

РАЗДЕЛ II. КОМПЛЕКСНОЕ ПОЗНАНИЕ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВА

SECTION II. COMPLEX COGNITION OF THE MODERN PERSON AND SOCIETY

УДК 159.9.075

DOI: 10.25629/НС.2022.04.05

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ, ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Гольман И.А.

Московский гуманитарный университет

Аннотация. Тревожное и/или тревожно-депрессивное расстройство, а также неврозы – самая частая причина ухудшения психологического (а зачастую – и соматического) состояния граждан, вплоть до их инвалидизации. В статье рассмотрена авторская программа психологической помощи при данных расстройствах (прежде всего, путем снижения тревожности), ее обоснование и некоторые результаты применения.

Ключевые слова: психотерапия, тревожность, невротические расстройства, психокоррекционная работа.

Тревожное и/или тревожно-депрессивное расстройство

Тревога, тревожность – феномен, изучаемый с разных точек зрения философами, психологами, нейрофизиологами и врачами на протяжении столетий.

С одной стороны – это свойство человеческой психики, оберегающее человека от неосторожного и опасного поведения, и, более того, являющееся важнейшим ресурсом, мотиватором человеческого развития (см., например, [5]). Другими словами, это своего рода «быстрый ум», обрабатывающий информацию об окружающем мире и дающий эмоциональные и даже поведенческие «рекомендации» еще до завершения анализа ситуации когнитивным ресурсом.

С другой стороны, личностная ориентация на повышенную тревожность приводит к тому, что в жизни ее обладателя постоянно присутствует эмоциональный дискомфорт, невозможность полноценно испытать удовлетворение даже от реально достигнутых успехов [3,4]. В самом деле, сложно чему-то сильно радоваться, если душу постоянно гложет беспокойство, а текущее хорошее положение дел кажется ненадежным и нестабильным.

Таким образом, тревожность, как свойство человеческой психики, имеет как полезное для его психологического (да и физического) благополучия значение, так и не полезное или даже вредное. Впрочем, это не является чем-то исключительным для человеческого организма: напомним, что содержание глюкозы в крови может вызвать смерть как при значительном превышении нормы, так и при его серьезном снижении. Хотя, конечно, говорить о «норме тревожности» – гораздо сложнее, чем о норме для конкретного физиологического параметра человеческого организма.

Однако в текущей практике гораздо чаще приходится говорить о тревожном расстройстве, как о состоянии с ситуативно необоснованным повышением уровня тревоги, чем о состоянии с ситуативно необоснованным его снижением. Нам, например, встретилось всего три пациента (не считая гораздо более многочисленных случаев маний и гипоманий при психических заболеваниях) с природно-пониженным уровнем тревожности при полной когнитивной сохранности. Их обращение к психологу объяснялось желанием научиться беспроblemному выстраиванию коммуникаций с людьми, у которых тревожность была на обычном, «нормальном» уровне. Фактически, на занятиях мы обсуждали, как реагирует на то или иное обстоятельство человек с «нормальной», повышенной и «отсутствующей» тревожностью. Таким образом, пациент с помощью когнитивного ресурса мог, если не почувствовать, то, по крайней мере, попытаться понять, что может чувствовать человек с отличающимся от него личностным ощущением тревожности в той или иной ситуации. И, в зависимости от этого, корректировать свое поведение и эмоции.

А вот пациенты и доверители с повышенным уровнем тревожности составляют заметный процент (в нашей практике – до 30% и выше) от всех обращающихся за психологической помощью. И чем значительнее этот уровень повышен, тем больший эмоциональный дискомфорт испытывает обладатель подобной психики.

В статье [3] мы исследовали корреляцию уровня тревожности первокурсников колледжа с уровнем их психологической адаптации в общем, и с уровнем эмоционального комфорта, в частности. Из полученных данных следует, что тревожность отрицательно коррелирует и с общей адаптированностью, и с эмоциональным комфортом, причем, с высокой теснотой связи.

Напомним, что в работе исследовалась корреляция данных по тревожности (методики HADS и А.М. Прихожан, Шкала Б) и данных по психологической адаптации и эмоциональному комфорту, полученных по методике Роджерс-Даймонд. Приведем краткую цитату из указанной работы:

«...Максимальная же теснота отрицательной связи наблюдается у таких пар показателей, как «адаптация» и «школьная тревожность» ($r = -.627^{**}$ при α менее 0.01), «эмоциональный комфорт» и «суммарная тревожность» ($r = -.677^{**}$ при α менее 0.01), «эмоциональный комфорт» и «школьная тревожность» ($r = -.633^{**}$ при α менее 0.01), «эмоциональный комфорт» и «межличностная тревожность» ($r = -.709^{**}$ при α менее 0.01). В последнем случае теснота связи максимальна. Вообще тревожность оказала максимальное обратное влияние именно на эмоциональный комфорт тестируемых первокурсников колледжа».

Литературные данные и личный практический опыт показывают, что подобная модель влияния тревожности на эмоциональный комфорт типична и повсеместна. А значительное повышение тревожности приводит не только к снижению настроения, но и к падению работоспособности человека. И, к сожалению, к многочисленным и разнообразным психосоматическим нарушениям и даже заболеваниям.

Здесь необходимо отметить, что тревожное расстройство может протекать как в отдельности, так и коморбидно (сочетанно) с депрессивным и/или невротическим расстройством. Влияние депрессии на эмоциональный комфорт хорошо изучено, и оно так же отрицательно. В упомянутой выше нашей работе с исследованием первокурсников колледжа это тоже отражено корреляционной зависимостью. Однако, важно отметить, что в случае коморбидного течения тревожного и депрессивного расстройств, положение доверителя и задача психолога существенно усложняются, включая, в том числе, и повышенную вероятность серьезных психосоматических осложнений.

Здесь необходимо пояснить, что автор использует термин «доверитель», заимствованный из адвокатской практики, как более, по его мнению, подходящий для работы в наших условиях, поскольку термины «пациент» или «клиент» либо не отражают суть деятельности психолога, либо обладают нежелательными (опять же, на взгляд автора) локальными коннотациями.

В связи с этим, при работе с доверителями с тревожным расстройством мы стараемся контролировать не только состояние их тревожности, но и уровень депрессии, и также – обяза-

тельно – уровень их невротической готовности (или «готовности к психосоматизации»), используя в качестве основных тестовых шкал методики HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale, авторы – Zigmond A. S., Snaith R. P.) и Хесс-Хек, а в качестве дополнительных – шкалы А. Бека (тревожность и депрессия), А.М. Прихожан, шкалы А и Б (в случае детей и подростков), Спилбергера-Ханина (ситуативная и личностная тревожность) и, в сложных случаях, методику СМИЛ [8]. Хотя, конечно, основным «средством познания» проблемы и человека остается наблюдение и клиническая беседа.

Для психокоррекционной работы с лицами, страдающими тревожными и/или тревожно-депрессивными расстройствами, автором была разработана и первично апробирована программа из 10 занятий, включающая в себя разнообразные безмедикаментозные методы и подходы из психологии, психофизиологии и народной медицины. Научно-методологические основы включают в себя представления о тревожно-депрессивном расстройстве, как нейромедиаторном дисбалансе таких трансмиттеров, как, в первую очередь, серотонин, далее – норадреналин, дофамин, гамма-аминомасляная кислота и другие (ниже об этом еще будет сказано). Разумеется, используем близкие нам чисто психологические подходы и методы когнитивно-поведенческой терапии, телесно-ориентированной терапии и позитивной психологии.

Таким образом, после неспешного знакомства, ознакомления с настоящим и прошлым доверителя, выслушиванием его жалоб и запросов, подробной психодиагностики, с гарантированно установленным доверительным контактом и выявленным первоначальным запросом, мы начинаем собственно психокоррекционную работу.

Как правило, каждое занятие планируется на один час, но при необходимости, в зависимости от состояния доверителя, может быть продлено до полутора часов (занятия обычно индивидуальными, но могут быть и групповыми).

Отдельно укажем, что психолог должен изначально обстоятельно объяснить доверителю разницу между психофармакологическим и безмедикаментозным воздействием, а при дальнейших встречах к этой теме возвращаться, каждый раз углубляясь в контент и демонстрируя ее с новой стороны. Разумеется, психолог без медицинского образования не использует психотропы в своей практике, но, на наш взгляд, он обязан достаточно глубоко ориентироваться и в этой области знаний. Особенно это важно, когда он работает с доверителем в тандеме с психиатром, и должен знать, как сказываются на эмоциях, ощущениях, самочувствии и поведении доверителя выписанные врачом препараты.

Итак, первый вид воздействия – фармакологический – обычно более сильный и быстрый (кроме применения селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, чье клинически видимое действие начинается, как правило, через две-четыре недели). Например, прием анксиолитика (транквилизатора) атаракса (блокатор H_1 -гистаминовых и мускариновых рецепторов, угнетает некоторые подкорковые зоны) уже через 10 минут вызовет физическое, а вслед за ним – психическое расслабление. Также быстро снимают тревогу транквилизаторы на основе агонистов бензодиазепиновых рецепторов, активирующих работу гамма-аминомасляной кислоты. Это их плюсы. А дальше – множество минусов, главные из которых – опасность передозировок, аддикций, многочисленные побочные эффекты и постепенно возникающая толерантность к препарату.

Таким образом, психотропы не столько лечат тревожность, сколько лишь уменьшают ее в моменте. Часто это жизненно важно, и врач-психиатр при необходимости выпишет препараты. Однако и безмедикаментозные, чисто психологические, методы тоже очень неплохо работают, хотя, как правило, гораздо медленнее, менее «эффектно», и требуют от доверителя гораздо больших целенаправленных усилий, чем прием таблетки. Зато безмедикаментозные методы при их длительном использовании со временем только усиливают свое воздействие. И, главное, не имеют никаких побочных эффектов, в то же время становясь неотъемлемой частью образа жизни доверителя. Другими словами, они действительно меняют его в лучшую сторону. То есть, в прямом смысле слова – лечат.

Можно предположить – пока не очень доказательно, ориентируясь только на вызываемый эффект – что воздействуют безмедикаментозные средства примерно на те же нейротрансмиттеры, на какие воздействуют основные классы психотропов, используемых в терапии тревожных расстройств – антидепрессанты, анксиолитики (транквилизаторы) и, гораздо реже, атипичные нейролептики: на серотонин, норадреналин, дофамин, гамма-аминомасляную кислоту и, видимо, ацетилхолин (когда мы произвольно расслабляем и напрягаем мышцы – например, техники Райха, Джейкобсона и Шульца). Именно поэтому, используя психологические техники, можно уменьшать тревожность, противодействовать паническим атакам, целенаправленно активировать или, что чаще, наоборот, успокаивать психику.

Очень условно можно разделить используемые нами факторы воздействия на три основных группы:

- 1) безмедикаментозные психофизиологические (включая телесно-ориентированную терапию);
- 2) когнитивно-поведенческие;
- 3) подходы позитивной психологии.

