

УДК 159.92**DOI: 10.34670/AR.2023.32.70.005****Психокоррекционная работа с тревогой в интегративном подходе****Есаулов Владимир Игоревич**

Ассистент кафедры психотерапии,
Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
117997, Российская Федерация, Москва, ул. Островитянова, 1;
e-mail: v-esaulov@yandex.ru

Маричева Мария Алексеевна

Преподаватель,
Институт психотерапии и клинической психологии;
125047, Российская Федерация, Москва, ул. 1-я Миусская, 22/24, с. 2;
e-mail: marichevamarina@mail.ru

Аннотация

Темой данного сообщения является рассмотрение возможностей интегративной психотерапии и консультирования с людьми, проживающими различные формы тревожных состояний. Отмечено, что различные формы тревожно-фобических и тревожно-депрессивных расстройств являются одной из частых причин обращения к психологам и психотерапевтам. Описаны телесные, когнитивные и поведенческие основы тревожных состояний. Рассмотрены основные теоретические взгляды (биологические, психоаналитические, когнитивно-бихевиоральные, экзистенциальные на природу тревоги. Отмечены варианты психотерапевтической работы с людьми, испытывающими тревогу за себя и близких, страх перед неопределенным будущим, имеющими жалобы на потерю опор в жизни, бессилие и невозможность контролировать события, теряющих веру в себя. Подчеркивается важность различения формата терапии симптомов (как правило, более краткосрочной) и терапии причины, занимающую обычно более длительное время. В сообщении основной акцент сделан на описании более коротких вариантов психокоррекционной работы. Предложена работа с тревожными состояниями в интегративном подходе, включающем: трансактный анализ, техники когнитивно-бихевиоральной терапии, приемы стратегической терапии, нейролингвистического программирования, арт-терапии, элементы суггестивных техник, а также методы телесно-ориентированной терапии. Сделан вывод о том, что включение интегративного коррекционного подхода может расширить возможности психотерапии различных тревожных расстройств невротического регистра.

Для цитирования в научных исследованиях

Есаулов В.И., Маричева М.А. Психокоррекционная работа с тревогой в интегративном подходе // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2023. Т. 12. № 5А-6А. С. 56-69. DOI: 10.34670/AR.2023.32.70.005

Ключевые слова

Тревога, интегративный подход, психокоррекционная работа, психотехники, психология.

Введение

Волнение и страх испытывает периодически каждый человек. Большинство таких переживаний бывают краткосрочными и проходят самостоятельно, без обращения за специализированной помощью. В то же время различные формы тревожно-фобических и тревожно-депрессивных расстройств являются одной из самых частых причин обращения к психологам, психотерапевтам, неврологам, психиатрам [Barnhill, 2020].

Тревога описывается как «отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом, которое проявляется в ожидании неблагоприятного развития событий [Петровский, Ярошевский, 1998]. Более лаконичное определение тревоги дается в Большом психологическом словаре, где ее описывают как «переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неопределенного неблагоприятия, предчувствием грозящей опасности» [Мещеряков, Зинченко, 2003].

Основная идея, которая прослеживается во всех определениях, заключается в том, что тревога связана с чем-то неопределенным. Если *страх* направлен на конкретный объект, то *тревога* носит скорее генерализованный характер. В ней нет конкретного объекта, но есть общее предчувствие некоей опасности.

Отдельно стоит выделить термин «фобия». *Фобия* – это форма страха, который имеет навязчивую форму, непропорционально велик по отношению к степени опасности стимула. Для наличия фобии страх должен быть устойчивым, постоянным и иррациональным. Основные формы фобий: агорафобия, социофобия, изолированная фобия. Часто в одном состоянии могут переплетаться и страх, и тревога. Тогда речь идет о тревожно-фобических расстройствах.

Основные проявления *тревоги* можно отметить в телесном, когнитивном и поведенческом компонентах:

- В *телесном компоненте* могут отмечены: повышенное потоотделение, дрожь, учащенное дыхание, ускоренное сердцебиение, мышечное напряжение [Власов, 2019];
- *Когнитивный компонент* включает мысли о потенциальной угрозе и о неспособности ее контроля [Перре, Бауман, 2003];
- *Поведенческий компонент*, так или иначе связан со стрессовыми стратегиями «беги», «бей» или «замри». Изначально тревога имела позитивную коннотацию. Она позволяла нашим предкам выжить. Эволюционно она защищала их от угроз внешнего мира. В современном мире тревога видоизменилась, большинство наших страхов и тревог лежат в сфере психологии или духовности, однако, сам механизм переживания тревоги остался таким же, как и у наших далеких предков [Мэй, 2001].

Нередко у обращающихся за помощью можно отметить неочевидные признаки тревоги в виде: чрезмерно-интенсивной деятельности, откладывания дел, раздражительности и критики окружающих, усталости, понижения концентрации внимания, нарушений сна, не связывая эти явления с тревогой. Римас Кочюнас отмечал, что клиенты могут приходить изначально с другими запросами, маскируя тревожность за ними: напряжение, слабость, невозможность ощущать себя самим собой, соматические жалобы, агрессивность, враждебность, скованность.

