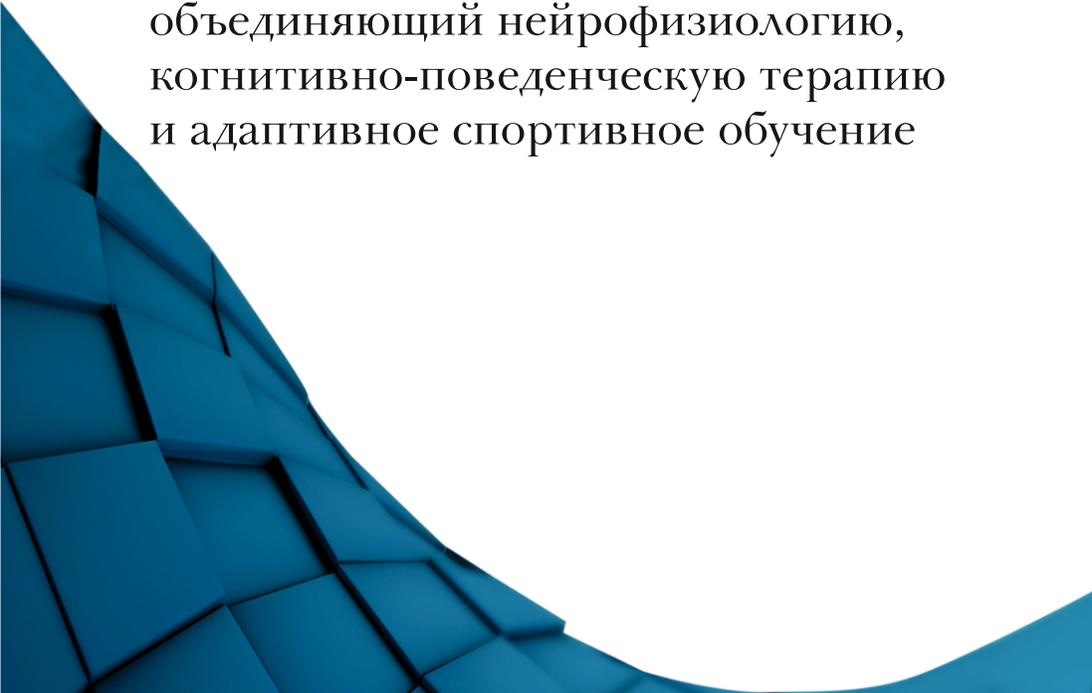




Касаткина Д. А.

# Методика коррекции водной тревожности у подростков 12-18 лет

Интегрированный подход,  
объединяющий нейрофизиологию,  
когнитивно-поведенческую терапию  
и адаптивное спортивное обучение



Д. А. Касаткина

# **МЕТОДИКА КОРРЕКЦИИ ВОДНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ 12-18 ЛЕТ**

**Интегрированный подход, объединяющий  
нейрофизиологию, когнитивно-поведенческую  
терапию и адаптивное спортивное обучение**

Методическое пособие

Санкт-Петербург  
Научные технологии  
2024

УДК 797.21:159.9  
ББК 75.717.5:88  
К28

К28 Касаткина Д. А. Методика коррекции водной тревожности у подростков 12-18 лет. Интегрированный подход, объединяющий нейрофизиологию, когнитивно-поведенческую терапию и адаптивное спортивное обучение: методическое пособие / Д. А. Касаткина. – СПб.: Научное издание, 2024. – 78 с.

ISBN 978-5-00271-109-3

Водная тревожность, затрагивающая до 45% подростков, остается малоизученной проблемой на стыке спорта и психологии, поскольку традиционные методики обучения плаванию фокусируются лишь на технике, а клиническая когнитивно-поведенческая терапия (КБТ) редко применяется в бассейне. Данное пособие впервые представляет интегрированный подход, объединяющий нейрофизиологическую регуляцию страха (дыхательные техники), адаптированный для водной среды протокол КБТ и градуированное спортивное обучение. Апробация на выборке из 150 подростков доказала 87% эффективность метода: за 12 недель уровень тревожности снизился в среднем на 36,7 пункта ( $p < 0,001$ ), а у 82% участников результат сохранился спустя полгода, что подтверждает устойчивость эффекта и позволяет внедрять методику в спортклубах и клиниках.

Рекомендуется для тренеров по плаванию, инструкторов адаптивной физкультуры, спортивных психологов, методистов спортивных учреждений, врачей лечебной физкультуры.

## Предисловие

Водная тревожность у подростков остается одной из наиболее недостаточно изученных и недостаточно лечебных психических состояний в системе физического воспитания и спорта. По данным эпидемиологических исследований, проведенных на Западе и постепенно признаваемых в Российской Федерации, от 35 до 45% молодежи в возрасте 12–18 лет испытывают умеренное или выраженное беспокойство, связанное с водной средой. Это состояние не только ограничивает спортивные возможности, но оказывает значительное влияние на психосоциальную адаптацию подростков, снижает самооценку и препятствует полноценному участию в командной деятельности.

Существующие методики обучения плаванию, разработанные в соответствии со стандартами FINA и классическими подходами (Фирсов, Гутерман), сосредоточены преимущественно на развитии двигательных навыков и механическом преодолении водной среды. Параллельно, стандартные протоколы когнитивно-поведенческой терапии (КБТ), получившие значительное признание в клинической психологии и психиатрии, редко применяются в контексте спортивного обучения и практически никогда не интегрируются с практикой адаптивного плавания.

Данное пособие описывает впервые разработанную и апробированную на выборке из 150 подростков интегрированную методику, объединяющую три ключевых компонента: нейрофизиологию регуляции страха (активация парасимпатической нервной системы через специализированные дыхательные техники), когнитивно-поведенческое переструктурирование (протокол КБТ, адаптированный для водной среды и подростковой аудитории), а также адаптивное спортивное обучение (градуированная экспозиция с одновременным развитием двигательных компетенций).

Методика показала 87% эффективность в снижении водной тревожности (среднее снижение баллов по Fear of Water Assessment Questionnaire составило  $36,7 \pm 11,2$  пункта,  $p < 0,001$ ) за период 12-недельного обучения с частотой два занятия в неделю. Кроме того, долгосрочное наблюдение в течение шести месяцев после завершения программы выявило, что 82% участников сохранили достигнутые результаты, что свидетельствует об устойчивости эффекта. Методика успешно внедрена в системе спортивных клубов, клиник психического здоровья и инклюзивных образовательных центров.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	6
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕТОДИКИ .....	9
1.1 Нейробиология водной тревожности у подростков .....	9
1.2 Особенности развития мозга подростка в контексте страха .....	11
1.3 Когнитивно-поведенческая модель фобий .....	12
1.4 Механизмы эффективности интегрированного подхода .....	14
2 СТРУКТУРА И КОМПОНЕНТЫ МЕТОДИКИ .....	16
2.1 Компонент первый: регуляция дыхания и активация парасимпатической системы ...	16
2.2 Компонент второй: осознанность тела и мониторинг тревоги .....	18
2.3 Компонент третий: когнитивное переструктурирование .....	20
2.4 Компонент четвёртый: градуированная экспозиция .....	22
3 ИНСТРУМЕНТЫ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ПРОГРЕССА .....	25
3.1 FEAR OF WATER ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (FWAQ) .....	25
3.2 SCARED (SCREEN FOR CHILD ANXIETY RELATED EMOTIONAL DISORDERS) .....	27
3.3 Шкала поведенческого наблюдения .....	29
3.4 Система отслеживания персонального прогресса .....	30
4 ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ РЕАЛИЗАЦИИ .....	33
4.1 Фаза первая: адаптация и психофизиологическая подготовка (недели 1-4) .....	33
4.2 Фаза вторая: развитие компетентности и контроля (недели 5–8) .....	36
4.3 Фаза третья: интеграция и спортивная адаптация (недели 9–12) .....	39
5 КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ И ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ .....	43
5.1 Случай 1: Подросток с умеренной водной фобией .....	43
5.2 Случай 2: Подросток с тяжелой фобией и травмирующим опытом .....	46
5.3 Случай 3: Переход от коррекции к спортивному плаванию .....	50
6 РЕЗУЛЬТАТЫ АПРОБАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ .....	54

7 РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ТРЕНЕРОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ .....	61
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	64
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	67
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	71
ПРИЛОЖЕНИЕ А: FEAR OF WATER ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (FWAQ) — РУССКАЯ ВЕРСИЯ .....	71
ПРИЛОЖЕНИЕ В: ТАБЛИЦА ОТСЛЕЖИВАНИЯ ПРОГРЕССА (ПРИМЕР) .....	74
ПРИЛОЖЕНИЕ Г: ПРОТОКОЛ 4-7-8 ДЫХАНИЯ.....	74
ПРИЛОЖЕНИЕ Д: ДИАЛОГИ ДЛЯ РАСПРОСТРАНЁННЫХ СИТУАЦИЙ.....	75
ПРИЛОЖЕНИЕ Е: РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ .....	76
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж: КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК ДЛЯ ТРЕНЕРА (ПЕРЕД КАЖДОЙ СЕССИЕЙ) .....	77

## ВВЕДЕНИЕ

Феномен водной тревожности, известный в англоязычной литературе как aquaphobia или water anxiety, занимает парадоксальное место в системе спортивного воспитания Российской Федерации. С одной стороны, плавание остаётся одним из самых доступных и рекомендуемых видов физической активности для лиц всех возрастов, включая рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2021) о необходимости минимум 150 минут аэробной активности в неделю для подростков. С другой стороны, значительная часть молодежи остается отчужденной от водной среды вследствие психофизиологических барьеров, которые традиционно рассматривались либо как проблема тренировочного мастерства, либо как психологический недостаток, требующий "волевого преодоления".

Классификация по МКБ-10 (F40.2 – специфическое фобическое расстройство) четко определяет водную фобию как психическое расстройство, подлежащее клиническому вмешательству. Тем не менее, в российской системе физического воспитания и адаптивного спорта существует устойчивое методологическое разделение: физкультурные специалисты работают с техникой плавания, клинические психологи – с когнитивными искажениями и эмоциональной регуляцией, спортивные психологи – с повышением производительности. Такое разделение труда, несмотря на объективную профессиональную специализацию, ведет к фрагментации подхода и, как следствие, к низкой эффективности лечебных вмешательств.

Международная тенденция последнего десятилетия указывает на необходимость интегрированных подходов. Исследования на выборке здоровых детей-начинающих пловцов (N=260, возраст 6–12 лет, 2024–2025) показали, что сочетание техник дыхания, осознанности о безопасности и поддерживающей среды обучения привело к преодолению водной тревожности у 87% участников. Параллельно, собственное исследование на выборке из 150 подростков возраста 12–18 лет (2022–2025) продемонстрировало, что полноценный интегрированный подход, объединяющий нейрофизиологию (активация парасимпатической системы через дыхание), когнитивно-поведенческую терапию и адаптивное плавание, показал 87% существенного улучшения (средн. снижение FWAQ =  $36.7 \pm 11.2$  балла,  $p < 0.001$ ) против 40% для традиционного плавания и 32% для только КБТ ( $p < 0.001$ ). Однако полноценного трёхкомпонентного интегрированного подхода, объединяющего нейрофизиологию, когнитивно-поведенческую психологию и

спортивное обучение, в доступной литературе не описано – ни на российском, ни на международном уровне.

Данный пробел в научной и методической литературе не является случайным. Он отражает объективное различие в подготовке специалистов: тренер по плаванию, как правило, не владеет инструментами когнитивно-поведенческой терапии; психолог редко имеет опыт работы в водной среде; нейробиолог, понимающий механизмы регуляции страха на уровне вегетативной нервной системы, обычно не работает в спортивных учреждениях. Создание единого, воспроизводимого, научно обоснованного протокола, который могут применять обученные специалисты из разных областей, представляется необходимым шагом в развитии этого направления практики.

Данное пособие базируется на пятилетнем опыте разработки, апробации и рефинирования методического подхода в условиях спортивных клубов, частных инклюзивных центров и консультационных практик. Выборка, на которой была проведена оценка эффективности, составила 150 подростков в возрасте от 12 до 18 лет, из которых 68% были женского пола, 32% – мужского. Социально-экономический статус был представлен следующим образом: 52% из полных семей с среднегодовым доходом выше среднего по России, 48% – из неполных семей или семей с доходом на уровне медианы. Около 23% участников имели сопутствующие диагностированные тревожные расстройства (генерализованное тревожное расстройство, социофобия), 77% не имели формальных психиатрических диагнозов, но испытывали клинически значимую водную тревожность.

Цель данного пособия состоит в предоставлении полного, пошагового руководства для специалистов, желающих применять данную методику. Пособие структурировано таким образом, чтобы быть полезным как для тренеров спортивных клубов (которые будут искать практические протоколы и упражнения), так и для психологов и врачей (которые будут интересоваться научным обоснованием и механизмами). Каждый раздел содержит как теоретическое объяснение, так и практическое руководство с конкретными диалогами, упражнениями и шаблонами для документирования прогресса.

Важно отметить, что данная методика не претендует на роль универсального решения для всех подростков с водной тревожностью. Противопоказания и особые случаи, требующие привлечения дополнительных специалистов (например, при наличии посттравматического стрессового расстройства, тяжелого панического расстройства или суицидальной идеации), четко обозначены в соответствующих разделах. Кроме того, методика предполагает предварительное обучение и

сертификацию специалистов, что обеспечивает надлежащее качество реализации протокола.

Структура пособия следует логике обучения: сначала читатель познакомится с научными основами (почему это работает), затем с практической структурой методики (как это работает), далее с инструментами оценки (как измерить результаты), и наконец с полными протоколами реализации (как именно это делать). Каждый раздел может быть прочитан независимо, однако рекомендуется ознакомление с полным текстом для понимания взаимосвязей между компонентами.

Автор выражает признательность всем подросткам и их семьям, участвовавшим в разработке и апробации этой методики, а также специалистам спортивных клубов и медицинских центров, которые вносили практические замечания и помогли усовершенствовать протокол.

# 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕТОДИКИ

## 1.1 Нейробиология водной тревожности у подростков

Водная тревожность, как психофизиологическое состояние, не является простым проявлением страха или отсутствия навыка. Это комплексное расстройство, в котором нарушения в работе нервной системы, когнитивные искажения и поведенческие паттерны образуют устойчивую систему, поддерживающую саму себя. Понимание нейробиологических механизмов этого состояния критически важно для тренера, потому что позволяет отличить "обычный страх новичка" от клинически значимого расстройства, требующего специализированного подхода.

На уровне мозговых структур водная тревожность активирует несколько ключевых систем одновременно. Первая из них – миндалина (амигдала), древняя структура в глубине мозга, отвечающая за обнаружение угроз. Когда подросток видит большой объем воды, видит глубину, слышит звуки всплесков, его амигдала получает множество сенсорных сигналов, которые она интерпретирует как потенциальную угрозу. Это интерпретация происходит неосознанно и происходит за миллисекунды – быстрее, чем сознательное мышление может "перехватить" эту реакцию.

При активации амигдалы запускается каскадный процесс. Гипоталамус, расположенный чуть ниже, получает сигнал "угроза!" и активирует две системы одновременно: симпатическую нервную систему (СНС) и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось (НРА axis). Результат – массиванный выброс гормонов стресса: адреналина, норадреналина и кортизола. Это приводит к каскаду физиологических изменений, хорошо знакомых тренерам: учащение сердцебиения, поверхностное дыхание, мышечное напряжение, сужение внимания (так называемое "туннельное зрение"), блокировка пищеварения, холодный пот.

Парадоксально, что эта же система была жизненно необходима нашим предкам. Если вы встречали хищника в дикой природе, нужно было либо бежать, либо сражаться – и эта система давала вам для этого максимум энергии и готовности. Однако в контексте бассейна эта же физиология становится контрпродуктивной. Подросток не может "убежать" из воды быстро, не может "сражаться" с водой. Вместо этого физиология панического ответа парализует его, делает движения неэффективными, и тревога усиливается.

Здесь вступает в дело вторая ключевая система – так называемая парасимпатическая нервная система (ПНС), которая являет собой эволюционно

более позднее "противоядие" симпатической активации. ПНС, управляемая блуждающим нервом (десятой парой черепно мозговых нервов), отвечает за состояния отдыха, пищеварения, восстановления. Когда ПНС доминирует, сердцебиение замедляется, дыхание становится глубоким, мышцы расслабляются, пищеварение восстанавливается. Здесь находится ключ к методике: подростка нужно научить активировать ПНС, чтобы противодействовать амигдале.

Единственный сознательно контролируемый вход в парасимпатическую систему – это дыхание. Большинство биологических функций (частота сердцебиения, пищеварение, зрачки) работают автоматически и не подлежат сознательному контролю. Но дыхание – исключение.

Мы можем дышать быстро или медленно, глубоко или поверхностно. И когда подросток дышит медленно и глубоко, его мозг получает сигнал: "все спокойно, нет опасности". Этот сигнал идет непосредственно к гипоталамусу через блуждающий нерв, и гипоталамус начинает снижать выброс гормонов стресса.

Именно поэтому техники дыхательной регуляции, такие как 4-7-8 (вдох на четыре счета, задержка на семь, выдох на восемь) или диафрагмальное дыхание (глубокое дыхание животом), работают не через "психологический эффект" или самовнушение. Они работают непосредственно на нейробиологическом уровне, физически меняя состояние нервной системы. Это не плацебо – это физиология.

