

**РАЗДЕЛ III. ЭФФЕКТИВНОЕ РАЗВИТИЕ И САМОРЕАЛИЗАЦИЯ
СУБЪЕКТА ТРУДА И ЖИЗНЕННОЙ СТРАТЕГИИ**

**SECTION III. EFFECTIVE DEVELOPMENT AND SELF-REALIZATION
OF THE SUBJECT OF LABOR AND LIFE STRATEGY**

УДК: 159.9.07

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА И РЕЗУЛЬТАТЫ
АПРОБАЦИИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ ИНТЕГРАТИВНОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ, ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ
И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

Гольман И.А.

Московский Гуманитарный Университет

Аннотация

Тревожно-депрессивные расстройства и неврозы – частая причина ухудшения психологического (и соматического) состояния, вплоть до инвалидизации. В статье рассмотрены результаты практической апробации авторской программы психологической помощи при данных расстройствах (34 клинических случая) и подробно описан конкретный случай тревожного расстройства.

Ключевые слова

Тревожность, депрессия, доверитель, невротические расстройства, безмедикаментозная психокоррекция, интегративная психотерапия.

... Я увидел ее еще из окна. Девушка опаздывала, шла быстро, и появилась в моем кабинете, покрасневшая от спешки. Высокая, темная, скорее даже красивая, чем просто миловидная. И вроде как вполне уверенная в себе.

По телефону я уже знал, что живет она в Москве одна, давно уехав из родного поселка, работает на ответственной должности и хочет оплатить сразу целый курс психокоррекции.

Последнее, как раз, я не приветствую, не люблю авансы.

Но информацию из этого извлек важную: молодая девушка на ответственной высокооплачиваемой должности – это уже демонстрация имеющегося психологического ресурса, включая когнитивный.

Мысленно, еще до начала разговора, ставлю плюсики.

Так и оказалось.

Абсолютно грамотная, уверенная речь. Ясное понимание необходимости в поддержке.

Ясный запрос на психологическую помощь.

А дальше – четкое описание симптомов, которые, к сожалению, быстро складываются в синдромы. Причем, не вписывающиеся в возможности психологической помощи. Скорее, требующие психиатрической.

Так тоже бывает. Потому тесно работаю с тремя психиатрами, которые полностью отвечают моей триаде требований:

- максимальная, постоянно реновируемая, компетентность;
- не изжитая тяжелейшей профессией эмпатийность;
- максимально возможная осторожность при использовании психофармакологических препаратов (психотропы – палка о двух концах, и оба острые).

Меня «мои» психиатры тоже частенько призывают под знамена, помогать своим пациентам и их близким. Наверное, также руководствуются какими-то собственными критериями выбора психолога.

Но вернемся к нашей девочке.

Она похожа на мою младшую дочь, и я прошу разрешения обращаться к ней на ты. Это, вообще-то, грубое нарушение правил, но я склонен доверять интуиции: в данном случае, как мне кажется, оно будет на пользу.

Доверительница не возражает. И начинает свой рассказ.

Ее папа – «ярко выраженный холерик» (в кавычках – прямая речь доверительницы). «До развода постоянно орал», в том числе, на ребенка. Мог ударить, потом просил прощения.

Мама «предприниматель по жизни, очень эмоциональная, светлый человек, очень долго терпела, но проблемы с отцом ретранслировала мне».

Контакт с мамой налажился только в последние три года, с отцом и сейчас холодные, «дежурные» отношения.

«Есть младший брат, он хоть и младший, но меня морально очень здорово поддерживает. В отличие от меня, спокойный и уверенный. Мы с ним очень дружим».

Ставлю мысленно сразу два плюсики, за налаживание отношений с мамой, и за ресурс в виде любимого брата.

Дальше, преимущественно, минусы.

– Когда начинаю волноваться, не могу успокоиться. Никак не могу.

Тут у нас слезы начинаются. Сколько ж мой кабинет их видел! Но все равно начинаешь нервничать сам.

Объясняю ей, что «лучше плакать у психолога, чем хохотать у психиатра». Она засмеялась сквозь всхлипы (ставим плюсики). И тут же объяснила, что у психиатра тоже была не раз, и год принимала психофармакологический препарат «с...д». Причем, как выяснилось, в немалой дозировке.

Для меня не вполне понятное назначение: атипичный антипсихотик, то есть, нежесткий блокатор дофаминовых рецепторов второго типа, довольно древний, да еще и со стимулирующим эффектом. Прямо классно для супервозбудимого человека.

Впрочем, я не врач, не мое дело лезть в чужие компетенции. С «моими» психиатрами мы бы это, разумеется, подробно обсудили – конечное фармакологическое решение все равно остается за врачом, но мне хотя бы его логика была бы понятна.

– Помогло лечение?

– С животом стало полегче. С остальным – нет.

Ну, хоть какая-то польза от лекарства, его действительно применяют при СРК – синдроме раздраженного кишечника. Однако упущенного года жалко, потому что девушке жилось крайне нелегко. Да и кишечник, наверное, не просто так стал у молодой девчонки «раздраженным».

А она продолжает свой невеселый рассказ.

– Если я начинаю волноваться, мне становится по-настоящему плохо.

– Что именно – плохо?

– Подскакивает пульс, начинает адски болеть голова. Может подпрыгнуть температура. А потом, даже когда пройдет, такое поганое настроение, что аж жить не хочется. Раз я такая ненормальная.

– Верно ли я понял, что после приступов паники, и из-за них, в голову приходят очень мрачные мысли?

– Да, очень мрачные. Что меня зря родили. И что мне лучше было бы не жить.

– А неправильные мысли о прекращении страданий в голову не приходили?

– Нет. Самоубийство – категорически не мой случай. Я трусиха. И маму с братом жалко. Исключено, короче.

И на том спасибо. Хотя лучше бы еще кошка была, которую не на кого оставить.

