,20 \pm 11,05$ , в экспериментальной – на уровне  $X_{cp} = 39,37 \pm 6,06$ .

Процентное распределение выраженности ситуативной тревожности представлено на рисунке 6. Личностная тревожность обнаруживается на уровне  $X_{cp} = 46,47 \pm 10,40$ , в экспериментальной – на уровне  $X_{cp} = 42,32 \pm 8,83$ . Процентное распределение выраженности личностной тревожности представлено на рисунке 7.

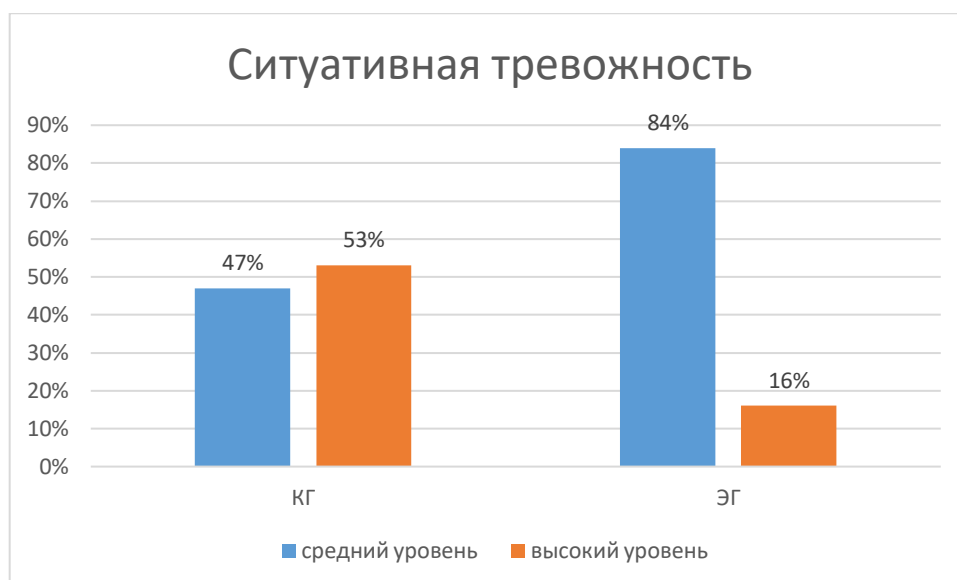


Рисунок 6 – Распределение респондентов с различным уровнем ситуативной тревожности на контрольном этапе эксперимента

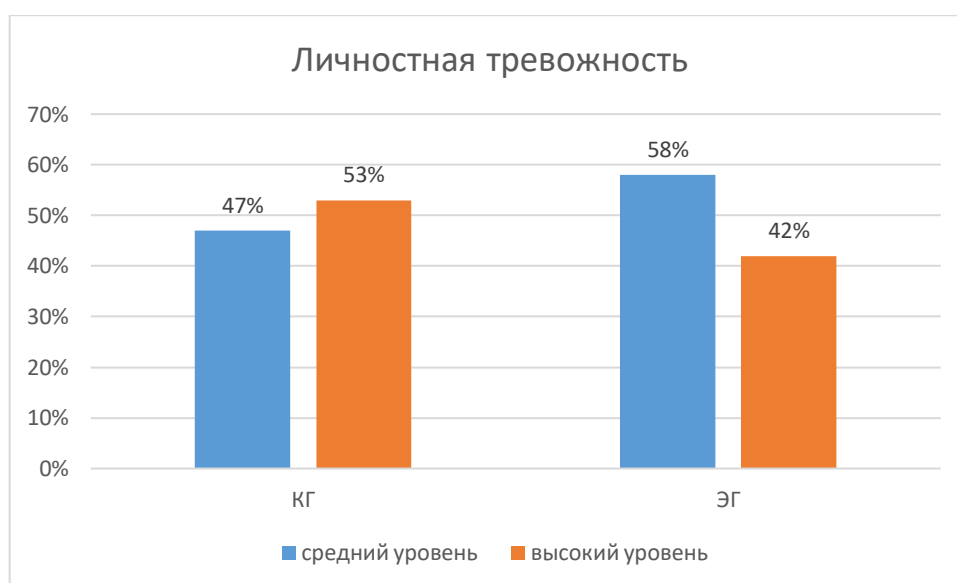


Рисунок 7 – Распределение респондентов с различным уровнем личностной тревожности на контрольном этапе эксперимента

Анализ данных по шкале Тейлора показал, что в контрольной группе данный показатель обнаруживается на уровне  $X_{cp} = 31,53 \pm 7,49$  в экспериментальной группе – на уровне  $X_{cp} = 26,16 \pm 3,56$ . Процентное соотношение тревожности по шкале Тейлора представлено на рисунке 8.

