

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П.  
Астафьева» (КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий  
Выпускающая кафедра специальной психологии

**Бызова Инга Анатольевна**

**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

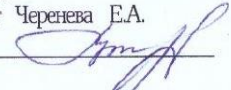
**Психологическая программа коррекции тревожности  
лиц с соматическими заболеваниями**

Направление подготовки 37.04.01 Психология  
Магистерская программа Психологическое консультирование и  
психотерапия

**ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:**


Заведующий кафедрой

канд.пед.наук, доцент Черенева Е.А.

04.12.2023   
(дата, подпись)

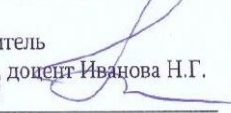
Руководитель магистерской программы

канд.психол.наук, доцент Верхотурова Н.Ю.

01.12.23   
(дата, подпись)

Научный руководитель

канд. психол.наук, доцент Иванова Н.Г.

04.12.2023   
(дата, подпись)

Обучающийся

Бызова И.А.

4.12.23 Бызова  
(дата, подпись)

Красноярск 2023

## РЕФЕРАТ МАГИСТЕРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

**Структура магистерской диссертации:** работа состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии. Включает в себя приложения. Текст работы изложен на 90 страницах и проиллюстрирован в 19 таблицах и 18 гистограммах.

**Цель исследования:** опытно-экспериментальным путем проверить эффективность предложенной нами программы психологической коррекции тревожности лиц с соматическими заболеваниями.

**Объект:** тревожность лиц с соматическими заболеваниями.

В исследовании использовались следующие **методы исследования:** психологические тесты для определения уровня тревожности:

1. Методика оценки тревожности (ситуационной и личностной) Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина.
2. Шкала манифестной тревожности Тейлор (ТМА) для изучения тревожных расстройств.
3. Тест тревожности Бека, ориентированный на соматические проявления тревожности.

**Теоретической основой явились:** исследования тревожности психоаналитической школой З. Фрейда; исследования неопрейдистской школы (Карен Хорни); американского психолога К.Э. Изарда; исследования отечественных физиологов бихевиорального направления, прежде всего работы И.П. Павлова; исследования Г. Селье и его теория стресса; исследования отечественных нейрофизиологов, прежде всего О.В. Виноградовой; исследования советских ученых Е.И. Чазова, В.М. Астапова, описывающих тревожность и ее соматические проявления.

**Новизна исследования:** заключается в исследовании тревожности у лиц с соматическими заболеваниями на современном этапе развития психологических знаний; в разработке программы психологической

коррекции тревожности, способной влиять на различные проявления тревожности.

**Теоретическая значимость исследования:** определяется тем, что результаты нашего исследования позволят расширить и углубить научные представления об особенностях тревожных состояниях у лиц с соматическими заболеваниями.

**Практическая значимость исследования:** Разработана и апробирована психологическая программа коррекции тревожности у лиц с соматическими заболеваниями. Представленные в эмпирической части исследования результаты по определению уровня тревожности и методам психологической коррекции лиц с соматическими заболеваниями, могут быть практически использованы в работе врачами, психологами медицинских и немедицинских учреждений, практикующими как в государственных, так и в частных центрах для работы с лицами, имеющими тревожные состояния на фоне соматического заболевания или без него.

**По теме диссертации опубликованы статьи:**

1. И.А. Бызова. Особенности проявления тревожности лиц с соматическими заболеваниями. / Психология особых состояний: от теории к практике / Отв. ред. Н.А. Лисова. – Красноярск, 2022. – С. 65

2. И.А. Бызова. Исследование уровня тревожности лиц с соматическими заболеваниями (в печати).

3. И.А. Бызова. Психологическая коррекция тревожности лиц с соматическими заболеваниями (в печати)

## ABSTRACT OF MASTER'S THESIS

**The structure of the master's thesis the work:** consists of an introduction, three chapters, a conclusion, and a bibliography. It includes applications. The text of the work is presented on 90 pages and illustrated in 19 tables and 18 histograms.

**The purpose of the study:** to experimentally test the effectiveness of our proposed program of psychological correction of anxiety in people with somatic diseases.

**Object:** anxiety of people with somatic diseases.

The following research **methods were used in the study:**

psychological tests to determine the level of anxiety:

1. Methodology for assessing anxiety (situational and personal) by C.D. Spielberger, Y.L. Khanin.

2. The Taylor Manifest Anxiety Scale (TMA) for the study of anxiety disorders.

3. Beck's anxiety test, focused on somatic manifestations of anxiety.

**The theoretical basis was:** a study of anxiety by the psychoanalytic school of Z. Freud; research of the neo-Freudian school (Karen Horney); American psychologist K.E. Izard; research by domestic behavioral physiologists, primarily the work of I.P. Pavlov; research by G. Selye and his theory of stress; research by domestic neurophysiologists, primarily O.V. Vinogradova; research by Soviet scientists E.I. Chazov, V.M. Astapov, describing anxiety and its somatic manifestations.

**The novelty of the study:** it consists in the study of anxiety in people with somatic diseases at the present stage of the development of psychological knowledge; in the development of a program for psychological correction of anxiety, capable of influencing various manifestations of anxiety.

**The theoretical significance of the study:** is determined by the fact that the results of our study will allow us to expand and deepen scientific understanding of the features of anxiety states in people with somatic diseases.

**Practical significance of the study:** A psychological program for correcting anxiety in people with somatic diseases has been developed and tested. The results presented in the empirical part of the study on determining the level of anxiety and methods of psychological correction of persons with somatic diseases can be practically used in the work of doctors, psychologists of medical and non-medical institutions practicing both in public and private centers to work with people with anxiety conditions on the background of somatic disease or without it.