Одновременно отмечаем большой жирный минус – серьезные соматические эффекты, сопровождающие психологические проблемы. Еще больший минус – депрессивные признаки. Потому что одно дело – заниматься только тревожным расстройством, и совсем другое, гораздо более трудное – коморбидным тревожно-депрессивным.

За любовь к маме и брату, и за страх самоубиться ставим большой плюс, но держим в уме её неприятные мысли о том, что «зря родилась».

Надо бы посмотреть показатели теста СМИЛ, особо интересует шкала 4, «импульсивность». Еще эту шкалу называют «истинной психопатичностью». Потому что, когда депрессия и уныние объединяются с этой, не всегда «плохой», шкалой – жди беды.

Впрочем, нам пока не до СМИЛ, с его 566-ю вопросами. Хотя я бы очень хотел иметь его под рукой, шкалы 6 (ригидность аффекта) и 8 (шизоидность) тоже бы глянул, причем, особо меня бы интересовали не отдельные пики по шкалам, а их сочетания.

Ладно, помечтал о СМИЛ, и продолжаю клиническую беседу с доверительницей:

– И при всем этом ты трудишься на весьма ответственной работе?

– А куда деваться? (улыбается, – прим. И.Г.). Нужно платить за квартиру, за жизнь...

– ...За психолога.

– Вот именно (улыбается – прим. И.Г.). А потом я всегда хотела быть первой. Во всем. Часто удается.

Плюсик – за чувство юмора, готовность улыбнуться шутке. И еще один, побольше – за кураж, природную активность и целеустремленность, заточенность на успех. Скорее всего, там и приличные навыки дисциплины присутствуют. А это важно для нас обоих: при небыстром безмедикаментозном лечении без дисциплинированности мало чего удастся достичь.

Однако, как оказалось, к самым «жирным» минусам мы только подходили.

– Верно ли я понял, что время от времени происходят приступы тревоги и паники, которые сопровождаются головной болью, поднятием ЧСС, а то и прыжком температуры?

– Да, верно, – подтвердила моя доверительница. – Давление тоже подскакивает.

– Измеряла?

– Когда тонометр был под рукой.

– А как часто случаются подобные катаклизмы?

– Бывает, что несколько раз в день.

Вот это минус, так минус! Только успел порадоваться низкому суицидальному риску! Я, кстати, отметил, что даже во время нашего разговора ее состояние постоянно менялось. Все же прямое наблюдение никакими тестами не заменишь.

– И как ты с ними борешься, с твоими приступами?

– Мантры читаю.

– Какие?

– Что я нормальная, что со всем справлюсь, что приступ обязательно пройдет.

– И приступ проходит?

– Не всегда.

– Что делаешь в случае, когда не проходит?

– Прыгаю.

– Что?!?

– Прыгаю. Пока не станет легче.

– И как долго приходится прыгать?

– Иногда полчаса, а иногда и часа не хватает.

– А как удастся на ответственной работе по часу прыгать?

– Меня спасла удаленка из-за ковида. Мой отдел работает в виртуальном офисе. Так что я прыгаю дома. А сейчас вот придется работать в офисе. Я очень испугалась. Возможно, потому и пришла к вам.

Да, дела...

То, что физической активностью можно снять психическое возбуждение – не новость. Но чтоб подолгу прыгать при каждом приступе, а приступы по несколько раз в день!

Однако не хочется все видеть в черном свете, поэтому запишем и плюсики – хорошую физическую форму доверительницы. Не зря она такая подтянутая и стройная. Я б через полчаса подобного прыжкового «лечения» упал бы, наверное. Хотя и в моей методике интегративной психотерапии невротических и тревожно-депрессивных расстройств физические упражнения есть, причем обязательно совмещенные с воздействием ментальным [3, 7].

Далее мы спокойно и обстоятельно поговорили про основную на сегодня (серотонинэргическую) гипотезу возникновения тревожно-депрессивных расстройств. С удовлетворением отметил, что ей, как и очень многим моим доверителям, явно понравилось понимание того, что её проблемы – не какое-то «родовое проклятье», а имеют вполне материальное происхождение. И пусть в данной тематике пока далеко не все ясно, но даже нынешний уровень проникновения в природу психологических проблем делает страдающего человека более оптимистичным. Мы же помним про феномен «выученной беспомощности», обнаруженный Мартином Селигманом в его знаменитых экспериментах. И даже сегодняшнее, новое, «прочтение» этого феномена не

отменяет прежних выводов: когда мы видим причины страданий, да к тому же знаем хотя бы основные пути совладания с ними, мы перестаем быть беззащитными жертвами, а становимся вооруженными знаниями бойцами.

Я уже было обрадовался эффекту когнитивного воздействия, как доверительница выдала еще одно откровение. Конечно, хорошо, что на первой же встрече я вызвал ее полное доверие. Но вот смысл меседжа меня не обрадовал.

– На самом деле, приступы паники – не главная моя проблема, – помолчав, сообщила она.

– А что еще?

– Я боюсь причинить вред другим людям.

– С какой стати ты можешь причинить вред другим людям?

Вообще-то, я не очень удивился вначале. Идеи самообвинения стандартны для тревожно-депрессивных расстройств. Тем более, что девушка (из ее рассказов и по наблюдениям) была весьма эмпатийной и дружелюбной.

Но вот рассказ о конкретике опасений меня несколько напряг:

– Я боюсь причинить им физический вред.

– Физический? Это как?

– Сама не знаю. Из-за того, что кажусь себе ненормальной, наверное. Вдруг в голову может прийти, что я ударю собеседника. Это всего лишь дурацкие мысли, но я очень пугаюсь и чувствую себя виноватой. Вы знаете, я все ножи дома прячу. И ножницы.

И опять слезы.

А мне становится многое понятнее.