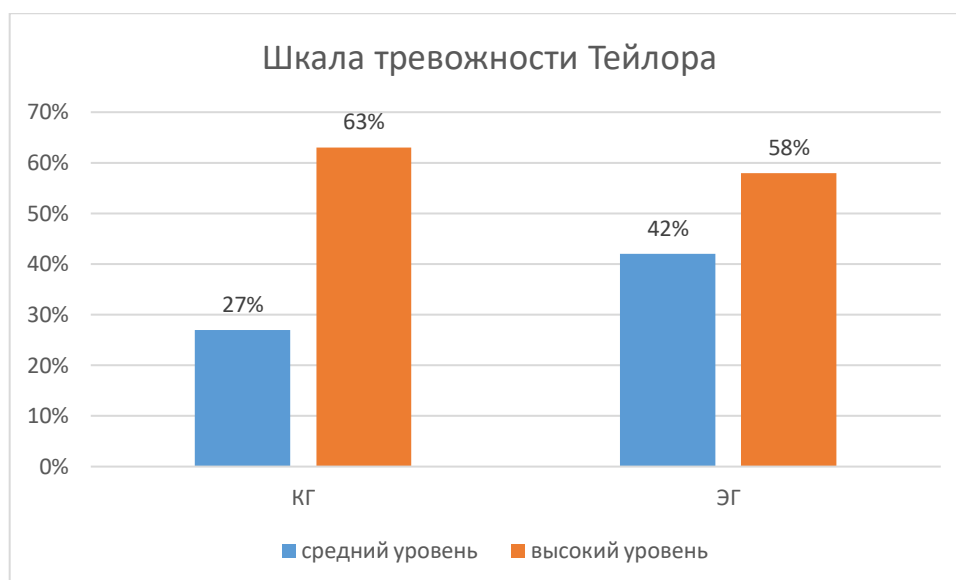


Рисунок 8 – Распределение респондентов с различным уровнем тревожности по шкале Тейлора на контрольном этапе эксперимента

Наконец, проанализировав результаты диагностики по Госпитальной шкале тревоги и депрессии, мы видим, что в контрольной группе показатель тревоги обнаруживается на уровне  $X_{cp} = 11,87 \pm 1,41$ , в экспериментальной группе – на уровне  $X_{cp} = 11,05 \pm 1,58$ . Процентное распределение представлено на рисунке 9. Показатель депрессии в контрольной группе обнаруживается на уровне  $X_{cp} = 10,93 \pm 1,16$ , в экспериментальной –  $X_{cp} = 9,89 \pm 1,37$ . Процентное соотношение клинически и субклинически выраженной депрессии представлено на рисунке 10.



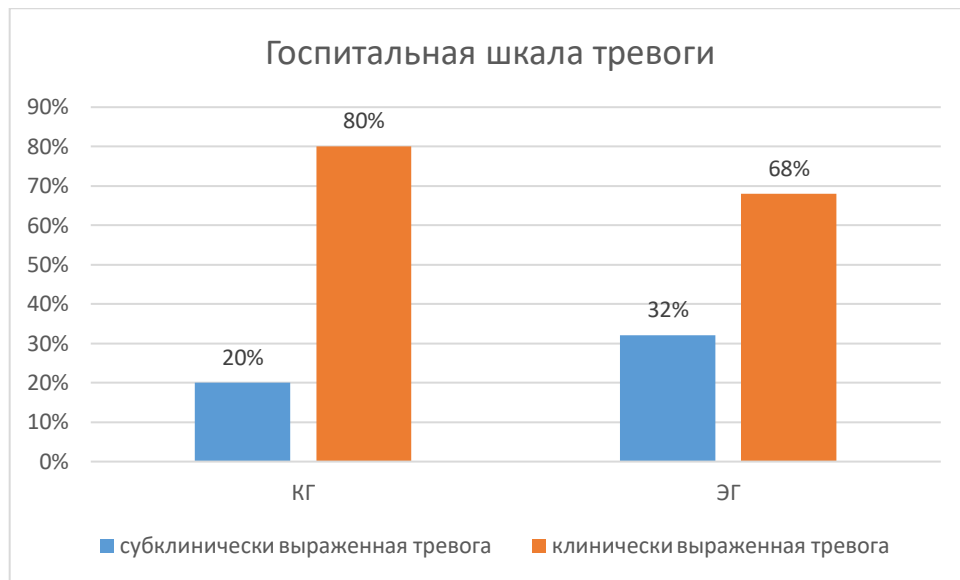


Рисунок 9 – Распределение респондентов с субклинически и клинически выраженной тревожностью на контрольном этапе эксперимента