**Articles have been published on the topic of the dissertation:**

1. I.A. Byzova. Features of the manifestation of anxiety in persons with somatic diseases. / Psychology of special states: from theory to practice / Ed. by N.A. Lisov. – Krasnoyarsk, 2022. – p. 65

2. I.A. Byzova. A study of the anxiety level of people with somatic diseases (in print).

3. I.A. Byzova. Psychological correction of anxiety in people with somatic diseases (in print)

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ ТРЕВОЖНОСТИ В ПСИХОЛОГИИ.....	8
1.1. Проблема изучения тревожности в трудах отечественных и зарубежных ученых.....	8
1.2. Особенности проявления тревожности лиц с соматическими заболеваниями.....	1
7	
1.3. Современное состояние исследования анатомофизиологических, биохимических, генетических особенностей тревожности.....	25
Выводы по первой главе.....	30
ГЛАВА II. ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. ....	32
2.1. Организация, методы и методики проведения исследования.....	32
2.2. Результаты констатирующего этапа эксперимента.....	36
Выводы по второй главе.....	47
ГЛАВА III. РЕАЛИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕ.....	50
3.1. Теоретические основы формирующего этапа эксперимента.....	50
3.2. Содержание программы психологической коррекции тревожности лиц с соматическим заболеванием.....	54
3.3. Анализ результатов контрольного этапа эксперимента.....	61
Выводы по третьей главе.....	79
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	8
1	
БИБЛИОГРАФИЯ.....	84
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	90

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** По данным ВОЗ в 1990 году тревожно-депрессивные расстройства занимали четвертое место по распространенности среди всех болезней. В 2004 тревожность эта группа заболеваний вышла на 3 место. В 2020 году тревога и депрессия заняли 2 место по распространенности в мире. К 2030 году прогнозируется, что тревога и депрессия займут первое место [14; 17].

В России распространенность аффективных нарушений находится в диапазоне 20–45% [14; 17].

В настоящее время, по данным ВОЗ, около 100 млн. человек страдают эмоциональными нарушениями. Из них тревожные нарушения составляют 10,5–21%. Постоянно страдают от тревоги до 12%, ситуационно до 5–30% людей в популяции в экономически развитых странах. Например, в США частота распространения тревожных расстройств выше, чем депрессий и других аффективных расстройств [40].

До 2020 г, по данным литературы, в экономически развитых странах Европы и США тревожные расстройства регистрируются у 12–27% населения, а у лиц с соматической патологией тревожные расстройства встречаются в 2–3 раза чаще, чем в общей популяции. В России, по данным литературы, в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) состояния тревоги регистрировались от 20 до 80% случаев [40].

Тревожность – это, прежде всего, отрицательно окрашенная эмоция, которую иначе называют ощущением неопределенности, ожиданием отрицательных событий, трудноопределимым предчувствием. Причины тревоги, в отличие от страха, не осознаются.

Эмоциональные нарушения все чаще становятся причиной инвалидности, причиной нарушенных взаимоотношений в семье и на производстве, являются фактором, снижающим производительность труда и качество жизни. На медикаментозную коррекцию тревожности ежегодно

тратятся огромные средства, при этом фармакологические препараты часто имеют много побочных эффектов и вызывают привыкание. Факторов, способствующих высокому уровню тревожных расстройств в популяции много: интенсивный поток низкопробной информации, и, пока еще, не выработанные стратегии по обработке и сортировке информации как на уровне масс-медиа, так и на уровне личного потребления информации. Это и высокий уровень урбанизации с быстрым темпом перемещения на дальние расстояния в городах, когда весь организм пребывает в состоянии стресса. Это и высокий уровень конфликтов, как международных, так и личностных, которые дополнительно муссируются и усиливаются в информационном пространстве. Это и огромный поток рекламы, а ведь это часто очень психологически грамотно и жестко-манипулятивно выстроенное воздействие на психику человека. В настоящее время, практически не существует методов социальной психогигиены, защищающих эмоции человека, или они работают недостаточно эффективно. Поэтому снижения распространенности тревожных расстройств пока не предвидится, и, соответственно, потребность в специалистах, владеющих психологическими методами коррекции тревожности, остается высокой.

На уровне государства эта проблема признается, и, в соответствии с Приказом МЗ РФ от 14.10.2022 № 668Н с 01.07.23., в поликлиниках введена в штат должность психолога. Наша работа направлена на поиск эффективных и экономичных методов психологической коррекции тревожности, включая лиц с соматическими заболеваниями, и популяризацию этих методов.

**Объект исследования:** тревожность лиц с соматическими заболеваниями.

**Предмет исследования:** Психологическая программа коррекции тревожности лиц с соматическими заболеваниями.

**Цель исследования:** опытно-экспериментальным путем проверить эффективность предложенной нами программы психологической коррекции тревожности лиц с соматическими заболеваниями.



**Гипотеза исследования:** предполагаем, что предложенная нами программа психологической коррекции тревожности лиц с соматическими заболеваниями будет способствовать снижению их уровня тревожности.

В соответствии с поставленной целью и выдвинутой гипотезой нами были поставлены **следующие задачи:**

1. Проанализировать психологическую литературу по проблеме исследования и определить ее современное состояние.
2. Выявить особенности тревожности лиц с соматическими заболеваниями в возрастной группе с 40–65 лет.
3. Разработать и апробировать психологическую программу коррекции тревожности лиц с соматическими заболеваниями; оценить ее эффективность.

Для решения поставленных задач использовались следующие **методы:** теоретические (анализ психологической литературы); эмпирические (наблюдение, тестирование, эксперимент); статистические (количественный и качественный анализ результатов исследования);

**Теоретико-методологической основой исследования** являются: исследованием тревожности психоаналитической школой З. Фрейда; исследованием неотрейдистской школы (Карен Хорни); американского психолога К.Э. Изарда; исследования отечественных физиологов бихевиорального направления прежде всего работы И.П. Павлова; исследования Г. Селье и его теория стресса; исследования отечественных нейрофизиологов, прежде всего О.В. Виноградовой; исследования советских ученых Е.И. Чазова, В.М. Астапова, описывающих тревожность и ее соматические проявления.

**Организация исследования:** Работа проведена на базе неврологического отделения ОГАУЗ санатория «Юбилейный» г. Братска. В исследовании приняли участие 30 человек. Это мужчины и женщины в возрасте от 40 до 65 лет.