Условно – потому что, по сути, невозможно реально отделять в человеке тело от психики, а эмоции от сознания.

К первой группе относим вопросы режима дня, диеты, режима питания и потребления воды, физические и ментальные упражнения. Назовем некоторые из них, достаточно банальные, но при тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах неоправданно редко используемые системно.

Пешие прогулки (и, если в широком смысле – физические нагрузки): мы настаиваем на жестком выполнении правила «3000-5000-7000», которое означает, что если доверитель согласен с условиями нашей психокоррекционной программы, то обязан в день проходить минимум 3000 шагов (уровень – «удовлетворительно»), а лучше – 5000 («нормально») и 7000 шагов («неплохо»). Больше – пожалуйста, меньше – нарушение условий программы.

Нормализация сна: при тревожных расстройствах (и, особенно, тревожно-депрессивных расстройствах) очень часто наблюдаются проблемы со сном, что резко усугубляет и без того сложную ситуацию. Возможно, причина в том, что мелатонин, вырабатываемый преимущественно шишковидной железой головного мозга и регулирующий (в том числе) циркадные ритмы, – весьма близкий «родственник» серотонина, нейромедиатора, имеющего прямое отношение к тревожным и тревожно-депрессивным расстройствам. В связи с этим задача нормализации плохого сна становится первоочередной.

Из безмедикаментозных техник здесь хорошо работают следующие методы:

- аэрирование крови перед сном (прогулки на свежем воздухе без значительных физических нагрузок);
- снижение температуры воздуха в спальне на 2-3 градуса;
- использование тяжелого одеяла;
- медитационные техники;
- исключение света белого и голубого спектров как минимум за 40 минут до предполагаемого времени отхода ко сну.

Последнее связано как раз с мелатонином: шишковидная железа получает информацию о наличии «дневного» света через нервные волокна, идущие от сетчатки глаз, и перестает вырабатывать мелатонин. Чтобы этого не случилось, спать необходимо в полностью затемненном помещении, а источников «дневного» света избегать особенно тщательно. Понятно, что телевизор и гаджеты попадают в их число.

Режим потребления воды. Сразу после пробуждения доверитель должен медленно (в течение 10 минут и более) выпить примерно 300 г воды, если нет медицинских противопоказаний. Вода должна быть теплой или комнатной температуры. Прием преследует несколько целей

одновременно: «ритуализируем утро» (о чем будет сказано ниже), снабжаем водой психобиоту кишечника, противодействуем физическим (например, запоры) и психологическим проблемам, связанным с возможным обезвоживанием.

На практике многократно попадались доверители, которые вообще до этого не потребляли воду в чистом виде. Такие люди, особенно, пожилые, начав потреблять воду, получали улучшение психологического и физического состояния уже в начале работы.

О психобиоте кишечника есть смысл сказать несколько слов отдельно. Сейчас идет лавинообразный рост исследований оси взаимодействия «кишечник-мозг» [1]. В частности, выяснено, что колонии микроорганизмов в кишечнике человека (их существенно больше, чем «родных» клеток организма) активным образом влияют не только на пищеварение и иммунитет человека, но и на его психическое состояние, продуцируя в толстом кишечнике такие психоактивные вещества, как гамма-аминомасляная кислота, серотонин, дофамин, триптофан, флавоноиды и т.д. Некоторые из них взаимодействуют с соответствующими рецепторами нейронов непосредственно в месте синтеза (вспомним про солнечное или, как его еще именуют, чревное сплетение, *Plexus coeliacus*), некоторые – например, триптофан, – попадая в кровяное русло, преодолевают гематоэнцефалический барьер и проникают в мозг, превращаясь в нейромедиатор серотонин уже в аксоне серотонинового нейрона. В любом случае психобиота кишечника – важный фактор психических процессов, и полезное влияние на неё нельзя игнорировать.

Соответственно, утренней, медленно выпитой водой, мы ее поддерживаем. Также, как и включением в рацион достаточного количества клетчатки, которая будет являться «пищей» психобиоты.

К подобным методам относится и рекомендация по включению в рацион пищи, заведомо богатой пищевой аминокислотой триптофаном, прекурсором (химическим предшественником) серотонина. Важный момент – необходимо согласовывать «диетические» назначения с врачом доверителя, чтобы не нанести вреда. Например, тот же твердый сыр, соевые бобы или грудку индейки (с высоким содержанием триптофана) обычно исключают при приеме антидепрессантов – ингибиторов моноаминоксидазы (фермент, уничтожающий серотонин в пресинапсе), дабы исключить опасность возникновения серотонинового синдрома (отравления).

Вообще, как уже отмечалось, следует знать психофармакологические назначения, получаемые доверителем, чтобы согласовывать свои воздействия с лекарственными. Идеальный вариант, как мы отметили выше, если доверитель принимает психофармакологическое лечение – общаться напрямую с его врачом-психиатром. Такой опыт совместного ведения пациента психиатром и психологом нами давно наработан и оказался очень удобен и эффективен.

Из физических упражнений мы остановились на комплексе «Пять тибетских жемчужин». Это довольно известный комплекс, проверенный многовековой практикой. Его дополнительная ценность в том, что физическую нагрузку легко дозировать, начиная с самого малого количества повторов каждого из упражнений – трех (при этом затраты времени на выполнение данного комплекса примерно 4 минуты), и постепенно, никуда не спеша (за месяцы или даже год), доводя ее до заметных для «физики» 21 повторов. Это особо ценно в случае, когда доверитель коморбидно страдает и депрессивным расстройством, и ему физически трудно заставлять себя сделать хоть что-то. На такой случай мы допускаем входить в терапию даже в варианте мысленного исполнения упражнений.

То есть, алгоритм такой: мы фактически принуждаем человека делать то, что ему по силам. Утяжелять задание не спешим. Но и прекращать работу не даем. Даже если человек не успел сделать упражнения утром, или неважно себя физически чувствует – у него есть опция мысленного выполнения комплекса. Нет только опции «сдать назад». Другими словами, прививаем ему привычку двигаться вперед даже в неблагоприятных условиях, давая ему опыт проживания, проживания пусть малого, но успеха.

Вообще, отдельный разговор – о проблеме «недоброго утра» для человека с тревожно-депрессивным расстройством (и, если шире, для серотонинового дисбаланса, на сегодня общей

гипотетической причине – или одной из причин – как тревожных, так и депрессивных расстройств). Утро – самое тяжелое время для людей с «серотониновой» проблемой: депрессией, тревожностью, невротами. И встать тяжело, и лежать еще хуже. Именно поэтому до появления ингибиторов обратного захвата серотонина активно использовался такой довольно жестокий прием борьбы с депрессией, как депривация сна. Мы его не используем в силу небезопасности.

Психолог не может сделать из плохого утра доверителя доброе. Но он может научить доверителя «ритуализовать» это утро, разбив его на маленькие, не слишком сложные в исполнении «шажки»:

- быстрый подъем (да еще с будильником на две-три минуты раньше возможного – отсылка опять-таки к депривации сна, но в безопасном варианте);
- туалетные процедуры;
- для религиозных – молитва, для нерелигиозных – утреннее «приветствие миру»;
- теплая, медленно выпитая, вода;
- «пять тибетских жемчужин», хотя бы в минимальной нагрузке.

Обычно все названное по силам даже в начале работы с психологом. Но, выполнив эти несложные шаги, доверитель получает очень важный для него позитивный опыт произвольного преодоления проблемы. Причем, именно в физиологически сложный для себя момент времени суток.

В этот же раздел работы с психологом включается обучение расслабляющим и активирующим дыхательным техникам, техникам работы с мышцами и техникам отвлечения:

- дыхательные техники – для расслабления вдох значительно короче выдоха, например, на счет 3:6 или даже 2:6, где 3 – время вдоха, 6 – выдоха. Возможно применение техник типа 3:3:6, где первая цифра – время вдоха, вторая – время задержки дыхания, третья – время выдоха. Постепенно доверитель подберет для себя оптимальную методику исполнения упражнения. Из соображений безопасности следует ограничить время применения дыхательных техник 1-3 минутами, следя за доверителем и его ощущениями.

- расслабляющие техники (например, техника Шульца, или простые медитационные техники): расслабление мышц по определенным алгоритмам, сопровождающееся, как правило, заметным ослаблением чувства тревоги у доверителя. Доверителя учат применять техники самостоятельно. С психологом же возможно проведение углубленного расслабления по Шульцу, с использованием дополнительного суггестивного усиления методики.

- техники отвлечения, метод «передышки». Психолог объясняет доверителю, что никакими упражнениями, как правило, нельзя убрать тревожность полностью и навсегда. Это его личностно ориентированная черта. Зато практически гарантированно можно ослабить неприятные ощущения, получив передышку для своей психики на какое-то время. И эта передышка оказывается весьма благотворной, причем, по нескольким причинам сразу. Во-первых, она дает человеку отдохнуть от постоянного мучительного напряжения. Во-вторых, после «передышки» он некоторое время (иногда – длительное) чувствует себя лучше, что, возможно, объясняется изменившимся балансом нейромедиаторов. И, наконец, в-третьих, доверитель начинает понимать, что он больше не игрушка в руках обстоятельств и нейротрансмиттеров, а самостоятельный актер процесса борьбы за свое психологическое благополучие, причем, в этой борьбе можно и выигрывать, пусть даже не навсегда и не полностью. Считаем, что это самое важное ощущение для доверителя, особенно, в начале его научения методам правильного совладания с его психологическими проблемами.

В этом разделе мы также применяем технику Джадсона Брюйера (с пальцами и дыханием); технику «5-4-3-2-1» (концентрация на визуализации пяти предметов, ощущениях пяти звуков, пяти тактильных ощущений; затем серия из четырех концентраций, трех и так далее); технику «Светофор» и другие.

Закончим описание первой группы техник упражнениями на «представление», визуализацию соматического воздействия направленных мыслей. Этот эффект сродни неплохо изученному и весьма действенному эффекту плацебо.

Например, мы представляем, как поток «доброй» энергии поглаживает и успокаивает наш уставший мозг. Эта техника есть в разных исполнениях: например, можно представить, что мы бережно взяли свой утомленный мозг в свои ладони и мягко его поглаживаем. Обычно это дает некое успокоение, утешение.

Чтобы эти методы работали эффективнее, предварительно учим доверителя полнее и четче ощущать свое тело, например, упражнениями «резинка» и «гармошка» (растягиваем между ладоней), «иглочка», хорошо знакомые многим по театральным кружкам.