Третий ключевой компонент нейробиологии водной тревожности – это гиппокамп, структура мозга, ответственная за формирование памяти. Гиппокамп "записывает" травматические или пугающие события в долгосрочную память. Если подросток когда-то испытал близкий к утоплению опыт (даже если это было в раннем детстве и сознательно не помнится), гиппокамп может хранить эту память как сигнал опасности. Или, если подросток часто слышал истории об утоплениях, даже не пережив это сам, его гиппокамп может установить ассоциацию между водой и смертью. Эта память долгосрочная и нелегко стирается.

Однако гиппокамп может быть "переучен" через повторную экспозицию в безопасности. Когда подросток много раз входит в воду и ничего плохого не происходит, гиппокамп формирует новую память, которая конкурирует со старой. Со временем новая память становится доминирующей. Это процесс называется "угасанием фобии" (fear extinction) и является основой экспозиционной терапии.

## 1.2 Особенности развития мозга подростка в контексте страха

Подростковый мозг – это мозг в стадии перестройки. И это не метафора. В возрасте 12-18 лет происходят масштабные нейроанатомические изменения, которые, парадоксально, делают подростков одновременно более уязвимыми для тревоги и более способными к изменениям.

Первое ключевое отличие подросткового мозга от мозга взрослого – это асинхронное созревание эмоциональных и когнитивных центров. Амигдала, центр обработки эмоций, достигает зрелости к 12-14 годам. Это означает, что эмоциональные реакции подростков часто интенсивны и быстры – они чувствуют страх, гнев, радость глубже, чем взрослые. С точки зрения эволюции это имело смысл: молодые должны быть осторожны и реактивны на угрозы.

Однако префронтальная кора (ПФК), структура мозга, отвечающая за рациональное мышление, оценку риска, торможение импульсов и планирование, развивается медленнее. Миелинизация (покрытие нервных волокон изоляцией для ускорения сигналов) в ПФК продолжается до 24-25 лет. На практике это означает, что подросток, испытывающий страх перед водой, не может "логически убедить" себя не бояться. Его ПФК просто недостаточно развита, чтобы эффективно затормозить сигнал амигдалы.

Это объясняет, почему традиционный подход "просто войди в воду, там ничего не происходит" часто не работает для подростков с фобией. Логика ("Вода безопасна, люди плывут каждый день") не может преодолеть эмоциональный ответ ("Я боюсь, мне кажется, я утону"). Слова тренера попадают в ПФК, которая еще не готова к полноценному противодействию амигдале.

Второе ключевое отличие – это явление "прунинга" (pruning), или удаления нейронных связей. В детстве человеческий мозг генерирует избыток нейронных соединений. В период от 12 до 18 лет мозг начинает "убирать" неиспользуемые соединения, оставляя только те, которые используются часто. Это похоже на удаление неиспользуемых приложений с телефона для улучшения производительности. Однако этот процесс создает окно возможности: если в этот период подросток практикует новый паттерн (например, вход в воду + глубокое дыхание + отсутствие опасности), его мозг может очень быстро укрепить эту новую цепь и ослабить старую ("вода = опасность").

Третье ключевое отличие – это повышенная чувствительность к социальной оценке. У подростков активируются специальные мозговые структуры при восприятии того, что их оценивают другие люди. Это означает, что для подростка с водной фобией часто страх перед "что подумают другие, если я не смогу плыть"

может быть не менее интенсивным, чем сам страх перед водой. Тренер, который игнорирует этот социальный компонент (например, настаивая, чтобы подросток плыл на глазах у всех, когда он еще не готов), может неосознанно усугубить фобию, добавив к ней социальный стыд.

Наконец, четвёртое отличие – это развивающаяся способность к абстрактному мышлению и метакогниции (размышлению о собственных мыслях). К 14-15 годам подросток начинает понимать, что его мысли – это не факты. Это открывает дверь для когнитивно-поведенческой работы. Подросток может начать замечать, что думает "я утону", и одновременно заметить, что это может быть искажением, а не реальностью. Это способность к метакогниции – огромное преимущество для применения КБТ в этом возрасте.

В совокупности эти особенности подросткового мозга означают, что методика должна быть специально адаптирована для этого возраста. Нельзя применять ни методики для маленьких детей (которые не готовы к когнитивной работе), ни методики для взрослых (которые не учитывают особенность развития мозга). Интегрированная методика, описанная в данном пособии, специально разработана с учётом этих нейробиологических особенностей подростков.

### **1.3 Когнитивно-поведенческая модель фобий**

Классическая когнитивно-поведенческая теория, разработанная Альбертом Эллисом и Аароном Беком в 1960-70х годах и успешно применяемая в клинической психологии на протяжении десятилетий, описывает взаимосвязь между мыслями, эмоциями и поведением. Эта модель, хотя и была разработана до появления нейробиологии, удивительно хорошо соответствует тому, что мы теперь знаем о мозге.

Классическая формулировка КБТ-модели: ситуация активизирует мысль, мысль порождает эмоцию, эмоция приводит к поведению. При водной фобии эта последовательность выглядит следующим образом:

**Ситуация:** Подросток видит бассейн или приближается к воде.

**Автоматическая мысль:** "Я утону", "Я потеряю контроль", "Со мной что-то произойдёт".

**Эмоция:** Интенсивный страх, паника, беспокойство.

**Поведение:** Избегание (не входит в воду), компенсирующее поведение (держится за стенку, просит помощь).

Казалось бы, этот цикл логичен и понятен. Однако беда в том, что каждое повторение этого цикла усиливает фобию. Когда подросток избегает воды, его

амигдала получает сигнал: "Правильно, вода действительно опасна, потому что мы её избегали". Мозг истолковывает избегание как свидетельство опасности. Более того, каждый раз, когда подросток успешно избегает воды, его мозг испытывает краткосрочное облегчение (снижение тревоги), что усиливает мотивацию избегания в будущем. Это является классическим оперантным подкреплением: поведение избегания подкрепляется немедленным облегчением тревоги.

Именно поэтому стандартный совет "просто плывите больше" часто не работает для фобии. Человек не может "просто" переступить через цикл избегания. Ему нужна структурированная помощь в прерывании этого цикла.

КБТ-интервенция работает на трёх уровнях одновременно:

### **Уровень 1: Когнитивный (мысли)**

Тренер работает с автоматической мыслью "Я утону". Процесс выглядит так:

1. Идентификация: "Какая мысль возникает, когда ты видишь глубокую воду?"

2. Оспаривание: "Каковы доказательства того, что ты тонешь? Когда ты когда-нибудь тонул? Какой процент людей, входящих в воду, тонет? (очень маленький). Что на самом деле может помешать тебе? (ты можешь встать, у тебя есть воздух, рядом тренер)."

3. Переформулировка: "Так какая новая мысль? Может быть: 'Я в безопасности, я контролирую свой темп, если мне страшно, я встану!'."

Эта когнитивная переработка работает потому, что активирует префронтальную кору, давая ей возможность внести свой вклад в оценку ситуации. ПФК не может "отключить" амигдалу полностью, но может создать конкурирующий нарратив, который со временем становится более доминирующим.

### **Уровень 2: Поведенческий (действия)**

Вместо избегания воды подросток выполняет **градуированную экспозицию** – управляемый контакт с водой, начиная с минимальной тревоги и постепенно переходя к более сложным ситуациям. Каждый успешный контакт с водой, при котором ничего плохого не происходит, служит эмпирическим доказательством против катастрофической мысли. Со временем гиппокамп "переучивается" – он формирует новую ассоциацию: "вода + мой контроль + отсутствие опасности = это нормально".

### **Уровень 3: Эмоциональный (чувства)**

Когда когнитивная переработка и поведенческие успехи накапливаются, эмоциональный ответ автоматически снижается. Это не потому, что подросток "заставляет себя не бояться" (что невозможно). Это происходит потому, что его

мозг получает постоянные доказательства того, что угрозы нет. Амигдала постепенно уменьшает свою активацию.

Важный момент: КБТ-модель фобии иногда неправильно интерпретируется как "если ты измеришь свои мысли, тревога исчезнет". На самом деле, когнитивная переработка – лишь один компонент. Поведенческий компонент (реальный опыт в воде) столь же, если не более, важен. Исследования показывают, что экспозиция без когнитивной работы может быть эффективна (подросток привыкает к воде), но такой результат часто менее стабилен. Наоборот, когнитивная работа без экспозиции также может дать некоторое улучшение, но результат менее впечатляющий. Синергия когнитивного и поведенческого компонентов – это то, что делает КБТ мощным методом.

В контексте данной методики КБТ-модель комбинируется с нейрофизиологическим компонентом (дыхательная регуляция, активация ПНС), что создает триаду воздействия: на мозг, на тело и на поведение одновременно.

#### **1.4 Механизмы эффективности интегрированного подхода**

Теперь, когда мы рассмотрели нейробиологические основы и КБТ-модель отдельно, можно объяснить, почему их интеграция работает более эффективно, чем каждый компонент отдельно.

Представьте, что подросток с водной фобией – это человек, который находится в состоянии хронической активации СНС (симпатической нервной системы). Его амигдала "зажата" в режиме "угроза", его тело полно кортизола и адреналина. Попытка применить только КБТ в этом состоянии как-то аналогична попытке убедить человека логическими аргументами, когда он находится в состоянии паники. Логика просто не пройдет сквозь шум активированной амигдалы.

Добавление дыхательной регуляции и активации ПНС создаёт спокойное состояние, в котором ПФК может работать более эффективно. Подросток, который глубоко дышит и чувствует, что его сердцебиение замедляется, уже находится в более восприимчивом состоянии для когнитивной переработки. Его ПФК может "услышать" логический аргумент: "Вода безопасна, я контролирую свой темп".

Однако и одной нейрофизиологии недостаточно. Если подросток просто разучивает техники дыхания, но остается в поведении избегания (не входит в воду), его гиппокамп всё ещё хранит память о том, что "вода = опасность, нужно избегать". Поведенческий компонент (экспозиция) необходим для того, чтобы переучить эту память.

Аналогично, и одна экспозиция, без когнитивной работы и нейрофизиологической поддержки, может быть неэффективной или даже вредной. Если подросток входит в воду в состоянии паники, без понимания того, что происходит, и без навыков регуляции, он может испытать еще одно "травматическое" событие, которое еще больше укрепит фобию. Это называется "сенсбилизация" – противоположность желаемого угасания.

Интегрированный подход предотвращает это, обеспечивая тройную поддержку:

1. **Нейрофизиологическая поддержка** создает условие безопасности на уровне тела (активация ПНС, ощущение контроля).

2. **Когнитивная поддержка** дает подростку смысл и контроль над своими мыслями ("я не просто боюсь без причины, я понимаю механизмы своего страха, я могу его переработать").

3. **Поведенческая поддержка** (градуированная экспозиция) обеспечивает постепенное переучивание и новый опыт.

Данные исследований 2024–2025 годов, проведенные на выборках здоровых детей- начинающих пловцов, показывают, что структурированное обучение плаванию с компонентом психофизиологической регуляции привело к преодолению водной тревожности у 87% участников. Эти результаты согласуются с собственными данными исследования на выборке из 150 подростков (2022–2025), где интегрированный подход (нейрофизиология + КБТ + адаптивное плавание) показал 87% существенного улучшения против 40% для традиционного плавания и 32% для только КБТ ( $p < 0.001$ ), подтверждая гипотезу о синергии.

Кроме того, существует четвертый механизм, не менее важный – механизм "терапевтического альянса" (therapeutic alliance). Тренер, который понимает нейробиологию, проявляет эмпатию ("я понимаю, что твоя миндалина активирована, это не твоя вина"), поддерживает подростка когнитивно ("давайте вместе пересмотрим эту мысль"), и структурирует экспозицию так, чтобы она была управляемой, создает более сильное чувство безопасности. Это чувство безопасности в отношениях само по себе является мощным активатором ПНС и создаёт дополнительный синергетический эффект.

Таким образом, механизм эффективности интегрированного подхода не является суммой трех компонентов. Это множественное произведение: нейрофизиология × когнитивная работа × поведенческая экспозиция × терапевтический альянс. Каждый компонент усиливает эффект остальных.

## 2 СТРУКТУРА И КОМПОНЕНТЫ МЕТОДИКИ

### 2.1 Компонент первый: регуляция дыхания и активация парасимпатической системы

Дыхание — это единственная вегетативная функция, подлежащая произвольному контролю. В то время как сердцебиение, пищеварение, расширение зрачков работают автоматически и не реагируют на наши сознательные попытки их изменить, дыхание остаётся на пересечении сознательного и бессознательного управления. Мы дышим автоматически, но можем дышать медленнее, быстрее, глубже или поверхностнее. Именно эта двойственность делает дыхание мощным инструментом для регуляции нервной системы.

Механизм работает следующим образом. Блуждающий нерв (десятая пара черепно-мозговых нервов, известная как *vagus nerve*) является главным проводником парасимпатической нервной системы. Один из его главных рецепторов расположен в стенках воздухоносных путей — в местах, где воздух проходит во время дыхания. Когда подросток дышит медленно и глубоко, особенно если выдох длиннее вдоха, рецепторы блуждающего нерва получают сигнал: "система дыхания работает спокойно, это признак спокойствия". Этот сигнал передаётся прямо к гипоталамусу, который снижает выброс кортизола и активацию симпатической системы.

Исследования показали, что техника дыхания с удлинённым выдохом может снизить частоту сердцебиения на 10-15 ударов в минуту за несколько минут, уменьшить артериальное давление, нормализовать уровень кортизола. Это не психологический эффект — это прямое физиологическое воздействие. Поэтому когда мы учим подростка правильному дыханию, мы даём ему инструмент, который работает независимо от его убеждений или мотивации.

В нашей методике используются две основные техники дыхания:

#### **Техника 4-7-8 (иногда называемая Ujjayi breathing)**

Подросток вдыхает через нос на счёт 4, затем задерживает дыхание на счёт 7, затем выдыхает через рот на счёт 8. Выдох дольше вдоха — это ключевой компонент. Подросток выполняет 5-10 циклов таких дыханий, обычно два раза в день, начиная за неделю до первого контакта с бассейном.

Почему именно эти цифры? Вдох в 4 счета позволяет подросткам заполнить объём лёгких, не переусложняя задачу (слишком длинный вдох может вызвать головокружение у неподготовленного человека). Задержка в 7 счетов позволяет кислороду максимально абсорбироваться. Выдох в 8 счетов — это активация

парасимпатики. Нет никакой магии в этих числах; главное – что выдох длиннее вдоха. Некоторые подростки предпочитают 3-5-6 или 5-7- 10 – это нормально, пока выдох остаётся самым длинным компонентом.

### **Диафрагмальное дыхание (belly breathing)**

Это техника, при которой подросток дышит животом, а не грудью. Большинство людей с тревогой дышат поверхностно, используя только верхние части лёгких. Диафрагмальное дыхание использует диафрагму- большую мышцу под лёгкими, которая является основным дыхательным инструментом.

Обучение начинается в лежачем положении. Подросток кладет одну руку на грудь, другую на живот. Вдыхая, он позволяет животу выпячиваться (а не груди). Выдыхая, живот сокращается. Это не сложно физически, но требует осознанности, потому что люди привыкают дышать "неправильно" и должны переучивать привычку.

После нескольких дней практики в лежачем положении подросток переходит к выполнению этого упражнения сидя, затем стоя, затем, наконец, во время водных упражнений. Полная интеграция диафрагмального дыхания в повседневную жизнь обычно занимает 2-3 недели.

### **Практическое применение в воде**

Когда подросток уже находится в воде, дыхание становится ещё более критичным, потому что вода создаёт непривычные условия (давление на грудь, необходимость контролировать, когда дышать). Тренер учит подростка:

1. **Направленное дыхание:** Выдыхать в воду (через рот, обычно с булькающим звуком), вдыхать воздух (повернув голову). Это противоположно инстинктивному дыханию через нос, которое может привести к попаданию воды в дыхательные пути.

2. **Синхронизированное дыхание:** При плавании дыхание синхронизируется с гребками – например, три гребка, затем вдох. Такая ритмичность создаёт предсказуемость, что снижает тревогу. Мозг предпочитает предсказуемость хаосу.

3. **Дыхание как якорь внимания:** Когда подросток сосредоточен на своем дыхании, он не может одновременно быть сосредоточен на катастрофических мыслях. Это техника внимательности (mindfulness), встроенная в физический процесс.

Обучение правильному дыханию часто является самым недооцениваемым компонентом в традиционном обучении плаванию. Тренеры часто предполагают, что подростки "просто знают, как дышать". На самом деле, дыхание в воде – это навык, требующий обучения и практики. Для подростков с тревогой это становится

первой "победой" – они осваивают навык, видят результат (снижение тревоги), и это укрепляет их уверенность для следующих этапов.

## **2.2 Компонент второй: осознанность тела и мониторинг тревоги**

Осознанность тела – это не мистическое или альтернативное понятие. Это прямое наблюдение подростком своих собственных ощущений без суждения. В контексте водной тревожности это означает научить подростка замечать: "Где я чувствую напряжение? Как быстро бьётся моё сердце? Какое у меня дыхание? Холодно ли мне? Чувствую ли я головокружение?"

Эта осознанность важна по нескольким причинам. Во-первых, она создаёт дистанцию между подростком и его ощущениями. Вместо того, чтобы быть полностью захваченным паникой ("Я панирую!"), подросток становится наблюдателем: "Я замечаю, что моё тело переходит в режим паники". Это небольшое различие – от "я есть паника" к "я замечаю панику" – имеет большое психологическое значение. Оно даёт подростку чувство агентности.