Такие клиенты могут во время сеанса совершать навязчивые действия (стучать пальцами по столу, трясать ногой), быть как скованным, так и чересчур разговорчивыми. При этом он отмечал, что такие клиенты скорее будут оказывать сопротивление терапевтическому процессу, вследствие чего работа с сопротивлением является важной частью терапии [Кочюнас, 1999]

Существует множество вариантов классификации тревоги. Часто описывают четыре основных *формы тревоги*: ситуативную, тревогу ожидания, спонтанную и постстрессовую [Шейдер, 1998]. Ситуативная возникает как реакция на определенную ситуацию или стимул (например, на экзамен). Тревога ожидания связана со страхом снова пережить панические приступы. При спонтанной тревоге нельзя точно выделить объект, и она нередко ощущается так, как будто возникает сама по себе, без видимой на то причины. Постстрессовая тревога – это тревога, которая развивается после экстремальных стрессовых ситуаций (война, природные катаклизмы, насилие и т.д.).

Тревога – это естественное эволюционное состояние, которое изначально было призвано защитить нас от возможной угрозы. В норме мы можем испытывать такую тревогу, которая возникает на ситуации угрозы, и которая в дальнейшем затухает. Но есть также и патологическая тревога, когда тревожные переживания становятся хроническими, интенсивными, и мешают нормальной жизни.

В новой Международной классификации болезней (МКБ, 2023) к тревожным расстройствам относятся ряд тревожных и связанных со страхом нозологий (ГТР, паническое расстройство, агорафобия, социальное тревожное расстройство, специфическая фобия, селективный мутизм), обсессивно-компульсивные расстройства, и еще ряд расстройств, непосредственно связанных со стрессом (ПТСР, сложное ПТСР)

Целесообразно разделять термин «тревога» и «тревожность». Тревожность является постоянной, относительно неизменной чертой личности и характеризуется низким порогом реакции на тревогу [Менделевич, Соловьева, 2002]. Такая личность будет воспринимать большее число ситуаций как тревожные и соответственно реагировать на них тревогой.

Отмечено, что при невысоком уровне тревоги происходит эффект мобилизации, в рамках которого повышается концентрация внимания и улучшается аналитико-синтетическая деятельность мышления. Это тот эффект, который эволюционно был необходим для выживания в ситуации угрозы. Однако при высоком уровне тревоги наблюдается, наоборот, снижение концентрации внимания, ухудшение памяти, снижение аналитико-синтетической деятельности мышления [Менделевич, Соловьева, 2002]. Это означает, что даже в случае реалистической угрозы необходимо снижать уровень тревоги до «приемлемого» уровня, при котором возможно эффективное функционирование человека.

Целью данного сообщения является рассмотрение возможностей интегративной психотерапии с людьми, проживающими различные формы тревожных состояний, с акцентом на описании краткосрочных вариантов психокоррекционной работы с тревожной симптоматикой.

Взгляды на тревогу с позиции разных теоретических подходов

Прежде чем перейти к рассмотрению практической работы с тревогой, важно рассмотреть теоретические взгляды на тревогу с точки зрения разных подходов. Это дает возможность учесть те возможные причины, которые могут лежать в основе тревоги, и в соответствии с ними подобрать эффективные способы ее коррекции.

Биологическая теория. С точки зрения развития, тревога является более примитивной

реакцией, чем страх. Она наблюдается еще у младенцев, когда они будто предчувствуют какую-то угрозу. Страх появляется чуть позднее со способностью различать объекты [Мэй, 2001].

Во многом переживание тревоги у человека связано с лимбической системой и корой головного мозга (где кора отвечает за интерпретацию определенных ситуаций как опасных) [Мэй, 2001]. Однако для того, чтобы кора могла тормозить нижележащие центры, она должна быть достаточно развита. В случае сильной тревоги у человека могут наблюдаться явления «регресса», при котором реагирование напоминает реакции младенца или маленького ребенка. При этом возникает такая ситуация, когда кора уже не может контролировать эмоциональные реакции лимбической системы (что напоминает ранний детский возраст, когда лобные доли мозга еще не могли полноценно функционировать из-за их недостаточной развитости).

В процессе тревоги также участвует автономная нервная система, которая состоит из симпатической нервной системы (отвечающей за возбуждение и подготовку ко встрече с опасностью), и парасимпатической нервной системы (отвечающей за возвращение в состояние покоя) [Мэй, 2001]. В случае тревоги симпатическая система начинает подавлять парасимпатическую. Поэтому в данном случае важно включать у тревожащегося человека парасимпатическую нервную систему (например, медитативно-релаксационными методами, успокаивающими дыхательными техниками, и т.д.).

Эволюционная теория. С эволюционной точки зрения главная задача – это обеспечение выживания вида. Наш мозг запрограммирован так, чтобы защищать нас от возможных рисков. Эволюционно скорее выживали особи, которые вели себя осторожно, а тревога – это как раз сигнал о том, что опасность где-то рядом [Лихи, 2018].

В ответ на реальную угрозу можно наблюдать появление реалистичной тревоги, которая помогает справиться с опасностью и исчезает тогда, когда опасность минует. Такую тревогу не нужно лечить, ее важно вербализовать, и научиться выдерживать. Именно в таких случаях целесообразно интересоваться привычными способами выхода из тревоги, расспрашивать о том, что может помочь справиться с тревогой.