Конечно, никому она никакого вреда не причинит. Просто это один из страхов, которые она на себя одела. Точнее – на свое тревожное расстройство. Ведь человек должен как-то объяснять сам себе, почему ему вдруг становится так страшно. Что там делается в синапсах с серотонином, норадреналином, гамма-аминомасляной кислотой и глутаматом, большинство людей не представляет. А страх есть. Значит, надо придумать ему причину. Как говорил мой учитель, Эрик Исаакович Минскер, надеть на него «одежку». И вот она, «одежка», может быть самой разной. Гипертрофированная боязнь рака, канцерофобия. Безудержный, мешающий всем, страх за близких. Или болезненное мытье рук из-за вездесущих микробов. Вариантов патологических «одежек» масса. Потому что даже надуманная причина страха легче переносится по сравнению с беспричинными страданиями.

Конечно, сразу ее не переубедить.

Но первые шаги нужно сделать.

– А тебе в детстве животных мучить нравилось? Например, хвосты кошкам медленно отрезать?

– Нет, что Вы! – возмущается она. И тут же улыбается, понимая подвох.

– Так с чего ты решила, что опасна для гостей? Зачем прячешь ножи, если даже кошек в детстве не мучила?

– Не знаю, – уже без улыбки говорит она.

Ладно, первое семечко посеяли. Пусть прорастает.

А наш час приема давно закончился. Теперь его надо правильно завершить.

В данном случае, лучше всего – техникой Шульца, одним из вариантов аутогенной терапии. Я объяснил ей, как помочь себе этой техникой, если ты в офисе («поза кучера» с расслаблением мышц снизу доверху) и дома («поза лежа»). Давно замечено, еще до Шульца, что физическое расслабление, как правило, вызывает и расслабление психическое.

И перед ее уходом мы провели сеанс этой техники, с дополнительным суггестивным воздействием со стороны психолога.

У меня кушетки в кабинете нет (я ж не психоаналитик ☺), зато есть подаренное сыном релакс-кресло, в котором можно очень удобно устроиться. Интересно, что каждый доверитель слово «удобно» воспринимает по-своему: мне нравится максимально, насколько позволяет механизм, наклоненная назад спинка, а кто-то выбирает почти вертикальную позу.

Когда человек располагается полностью для себя комфортно, начинаем работу. Я объединил «чистую» технику Шульца еще с двумя приемами («стеклянная платформа», в которой, правда, заменил «стекло» «теплым облаком»; и второй прием, сам придумал, пока не назвал, основан на не директивном гипнозе). То есть, мне не нужно, чтобы мой доверитель спал или находился в трансе. Но нужно, чтобы он максимально расслабился.

Первую часть (до суггестии) доверитель потом выполняет самостоятельно, дома или, если «прижмет», на работе, в торговом центре и т.д. Везде можно найти туалет и запереться на пять минут в кабинке.

Вторую часть выполняем только со мной. В этом случае мой голос и, главное, мои рассуждения, надолго задерживаются в памяти доверителя, сильно облегчая ему существование.

За все время моей практики были только три человека, которым эта методика, как говорится, «не зашла». Они не могли отпустить полный контроль над своим состоянием. Но в психологии и не должно быть никакого насилия. «Не зашло» – значит, «зайдет» что-то другое, из полусотни имеющихся в арсенале наработанных методик.

Моя доверительница стала четвертой.

Вместо того, чтобы расслабиться и, пусть на несколько минут, почувствовать комфорт и безопасность, она вдруг резко открыла глаза, поднялась с кресла и снова в слезы. Сказала – сильно застучало в висках, она испугалась возможного приступа.

Тем не менее, закончили мы первый сеанс довольно позитивно. Немного поговорили о плане следующих занятий, еще раз погрузились в основные гипотезы происхождения тревожного расстройства, как психолого-философские, так и биохимическо-анатомические. В обоих подходах есть обоснованные методы улучшения состояния.

Успокоившись, доверительница извинилась за сорванный эксперимент с модернизированным Шульцем и сказала, что действительно, впервые за долгое время, чувствует себя лучше, поувереннее. А, значит, надеется на скорое выздоровление.

Пришлось даже слегка спустить ее с небес на землю, объяснив, что значительный эффект от наших занятий быстрым быть не может.

Но то, что он, хотя бы минимальный, получен на первой сессии – уже отличный прогностический знак.

А в своих записях в учетном листе доверительницы, по итогам сессии, я оставил вполне красноречивую пометку: «Тяжелое состояние».

Перед дальнейшим рассказом на пару минут отвлечемся, чтобы я напомнил, откуда взялось слово *доверительница* [1]. Его не найти в учебниках по психологии, я позаимствовал термин у друзей-адвокатов.

Дело в том, что мне сложно именовать «клиентом» человека, который приходит раскрыть самые сокровенные тайники своей души и жизненных событий.

Да, он платит деньги. Так и пациенты платят деньги, либо сами, либо через страховой полис. И в храмах также оставляют пожертвования. Но никто же не называет пациентов или верующих клиентами? Вот и я не хочу называть этим словом тех, кто пришел ко мне за помощью.

«Пациент» как термин тоже в большинстве случаев отпадает. Да, у меня есть 10-15 процентов именно пациентов (шизофрения, БАР, эпилепсия, ДЦП, онкология и т.д.), которым мы помогаем вместе с врачами соответствующего профиля: психиатрами, неврологом, онкологом. Я вообще считаю, что не только психическое, но и любое серьезное соматическое заболевание пациент должен проживать с сопровождающим психологом.

Однако в большинстве случаев люди, пришедшие в мой кабинет, психически и соматически здоровы, хотя испытывают серьезнейшие психологические проблемы. Вот и остается самое подходящее слово – доверитель. Которое, кстати, вполне можно применять и к «истинным» пациентам.

Вторая сессия состоялась через несколько дней (дальнейшие – по желанию, от одного до двух занятий в неделю, чтобы доверитель мог осваивать самостоятельное применение предложенных психологом методик и приемов).

Я все же сильно сомневался насчет ведения этой доверительницы без врача-психиатра. Однако, когда по телефону осторожно спросил о такой возможности, то получил четкий отказ: с психиатром она заниматься точно не будет. По крайней мере, добровольно.