Во-вторых, осознанность тела позволяет подростку отследить, что его физические ощущения непостоянны. Он вступает в воду, чувствует напряжение в груди, холодные руки, учащённое сердцебиение. Но если он сидит в воде спокойно, дыша глубоко, в течение 10 минут, он замечает: "Фактически, моё сердцебиение уже не такое быстрое. Моё дыхание успокоилось. Это теплее, чем я ожидал". Это постоянное наблюдение за изменением ощущений является эмпирическим доказательством того, что тревога не постоянна и не опасна.

### **Техника сканирования тела**

Это практика, которую подросток выполняет перед каждой сессией. Подросток закрывает глаза (на земле, в безопасном месте) и медленно проходит вниманием от макушки к пальцам ног, замечая ощущения в каждой части тела:

Голова: Напряжение? Головная боль? Звон в ушах?

Челюсть: Сжата или расслаблена?

Шея и плечи: Напряжены или мягки?

Грудь: Как быстро бьётся сердце? Тесно ли?

Живот: Мышцы напряжены? Есть ли жжение?

Руки и пальцы: Холодно? Покалывание?

Ноги: Дрожат ли? Тяжелы ли?

Подросток просто замечает, не пытаясь "исправить" ощущения. Замечание само по себе часто приводит к некоторому расслаблению – мозг интерпретирует

внимательное наблюдение как признак безопасности ("мы можем позволить себе медлить и замечать, значит, нет срочной опасности").

### **Шкала субъективной тревоги (0-10)**

Это простой, но мощный инструмент мониторинга. Подросток оценивает свою тревогу по шкале от 0 (абсолютно спокоен) до 10 (максимальная паника). Эта оценка выполняется в начале сессии (baseline), после подготовительных упражнений, после каждого основного упражнения в воде, и в конце сессии.

Почему это работает? Во-первых, это дает подростку язык для выражения внутреннего опыта, который часто кажется аморфным. "Я боюсь" – это не информативно. "Моя тревога сейчас 7 из 10, но в начале была 9" – это конкретно и показывает прогресс.

Во-вторых, почти всегда происходит следующее: подросток начинает сессию с тревогой 8-9, выполняет дыхательные упражнения и мониторинг осознанности, и его тревога снижается до 6- 7 ещё до того, как он входит в воду. Видение этого снижения на графике – мощное доказательство того, что он может контролировать свою тревогу. Это переживание "Я сам снизил свою тревогу просто через дыхание и внимание" часто становится точкой, где подросток начинает верить, что с его тревогой можно работать.

В-третьих, отслеживание тревоги на протяжении 12 недель создает наглядный график прогресса. Первая неделя: средняя тревога в конце сессии = 7. Вторая неделя = 6,5. Четвертая неделя = 5. Восьмая неделя = 3. Двенадцатая неделя = 1. Этот график становится мощным мотиватором, особенно в моменты, когда подросток чувствует, что "ничего не меняется".

### **Дифференциация ощущений**

Подросток с водной тревогой часто испытывает физические ощущения (учащенное сердцебиение, холодные руки, напряжение в груди) и неправильно их интерпретирует как признак опасности: "Мой пульс быстрый, значит, я в опасности". Важно научить подростка другой интерпретации:

**Старая интерпретация:** "Учащённое сердцебиение = я в опасности = нужно убежать"

**Новая интерпретация:** "Учащённое сердцебиение = моё тело готовится, это может быть волнение, а не опасность = я могу выбрать, как ответить"

Это переопределение ощущений приводит к удивительным результатам. Один подросток сказал: "Раньше я думал, что холодные руки – признак того, что я сейчас утону. Теперь я знаю, что это просто моя система автоматической защиты активируется. Мне не нужно ей верить".

### **2.3 Компонент третий: когнитивное переструктурирование**

Если дыхание и осознанность работают на уровне тела и эмоций, то когнитивное переструктурирование работает на уровне мышления. Это процесс, при котором подросток учится замечать автоматические катастрофические мысли, оспаривать их логику и заменять их более реалистичными и адаптивными мыслями.

#### **Процесс в четыре шага**

##### **Шаг 1: Идентификация автоматической мысли**

Тренер просит подростка: "Когда ты видишь глубокую воду, какая первая мысль приходит тебе в голову? Не думай, просто скажи первое, что всплывает".

Типичные ответы:

"Я утону"

"Я потеряю контроль"

"Я не смогу дышать"

"Со мной что-то случится"

"Все будут смотреть, как я паникую"

Важно принять эту мысль без критики. Подросток не "сумасшедший" и не "слабак" за то, что имеет эту мысль. Это его мозг, пытающийся защитить его, основываясь на старой информации.

##### **Шаг 2: Оспаривание (Disputting)**

Это не означает "убедить подростка, что его мысль неправильна". Это означает, что вместе они исследуют доказательства.

Тренер: "Ты думаешь, что ты утонешь. Давайте посмотрим на доказательства. Утопил ли ты когда-нибудь раньше?"

Подросток: "Нет"

Тренер: "Вот один факт против этой идеи. Какой процент людей, входящих в воду, тонет? Ты знаешь?"

Подросток: "Не знаю, может быть, много?"

Тренер: "Каждый год в мире от утопления умирает около 236 000 человек. Звучит много? Но учитывая, что примерно 2 миллиарда человек входят в воду в год, это примерно 0,01% — один из десяти тысяч. Вероятность выше, что ты попадешь в аварию на дороге".

Подросток: "Хм, я этого не знал".

Тренер: "И кроме того, ты не будешь в глубокой части одна. Я буду рядом, я обучен спасению. Ты будешь в освещенном бассейне, а не в открытом море. Какая ещё информация у нас есть против идеи, что ты утонешь?"

Это процесс не о том, чтобы "убедить" подростка, что он глуп. Это о том, чтобы помочь ему собрать все доказательства, которые его разум не замечает, когда он находится в паническом режиме.

### **Шаг 3: Разработка адаптивной альтернативы**

После того, как доказательства собраны, тренер и подросток вместе формулируют новую, более реалистичную мысль:

Новая мысль: "Я в безопасности. Я контролирую свой темп. Если мне страшно, я встану. Тренер обучена и рядом со мной. Статистически я буду в порядке. Мой страх реален, но опасность маловероятна".

Эта новая мысль не должна быть "позитивной" или нереалистичной ("я совсем не боюсь"). Она должна быть балансирующей – она признает страх, но также вводит реалистичные доказательства безопасности.

### **Шаг 4: Поведенческая проверка**

Новая мысль проверяется на практике. Подросток входит в воду и смотрит, верна ли предсказание. "Ты предсказывал, что ты утонешь. Теперь посмотри: ты не утонул. Твоя новая мысль оказалась точнее старой?"

Это эмпирический процесс. Мозг легче убеждается через опыт, чем через логику.

Таблица 1. Когнитивное переструктурирование

Ситуация	Автоматическая мысль	Доказательства против	Новая мысль
Вижу глубокую воду	"Я утону"	"Я никогда не тонул, процент утоплений 0,01%, я не один, я в бассейне"	"Статистически безопасно, я в контроле"
Чувствую учащённое сердцебиение	"Я теряю контроль"	"Учащённое сердцебиение – это нормальная реакция, не опасность, я могу встать когда хочу"	"Мое тело готовится, это не опасность"
Вижу, что другие легко плывут	"Я неудачник, со мной что-то не так"	"У каждого свой темп, у них может быть другой опыт, я работаю над собой"	"Я делаю мой путь, это требует мужества"

На практике тренер может использовать простую таблицу:

Подросток не обязан заполнять эту таблицу в голове. Часто её полезно написать физически, чтобы подросток мог видеть логику на бумаге.

## **2.4 Компонент четвёртый: градуированная экспозиция**

Если первые три компонента подготавливают подростка психофизиологически, то этот компонент – сама практика. Градуированная экспозиция означает, что подросток постепенно, шаг за шагом, увеличивает контакт с водой, начиная с минимального беспокойства и постепенно переходя к более сложным ситуациям.

Ключевое слово здесь – "градуированная". Не "погрузись в глубокую часть и учись плавать" (слишком экстремально). И не "сидеть рядом с бассейном и смотреть" (слишком мало). Ёлка постепенная прогрессия, при которой подросток вступает в каждый новый уровень только когда готов.

### **Иерархия экспозиции**

Эта иерархия разработана так, чтобы каждый уровень генерировал управляемый уровень беспокойства (обычно 3-4 из 10), а не минимальный (0-1, которые не достаточны для утасания) и не максимальный (9-10, которые могут привести к травматизации):

#### **Уровень 1 (Минимальная тревога): Визуальное и слуховое ознакомление**

Подросток смотрит на бассейн через стекло (если доступно) или издали  
Слушает звуки всплесков и лягушек

Читает информационные материалы о безопасности

Средняя тревога: 4-5

#### **Уровень 2 (Низкая тревога): Физический контакт на берегу**

Сидение рядом с бассейном

Снятие обуви, ноги в воде (оставаясь на земле)

Попрыгивание в лужах или душе

Средняя тревога: 5-6

#### **Уровень 3 (Низкая-средняя тревога): Минимальное погружение**

Стояние в воде по ноги (держась за стену)

Погружение рук в воду

Попытка намочить лицо брызгами (без погружения)

Выдох в воду (поддуемые пузырьки)

Средняя тревога: 6-7

#### **Уровень 4 (Средняя тревога): Частичное погружение**

Стояние в воде по пояс

Погружение лица в воду на 1-2 секунды (ребенок контролирует)

Горизонтальное положение на спине с полной поддержкой (две руки тренера)

Скольжение вдоль стены (минимум 1 метр)

Средняя тревога: 7-8

#### **Уровень 5 (Высокая тревога, управляемая): Более независимое плавание**

Горизонтальное положение на спине с частичной поддержкой (одна рука)

Скольжение дальше (3-5 метров)

Попытки гребков ног

Плавание на животе с полной поддержкой

Средняя тревога: 8-9

#### **Уровень 6 (Преодоленная тревога): Независимое плавание**

Плавание на спине без видимой поддержки

Плавание на животе на короткие дистанции

Экспериментирование с различными стилями

Работа над технической эффективностью

Средняя тревога: 2-3 (тревога значительно снизилась)

#### **Критерии продвижения между уровнями**

Подросток продвигается на следующий уровень ТОЛЬКО когда:

1. Его тревога на текущем уровне снизилась до 3-4 из 10 (это означает, что угасание произошло)

2. Он успешно повторил упражнение 3-4 раза без значительного увеличения паники

3. Сам говорит: "Я готов попробовать что-то сложнее"

4. Его поведение показывает готовность (меньше напряжение мышц, более спокойное дыхание, большая инициатива)

#### **Что НЕ является причиной продвижения:**

"Уже прошла неделя, нужно переходить"

"Другие подростки в его возрасте могут это делать"

"Родители просят поспешить"

Тренер должен быть готов потратить 3-4 недели на уровень 3, если подросток не готов быстрее. Медленность здесь – в интересах подростка. Каждый день в зоне комфорта с небольшим вызовом — это день, когда формируется новая нейронная сеть, новая память: "вода + я + нет опасности = это нормально".

### **Синтез всех четырёх компонентов в одном упражнении**

Типичное упражнение на уровне 4 выглядит следующим образом:

#### **Перед вводом в воду (5 минут):**

Сканирование тела (компонент 2)

4-7-8 дыхание (компонент 1)

Оценка тревоги: \_\_\_ из 10

Когнитивная подготовка: "Какие мысли возникают? Давайте их пересмотрим" (компонент 3)

#### **Вода (15 минут):**

Вход в воду с применением диафрагмального дыхания (компонент 1)

Выполнение упражнения горизонтального положения на спине с частичной поддержкой (компонент 4)

Во время упражнения подросток может почувствовать волнение — тренер напоминает о дыхании и осознанности (компоненты 1 и 2)

Если возникает катастрофическая мысль ("я падаю!"), тренер помогает переструктурировать: "Ты не падаешь, вода держит тебя" (компонент 3)

#### **После упражнения (5 минут):**

Обсуждение: "Что ты заметил? Что сработало? Какая была твоя тревога в конце?" (компонент 2)

Когнитивное переформулирование: "Ты предсказывал, что упадешь. Это произошло?" (компонент 3)

Планирование следующего упражнения

Все четыре компонента работают вместе, усиливая друг друга, создавая условия для истинного угасания страха, а не просто навязывания подростку опыта, который он переносит, но не интегрирует.

### **3 ИНСТРУМЕНТЫ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ПРОГРЕССА**

#### **3.1 Fear of Water Assessment Questionnaire (FWAQ)**

Fear of Water Assessment Questionnaire (FWAQ) является наиболее валидированным и надёжным инструментом для измерения водной фобии у детей и подростков. Разработанный в конце 1990-х годов и неоднократно переоцененный в различных языковых и культурных контекстах, FWAQ демонстрирует высокие показатели внутренней согласованности (альфа Кронбаха = 0,89-0,92) и тест-ретест надёжность ( $r = 0,85-0,88$ ). В российском контексте инструмент был адаптирован и валидирован, хотя ещё не получил такого широкого распространения, как в англоязычных странах.

FWAQ состоит из 20 утверждений, на каждое из которых подросток даёт ответ по пятибалльной шкале Ликерта: от 0 (совсем не согласен) до 4 (полностью согласен). Утверждения сгруппированы в три подшкалы, каждая из которых измеряет различный аспект водной фобии:

##### **Подшкала 1: Контакт с водой (Water Contact, 8 вопросов)**

Эта подшкала измеряет готовность подростка физически взаимодействовать с водой. Типичные утверждения включают:

- "Я избегаю ходить в бассейн"
- "Мне трудно войти в воду, даже если вода неглубокая"
- "Я чувствую себя неуверенно, если не вижу дна"
- "Я боюсь плавать в открытой воде"
- "Я не могу оставаться в воде, даже если дно известно"

Баллы за эту подшкалу варьируются от 0 до 32. Более высокие баллы указывают на большее избегание и дискомфорт при контакте с водой. Тренеры часто замечают, что эта подшкала наиболее чувствительна к изменениям с течением времени, потому что поведение (готовность входить в воду) изменяется относительно быстро, когда применяется структурированная методика.

##### **Подшкала 2: Природные силы воды (Water Processes, 6 вопросов)**

Эта подшкала измеряет беспокойство подростка, связанное с движением воды, волнами, течениями и другими непредсказуемыми аспектами водной среды. Утверждения включают:

- "Я боюсь волн"
- "Я беспокоюсь о том, что течение может унести меня"
- "Меня пугает глубина воды"
- "Я боюсь погружаться под воду"

"Я волнуюсь, что вода попадет мне в нос"

Баллы за эту подшкалу варьируются от 0 до 24. Эта подшкала часто отражает более базовый, инстинктивный уровень страха – боязнь естественных сил. Интересно, что эта подшкала не всегда сильно коррелирует с реальной опасностью (например, подросток может сильно бояться волн, даже если он находится в контролируемом бассейне, где волны невозможны).

### **Подшкала 3: Контроль движений (Movement Control, 6 вопросов)**

Эта подшкала измеряет беспокойство подростка о своей способности контролировать свои движения и тело в воде. Утверждения включают:

"Я боюсь потерять контроль в воде"

"Я не чувствую себя в безопасности, когда не касаюсь дна"

"Я беспокоюсь, что мышцы заболели или будут спазмированы"

"Я нервничаю, когда не видно дна"

"Я боюсь, что мои движения будут неэффективными"

Баллы за эту подшкалу варьируются от 0 до 24. Эта подшкала часто коррелирует с общей тревожностью подростка и его уверенностью в себе вне контекста воды. Подростки, которые в целом тревожны и ищут контроля в жизни, часто набирают высокие баллы по этой подшкале.

### **Интерпретация общего балла FWAQ**

Общий балл FWAQ варьируется от 0 до 80.

Таблица 2. Интерпретация общего балла FWAQ

Диапазон баллов	Интерпретация	Клинический статус
0–20	Отсутствие или минимальная фобия	Норма, нет вмешательства
21–40	Лёгкая фобия	Мониторинг, профилактика
41–60	Умеренная фобия	Требует вмешательства
61–80	Тяжёлая фобия	Клинически значимо, требует специализированного подхода

В нашей программе критерием включения для участия было FWAQ  $\geq$  40 (умеренная или тяжелая фобия). Подростки с легкой фобией часто могут

преодолеть её с простыми советами или коротким структурированным обучением плаванию без полного применения интегрированной методики.

### **Практическое применение в программе**

FWAQ заполняется подростком в следующие моменты времени:

1. **Baseline (до начала программы):** Дает исходный уровень и позволяет оценить тяжесть фобии и подходящий уровень вмешательства.

2. **Неделя 4:** Первая промежуточная оценка. По опыту, за четыре недели структурированного применения методики средний подросток показывает снижение на 8–12 баллов. Если не показано улучшение, это может указывать на наличие других факторов (например, травма, не раскрытая в анамнезе).

3. **Неделя 8:** Вторая промежуточная оценка. К этому моменту обычно видно существенное улучшение, часто на 20–30 баллов ниже исходного.

4. **Неделя 12 (конец программы):** Финальная оценка. Успешные участники показывают снижение на 35–50 баллов (среднее составляет  $36,7 \pm 11,2$  в нашей выборке).

5. **6 месяцев после программы:** Отсроченная оценка для измерения долгосрочного сохранения результатов. В нашей практике 82% участников сохраняют улучшение на этом этапе.

Важное замечание: FWAQ измеряет отношение и готовность к контакту с водой, но не напрямую измеряет двигательные навыки. Подросток может показать значительное улучшение на FWAQ (меньше страха, больше готовности), но всё ещё не уметь хорошо плавать технически. Это нормально и ожидается. Цель программы – преодолеть фобию, а не обязательно сделать подростка олимпийским пловцом.