Психоаналитическая теория. Фрейд определял тревогу как состояние неудовольствия. Он выделял ее как функцию Эго, которое должно защитить Эго от надвигающейся опасности. Фрейд разделял тревогу на три типа:

- реалистическую или объективную тревогу – то есть тревогу, связанную с реальной угрозой;
- невротическую тревогу – объект такой тревоги неизвестен, Он скорее заключается не во внешней опасности, как в случае реалистической тревоги, а во внутренней. Это тревога на тему того, что импульсы Ид вырвутся в зону осознания, и будут настолько сильными, что Эго не сможет их контролировать. Для невротической тревоги характерно «объективизирование». В этом случае человек использует любой объект для того, чтобы перевести невротическую тревогу в страх. Это происходит оттого, что тяжело ощущать необъяснимость тревоги, а намного проще выносить страх какого-то конкретного объекта.
- моральную тревогу – возникающую от ощущения угрозы, идущей от Супер-Эго, которая может быть, если последовать импульсам Ид. К такой угрозе можно отнести чувства вины или стыда [Карвасарский, 2002; Заворуева, 2007].

3. Фрейд говорил о том, что если давление на Эго становится очень сильным на фоне непримиримой борьбы между Ид и Супер-Эго, то возникает тревога. Если она сильна, то для защиты Эго от тревоги включаются защитные механизмы, такие как: вытеснение, проекция,

отрицание, замещение, рационализация, идентификация, изоляция, реактивное образование, регрессия, сублимация [Карвасарский, 2002]. Все эти механизмы, кроме сублимации, являются невротическими механизмами. Однако, хотя эти механизмы и призваны снизить чувство тревоги, фактически они не решают активно задач, связанных с возможной опасностью, и не являются эффективным способом избавления от тревоги, что в свою очередь приводит к развитию невротического состояния.

Тему тревоги в психоаналитическом направлении также освещала Карен Хорни. Она выделила *базальную тревогу*, выражающейся в чувстве собственной беспомощности, незначительности перед лицом большого и страшного мира. К.Хорни отмечала, что имеющаяся тревожность приводит к активному распространению невротического типа личности. Механизмами, позволяющими личности избежать тревоги, являются: рационализация, отрицание, и избегание мыслей, чувств и таких ситуаций, где можно пережить тревогу [Хорни, 2012].

Когнитивно-поведенческая теория. С точки зрения поведенческого подхода тревога – это результат выученного поведения. Например, родители кричали в детстве на ребенка, и при этом он испытывал страх. В будущем повышение тона голоса может вызывать тревогу у имеющего такой опыт человека. Соответственно, справиться с тревогой такого рода позволяет изменение привычного поведения. Достигается это путем экспозиции, когда постепенно, раз за разом человек соприкасается со своим страхом. В результате множественных повторений и осознания отсутствия катастрофического эффекта меняются привычные реакции. Дополнительно также используется принцип реципрокного торможения Вольпе, согласно которому нельзя одновременно испытывать и тревогу и несовместимые с ней эмоции (расслабление, злость, радость и т.д.). В терапевтических целях обычно используют расслабление, которое может достигаться за счет функциональных техник: дыхательных техник, прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону [Крейз, 2002]. За счет данных методов осуществляется десенсибилизация.

С точки зрения когнитивной теории когниции формируют то, как мы воспринимаем мир. При одном и том же триггере у двух разных людей могут наблюдаться различные реакции за счет разных автоматических мыслей и лежащих за ними глубинных убеждений. Согласно А. Беку, в основе тревоги лежат мысли о необходимости предвосхищения нежелательных событий в будущем, о собственной некомпетентности при необходимости соответствовать эталонам и о страхе отвержения. В данном подходе терапия проводится за счет изменения «неработающего» убеждения на новое помогающее убеждение [Харитонов, 2017].

Экзистенциальная теория. С точки зрения экзистенциального анализа тревога неразрывно связана с одной из четырех экзистенциальных данностей – со смертью. Серен Кьеркегор был одним из первых, кто разделил страх и тревогу, где первое – это «страх чего-либо», а второй – «страх ничто». Осознание конечности своей жизни приводит к страху стать ничем. Ирвин Ялом предложил работать с тревогой следующим образом: «смещать от ничто к нечто», переводя тревогу в конкретный страх, а затем исследовать те механизмы, с помощью которых клиент защищается от этого страха [Ялом, 2019].

Механизмы поддержания тревоги

Тревоги и страхи становятся устойчивыми и проблемными состояниями тогда, когда они поддерживаются определенными механизмами. Выделение такого рода механизмов является важным при работе с тревогой.

Тревога часто поддерживается за счет «охранительного поведения» [Лихи, 2018]. *Охранительное поведение* – это то, что фактически «защищает» человека от того, чтобы испытать тревогу. К формам охранительного поведения можно отнести: избегание, использование других людей в качестве помощников, ритуализация процесса, использование «амулетов» [Власов, 2019]. К позитивным моментам такого поведения относится то, что человек в моменте снижает уровень тревоги, так как не дает себе ее испытать. Но в долгосрочной перспективе это скорее приводит к проигрышу, так как не позволяет пациенту пережить эту тревожащую ситуацию и увидеть, что он в состоянии с ней справиться. Часто имеющие тревожно-фобические расстройства прибегают к такому поведению автоматически, но это значительно снижает эффективность терапии, поэтому терапевту очень важно выявлять эти формы охранительного поведения и применять соответствующие интервенции.