**Этапы исследования:**

1. сентябрь 2021 г. – сентябрь 2022 г. – теоретический обзор литературы, разработка программы диссертационного исследования.
2. октябрь 2022 г. – ноябрь 2022 г. – констатирующий эксперимент, включающий в себя подбор методик по проблеме исследования, проведение диагностики и анализ результатов в контрольной и экспериментальной группах.
3. декабрь 2022 г. – апрель 2023 г. – формирующий эксперимент, включающий разработку программы коррекции тревожности, проведение коррекции в экспериментальной группе.
4. май 2023 г. – июнь 2023 г. – контрольный эксперимент, включающий повторную диагностику после проведения коррекционной программы тревожности в контрольной и экспериментальной группах.
5. сентябрь 2023 г. – ноябрь 2023 г. – анализ результатов повторного исследования в контрольной и экспериментальной группах. Формулирование выводов. Оформление текста работы.

**Теоретическая значимость исследования:** определяется тем, что результаты нашего исследования позволят расширить и углубить научные представления о тревожных состояниях лиц с соматическими заболеваниями.

**Практическая значимость исследования.** Разработана и апробирована психологическая программа коррекции тревожности лиц с соматическими заболеваниями. Представленные в эмпирической части исследования результаты по определению уровня тревожности и методам психологической коррекции лиц с соматическими заболеваниями, могут быть практически использованы в работе врачами, психологам медицинских и немедицинских учреждений, практикующими как в государственных, так и в частных центрах для работы с лицами, имеющими тревожные состояния на фоне соматического заболевания или без него.

**Апробация результатов исследования.** В течении выполнения исследовательской работы для ознакомления научного сообщества с

результатами нашего исследования, результаты диссертационной работы были изложены в виде статей:

1. И.А. Бызова. Особенности проявления тревожности лиц с соматическими заболеваниями. / Психология особых состояний: от теории к практике / Отв. ред. Н.А. Лисова. – Красноярск, 2022. – С. 65

2. И.А. Бызова. Исследование уровня тревожности лиц с соматическими заболеваниями (в печати).

3. И.А. Бызова. Психологическая коррекция тревожности лиц с соматическими заболеваниями (в печати).

**Структура и объем выпускной квалификационной работы:** работа состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии. Включает в себя приложения. Текст работы изложен на (96) страницах и проиллюстрирован в 19 таблицах и 18 гистограммах.

## ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ ТРЕВОЖНОСТИ В ПСИХОЛОГИИ

### 1.1. Проблема изучения тревожности в трудах отечественных и зарубежных ученых

Тревога и тревожные расстройства, как проблемное эмоциональное состояние существования человека до 20 века практически не исследовалось.

Ролло Мэй, (амер. психолог и психотерапевт), исследуя состояние тревоги, отметил в своей книге «Значение тревоги», что в первой половине 20 века только двое исследователей занимались этим вопросом. Эти исследователи – Сьерен Кьеркегор и Зигмунд Фрейд. До середины 20 века тревога, как отдельная клиническая единица, не существовала.

После Фрейда, интерес к бессознательному, и к психологии в целом возрос, и, исследованием тревожных расстройств занимались такие зарубежные авторы, как: А. Адлер, Г. Селье, К. Хорни, Ч. Спилбергер, Дж. Тейлор, В. Франкл, К. Изард.

Среди отечественных ученых, посвятивших свои труды исследованию тревожности следует отметить: В.Н. Мясищева, Р. Лазурса, Ю.М. Ханина, А.Б. Смулевича, Ю.А. Александровского, А.С. Аведисова, Е.И. Чазова.

Большой психологический словарь дает такое определение: «тревога – это переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятия, предчувствием грядущей опасности [12]. Тревожность понимается большинством авторов, как отрицательно окрашенное эмоциональное состояние, не связанное с конкретным событием. Тревожность, как правило, связана с ожиданием неприятностей в будущем, но при этом не связана с конкретным событием. Тревожность часто связана с информационными факторами, такими как: отсутствие или дефицит информации, избыток и противоречивость информации, некорректно расставленные акценты при подаче информации. В отличии от страха,

тревожность - беспредметное, бесформенное, обобщенное, или, иначе говоря, генерализованное эмоциональное состояние. Конкретного источника тревожности (в отличие от страха) определить невозможно. Нередко причиной тревожности становится ожидание поражений в сфере социального взаимодействия.

Понятие «тревожность» введено в психологию З. Фрейдом, в настоящее время этот термин понимается как разновидность страха. Тревожность – это скорее результат активного воображения и появляется в результате прогнозирования неудачи. Тревожность понимается как дискомфорт, связанный с ожиданием неблагоприятия, предчувствия грозящей опасности. Как видим, разграничение понятий «тревоги» и «тревожности» достаточно условно, и во многом сводится скорее к вопросам терминологии и особенностям перевода. Фрейд считал, что тревожность является фундаментальной проблемой, без понимания которой невозможно понять эмоциональные и другие психологические нарушения. Фрейд считал, что организм обладает врожденной способностью испытывать тревожность, и рассматривал это как часть инстинкта самосохранения. По мнению Фрейда тревожность – это функция «эго», предупреждающая «эго» о надвигающейся опасности, угрозе и целью ее является помощь в ситуациях угрозы [60]. Фрейд выделял три вида тревожности:

1) реальный страх – связан с реальной опасностью, исходящей из внешнего мира.

2) невротическая тревожность – связана с неизвестной и не определяемой опасностью

3) моральная тревожность, которую можно назвать «тревожностью совести», Фрейд считал, что она связана с опасностью, идущей от Супер-Эго.