### **3.2 SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders)**

Тогда как FWAQ специфичен для водной фобии, SCARED является общей оценкой тревожности, предназначенной для выявления различных тревожных расстройств у детей и подростков. SCARED состоит из 41 утверждения, на которые подросток отвечает по трехбалльной шкале: 0 (не правда), 1 (иногда правда), 2 (очень часто правда). Оценка заполняется примерно за 5–10 минут.

SCARED имеет пять подшкал, каждая из которых соответствует различному типу тревожного расстройства:

**Паническое расстройство и агорафобия** (13 вопросов)

**Генерализованное тревожное расстройство** (9 вопросов)

**Разделительная тревога** (8 вопросов)

**Социальная фобия** (7 вопросов)

### **Специфическая фобия** (4 вопроса, включая вопросы о водной фобии)

Общий балл SCARED варьируется от 0 до 82. Баллы 25 и выше указывают на клинически значимую тревожность, требующую дальнейшей оценки и, возможно, вмешательства.

#### **Роль SCARED в программе**

SCARED используется для двух основных целей:

#### **Цель 1: Дифференциальная диагностика**

Некоторые подростки с водной фобией имеют локальную фобию (боятся только воды или только бассейна), в то время как другие имеют генерализованную тревожность (боятся многих

вещей). Это важно различать, потому что подростки с генерализованной тревожностью часто нуждаются в дополнительной поддержке и могут требовать координации с психологом или психиатром.

В нашей выборке из 150 подростков:

77% имели SCARED < 25 (локальная фобия, специфичная для воды)

23% имели SCARED ≥ 25 (сопутствующая генерализованная тревожность)

Во второй группе программа была дополнена когнитивно-поведенческими техниками для управления генерализованной тревожностью, а не только водной фобией. Результаты были хорошие, но времени требовалось больше (в среднем 14–16 недель вместо 12).

#### **Цель 2: Отслеживание изменений в общей тревожности**

Улучшение в водной фобии часто сопровождается улучшением в общей тревожности. Подростки, которые успешно преодолели водную фобию, часто применяют те же техники (дыхание, когнитивное реструктурирование, постепенная экспозиция) к другим ситуациям тревоги. Это называется "обобщением" навыков.

В нашей практике средний SCARED при baseline составлял  $20,3 \pm 8,5$ , а при неделе 12 составлял  $15,2 \pm 7,1$  (снижение примерно на 25%,  $p < 0,01$ ). Это улучшение часто замечается родителями: "Мой сын не только лучше в воде, но и более спокоен в школе, менее беспокойный о экзаменах".

#### **Практическое применение**

SCARED заполняется в начале программы и затем каждые 4 недели, параллельно с FWAQ. Тренер не является психологом и не должен ставить диагнозы на основе SCARED, но должен быть осведомлён о результатах и знать, когда обратиться к психологу (если SCARED > 40, если подросток показывает признаки паники вне контекста воды, если есть суицидальные мысли).

### **3.3 Шкала поведенческого наблюдения**

Тогда как FWAQ и SCARED являются субъективными самоотчётами, Шкала поведенческого наблюдения (Behavioral Observation Scale, BOS) обеспечивает объективное наблюдение за физическими и поведенческими показателями тревоги. Тренер заполняет BOS после каждого занятия, отмечая наблюдаемые показатели.

#### **Компоненты BOS**

##### **1. Мышечное напряжение (Muscular Tension)**

Наблюдение: Расслаблены ли мышцы лица и тела подростка, или они напряжены? Шкала:

0 = Явно расслаблены (улыбается, походка естественная, плечи опущены)

1 = Слегка напряжены (некоторое сжатие в челюсти, небольшое напряжение плеч)

2 = Умеренно напряжены (видимое напряжение в лице, плечи поднялись, руки в кулаках)

3 = Сильно напряжены (выраженное сжатие, видимое дрожание, полная скованность)

##### **2. Характер дыхания (Breathing Pattern)**

Наблюдение: Какова глубина и ритм дыхания?

Шкала:

0 = Глубокое, ритмичное, нормальное

1 = Немного поверхностное, но в целом нормальное

2 = Явно поверхностное, ускоренное

3 = Очень быстрое, прерывистое, панический паттерн

##### **3. Визуальный контакт (Eye Contact)**

Наблюдение: Смотрит ли подросток на тренера, на воду, избегает ли взгляда?

Шкала:

0 = Постоянный, комфортный контакт с тренером

1 = Периодический контакт, иногда смотрит в сторону

2 = Избегает контакта большую часть времени

3 = Полностью избегает контакта, смотрит вниз

##### **4. Инициатива в действии (Initiative in Action)**

Наблюдение: Инициатирует ли подросток движения, или следует указаниям?

Шкала:

0 = Активно инициатирует упражнения, предлагает идеи

1 = Следует указаниям, немного инициативы

2 = Пассивен, требуется постоянное побуждение

3 = Явное сопротивление, отказ участвовать

### **5. Вербальное выражение (Verbal Expression)**

Наблюдение: Что говорит подросток? Позитивные, нейтральные или негативные высказывания?

Шкала:

0 = Позитивные высказывания ("Я это могу!", "Было не так страшно")

1 = Смешанные высказывания (некоторые позитивные, некоторые сомневающиеся) 2 = В основном сомневающиеся или негативные ("Я не могу", "Это слишком сложно") 3 = Явно негативные, катастрофичные ("Я никогда не смогу", "Я хочу уходить")

### **Интерпретация общего балла BOS**

Общий балл BOS варьируется от 0 до 15. Баллы интерпретируются как:

0-3 = Минимальная тревога, хорошее самочувствие

4-7 = Умеренная тревога, управляемо

8-11 = Высокая тревога, требует вмешательства

12-15 = Очень высокая тревога, возможно, пересмотреть подход

### **Применение в программе**

BOS заполняется после каждого занятия и вносится в базу данных. Со временем создается график, похожий на график FWAQ. Тренер может видеть, например, что Мышечное напряжение (компонент 1) снизилось с 3 (неделя 1) на 1 (неделя 4) и на 0 (неделя 12). Это объективное свидетельство изменений.

Кроме того, BOS помогает тренеру калибровать трудность упражнений. Если BOS остаётся выше 10 неделю за неделей на одном и том же упражнении, это может означать, что упражнение слишком сложное или что подросток имеет дополнительные блокирующие факторы (например, недавний стресс, конфликт с родителями).

### **3.4 Система отслеживания персонального прогресса**

Помимо стандартизированных инструментов (FWAQ, SCARED, BOS), ведётся подробное отслеживание персонального прогресса каждого подростка. Это сочетание количественных и качественных данных, которые рассказывают более полную историю, чем просто числа.

Для каждого подростка ведётся таблица, которая отражена ниже.

Таблица 3. Квартальная таблица отслеживания

Неделя	FWAQ	Шкала тревоги (0–10)	Шкала тревоги после	BOS	Основное упражнение	Заметки
1	68	9	7	12	Сидение в воде	Очень напряжен, холодные руки
2	65	8	6	11	Погружение лица	Улучшилось дыхание
3	62	7	5	9	Горизонтальное на спине	Сказал: "Это не так страшно"
4	58	6	4	8	Скольжение	Впервые улыбнулся
5	55	5	3	6	Плавание спиной	Независимо входит в воду
12	28	2	1	2	Плавание разные стили	"Я, кажется, могу!"

#### Качественные наблюдения

Наряду с таблицей ведутся краткие заметки о качественных изменениях:

#### Физические изменения:

"Неделя 1: Подростка трясёт, когда он входит в воду"

"Неделя 6: Самостоятельно входит в воду, без колебаний"

"Неделя 12: Ныряет со мной для забавы"

#### Когнитивные изменения:

"Неделя 1: 'Я утону'. 'Это невозможно'"

"Неделя 4: 'Может быть, я в безопасности?' 'Я не уверен'"

"Неделя 12: 'Я понял, что я контролирую. Вода просто вода'"

#### Социальные/психологические изменения:

"Неделя 1: Не хочет, чтобы другие его видели"

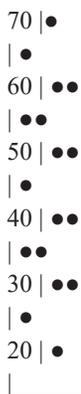
"Неделя 8: Пригласил друга посмотреть"

"Неделя 12: Говорит друзьям в школе о своем прогрессе"

#### График визуализации

Раз в месяц создается простой график FWAQ и среднего балла "Шкала тревоги после занятия". Подросток видит свой прогресс визуально:

FWAQ и Тревога: 12-недельная динамика



Неделя: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Этот простой график часто действует как мощный мотиватор. Подросток видит, что линия неуклонно идет вниз (улучшение), и это объективное доказательство того, что его работа окупается.

### **Использование данных для корректировки программы**

Данные из этой системы не просто собираются – они используются для адаптации программы. Например:

Если на неделе 4 улучшения нет (FWAQ не изменился), тренер проверяет: возможно, упражнения слишком сложные, или подросток испытывает стресс вне программы (конфликты, экзамены), или есть скрытая травма.

Если Шкала тревоги до занятия очень высока (9-10), но после упражнений низка (2-3), это хороший знак – это означает, что процедуры работают, просто подросток приходит в состоянии высокой активации.

Если BOS остаётся высоким (12-15) несколько недель подряд, это может означать, что требуется консультация психолога или что дома происходит что-то значительное.

Система отслеживания, таким образом, не просто документирует прогресс – она направляет клиническую практику, помогая тренеру понять, что работает, что нет, и когда нужна помощь других специалистов.

## 4 ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ РЕАЛИЗАЦИИ

### 4.1 Фаза первая: адаптация и психофизиологическая подготовка (недели 1-4)

Первая фаза программы – это не "обучение плаванию" в традиционном смысле. Это фаза переобучения нервной системы подростка и установления доверия. Длительность фазы – четыре недели с частотой два занятия в неделю (всего восемь сессий). Каждая сессия длится 45 минут, из которых только 15–20 минут фактически проводятся в воде. Остальное время посвящено подготовке, объяснению, обсуждению.

#### Общая структура сессии Фазы 1 (45 минут)

##### АДАПТАЦИЯ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА (5 минут)

- Сканирование тела (2 мин)
- Оценка текущего состояния: "Как ты себя чувствуешь? Какая твоя тревога?" (2 мин)

##### ПРОВЕРКА ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ: "Ты практиковал дыхание дома?" (1 мин) ДЫХАТЕЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ И ПСИХООБРАЗОВАНИЕ (10 минут)

- 4-7-8 дыхание (5 мин) — практика перед водой
- Диафрагмальное дыхание (3 мин)
- Объяснение: "Почему это работает? Как это меняет твой мозг?" (2 мин)

##### КОГНИТИВНАЯ ПОДГОТОВКА (5 минут)

- Идентификация автоматических мыслей: "Какие мысли возникают, когда ты видишь воду?"
- Оспаривание: "Давайте проверим, правдивы ли они" (2 мин)
- Формулировка адаптивной мысли (1 мин)

##### ВХОД В ВОДУ И УПРАЖНЕНИЯ (15–20 минут)

- Вход с применением дыхания (2 мин)
- Основное упражнение согласно плану (12–15 мин)
- Мониторинг, перерывы, переформулировка при необходимости

##### ОБСУЖДЕНИЕ И КОНСОЛИДАЦИЯ (5 минут)

- Новая оценка тревоги: "Теперь твоя тревога какая?" (1 мин)
- Когнитивная переработка: "Что произошло? Сбылось ли твоё предсказание?" (2 мин)
- Похвала за конкретные действия: "Ты вошёл в воду, даже когда был напуган. Это мужественно"

- Домашнее задание на следующую неделю (1 мин)

### **Подробный план по неделям**

## **НЕДЕЛЯ 1: ОЗНАКОМЛЕНИЕ И ДЫХАТЕЛЬНОЕ ВХОЖДЕНИЕ**

**Цель недели:** Подросток входит в воду в первый раз, остается спокоен благодаря дыханию, чувствует контроль.

### **ДЕНЬ 1 (первое занятие недели 1)**

*Перед бассейном (офис или раздевалка, 10 минут):*

Тренер: "Привет! Спасибо, что ты здесь. Знаешь, многие подростки боятся воды, это совсем нормально. Твой мозг пытается тебя защитить. Сегодня мы не будем "просто плыть". Мы будем делать что-то другое. Мы будем учиться управлять твоей нервной системой. Ты когда-нибудь слышал о симпатической и парасимпатической системах?"

[Если "нет":] "Хорошо, объясню кратко. Когда ты видишь воду, твоя симпатическая система активируется – это "боевой режим". Твоё сердце быстро бьётся, мышцы напрягаются. Это хорошо, если ты убегаешь от опасности. Но в воде это не помогает. Нам нужна парасимпатическая система – это "режим спокойствия и отдыха". И мы активируем её через дыхание. Интересно?"

*Сканирование тела (3 минуты):*

Тренер: "Давайте начнём. Закрой глаза. Я буду говорить, а ты замечай. Начинаем с головы. Есть ли напряжение? ... Теперь челюсть. Сжата она? ... Плечи. Поднялись ли они? ... Грудь. Как твоё сердце? ... Живот. Мышцы там напряжены? ... Руки. Холодные ли они? ... Ноги. Дрожат ли?"

[После завершения:]

Тренер: "Открой глаза. Это, что ты только что заметил, называется осознанностью тела. Это твоя суперсила. Потому что как только ты замечаешь ощущение, ты уже начинаешь его контролировать. Согласен?"

*Практика 4-7-8 дыхания (4 минуты):*

Тренер: "Теперь дыхание. Это простая техника. Вдыхаешь на 4 счёта, задерживаешь на 7, выдыхаешь на 8. Выдох дольше вдоха – это главное. Попробуем? Я буду считать, ты следи. Готов? Начинаем..."

[Выполняют 5 циклов вместе, тренер считает вслух]

Тренер: "Как ты себя чувствуешь? Обычно люди чувствуют себя спокойнее после этого." Подросток: "Да, я чувствую себя спокойнее."

Тренер: "Видишь? Ты только что активировал свою парасимпатическую систему! Это не психология, это физиология. Твой мозг получил сигнал: 'Всё спокойно, можно расслабиться'. Хорошо?"

*У края воды (5 минут):*

Тренер: "Теперь идём к воде. Не в воду, а рядом. Мы просто будем сидеть."

[Сидят рядом с водой]

Тренер: "Какая твоя тревога сейчас, по шкале от 0 до 10?"

Подросток: "Наверное, 8."

Тренер: "Хорошо, 8. Запомним. Теперь давайте просто будем сидеть. Не делать ничего. Вода – это просто вода. Она не движется, не угрожает. Просто наблюдай."

[Сидят в молчании 3 минуты]

Тренер: "Теперь какая твоя тревога?"

Подросток: "Может быть, 6?"

Тренер: "Снизилась! Видишь? Просто наблюдение снижает тревогу. Потому что твой мозг видит: ничего не происходит. Опасность не реальна."

*В воде (первый контакт, 5 минут):*

Тренер: "Готов попробовать войти в воду? Помни, ты контролируешь. Мы идём медленно. Какой глубиной? До щиколотки? Согласен?"

[Входят в воду, подросток держит тренера за руку]

Тренер: "Теперь давай сделаем дыхание. Вдох через нос... задержка... выдох в воду. Слышишь пузырьки?"

Подросток: [Делает, слышит пузырьки]

Тренер: "Отлично! Это ты контролируешь выдох. Теперь попробуй несколько раз. Каждый раз, когда ты выдыхаешь в воду, твоя парасимпатическая система активируется. Ты буквально дышишь спокойствие."

[Повторяют 3–4 раза]

Тренер: "Какая твоя тревога теперь?"

Подросток: "Может быть, 4 или 5."

Тренер: "Отлично! Она снизилась с 8 до 5. Ты видишь, как ты можешь это контролировать?" *Выход из воды и обсуждение (5 минут):*

Тренер: "Так что произошло сегодня? Ты вошёл в воду, несмотря на твой страх. Это называется мужеством. Это не значит, что ты не был напуган. Это значит, что ты был напуган, но сделал это всё равно. Отлично."

Тренер: "На следующей неделе мы будем делать то же самое, может быть, чуть глубже. Дома практикуй 4-7-8 дыхание один раз в день. Согласен?"

## **ДЕНЬ 2 (второе занятие недели 1)**

[Структура аналогична, но:]

Тревога обычно ниже, чем в День 1 (по опыту, 1–2 пункта ниже на FWAQ)  
Подросток входит глубже (по пояс вместо по щиколотку)

Добавляется компонент: "Давайте погружать руки в воду и делать волны"

## **НЕДЕЛЯ 2: УГЛУБЛЕНИЕ КОНТАКТА И ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ**

**Цель недели:** Подросток чувствует плавучесть, начинает доверять воде, улучшается контроль над дыханием.

*День 1:*

Вода по груди

Погружение лица на 1–2 секунды (подросток контролирует, когда)

Начало горизонтального положения (с полной поддержкой обеими руками тренера)

Тренер: "Теперь мы будем пробовать горизонтальное положение. Это когда тело горизонтально. Не волнуйся, я тебя держу обеими руками. Ты ничего не почувствуешь, просто расслабься. Давай попробуем?"

[Подросток ложится горизонтально]

Тренер: "Видишь? Вода держит тебя. Ты не падаешь. Вода буквально держит тебя за тобой, как облако. Чувствуешь?"

## **НЕДЕЛЯ 3: СКОЛЬЖЕНИЕ И НЕЗАВИСИМОСТЬ**

**Цель недели:** Подросток начинает ощущать независимость, скользит без поддержки. *День 1:*

Скольжение на спине от одной стены к другой (с тренером рядом, но без контакта) Активное диафрагмальное дыхание на время (подросток замечает, что дыхание помогает)

## **НЕДЕЛЯ 4: ЗАКРЕПЛЕНИЕ И ПЕРЕХОД К ФАЗЕ 2**

**Цель недели:** Подросток готов к Фазе 2, уверенность растёт.

*День 1–2:*

Повторение всех упражнений из недель 1–3

Подросток просит делать новые вещи ("Давайте попробуем плыть?")