Основная идея и рабочая гипотеза здесь такова: наши мысли, также как и наши чувства и ощущения, есть ни что иное, как комбинация из некоторого количества определенным образом соединенных синапсов. Скажем, физическое и мысленное исполнение одного и того же упражнения вызовет похожие ощущения. Исходя из этого представления, можно попытаться управлять уже соматическими реакциями своего тела. Аналог – воздействие плацебо, когда в ответ на ожидания человека о, скажем, обезболивании, организм по приказу мозга сам продуцирует «обезболивающие препараты» – эндорфины. Конечно, это процесс не быстрый и не простой. Но таким образом можно научить доверителя уменьшать тяжесть своего состояния, прежде всего – неприятных психосоматических ощущений.

Это особенно важно в связи с тем, что тревожные люди крайне легко невротизируются, зачастую приобретая весьма неприятные фобии, например, канцерофобию. В этом случае даже незначительные неприятные физические ощущения вызывают у них стойкое и весьма тягостное ощущение тяжелого заболевания. Вообще, это характерно для серотониновых нарушений, поскольку в подавляющем большинстве случаев серотонин выполняет роль тормозного нейромедиатора, подтормаживая, в частности, и болевые сигналы незначительной интенсивности. При нарушениях же работы серотонинэргической системы, характерной для тревожных и депрессивных расстройств, она «пропускает» слабые болевые сигналы, которые обычно отсекаются у здорового человека. Доверитель в итоге постоянно испытывает неприятные физические ощущения, а уж его тревожное воображение быстро «нарисует» ему самую ужасную причину этих ощущений.

Все это тоже надо неспешно – не раз и не два, а постоянно – объяснять доверителю. Такая разъяснительная, просветительская работа воздействует на него весьма благотворно, успокаивающе.

Важно! Объяснение психологических и физиологических причин того, что происходит с доверителем – неотъемлемая часть процесса психокоррекции.

Еще одно предостережение: обучая доверителя методам воздействия мыслями на тело, не нужно никуда спешить, не нужно просить доверителя «ощутить» это воздействие. Достаточно будет, если он его будет просто представлять, визуализировать. Эта задача – представить себе – несравнимо проще, чем ощутить: мы ведь в кинотеатре смотрим на проекцию светового луча на кусок ткани, а переживаем за летающего на метле Гарри Поттера. Но если привыкнуть представлять, то и желаемые ощущения также не заставят себя ждать. Главное, не забывать: работая с доверителем над ментальными техниками, мы готовим из него не йога и не фокусника, а просто учим его приемам облегчения его психологического и соматического состояния.

На этом мы заканчиваем с первой группой методик и техник. Она помогает доверителю – как правило, уставшему и измученному расстройством – начать работу по совладанию со своей тревожностью, депрессией и/или невротизацией.

Уже сам факт начала этой работы может ему сильно помочь. Ведь многие доверители за годы, прожитые с расстройством, приобрели то, что М. Селигман назвал синдромом выученной беспомощности. И любые, произвольно предпринятые успешные шаги, размывают это крайне неприятное состояние, противодействуют ему.

Добавим лишь, что вовсе необязательно хронологически сначала использовать именно первую группу методов, потом вторую, потом третью. Каждый раз необходимо смотреть по ситуации и сохранным ресурсам доверителя. Но обычно начинать лучше именно с просветительской работы и техник первой группы. В них легче «зайти», с них легче начать, особенно при поражениях эмоционально-волевой сферы, столь характерных для тревожных и тревожно-депрессивных расстройств.

В основе второй группы методов в большинстве случаев лежат когнитивно-поведенческие подходы.

Психологическое информирование и просвещение

Здесь тоже все начинается, как уже было отмечено выше, с научно-популярного «ликбеза». И чем более когнитивно сохранен и развит доверитель, тем этот метод эффективнее. Прежде всего, объясняем доверителю саму суть метода КПТ: что такое патологические когниции, почему они нарушают психологический статус, как они зарождаются, и какими путями с ними можно пытаться совладать. Об этом еще не раз будет сказано ниже.

Выясняем также степень критичности мышления доверителя. Например, если после тщательного медобследования он продолжает активно жаловаться на несуществующие тяжелые болезни, просим оценить степень его убежденности в этом. Тем самым, учим его понемногу разделять *эмоции* и *когнитивное осмысление* происходящего.

Частый ответ на этом этапе: «Да я сам понимаю, что мои мысли неправильные, но ничего не могу с этим поделать». Такое признание – уже хорошая стартовая площадка для продолжения работы.

Очень неплохо работает подробное (и многократное) разъяснение модели тревожного и тревожно-депрессивного расстройств как нарушения нейромедиаторного баланса. Тем, кто в состоянии разобраться, можно транслировать более сложные современные гипотезы происхождения этих заболеваний (рецепторная, генетически-ядерная и т.д.). В любом случае, когда люди понимают, что в основе их бед лежат некие материальные причины, – пусть даже не до конца понимаемые, но все же материальные – им, как правило, становится легче, чем переносить необъяснимую душевную боль.

И, наконец, мы активно рассказываем про успешные случаи психокоррекции, благо, их предостаточно. Это настраивает доверителей на работу, делает их «жертвы» (очень тяжело начинать что-либо при состоянии их эмоционально-волевой сферы) оправданными. Кроме того, осознание того, что они не одиноки в своей беде, уже изначально облегчает их психологическое состояние.

Основных правил в этой части психокоррекционного процесса – три, и они очевидны:

- не врать доверителю ни из каких соображений. Опираемся только фактами;
- не обещать чудес и не давать каких-то гарантий (см. первое правило), но, вместе с тем, опираться на богатую успешную практику;
- «просветительскую» часть работы повторять постоянно, многократно, «рассеивая» ее элементы по всей ткани взаимодействия психолога с доверителем.

Ведение дневника состояния и «измерение» уровня испытываемых доверителем отрицательных эмоций

Это принципиально важный момент. Раньше доверитель страдал, мучился, но в принципе не мог сказать, насколько он в данный момент страдает. Максимум, что можно было сделать – провести психодиагностику по валидизированным методикам, добавив к оценке шкал свои личные наблюдения и выводы из клинической беседы. Но принципиально важно, чтобы сам доверитель мог время от времени проводить подобную оценку, контролируя собственное состояние.

Не только «наука начинается с измерений», но и восстановление нормального состояния при тревожном расстройстве: ведь, чтобы куда-то двигаться, надо знать, где ты в данный момент находишься.

Мы предлагаем доверителю ежедневно оценивать свое состояние за прошедший день по 10-балльной шкале, (точнее – 11-балльной) в которой:

- 0 баллов – состояние блаженства. Например, после сдачи годового отчета – в спа. Или вдруг терзавшая душу тревога разом ушла, дав долгожданный покой. Понятно, что такая оценка состояния будет крайне редкой, если вообще достижимой.

- 1 – 3 балла – соответственно, день прошел отлично, хорошо либо неплохо.

- 4 – 5 баллов – эти оценки еще тоже не выходят за пределы нормальной, обычной жизни. Но означают, что в течение дня наблюдался заметный дискомфорт. Этот день уже нельзя назвать «неплохим». Он, скорее, был неприятным.

- 6 – 7 баллов – дискомфорт был такой силы, которую не назовешь обычной. Это уже плохой день, и плохое состояние.

- 8 – 9 баллов – соответственно, очень плохой день, и очень плохое состояние. 9 баллов – это почти непереносимо.

- 10 баллов – непереносимое без посторонней помощи эмоциональное состояние.

Как видим, в большинстве случаев есть «разбежка» по баллам, дающая доверителю возможность со временем все точнее оценивать свое состояние.

Причем, у нас предусмотрена не только интегральная оценка за день, но и оценки текущего состояния, в тех же баллах. Тогда запись дня будет следующего вида: X (M, C, E...), где X – интегральная оценка за день, а M, C, E... – оценки эмоционального состояния в конкретные моменты этого дня, например: 4(5,7). Если они заметно отличаются от интегральной оценки дня, мы просим доверителя отмечать в дневнике, что их вызвало, чтобы потом можно было обсудить конкретные психотравмирующие ситуации.

В итоге, встречаясь с доверителем раз в неделю, мы к следующей встрече имеем в дневнике состояния 7 оценок вышеуказанного вида плюс возможные пики, что сразу позволяет оценить состояние человека за прошедший период, сравнить предшествующие периоды и даже разорвать частности.

Вторая польза от этого приема – «самоограничение» тревожности доверителем, поскольку он фактически учится рефлексии, оценке своего состояния как бы со стороны, что снимает излишнюю, «реактивную» составляющую его эмоционального дискомфорта, которая появляется, например, от того, что эта душевная боль не отпускает длительное время, и доверитель склонен переоценивать ее уровень, потому что просто устал от ее наличия. По нашим оценкам, умение оценить эмоциональный дискомфорт «со стороны» способно снизить субъективное его ощущение на 1, а то и на целых два балла.

Возвращение к ранее пройденным методам с новым смысловым наполнением

Имеется в виду, что овладение приемами КПТ позволяет углубить эффект и от ранее изученных техник, скажем, от тех же техник отвлечения и физического расслабления.

Например, рассмотрение с доверителем весьма эффективных техник Шульца и Брюйера с точки зрения нейромедиаторных теорий тревожных и тревожно-депрессивных расстройств. Ведь можно рассматривать их просто как передышку в переживании тревоги. Мол, хорошо, но передышка длительной не бывает, а возвращение в тревогу может быть еще более тягостным. А можно – как управляемый самим доверителем процесс регулирования нейромедиаторного баланса. И, если этот процесс действительно становится хотя бы немного управляемым, то страх и безысходность тревожного и тревожно-депрессивного расстройства в представлении доверителя заметно уменьшаются.

Здесь снова вспомним М. Селигмана: «выученная беспомощность», делающая человека беззащитным перед внешними и внутренними вызовами, начинает отступать, если человек

хоть в чем-то начинает действовать осознанно и произвольно, раз за разом расширяя пространство доступных ему самостоятельных решений и действий.

К методам КПТ можно отнести и когнитивную оценку опасности текущего состояния. Это тоже эффективный, часто используемый нами метод.

Мы предлагаем доверителю, испытывающему сильное тревожное напряжение, рассмотреть его с когнитивной точки зрения, применительно к состоянию «здесь и сейчас».

Это может быть анализ в произвольной форме, но, как правило, доверителю легче последовательно отвечать на некую стандартную матрицу вопросов. В общем виде она может быть примерно такой:

- *грозит ли тебе текущая ситуация смертью здесь и сейчас?*
- *грозит ли она смертью твоим значимым близким здесь и сейчас?*
- *есть ли риск кардинального и невосстановимого ухудшения жизненной ситуации здесь и сейчас?*
- *есть ли риск длительного серьезного ухудшения жизненной ситуации здесь и сейчас?*
- *есть ли вообще риск серьезного ухудшения ситуации?*
- *и так далее.*

Как видно из вопросов, они идут «от худшего к лучшему», причем доверитель может сам выстраивать эту матрицу под свои запросы, оставляя только указанное направление изменения размера проблем – от больших к меньшим.