Поскольку вопрос был снят, решил продолжать в соответствии со своей методикой [3,7], которую в дальнейшем называю для краткости «Программа».

На самом деле, Программа вовсе не есть что-то твердое, законченное и неизменное. Разумеется, она индивидуализируется под каждого доверителя или пациента, и к тому же сама постоянно развивается, обогащается новыми идеями, подсмотренными, вычитанными или самостоятельно мною придуманными.

Однако общий подход остается неизменным:

- знакомство, устройство доверительных отношений, патопсихологическая диагностика (интервью, наблюдение, тестирование на входе и выходе из курса);
- выявление наиболее острых и мучительных переживаний;
- обучение навыкам их купирования (психологическое просвещение; диета, воздействующая на психобиоту кишечника [4]; телесно-ориентированная терапия; аутогенная тренировка, в том числе, совмещенная с суггестией; когнитивно-поведенческая терапия);
- работа с осознанностью и осмыслением жизни (позитивная психология).

Доверительница на втором приеме выглядела чуть менее измученной, по сравнению с первым, но обольщаться не приходилось. Особенно, после получения результатов тестирования.

Я использовал две очень простые и компактные методики: «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» и «Методику экспресс-диагностики невроза» в варианте 40 вопросов (авторы – Хесс и Хек).

Это происходило в мае 2023 г., и получили мы следующие показатели:

HADS: тревожность 17 баллов, депрессия – 4.

Хесс-Хек: 30 баллов.

Напомню, что по первому тесту нормой считаются результаты до 7 баллов включительно; до 9 баллов – субклиническое расстройство, при показателях выше – клиническое расстройство.

Да, конечно, это не диагноз, тест вообще не ставит диагноз (как и психолог, даже клинический), к тому же HADS слишком прост и, вообще говоря, предназначен для массового психологического скрининга в больницах соматических больных. Кроме того, он не разделяет тревогу на личностную (конституциональную) и ситуационную (реактивную). Наконец, по моему личному опыту, он немного занижает показатели. Однако 17 баллов не оставляют сомнений в том, что человеку крайне неуютно жить в таком состоянии. Страхи, тревоги и паника буквально съедают его силы и удовольствие от жизни.

И это не просто предположение.

Я сам занимался экспериментальным изучением корреляции тревожности и адаптированности [2], а также тревожности и психологического благополучия [5]. В обоих случаях на достаточно большой выборке была получена значимая отрицательная корреляция этих параметров. Простыми словами: с высокой тревожностью ни адаптированным, ни довольным жизнью стать сложно, либо даже невозможно.

Повторю, у нашей доверительницы показатель тревожности составил 17 баллов при норме до 7. Максимально теоретически можно набрать 21 балл, но за всю мою жизнь я такого не встречал.

Что касается депрессивной составляющей, то тест депрессию не выявил. Это совпало с моими ощущениями от наблюдения и клинического интервьюирования доверительницы.

Перейдем к анализу результатов второго теста, Хека и Хесса. Упрощая, можно сказать, что он показывает, насколько мы готовы соматизировать наши психологические проблемы, то есть, портить из-за них свое физическое здоровье.

Здесь норма до 23 баллов, так что замеренные 30 тоже не добавляли оптимизма. Хотя к максимуму настолько, как в тесте HADS, моя доверительница все-таки не приблизилась. Там мы намерили 17 из максимально возможных 21, при норме до 7. Здесь – 30 из максимально возможных 40, при норме до 23. Все же полегче, что, на мой взгляд, объясняется молодым возрастом доверительницы и ее «от генетики» хорошим здоровьем. Тем не менее, пагубное соматическое воздействие она уже успела почувствовать, причем, не только во время приступов тревоги (тахикардия, рост давления, температура), но и в обычной жизни (хроническое расстройство ЖКТ, частые простудные заболевания).

Вряд ли есть смысл подробно описывать все занятия (техники и клинические случаи приведены в упомянутых выше публикациях [1, 3, 6, 7, 8]). Остановлюсь лишь на том, что лучше всего, как и в первый день, сработали подходы, основанные на использовании отличного когнитивного ресурса доверительницы.

Мы быстро научились оценивать собственное психоэмоциональное состояние по авторской 11-балльной шкале. Договорились, что если оценка достигла или, тем более, превышает 5 баллов (в ней, чем баллов больше, тем хуже состояние), то вводим в привычку применение какой-то из техник управления настроением.

Именно в привычку, потому что, на самом деле, эмоциональное состояние человека во многом объясняется именно набором его привычек: привычного переживания события и привычной адаптации к происходящему. Можно называть это специфическими реакциями, или механизмами защиты, совладания. Но, по большому счету, это привычки.

И наша с доверительницей задача –

- выявить дезадаптивные привычки (как мыслительные автоматизмы, так и последующие действия);
- вскрыть их патологическую сущность, если она присутствует;
- определить, что мы должны делать взамен действий нежелательных;
- приучить себя к выполнению (привычному!) желательных действий в тех же условиях.

Напомню [3, 7], что уже сама по себе привычка оценки собственного психоэмоционального состояния имеет не только информационное, но и терапевтическое значение: ведь фактически доверитель или доверительница привыкают смотреть на свою текущую ситуацию глазами своего психотерапевта.

Плюс, конечно, как я уже отметил, при превышении 5 баллов, срочно применяем какую-либо несложную технику: «5-4-3-2-1», технику Брюйера, дыхательную технику и т.д. [3,7].

Очень хорошо сработала, как и у почти всех, когнитивно полностью сохранных доверителей, техника «поверки эмоций логикой» [7]. В ней мы оцениваем тяжесть текущей ситуации по стандартной нисходящей «сетке»: грозит ли она здесь и сейчас смертью; крушением всего жизненного устройства; просто снижением качества жизни; некоторым снижением на некоторый срок. Довольно часто этот прием становится основным в процессе совладания с приступом паники.