Последователь Фрейда, который стал критиком его учения, Альфред Адлер не создал систематической теории тревоги, однако можно считать, что именно тревожность является центральным звеном его концепции «чувства неполноценности» [4]. Адлер использует термин «чувство неполноценности»,

по – мнению большинства современных психологов, именно в контексте, в котором современные психологи используют термин «тревожность». Адлер считал, что ребенок начинает ощущать свою неполноценность до того, как у него появляется возможность что-либо предпринять по этому поводу. Говоря о тревожности Адлер задается вопросами: Какова роль тревожности? Тревожность блокирует активность человека и заставляет его вернуться к предшествующему состоянию безопасности. Адлер считает, что тревожность способствует уклонению от принятия решений, мешает брать на себя ответственность. И, более того, Адлер считает тревожность орудием агрессии, средством для власти над другими людьми. Он пишет, что ребенок использует тревожность для контроля над своей матерью. В своих работах Адлер приводит примеры, когда пациент использует тревожность для навязывания домашним своего порядка. Современные психологи считают, что Адлер в таких случаях описывает «псевдотревогу». И с этим можно согласиться, так как он называет тревожность «особенностью характера», а не эмоцией. При подлинной тревожности контроль над окружающими, скорее побочный эффект, а не цель. Различить подлинную тревожность от псевдотревоги – вопрос не всегда достаточно ясный, так как один и тот же человек может в поведении и мотивации демонстрировать оба этих феномена.

Неофрейдисты, считали, что основные факторы формирования личности не биологические, а социальные. Так, Карен Хорни считает, что в основе развития личности и ее неврозов лежит базальная (или базовая) тревожность, которая закладывается в детстве в зависимости от стиля воспитания родителей. К проблемным стилям воспитания она относит гипер- или гипоопеку. Хорни выделила две главные потребности детства: потребность в удовлетворении и потребность в безопасности. Потребность в удовлетворении охватывает все биологические нужды: в пище, сне, тепле. Если она удовлетворяется матерью, то физиологическая тревожность со временем исчезает, а если не удовлетворяется, то становится фоном для общей невротизации человека. Хорни считала этот вид тревожности не столь

важным. Главное значение Хорни придавала потребности в безопасности, которое подразумевает стремление быть любимым, желанным, защищенным от опасности или враждебности мира. Если родители проявляют истинную любовь и тепло к ребенку эта потребность удовлетворяется и у ребенка формируется здоровая личность. И наоборот, если поведение родителей не обеспечивает чувство безопасности вероятность патологического развития личности возрастает. Хорни [65; 66; 67], считает, что основной причиной тревожности является ранний неблагоприятный опыт отношений, который формирует базальную тревогу. Она считала, что такая тревожность сопровождает человека всю жизнь и значительно влияет на отношения с другими людьми. Эмоциональное состояние тревожности с одной стороны предупреждает объект об опасности, а с другой побуждает к поиску и конкретизации этой опасности. Хорни предположила, что тревожность не всегда точно осознается людьми, однако при этом оказывает значительное воздействие на поведение, выбор, стиль общения в социуме.

Одно из важнейших открытий Хорни – понятие образа «Я», состоящего из трех частей: Я – реальное, Я – идеальное, Я – в глазах других. Хорни считала, что базальная тревожность приводит к опасению ребенка выразить свои чувства и мысли, и к отчуждению от реального собственного «я». В результате формируется «идеальное Я» с жесткими внутренними предписаниями, принуждениями. «Идеальное Я» – это тот образ, который навязан ребенку окружением. Формируется «идеальное Я» двумя способами: либо ребенок уступает и принимает установки окружения, либо агрессивный ребенок формирует свой образ, вопреки установкам окружения. Третьей составляющей образа «Я» является «Я – в глазах других», то есть, что о нас думают другие и насколько наш собственный образ себя совпадает с тем, что о нас думают другие. У здоровой личности, считает Хорни, все три части совпадают и создают одно целостное «Я». Такое «единство» встречается далеко не у каждого. Если не совпадает «Я – реальное» и «Я – идеальное» или

«Я – реальное» и «Я» в глазах окружающих» – возникает чувство постоянной неудовлетворенности собой, неуверенности, тревожности.

Чтобы избежать чувства тревожности, человек использует механизмы психологической защиты. Хорни выделила три механизма снижения внутреннего конфликта в образе «Я»: стремление к людям, стремление от людей, стремление против людей. В результате могут образоваться три типа невротического характера: *уступчивый, агрессивный, отстраненный*. *Уступчивый тип* преодолевает тревожность соглашаясь с мнением, установками, ценностями окружающих в надежде, в надежде что окружение «не заметит» неадекватности его образа «Я»; при этом у субъекта развиваются излишняя привязанность, излишняя потребность в одобрении, и потребность в партнере, который принял бы заботу о нем.

*Агрессивный тип*: преодолевает тревожность навязав свой образ «Я» силой; при этом у субъекта развиваются потребность в эксплуатации других, стремление к личным достижениям, к власти. Такой тип людей, по мнению Хорни, способен действовать тактично и дружески, но его поведение в итоге всегда нацелено на обретение контроля и власти над другими.

*Отстраненный тип*: преодолевает тревожность в форме игнорирования мнения окружающих, оставшись наедине со своим образом «Я»; при этом возникает потребность ограничивать свою жизнь узкими рамками, потребность в самостоятельности и независимости, потребность быть совершенным и неуязвимым. Это может привести к полному одиночеству и изоляции. Хорни выделила десять стратегий (механизмов) компенсации базальной тревожности:

1) в любви и одобрении: выражается в ненасытном стремлении быть любимым и объектом восхищения, возникает повышенная чувствительность и восприимчивость к критике или недружелюбию.

2) в руководящем партнере: выражается в чрезмерной зависимости от других и боязни получить отказ или остаться в одиночестве.



3) в четких ограничениях: выражается в придании первостепенного значения ограничениям и правилам, в довольствовании малым, в излишнем подчинении другим.

4) во власти: выражается в доминировании и контроле над другими (это является самоцелью), в презрительном отношении к слабостям.

5) в эксплуатации других: выражается в страхе быть глупым, страхе быть использованным; при этом нет желания перехитрить других.

6) в общественном признании: выражается в мнении и представлении о себе в жесткой зависимости от социального статуса.

7) в восхищении собой: проявляется в стремлении создать приукрашенный образ себя, получать комплименты и лесть со стороны окружающих.

8) в честолюбии: выражается в сильном стремлении быть самым лучшим, несмотря на последствия и страх неудачи.

9) в самодостаточности и независимости: выражается в избегании любых обязательств и дистанцировании от людей.

10) в безупречности и неопровержимости: выражается в попытках быть всегда и во всем безупречным, создавать впечатление совершенства и добродетели.