Такой подход позволяет многим доверителям существенно уменьшать испытываемую ими тревогу, позволяя им постепенно отыскивать истинный размер проблемы, не преувеличивая ее в силу особенностей своего нарушенного эмоционального восприятия. Со временем сам алгоритм становится механизмом успокоения, а для некоторых он оказывается наиболее эффективным.

Вот что пишет про этот прием один из наших доверителей, А., юноша 23 г., студент магистратуры, страдавший тяжелым тревожно-депрессивным расстройством (потеря сна, депрессия, тревожность, истеричность, слезливость, сильные боли в районе солнечного сплетения без какого-либо медицинского соматического обоснования; длительность заболевания более года):

«Особенно ценным оказался приём «проверка эмоций логикой», который практически сразу пошёл в дело... выход довольно прост: разбить события на части и «верить их логикой», каждое по отдельности, чтобы посмотреть, насколько в реальности они важны, и важны ли вообще для текущей жизни. Вот передо мной пункты (*текущие его проблемы – прим. И.Г.*): «накрылись проекты», «написал правообладатель», «конфликт с другом», «не выстрелил проект», «экзамены» и т.д. Вопрос в том: 1. Угрожает ли ситуация моей жизни (или жизни моих близких)?; 2. финансам моим (и моих близких)?; 3. есть ли время на решения проблемы? и т.д. вопросов может быть хоть 20 (по шкале от 0 до 10, грубо говоря, где 0 это «совсем не тревожит», а 10 это «абсолютно так и есть, да»). Внезапно, если рассмотреть каждое из этих событий по отдельности и «верить» их логикой, то их чрезмерная значимость в моём случае упала в двух случаях до «1», самая большая отметка оказалась в районе «4» (*он дополнительно применил предыдущий прием оценки тяжести состояния – прим. И.Г.*). То, что мучало меня несколько дней подряд внезапно оказалось, мягко говоря, не фатальным для моей жизни и моего будущего. Этот приём я ещё неоднократно использовал, когда накатывали переживания по поводу событий из жизни. Одно только «угрожает ли жизни» уже само по себе служит как ободряющая пощёчина. На самом деле, одной только «проверки» мне в 90% случаев хватает, чтобы адекватно оценить ситуацию. На данный момент дошёл её практически до автоматизма и при любом событии мне достаточно только подумать об этом приёме, как он как заложенный алгоритм буквально за секунду выдаёт результат».

Разумеется, не у всех доверителей данный прием работает столь же хорошо. Именно поэтому мы стараемся попробовать разные техники, чтобы затем остановиться с конкретным доверителем на конкретной, наиболее для него эффективной.

Метод экспозиции и метод «наводнения»

Про первый метод часто упоминают при помощи в случае различных фобий, например, арахнофобии (боязнь пауков). Нам лично не встречались такие доверители, зато сколько угодно было – с клаустрофобией (боязнью закрытых пространств – метро, лифт и т.д.), страхом выйти на улицу, страхом заболеть венерической болезнью, канцерофобией и другими фобиями.

В примере с пауками – все просто: терапевт постепенно приучает человека к виду, а затем присутствию пугающего его субъекта – в ход идут сначала рисунки, потом фотографии, потом реалистичные силиконовые модели, потом живые пауки внутри стеклянной банки, и, наконец, когда отрицательные эмоции при контакте постепенно десенсибилизированы – пауки гуляют по руке доверителя, и вот он, хэпши энд.

С другими фобиями метод экспозиции применим не всегда, хотя и такие примеры есть. Скажем, человек боится спускаться в метро, физически ощущая над собой земную толщу. В данном конкретном случае метод экспозиции был применен почти без изменений. Мы с ним смотрели инженерные схемы, изучали принципы устройства шахт, эскалаторов, вентиляции, поездов. Выясняли методы выхода из тоннеля и/или вестибюля станции при ее обесточивании. Затем подходили к станциям метро, начиная с наземной, «Измайловской». И постепенно перешли к поездкам в метро, сначала в сопровождении психолога, потом в одиночку.

Метод наводнения схож с методом экспозиции, но лишен постепенности. Это как учить плавать, бросая в воду. Мы считаем это неоправданным риском, и не используем.

Метод выявления патологических когниций и их преобразования

Собственно, мы с этого начали разговор про вторую группу методов, это и есть идеологическая база КПТ. Мы не всегда можем изменить события. Но почти всегда – отношение к ним. Если наши мысли заведомо предусматривают, например, излишнюю драматизацию ситуации, то можно сильно облегчить жизнь доверителя, помогая ему обнаружить эти ошибочные конструкции, а затем и изменить их на более адаптивные.

Распространенный пример – повышенная тревожность (крайне неприятная в эмоциональном плане), связанная с неверными оценками рисков и с неприятием неопределенности. То есть, доверитель не может радоваться жизни, пока есть вероятность, что в будущем возможны какие-то серьезные неприятности. Это, несомненно, патологическая когниция, потому что в будущем ВСЕГДА возможны неприятности, в том числе, серьезные. Разумеется, если риски просчитываемы и высоки, следует действовать для их снижения. Но если невысоки и/или непредсказуемы, то единственно правильный подход – принять их, как неотъемлемую часть земного существования и постараться исключить их из активной части сознания.

Работа с доверителем здесь строится на обучении его навыкам отыскивания подобных патологических когниций в собственных мысленных шаблонах. В приведенном примере – в конкретной оценке рисков, и последующем принятии некоей «меры риска», которую он может просто не принимать во внимание, считая ее условно безопасным уровнем.

В конечном итоге, работа с доверителем сводится в значительной мере к увеличению осознанности доверителем не только ситуации, но и его представления о ней. Когда он привыкает к постоянному осознанию своего эмоционального состояния, включаются условно-рефлекторные механизмы, сильно облегчающие его дискомфорт при встрече с похожими ситуациями и похожими патологическими когнициями.

Резюмируя, скажем, что из литературных данных и собственной практики можно сделать однозначный вывод: во многих случаях разнообразные методики КПТ работают при тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах по меньшей мере не хуже, чем психофармакологические препараты.

Пример из практики: доверительница (см. Табл. 2, поз. 16, учетный №202: работающая женщина, 47, разведена, хорошие отношения со взрослым сыном, интересная работа и неплохое финансовое положение) испытывала серьезные проблемы с тревожностью, покидая квартиру. Такое состояние нарастало постепенно, начавшись с опасений ездить в транспорте, особенно, подземном. Затем появились трудности с посещением общественных мест, в том числе – магазинов: головокружение, боязнь упасть в обморок и т.д. Жизнь начала замыкаться в четырех стенах, а дорога на работу и с работы становилась все неприятнее. Появился страх полной инвалидизации.

Кроме работы с первой группой методов, мы активно занимались когнитивно-поведенческой терапией. Например, долго обсуждали с ней её систему оценки рисков. Скажем, почему она не боится смерти от метеорита, от молнии, от пожара в квартире из-за проводки, от разбойников и так далее, но так страдает от опасений не более вероятных проблем. То есть, выявляли патологичность присущих конкретно ей когниций в оценке рисков.

Применяли и технику экспозиций. Например, приход в магазин, где раньше был обморок, с подстраховкой (сидение в кресле: падать некуда, даже если потерять сознание). Вместе с другими названными в данной статье методиками и техниками в конечном итоге удалось вывести доверительницу из ее состояния. В показателях валидизированных тестов это означало по HADS снижение тревожности с 15 до 3 баллов, депрессии с 8 до 1 балла; по тесту Хесса-Хек – с 21 (норма до 23 баллов) до 12.

Правда, у нее так и осталось желание предпочитать наземный транспорт подземному, но использовала и тот, и другой. Посещение магазинов и людных мест проблем больше не вызывает.

К сожалению, такого радикального снижения тревожности удастся достичь далеко не всегда. К тому же остается вопрос о стойкости достигнутых результатов: на момент написания статьи прошло всего 4 месяца с окончания психокоррекции, пока без каких-либо ухудшений состояния. Мы надеемся, что серьезных ухудшений и не будет, так как доверительница обучена самостоятельному применению методов, оказавшихся для нее столь эффективными.

И, как следует из размещенной ниже табл. 2, улучшение наблюдаем практически всегда, и в основном – значительное.

Обобщая, можно подвести итог по работе данной группы методов:

- научили поиску патологических когниций;
- разбудили осознанность;
- подвели к другим возможным взглядам на те же ситуации;
- активизировали новые условные рефлекссы;
- добились новых, гораздо более адаптивных реакций на внешние и внутренние стимулы.

Третья группа подходов и методов связана с позитивной психологией.

Другими словами, мы с помощью самого доверителя ищем те зацепки и «якоря», которые могут повысить для него привлекательность его текущей и будущей жизни. А, найдя их, помогаем, – уже с опорой на них, – спроектировать траекторию движения эмоционального состояния доверителя к более адаптивному варианту.

Заодно еще раз хотим напомнить об условности деления методов на группы. Это сделано только для удобства изложения материала. На самом же деле любой прием, любая техника пригодна, если она способна принести пользу. Например, мы всегда изначально выясняем у доверителя с тревожным и/или депрессивным расстройством наличие/отсутствие тяжелых психотравмирующих воспоминаний, особенно, детских (отсылка к психоанализу и раннему онтогенезу), а если таковые имеются, то начинаем психокоррекцию с проработки этих душевных «нарывов» наиболее подходящим для данного конкретного случая методом (КПТ, психодрама, уменьшение остроты эмоций при воспоминаниях методом билатеральной активации мозга и т.д.).

Аналогично – про конкретное наполнение психокоррекционной программы для конкретного человека. Мы даем здесь лишь общее представление о программе и ее насыщенности. Однако в каждом конкретном случае она индивидуализируется под реального доверителя.

Но продолжим описание конкретных методик предлагаемой программы.

Для этого нам желательно несколько слов сказать про термин «*психологическое благополучие*» человека (Э. Динер, К.Рифф и другие [9]). Не углубляясь в теорию, отметим лишь, что это интересный и удобный для практической работы с доверителем подход. В отличие от весьма размытого термина «счастье», психологическое благополучие можно исследовать экспериментально, выявляя текущее состояние этого параметра у доверителя. Важно также, что психологическое благополучие связано с тревожностью и депрессией, причем, корреляция в большинстве случаев, по литературным и нашим данным, обратная и двухсторонняя. Соответственно, можно не только оценивать текущее состояние данными методиками (например, шестифакторная шкала К. Рифф), но и влиять на тревожность и депрессивную составляющую, влияя на составляющие психологического благополучия.

Есть также доказательства в пользу так называемого подхода к *субъективному психологическому благополучию* (Э. Динер) – «снизу вверх», который означает рост итогового суммарного параметра как сумму полученных «удовольствий». То есть, чем больше мелких радостей в жизни, тем более выражено среднее ощущение субъективного психологического благополучия. Есть, правда, и подход «сверху вниз», который подразумевает предопределенность процесса от личностной ориентированности человека на радость или печаль, но и при этом подход «снизу вверх» полностью никем не отвергается.