В описываемом конкретном случае доверительнице отлично помог и прием «5-4-3-2-1», техника отвлечения, когда мы фактически заставляем главный «диспетчер» мозга, таламус, работать только на нами же искусственно созданный повод: мы последовательно концентрируем свое внимание на пяти любых визуальных впечатлениях, пять аудио и пять тактильных. Обычно паника уменьшается уже на первом шаге. При необходимости идем на следующий повтор по четыре и так далее. Этим приемом легко овладевают практически все доверители. Ведь сказать себе самому «Успокойся» – почти бесполезно. А вот привычно посмотреть вокруг, отметить и назвать про себя пять предметов, а потом – пять звуков и, наконец, сконцентрироваться на пяти тактильных ощущениях, способен почти каждый, причем, привычка вырабатывается очень быстро.

Как всегда, оказался полезным прием ритуализации утра, с молитвой для религиозного человека (благодарностью миру для светского), медленно выпитой водой, комплексом «Пять тибетских жемчужин» (в который вводим человека очень постепенно и не напряжно) [3,7].

Не забыли про диету: клетчатку для психобиоты [4], пищу, богатую прекурсором серотонина – триптофаном и общие диетологические соображения (с учетом хронических проблем с ЖКТ и рекомендаций гастроэнтеролога).

Состояние доверительницы постепенно улучшалось. В июле, после седьмого занятия, мы получили по тем же тестам следующие показатели:

HADS: тревожность 8 баллов, депрессия – 1.

Хесс-Хек: 25 баллов.

Как видим, тревожность хоть и снизилась вдвое, все равно оставалась в зоне субклинического расстройства. Невротическая готовность тоже выявила тенденцию к снижению, но в коридор нормы пока не вошла.

Субъективно доверительница описывала свое новое состояние, как «несравнимо лучше старого», но все равно не гарантирующего спокойной жизни в сложных условиях и напряженном ритме ее работы.

Личная жизнь пока тоже никак не налаживалась, вызывая сильнейшую тревогу еще до перехода отношений в близкие, от одних лишь мыслей о будущих отношениях. Тот печальный случай, когда легче страдать от отсутствия отношений, чем от их наличия. Это, конечно, далеко от нормального, адаптивного восприятия жизни.

Примерно в то же время (после девятого занятия) доверительница получила результаты теста СМИЛ. Профиль достоверный (по показателям L, F, K), поднятия выше 70 Т-баллов: по 3-й (70 Т-баллов), 4-й (74 Т-балла) и 7-й (72 Т-балла) шкалам. Еще по двум (1 и 8) немногим ниже 70, и по 2 шкале – 60 баллов. Профиль не был целиком высоко плавающим: 5,6,9 и 10 (0) шкалы вообще не акцентированы.

С учетом того, что ее психоэмоциональное состояние заметно улучшилось, по сравнению с первоначальным (по ее словам – «несравнимо»), можно только предположить, что бы мы намерили, сняв профиль СМИЛ семью неделями раньше. Напомню, что «психиатрические» предположения обычно появляются при превышении значений 80-90 Т-баллов по клиническим шкалам.

Практическую пользу СМИЛ дал нам в том, что доверительница дополнительно заметно успокоилась, после объяснения, что довольно высокий показатель по четвертой шкале сочетается у нее с низким показателем по 9-ой. А именно их совместный высокий подъем обычно характерен для лиц, склонных решать проблемы насильем. Здесь этого сочетанного подъема нет, что полностью совпадало с моими ощущениями от общения с ней.

Доверительница, как говорится, выдохнула. Ее иррациональный страх нанести кому-то физический вред заметно уменьшился.

На заключительной части занятий мы много занимались осмыслением подходов к изучению психологического благополучия человека и возможному влиянию на него. Рассматривали и относительно простые модели субъективного психологического благополучия (Динер, Баду). И более сложную, шестифакторную модель психологического благополучия Кэрол Рифф. Рассуждали, проходили тесты, совместно раздумывали, что можно сделать, чтобы поднять показатели доверительницы в тестах Динера и Рифф.

Говоря простыми словами, речь шла о том, как стать счастливее.

Видимо, эта часть занятий тоже оказалась полезной, потому что доверительница гораздо более осознанно стала подходить сначала к выявлению и осмыслению жизненных удовольствий, а потом и к планированию того, что приносит ей радость.

Обычно Программа предусматривает до 10 занятий, причем, если человек устойчиво лучше начинает себя чувствовать раньше, то и прекращаем раньше. Далее он может приходить к психологу реже, либо, если надобности нет, то не приходить совсем.

Здесь же, по просьбе доверительницы, до момента урежения занятий, мы занимались еженедельно 12 сессий. Потом еще четыре – через две недели.

После 15-го занятия наши «стандартные» два теста дали следующие показатели:

HADS: тревожность 3 балла, депрессия – 3.

Хесс-Хек: 17 баллов.

Сейчас занятия продолжаются гораздо реже, в режиме «по запросу». Но пока продолжают. Потому что внешние проблемы, бывает, вызывают ситуационную тревогу, явно превышающую адекватный уровень. В этом случае доверительница просит о дополнительной сессии.

Кроме того, мы сталкиваемся еще с одной стандартной проблемой.

Да, показатели тестов вошли в норму. Да, девушке стало заметно лучше (настроение, работа, отношение с близкими – в ее жизни, наконец, появился любимый человек).

Другими словами, удалось привить некоторые адаптивные привычки психологического и физиологического происхождения.

Но дело в том, что еще великий Павлов исследовал как возникновение условных рефлексов, так и их затухание. А затухают они вследствие появления противонаправленных стимулов, либо даже просто вследствие прекращения первоначального положительного стимулирования.

Итак, что часто мешает моим доверителям удерживаться на достигнутых высотах? Как раз эти самые достигнутые высоты. Скажем, была болезненная тревожность, а теперь ее нет. Страдал желудочно-кишечный тракт, а теперь не страдает.