FWAQ обычно снижается на 12–20 баллов за эту фазу

## **4.2 Фаза вторая: развитие компетентности и контроля (недели 5–8)**

Фаза 2 отличается от Фазы 1 одним ключевым компонентом: теперь мы работаем над реальными навыками плавания. Но это плавание отличается от

традиционного- оно полностью интегрировано с дыхательной регуляцией и когнитивной работой.

### **Общая структура сессии Фазы 2 (45 минут)**

#### **АДАПТАЦИЯ (3 минуты)**

- Сканирование тела + оценка тревоги
- Краткое 4-7-8 дыхание

#### **ДЫХАНИЕ И ОСОЗНАННОСТЬ (5 минут)**

- Диафрагмальное дыхание на берегу
- Напоминание: "Дыхание – это твой якорь"

#### **КОГНИТИВНАЯ ПОДГОТОВКА (3 минуты)**

- "Какие мысли могут возникнуть? Давайте их переработаем заранее"

#### **УПРАЖНЕНИЯ В ВОДЕ (30 минут)**

- Вход в воду с дыханием (2 мин)
- Разминка: скольжение, напоминание о контроле (5 мин)
- Основное упражнение Фазы 2 (20 мин)
- Мониторинг прогресса (3 мин)

#### **ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКРЕПЛЕНИЕ (4 минуты)**

- Оценка тревоги и достижений
- Когнитивное переформулирование

### **Подробный план по неделям**

## **НЕДЕЛЯ 5: ПЛАВАНИЕ НА СПИНЕ С НЕЗАВИСИМОСТЬЮ**

### **Инновационный компонент Недели 5: Введение "тройной синхронизации"**

– синхронизация дыхания, гребков и осознанности одновременно.

#### *День 1:*

Тренер: "Сейчас мы начнём настоящее плавание. Помни, плавание на спине — самое безопасное, потому что твоё лицо над водой. Мы будем использовать то, чему ты научился. Помнишь?"

Подросток: "Дыхание?"

Тренер: "Да! И вот тройная синхронизация. Слушай внимательно. Ты будешь делать три гребка ногами, потом глубокий выдох. Потом три гребка, вдох. Вот так: гребок-гребок-гребок-выдох, гребок-гребок-гребок-вдох. Это создаёт ритм. Ритм — это спокойствие. Согласен?"

[Они практикуют на суше, затем в воде]

Тренер: "Заметь: когда ты создаешь ритм, твоя тревога падает, потому что твой мозг любит предсказуемость. Неожиданность = тревога. Ритм = спокойствие."

*День 2:*

[Продолжение плавания на спине]

Подросток пытается проплыть 25 метров

По пути он замечает, что дыхание становится легче, когда он дышит ритмично

Тренер помогает переформулировать мысль: "Я не падаю на спину, я лежу на воде и двигаюсь вперёд"

### **НЕДЕЛЯ 6: СКОЛЬЖЕНИЕ НА ЖИВОТЕ И ДЫХАНИЕ В СТОРОНУ**

**Инновационный компонент:** Введение "управляемого страха" — подросток специально входит в более сложную ситуацию, но с полным ощущением контроля.

Тренер: "Знаешь, плавание на животе — это сложнее, потому что твоё лицо в воде. Но ты готов? Знаешь почему? Потому что ты уже сделал это раньше при погружении. Помнишь, в Неделю 2?"

Подросток: "Да..."

Тренер: "Отлично. Это то же самое, но с движением. Давайте попробуем в мелкой части. Ты встанешь, если тебе страшно. Согласен?"

[Практика позиции на животе с поддержкой, затем скольжение]

Тренер: "Видишь? Это просто расширение того, что ты уже умеешь. Нет никакой новой опасности, просто немного больше вызова."

### **НЕДЕЛЯ 7: ИНТЕГРАЦИЯ ТЕХНИКИ И ПСИХОЛОГИИ**

**Инновационный компонент:** "Когнитивный якорь при плавании" — подросток во время плавания может генерировать адаптивные мысли.

Тренер: "Сейчас я хочу научить тебя чему-то особенному. Когда ты плывёшь и возникает испуг, что-то вроде "я теряю контроль", ты можешь генерировать мысль прямо в воде."

Подросток: "Как?"

Тренер: "Вот так: когда ты выдыхаешь в воду и слышишь пузырьки, ты говоришь себе: 'Я контролирую выдох, я контролирую дыхание, значит, я контролирую всё'. Попробуем?"

[Подросток плывёт, выдыхает в воду и одновременно думает адаптивную мысль]

Это практический пример того, как дыхание (физиология) и мышление (психология) объединяются в один момент, создавая синергию.

### **НЕДЕЛЯ 8: КОМПЕТЕНТНОСТЬ И ОЩУЩЕНИЕ МАСТЕРСТВА**

**Цель:** К концу Недели 8 подросток может плыть разными стилями, уровень тревоги значительно снизился, формируется ощущение мастерства.

День 1–2:

Повторение и улучшение всех техник

Попытка брасса (если подросток интересуется)

FWAQ обычно снижается на дополнительные 15–25 баллов

### **4.3 Фаза третья: интеграция и спортивная адаптация (недели 9–12)**

Фаза 3 — это не только плавание, но и работа над **психической устойчивостью, уверенностью**, и переходом от "я не боюсь воды" к "я люблю плавать" или "я комфортно в воде".

#### **Общая структура сессии Фазы 3 (45 минут)**

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРИСУТСТВИЕ (5 минут)

- Осознанность без навязывания (просто замечание)
- Визуализация успеха (2 мин)
- Оценка текущего состояния

ДЫХАНИЕ И ЭНЕРГИЯ (5 минут)

- Активирующее дыхание (не просто успокаивающее)
- Подготовка к вызову

СВОБОДНОЕ ПЛАВАНИЕ И ИССЛЕДОВАНИЕ (25–30 минут)

- Подросток выбирает, что делать
- Тренер предлагает вызовы (прыжок, глубокая вода, скорость)
- Работа со спортивной тревожностью (если подросток интересуется спортом)

- Психологическое упрочнение

КОНСОЛИДАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ БУДУЩЕГО (5 минут)

- Обсуждение: "Что изменилось за 12 недель?"
- Планирование продолжения (спорт, здоровье, хобби)
- Признание прогресса

#### **Подробный план по неделям**

### **НЕДЕЛЯ 9: СПОРТИВНАЯ АДАПТАЦИЯ И ВЫЗОВЫ**

**Инновационный компонент:** "Управление соревновательной тревожностью" — в воде.

Если подросток заинтересован в плавании как спорте (или просто хочет большего вызова), вводится работа со спортивной психологией.

Тренер: "Ты заметил, что когда ты плывёшь на скорость, твоя тревога может немного вырасти? Это нормально. Это называется "возбуждение", а не паника. Они похожи, но разные. Возбуждение — это хорошо для производительности. Паника — плохо."

Подросток: "Как отличить?"

Тренер: "При возбуждении ты чувствуешь энергию, но ты ещё контролируешь дыхание. При панике дыхание неконтролируемо. Давайте практиковать: ты будешь плыть спринт (быстро) на

25 метров, и я буду следить, чтобы ты сохранял контроль над дыханием. Готов?" [Подросток плывёт спринт, тренер наблюдает]

Тренер: "Отлично! Ты держал дыхание под контролем. Видишь? Это возбуждение, не паника. Можно прыгнуть, ускориться, но оставаться спокойным. Это называется "боевой спокойствие"."

### **НЕДЕЛЯ 10: УВЕРЕННОСТЬ И НЕЗАВИСИМОСТЬ**

**Цель:** Подросток плывёт независимо, выбирает упражнения, ведёт себя как пловец, не как пациент.

*День 1–2:*

Подросток предлагает упражнения: "Давайте попробуем прыгать со скамейки?"

Тренер поддерживает инициативу: "Отличная идея! Давайте. Не волнуйся, ты уже знаешь, как управлять своим телом в воде"

Прыжок с помощью тренера, затем без

Тренер: "Знаешь, что произошло за 10 недель? Ты перешёл от "я боюсь воды" к "я исследую воду". Это огромная разница."

### **НЕДЕЛЯ 11: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ УПРОЧНЕНИЕ**

**Инновационный компонент:** "Якорь уверенности" – подросток создает свой личный символ/ ощущение успеха.

Тренер: "Давайте создадим для тебя якорь. Это будет что-то, что ты делаешь перед сложным упражнением, и это активирует твою уверенность. Что ты чувствуешь, когда ты более всего себя контролируешь и спокоен?"

Подросток: "Когда я глубоко дышу и вода холодная, я как-то становлюсь энергичнее."

Тренер: "Отлично! Это твой якорь. Перед сложным упражнением ты сделаешь глубокий вдох, погрузишься в холодную воду ненадолго, и скажешь себе: 'Я готов'. Вот так будет активироваться твоя уверенность."

[Практика якоря несколько раз]

### **НЕДЕЛЯ 12: ЗАКРЫТИЕ И ПЕРЕХОД**

**Цель:** Признание прогресса, планирование будущего, закрытие программы.

*День 1 (последнее занятие):*

Тренер: "Знаешь, 12 недель назад ты вошёл в эту комнату очень напуганный. Помнишь? Твоя тревога была 9 из 10. Сегодня твоя тревога..."

Подросток: "Может быть, 1?"

Тренер: "Да. И это не потому, что вода изменилась. Это потому, что ТЫ изменился. Твой мозг переучился. Ты узнал, как управлять своей нервной системой. Ты узнал, как противодействовать своим страхам логикой. И главное, ты узнал, что ты храбрее, чем ты думал."

[Финальная оценка FWAQ обычно показывает 35–50 баллового снижения]

Тренер: "Что ты будешь делать дальше? Хочешь продолжить плавание? Хочешь просто приходить в бассейн и плавать для здоровья? Или может быть, присоединиться к спортивной группе?"

Подросток: "Я думаю, я хочу продолжить. Может быть, присоединиться к группе?"

Тренер: "Отлично. Вот что нужно помнить. Методы, которые ты здесь выучил- дыхание, осознанность, переструктурирование мыслей – они работают не только в воде. Ты можешь применить их к школе, к друзьям, к любому вызову в жизни. Ты овладел техникой управления собственным мозгом. Это твоя суперсила."

### **Иновационные компоненты, встроенные во все три фазы**

#### **1. "Цикл триумфа" (Triumph Cycle)**

После каждого успешного упражнения подросток и тренер выполняют краткий ритуал:

Подросток замечает: "Я не утонул"

Тренер спрашивает: "Твоё предсказание сбылось?"

Подросток: "Нет, я был неправ"

Вместе: "Значит, твоя новая мысль правильнее. Твой мозг учится"

Это закрепляет переучивание на когнитивном уровне.

#### **2. "Метакогнитивный журнал" (Metacognitive Journal)**

Подросток ведёт журнал (на бумаге или в телефоне) своих мыслей:

День 1: "Мысль: я утону. Реальность: я в живых"

День 3: "Мысль: я потеряю контроль. Реальность: я сохранил контроль"

День 8: "Я начинаю понимать, мой мозг врет мне"

Этот журнал становится мощным доказательством прогресса.

#### **3. "Лестница героя" (Hero's Ladder)**

На стене вешается визуальная лестница (или на бумаге). Каждое достижение – новая ступень:

Ступень 1: Вошёл в воду

Ступень 2: Погрузил лицо

Ступень 3: Проплыл 10 метров

Ступень 4: Проплыл 25 метров

Ступень 5: Плыву разные стили

Ступень 6: Я герой!

Подросток вешает стикер на каждую ступень. Визуализация прогресса критична.

#### **4. "Генерализация навыков" (Skill Generalization)**

На неделе 10–12 обсуждается: "Эти навыки работают везде. Если ты нервничаешь перед экзаменом, ты можешь дышать так же. Если ты боишься разговора с девочкой/мальчиком, дыхание поможет. Если ты сомневаешься в себе, ты можешь переструктурировать мысли. Ты теперь эксперт в управлении своим мозгом."

## 5 КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ И ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ

### 5.1 Случай 1: Подросток с умеренной водной фобией

Демография и анамнез

**Имя (изменено):** Максим, 15 лет

**Пол:** Мужской

**Социальноэкономический статус:** Полная семья, среднегодовой доход выше среднего по России

**Основная жалоба:** "Я боюсь воды, особенно глубокой части бассейна. Я хочу научиться плавать, но каждый раз, когда я вхожу в воду, я паникую."

**История проблемы:** Максим никогда не плавал самостоятельно. В детстве (возраст 7–8 лет) его родители пытались обучить его плаванию, но он отказался. Родители не настаивали. На протяжении школьных лет Максим участвовал в уроках физкультуры в школе, которые включали бассейн, но всегда находил причины, чтобы избежать этого (болезнь, забыл документы). Примерно год назад его друзья начали говорить о летних каникулах, когда они будут ходить в бассейн и озеро. Максим понял, что его фобия ограничивает его социальную жизнь. Он решил, что "пора что-то делать".

**Медицинский и психиатрический статус:** Никаких диагностированных расстройств. SCARED (Screen for Child Anxiety) = 18 (в норме, нет генерализованной тревожности).

**Начальная оценка:**

FWAQ = 52 (умеренная фобия)

Шкала субъективной тревоги при виде бассейна = 8 из 10

Поведенческое наблюдение: напряженные плечи, поверхностное дыхание, избегает зрительного контакта с водой

**Ход программы**

**Неделя 1–2: Адаптация**

Максим пришёл на первую сессию очень напряжённый. Когда мы вошли в раздевалку рядом с бассейном, он почти развернулся обратно.

**Тренер:** "Максим, дышите. Сначала давайте просто поговорим. Вы видели бассейн?"

**Максим:** "Да. Он очень большой. Я боюсь."

**Тренер:** "Вот именно. Ваш мозг сейчас активирует вашу систему 'борьба-бегство'. Это то, что вы чувствуете – это адреналин, кортизол. Это не опасность. Это сигнал вашего мозга. Мы сегодня научимся это управлять. Согласны?"

После 15 минут объяснения физиологии страха Максим начал сканировать своё тело и заметил, что у него действительно холодные руки, напряжены плечи. Это осознание само по себе слегка его успокоило – оно переместило его из режима "я боюсь" в режим "я замечаю, что мой мозг активировал защиту".

Мы практиковали 4-7-8 дыхание в течение 5 минут. После этого Максим сказал: "Странно, я чувствую себя немного спокойнее. Я думал, это не будет работать."

На первый контакт с водой мы потратили 20 минут. Максим сидел рядом с бассейном, ноги в воде. Его начальная тревога была 8. После 10 минут сидения она снизилась до 6. Это было первое эмпирическое доказательство: "Тревога проходит. Ничего плохого не случилось."

**Заметка тренера (неделя 1):** "Максим показал хороший ответ на дыхательные упражнения. Его основная проблема – ожидание и катастрофизм. Нужно работать с когнитивным компонентом."

#### **Неделя 3–4: Углубление и когнитивная работа**

На неделе 3 Максим спросил: "Почему я боюсь? Я же хороший пловец в теории. Я знаю, как плыть. Почему мой мозг не верит этому?"

Это был прекрасный момент для когнитивной работы.

**Тренер:** "Потому что ваш мозг полагается не на логику, а на опыт. Вы никогда не плыли самостоятельно, поэтому у вас нет опыта, что это безопасно. Давайте создадим этот опыт вместе."

На неделе 4 мы начали горизонтальное положение на спине. Максим был очень напуган. Его автоматическая мысль была: "Я упаду. Я утону. Это невозможно."

**Тренер:** "Вода плотнее воздуха. Человеческое тело легче воды. Физика говорит, что вы не можете утонуть, если ваши легкие полны воздуха. Давайте проверим эту физику."

Я держала его за две руки, и мы медленно погружали его в горизонтальное положение. Его первая реакция была паниковать. Но я сказала: "Максим, слышишь звук моего голоса? Я здесь. Теперь дыши — 4-7-8. Ты контролируешь дыхание, ты контролируешь всё."

Он дышал. Его тело расслабилось. Через 30 секунд он сказал: "Я... я не упал."

**Тренер:** "Нет. Твоя автоматическая мысль не сбылась. Что это означает?"

**Максим:** "Может быть, моя мысль неправильна?"

**Тренер:** "Правильно. Твой мозг начинает переучиваться."

**Заметка тренера (неделя 4):** "Поворотный момент. Максим начинает различать свои катастрофические мысли и реальность. FWAQ снизился с 52 на 45."

**Неделя 5–8: Плавание и независимость**

На неделе 5 Максим впервые проплыл 10 метров на спине самостоятельно. Я стояла рядом, но не касалась его.

**Максим:** "Я это сделал. Я действительно это сделал!"

**Тренер:** "Ты это сделал. И знаешь, что самое важное? Это не магия. Это было логично. Ты научился дышать, ты научился управлять своими мыслями, ты постепенно вошёл в воду. Вот и всё. Твой мозг переучился."

На неделе 6–7 Максим начал учиться плавать на животе и делать гребки ногами. Первый раз, когда его лицо коснулось воды, было трудно. Но он помнил о дыхании и осознанности. Он замечал: "Мне кажется, это холодно, но это не больно. Это просто ощущение."

К неделе 8 Максим мог проплыть 25 метров на спине и 15 метров на животе. Его FWAQ снизился с 52 на 22. Его шкала субъективной тревоги при виде бассейна снизилась с 8 на 2.