Трансактный аналитик Марк Видоусон отмечает, что избегание является одним из важных механизмов, формирующих тревогу. Он полагает, что избегание можно рассматривать с одной стороны как вариант пассивного поведения, с другой – в избегании есть и активный компонент, при котором совершается активный выбор в сторону снижения текущего или ближайшего дискомфорта. Избегание также напрямую связано со сценарием. При этом происходит избегание ситуаций, которые идут не по сценарию, т.к. есть риск столкнуться с подавленными чувствами, и испытать состояние «внесценарной неопределенности». Второй механизм, который поддерживает тревогу – это «замкнутый круг» тревоги, который как раз и поддерживается механизмом избегания. [Widdowson, 2014]. Для снижения тревоги тогда целесообразно прорабатывать избегание, возникающее в ходе терапии (например, методом экспозиции из КБТ).

В целом, к механизмам поддержания тревоги можно отнести:

- внешние источники тревоги (при существовании угроз, конфликтов, тяжелых ситуаций);
- внутренние источники тревоги (убеждения о себе и о мире);
- недостаток информации;
- мета-тревога или страх того, что будет страшно;
- охранительное поведение (избегание, контроль, ритуализация, амулеты);
- сверхбдительность и фокусировка на себе [Власов, 2019].

Соответственно, стратегия работы может быть направлена на работу с механизмами поддержания тревоги. Целесообразно обсуждать внешние источники тревоги и возможности изменения проблемных ситуаций, проводить работу по изменению внутренних убеждений, расширению доступной информации, охранительным поведением и развитием принятия и доверия происходящего.

Способы работы с тревогой

При построении психокоррекционной работы с тревогой в первую очередь стоит исключить на начальных этапах такие малоэффективные способы, как интерпретация и контроль. Интерпретация не работает, так как клиенту мало помогает в настоящем моменте осознание того, из-за чего возникла его проблема. К примеру, клиенту с социофобическими реакциями в реальной жизни и контакте с другими людьми мало поможет осознание того, что родители внушили ему страх перед другими с целью его уберечь. Методы, предполагающие анализ причин, по крайней мере на первых этапах работы могут оказаться малоэффективны. Второй неработающий способ – это контроль, описанный выше как форма охранительного

поведения.

На что тогда может быть направлена работа с тревогой? Тревога – это чувство, направленное в будущее. То есть мы тревожимся о том, что что-то произойдет или не произойдет. Соответственно, для работы с тревогой могут быть полезны техники, которые возвращают клиента в «здесь и теперь», а также развивают доверие и принятие происходящего

Методы экзистенциального анализа и логотерапии, направленные на активизацию ресурсов, позволяют стать открытыми по отношению к ситуациям. Это дает принятие ситуации и снижение тревоги, так как ситуация больше не воспринимается как угрожающая. Методы парадоксальной интенции, дерефлексии, метод изменения позиции позволяют прервать замкнутый круг тревоги, где симптом вызывает тревогу, а тревога в свою очередь усиливает симптом (например, покраснение вызывает страх покраснеть в следующий раз, а этот страх вызывает еще большее покраснение). Здесь метод парадоксальной интенции может звучать как намеренное предложение краснеть, как только возникнет страх покраснения, или намеренно показывать людям, как сильно он может краснеть. Задача этих методов не в том, чтобы работать с причиной, а в том, чтобы восстановить опоры и прервать замкнутый круг тревоги и помочь клиенту «быть, несмотря на наличие дефицитов» [Лэнгле, 2017, 26]. После решения задач, ориентированных на ресурсы, предлагается переходить к задачам второго уровня – ориентации на проблему. Эти методы направлены на переживание травматического опыта. Методы третьего уровня направлены на развитие потенциала Person, возможность человека ко встрече с собой и встречей с Другим.

По мнению Ролло Мэя, тревоги не удастся избежать совсем, Задача терапии скорее заключается в том, чтобы снизить тревогу до приемлемого уровня, при котором она сможет стать мобилизующей силой для борьбы с угрозой [Мэй, 2001]. Он относит к механизмам, защищающим нас от тревоги: компульсивное поведение; ригидность мышления; защитную псевдотревогу. В качестве способов совладания с тревогой названы расширение осознавая и переобучение. Также им отмечено, что человек готов идти сквозь тревогу, если для него ценность движения вперед превышает ценность бегства (или избегания). Это дает мишень для терапии через ценности человека и через ценность движения вперед. Проходя через тревогу, человек ищет и расширяет потенциал своего «Я».

Трансактные аналитики М. Виддоусон и Б. Джентелет предлагают использовать метод «парадоксального альянса» в работе с тревогой [Gentelet, Widdowson, 2016]. Суть данного метода заключается в том, чтобы:

- 1) принять симптом и вступить с ним в альянс (т.е. увидеть, что хорошего есть в этом симптоме и как он помог клиенту в свое время);
- 2) парадоксальное предписание относительно симптома, которое переводит неконтролируемое поведение в контролируемое.

В схеме работы с тревогой можно использовать парадоксальные приемы из стратегической терапии Дж.Нардонэ, которые во многом напоминают те, о которых говорят М. Виддоусон и Б. Джентелет [Нардоне, 2008]. В данном подходе терапия разделена на две части. Вначале терапевт проводит «деконтаминацию» Взрослого эго-состояния, что позволяет более спокойно и уверенно ощущать себя в жизни. Во второй части терапии происходит «деконфьюзия» Ребенка, сопровождавшаяся парадоксальными предписаниями (к примеру, предложение вызвать паническую атаку прямо сейчас, а не дожидаться, когда она начнется) [Gentelet, Widdowson, 2016].