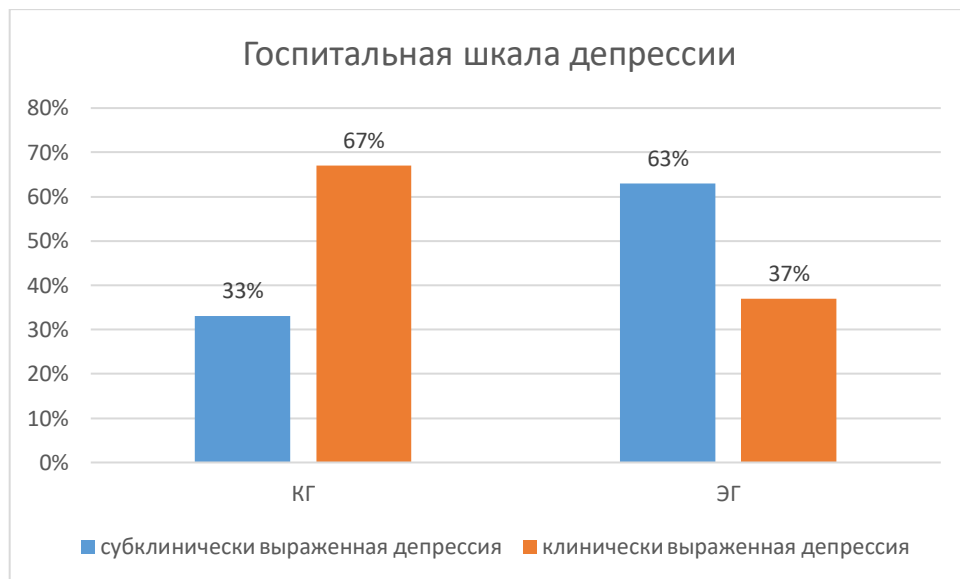


Рисунок 10 – Распределение респондентов с субклинически и клинически выраженной депрессией на контрольном этапе эксперимента

Результаты количественного анализа позволяют сделать вывод о том, что тревожность в экспериментальной группе снизилась. Однако для объективной оценки эффективности применения гештальт-подхода нам было необходимо определить, какие из проявлений тревожности снизились на статистически значимом уровне. Для проверки гипотезы о наличии различий

в выраженности исследуемых признаков тревожности среди респондентов контрольной и экспериментальной групп, также проводился сравнительный анализ с использованием U-критерия Мана-Уитни. Его результаты отражены в таблице 4.

Результаты сравнительного анализа исследуемых аспектов тревожности на уровне тенденции ( $U=85,50$ ;  $p=0,05$ ) указывают на существующую разницу в выраженности ситуативной тревожности по шкале Спилберга-Ханина.

Таким образом, значение данного показателя в контрольной группе обнаруживается на уровне  $X_{cp}=46,20\pm 11,05$ , в экспериментальной группе – на уровне  $X_{cp}=39,37\pm 6,06$ .

Таблица 4 – Различия показателей тревожности в контрольной и экспериментальной группах на этапе констатирующего эксперимента

Исследуемый показатель	Контрольная группа		Экспериментальная группа		Различия	
	среднее стандартное отклонение	сумма рангов	среднее стандартное отклонение	сумма рангов	U	p
Опросник «Шкала самооценки тревожности» Спилберга – Ханина (STAI)						
Шкала ситуативной тревожности	46,20 (11,05)	318,50	39,37 (6,06)	276,50	86,50	0,051
Шкала личностной тревожности	46,47 (10,40)	293,00	42,32 (8,83)	302,00	112,00	0,302
Методика «шкала тревожности» Дж. Тейлора						
Шкала тревожности Тейлора	31,53 (7,49)	320,00	26,16 (3,56)	275,00	85,00	0,047
Опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS)						
Госпитальная Шкала Тревоги	11,87 (1,41)	300,50	11,05 (1,58)	294,50	104,50	0,190
Госпитальная Шкала Депрессии	10,93 (1,16)	322,50	9,89 (1,37)	272,50	82,50	0,036

Мы предполагаем, что снижение ситуативной тревожности на статистически значимом уровне обусловлено тем, что в ходе групповой

гештальт-терапии применялось много инструментов и методов, призванных вернуть человека в момент «здесь и сейчас». Эта практика позволяет не столько редуцировать тревогу как черту личности, сколько выступает как «скорая помощь» в конкретной ситуации, вызывающей напряжение.