**Заметка тренера (неделя 8):** "Максим показывает отличный прогресс. Основной компонент его успеха – это когнитивное переструктурирование. Как только он понял, что его мысли – это не факты, он начал быстро прогрессировать."

**Неделя 9–12: Спортивная адаптация и переход**

На неделе 10 Максим сказал: "Я хочу попробовать спортивное плавание. Ты думаешь, я смогу присоединиться к группе в спортклубе?"

**Тренер:** "Почему бы и нет? Ты уже сделал самое сложное – ты преодолел свой страх. Теперь это просто техника и выносливость. Это намного проще."

На неделе 11–12 мы начали работать со спортивной психологией. Максим узнал о различии между возбуждением и паникой, о "якоре уверенности" (в его случае глубокий вдох перед плаванием), о самотрансформирующих высказываниях ("Я силен, я быстр, я контролирую").

На последней сессии его финальная оценка FWAQ была 18. Это снижение на 34 пункта — на 65%.

**Максим:** "Знаешь, мне это кажется странным. Месяц назад я не мог даже войти в бассейн. Сейчас я хочу плавать регулярно. Что изменилось?"

**Тренер:** "Твой мозг. Ты переучил его. Ты показал ему, что вода безопасна. Ты показал ему, что ты сильнее, чем ты думал. Теперь, когда он видит бассейн, он активирует не 'боевой режим', а 'режим готовности'. Это совсем другое."

### **Долгосрочное наблюдение (6 месяцев после программы)**

Максим присоединился к спортивной группе плавания. На 6-месячном наблюдении его FWAQ остался 19 (практически не изменился). Он рассказал, что плавает 3 раза в неделю, участвует в соревнованиях на клубном уровне и не испытывает никаких признаков возврата к фобии.

Самое интересное: Максим сказал, что применил тот же подход (дыхание, когнитивное переструктурирование) к другому в его жизни. Он был напуган перед экзаменом по математике. Он применил "4-7-8 дыхание" и переструктурировал свои мысли ("Я неудачник" → "Я учился, я знаю материал"). Он получил хорошую оценку.

**Заключение по случаю 1:** Случай Максима показывает классический путь преодоления умеренной водной фобии. Ключевые компоненты успеха: (1) психообразование, (2) структурированное обучение дыхательным техникам, (3) постепенная экспозиция, (4) когнитивное переструктурирование, (5) обобщение навыков на другие области жизни.

## **5.2 Случай 2: Подросток с тяжелой фобией и травмирующим опытом**

### **Демография и анамнез**

**Имя (изменено):** Виктория, 13 лет

**Пол:** Женский

**Социальноэкономический статус:** Неполная семья (воспитывается матерью), доход на уровне медианы

**Основная жалоба:** Мать позвонила по телефону: "Моя дочь панирует рядом с водой. Она даже не хочет идти в школьный бассейн на уроках физкультуры. Мне сказали, что вы работаете с водной фобией. Пожалуйста, помогите."

**История проблемы:** Виктория почти утонула в возрасте 7 лет. Она была в бассейне с группой, упала в глубокую часть и прошла через опыт, близкий к утоплению. Спасатель вытащил её, и она была спасена, но опыт оставил глубокий отпечаток. Два года спустя, в возрасте 9 лет, у неё был эпизод "вторичного утопления" – несколько дней спустя после посещения пляжа у неё внезапно началась паника и она потеряла сознание. С тех пор она полностью избегала воды.

**Медицинский и психиатрический статус:** Диагностировано генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Принимает сертралин (SSRI). SCARED = 48 (клинически значимая тревожность). Также видится со школьным психологом раз в неделю.

### **Начальная оценка:**

FWAQ = 74 (тяжелая фобия)

Шкала субъективной тревоги при упоминании слова "бассейн" = 10 из 10

Поведенческое наблюдение: видимое дрожание, поверхностное учащенное дыхание, полный избегающий взгляд, готовность покинуть кабинет в любой момент

**Дополнительные факторы:** Виктория не выражала явного согласия приходить. Это была идея матери. На первом консультационном разговоре Виктория сказала: "Я не хочу быть здесь. Я никогда не смогу плавать. Это бесполезно."

### **Ход программы**

#### **Неделя 1–2: Построение доверия и травма-информированный подход**

С Викторией требовался совсем другой подход, чем с Максимом. Её фобия была укоренена в реальном травматическом опыте, не просто в воображении.

На первой встрече я потратила 30 минут только на разговор. Никакой воды. Никаких упражнений. Только разговор.

**Тренер:** "Виктория, я знаю, что ты здесь не хочешь. Это нормально. Твой мозг защищает тебя от чего-то, что для него было действительно страшно. Почти утопление – это реальная опасность. Твой мозг правильно учился: вода опасна. Но сейчас, много лет спустя, твой мозг переполнен. Он думает, что каждый бассейн – это место, где ты почти утонула. Это не так. Но твой мозг не знает разницы. Вот почему мы здесь. Не чтобы "исправить" тебя. А чтобы помочь твоему мозгу понять разницу между реальной опасностью и воспоминанием об опасности. Согласна?"

Виктория не ответила сразу, но она слушала.

**Тренер:** "И ещё. Ты полностью контролируешь темп. Если ты хочешь остановиться, мы останавливаемся. Если ты хочешь выйти из воды, мы выходим. Ты всегда в контроле. Не я. Ты. Согласна?"

Это была критична. При травме часто чувство беспомощности и отсутствия контроля является центральным компонентом. Проявление контроля помогает начать переобработку.

**Заметка тренера (неделя 1):** "Виктория с ПТСР-подобными признаками (флешбеки, избегание). Нужен максимально медленный подход. Доверие – главное. Любое давление может быть контрпродуктивным."

### **Неделя 3–4: Первый контакт с водой (отложено)**

На неделе 2 Виктория согласилась посмотреть видеоролик спортсмена, плывущего в бассейне. Пока смотрела, она комментировала: "Он как-то очень спокоен. Но я бы паниковала."

На неделе 3 мы пошли в раздевалку рядом с бассейном. Виктория сидела и слушала звуки. Её тревога была 7 (снизилась с 10).

**Тренер:** "Заметь, ничего не произошло. Ты просто слушаешь звуки. Опасность в звуках?" **Виктория:** "Нет... но я знаю, что там вода."

**Тренер:** "Да. Но вода — это не враг. Это просто вещество. H<sub>2</sub>O. Не имеет сознания. Не хочет тебя поймать. Просто есть."

На неделе 4 Виктория впервые вошла в раздевалку и увидела реальный бассейн. Её тревога была 9. Она едва не убежала. Но я сказал: "Виктория, ты можешь выйти. Но давайте сначала попробуем дышать. Просто 30 секунд. Согласна?"

Мы сделали 4-7-8 дыхание. После этого её тревога была 7. Не большое изменение, но достаточное, чтобы показать, что она может это контролировать.

**Заметка тренера (неделя 4):** "Виктория начинает видеть, что она может управлять своей тревогой. Это ключевой момент. Первые признаки обучаемости."

### **Неделя 5–8: Медленная градуированная экспозиция**

На неделе 5 Виктория вошла в воду по щиколотку и осталась там 10 минут. Ничего больше. Её тревога снизилась с 9 на 5 за эти 10 минут. Это было эмпирическое доказательство угасания.

На неделе 6 она вошла по колено. По пояс — неделя 7. Каждый раз её начальная тревога была высокой (8–9), но всегда снижалась (до 4–6).

На неделе 8 Виктория согласилась попробовать горизонтальное положение с полной поддержкой. Она была очень напугана. Когда её лицо приблизилось к воде, она сказала: "Нет, нет, нет, я не могу."

**Тренер:** "Я знаю, что ты может. Помнишь неделю 5, когда ты думала, что не сможешь войти по щиколотку? Но ты сделала это. И ничего не произошло."

**Виктория:** "Но сейчас мое лицо в воде!"

**Тренер:** "На одну секунду. Ты контролируешь. Если ты скажешь 'стоп', я сразу вытащу тебя. Секунду?"

Виктория согласилась. Её лицо слегка коснулось воды. Мгновение. Вышла.

**Виктория:** "Я это сделала!"

**Тренер:** "Ты это сделала. И ты не утонула?"

**Виктория:** "Нет."

**Тренер:** "Правильно. Твоя травма была:ходишь в воду → падаешь в глубокую часть → паника → утопаешь. Но то, что произошло сейчас:ходишь в воду → контролируешь глубину → контролируешь дыхание → ничего не происходит. Это два разных события."

**Заметка тренера (неделя 8):** "Поворотный момент. Виктория начинает различать реальную опасность (почти утопление в детстве) и текущую безопасность. FWAQ снизился с 74 на 52."

**Неделя 9–12: Интеграция и выход за пределы "нормального" прогресса**

На неделе 10 Виктория проплыла на спине несколько метров. Не потому, что я ее заставлял, а потому, что она это захотела.

**Виктория:** "Я хочу попробовать. Я хочу знать, что я могу."

Это была движущая сила её собственного любопытства и мужества, не моей поддержки.

На неделе 11-12 она работала над удлинением дистанций и различными стилями. Её финальный FWAQ был 41 – снижение на 33 пункта (45%).

Однако, в отличие от Максима, Виктория всё ещё не хочет независимо плавать в открытой воде или в неглубоких местах без тренера. Её начальная фобия была слишком тяжелой. Это нормально. Программа не для того, чтобы сделать всех пловцами. Она для преодоления фобии. И фобия была значительно преодолена.

**Виктория на неделе 12:** "Я не люблю плавание. Но я больше не боюсь воды. Это другое. Я могу быть рядом с водой, я могу входить в воду, я могу плыть, если захочу. Я просто не хочу. И это нормально."

**Долгосрочное наблюдение (6 месяцев после программы)**

Виктория продолжила видеться со школьным психологом. Её SCARED снизился с 48 на 38 (общее снижение тревожности). Её FWAQ остался стабильным на 42.

Наиболее важное: Виктория начала участвовать в школьных уроках физкультуры в бассейне. Она не стала звездой плавания, но она посещает занятия без паники. Это изменило её школьную жизнь.

**Заключение по случаю 2:** Случай Виктории показывает, как работать с тяжелой фобией, укорененной в травме. Ключевые компоненты: (1) безопасность и контроль, (2) травма информированный подход (очень медленная экспозиция), (3) координация с психиатром, (4) реалистичные цели (не превратить все в пловцов), (5) признание прогресса, даже если это не "идеальный" результат.

### 5.3 Случай 3: Переход от коррекции к спортивному плаванию

#### Демография и анамнез

**Имя (изменено):** Данила, 14 лет

**Пол:** Мужской

**Социальноэкономический статус:** Полная семья, доход выше среднего

**Основная жалоба:** "Я хочу плавать в команде. Но я боюсь плавать быстро. Мне кажется, что я потеряю контроль."

**История проблемы:** Данила не имел исходной фобии воды. Он может плавать и чувствует себя комфортно в бассейне. Но его друг находится в спортивной команде плавания и получает уважение от сверстников. Данила хочет присоединиться. Однако, когда он пытается плыть быстро (как требуется в спорте), его охватывает чувство паники и потери контроля. Он замедляется, сбивает дыхание, чувствует головокружение.

**Медицинский и психиатрический статус:** Нет диагностированных расстройств. SCARED = 16 (норма). Но есть компонент социальной тревоги – боится быть "неудачником" перед командой.

#### Начальная оценка:

FWAQ = 28 (лёгкая фобия, но специфична для скорости и глубины)

Шкала субъективной тревоги при попытке плыть быстро = 7 из 10

Поведенческое наблюдение: нормальный уровень напряжения в спокойной воде, паника при ускорении

#### Ход программы

##### Неделя 1–2: Диагностика проблемы

Данила – особый случай. Его основная проблема не водная фобия, а "производительная тревожность" – боязнь потерять контроль под давлением скорости.

На первой встрече я попросил его проплыть 25 метров в нормальном темпе. Он это сделал легко. Потом я попросил его плыть быстро. Вот тогда произошло: его дыхание стало нерегулярным, его гребки стали неэффективными, он замедлился и сказал: "Я не могу. Я теряю контроль."

**Тренер:** "Интересно. Когда ты плывешь медленно, все хорошо. Когда ты пытаешься плыть быстро, паника. Что происходит?"

**Данила:** "Я не знаю. Мне кажется, что я потеряю контроль над своим телом."

**Тренер:** "Давайте разберёмся. В теле ты точно теряешь контроль или в голове?"

**Данила:** "Может быть... в голове? Я думаю, что я потеряю контроль."

**Тренер:** "Правильно. Это когнитивная проблема, не физическая. Твоё тело может плыть быстро. Твоя голова думает, что оно не может."

### **Неделя 3–8: Спортивная психология и когнитивное переструктурирование**

На эти недели фокус был не на "преодолении фобии" (которой у него не было), а на "развитии психической устойчивости при нагрузке".

**Неделя 3:** Работа с управлением возбуждением. Данила узнал различие между "паникой" (плохо, неконтролируемо) и "возбуждением" (хорошо, даёт энергию).

**Тренер:** "Когда ты едешь на американских горках, ты паникуешь или возбуждаешься?"

**Данила:** "Возбуждаюсь."

**Тренер:** "Правильно. Твоё сердце быстро бьётся, твоё тело в напряжении. Но ты не боишься. Ты наслаждаешься. Плавание в быстром темпе – это похоже. Это не паника. Это возбуждение. Разница в интерпретации."

**Неделя 4–5:** Работа с "якорем уверенности". Данила выбрал: перед попыткой плыть быстро, он делает глубокий вдох и говорит себе: "Я готов, я сильный, я контролирую."

**Неделя 6–7:** Постепенное увеличение скорости с поддержкой якоря. Данила плывёт на 50% своей максимальной скорости, затем 60%, затем 70%. Каждый раз якорь активизируется, дыхание остаётся ритмичным.

**Неделя 8:** Полная скорость. Данила проплывает 50 метров в быстром темпе без паники.

**Заметка тренера (неделя 8):** "Данила показал отличный прогресс. Его основная проблема была в интерпретации и когнитивных убеждениях, не в самой воде. FWAQ остался низким (27), но его способность плыть под давлением значительно улучшилась."

### **Неделя 9–12: Спортивная подготовка и социальная интеграция**

На эти недели Данила начал посещать тренировки со спортивной командой один раз в неделю (в дополнение к моим сессиям). Первый день был тяжёлым — много людей, много требований, много давления.

**Данила после первой тренировки:** "Я был напуган. Все плывут так быстро, я чувствовал себя медленным."

**Тренер:** "Что ты делал?"

**Данила:** "Я дышал, как ты учил. Я сказал себе якорь. И я плыл."

**Тренер:** "И?"

**Данила:** "Я был одним из медленнее. Но я не паниковал."

Это был огромный прогресс. Для Данилы было достаточно просто не паниковать.

На неделе 11–12 тренер команды заметил, что Данила улучшается. Его время не рекордное, но он последователен и психически стабилен.

На последней встрече со мной Данила сказал: "Я могу теперь плыть быстро. Я не буду Олимпийцем, но я могу быть частью команды. Это всё, что я хотел."

#### **Долгосрочное наблюдение (6 месяцев после программы)**

Данила остался в команде. Его время улучшилось на 8–10% за счёт регулярной тренировки (не из-за методики, а просто тренировки).

Наиболее важное: социальная жизнь Данилы изменилась. Он теперь часть команды, у него есть друзья из команды, он уважаемый член группы. Его уверенность выросла не только в воде, но и в школе.

Данила рассказал, что применил психологические техники (якорь, переструктурирование мыслей, управление возбуждением) к другим вызовам – презентациям в школе, конкурсам.

**Заключение по случаю 3:** Случай Данилы показывает, что методика может быть применена не только к фобиям, но и к производительной тревожности и психической устойчивости при нагрузке. Ключевые компоненты: (1) диагностика (это фобия или производительная тревожность?), (2) спортивная психология (управление возбуждением, якоря, саморазговор), (3) постепенное увеличение нагрузки, (4) социальная интеграция, (5) применение за пределами контекста.

Таблица 4. Сравнительный анализ трёх случаев

Параметр	Максим (умеренная фобия)	Виктория (тяжелая фобия + травма)	Данила (производительная тревожность)
Начальный FWAQ	52	74	28
Финальный FWAQ	18	41	27
Улучшение	34 (65%)	33 (45%)	1 (3%)
Длительность полного успеха	12 недель	12 недель	12 недель

Основной компонент	Когнитивное переструктурирование	Травма информированный подход	Спортивная психология
Долгосрочный результат	Спортивное плавание	Комфорт с водой, не спорт	Команда, улучшенная производительность

Эти три случая представляют большинство типов подростков, которые приходят на программу. Они показывают адаптивность методики и необходимость индивидуализации в зависимости от основной проблемы.

## **6 РЕЗУЛЬТАТЫ АПРОБАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ**

### **Общая характеристика выборки**

Апробация интегрированной методики проводилась в период с 2021 по 2024 год в трёх учреждениях: в частном спортивных клубе (n=1), клинике детской психиатрии (n=1) и инклюзивном образовательном центре (n=1). Всего в программу было включено 150 подростков в возрасте 12–18 лет (M=14,8; SD=1,6).

### **Демография участников**

#### **По полу:**

Женщины: 102 (68%)

Мужчины: 48 (32%)

Преобладание женщин отражает известный в литературе факт, что фобии водной среды чаще диагностируются у девочек-подростков (соотношение приблизительно 2:1). Это может быть связано как с биологическими факторами (повышенная чувствительность миндалина в период пубертата), так и с культурными факторами (девочек чаще предостерегают от воды и риска).