Эти потребности присутствуют у всех людей, и они помогают нам справляться с чувством одиночества, враждебности, беспомощности. Однако, здоровые люди используют большинство или все это механизмы в разумных пределах и адекватно ситуации, а тревожные личности (невротичные личности) застревают на эксплуатации одного механизма, доводя его порой до абсурда.

Наиболее распространенными защитно-компенсаторными реакциями на эмоциональное состояние тревожности являются:

- рационализация (превращение тревоги в конкретный страх);
- отрицание (устранение тревоги из сознания);
- наркотизация;

– избегание всех ситуаций, мыслей, чувств, способных спровоцировать состояние тревоги.

Таким образом, становится понятным, что функция тревожности преимущественно защитная, и это важная составляющая инстинкта самосохранения.

Бихевиористы, включая русского физиолога, нобелевского лауреата И.П. Павлова, рассматривают тревожность, как закрепившуюся реакцию (выработанный условный рефлекс) на угрожающие события в жизни, которая вновь возникает при сходных обстоятельствах. И.П. Павлов, исследуя экспериментальные неврозы в своей лаборатории, обнаружил, что скорее всего нервный срыв под действием внешних раздражителей происходит у слабого типа, затем у возбудимого типа, а меньше всего подвержены срывам животные с сильным уравновешенным типом с хорошей подвижностью психических процессов.

Кэррол Эллис Изард (амер. психолог) разделял эмоции на производные и фундаментальные. К фундаментальным он относил: презрение, гнев, интерес – волнение, удивление, радость, страх, горе – страдание, вина, стыд, отвращение. Все остальные эмоции – производные. И тревожность он рассматривал как комплексное состояние, состоящее из гнева, страха, вины, интереса – возбуждения [24].

В отечественной психологии можно встретить разные определения тревожности, однако большинство исследователей считают, что тревожность следует оценивать дифференцированно: как ситуативное явление и как личностную характеристику, которая может меняться в течение жизни.

А.М. Прихожан считает, что тревожность – это «переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия» Она выделяет открытые и закрытые формы тревожности [46].

К открытым относит острую, нерегулируемую тревожность; регулируемая и компенсирующая тревожность; культивируемая тревожность.

К закрытым (замаскированным) формам тревожности она относит состояния, названные ею «масками»: агрессивность, чрезмерная зависимость, апатия, лживость, чрезмерная мечтательность.

Р.С. Немов определяет тревожность как «постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх, тревогу в специфических социальных ситуациях [44].

А.В. Петровский считает, что «тревожность – склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги; один из основных параметров индивидуальных различий» [47]. Тревожность обычно повышена при нервно-психических и тяжелых соматических заболеваниях, а также у здоровых людей, переживающих последствия психотравмы, у многих групп лиц с отклоняющимся субъективным проявлением неблагополучия личности».

Отечественные психологи опираются в своих исследованиях на работы И.П. Павлова и Г. Селье.

Г. Селье (канадский физиолог), изучая физиологию стресса, выделил 3 стадии общего адаптационного синдрома: 1 – реакция тревоги, 2 – стадия сопротивляемости, 3 – стадия истощения. Таким образом, тревога/тревожность – это нормальное состояние, способствующее адаптации к изменяющимся условиям среды.

Тревожность, как эмоция, скорее отрицательно (или неприятно) окрашенное состояние. Ее описывают, как ощущение неопределенности, ожидание неприятностей, трудноопределимые предчувствия. То есть, тревожность вызывает напряжение, дискомфорт и связана с событием, исход которого не ясен. У страха есть объект, у тревожности объекта нет. Вместе с этим, следует помнить, что повышение тревожности в определенных ситуациях, столь же нормально, как испытывание эмоций страха, гнева, печали. Повышенная тревожность – не всегда патология. Иногда это стабильное качество личности, не мешающее жизни данного индивидуума и

людей его окружающих, это акцентуация, выраженная более других черт характера.

Люди значительно различаются между собой по уровню своей тревожности. Для измерения этих индивидуальных различий в 1953 году в США Джанет Тейлор, путем урезания ММРІ создала методику под названием «шкала проявлений тревоги Тейлор». Со временем исследователям стало ясно, что существует два типа тревожности. Один вид тревожности- как черта личности, второй вид тревожности- как реакция индивидуума на угрожающую ситуацию. Хотя эти два типа тревожности представляют собой самостоятельные категории, между ними имеется связь. Как указывает немецкий психолог Хайнц Хекхаузен, под воздействием стрессовых обстоятельств (боль, информационный стресс) различия между высоко-тревожными и слабо-тревожными людьми проявляются резче [70].

Для лучшего различия личностной и ситуационной тревожности Чарльз Спилбергер создал два опросника [91]. Личностная тревожность является более постоянной категорией и определяется типом высшей нервной деятельности, темпераментом, характером, воспитанием и приобретенными стратегиями реагирования на внешние факторы. Ситуационная тревожность больше зависит от текущих проблем и переживаний. Как правило, показатели личностной и ситуационной тревожности связаны между собой – у людей с высокой личностной тревожностью ситуационная тревожность проявляется в большей степени. С другой стороны, в ситуациях, которые вызывают боль или физическую угрозу, люди с высокими показателями личностной тревожности, не проявляют особо выраженную ситуационную тревожность. Исследователи показали, что чем настойчивее подчеркивается связь выполняемого задания с проверкой способности индивида, тем хуже справляются с ним «высоко тревожные» испытуемые, и тем лучше его выполняют «слабо тревожные» люди. Таким образом, повышенная тревожность, обусловленная страхом возможной неудачи, интерпретируется исследователями как механизм, для приспособления к социальным требованиям и нормам.

Не вдаваясь в клинические различия, с психологической точки зрения, следует выделять два вида тревожности: адаптивная (=адекватная), как реакция на реальную опасность и (или) перемены, такие как экзамен, смена работы, переезд, болезнь близких. Эта тревожность следует рассматривать, как часть процесса адаптации, она помогает активировать созидательные процессы приспособления к изменившимся условиям; дезадаптивная (повышенная) тревожность, которая мешает адекватному восприятию реальности и приспособлению к изменившимся условиям.