Диаграмма распределения значений по шкале ситуативной тревожности представлена на рисунке 11.

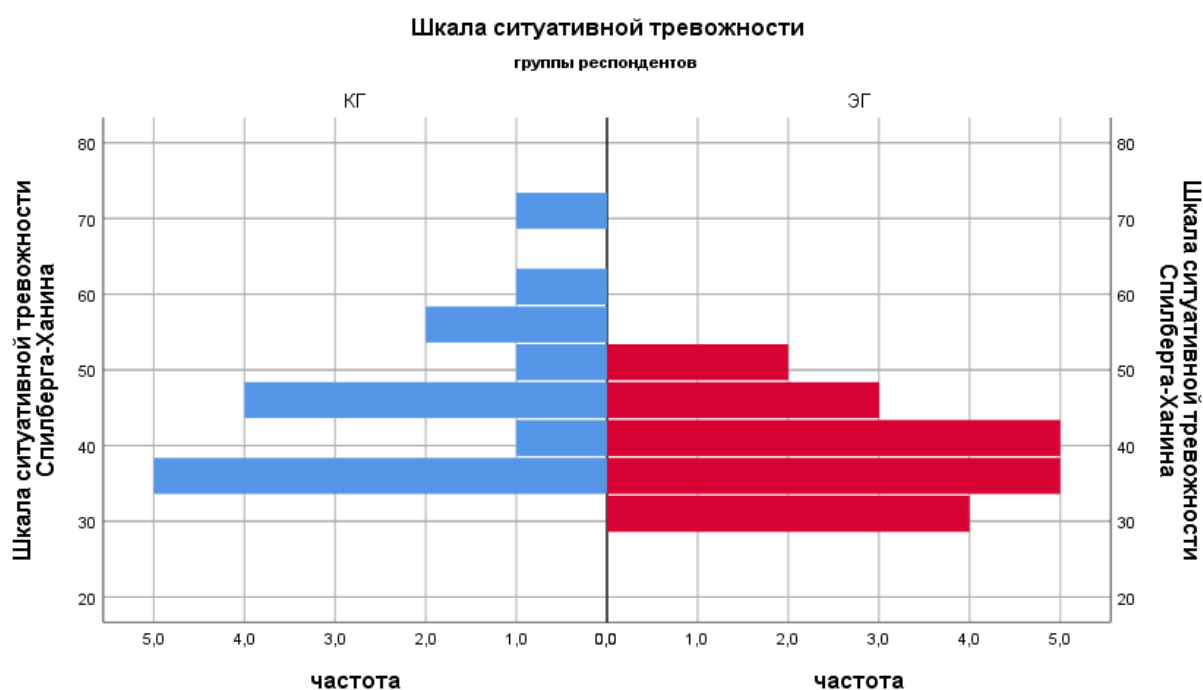


Рисунок 11 – Результаты оценки различий по шкале ситуативной тревожности с использованием U-критерия (Manna-Whitney U-test)

Важно отметить, что по шкале тревожности Тейлора обнаруживаются значимые различия ( $U=85,00$ ;  $p=0,047$ ). В контрольной группе значение данного показателя обнаруживается на уровне  $X_{cp}=31,53\pm 7,49$ , в экспериментальной группе – на уровне  $X_{cp}=26,16\pm 3,56$ .

Снижение тревожности по Тейлору демонстрирует, что групповая терапия в гештальт-подходе действительно была эффективна, даже за свой сравнительно недолгий срок. Снижение тревожности по данной шкале можно также связать с тем, на что был основной упор терапии. Огромное

внимание уделялось навыку определения собственных потребностей. Благодаря этому участники экспериментальной группы имели возможность обнаружить, идентифицировать и проговаривать все свои профессиональные чаяния и мечты, что несомненно приносило большую ясность и осознанность в их жизни. Кроме того, мы предполагаем, что акцент терапии на контакт в настоящем моменте способствовал улучшению внимания, концентрации и общей работоспособности.

Диаграмма распределения значений по шкале тревожности Тейлора представлен на рисунке 12.