И что делает человек в таком случае?

Он перестает (не все, конечно, но многие) «подпитывать» те полезные привычки, которые, казалось бы, прочно закрепились в его быту и сознании.

Можно не делать упражнения. Не следить за диетой. Не набирать новые и даже не поддерживать старые, уже наработанные, навыки управления своим психоэмоциональным состоянием.

Если его проблема была вызвана в основном сложной внешней ситуацией, которая уже себя исчерпала, то ничего неприятного не происходит. Однако у большинства моих доверителей с тревожным расстройством эта проблема имеет преимущественно эндогенное происхождение.

И если не противопоставлять «полезные привычки» поведению своего «беспокойного» мозга (очень и очень упрощенно – излишне возбудимой амигдале и недостаточно эффективной серотонинэргической системе), то все неприятные особенности жизни тревожного человека вернутся.

Кроме того, эндогенные проблемы часто цикличны, и рецидив может случиться просто вследствие этого. Кстати, для профилактики последнего опять-таки хорошо работает вышеупомянутая техника самооценки психоэмоционального состояния. Если использовать ее постоянно, то постепенно в нашем распоряжении оказывается «Дневник психоэмоционального состояния», который зачастую выявляет сезонные и циклические обострения. А предупрежден – значит, вооружен.

Резюмируя, скажем следующее.

На сегодня, по Программе [3, 7] (разумеется, индивидуализируя ее под каждого доверителя) отработано с 34 доверителями. Результаты и краткие описания клинических случаев даны в ниже таблице. История, рассказанная выше – кейс №34 в таблице. (Примечание: на самом деле успешных кейсов гораздо больше. Но в таблицу включены лишь те доверители, которые на входе в терапию и выходе из нее тестировались одними и теми же методиками).

Практика и зафиксированные стойкие результаты показывают, что Программа работает эффективно. Разумеется, если доверитель готов приложить соответствующие усилия и не бросать их после достижения желаемых результатов.

Таблица результатов апробации Программы [3,7].

№	Пол	Возраст	Начало работы (первый замер)	Данные HADS: тревога/депрессия	Данные Хесс/Хек	Завершение работы (второй/третий замер)	Данные HADS: тревога/депрессия	Данные Хесс/Хек	Кол-во сессий
1	ж	61	31.12.21	9/8	20	20.02.22	6/1	11	12
2	м	39	27.12.21	13/11	28	22.02.22	8/6	17	10
3	ж	37	28.12.21	12/7	27	21.02.22	8/3	16	9
4.	ж	12	24.10.21	14/6	35	26.12.21	5/3	15	Более 10
5.	м	41	31.01.22	15/5	25	28.02.22	3/1	10	8
6.	ж	60	06.09.21	9/7	28	04.10.21	4/2	12	12
7	ж	35	28.08.21	15/2	24	03.10.21	7/1	11	7
8	ж	39	25.08.21	10/11	29	05.10.21	2/3	11	8
9	м	52	20.08.21	15/5	16	13.10.21	7/3	18	8
10	ж	41	19.08.21	12/2	18	12.09.21	4/1	11	5
11	ж	23	14.07.21	15/10	31	06.08.21	2/3	13	6
12	ж	37	5.04.21	18/8	23	05.06.21	7/3	13	12
13	ж	20	7.04.21	14/18	30	1.05.21	7/9	24	8
14	ж	42	20.02.21	13/1	18	2.04.21	8/1	16	7
15	м	66	05.09.21	17/11	24	30.01.22	7/10	19	7
16	ж	47	10.10.21	15/8	21	07.11.21	3/1	12	7
17	м	47	28.09.21	13/11	21	14.03.22	9/4	10	12
18	ж.	34	27.02.22	14/6	23	3.04.22 3.05.22	10/3 8/1	11 17	12
19	ж.	40	17.03.22	11/10	19	20.06.22	8/4	13	10
20	ж.	27	23.03.22	6/8	17	13.06.22	3/3	10	11
21	ж.	48	27.03.22	12/7	30	7.06.22	5/3	18	12
22 А.	м.	55	25.09.20	11/4	17	н.д.	7/3	13	5
22 Б.		57	14.07.22	14/9	25		н.д.		
23.	ж	25	15.06.22	11/6	21	2.08.22	2/1	2	8
24	ж	36	25.07.22	17/11	29	13.09.22	6/8	23	11
25.	ж	56	06.10.22	12/5	20	17.11.22	6/2	13	8

№	Пол	Возраст	Начало работы (первый замер)	Данные HADS: тревога/депрессия	Данные Хесс/Хек	Завершение работы (второй/третий замер)	Данные HADS: тревога/депрессия	Данные Хесс/Хек	Кол-во сессий
26.	ж	23	30.10.22	10/4	24	11.12.22	4/3	12	5
27.	м	32	30.10.22	12/1	29	11.12.22	6/2	14	5
28	м	15	20.02.22	10/4	26	24.04.22	7/7	21	9
29	ж	53	25.11.22	9/3	10	24.01.23	3/1	8	10
30.	м	22	15.02.23	15\10	30	10.03.23	10\3	21	10
31	ж	26	12.03.23	14/5	31	18.04.23	5/2	14	9
32	ж	49	26.02.23	6/11	15	17.04.23	3/6	3	10
33	ж	23	02.03.23	15/3	26	26.04.23	6/4	17	8
34.	ж	27	11.05.23	17/4	30	29.06.23 13.09.23	8/1 3/3	25 17	15

Примечания к Таблице

1. Состояние отягощено алкоголизмом (ею пока контролируемое, без пропуска работы, но 4–5 раз в неделю – бутылка или больше шампанского, «для успокоения нервов») и хроническим заболеванием близкого человека. Настояла на первом приеме 31 декабря, очень хотела позитивных перемен. С началом психокоррекции приняла самостоятельное решение полностью прекратить прием алкоголя. На момент написания данной статьи – в стойкой 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: антидепрессант (СИОЗС), атипичный нейролептик); вынужден сменить высокооплачиваемую руководящую работу на низкоквалифицированную). Обращение к психологу по совету психиатра после длительного мало результативного медикаментозного лечения. Дистантная работа (проживание за рубежом) весь курс.