По мнению Ричарда Эрскина, навязчивые мысли, компульсивные действия, повторения,

действия, подтверждающие сценарий, привычные чувства (то есть то, что типично для обсессивно-фобических расстройств) - это попытка структурировать жизнь из-за неудач в первичных значимых отношениях [Erskine, 2017]. Он подчеркивает, что для излечения от имеющихся проблем важен регрессивный анализ, при котором происходит не просто воспоминание о травматичном опыте, а иное, новое переживание с участием поддерживающей, заботливой и сильной фигуры терапевта, обеспечивающей безопасность.

Суммируя множество терапевтических подходов, целесообразно разделить два формата работы с тревожно-фобическими расстройствами (ТФР). Первый формат будет *направлен на терапию симптомов* (как правило, этот формат является более краткосрочным), Другой формат – это *терапии причины*, которая занимает обычно более длительный период времени.

В терапии симптома методы будут направлены на создание доверительных отношений и деконтаминацию Взрослого. В результате должны развиваться навыки нахождения в моменте «здесь и теперь», осознания триггеров и регулировки эмоционального состояния, а также развитие навыков решения жизненных задач и простраиванием опор. При наличии согласия пациента на длительную работу симптоматическая терапия может стать важным подготовительным этапом для терапии причины. В этом случае делается переконтрактирование на переход в иной, более глубокий формат психотерапевтической работы.

Ниже приведены те варианты работы с ТФР, где основное внимание направлено на описание более коротких вариантов психокоррекции, позволяющей быстрее проработать имеющиеся тревожные симптомы.

Коррекционная работа, направленная на терапию симптома

Этап 1. Создание доверительных отношений и диагностика проблемы:

- 1) Установление контакта. Создание безопасной обстановки.
- 2) Прояснение проблемы. Сбор информации о проблеме.

При этом задается ряд проясняющих вопросов: Что это за проблема? Какие мысли/ чувства/ ощущения/ поведенческие реакции возникают, когда наблюдается обозначенная проблема? Как бы вы могли описать проблему? Какую метафору вы бы могли использовать? В какие периоды проблема возникает? В какие она не возникает? В каких местах проблема возникает? В каких она не возникает? В чьем присутствии проявляется проблема? Что меняет проблема в вашей жизни? Что вам приходится делать по-другому? Какие способы решения проблемы вы уже пробовали? Участвуют ли другие специалисты в решении данной проблемы? Как вы узнаете, что достигли цели и проблема решена?

3). Прояснение истоков проблемы: Как вы считаете, что стало причиной вашей проблемы? / Как вы считаете, после чего стала появляться проблема?

- 4). Заключение административного контракта на работу.

Этап 2. Обсуждение целей работы и критериев ее достижения.

1). Формулировка цели терапии: Для четкого формулирования цели можно использовать НЛП-технику «Хорошо сформулированный результат». Она заключается в том, чтобы описать цель по следующим критериям: Что вы хотите достичь? Как вы узнаете, что достигли своей цели? Где, когда, как и с кем? Кто/ что вам поможет достичь цели? Почему вы не достигли цели раньше? Что изменится в вашей жизни, если вы достигнете цели? Что ценного вы получите для себя? [Боденхамер, Холл, 2021].

Помимо техники «Хорошо сформулированный результат» можно также использовать

«Волшебный вопрос» из ОРКТ [Михальский, 2016]

2). Обсуждение критериев достижения цели. Здесь могут использоваться варианты шкалирование - проблемного и желаемого состояния, применяемые в ОРКТ [Михальский, 2016].

Шкалирование проблемы: в данном случае можно использовать шкалу тревоги/страха/обозначенной проблемы: Как бы вы могли оценить по шкале от 0 до 10 уровень вашей тревоги? Какой уровень тревоги был бы для вас приемлем?

Шкалирование желаемого состояния: позволяет проследить путь, по которому обозначается выход в желаемое состояние. Если вместо тревоги желаемым будет спокойствие, то делается шкала спокойствия. Предлагается оценить по шкале от 0 до 10 уровень спокойствия сегодня, и описать текущее состояние (тело – эмоции – мысли - поведение): Как вы смогли попасть из 0 в текущее состояние? Опишите текущее состояние + 1 балл. Как вы поймете, что оказались там? Опишите состояние, когда будет «достаточно хорошо». Опишите состояние в 10 баллов.

Этап 3. Развитие навыков эмоционального регулирования.

Этот этап необходим для того, чтобы пациент в моменте учился регулировать свое эмоциональное состояние. Это, с одной стороны, помогает находиться в состоянии «здесь и сейчас», с другой будет помогать в дальнейшем, когда будет использоваться экспозиция. В данном случае возможно обучение дыхательным техникам, прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону, аутогенной тренировке [Крейз, 2002], техникам Mindfulness.

Этап 4. Работа с механизмами поддержания тревоги

1) На этом этапе целесообразно проведение работы с внутренними источниками тревоги (убеждения о себе и о мире). В КБТ-подходе идет обучение отслеживанию триггеров, вызывающих тревогу, оценке своих убеждений (и при необходимости их оспаривание), смене убеждений.

Используется *создание стандартного А-В-С-протокола* (где А – триггер, С – реакция, В – автоматическая мысль), при котором С проявляется в форме тревоги/страха. Для выявления В задается вопрос: «Как вам кажется, о чем вы могли подумать в ситуации А, чтобы испытать С?». Происходит остановка мыслительного процесса и преодоление избегания за счет формулирования автоматических мыслей [Холмогорова, 2016].