Рисунок 12 – Результаты оценки различий по шкале тревожности Тейлора с использованием U-критерия (Manna-Whitney U-test)

Несколько неожиданным стало обнаружение значимых различий по госпитальной шкале депрессии ( $U=82,50$ ;  $p=0,036$ ). В контрольной группе значение данного показателя составляет  $X_{cp}=10,93\pm 1,16$ , в экспериментальной группе –  $X_{cp}=9,89\pm 1,37$ . Диаграмма распределения значений по госпитальной шкале депрессии представлена на рисунке 13.

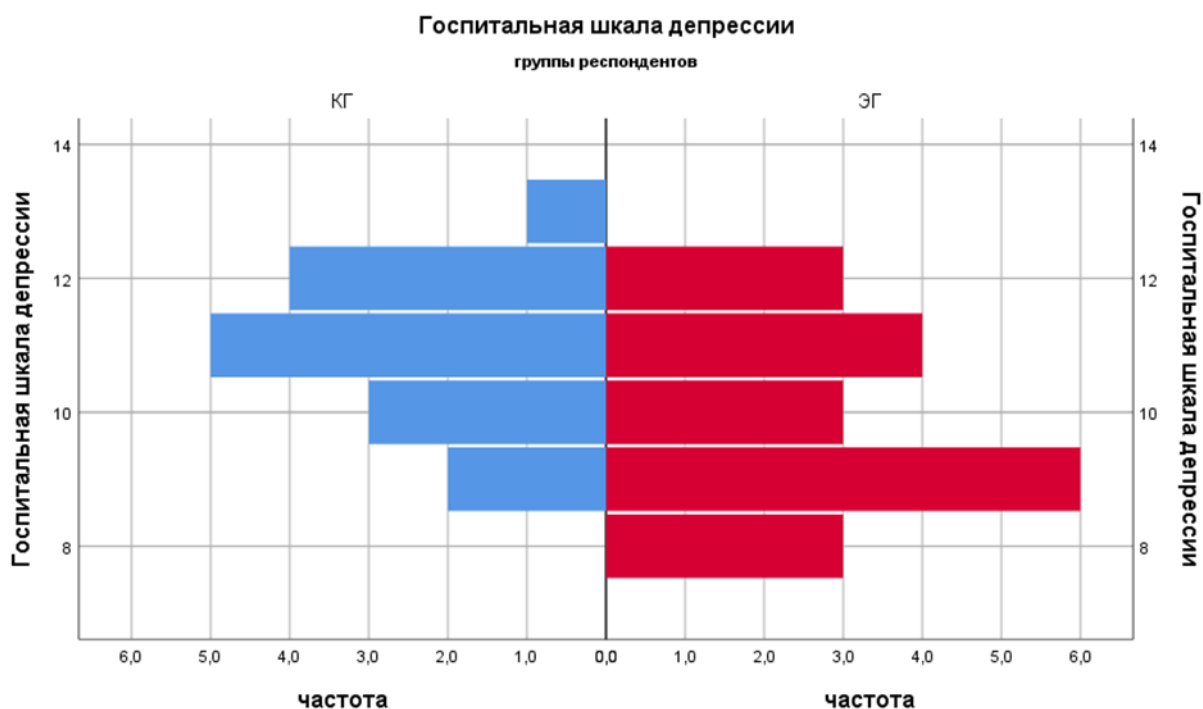


Рисунок 13 – Результаты оценки различий по госпитальной шкале депрессии с использованием U-критерия (Manna-Whitney U-test)

Терапия депрессии не являлась задачей групповой терапии, однако, по всей видимости, применяемые инструменты одинаково эффективно воздействовали не только на тревожность, но и на депрессивные состояния участников группы. Это обнаружение может быть полезным для дальнейшего изучения депрессии, что не является целью актуальной работы.

#### Выводы по второй главе

В ходе опытно-экспериментального исследования, в котором приняли участие юноши и девушки в возрасте 20-22 лет, нами было установлено, что даже за сравнительно небольшой промежуток времени (полгода, или 60 часов) групповая терапия в традиции гештальт-подхода оказала влияние на некоторые аспекты тревожности на статистически значимом уровне. Достоверно снизились те проявления, на которые был основной упор терапии. Так, благодаря непрерывному педалированию «здесь и сейчас», у

участников снизилась ситуативная тревожность. Сниженные показатели тревожности по методике Тейлора подтверждают большую профессиональную осознанность и эффективность участников, прошедших терапию. Наконец, неожиданным и приятным бонусом стало снижение уровня депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Полученные сведения демонстрируют важность работы с людьми выбранного возрастного среза, что не было очевидным до начала исследования. Можно предположить, что более продолжительная терапия оказала бы влияние и на все остальные аспекты тревожности, например, снизила бы личностную тревожность. Кроме того, по результатам полученных данных нам представляется перспективным и дальнейшие исследования возможностей гештальт-подхода в работе с депрессией молодых людей. Мы считаем, что результаты проделанного анализа подтверждают, что профилактировать тревожные состояния в старшем юношеском возрасте не только возможно, но и необходимо, ведь профилактика всегда является менее трудоемкой и затратной, чем лечение уже развившегося заболевания.