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

4. Несмотря на возраст, 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. Обратная связь более чем, через год – позитивные изменения сохраняются.

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

6. Ее выпускное эссе приведено в [7], см. Пример 1. Кратко: проблемы с едой (тотальная «аллергия» на все, кроме гречки). Дефицит массы тела. Агорафобия. Разрушение социальных

и семейных связей, в том числе, с детьми. Риск потери работоспособности. Полное восстановление после курса, за исключением излишней тревожности.

7. Выпускное эссе, подробно см. [7], Пример 3. Кратко: тревожна с детства. В последнее время не может спокойно жить. Зацикленность на здоровье единственного ребенка. Повторяющиеся ночные кошмары с криками и болезненным пробуждением. Очень быстрое восстановление, конкретно для неё – высокое значение психологического просвещения.

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

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

10. Ее выпускное эссе приведено в [7], см. Пример 2. Кратко: канцерофобия, «неприятные ощущения по всему телу». Постоянные походы к врачам, недоверие к результатам анализов. Жалобы на усталость от постоянного стресса и страха. Очень хороший прогресс. После четвертого занятия, как она выразилась: «Я – выдохнула!». Всего было проведено пять сессий.

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. Неадекватно низкая самооценка (при этом профессиональная квалификация высокая). Нарушения сна. Медикаментозного лечения не принимала, психиатрии боится. После психокоррекции состояние резко улучшилось: с работой, с общением, с проявлениями психосоматики. Полностью дистантная работа.

12. Почти полностью дистантная работа (другой континент, прилетала на две сессии). Случай с сочетанием институционального тревожного расстройства и тяжелой жизненной ситуации (семейная драма). Удалось эффективно помочь, но после завершения общего 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 позже был рецидив, с которым также справились. 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: тоже другой континент).

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

16. Ее ситуация более подробно описана в [7]. Кратко: в течение года внезапно возникли проблемы, поставившие под сомнения работоспособность. Боязнь закрытого пространства, нахождения в транспорте, особенно, подземном. Обмороки в магазинах. По заключению врачей, соматически здорова. Быстрое улучшение, снятие всех симптомов, кроме избегания темных помещений. На момент написания статьи (октябрь 2023 г.) полная ремиссия.

17. Руководитель крупной компании. Тревожность плюс соматоформное расстройство (сердечно-сосудистая система, страх обмороков, приборные показатели в норме). По рецепту врача многолетний прием анксиолитика и СИОЗС. Заметное субъективное и тестируемое улучшение состояния. Кроме того, с разрешения врача удалось уменьшить дозы анксиолитика и полностью снять СИОЗС. Дальнейший прием у психолога по запросу.

18. Выпускное эссе полностью см в [7]. Кратко: тяжелое генерализованное тревожное расстройство. В анамнезе стационар, нейролептики. Бредовые идеи, вызванные страхом. Увеличенный курс 12 занятий. Радикальное улучшение. Осталось: вспышки страха на триггеры (дурные предсказания, проклятья и т.д.). Контролируемы, но крайне неприятны. Два-три раза в год прием у психолога по запросу.

19. ТДР, усугубленное тяжелыми семейными отношениями, детско-родительскими отношениями и слабым здоровьем младшего ребенка. Заметное улучшение после научения эмоциональному контролю. Кризисная терапия.

20. Ларвированная депрессия с психосоматикой (артроз, бруксизм, мышечная дистрофия левой руки неясной этиологии). Жалобы на гневливость обидчивость, мстительность и т.д. По рецепту врача принимает на постоянной основе СИОЗС. При довольно низких показателях HADS субъективно наблюдается ТДР. По итогам курса заметное улучшение, с уменьшением показателей HADS вдвое.

21. Отрицание ТДР, но оно есть. Недоверие к психологу на начальном периоде взаимодействия. Почувствовав заметное улучшение, активно включилась в работу. 12 занятий, дальнейшие – по ее запросу.

22. А. Тяжелый невроз с психосоматическими и соматоформными проявлениями. Прием СИОЗС и атипичных нейролептиков, выписанных психиатром, не помогает. Анксиолитики дают лишь временное облегчение. Суицидальные мысли ввиду безнадежности будущего (при хорошей теплой семье, финансовом достатке и разнообразных увлечениях). Заметное улучшение после уже второго занятия. Максимальное воздействие – Шульц с суггестией. После пятого занятия счел себя здоровым. Второй приход – после тяжелой психотравмы, связанной с предательством друга (см. в таблице – 22. Б.)

23. Тревожное расстройство без признаков депрессии. Усугублено сложной семейной ситуацией. Позитивное обстоятельство: высшее психологическое образование. Быстрое взаимопонимание и результаты психокоррекции.

24. Серьезное тревожно-депрессивное расстройство с преобладанием тревожного компонента. Усугублено ситуативно: потерей работы и неустроенностью личной жизни. Быстрый доверительный контакт, старательна и настойчива. В середине курса был регресс. Через год после завершения курса хорошее состояние.

25. Одинокая женщина, в.о., хорошо трудоустроена. Тревожное расстройство, усугубленное психотравмой, смертью матери («Я жила ради нее»). Разбирались с болезнью горевания. Отдельно прорабатывались вопросы субъективного психологического благополучия.

26. Вместе с 27. Тревожное расстройство с ситуативной компонентой (игровая зависимость любимого человека). Работа с парой. Ресурс – любовь. 5 занятий.

27. Вместе с 26. Тревожное расстройство с ситуативной компонентой. Игровая зависимость, приведшая к серьезным материальным потерям. Работа с парой. Ресурс – любовь. 5 занятий.