Именно на последнем строится следующая применяемая нами техника, которую мы условно назвали «100 доступных удовольствий».

На одном из занятий (точно не первом и не втором) мы предлагаем доверителю в качестве домашнего задания написать на листе 100 (!) дел, предметов или действий, которые доставляют ему удовольствие, и которые доступны в ближайшее время. «Величина» доставляемого удовольствия не важна, важно только его выраженное наличие.

Интересно, что зачастую это задание вызывает явное раздражение доверителя: мол, «мне и так плохо, я страдаю, а вы требуете от меня список удовольствий». Мягко и деликатно снимаем его возражения, но не отступаемся от своего требования.

Поскольку на первых занятиях доверитель уже успел убедиться в определенной эффективности наших действий, он, пусть даже нехотя, но соглашается с заданием. Сто примеров, обычно, никто не пишет, хотя и такие случаи бывали. Однако, некоторое количество удовольствий все-таки оказываются зафиксированными на бумаге.

И это очень важно.

Ведь только что перед нами был человек, с грустными мыслями и лицом («масочное» выражение лица типично при депрессии), а у него в запасе, при ближайшем рассмотрении, оказывается несколько десятков легко достижимых, пусть и мелких, радостей: съесть эскимо; пойти в кино на фэнтэзи; послушать классическую музыку (или рок-концерт); встретиться с другом; довышивать, наконец, наволочку; дожждаться назавтра хорошей погоды и пройтись по набережной (или, наоборот, погулять под дождем). Этот список бесконечен и безграничен.

Доверители и сами радостно удивляются этому открытию. Ведь оно – лучшее подтверждение того, что в их жизни не все безнадежно.

А дальше мы просим приступать к ежедневной реализации этих маленьких удовольствий, причем, по плану. И рассказывать нам о выполнении этих планов.

Другими словами, это снова реализация концепции маленьких шагов. Но нам не важно, что они – маленькие, главное – что они в верном направлении.

При желании развитии событий усиливаем их следующей техникой:

«Дневник мечтаний»

Теперь просим доверителя создать каталог своих «серьезных» пожеланий, уже не маленьких удовольствий, а настоящих мечтаний. И тоже частенько наталкиваемся на пассивное сопротивление: «я уже давно ни о чем не мечтаю; мне настолько плохо, что не до мечтаний». И снова настаиваем на своем (не перегибая, конечно, палку, и обязательно объясняя, зачем мы это делаем, с точки зрения научных подходов к психологическому благополучию).

«Дневник мечтаний» доверителя будет состоять из трех разделов:

- неисполнимые (фантастические) мечтания;
- теоретически исполнимые, но маловероятные для реализации;
- возможные для реализации.

В первую часть включаем, что только душе угодно. Хотите снова стать ребенком и победить в конкурсе «Дети. Голос»? Пожалуйста! Мечтаете переквалифицироваться из бухгалтера в нейрохирурга? Вообще не проблема! Это же мечта, у нее не должно быть ограничений.

Зачем мы это делаем?

По двум причинам. Первая – при тревожно-депрессивных расстройствах у человека серьезнейший дефицит положительных эмоций. Любая возможность хоть немного его восполнить – приветствуется. Вторая причина – доверители, как правило, из-за своего расстройства просто отвыкли мечтать! Они и сформулировать толком не могут, даже то, чего сильно хотят. А когда ты не способен вербализовать собственные потребности, ты обречен на вечное их фрустрирование.

Да, конечно, вербализация и визуализация мечты, ее продумывание, не приведет автоматически к ее исполнению. Но, по крайней мере, покажет направление возможного движения. Нельзя вернуться в детство и победить во Всероссийском конкурсе? Да, нельзя. Но можно найти хоровую студию в Доме культуры, пойти на концерт или скачать любимые музыкальные произведения.

Вторая часть «Дневника мечтаний» посвящена сложно достижимым, однако уже не совершенно фантастическим проектам. Они требуют времени и трудозатрат. Тем не менее, теоретически они вполне могут быть достигнуты.

Пример из практики: женщина работает маркетологом, а хочет работать в ювелирном секторе. Путь не близкий и не простой, включает учебу, финансовые потери в первое время, лишение наработанного годами статуса опытного специалиста и т.д. Но это уже не фантастика, и если этот путь способен принести долговременную радость, то по нему стоит пойти. Или, по крайней мере, помечтать об этом.

И, наконец, третья часть – конкретные, вполне достижимые планы. Например, денег вечно не хватает, но очень хочется съездить на море. Не получается с Мальдивами – можно рассмотреть Турцию. И здесь сложности – пусть будет Крым. Нет средств на недельный отдых – можно подумать об уикенде. Но именно там, где очень хочется. Это уже вполне реальные мечты, требующие сначала их осознания, потом – планирования действий, и в итоге – реализации. Они ближе всего к тем «100 удовольствиям», о которых мы говорили чуть выше.

Из нашего практического опыта следует, что эта техника весьма эффективна (разумеется, в сочетании со всеми другими) в совладании с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами. Причем, мы неоднократно наблюдали, как мечта проходила все три этапа развития. Нет, никто в детство не возвращался, увы. Но разве не чудо, когда человек в предпенсионном возрасте вдруг осознает, что всю предшествующую жизнь закапывал в землю свой талант, например, интерьерного дизайнера? И, наконец-то, понимает, что и в самом деле бывает работа, которая – как праздник.

Из первого раздела его пока еще фантастическая мечта переходит во второй, там становится перспективным планом, и логично попадает в третий раздел, становясь уже план-графиком, с датами и рубежными целями.

Личностный рост – неотъемлемая часть психологического благополучия по модели К. Рифф [9]. Вот и будем помогать доверителю осознать его необходимость, понять, какой именно личностный рост ему максимально приятен. И действовать в направлении его реализации.

Можно остановиться на более простых моделях субъективного психологического благополучия, но с теми, кто в состоянии (и с желанием) углубиться в эти подходы, мы идем дальше.

Жизненные цели, выстраивание позитивных коммуникаций, самопринятие – наряду с уже упомянутым личностным ростом (4 из 6 факторов в эвдемонистической модели психологического благополучия К. Рифф) – это ориентиры на пути совершенствования себя, в том числе – и в плане купирования тревожных и депрессивных расстройств.

Из самых частых, усиливающих ощущение психологического благополучия, занятий:

- оказание помощи другим (например, участие в каком-либо волонтерском движении; помощь другим – это всегда и помощь себе);
- занятие каким-либо творчеством;
- путешествия и смена впечатлений;
- заведение новых знакомств, восстановление и поддержание старых (позитивные коммуникации).

Казалось бы, стандартный набор. Но очень часто доверителю требуется внешняя «подсказка», чтобы человек увидел очевидное. Особенно, если ему мешает «видеть» эмоциональный дискомфорт, всегда сопровождающий тревожные и тревожно-депрессивные нарушения.

Закончить краткий перечень техник и методик, применяемых в программе психокоррекции тревожных и тревожно-депрессивных расстройств, хотелось бы рассказом о «**выпускном эссе**» доверителя.

Вообще мы просим вести личные дневниковые записи о ходе коррекции с самого ее начала. Туда следует заносить мысли, чувства и ощущения, которые испытывает доверитель, в том числе – в процессе работы и общения с психологом. Это позволяет, во-первых, отслеживать динамику процесса, при необходимости внося в него своевременные коррективы. И, во-вторых, после окончания программы в распоряжении доверителя остается подробная запись того, как он пошагово улучшал свое психологическое состояние.

Последнее принципиально важно для самостоятельной работы доверителя в будущем, потому что тревожные и депрессивные расстройства часто демонстрируют рекуррентное течение, возможны откаты и рецидивы. В подобных случаях наличие подробного «выпускного эссе» облегчает доверителю самостоятельный выход в ремиссию, напоминая про техники, уже продемонстрировавшие свою эффективность, придает ему дополнительную уверенность в благополучном разрешении нового эпизода.

Мы уже приводили выше довольно большие цитаты из выпускного эссе студента-магистранта, рассказывающего о его восприятии нашей Программы и полученных результатах.

Приведем еще три типичных примера, с неправомерными выдержками из выпускных эссе доверительниц разных возрастов.

Пример 1. Доверительница, 60, высшее, взрослые дети, работающий пенсионер, жалобы на депрессию, апатию, тревожность (см. Табл.1, поз.6). Нарушение контактов с близкими людьми, в том числе, детьми. Заметное ухудшение работоспособности. Страх покинуть квартиру.

Соматически: потеря массы тела (15 кг), почти полный отказ от еды, якобы из-за аллергии, в рационе осталась в основном гречка. Запахи другой еды (и даже ранее очень любимого кофе) вызывают рвотные позывы и головную боль. Медобследование не выявило никаких органических причин подобных нарушений.

Ссылка на первоисточник ниже (последнее обращение – 29.01.22): <https://zen.yandex.ru/media/iosifgolman/testy-toje-mogut-oshibatsia-esce-odna-istoriia-vyhoda-iz-trevojnodedpressivnogo-rasstroistva-v-vypusknom-esce-61c1cc57a332a932ae5715f0>.

Интересно, что тесты (HADS, Хек-Хесс) не показали заметно повышенных значений: по первому 9 и 7 баллов (тревога и депрессия соответственно), то есть, в пределах максимум субклиники; по второму тесту 28 баллов при норме до 23, а максимуме в 40. Но клиническое интервью подтверждало (в том числе, невербальными признаками) высокую степень тревоги и депрессии.

Далее – цитаты из ее «выпускного эссе».

«... Всё началось очень давно, ещё с детства – повышенная тревожность, депрессивные настроения, поиск смысла жизни, головные боли, мигрени, страхи, панические атаки. ... Кульминацией всему послужили ответ психотерапевта (*это было до нас – прим. И.Г.*) на вопрос – «Что мне делать?» – «А Вы ничего и не можете сделать САМИ!», назначив мне курс сильных лекарств на длительный срок...

... Страхи увеличивались. Дошло до того, что меня постоянно шатало, мне казалось, что я вот-вот упаду. Стало трудно умыться, купаться, что-либо делать по дому, засыпать, просыпаться, не говоря уже о выходе из дома.

УЖАС! ЖИЗНЬ ОСТАНОВИЛАСЬ! (*Так в ее тексте, прописными буквами – прим. И.Г.*)

... 6 сентября 2021 года, состоялось наше первое, очень тёплое, доверительное общение (*с психологом – прим. И.Г.*).

... Появилась надежда на возможность безмедикаментозного выхода из сложившейся ситуации. Затем мы продолжали наше общение 1 раз в неделю, хотя мне бы хотелось ещё чаще. Я очень аккуратно, постепенно и последовательно старалась выполнять все рекомендации...