## Заключение

Проблема тревожности в наши дни является чрезвычайно актуальной, что особенно заметно на категории молодых людей. В юношеском возрасте человек впервые сталкивается со «взрослыми» задачами и ответственностью, вследствие чего уровень тревожности естественным образом повышается.

В данной работе нами было рассмотрено, во-первых, каким образом проблема тревожности понимается и решается в рамках гештальт-терапии, и, во-вторых, было произведено исследование об особенностях проявления тревожности у людей старшего юношеского возраста и использовании гештальт-подхода в ее коррекции.

В ходе нашего исследования были решены следующие задачи:

- были рассмотрены различные подходы к феномену тревоги, тревожности в отечественной и зарубежной психологии. Проанализировав литературу по теме нашего исследования, мы пришли к выводу, что единого определения феномена тревожности не существует. В отечественной и зарубежной психологической литературе описаны различные многочисленные подходы к этому явлению (например, индивидуальный, дифференцированный, системно-структурный подход);
- были описаны особенности проявления тревожности у личности старшего юношеского возраста. Мы установили, что именно в этом возрасте существует множество факторов, которые могут вызвать чувство тревожности, а в дальнейшем и тревожность как черту личности;
- нами были рассмотрены возможности использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста. Этот подход был выбран нами среди множества других взглядов на проблему тревожности потому, что выстраивание полноценного межличностного контакта с другими людьми, на которое направлена гештальт-терапия, представляется особенно важным

именно на этапе становления личности. В теоретической части нами были выделены те положения гештальт-подхода, которые связаны с организацией контакта личности с другими людьми;

– было произведено практическое исследование использования гештальт-подхода в коррекции тревожности у лиц старшего юношеского возраста. В исследовании приняли участие 34 юноши и девушки в возрасте 20-22 лет. Использовались следующие методики: Шкала самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (STAI), Методика «шкала тревожности» Дж. Тейлора, Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Была разработана программа использования гештальт-подхода в данном направлении, а затем произведена оценка ее эффективности.

В результате анализа полученных данных нами было установлено, что даже за сравнительно небольшой промежуток времени (полгода, или 60 часов) групповая терапия в традиции гештальт-подхода оказала влияние на некоторые аспекты тревожности на статистически значимом уровне. Достоверно снизились те проявления, на которые главным образом нацелена гештальт-терапия. Выстраивание межличностного контакта в моменте «здесь и сейчас» помогло снизить ситуативную тревожность. Сниженные показатели тревожности по методике Тейлора подтверждают более высокую профессиональную осознанность и эффективность участников, прошедших терапию. Неожиданным и приятным бонусом стало снижение уровня депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Таким образом, цель нашего исследования, а именно анализ возможностей использования гештальт-подхода в коррекции тревожности личности юношеского возраста, – была достигнута. Гипотеза исследования подтвердилась, задачи исследования были выполнены.



## Список используемой литературы

1. Абакарова Э. Г. Детская тревожность как социально опосредованная форма страха в дошкольном возрасте / Э. Г. Абакарова // Вестник Московского университета МВД России. 2010. № 7. С. 5-6.
2. Адлер А. Понять природу человека. СПб. : Питер, 2017. 512 с.
3. Аминов И. И., Дедюхин К. Г, Бульеннова Т.Ю. Юридическая психология: учебное пособие. / И. И. Аминов, К. Г. Дедюхин, Т. Ю. Бульеннова. Москва: Юстиция. 2017. 296 с.
4. Арт-терапия - новые горизонты / Хеуш Николь, Метьюз Нина, ЧебароМона; под ред. А. И. Копытина. 2-е изд. Москва : Когито-Центр, 2019. 336 с.
5. Астапов В. М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Психологический журнал. 2019. № 5. С. 111-117.
6. Баглай А. А. Метафора и гештальт / А. А. Баглай, Д. Н. Плетникова // Студенческие научные исследования : сборник статей IX Международной научно-практической конференции в 2 частях, Пенза, 17 декабря 2021 года. Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.). 2021. С. 176-178.
7. Бажутина С. Б. Практическая психология в вузе и школе. Луганск : Янтарь, 2000. 113 с.
8. Барсукова Е. В. Реактивная тревожность – естественное или приобретенное состояние организма // Современная педагогика. 2016. № 10. С. 73-78.
9. Берестнева О. Г. Прикладная математическая статистика: Учебное пособие / О. Г. Берестнева, О.В. Мухина, Г.Е. Шевелев. Томск: Изд-во Томского политехнического университета, 2012. 188 с.
10. Бочанцева Л. И. Психологические возможности использования гештальт-групповой работ в нормализации затрудненного общения