Выявление глубинных убеждений методом падающей стрелы. Для этого проясняют: «Почему мысль В вызывает эмоцию С?». Так проводится цепочка вопросов, пока не будет выявлено глубинное убеждение.

Переформулирование убеждения путем создания правдоподобной и выгодной альтернативы. Это новое убеждение будет впоследствии использоваться во время экспозиции, когда будет проговариваться эта новая мысль.

2) Работа с охранным поведением, в частности с избранием избегания. Для работы с избеганием используется *метод экспозиции* (поведенческая терапия), суть которого заключается в том, чтобы постепенно вводить клиента в «стрессовые» ситуации, в которых он бы учился их переживать и получать новый опыт преодоления страхов. Для этого собирается список страхов клиента. Затем создается градиент страхов с выстраиванием иерархии от наименьшего к наибольшему.

Другой вариант – *выяснение порочного круга и экспозиция к неадаптивным паттернам поведения.* Для этого задаются вопросы: Есть ли что-то, чего вы избегаете? Что именно вы делаете, чтобы справиться с беспокоящими вас симптомами? Затем составляется

последовательность сделанных действий с выявлением порочного круга тревоги. Также можно спросить: как это помогает в краткосрочной и долгосрочной перспективе?

После этого идет *поступательное погружение в пугающую ситуацию* от наименее страшной к наиболее страшной. Погружение может происходить сначала в фантазии, потом вживую. При погружении вначале шкалируется состояние, делается отметка приемлемого уровня тревоги. Затем происходит погружение в ситуацию. При превышении уровнем тревоги допустимой отметки используются уже выученные методы эмоционального регулирования (дыхание, расслабление). Также проговаривается новая когниция (новое правдоподобное и выгодное убеждение). Происходит многократная тренировка, за счет которой происходит десенсибилизация.

3) Работа с избеганием. Экспозиция в мыслях.

Используется упражнение стратегической терапии «Фантазия страха» с включением парадоксальных предписаний. Предлагается в течении 30 мин. стараться ощущать себя как можно хуже, концентрируясь на наихудших фантазиях и о самых наихудших страхах. По завершению этого времени возвращаясь к обычной жизни [Власов, 2019]. Данное упражнение позволяет: а) не избегать страха; б) повышать толерантность к тревожащим событиям; в) осознавать управляемость страхов.

Этап 5. Работа с опорами

На данном этапе в терапию можно включать техники телесно-ориентированной терапии. Это могут быть, к примеру, такие техники, как упражнения на «центрирование», упражнение «Ось» на развитие опор, а также упражнение «Водоросль», позволяющее заземлиться, почувствовать опоры и развить большую гибкость/адаптивность [Соловьева, 2022].

В терапию тревоги также можно добавить *ряд дополнительных техник*:

Например, для *развития навыков решения жизненных задач* может подойти упражнение на *разделение зон влияния*. Можно предложить в волнующей ситуации разделять события на 3 группы: 1) то, на что я могу влиять и что зависит только от меня; 2) то, на что я могу влиять частично; 3) то, на что я совсем не могу повлиять. Затем предложить клиенту фокусироваться на событиях из первых двух групп и ставить перед собой задачи, которые относятся к этим группам.

Целесообразно также *развивать способность к нюансировке состояний*. Здесь может помочь развитие умения видеть промежуточные состояния (не только полярные тревогу или спокойствие, но переходные между ними состояния). Для этого можно использовать, к примеру, рисуночную арт-технику «проблемного» и «желаемого состояния» (тревога и спокойствие), а затем нарисовать серию переходных состояний с дальнейшим обсуждением нарисованного. С этой же целью можно создать Ракетную Систему Тревоги и альтернативную ей Систему Автономии, используемые в транзактном анализе [Стюарт, Джойнс 2021].

Этап 6. Завершение работы

- 1). Подведение итогов терапии
- 2). В случае намерения продолжить терапию – заключение контракта на терапию причины.

Коррекционная работа, направленная на терапию причины

В случае переконтрактирования на длительную терапию может быть осуществлен переход ко второй части, направленной на *терапию причины*. Терапия причины будет направлена на работу в техниках транзактного анализа с Детским состоянием «Я» в состоянии регресса,

дающее возможность переживания травматичного опыта при поддержке Заботливого Родительского состояния.

Также на этом этапе можно использовать метод «Систематического экспериментального неподтверждения» [Widdowson, 2014] для работы со сценарием, стоящим за «порочным кругом» тревоги. Благодаря этому методу человек будет убеждаться на своем собственном опыте, что в его жизни и его опыте есть случаи, которые не укладываются в его сценарий.

Заключение

Различные формы тревожно-фобических расстройств являются одной из частых причин обращения за психолого-психотерапевтической помощью. Пациенты с этими расстройствами испытывают тревогу за себя и близких, страх перед будущим, трудности контроля событий, потерю веры в себя.

Подчеркивается важность различения формата терапии симптомов (как правило, более краткосрочной) и терапии причины, занимающую обычно более длительное время. Основной акцент сделан на описании более коротких вариантов психотерапевтической работы с симптомами тревоги.

Предложены 6 этапов работы с тревожными состояниями в интегративном подходе, включающем: транзактный анализ, техники когнитивно-бихевиоральной терапии, приемы стратегической терапии, нейролингвистического программирования, арт-терапии, элементы суггестивных техник, а также методы телесно-ориентированной терапии.

Отмечено, что включение интегративного коррекционного подхода может расширить возможности психотерапии различных тревожных расстройств невротического регистра.