Всё было очень интересно, профессионально грамотно, конкретно, без лишних затрат по времени и средств. Уже к 8 встрече результаты были налицо, и (*психолог – прим. И.Г.*) хотел меня отпустить на самостоятельную работу над собой. Но я не была готова внутренне. Я не верила в такой быстрый успех. Так мы продолжили до 10 встреч.

... Каждый раз я узнавала что-то новое и полезное для себя. Страхи стали куда-то уходить, голова стала ясной, качество сна стало лучше, постепенно появился аппетит, легче стало общаться с людьми, стала более уравновешенной, стала лучше понимать сигналы своего организма, появились новые интересы...

... Очень-очень надеюсь, что это будет происходить и дальше, и я смогу осуществить свои мечты и намеченные планы!».

Эссе датировано 25.11.21, с тех пор мы общались несколько раз, ремиссия продолжается и становится более глубокой, масса тела нормализована, пищевая аллергия на вкус и запахи снята. Насчет длительности занятий: программа рассчитана на 10 встреч, но часто эффект проявляется быстрее, и доверители переходят на самостоятельную работу раньше, как, например, в следующем случае.

Пример 2. Доверительница, 41, контактна, но в беседе напряжена, неулыбчива. Муж, ребенок, теплая семья, хорошая работа, финансовое благополучие достаточное. Жалобы на постоянные неприятные ощущения по всему телу, бесконечные медицинские проверки (органических расстройств не обнаружено), канцерофобию, на усталость от постоянного напряжения и страха.

Результаты по HADS: 12/2 (заметное превышение по тревожности, характерное для клинически выраженного расстройства); по Хекс-Хек: 18 (в пределах нормы).

Ссылка на первоисточник ниже (последнее обращение – 29.01.22): <https://zen.yandex.ru/media/iosifgolman/esce-odno-vypusknoe-esse-doveritelija-s-trevojnym-rasstroistvom-s-kommentariiami-psiologa-618ff6f91a61e17be77d822c>.

Далее, снова цитаты из ее выпускного эссе, написанного уже после пятого занятия:

«Страхи, тревожность, невротика – эти темы обсуждаются всеми и всюду. Обсуждаются, но не решаются.

Я страдала от страха заболеть раком, и внутри была физически скована, как будто вдохнула, а сделать глубокий выдох не могу. Это отнимало много физических сил, прямо, выматывало, а самое главное, терялся вкус жизни – прекрасной и полноценной.

Были неудачные попытки обращения к психологам. Одни отправляли меня, сказав, что у вас всё хорошо, другие, просто, вымогали деньги. Результата не было. Пока однажды я не наткнулась в Дзене на короткие видео о тревожности ... *(наш просветительский канал в Яндекс Дзене – прим. И.Г.)*.

... Сразу же узнала свои проблемы в них, но главное мне понравились простота решения проблем.

Сразу решила действовать, так как частичное решение проблемы – это действие!

(Прим. И.Г.: насчет "простоты решения" она погорячилась. Убрать тревожное расстройство и невроз не так-то просто.

Зато вторая фраза – в точку! Только действие! И начинать лучше немедленно).

... Первая сессия была онлайн, делали диагностику моего состояния. Понравилось, что *(психолог – прим. И.Г.)*, что называется, не лез в душу. Все вопросы и пояснения были строго по делу. На первых сессиях выявили причину, оказалась – нехватка серотонина. Простота диагноза меня успокоила. Психолог сразу озвучил примерно сколько понадобится сессий для решения проблемы. Мне это очень понравилось, так как я могла рассчитать бюджет и видеть, что результат будет не за горами.

(Прим. И.Г: здесь, конечно, речь не про диагноз, – психологи его вообще не ставят, – и, тем более, – не про его «простоту». А про основную на сегодня гипотезу связи тревожного расстройства с нарушением нейромедиаторного баланса в центральной нервной системе. Прежде всего – серотонина и гамма-аминомасляной кислоты. ГАМК – главный тормозный нейромедиатор ЦНС. Серотонин также, как правило, "подтормаживает" информационные сигналы (рецепторы 5HT-1), обеспечивая нашу устойчивость не только к тревожащим внешним и внутренним «информационным» стимулам, но даже к боли. Последнее, как мы указывали выше, в какой-то степени объясняет канцерофобию: некорректная работа серотонинэргической системы не "глушит" слабые, не критичные для здоровья болевые ощущения, которые, вообще-то, должна "глушить". В итоге у и без того мнительного человека все время где-то что-то побаливает, лишая его душевного покоя.

Далее не компенсированные стрессы ведут к невротическим расстройствам.

Необходимо также прокомментировать слова про количество сессий "для решения проблемы". Конечно, назвать точную цифру не сможет ни один адекватный специалист. Однако, по нашему опыту, мы с доверителем успеваем набрать необходимый инструментарий для борьбы с ТДР за 6-10 консультаций. Думаю, именно это и имела в виду доверительница. Однако, вернемся к ее тексту).

... Первые три сессии видимых результатов не принесли... После четвертой сессии был переломный момент – Я – «ВЫДОХНУЛА». А после пятой решила закончить, так как почувствовала себя достаточно хорошо. Пошла в свободное плавание, зная, что рядом ... готовы в любую минуту прийти на помощь!!!».

В данном примере доверительницей пройден не весь курс, который у нас обычно рассчитан на 10 занятий. Но человек сам чувствует, когда можно отправляться в самостоятельный полет.

Мы тоже заметили после четвертого занятия резкое улучшение ее психологического статуса, подтвержденное на пятом, последнем занятии, нашими стандартными двумя тестами: HADS и Хесс-Хек. Теперь их значения были соответственно 4/1 и 11, полностью укладывавсь в пределах нормы.

Пример №3. Женщина, 35, высшее, замужем, ребенок, хорошая семья и работа. Жалобы на выраженное тревожное расстройство, плохой сон (повторяющиеся кошмары, страх засыпания, пробуждение с криками), необоснованные страхи по поводу здоровья ребенка, ухудшение собственного соматического здоровья.

Показатели по HADS: 15/2; Хесс-Хек: 24.

Из беседы ясно, что высокий уровень тревожности у доверительницы был всегда, с раннего детства. В последнее время это стало трудно выносимым.

Ребенок идет на медосмотр – страшно. Любое неприятное сообщение – неадекватно усиленная реакция. Да уже и не только на сообщение, а просто на звонок: ведь он может предвещать нечто ужасное. Стало трудно работать: сложно сосредоточиться при ощущении сильной тревоги и страха.

Далее цитируем по ее тексту (<https://zen.yandex.ru/media/iosifgolman/trevojnoe-rasstroistvo-poddaetsia-korrekcii-ocherednoi-primer-iz-praktiki-616d442d3cdb813a1c90eb0f> – последнее обращение 09.02.22):

«Никогда не задумывалась о том, чтобы обратиться к психологу, особенно клиническому. И дело не в том, что считаю себя полностью психически здоровой, отнюдь, просто думала, что такая помощь малоэффективна. Вот лекарственные средства – да, результат быстрый и на лицо.

Абсолютно случайно наткнулась на (наш канал на Яндекс Дзен – прим. И.Г.). И что-то зацепило. Наверное, простота изложения сложных вещей, оптимизм и философия жизни. Я очень долго колебалась: не дешево, время затратно, вообще странно. Меня подтолкнула к визиту обычная бытовая ситуация, которая немного (много) напрягала и беспокоила: мне на протяжении долгого времени, довольно регулярно снился один и тот же сон. Я умираю. Что-то не выполнила (какое-то условие, чтобы выжить), и все, конец. Как «приятный» бонус – дикий ор среди ночи, пугающий семью не меньше, чем меня. Выхода два: идем к психотерапевту, выписываем лекарства; пытаемся работать с клиническим психологом, пользуясь методиками.

На первом приеме у (психолога – прим. И.Г.) мне было немного не по себе: лекарств не будет, будет работа, самостоятельная, кропотливая и постоянная. Я прошла тест на тревожность и депрессию. Оказалось, что тревожность близка к клинической картине (не близка, а вполне клинически выраженное тревожное расстройство – прим. И.Г.). Печально.

Вторая встреча прошла более легко, казалось, мы знакомы много лет. Но самое главное – я узнала очень много полезного, научно обоснованного и работающего. Все излечимо, все проходит, мы сами творцы своего здоровья, психического в том числе.

Наверное, к изменениям показателей своей тревожности я отнеслась, как к чуду. И, что интересно, никаких особых усилий не приложив. Это как будто вам в голову заложили что-то новое, подмели там, и все снова заблестело. У нас с мамой, например, очень теплые отношения, на встречах с (психологом – прим. И.Г.) я не раз слышала то, что, возможно, мне говорила мама. Но почему-то именно от него это звучало правильно, я поверила этому.

Я очень много хорошего услышала о себе на приемах, этого не хватает в течение жизни, ну мне так точно. Так что я вооружена, спокойна...и да! Кошмары не снились с тех самых пор. Это ли не чудо?!»

Конечно, это не чудо. Доверительница терпеливо и упорно разбиралась в различных аспектах своего расстройства, постепенно теряя ощущение его «незыблемости и неизбежности». Она честно выполняла все инструкции и отрабатывала предложенные ей техники и методики Программы. Так что работы была проведена большая. Но результат точно того стоит.

Контрольные цифры HADS: 7/1 (уложились в норму, хотя по тревожности начинали с 15 баллов); Хесс-Хек: 11. Тоже полноценная норма.

Отметим, что для каждого конкретного доверителя Программа в итоге оказывается глубоко индивидуализированной. Однако ниже приводим применяемый сегодня общий вариант предлагаемой Программы безмедикаментозного снижения тревожности, из которого каждый интересующийся может выбрать то, что именно ему нужно.

Психокоррекционная программа, направленная на снижение уровня тревожности доверителей

Цель программы: повышение адаптивных возможностей, снижение эмоционального дискомфорта и профилактика психосоматических нарушений у людей, страдающих тревожными, тревожно-депрессивными и невротическими расстройствами.

Научно-методические основы программы: подходы когнитивно-поведенческой терапии; телесно-ориентированной психотерапии; гуманистической и позитивной психологии; нейрофизиологии тревожности и депрессивных состояний.

Задачи программы:

- выявление людей с наличием тревожных и/или депрессивных расстройств;
- их психологическое просвещение относительно психических и физиологических процессов, связанных с тревожностью и/или депрессией;
- снижение проявлений тревожно-депрессивных расстройств путем безмедикаментозной психокоррекции;
- снижение проявлений дезадаптивных форм поведения, вызванных повышенной тревожностью и/или депрессией, и формирование новых паттернов поведения;
- формирование саморегуляторных компонентов психической деятельности у доверителей.

Продолжительность реализации программы: программа состоит из 10 занятий. Продолжительность одного занятия – 60-90 минут, раз в неделю, занятия проводятся индивидуально или в малых группах (таблица 1).

Возрастной состав групп коррекции: подростки от 12 лет и взрослые.