антисоциальной личности // Педагогическое образование и наука. 2012. № 2. С. 102-105.

11. Булюбаш И. Д., Пугач Н. В. Руководство по обучению гештальт-терапевтов / И. Д. Булюбаш, Н. В. Пугач. Москва: Издательский дом «Бахрах-М», 2016. 416 с.

12. Венгер А. Л. На что жалуетесь? Выявление и коррекция неблагоприятных вариантов развития личности детей и подростков. М. : Рига, 2000. 151 с.

13. Высоков И. Е. Математические методы в психологии. Учебник и практикум. М.: Юрайт, 2019. 432 с.

14. Габдреева Г. Ш. Основные аспекты проблемы тревожности в психологии // Тонус. 2020. № 5. С. 32-39.

15. Ганзен В. А. Системные описания в психологии. Спб. : Издательство Ленинградского университета, 1984. 176 с.

16. Гингер С. Гештальт : искусство контакта. М. : Академический Проект, 2010. 191 с.

17. Гинзбург М. Р. Психологическое содержание личностного самоопределения // Вопросы психологии. 1994. № 3. С. 43–52.

18. Гинзбург М. Р. Личностное самоопределение как психологическая проблема // Вопросы психологии. 1998. № 2. С. 19-27.

19. Голубева Е. А. Проблема детерминации профессионального самоопределения личности в психологии / Е. А. Голубева, Н. Г. Коржова// Молодой ученый. 2020. № 23 (313). С. 546-549.

20. Гронский А. В. Классическая гештальт-группа // Российский гештальт. Новосибирск: Науч.-практ. центр психологии НГУ. 2001. С. 62-69.

21. Гудман П., Перлз Ф. Теория гештальттерапии. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2004. 384 с.

22. Гуров В. А. Тревожность как показатель психологического здоровья младших школьников и личностные особенности педагога // Сибирский учитель. № 2. 2018.

23. Давыдова С. Е. Особенности формирования и коррекции тревожности в юношеском возрасте // Молодой ученый. 2016. № 3. С. 259-261.
24. Дубровина И. В. Практическая психология образования. СПб. : Питер, 2000. 319 с.
25. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей. СПб. : СОЮЗ, 2020. 448 с.
26. Захаров А. И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка / А. И. Захаров. СПб. : Союз, 2017. 224 с.
27. Зыкова Н. Ю. Гештальт-терапия как средство развития профессиональной мобильности будущих специалистов социальной сферы // Научные ведомости Белгородского гос. ун-та. 2010. № 2. С. 327-335.
28. Изард К. Э. Психология эмоций / К. Э. Изард. СПб. : Питер, 2019. 464 с.
29. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека / Е. П. Ильин. СПб. : Питер, 2015. 412 с.
30. Исаева Д. А. Особенности становления личностной и профессиональной идентичности в юности и ранней взрослости: автореферат кандидата психологических наук. СПб. : 2013. 26 с.
31. Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал. 2001. №4.
32. Капленко О. М. Использование телесно-ориентированных практик в коррекции психосоматических заболеваний // Интерэкспо Гео-Сибирь. 2018. № 1. С. 1-5.
33. Караваева Т. А. Клинические и биосоциальные характеристики дифференциальной диагностики невротических и неврозоподобных расстройств // Психическое здоровье. 2011. №8 (63). С. 48-53; 2011. №9 (64). С. 42-46.