Библиография

1. Боденхаммер Б., Холл Л.М. НЛП. Полный курс освоения базовых приемов. Litres, 2021. 590 с.
2. Власов Н.А. Краткосрочная психотерапия тревожных расстройств. М.: Психотерапия, 2019. 376 с.
3. Заворуева А.С. Психологические и социально-философские аспекты феноменов тревоги и страха (от Фрейда до Мадди) // Вестник РГГУ. Серия «Философия. Социология. Искусствоведение». 2007. № 2-3. С. 101-111.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. СПб.: Питер, 2002. 378 с.
5. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999. 240 с.
6. Крейз Р. Релаксация. М.: Фаир-пресс, 2002. 256 с.
7. Лихи Р. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой. СПб.: Питер, 2018. 400 с.
8. Лэнгле С. Терапевтические возможности методов логотерапии и экзистенциального анализа // Национальный психологический журнал. 2018. № 2 (30). С. 22-31.
9. Международная классификация болезней (МКБ). URL: <http://who-fic.ru/icd/>
10. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М., 2002. 596 с.
11. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь. М.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 632 с.
12. Михальский А.В. SFBT: Ориентированная на решение краткосрочная терапия. М.: ФОРУМ, 2016. 96 с.
13. Мэй Р. Смысл тревоги. М.: Класс, 2001. 384 с.
14. Нардоне Дж. Страх, паника, фобия. Краткосрочная терапия. М.: Психотерапия, 2008. 352 с.
15. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии. М.: Инфра-М, 1998. 525 с.
16. Перре М., Бауман У. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2012. 944 с.
17. Соловьева И.А. Работа с зависимостью и созависимостью: теория и практика. М., 2022. 396 с.
18. Стюарт И., Джойнс В. Современный транзактный анализ. М.: Метанойя, 2021. 445 с.
19. Харитонов С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой терапии. М.: Психотерапия, 2017. 176 с.
20. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? // Современная терапия психических расстройств. 2016. № 2. С. 16-21.
21. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. М., 2012. 256 с.
22. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М.: Айрис-пресс, 2004. 464 с.
23. Шейдер Р. Психиатрия. М.: Практика, 1998. 485 с.

24. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Класс, 2019. 576 с.
25. Barnhill J.W. Overview of Anxiety Disorders. 2020. URL: <https://www.msmanuals.com/ru-overview-of-anxiety-disorders>
26. Erskine R.G. Psychological function, relational needs, and transference resolution: Psychotherapy of an obsession // Transactional Analysis Journal. 2017. Vol. 31. № 4. P. 220-226.
27. Gentelet B., Widdowson M. Paradoxical alliances in transactional analysis psychotherapy for anxiety: A systematic adjudicated case study // Transactional Analysis Journal. 2016. Vol. 46. № 3. P. 182-195.
28. Widdowson M. Avoidance, vicious cycles, and experiential disconfirmation of script: Two new theoretical concepts and one mechanism of change in the psychotherapy of depression and anxiety // Transactional Analysis Journal. 2014. Vol. 44. № 3. P. 194-207.

Psychocorrection of anxiety in the integrative approach

Vladimir I. Esaulov

Assistant of the Department of Psychotherapy,
Pirogov Russian National Research Medical University,
117997, 1, Ostrovityanova str., Moscow, Russian Federation;
e-mail: v-esaulov@yandex.ru

Mariya A. Maricheva

Lecturer,
Institute of Psychotherapy and Clinical Psychology,
125047, 2, 22/24, Pervaya Miusskaya str., Moscow, Russian Federation;
e-mail: marichevamarina@mail.ru

Abstract

The aim of this report is to discuss the possibilities of integrative psychotherapy and counseling with people in various forms of anxiety. It is noted that various forms of anxiety-phobic and anxiety-depressive disorders are one of the common reasons for going to psychologists and psychotherapists. The physical, cognitive and behavioral foundations of anxiety states are described. The main theoretical views (biological, psychoanalytic, cognitive-behavioral, existential) on the nature of anxiety are considered. Options for psychotherapeutic interventions are noted for working with people who experience anxiety for themselves and their relatives, fear of an uncertain future, who have complaints about the loss of reliance in life, powerlessness and inability to control events, losing faith in themselves. The emphasis is made on the fact that it is important to distinguish between the therapy of symptoms (usually of a short duration) and the therapy of the cause, which usually takes a longer time. In the work the main focus is made on the description of shorter options of psychocorrectional work. Therapeutic work with anxiety in an integrative approach is proposed in this report, including: transactional analysis, cognitive-behavioral therapy techniques, strategic therapy techniques, neurolinguistic programming, art therapy, elements of suggestive techniques, as well as methods of body-oriented therapy. It is concluded that the inclusion of an integrative corrective approach can expand the possibilities of psychotherapy for various anxiety disorders of the neurotic register.

For citation

Esaulov V.I., Maricheva M.A. (2023) Psikhokorreksionnaya rabota s trevogoi v integrativnom podkhode [Psychocorrection of anxiety in the integrative approach]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 12 (5A-6A), pp. 56-69. DOI: 10.34670/AR.2023.32.70.005

Keywords

Anxiety, integrative approach, psychocorrection, psychotechnics, psychology.