Ожидаемые результаты программы:

- снижение проявлений тревожных и тревожно-депрессивных расстройств
- снижение частоты и интенсивности проявления дискомфортных эмоциональных состояний и дезадаптивных форм поведения, вызванных повышенной тревожностью и/или депрессией
- формирование новых, адаптивных, паттернов поведения и саморегуляторных компонентов психической деятельности.

Способ проверки результативности программы:

контрольный тест на тревожность, депрессию и невротическую готовность в конце психокоррекционных занятий

Таблица 1 – Психокоррекционная программа, направленная на снижение уровня тревожности доверителей

№	ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	ЦЕЛИ И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ	ОБОРУДОВАНИЕ И МЕТОДИКИ
1	Первое занятие. Ознакомительное.	Знакомство с доверителем и налаживание доверительных отношений. Выяснение его психологических и соматических проблем, отношений с близкими, имеющейся предыстории отношений с психологами и/или психиатрами; его жалоб и запросов. Наблюдение и клиническое интервьюирование доверителя. Информирование о методах предстоящей работы и ожидаемых результатах на основе имеющегося опыта.	Оборудование и методики: кабинет психолога; техники первичного этапа психологического консультирования и психокоррекции; психологическое просвещение. Время работы 90 минут

№	ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	ЦЕЛИ И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ	ОБОРУДОВАНИЕ И МЕТОДИКИ
2	<p>Второе занятие: Закрепление знакомства; психологическое просвещение, психодиагностика.</p>	<p>Развитие атмосферы доверия между психологом и доверителем (наработка сплоченности при групповом занятии). Просветительская информация о механизмах и тревожных и тревожно-депрессивных расстройств и связанных с ними проблемах. Психодиагностика тревожности, депрессии, невротической готовности. Объяснение доверителю результатов тестов и наблюдения.</p>	<p>Оборудование и методики: кабинет психолога. Бланки тестов HADS (тревожность, депрессия) и Хесса-Хек (невротическая готовность). Время работы 60 минут.</p>
3	<p>Третье занятие. Психологическое и психофизиологическое просвещение. Ознакомление с особенностями питания при тревожно-депрессивных расстройствах. Введение в техники рефлексии и самооценки состояния.</p>	<p>Продолжение просветительно-профилактической работы. Обучение технике оценки собственного эмоционального состояния («Дневник состояний», когнитивно-поведенческий подход). Конкретные рекомендации по питанию и водному режиму при серотонинэргических нарушениях.</p>	<p>Оборудование: кабинет психолога. Методики: «Ведение дневника состояния»; «Измерение» (самооценка) уровня испытываемых доверителем отрицательных эмоций; «Работа с психобиотой кишечника» (клетчатка, вода). «Диета при дефиците серотонина» (еда, богатая триптофаном, если нет противопоказаний из-за приема СИОЗС и ингибиторов MAO). «Минимальная физическая активность при тревожных нарушениях: 3000-5000-7000 шагов» Время работы 60 минут.</p>
4	<p>Четвертое занятие. Ознакомление с особенностями сна при тревожно-депрессивных расстройствах. Формирование навыков самоконтроля и самоанализа в условиях выраженного ощущения депрессии и/или тревожности путем снятия нервно-мышечного напряжения.</p>	<p>Выяснение итогов прошедшей недели с учетом «Дневника состояния» и сделанных доверителем самооценок. Просвещение: связь тела и психики; успокоение психики через расслабление физического тела (телесно-ориентированная психотерапия). Отработка техники Й. Шульца. Профилактика бессонницы: световой и тепловой режимы, аэрация, тяжелое одеяло и т.д. Демонстрация примеров успешной безмедикаментозной коррекции тревожности.</p>	<p>Оборудование: кабинет психолога, напольные коврики, аудиосистема. Методики: Из занятия №3; «Техника Шульца»: позы «лежа» и «кучер»; «Методы безмедикаментозной профилактики бессонницы у людей с тревожным и тревожно-депрессивным расстройством» Время работы 60 минут.</p>
5	<p>Пятое занятие. Продолжение усилий по психологическому просвещению доверителя. Продолжение формирования навыков самоконтроля и</p>	<p>Выяснение и разбор итогов прошедшей недели с учетом самооценочного «Дневника состояния». Рассматриваются и практически изучаются дыхательные техники, направленные как на активацию</p>	<p>Оборудование: кабинет психолога, напольные коврики, аудиосистема. Методики: Из занятий №№ 3 и 4; «Техника Дж. Брюйера» (пальцы и дыхание).</p>

№	ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	ЦЕЛИ И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ	ОБОРУДОВАНИЕ И МЕТОДИКИ
	самоанализа в условиях выраженного ощущения депрессии и/или тревожности использованием дыхательных техник.	психических процессов, так и на их ослабление. Техники отвлечения. Повторяются техники, изученные ранее. Проверка полученных навыков путем «перемены мест» доверителя и психолога.	«Расслабляющие и активирующие дыхательные техники с разной длительностью вдоха/выдоха и задержкой дыхания». «Техника «Светофор»» Техника «5-4-3-2-1» Время работы 60 минут.
6	Шестое занятие. Продолжение усилий по психологическому просвещению доверителя. Продолжение формирования навыков самоконтроля и самоанализа в условиях выраженного ощущения депрессии и/или тревожности использованием техник когнитивно-поведенческой терапии	Выяснение и разбор итогов прошедшей недели с учетом самооценочного «Дневника состояния». Исследование ситуативных инцидентов с высоким уровнем тревожности/депрессии. Психологическое просвещение в части использования методов КПТ в совладании с тревожностью. Рассматриваются и практически изучаются техники «ритуализации утра»: депривация сна, «Пять тибетских жемчужин». Повторяются техники, изученные ранее.	Оборудование: кабинет психолога, напольные коврики, аудиосистема. Методики: из занятий №№ 3, 4 и 5; «Техника частичной депривации сна» (быстрый подъем за несколько минут до реального времени). «Пять тибетских жемчужин»; «Патологические когниции, их выявление и купирование/замена» Время работы 60 минут.
7	Седьмое занятие. Продолжение усилий по психологическому просвещению доверителя. Продолжение формирования навыков самоконтроля и самоанализа в условиях выраженного ощущения депрессии и/или тревожности использованием техник телесно-ориентированной терапии.	Выяснение и разбор итогов прошедшей недели с учетом самооценочного «Дневника состояния». Исследование ситуативных инцидентов с высоким уровнем тревожности/депрессии. Обучение доверителя техникам медитативного расслабления. Практическое занятие по снятию мышечных зажимов от головы до таза по методикам телесно-ориентированной терапии В. Райха.	Оборудование: кабинет психолога, напольные коврики, аудиосистема. Методики: из занятий №№ 3, 4, 5 и 6; «Техника снятия мышечных зажимов их телесно-ориентированной терапии Райха». «Медитативные техники для отдыха и совладания с бессонницей» Время работы 60 минут.
8	Восьмое занятие. Формирование навыков самоконтроля и самоанализа путем использования подходов когнитивно-поведенческой терапии и ознакомление с подходами позитивной психологии.	Выяснение и разбор итогов прошедшей недели с учетом самооценочного «Дневника состояния». Исследование ситуативных инцидентов с высоким уровнем тревожности/депрессии. Продолжение ознакомления доверителя с техниками КПТ: оценка возможного ущерба здесь и сейчас «сверху вниз». Метод экспозиции. Введение в позитивную психологию. Задание на дом: выписать на бумаге 100 удовольствий доверителя (независимо от их масштаба).	Оборудование: кабинет психолога, напольные коврики, аудиосистема. Методики: из занятий №№ 3, 4, 5, 6 и 7; «Методика когнитивной оценки опасности текущего состояния»; «Методика оценки и сравнения рисков»; «Методика принятия неопределенности, как неотъемлемой части человеческого существования» «Понятия психологического благополучия в гедонистической и эвдемонистической моделях»;

№	ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	ЦЕЛИ И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ	ОБОРУДОВАНИЕ И МЕТОДИКИ
			«Методика описания 100 удовольствий». Время работы 60 минут.
9	Девятое занятие. Использование подходов позитивной психологии для целенаправленного улучшения субъективного психологического благополучия.	Выяснение и разбор итогов прошедшей недели с учетом самооценочного «Дневника состояния». Исследование ситуативных инцидентов с высоким уровнем тревожности/депрессии. Разбор факторов психологического благополучия применительно к личности доверителя. Размышления на тему повышения самоактуализации, личностного роста, позитивного коммуницирования с социумом.	Оборудование: кабинет психолога. Методики: из занятий №№ 3, 4, 5, 6, 7 и 8; Тест Э. Динера (субъективного психологического благополучия) и/или шестифакторный тест К. Рифф (в зависимости от личности доверителя). «Дневник мечтаний» из трех разделов, заполняется на занятии (начало), завершается дома. Время работы 60 минут.
10	Десятое занятие. Завершение темы «позитивная психология». Контрольное тестирование на тревожность, депрессию и невротическую готовность. Сравнение результатов. Подведение итогов. Выдача рекомендаций и задания на «Выпускное эссе».	Выяснение и разбор итогов прошедшей недели с учетом самооценочного «Дневника состояния». Исследование ситуативных инцидентов с высоким уровнем тревожности/депрессии. Разбор факторов психологического благополучия применительно к личности доверителя и содержанию его «Дневника мечтаний». Подведение итогов программы, в том числе, на основе сравнения результатов начального и выпускного тестирования. Выдача рекомендаций на будущее. Выдача задания на «Выпускное эссе» и объяснение, зачем оно нужно доверителю. Завершение работы.	Оборудование: кабинет психолога. Методики: из занятий №№ 3, 4, 5, 6, 7, 8 и 9; «Дневник мечтаний»; «Выпускное эссе» (методика может выдаваться и раньше, а на заключительном занятии эссе разбирают с психологом); Тесты HADS (тревожность, депрессия) и Хесса-Хек (невротическая готовность). Время работы 60 минут.

Ниже приводим таблицу 2 с некоторыми результатами применения нашей программы снижения тревожности. В реальности доверителей с тревожным и тревожно-депрессивным расстройством было гораздо больше (около 100 человек), но мы лишь в последнее время пришли к единому виду входного и выходного тестирования доверителей, и поставили в таблицу только тех, кто прошел входное и выходное тестирование по методикам HADS и Хесс-Хек. Если же говорить об обобщающих результатах, то они – для прошедших полный курс консультаций и ответственно выполняющих рекомендации – таковы:

- тревожность почти всегда снижается до нормы или до показателей субклинического расстройства;
- с показателями депрессии (и ее психическими и физиологическими проявлениями) дела обстоят не так хорошо, хотя динамика тоже, как правило, позитивная;
- как видно из таблицы, эффективность не зависит от пола и возраста доверителей, по крайней мере, в тех границах, которые мы апробировали – от 12,5 до 66 лет.