34. Кирьянова, О. Н. Причины возникновения высокого уровня тревожности у детей дошкольного возраста / О. Н. Кирьянова // Психология в России и за рубежом : материалы I Междунар. науч. конф. Санкт-Петербург: Реноме, 2011. С. 23-25.
35. Кияшко Д. Ю. Тревожность в юношеском возрасте: внутриличностные детерминанты / Д. Ю. Кияшко // Материалы XXI Регион. науч.-практ. конференции преподавателей, науч. сотрудников и аспирантов, Витебск, 11-12 февраля 2016 г. : в 2 т. Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2016. Т. 2. С. 23-24.
36. Кон И. С. Психология юношеского возраста / И. С. Кон. М. : Приори, 2013. 176 с.
37. Костина Л. К Игровая терапия с тревожными детьми. СПб. : Речь, 2003. 160 с.
38. Лапытов И. Между роботом и обезьяной. Искусство найти в себе человека / И. Лапытов. Москва : Неолит, 2020. 224 с.
39. Левин П. А. Исцеление от травмы. Авторская программа, которая вернет здоровье вашему организму / П. А. Левин. – Санкт-Петербург : ИГ Весь, 2011. 128 с.
40. Лихи Р. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой / Р. Лихи. СПб : Питер, 2019. 368 с.
41. Малкина-Пых И. Г. Телесная терапия / И. Г. Малкина-Пых. М. : Изд-во «Эксмо», 2007. 752 с.
42. Масколье Г. Гештальт сегодня. Москва : Корвет, 2016. 129 с.
43. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу. СПб. : Питер, 2018. 400 с.
44. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) [Электронный ресурс]. URL: <https://mkb-10.com/> (дата обращения: 15.10.2023).

45. Мещеряков Б., Зинченко В. Большой психологический словарь [Электронный ресурс]. URL: <https://psychological.slovaronline.com/>(дата обращения: 15.10.2023).
46. Микляева А. В., Румянцева П. В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. СПб. : Речь, 2004. 248 с.
47. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра. Радость. Печаль. Хаос. Мудрость. М. : ИОИ, 2015. 232 с.
48. Перлз Ф. Гештальтподход и свидетель терапии. Москва : Академический проект, 2019. 206 с.
49. Перлз Ф. Гештальт-семинары. Москва : Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. 352 с.
50. Перлз Ф. Эго, голод и агрессия. Москва: Смысл, 2019. 367 с.
51. Перлз Ф., Хефферлин Р. Основы психологии самопознания. Практикум по гештальт-терапии / Ф. Перлз, Р. Хеффелин. Москва : Академический проект. 2020. 273 с.
52. Прихожан А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. 2018. № 2. С. 11-17.
53. Райх В. Открытие оргона / В. Райх. М. : Изд-во «Профит-Стайл», 2016. 336 с.
54. Рикрофт Ч. Тревога и неврозы / Ч. Рикрофт : перевод В. М Астапов, Ю. М. Кузнецова; под ред. В. М. Астапова. 2-е изд. Москва, Саратов : ПЕР СЭ, Ай Пи Эр Медиа, 2019. 142 с.
55. Робин Ж. М. Гештальт-терапия. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2007. 187 с.
56. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М. : Смысл, 2014. 488 с.
57. Современная энциклопедия Академик [Электронный ресурс] URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/emergency/2979/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0>(дата обращения: 15.10.2023).

58. Соколов Д. Метафорический язык в психотерапии. Символ веры. [Электронный ресурс] URL: <https://helpiks.org/9-25594.html>(дата обращения: 15.10.2023).
59. Солянин Н. Э, Лебедева Е. П. Психологические причины тревожности в подростковом возрасте // Ярославский педагогический вестник. 2016.№ 6. С. 281-284.
60. Третьяк Л. Практическая неврология. / Л. Третьяк. Москва : Добросвет, 2019. 312 с.
61. Фараджева Л. В. Стратегии гештальт-терапевта в работе с травматическим опытом клиента. / Л. В. Фараджева. Тольятти: Высшая школа гештальта, 2018.
62. Фрейд З. Психология бессознательного. Спб. : Питер, 2019. 448 с.
63. Фромм Э. Бегство от свободы / Э. Фромм. М. : ООО «Издательство АСТ», 2014. 452 с.
64. Ханин Ю. Л. Психология общения в спорте. М. : Физкультура и спорт, 1980. 208 с.
65. Black, M. Models and Metaphor. Cornell, Ithaca. 1962.
66. Espenak L. Dance therapy, theory and application / L. Espenak. Springfield: Charles C. Thomas, 2021.
67. Lowen A. Bioenergetics / A. Lowen. New York: Penguin Books, 1975.
68. Spielberger, C. D. Manual for the State-Trait Inventory STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Mind Garden, 1983.
69. Steel Z., Marnane C., Iranpour C. et a. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013 // International Journal of Epidemiology 2014. Vol. 43 (2). P. 476-493.