Подводя итог, можно сказать, что взгляды на то, что такое «тревожность», причины ее возникновения, ее биологическую и социальную значимость по-прежнему разнятся. За истекшее столетие, когда «тревожности» уделяли большое научное внимание, произошло много открытий, так, например, были предложены методы диагностики (тестирования) тревожности, был выявлен нейронный путь при здоровой реакции и при тревожной. Стало понятным, что высокий уровень тревожности влияет на качество жизни индивида, на выбор в каждый момент времени, на успех в социуме. Как любое проблемное состояние, «тревожность» нуждается в диагностике и правильном понимании ее в структуре личности. Состояние «тревожности» ухудшает качество жизни у лиц, имеющих соматические заболевания. Частота встречаемости тревожности в этой группе выше, чем в популяции в целом [40]. Рассмотрим проявления тревожности у лиц с соматическими заболеваниями в следующем параграфе.

## **1.2. Особенности проявления тревожности лиц с соматическими заболеваниями**

По данным из медицинской статистики можно отметить, что 12–36% лиц с соматическими заболеваниями имеют клинически очерченные депрессивные и тревожные нарушения. Этот показатель значительно превышает распространенность в популяции. При хронических соматических

заболеваниях (например, при сахарном диабете, ишемии сердца, ишемии мозга) минимальный показатель распространенности тревожности 2,34 случая на 1000 человек регистрируется в возрастном интервале 18–29 лет. В диапазоне 30–39 лет этот показатель уже составляет 7,65 случая на 1000 человек. В группе 50–59 лет 7,81 на 1000 человек. В 60–69 лет составляет 10,7 на 1000 человек. [40].

Почти половина обследованных больных общеклинической практики по психическому состоянию соответствуют критериям тревожного или депрессивного расстройства [40]. Следует помнить о высокой коморбидности тревожных и депрессивных расстройств.

Причиной возникновения тревожных расстройств, в настоящее время принято считать сочетание экологических (окружающая среда) и генетических (наследственные особенности) факторов.

Соматические проявления тревожности являются основной причиной обращения к специалистам разных медицинских специальностей. Психологические (эмоциональные и поведенческие) симптомы тревожности часто не осознаются индивидуумом или воспринимаются, как нормальная реакция на непонятную и не диагностированную «болезнь».

Тревожное расстройство у лиц, имеющих соматическое заболевание может проявляться как симптомами, соответствующими какой-либо нозологической форме тревожности, так и симптомами свойственными соматическому заболеванию. Психологу следует помнить об органических расстройствах, протекающих с проявлениями тревожности – это заболевания щитовидной железы; сосудистые заболевания сердца и сосудов головного мозга; анемия; употребление психоактивных веществ таких, как кофе, чай, наркотики; психические заболевания (шизофрения, депрессия, деменция, биполярное расстройство). Тревожность часто сопутствует таким соматическим заболеваниям как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хронические заболевания легких, язвенная болезнь желудка и (или) 12-перстной кишки, хронические болевые синдромы, мигрень.

Проявлениями тревожности могут быть: раздражительность, перепады настроения, устойчивое снижение настроения, плаксивость, нарушения сна, утомляемость, снижение интересов, отсутствие желания с кем-то общаться, головная боль, головокружение, чувство кома в горле, ощущение «мурашек», сердцебиение, колебания артериального давления, чувство нехватки воздуха, тошнота, головокружение, потливость, онемение, слабость в ногах, дрожь в теле.

Клиническая манифестация тревожных симптомов может происходить субклинически (с меньшей выраженностью и длительностью), чем это необходимо для соответствия критериям диагностики. Эти случаи трудны для диагностики и нередко остаются без противотревожной медикаментозной и психологической коррекции, снижая качество жизни, как самого пациента, так и его окружения на длительный временной отрезок. Субсиндромальное тревожное расстройство может стать фактором развития тяжелой депрессии. Снижение качества жизни по параметрам социальной и профессиональной активности у пациентов с субсиндромальной тревожностью сопоставимо со снижением качества жизни при развернутом тревожном расстройстве и значительно более выражено, чем у лиц, имеющих соматическое заболевание, неосложненное тревожным расстройством.

В настоящее время выделяют несколько разновидностей тревожных расстройств:

- тревога, ассоциированная с соматическим заболеванием;
- лекарственно-индуцированная тревога;
- генерализованное тревожное расстройство;
- социальное тревожное расстройство;
- посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР);
- тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой;
- ситуативная тревога;
- паническое расстройство;
- обсессивно-компульсивное расстройство;

– селективный мутизм (потеря способности говорить в определенных ситуациях).

Как правило, тревожность возникает сразу после стрессовой ситуации или не позднее 6 месяцев с момента ее окончания.

Рассмотрим некоторые соматические проявления тревожных расстройств:

1. При генерализованном тревожном расстройстве (ГТР), которое чаще возникает в молодом возрасте (15–35 лет), кроме чрезмерной тревоги и беспокойства по поводу обыденных событий могут быть неспецифические симптомы тревоги: головокружения, учащенное сердцебиение, дискомфорт в области желудка, потливость, сухость во рту, двигательная суетливость, головные боли, озноб. Тема здоровья становится излюбленной у таких людей, и они всячески ее стимулируют и поддерживают в своем окружении. У таких людей страдает социальная активность и профессиональная деятельность. В таких случаях, как правило, необходимо исключить заболевания сердца, заболевания ЖКТ, хронические болевые синдромы. Присоединение ГТР к соматическому заболеванию значительно ухудшает прогноз основного заболевания.

2. Паническое расстройство – заболевание склонное к хронизации, начинается в молодом возрасте. Проявляется как приступ сильного страха, который сопровождается сильным сердцебиением, потливостью, удушьем, предобморочным состоянием, чувством онемения в конечностях, ощущением жара или холода. После приступа возникает чувство слабости и разбитости. Чем дольше пациент страдает паническим расстройством, тем больше вероятность присоединения других психопатологических синдромов.

3. Тревожное расстройство, ассоциированное с текущим соматическим заболеванием.