Таблица 2 – Результаты работы по программе снижения тревожности

№	Пол	Возраст	Начало работы (первый замер)	Данные HADS: тревога/ депрессия	Данные Хесс/Хек	Завершение работы (второй замер)	Данные HADS: тревога/ депрессия	Данные Хесс/Хек	№ учета
1	ж	61	31.12.21	9/8	20	27.02.22	6/1	11	225
2	м	39	27.12.21	13/11	28	22.02.22	8/6	17	222
3	ж	37	28.12.21	12/7	27	21.02.22	8/3	16	223
4	ж	12,5	24.10.21	14/6	35	26.12.21	5/3	15	204
5	м	41	31.01.22	15/5	25	28.02.22	3/1	10	230
6	ж	60	06.09.21	9/7	28	04.10.21	4/2	12	182
7	ж	35	28.08.21	15/2	24	03.10.21	7/1	11	178
8	ж	39	25.08.21	10/11	29	05.10.21	2/3	11	176
9	м	52	20.08.21	15/5	16	13.10.21	7/3	18	173
10	ж	41	19.08.21	12/2	18	12.09.21	4/1	11	172
11	ж	23	14.07.21	15/10	31	06.08.21	2/3	13	164
12	ж	37	5.04.21	18/8	23	05.06.21	7/3	13	149
13	ж	20	7.04.21	14/18	30	1.05.21	7/9	24	148
14	ж	42	20.02.21	13/1	18	2.04.21	8/1	16	137
15	м	66	05.12.21	17/11	24	30.01.22	7/10	19	213А
16	ж	47	10.10.21	15/8	21	07.11.21	3/1	12	202

Примечания к Таблице 2:

1. Состояние отягощено алкоголизмом (состояние ею пока контролируемое, без пропуска работы, но 4-5 раз в неделю – бутылка или больше шампанского, «для успокоения нервов») и хроническим заболеванием взрослой дочери. С началом психокоррекции приняла самостоятельное решение прекратить прием алкоголя. На момент написания статьи – в ремиссии. При относительно невысоких значениях по HADS изначально производила впечатления человека, находящегося в тяжелой депрессии.

2. Состояние отягощено обсессивно-компульсивным расстройством (развивалось в течение 5 лет; медикаментозное лечение от психиатра: ципралекс; вынужден сменить высокооплачиваемую работу на низкоквалифицированную). Обращение к психологу по совету психиатра после длительного мало результативного медикаментозного лечения. Дистантная работа весь курс.

3. Врач-терапевт, что сильно облегчило психологическое просвещение. Вообще, с врачами и фармацевтами работать легче.

4. Очень осознанный ребенок, когнитивное развитие весьма высокое. Дополнительно налаживали отношения с родителями, поскольку те, до общения с психологом, не понимали психологических особенностей девочки из-за чего без необходимости причиняли ей дискомфорт. Высокая роль психологического просвещения и доверителя, и близких. Занимались больше 10 сессий.

5. Проблемы со сном, высокая степень психосоматизации. При отсутствии медицинских оснований – постоянные, крайне неприятные для доверителя, ощущения в мышцах лица и тела. При улучшении психологического состояния эти симптомы ослабевают либо исчезают.

6. Ее выпускное эссе приведено в тексте статьи, см. Пример 1.

7. Выпускное эссе см. Пример 3.

8. Фармацевт. Ей хватило семи занятий. Сэкономили некоторое время на психологическом просвещении.

9. Кроме лично ориентированной тревожности были и ситуативные основания. Включались элементы помощи из кризисной психологии.

10. Ее выпускное эссе приведено в тексте статьи, см. Пример 2.

11. Обратилась к нам по рекомендации еще одной доверительницы (см. поз. 13, учет. номер 148). Тяжелое тревожно-депрессивное расстройство с психосоматическими проявлениями: дрожь рук и тела, ощущение нехватки воздуха. Невозможность работать в коллективе. Самоизоляция. Неадекватные проблемы с самооценкой (квалификация высокая). Нарушения сна. Медикаментозного лечения не принимала, психиатрии боится. После психокоррекции состояние резко улучшилось: с работой, с общением, с проявлениями психосоматики. Дистантная работа.

12. Дистантная работа. Случай с сочетанием институционального тревожного расстройства и тяжелой жизненной ситуации. Удалось эффективно помочь, но после завершения курса понадобились еще три сессии.

13. Студентка вуза. На фоне тревожно-депрессивного расстройства необоснованный отказ от учебы (страх общения, экзаменов). В итоге удалось улучшить состояние, но был рецидив. Дистантная работа. Рекомендовала нас доверительнице, см. поз. 11, учет. номер 164, с которой также удалось добиться заметного улучшения.

14. Выраженное тревожное расстройство. Дистантная работа (неудобство с временным лагом: другой континент).

15. Состояние отягощено лекарственным паркинсонизмом от приема нейролептика. Возможно, из-за этого не удалось заметно понизить показатели по депрессии.

16. Боязнь закрытого пространства, нахождения в транспорте, особенно, подземном. Ее ситуация более подробно описана в тексте статьи.

Напомним, что в таблицу включены только доверители с тревожностью, тревожно-депрессивными расстройствами и невротическими проявлениями, выявленными с помощью методик HADS и Хесс-Хека. Но и в большинстве других случаев психокоррекции у доверителей (исследованных не с помощью указанных, а иных методик) также наблюдались значимые улучшения состояния.

Главный же результат проведенной работы – почти во всех случаях применения Программы удавалось добиваться заметного улучшения психологического состояния доверителей, выразившегося в значительном снижении показателя тревожности и в снижении показателя невротической готовности. Вопрос связи психологического и соматического состояния доверителей в данной работе напрямую не рассматривался, но из практического опыта выявляется тенденция, что при улучшении психологического состояния соматическое состояние также субъективно улучшается (возможно, из-за улучшения работы серотонинэргической системы, подгормональной нежелательные и пугающие физиологические, телесные ощущения).

Впрочем, считаем, что все данные – и по снижению тревожности, и предположения о связи тревожности с нежелательными телесными ощущениями, полученные в представленной работе, – следует считать лишь первичной информацией при апробации Программы, и уточнять будущими, более узконаправленными и состоятельными в количественном отношении, исследованиями.

Выводы

Тем не менее, по имеющимся начальным результатам уже можно сделать некоторые выводы:

1. Включенные в данную Программу мероприятия, при условии работы доверителя с квалифицированным специалистом, как правило, способны приводить к заметному снижению показателей тревожности и невротической готовности доверителей и, соответственно, к улучшению их психологического (а часто и физиологического) состояния.

2. Возраст доверителей может варьироваться в значительных пределах без уменьшения эффективности применения Программы. Необходим лишь достаточный когнитивный ресурс для применения методик когнитивно-поведенческой терапии и позитивной психологии.

3. В Программе задействованы только психологические «инструменты» и не предусмотрено использование каких-либо медикаментозных средств воздействия, хотя имелись доверители, проходящие параллельно психофармакологическое лечение у психиатра (см. п. 4 ниже).

4. Практика показала, что Программа эффективна и в случае параллельной психофармакологической поддержки, проводимой врачом-психиатром. Вообще, можно утверждать, что параллельное ведение доверителя тандемом «врач-психиатр + клинический психолог» – весьма эффективный метод в осложненных случаях расстройств.

5. Рассмотренная Программа может быть применена как индивидуально к конкретному доверителю, так и в группе доверителей.

6. При работе с группой доверителей с тревожным (тревожно-депрессивным) расстройством положительным моментом является увеличение количества доверителей, получающих психологическую помощь, и задействование методов, использующих дополнительные возможности групповой психотерапии. Отрицательный момент – уменьшение времени индивидуальной работы с доверителем.

7. При работе с большим количеством потенциально нуждающихся в помощи людей, может проводиться «нулевое» (предварительное) занятие Программы, на котором происходит мониторинг больших групп людей (например, студенты-первокурсники вуза, как мы это сделали в феврале 2022 г. в МосГУ (несколько сот юношей и девушек), или сотрудники какого-либо предприятия). Его содержание набрано из первого и второго занятий Программы: установка доверительных отношений, ознакомление с проблематикой тревожных и тревожно-депрессивных расстройств, психодиагностика по двум (указанным в занятии №2 Программы) методикам. По результатам первичного «сканирования» будут отбираться доверители с повышенными показателями тревожности и невротической готовности, с которыми уже будет производиться работа в соответствии расписанием и содержанием Программы.

8. Данная программа может быть использована и в качестве психологической самопомощи тем, у кого в данный момент нет возможности получить ее у квалифицированного специалиста. Этому способствует наличие нашего просветительского канала на Яндекс Дзене и общая доступность квалифицированной информации в сети.

9. Все вышесказанное, а также высокая распространенность тревожно-депрессивных и невротических расстройств, позволяет сделать вывод о целесообразности более активной ее апробации, и в случае положительных результатов – широкого использования данной Программы.

Библиография

1. Андреева И.В., Толпыго А.В., Андреев В.А., Гольман И.А., Осипова Н.Н., Привольнев В.В., Стецюк О.У., Соколовская В.В. Психобиотики: новое направление в психофармакологии или действительно ли микробы управляют нашим мозгом? // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия 2022; 24(1).

2. Дубынин В.А. Курс лекций. Химия мозга от нейромедиаторов до психodelиков [Электронный ресурс] // портал Пикабу.Ру. 2019. – URL: https://pikabu.ru/story/kurs_lectsiy_khimiya_mozga_ot_neyromediatorov_do_psihodelikov_chitae_t_dubyinin_vyacheslav_albertovich_4522189 (дата обращения 18.09.2020).

3. Гольман И.А. Два взгляда на один невроз // Человеческий капитал. 2019. №6. С.33-58.

4. Гольман И.А. Влияние тревожности на адаптацию первокурсников колледжа // Материалы II научного форума с международным участием «Экстремальная психология в экстремальном мире». – М., МГППУ, 29-30 октября 2021 г.

5. Малкова, Е. Е. Тревожность и развитие личности / Е.Е. Малкова. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. -268 с.

6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: Бахрах-М, 2001. – 672 с.

7. Розенова М.И., Киселев С.Н. Позитивная психология в России: проблемы терминологии и целей. // Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. 2013. №1. С. 87-96.

8. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ). – СПб.: Издательство Речь; 2000.

9. Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методик исследования) // Психологическая диагностика. – 2005. – №3. – С. 95-129.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL METHOD OF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY FOR ANXIETY, ANXIETY-DEPRESSIVE AND NEUROTIC DISORDERS

Golman Joseph

Moscow Humanitarian University

Abstract. Anxiety and/or anxiety-depressive disorders, as well as neuroses, are the most common cause of the deterioration of the psychological (and often somatic) state of citizens, up to their disability. The article considers the author's program of psychological assistance for these disorders (primarily by reducing anxiety), its rationale and some results of its application.

Key words: psychotherapy, anxiety, neurotic disorders, psychocorrectional work.