28. Юноша, 15. ТДР, психосоматика (жжение в предплечьях при плохом настроении), трудности в коммуникациях (был буллинг) и сосредоточении. Успешно: «я стал спокойнее», «стал больше наслаждаться жизнью», «настроение в среднем лучше».

29. Жалобы на многолетние тянущие боли в руках и ногах. Медицинский диагноз фибромиалгия. На начало терапии по рецепту врача принимала атипичный нейролептик и анальгетики. Когда-то помогал СИОЗС, потом перестал помогать. Связывает боль с тревожными и нервными ситуациями. HADS – почти норма, Хесс-Хек – норма, но клиническое интервью выявляет тревожное расстройство. После 10 занятий: боль отсутствует, настроение нормализовалось, нейролептик (с разрешения врача) отменен. Контроль через полгода: ремиссия сохранена.

30. Молодой мужчина, студент магистратуры. Жалобы на дереализацию, панику, депрессию, потерю привычного психологического комфорта. После нескольких занятий – значительное улучшение (по его словам, моим наблюдениям и результатам повторного тестирования). Остаточное явление – фиксация на процессе моргания (доставляет неудобство). Предложено также поработать с психиатром.

31. Женщина, 26, дизайнер, замужем, истерики, угрозы суицидом, интенсивная психофармакологическая терапия с психиатром (СИОЗС, анксиолитики, атипичный нейролептик) урежает приступы, но не снижает их остроту. Даже на препаратах 14 баллов по HADS (тревожность). Жалобы на 10 лет травматичных любовных отношений, «все бесит», «не знаю, чего

хочу», «люблю мужа, но боюсь, что упускаю большее», обвинения родственников в закладке неправильных базовых установок. На приеме – слезы, неумение (и нежелание) здраво анализировать события, при полной когнитивной сохранности. Занимались по Программе, с упором на КПТ и техники стабилизации. Лучше (заметно) стало после третьего занятия. По согласованию с лечащим психиатром (совместным обсуждением с учетом патопсихологической диагностики и последующим решением врача) убраны нейролептик и анксиолитик, оставлен СИОЗС. После восьмой сессии записала в дневник самонаблюдений следующее: «стало гораздо больше жизненной энергии, ощущаю это физически»; «я счастливый человек, даже когда думаю о прошлом». Впрочем, сказанное не исключает возможность откатов. Но доверитель подготовлен к совладанию с ними.

32. Женщина, 49, экономист, IT-специалист, в разводе, взрослый сын. Жалобы на депрессию, страх перед будущим («не смогу освоить новые элементы профессии»), недовольство сыном («очень инфантилен, не работает, нет привычки к труду»), страх старения («после 40 в жизни ничего хорошего уже нет»). Вечером настроение заметно лучше, чем утром. По HADS 6/11 баллов. Масочное выражение лица, некоторая заторможенность. Занимаемся по Программе. Заметное улучшение после 5-го занятия. Выход в норму по HADS после восьмого занятия.

33. Женщина, 23, высшее, не замужем, выросла в теплой дружной семье. Работает в сфере, требующей умения коммуницировать. Умная, эмпатийная. Жалобы: на вспыльчивость, неумение выстраивать спокойные отношения даже с любимыми людьми, излишне острые реакции на слова и действия окружающих, в том числе, самых близких. При патопсихологическом обследовании выявлена высокая тревожность (15 баллов по HADS), как свободно плавающая, так и стимульная. Улучшения заметны после четвертого занятия, хотя она сама говорит, что уже после первого. «Мне стало спокойнее, когда я поняла, в чем дело». Существенно улучшились отношения в семье, чуть позже – и на работе. Пришла к норме (по наблюдениям и тестам) после 7-го занятия. Прошла полный курс, предупреждена о возможности откатов и рецидивов.

34. О ней основное содержание статьи.

Библиография

1. Гольман И.А. Два взгляда на один невроз // Человеческий капитал. №6. С.33-58. 2019.
2. Гольман И.А. Влияние тревожности на адаптацию первокурсников колледжа // Материалы II Международного научного форума «Экстремальная психология в экстремальном мире». – М., МГППУ, 29-30 октября 2021 г.
3. Гольман И.А. Клинико-психологическая методика интегративной психотерапии при тревожных, тревожно-депрессивных и невротических расстройствах//Человеческий капитал. – 2022. – №4 (160). С.189-214.
4. 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)
5. Гольман И.А. Психологическое благополучие и тревожность студентов на этапе вхождения в образовательную среду // Человеческий капитал. – 2022. – №6 (162).
6. Гольман, Иосиф Два взгляда на один невроз. Записки кризисного психолога. / Иосиф Гольман. – Москва: Яуза-каталог; Дримбук, 2022. – 256 с. – (Невроз в большом городе).
7. Гольман, Иосиф Как улучшить свое психологическое самочувствие в тревожные времена? / Иосиф Гольман. – Москва: Яуза-каталог; Дримбук, 2023. – 144 с. – (Невроз в большом городе).
8. Гольман, Иосиф Тревожность и неврозы. Как от них избавиться? / Иосиф Гольман. – Москва: Яуза-каталог; Дримбук, 2023. – 320 с. – (Невроз в большом городе).

**CLINICAL CASE OF ANXIETY DISORDER AND THE RESULTS OF APPROBATION
OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL METHODOLOGY OF INTEGRATIVE
PSYCHOTHERAPY FOR ANXIETY, ANXIETY-DEPRESSIVE AND NEUROTIC
DISORDERS**

Golman I.A.

Moscow Humanitarian University

Abstract

Anxiety-depressive disorders and neurosis are a frequent cause of deterioration of psychological (and somatic) state, up to invalidization. In the article the results of practical approbation of the author's program of psychological help in these disorders (34 clinical cases) are considered and a specific case of anxiety disorder is described in detail.

Keywords

Anxiety, depression, confidant, neurotic disorders, drug-free psychocorrection, integrative psychotherapy.