Часто тревожность сопровождает такие заболевания как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хронические бронхолегочные заболевания, язвенная болезнь, эпилепсия, инсульт, хронические



болевы́е синдромы, мигрень.

Манифестация тревожных симптомов нередко проходит стерто (менее выражено и менее длительно) чем требуют критерии диагностики. При этом качество таких людей страдает значительно. Кроме того, это может стать фактором риска развития тяжелой депрессии. Коморбидное тревожное расстройство, независимо от степени выраженности, существенно ухудшает течение основного заболевания. Так, например, тревожное расстройство может привести к учащению приступов эпилепсии.

По данным профессора В.И. Козловского, почти половина обследованных больных общеполитической сети по психическому состоянию соответствуют критериям тревожного или депрессивного расстройства [40]. Следует вспомнить высказывание А.Р. Лурия «Знание жалоб, переживаний и изменений характера больного так же важны для постановки диагноза, как и результаты объективного исследования его болезни» [39].

Теоретической основой медико-психологических исследований в отечественной психологии служит концепция В.Н. Мясищева, в структуре которой личность - это система отношений. Одним из важнейших моментов в этой структуре является отношение больного к болезни. Именно этот критерий помогает раскрыть содержание таких понятий, как «реакция личности на болезнь», «переживание болезни», «внутренняя картина болезни». Мясищев в своей концепции предлагает оценивать когнитивные, эмоциональные и поведенческие типы реагирования [38].

Проявления тревожности на когнитивном уровне характеризуется как понимание беспомощности, бессилия, незащищенности, затруднено принятие решений, трудности с определением цели.

Проявление тревожности на физиологическом уровне – это сердцебиения, повышение артериального давления, снижение порогов чувствительности, появление сухости во рту, появление слабости в ногах.

Проявление тревожности на поведенческом уровне – бесцельное

хождение, качание на стуле, кручение предметов в руках, теребление волос, стук пальцами по столу, качание ног, грызение ногтей.

Большинство авторов выделяют три основных фактора, которые влияют на формирование отношения к болезни:

1. Преморбидные особенности личности.
2. Природа самого заболевания.
3. Социально-психологические факторы.

В настоящее время выделяют 12 типов отношения к болезни, которые объединяют в 3 блока:

1 блок включает гармоничный, эргопатичный и анозогностический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается.

2 блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношений. Эмоциональные реакции в этих случаях проявляются как раздражительная слабость, тревожное расстройство, уход в болезнь, отказ от борьбы.

3 блок включает сенситивный, дисфорический и паранойяльный типы отношений к болезни. Такие пациенты могут стесняться своего заболевания, или использовать его в своих целях, агрессивно обвиняют окружающих в своем недуге, выстраивают свои концепции причин заболевания.

А.Е. Личко [37] выделил 12 типов отношения к болезни:

1) гармонический – адекватная оценка состояния собственного здоровья, адекватная ответственность за свое здоровье и забота о себе, при необходимости адекватная просьба о помощи.

2) эргопатический – желание игнорировать болезнь уходом в работу.

3) анозогностический – полное игнорирование болезни, по типу «само пройдет»

4) тревожный – постоянное беспокойство, суеверие, поиск примет во внешнем мире и сновидениях, соблюдение ритуалов «помогающих» исцелению.

5) ипохондрический – усиленное внимание к малейшим ощущениям, значительно преувеличенное значение этих ощущений, боязнь лекарств и процедур.

6) неврастенический – неустойчивость и непоследовательность эмоций и поведения по отношению к болезни. Вспышки «раздражительной слабости» на первого встречного, и эпизоды «бурного раскаяния со слезами».

7) меланхолический – неверие в выздоровление, склонность к суициду, депрессии.

8) апатический – безразличное отношение к себе, к здоровью, безучастное отношение к лечению.

9) сенситивный – излишне чувствительный к мнению окружающих, страшится стать обузой для окружающих.

10) эгоцентрический – высокие требования к окружающим из-за своей болезни, склонность выставлять болезнь напоказ, требование от окружающих особого к себе отношения.

11) паранойяльный - причиной болезни считают чей-то злой умысел, происки «врагов»; трудности и осложнения в болезни объясняет халатностью медицинских работников.

12) дисфорический – эмоциональный фон мрачный. Поведение с проявлениями злости, зависти, ненависти к здоровым людям. Свойственны вспышки гнева с требованием угождать во всем.

Реакция на возникшее заболевание зависит от того, какое значение имеет болезнь для больного в его внутреннем восприятии:

1. Болезнь, как угроза. В этом случае возможны реакции противодействия, тревоги, ухода, борьбы.

2. Болезнь, как утрата. В этом случае возможны реакции депрессии, ипохондрии, растерянности, привлечение к себе внимания, нарушение режима

3. Болезнь, как выигрыш или избавление. В этих случаях возможны реакции безразличия, жизнерадостности, нарушения режима, реакция враждебности к врачу.

4. Болезнь, как наказание. В этих случаях возможны реакции такие как стыд, гнев, угнетенность.

Из всего изложенного выше можно сделать следующие выводы:

Проявлениями тревожности у лиц, с соматическими заболеваниями можно для удобства отслеживания разделить по основным системам организма. Так проявления тревожности со стороны сердечно-сосудистой системы могут проявляться в виде учащенного сердцебиения, нарушения ритма сердца, неприятные ощущения в груди, боль в грудной клетке, снижение или повышение артериального давления, волны жара и холода. Со стороны системы дыхания это могут быть затруднения дыхания, ком в горле, сухость во рту, сбой ритма дыхания, вздохи, кашель, зевота. Со стороны мышечной системы это могут быть чувство онемения, зуда, жжения. Со стороны системы пищеварения это могут быть тошнота, рвота, поносы, запоры, боли в животе, урчание в животе. Кроме этого, часто тревожность проявляется как нарушение засыпания, чуткость сна, ночные пробуждения.

Клиническая манифестация тревожных симптомов может происходить субклинически (с меньшей выраженностью и длительностью), чем это необходимо для соответствия критериям диагностики. Субсиндромальное тревожное расстройство может стать фактором развития тяжелой депрессии. Снижение качества жизни по параметрам социальной и профессиональной активности у пациентов с субсиндромальной тревогой сопоставимо со снижением качества жизни при развернутом тревожном расстройстве и значительно более выражено, чем у лиц, имеющих соматическое заболевание, неосложненное тревожным расстройством.