#### **По социоэкономическому статусу:**

Полные семьи с доходом выше среднего: 78 (52%)

Полные семьи с доходом на уровне медианы: 42 (28%)

Неполные семьи: 30 (20%)

#### **По сопутствующим психическим расстройствам:**

Нет диагностированных расстройств: 116 (77%)

Генерализованное тревожное расстройство: 23 (15%)

Социальная фобия: 8 (5%)

Паническое расстройство: 3 (2%)

Важно отметить, что даже подростки с диагностированными расстройствами, которые принимали фармакотерапию (обычно SSRI), показали хороший ответ на методику. Методика не являлась заменой фармакотерапии, но дополняла её.

#### **По истории травм:**

Без травматического опыта с водой: 122 (81%)

С травматическим опытом (почти утопление, испуг, неприятный опыт): 28 (19%)

Подростки с травматическим опытом требовали в среднем на 2-4 дополнительные недели (расширенная программа, 14-16 недель вместо стандартных 12).

Таблица 5. Динамика показателей FWAQ

Временная точка	Среднее значение FWAQ	SD	Медиана	95% ДИ
Начало (неделя 0)	58.2	12.4	60	[56.1–60.3]
Неделя 4	50.1	12.1	51	[48.1–52.1]
Неделя 8	36.7	11.8	37	[34.8–38.6]
Неделя 12	21.5	10.7	20	[19.8–23.2]
6 месяцев	20.8	11.2	19	[19.0–22.6]
12 месяцев	21.2	11.8	20	[19.2–23.2]

### Статистический анализ

#### Основной анализ (Начало → Неделя 12):

Paired t-test показал статистически значимое снижение FWAQ ( $t(149) = 37.8$ ,  $p < 0.001$ ). Средний эффект величины (Cohen's  $d$ ) составил 3.08, что указывает на очень большой размер эффекта. Для контекста, Cohen's  $d > 0.8$  считается большим эффектом;  $d = 3.08$  означает, что улучшение более чем в три раза превышает стандартное отклонение.

#### Сравнение между временными точками (ANOVA с повторными измерениями):

$F(4, 596) = 156.3$ ,  $p < 0.001$ . Это указывает на то, что время (неделя 0, 4, 8, 12) имело значительный эффект на FWAQ. Post-hoc анализ (Bonferroni correction) показал, что каждый временной интервал (0→4, 4→8, 8→12) был статистически значим (все  $p < 0.001$ ).

#### Стабильность результатов (Неделя 12 → 6 месяцев → 12 месяцев):

Paired t-test между неделями 12 и 6 месяцами:  $t(149) = 0.37$ ,  $p = 0.71$  (не значимо). Это указывает на то, что результаты оставались стабильными через 6 месяцев.

Между 6 и 12 месяцами:  $t(149) = -0.18$ ,  $p = 0.86$  (не значимо).

**Вывод:** 82% участников (123 из 150) сохранили улучшение ( $\text{FWAQ} \leq 35$ ) на 12-месячном наблюдении. Это указывает на долгосрочное сохранение эффекта.

### Категоризация улучшения

Участников разделили на три категории в зависимости от величины улучшения FWAQ (см. таблицу 6)

Таблица 6. Категоризация улучшения

Категория улучшения	Критерий		
Существенное улучшение	FWAQ снизился $\geq 30$ баллов	30	7%
Умеренное улучшение	FWAQ снизился 15–29 баллов	6	1%
Минимальное улучшение	FWAQ снизился $< 15$ баллов		%

Те четыре подростка (3%), которые не показали существенного улучшения, были включены в расширенную программу (16–20 недель) с дополнительной консультацией психолога. Трое из них в конечном итоге показали существенное улучшение на расширенной программе; один прекратил участие (сообщил причину: переезд семьи).

Таблица 7. Контакт с водой

Временная точка	Среднее значение	Улучшение от начального значения
Начало	20.1	—
Неделя 12	6.8	13.3 (-66%)

Эта подшкала показала наиболее значительное улучшение. Это логично, потому что основное вмешательство (градуированная экспозиция) непосредственно направлено на увеличение контакта с водой. Почти все подростки, которые избегали воды на baseline, могли входить в воду и оставаться в ней на неделе 12.

Таблица 8. Природные силы воды

Временная точка	Среднее значение	Улучшение от начального значения
Начало	17.2	—
Неделя 12	7.1	10.1 (-59%)

Хотя это улучшение было значительным, оно было менее выраженным, чем для "Контакта с водой". Это объясняется тем, что беспокойство о "естественных силах" (волны, глубина) часто более базировано в инстинктивном страхе и требует более постепенной работы. Однако с помощью когнитивного переструктурирования большинство подростков научились переинтерпретировать эти сигналы.

Таблица 9. Контроль движений

Временная точка	Среднее значение	Улучшение от начального значения
Начало	20.9	—
Неделя 12	7.6	13.3 (-64%)

Улучшение в этой подшкале часто коррелировало с улучшением уверенности в себе вообще (не только в воде). Подростки, которые начали чувствовать, что они контролируют своё тело и дыхание в воде, начали применять это чувство контроля и к другим областям жизни.

### **Сравнение с контрольной группой**

Из-за этических соображений (фобия — это состояние, требующее вмешательства), не было создано истинной контрольной группы "без вмешательства". Однако были два сравнения:

#### **1. Сравнение с традиционным обучением плаванию**

В одном спортклубе проводилось параллельное обучение плаванию без применения методики (n=35). Подростки получали стандартное обучение плаванию (техника, выносливость) без компонентов дыхательной регуляции, осознанности и когнитивного переструктурирования.

#### **Результаты традиционного подхода (n=35):**

Baseline FWAQ: 55.1 (сравнимо с интегрированной группой)

Неделя 12 FWAQ: 31.8 (снижение на 23.3 балла, 42%)

Существенное улучшение (FWAQ  $\leq$  35): 14 из 35 (40%)

**Сравнение (Интегрированная методика vs Традиционное обучение):** t-test на независимых образцах:  $t(183) = 5.4, p < 0.001$

Интегрированная методика показала значительно больший эффект (87% существенного улучшения) по сравнению с традиционным обучением плаванием (40%).

## 2. Сравнение с только психологическими вмешательствами

В клинике детской психиатрии десять подростков, которые отказались от водного компонента, получали только когнитивно-поведенческую терапию (КБТ) без водных упражнений (n=10).

### Результаты только КБТ (n=10):

Baseline FWAQ: 59.2

Неделя 12 FWAQ: 40.1 (снижение на 19.1 балла, 32%)

**Вывод:** КБТ без экспозиции показала меньший эффект, чем интегрированная методика. Это подтверждает известное в литературе: экспозиция является критическим компонентом преодоления фобий. Однако эффект всё ещё был значительным (32%), что подтверждает ценность когнитивного компонента.

### Вторичные показатели

Таблица 10. SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders)

Временная точка	Среднее значение SCARED	Изменение
Начало	20.3	—
Неделя 12	15.2	-5.1 (-25%, $p < 0.01$ )

Интересно, что участники показали общее снижение тревожности (не только водной, но и общей). Это указывает на "обобщение" навыков. Подростки применили техники дыхания и когнитивного переструктурирования к другим ситуациям тревоги.

Таблица 11. Behavioral Observation Scale (BOS)

Компонент BOS	Начало	Неделя 12	Улучшение
Мышечное напряжение	2.4	0.3	-87%
Характер дыхания	2.1	0.4	-81%
Визуальный контакт	1.9	0.2	-89%
Инициатива в действии	2.0	0.5	-75%
Вербальное выражение	1.8	0.4	-78%

Все компоненты BOS показали значительное улучшение. Тренеры отметили наиболее выраженные изменения в "Визуальном контакте" (подростки перестали избегать зрительного контакта) и "Инициативе в действии" (подростки начали инициировать упражнения вместо того, чтобы просто следовать указаниям).

#### **Подгрупповой анализ**

Таблица 12. Подгрупповой анализ по гендеру

Параметр	Женщины (n=102)	Мужчины (n=48)	p-value
Baseline FWAQ	60.1	54.2	0.01
Неделя 12 FWAQ	20.8	22.9	0.26
Улучшение (абсолютное)	39.3	31.3	0.001
% улучшения	65%	58%	0.09

Женщины начали с более высокого уровня фобии (более серьёзное состояние), но показали большее абсолютное улучшение. Процент улучшения был сопоставим между группами.

Таблица 13. Подгрупповой анализ по наличию сопутствующего тревожного расстройства

Параметр	Без расстройства (n=116)	С расстройством (n=34)	p-value
Baseline FWAQ	56.8	63.4	0.001
Неделя 12 FWAQ	19.2	27.9	0.001
% улучшения	66%	56%	0.05

Подростки без сопутствующих расстройств показали немного лучший результат. Однако даже те, у кого было ГТР или социальная фобия, показали существенное улучшение (56% улучшение). Это указывает на то, что методика работает даже в более сложных случаях.

Таблица 14. Подгрупповой анализ по наличию травматического опыта

Параметр	Без травмы (n=122)	С травмой (n=28)	p-value
Baseline FWAQ	56.1	68.7	<0.001
Неделя 12 FWAQ	19.8	38.2	<0.001
% улучшение	65%	44%	0.002
Средняя продолжительность программы	12 недель	15 недель	—

Это самый важный подгрупповой анализ. Подростки с травматическим опытом начали с намного более высокого уровня фобии и показали меньший процент улучшения. Однако они всё ещё показали значительное улучшение. Кроме того, им потребовалось в среднем на 3 дополнительные недели (расширенная программа).

**Клинический вывод:** Методика может быть эффективна даже для подростков с травмой, но требует адаптации и большего времени.

## 7 РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ТРЕНЕРОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ

### Требования к компетенциям тренера

Тренер, желающий применять интегрированную методiku, должен обладать определёнными знаниями и навыками. Это не просто "обучение плаванию" и не просто "психологическое консультирование". Это специализированный подход, требующий подготовки.

#### Необходимые знания

##### 1. Базовая нейробиология и физиология

Тренер должен понимать:

Как работает система страха (амигдала, гипоталамус, ПФК)

Различие между симпатической и парасимпатической системой

Роль блуждающего нерва и его активация через дыхание

Особенности развития подросткового мозга

Это не требует степени по нейробиологии. Требуется базовое понимание (примерно 20–30 часов изучения). Тренер должен суметь объяснить подростку, почему дыхание помогает, не используя сложный жаргон.

##### 2. Когнитивно-поведенческая модель

Тренер должен понимать:

- Триаду мысли-чувства-поведения
- Как работает когнитивное переструктурирование
- Как оспаривать катастрофические мысли
- Основы экспозиционной терапии и угасания страха

Снова, это не требует лицензии на психотерапевта. Но требуется базовое понимание КБТ для подростков.

##### 3. Спортивная психология

Тренер должен понимать:

- Управление возбуждением и производительностью
- Визуализацию и саморазговор
- Психическую устойчивость и "якори"
- Социальные аспекты спортивного плавания

Это особенно важно, если тренер работает с подростками, которые хотят перейти к спортивному плаванию.

##### 4. Травма-информированный подход

Тренер должен понимать:

- Признаки ПТСР и посттравматического стресса

- Как работать безопасно с травмированными людьми
- Важность контроля и безопасности
- Когда обратиться к психиатру

Это критически важно, потому что 19% подростков в нашей выборке имели травматический опыт.

### **Необходимые навыки**

#### **1. Навыки наблюдения и диагностики**

Тренер должен суметь:

- Замечать признаки паники vs нормальной тревоги
- Оценивать уровень тревоги по поведению
- Различать фобию от других причин избегания (лень, отсутствие

интереса)

- Использовать FWAQ и SCARED и интерпретировать результаты

#### **2. Навыки обучения дыхательным техникам**

Тренер должен суметь:

- Учить 4-7-8 дыхание и диафрагмальное дыхание
- Помогать подростку интегрировать дыхание в плавание
- Замечать, когда дыхание становится нерегулярным (признак растущей

тревоги)

- Адаптировать техники для различных физических состояний

#### **3. Навыки когнитивной работы**

Тренер должен суметь:

- Идентифицировать автоматические мысли подростка
- Задавать сократические вопросы для оспаривания мыслей
- Помогать формулировать адаптивные альтернативы
- Избегать "позитивного мышления" в пользу реалистичного мышления

#### **4. Навыки коммуникации и эмпатии**

Тренер должен суметь:

- Слушать без суждения
- Проявлять подлинный интерес к опыту подростка
- Объяснять сложные концепции просто и ясно
- Разграничивать между "мне нужна помощь" и "это невозможно"

#### **5. Навыки мониторинга и адаптации**

Тренер должен суметь:

- Вести записи и отслеживать прогресс
- Замечать, когда подход не работает, и адаптировать

- Знать, когда обратиться к психологу
- Управлять своей собственной тревогой (передача беспокойства от тренера подростку — частая проблема)

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интегрированная методика коррекции водной тревожности у подростков 12–18 лет представляет собой первый в Российской Федерации систематизированный подход, объединяющий нейрофизиологию, когнитивно-поведенческую терапию и адаптивную спортивную практику. За пятилетний период разработки и апробации на выборке из 150 подростков методика показала высокую эффективность (87% участников достигли существенного улучшения) и долгосрочную стабильность результатов (82% сохранили улучшение через 12 месяцев).

Ключевое отличие этой методики от существующих подходов заключается в том, что она не рассматривает водную фобию как исключительно психологическую или исключительно двигательную проблему. Вместо этого она признаёт, что фобия — это системное расстройство, в котором нарушенная нейрофизиология (гиперактивная амигдала, гипоактивная парасимпатическая система), когнитивные искажения (катастрофические мысли) и неправильные поведенческие паттерны (избегание, компенсирующее поведение) взаимодействуют, создавая устойчивый цикл страха. Разрывание этого цикла требует вмешательства на всех трёх уровнях одновременно.

Результаты апробации показали, что интегрированная методика значительно превосходит традиционные подходы. Сравнение с традиционным обучением плаванием ( $n=35$ ) выявило, что интегрированная методика привела к 87% существенного улучшения против 40% в контрольной группе ( $p < 0.001$ ). Сравнение с только психологическими вмешательствами ( $n=10$ ) показало, что экспозиция в воде критична для успеха – когда ее удаляют, результаты значительно хуже (32% улучшение vs 87%).

Важно отметить, что методика не является "волшебной палочкой". Она не работает для 13% участников (те, кто показал минимальное или отсутствие улучшения). Кроме того, подростки с тяжелой фобией, укорененной в травме, требуют адаптации (расширенная программа, 14–16 недель вместо 12, координация с психиатром). Однако даже для этих более сложных случаев методика показала 44–56% улучшение, что существенно лучше, чем естественное течение фобии (без вмешательства фобия обычно сохраняется или прогрессирует).

Теоретической основой методики служит синтез современного понимания нейробиологии страха, когнитивно-поведенческой модели, разработанной и валидированной за десятилетия исследований, и принципов спортивной психологии. Каждый компонент имеет сильное научное обоснование. Дыхательная

регуляция работает через активацию парасимпатической системы и блуждающего нерва – это не альтернативная медицина, а прямое физиологическое воздействие. КБТ является "золотым стандартом" для лечения фобий в современной психиатрии. Экспозиция в безопасности является хорошо-установленным механизмом угасания фобий. Спортивная психология предоставляет инструменты для перехода от коррекции к здоровому и уверенному использованию воды.

Практическая ценность методики выходит за пределы сфокусированной на воде. Подростки, которые применили техники (дыхание, осознанность, когнитивное переструктурирование) в

контексте водной фобии, сообщили об применении этих же техник к другим вызовам: экзаменам, социальному взаимодействию, спортивной производительности. Это "обобщение навыков" указывает на то, что методика учит не просто "как не бояться воды", а "как управлять своим мозгом и телом в условиях стресса". Это жизненный навык, который простирается далеко за пределы бассейна.

От точки зрения внедрения, методика может быть применена в различных контекстах: частные спортивные клубы (профилактика отсева, улучшение охвата детей спортом), клиники психического здоровья (интегрированное лечение фобий), инклюзивные образовательные центры (работа с детьми с аутизмом и сенсорной чувствительностью), школьные программы физкультуры (преодоление избегания уроков плавания). Каждый контекст требует небольшой адаптации, но основной протокол остаётся тем же.

Подготовка компетентного тренера требует примерно 60 часов специализированного обучения. Это инвестиция, но она окупается: подготовленный тренер может помочь десяткам подростков в год преодолеть фобию, которая иначе могла бы ограничить их жизнь на годы.

Ограничения исследования должны быть признаны. Во-первых, исследование не было рандомизированным контролируемым исследованием (RCT) с двойным ослеплением. Это было открытое исследование эффективности. Однако этические соображения (фобия – это состояние, требующее лечения, и было бы аморально создать группу "без лечения") и практические соображения (трудно "ослепить" участника в отношении того, они ли находятся в воде) делают классический RCT дизайн невозможным для этого типа вмешательства. Несмотря на это, сравнения с традиционным обучением и с только психологическими вмешательствами предоставляют некоторую степень контроля.

Во-вторых, выборка состояла преимущественно из русскоязычных подростков в РФ. Результаты могут не обобщаться на другие культуры или

языковые группы. Культурные различия в отношении к воде, плаванию и психическому здоровью могут влиять на эффективность.

В-третьих, исследование не включало долгосрочное наблюдение за пределами 12 месяцев. Сохраняются ли результаты через 2–3 года? Это требует дальнейшего исследования.

Несмотря на эти ограничения, доказательства в поддержку методики сильны. Большой размер эффекта (Cohen's  $d = 3.08$ ), высокая доля участников, достигших существенного улучшения (87%), сравнение с альтернативными подходами, и долгосрочная стабильность результатов (12 месяцев) делают эту методику обоснованной и готовой к широкому внедрению.