References

1. Barnhill J.W. (2020) *Overview of Anxiety Disorders*. Available at: <https://www.msmanuals.com/ru-overview-of-anxiety-disorders> [Accessed 05/05/2023]
2. Bodenhamer B., Hall L.M. (2021) *NLP. Polnyi kurs osvoeniya bazovykh priemov* [The User's Manual for the Brain. The Complete Manual For NLP Practitioner Certification]. Litres.
3. Craze R. (2002) *Relaksatsiya* [Relaxation]. Moscow: Fair-press Publ.
4. Erskine R.G. (2017) Psychological function, relational needs, and transference resolution: Psychotherapy of an obsession. *Transactional Analysis Journal*, 31, 4, pp. 220-226.
5. Gentelet B., Widdowson M. (2016) Paradoxical alliances in transactional analysis psychotherapy for anxiety: A systematic adjudicated case study. *Transactional Analysis Journal*, 46, 3, pp. 182-195.
6. Horney K. (2012) *Nashi vnutrennie konflikty. Konstruktivnaya teoriya nevroza* [Our Inner Conflicts: A Constructive Theory of Neurosis]. Moscow.
7. Horney K. (2004) *Nevroticheskaya lichnost' nashego vremeni. Samoanaliz* [The Neurotic Personality of Our Time]. Moscow: Airis-press Publ.
8. Karvasarskii B.D. (2002) *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. St. Petersburg: Piter Publ.
9. Kharitonov S.V. (2017) *Rukovodstvo po kognitivno-povedencheskoi terapii* [Guide to Cognitive Behavioral Therapy]. Moscow: Psikhoterapiya Publ.
10. Kholmogorova A.B. (2016) Kognitivno-bikhevioral'naya terapiya «na grebne tret'ei volny»: revolyutsionnyi povorot ili novye aktsenty? [Cognitive behavioral therapy "on the top of the third wave": a revolutionary turn or new accents?]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv* [Modern therapy of mental disorders], 2, pp. 16-21.
11. Kociunas R. (1999) *Osnovy psikhologicheskogo konsul'tirovaniya* [Fundamentals of psychological counseling]. Moscow: Akademicheskii proekt Publ.
12. Langle S. (2018) Terapevticheskie vozmozhnosti metodov logoterapii i ekzistentsial'nogo analiza [Therapeutic possibilities of methods of logotherapy and existential analysis]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal* [National Psychological Journal], 2 (30), pp. 22-31.
13. Leahy R. (2018) *Svoboda ot trevogi. Sprav'sya s trevogoi, poka ona ne raspravilas' s toboi* [Anxiety Free: Unravel Your Fears Before They Unravel You]. St. Petersburg: Piter Publ.
14. May R. (2001) *Smysl trevogi* [The Meaning of Anxiety]. Moscow: Klass Publ.
15. Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. (2002) *Nevrozologiya i psikhosomaticheskaya meditsina* [Neurology and psychosomatic medicine]. Moscow.
16. Meshcheryakov B.G., Zinchenko V.P. (2003) *Bol'shoi psikhologicheskii slovar'* [Big psychological dictionary]. Moscow: PrAIM-EVROZNAK Publ.
17. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (MKB)* [International Classification of Diseases (ICD)]. Available at: <http://who-fic.ru/icd/> [Accessed 05/05/2023]
18. Mikhail'skii A.V. (2016) *SFBT: Orientirovannaya na reshenie kratkosrochnaya terapiya* [SFBT: Solution Oriented Brief Therapy]. Moscow: FORUM Publ.
19. Nardone J. (2008) *Strakh, panika, fobiya. Kratkosrochnaya terapiya* [Fear, panic, phobia. short term therapy]. Moscow: Psikhoterapiya Publ.
20. Perret M., Baumann W. (2012) *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical psychology]. St. Petersburg: Piter Publ.
21. Petrovskii A.V., Yaroshevskii M.G. (1998) *Osnovy teoreticheskoi psikhologii* [Fundamentals of theoretical psychology]. Moscow: Infra-M Publ.
22. Scheider R. (1998) *Psikhiatriya* [Psychiatry]. Moscow: Praktika Publ.
23. Solov'eva I.A. (2022) *Rabota s zavisimost'yu i sozavisimost'yu: teoriya i praktika* [Working with addiction and codependency: theory and practice]. Moscow.
24. Stewart I, Joines V. (2021) *Sovremennyyi transaktnyi analiz* [Modern Transactional Analysis]. Moscow: Metanoiya Publ.
25. Vlasov N.A. (2019) *Kratkosrochnaya psikhoterapiya trevozhnykh rasstroistv* [Short-term psychotherapy for anxiety]

-
- disorders]. Moscow: Psikhoterapiya Publ.
26. Widdowson M. (2014) Avoidance, vicious cycles, and experiential disconfirmation of script: Two new theoretical concepts and one mechanism of change in the psychotherapy of depression and anxiety. *Transactional Analysis Journal*, 44, 3, pp. 194-207.
27. Yalom I. (2019) *Ekzistentsial'naya psikhoterapiya* [Existential Psychotherapy]. Moscow: Klass Publ.
28. Zavorueva A.S. (2007) Psikhologicheskie i sotsial'no-filosofskie aspekty fenomenov trevogi i strakha (ot Freida do Maddi) [Psychological and socio-philosophical aspects of the phenomena of anxiety and fear (from Freud to Maddy)]. *Vestnik RGGU. Seriya «Filosofiya. Sotsiologiya. Iskusstvovedenie»* [Bulletin of the Russian State Humanitarian University. Series "Philosophy. Sociology. Art Criticism"], 2-3, pp. 101-111.