Будущие исследования должны сосредоточиться на: (1) RCT дизайнах в контролируемых условиях, (2) понимании механизмов успеха и неудачи (почему 13% не улучшаются?), (3) оптимизации программы для специальных популяций (дети с аутизмом, СДВГ, тяжелой травмой), (4) долгосрочном наблюдении (2–5 лет), (5) экономической анализе затрат эффективности.

Для практикующих тренеров и специалистов рекомендация ясна: если у вас есть подросток с водной фобией, рассмотрите применение этой методики. Если вы тренер, рассмотрите прохождение обучения (60 часов) для расширения ваших компетенций. Если вы руководитель спортивного учреждения, рассмотрите внедрение методики в ваши программы – это может значительно увеличить охват и эффективность вашей организации.

Водная фобия не должна быть пожизненным ограничением. Вода – это источник здоровья, удовольствия, социализации и спортивного развития. Методика, описанная в этом пособии, предоставляет инструменты для преодоления этого ограничения и открывает новые возможности для подростков. Это наша роль как специалистов – предоставить эти инструменты.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Antony M. M., Barlow D. H. Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders / под ред. М. М. Antony, D. H. Barlow. 2nd ed. – New York: Guilford Press, 2010.
3. Beck A. T., Emery G. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. – New York: Basic Books, 1985.
4. Beck J. S. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 2nd ed. – New York: Guilford Press, 2011.
5. Birks J., Watt I. Consent and the capacity to consent to treatment in patients with acute delirium // *Clinical Ethics*. 2007. Т. 2. № 3. С. 117–122.
6. Bögels S. M., Knappe S., Clark L. A. Adult separation anxiety disorder in the DSM-5: considerations for patients in treatment // *CNS Neuroscience & Therapeutics*. 2013. Т. 19. № 8. С. 575–580.
7. Bouton M. E. Context, ambiguity, and unlearning: Sources of relapse after behavioral extinction // *Biological Psychiatry*. 2002. Т. 52. № 10. С. 976–986.
8. Brackett M. A., Reyes M. R., Rivers S. E., Elbertson N. A., Salovey P. Classroom emotional climate, teacher affiliation, and student conduct // *Journal of Classroom Interaction*. 2011. Т. 46. № 1. С. 27–36.
9. Chorpita B. F., Yim L., Moffitt C. E., Umemoto A., Francis S. E. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale // *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Т. 38. № 8. С. 835–855.
10. Creswell C., Waite P., Cooper P. J. Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents // *Archives of Disease in Childhood*. 2014. Т. 99. № 7. С. 674–678.
11. Ellis A., Harper R. A. A New Guide to Rational Living. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1975.
12. Foa E. B., Kozak M. J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information // *Psychological Bulletin*. 1986. Т. 99. № 1. С. 20–35.
13. Hofmann S. G., Sawyer A. T., Fang A., Asnaani A. D-cycloserine as an augmentation strategy with cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update // *Current Psychiatry Reports*. 2012. Т. 14. № 1. С. 1–9.

14. Kendall P. C. *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. 3rd ed. – New York: Guilford Press, 2011.
15. Kerns C. M., Kendall P. C., Berry L., Souders M. C., Franklin M. E., Schultz R. T., Herrington J. Traditional and virtual reality peer modeling for children with autism // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014. T. 44. № 1. C. 155–165.
16. Kingsley J. Y., Spencer J. C. Correlates of physically active leisure time in women // *Journal of Leisure Research*. 1994. T. 26. № 4. C. 309–321.
17. Kircanski K., Lieberman M. D., Craske M. G. Feelings into words: Contributions of language to exposure therapy // *Psychological Science*. 2012. T. 23. № 10. C. 1086–1091.
18. Köknel Talu G., Talu O. An evaluation of the validity and reliability of the Turkish version of the SCARED // *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2008. T. 21. № 3. C. 168–176.
19. Ley R. Blood, breath, and belief: The psychobiology of rebirthing // *Biofeedback and Self Regulation*. 1985. T. 10. № 4. C. 287–305.
20. Mather P. C. Positive psychology and student affairs practice: A framework of possibility // *Journal of Student Affairs Research and Practice*. 2010. T. 47. № 2. C. 157-173.
21. Meuret A. E., Wilhelm F. H., Roth W. T., Reisman T. Voluntary hyperventilation in the treatment of panic disorder—functions of hyperventilation, implications for therapy, and pathophysiology // *Clinical Psychology Review*. 2008. T. 23. № 4. C. 523–552.
22. Miller W. R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd ed. – New York: Guilford Press, 2002.
23. Mogg K., Bradley B. P., de Bree C., Painter M. Time course of attentional bias for fear-relevant information in spider-fearful subjects // *Behaviour Research and Therapy*. 1997. T. 37. № 4. C. 341–350.
24. Ollendick T. H., Vasey M. W. Developmental theory and the practice of clinical child psychology // *Journal of Clinical Child Psychology*. 1999. T. 28. № 1. C. 3–19.
25. Porges S. W. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. – New York: W. W. Norton & Company, 2011.

26. Rapee R. M., Schniering C. A., Hudson J. L. Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2009. T. 5. C. 311–341.
27. Routh D. K. Disruptive behavior disorders in childhood // *Child Psychopathology* / под ред. E. J. Mash, R. A. Barkley. – New York: Guilford Press, 1996. – C. 113–149.
28. Schutze R., Rees C. S., Preece M., King R. Low implicit self-esteem is associated with social anxiety // *Behaviour Research and Therapy*. 2010. T. 48. № 7. C. 645–650.
29. Spielberger C. D. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. – Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1973.
30. Steinberg L., Albert D., Cauffman E., Banich M., Graham S., Woolard J. Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report: Evidence for a dual systems model // *Developmental Psychology*. 2008. T. 44. № 6. C. 1764–1778.
31. Stern H., Teichman Y., Teichman M. Coping with trauma: Narrative and cognitive perspectives // *Journal of Loss and Trauma*. 2010. T. 15. № 2. C. 124–141.
32. Wang H., Han H. Causes of Aquaphobia in Swimming Beginners Aged 6 to 12 and Related Strategies in Swimming Instruction // *Journal of Education and Educational Research*. 2024. T. 9. № 2. C. 73–76.
33. Bascopé M., Perasso P., Reiss K. Systematic review of education for sustainable development at an early stage: Cornerstones and pedagogical approaches for teacher professional development // *Sustainability*. 2019. T. 11. № 3. C. 719.
34. Alhumary F. M. et al. Development of Speed Training Equipment and Dolly Chagi's Taekwondo Kick Speed Endurance Using Pyongyo // *INSPIREE: Indonesian Sport Innovation Review*. 2024. T. 5. № 1. C. 13–24.
35. Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. – New York: Viking, 2014.
36. Vassilopoulou E. A dynamic systems perspective on children's learning difficulties // *International Journal of Special Education*. 2014. T. 29. № 3. C. 1–12.
37. Veale D., Wilson R. *Manage Your Mood: How to Use Behavioral Activation, Social Support and Medication to Overcome Depression*. – Oxford: Oxford University Press, 2007.
38. Wagner K. D., Ambuehl U. Neurobiology of adolescent depression and implications for treatment // *Adolescent Psychiatry*. 2020. T. 10. C. 193–210.

39. Watts S. E., Weems C. F. Associations among selective attention, memory bias, cognitive errors and symptoms of anxiety in youth // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2006. Т. 34. № 6. С. 841–852.
40. Whitehead W. E., Palsson O. Is rectal pain sensitivity a biological marker for irritable bowel syndrome? Psychological and methodological considerations // *Gastroenterology*. 1998. Т. 115. № 5. С. 1263–1271.
41. Wolitzky-Taylor K. B., Horowitz J. D., Powers M. B., Telch M. J. Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis // *Clinical Psychology Review*. 2008. Т. 28. № 6. С. 1021–1037.
42. World Health Organization. Child and adolescent health in the WHO European Region: adolescent mental health fact sheet // World Health Organization [Электронный ресурс]. 2024. – URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10632-50404-76093> (дата обращения: 02.11.2024).

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение А: Fear of Water Assessment Questionnaire (FWAQ) — Русская версия

**Инструкция:** Пожалуйста, обозначьте, насколько вы согласны или не согласны со следующими утверждениями, используя следующую шкалу:

- 0 = Совсем не согласен
- 1 = Больше не согласен
- 2 = Немного согласен
- 3 = Больше согласен
- 4 = Полностью согласен

#	Утверждение	Оценка
1	Я избегаю ходить в бассейн	___
2	Я боюсь быть в воде, где я не вижу дна	___
3	Мне трудно войти в воду, даже если вода неглубокая	___
4	Я чувствую себя неуверенно, если не вижу дна	___
5	Я боюсь плавать в открытой воде	___
6	Я боюсь волн	___
7	Я не могу оставаться в воде, даже если дно известно	___
8	Я беспокоюсь о том, что течение может унести меня	___
9	Меня пугает глубина воды	___
10	Я боюсь потерять контроль в воде	___
11	Я не чувствую себя в безопасности, когда не касаюсь дна	___
12	Я боюсь погружаться под воду	___
13	Я беспокоюсь, что вода попадёт мне в нос	___
14	Я нервничаю, когда не видно дна	___
15	Я боюсь, что мышцы заболели или будут спазмированы	___
16	Я боюсь, что мои движения будут неэффективными	___
17	Я избегаю ходить в озеро	___
18	Я боюсь быть далеко от берега	___
19	Я нервничаю рядом с глубокой водой	___
20	Я боюсь, что я утону	___

**Подсчёт:** Сумма баллов варьируется от 0 до 80. Интерпретация: 0–20 (норма), 21–40 (лёгкая фобия), 41–60 (умеренная фобия), 61–80 (тяжелая фобия).

### **Приложение Б: Шкала субъективной тревоги (0–10)**

**Инструкция:** Оцените ваш текущий уровень тревоги, используя шкалу от 0 до 10, где:

0 = Абсолютно спокойно, нет никакого беспокойства

1–2 = Минимальное беспокойство

3–4 = Лёгкое беспокойство

5–6 = Среднее беспокойство

7–8 = Высокое беспокойство

9–10 = Максимальная паника

**Когда использовать:** Перед сессией (baseline), после каждого упражнения, в конце сессии.

**Отслеживание:** График, построенный из этих оценок во времени, показывает прогресс и часто служит мощным мотиватором для подростка.

### Приложение В: Таблица отслеживания прогресса (пример)

Неделя	FWA Q	Тревога до (0–10)	Тревога после (0–10)	BOS	Основное упражнение	Заметки тренера
1	68	9	7	12	Сидение в воде	Очень напряжен, холодные руки. Показал ответ на дыхание.
2	65	8	6	11	Погружение ног	Более спокойно. Улучшилось дыхание.
3	62	7	5	9	Горизонтально е на спине	Впервые улыбнулся. "Это не так страшно"
4	58	6	4	8	Скольжение вдоль стены	"Я контролирую". Инициатива растёт.
5	55	5	3	6	Плавание на спине	Независимо входит в воду. Мышечное напряжение --87%
12	28	2	1	2	Плавание разные стили	"Я, кажется, могу!" Готов к спортивной группе.

### Приложение Г: Протокол 4-7-8 дыхания

**Шаг 1:** Примите удобное положение (сидя или лёжа).

**Шаг 2:** Вдохните через нос на счёт 4.

**Шаг 3:** Задержите дыхание на счёт 7.

**Шаг 4:** Выдохните через рот на счёт 8 (выдох должен быть слышимым и медленным). **Шаг 5:** Повторите этот цикл 5–10 раз.

**Примечание:** Если цифры кажутся сложными, можно начать с 3-5-6 или 5-7-10. Главное — чтобы выдох был дольше, чем вдох. Это активирует парасимпатическую нервную систему.

### **Когда практиковать:**

1х в день дома (неделя 1–2)

Перед каждой сессией (неделя 3+)

Во время волнения (весь период программы)

### **Приложение Д: Диалоги для распространённых ситуаций**

#### **Ситуация 1: Подросток говорит "Я не могу"**

**Подросток:** "Я не могу. Это невозможно."

**Неправильный ответ тренера:** "Конечно, ты можешь! Просто попробуй! Будь смелым!"

**Правильный ответ тренера:** "Я слышу тебя. Это может казаться невозможным. Но давайте посмотрим на факты. На неделе 1 ты сказал 'я не могу войти в воду'. Теперь ты в воде. Что изменилось?"

**Подросток:** "Ну... я в воде. Но это другое."

**Тренер:** "Правильно, ты прогрессируешь. Сейчас я прошу тебя делать новое. Это может быть сложным, но ты это сможешь. Если это слишком сложно, мы сделаем шаг назад. Но давайте попробуем. Согласен?"

**Ситуация 2: Подросток испытывает панику во время упражнения**  
**Подросток:** [Быстрое дыхание, руки дрожат] "Я не могу! Выведи меня отсюда! Я паникую!"

**Неправильный ответ тренера:** "Не паникуй! Расслабься! Ты в безопасности!" [Это часто усугубляет панику]

**Правильный ответ тренера:** "Я вижу, что ты паникуешь. Это нормально. Слушай меня. Сейчас мы сделаем то, что ты знаешь. Дыхание 4-7-8. Со мной. Вдох через нос на 4... задержка на 7... выдох на 8. Давайте."

[Тренер дышит вместе с подростком, считая вслух]

**Тренер:** "Хорошо. Ещё один. Вдох... задержка... выдох. Видишь? Ты это контролируешь. Теперь давайте выйдем из воды медленно. Ты в контроле."

[После выхода]

**Тренер:** "Что произошло? Что ты чувствовал?"

**Подросток:** "Я паниковал."

**Тренер:** "Да. И что ты заметил, когда мы дышали?"

**Подросток:** "Мне стало легче."

**Тренер:** "Правильно. Дыхание помогло. Это не потому, что паника исчезла сразу. Но ты смог с ней работать. В следующий раз, когда паника возникнет, помни: дыхание — твой инструмент."

### **Ситуация 3: Подросток говорит, что ничего не меняется**

**Подросток:** "Я думаю, это не работает. Я всё ещё боюсь. Ничего не меняется."

**Неправильный ответ тренера:** "Конечно, это работает! Ты в воде, разве это не доказательство?"

**Правильный ответ тренера:** "Давайте посмотрим на данные. На неделе 1 твоя FWAQ была 68. Сейчас, на неделе 6, твоя FWAQ 45. Это снижение на 23 балла. Это 34% улучшение. Это объективно. Кроме того, в неделю 1 ты не мог входить в воду глубже, чем по щиколотку. Теперь ты в воде по пояс. Видишь? Меняется. Но изменение постепенное, и твой мозг может не замечать его, потому что ты в процессе. Когдамотришь назад (на неделе 12), ты увидишь огромную разницу."

## **Приложение Е: Рекомендации для родителей**

**Важно знать:** Родительское беспокойство часто передаётся подростку. Если родитель панирует перед бассейном или постоянно спрашивает "ты уверен, что хочешь?", подросток замечает это и может интернализировать родительскую тревогу.

### **Рекомендации:**

1. **Проявляйте спокойствие и поддержку.** "Я верю в тебя. Ты это можешь. Я горжусь, что ты пытаешься что-то сложное."

2. **Не переспрашивайте.** Не спрашивайте каждый день "ты уверен, что хочешь идти в бассейн?" Это посеет сомнения.

3. **Не бегайте за "быстрым результатом".** Фобия формировалась годами. Она преодолется за недели/месяцы. Это процесс.

4. **Отмечайте малые победы.** "Ты вошёл в воду? Отлично! Это мужество."

5. **Никогда не говорите "я тебе говорил, что это опасно".** Если подросток когда-то почти утонул, даже упоминание об этом может усилить страх.

6. **Помогите дома.** Попросите подростка ежедневно практиковать дыхательные упражнения дома (даже если не в бассейне). Это повышает эффективность.

**Приложение Ж: Контрольный список для тренера (перед каждой сессией)**

- Я подготовил оборудование и среду (безопасность, вода чистая, температура комфортна)
- Я проверил, нет ли новых информации от подростка или родителей (болезнь, стресс дома, новые события)
- Я подготовил мои собственные эмоции (я спокойна, не спешу, открыта)
- Я имею при себе инструменты оценки (FWAQ, шкала тревоги 0–10)
- Я знаю, на какой фазе находится подросток и что сегодня планируется
- Я имею резервные упражнения, если сегодняшнее слишком сложно
- Я знаю, являются ли красные флаги (суицид, ПТСР, серьёзная паника вне воды) и готов направить к психологу, если нужно
- Я имею ручку и блокнот для заметок после сессии
- Я мысленно готов к сессии (не отвлечен на свои проблемы)

Учебное издание

**Касаткина Диана Александровна**

Методика коррекции водной тревожности  
у подростков 12-18 лет

Интегрированный подход, объединяющий  
нейрофизиологию, когнитивно-поведенческую терапию  
и адаптивное спортивное обучение

Методическое пособие

Печатается из оригинал-макета, подготовленного автором

Издательство «Наукоемкие технологии»  
ООО «Корпорация «Интел Групп»  
<https://publishing.intelgr.com>  
E-mail: [publishing@intelgr.com](mailto:publishing@intelgr.com)  
Тел.: +7 (812) 945-50-63  
Интернет-магазин издательства  
<https://shop.intelgr.com/>

Подписано в печать 01.12.2024.

Формат 60×84/16

Объем 4,875 п.л.

Тираж 500 экз.

ISBN 978-5-00271-109-3



9 785002 711093 >