Итак, соматические заболевания довольно часто сочетаются с эмоциональным состоянием тревожности. Более того, существуют типы отношения к болезни, в структуре которых уже присутствует тревожность, и это будет влиять на проявления тревожности у лиц с соматическими заболеваниями. Одновременное присутствие соматических и тревожных проявлений у одного человека, могут быть мало выражены. Симптомы

тревожности часто не осознаются индивидуумом или воспринимаются, как нормальная реакция на непонятную и не диагностированную «болезнь». Поэтому исследование уровня тревожности следует проводить у каждого человека, имеющего хроническое заболевание. При необходимости к коррекции тревожности должен быть подключен психолог.

### **1.3. Современное состояние исследования анатомофизиологических, биохимических, генетических особенностей тревожности**

В 1975 году вышла книга Виноградовой О.С. «Гиппокамп и память» Ольга Сергеевна - ученица А.Р. Лурии. В этой работе изложена гипотеза о том, что одной из функций гиппокампа является детекция новизны. Эта работа стала фундаментальной для исследователей во всем мире, в том числе для изучающих нейрофизиологию тревожности, тревоги и депрессии.

Рассмотрим нейрофизиологию тревожности. В головном мозге за формирование ответа на опасность отвечают:

Древние подкорковые структуры – *миндалевидное тело (амигдала), таламус, гипоталамус, гиппокамп.*

*Миндалевидное тело:* отвечает за первичную быструю оценку опасности ситуации и генерализацию первичных реакций «бей/беги».

Может создавать собственные эмоционально заряженные неинтегрированные файлы памяти (имплицитной) в случае, если событие особо травматично (например, ПТСР). В здоровой психике кора по происшествии времени интегрирует травматические воспоминания.

*Таламус:* эмоциональный/моторный/когнитивный перераспределитель информации; участвует в процессе запоминания информации.

*Гипоталамус:* регулирует частоту сердцебиения, величину артериального давления при помощи гормонов.

*Гиппокамп:* участвует в механизме формирования эмоций, консолидации памяти (переход из кратковременной в долговременную

память); интегрирует файлы травматичной памяти, принимая их от амигдалы.

1. Молодые корковые структуры левого и правого полушарий мозга: *префронтальная кора, передняя и задняя поясные извилины.*

*Префронтальная кора:* играет главную роль в создании сложных когнитивных схем и планов действий, принятии решений, контроле и регуляции внутренней психической деятельности и социального поведения. Вместе с передней поясной извилиной тормозят действие миндалевидного тела. Окончательное решение и создание плана действий принадлежит латеральной префронтальной коре.

*Передняя поясная извилина (кора):* направляет фокус внимания на эмоциональный, когнитивный, сенсорный опыт.

*Задняя поясная извилина (кора):* интегрирует восприятие себя сенсорно, когнитивно, эмоционально.

Выделяют два типа реагирования организма на потенциальную опасность:

1. При здоровой системе реагирования мозга на опасность последовательность реакций будет такой:

- реальная опасность (например, змея) – и сигнал из зрительной коры идет в таламус;
- из таламуса в кору больших полушарий (лобные доли);
- из коры больших полушарий в гиппокамп;
- из гиппокампа в префронтальную кору, где запускает эффективное поведение для защиты от опасной ситуации, (даже если миндалевидное тело получило сигнал и успело активироваться, последующая работа префронтальной коры и передней поясной извилины ослабит и устраним тревожную активность).

Эту нейронную цепь называют «верхней дорогой» (high road).

2. При тревожной (нарушенной) системе реагирования мозга на опасность последовательность реакций будет другой:

- реальная опасность (например, змея) и сигнал из зрительной коры идет

в таламус;

– из таламуса идет в миндалевидное тело (минуя обработку в лобных долях – префронтальной и поясной извилинах);

– из миндалевидного тела в гипоталамус, который мобилизует организм в режим опасности (тревоги). Миндалевидное тело срабатывает, как «сигнализация» для гипоталамуса, который дает команду на выброс адреналина или норадреналина.

Это так называемая «нижняя дорога» (lower road).

Следует отметить, что такой способ реагирования на несуществующую угрозу работает на эволюционное выживание вида, ведь от тревожной реакции человек не умрет, а будет в тонусе, чтобы не пропустить реальную опасность. Однако в долгосрочной перспективе такая «бдительность» является высокой ценой: переизбыток гормонов стресса ведет к нарушению работы практически всех систем организма (сосудистой, дыхательной, иммунной, репродуктивной, пищеварительной, выделительной, эндокринной).

Ученые из Университета Неймегена (Нидерланды) провели эксперимент для проверки предположения, что трудности, которые испытывает в сложной эмоциональной ситуации тревожный человек, связаны с нарушением в работе его латеральной фронтополюсной коры. Участники должны были контролировать свои эмоции. Им показывали изображения лиц злых и радостных. Участники эксперимента должны были переводить внимание со злого лица на радостное и наоборот. Это требовало эмоциональных усилий и включения контроля над непроизвольной склонностью избегать неприятных ситуаций. При этом проводился ЭЭГ – мониторинг работы головного мозга. С поставленной задачей справились одинаково хорошо обе группы испытуемых: и здоровые и люди с тревожностью. Однако у тревожных людей активной оказалась не латеральная фронтополюсная кора, а участок в дорсолатеральной префронтальной коре и передней поясной извилине. Причина была в том, что фронтополюсная кора у тревожных людей была чрезмерно возбуждена, получая слишком сильную стимуляцию из миндалевидного тела. Соседние

структуры взяли на себя исполнение этой задачи, хотя их эффективность для решения таких задач ниже. В данном случае задача была легкой и такой дисбаланс не сказался на результате. При сложной эмоциональной задаче мозг может оказаться не в состоянии поддерживать адекватный контроль [29].

В настоящее время биохимия тревожных расстройств изучена недостаточно, однако есть работы, в которых показано, что адреналин и норадреналин были повышены у людей с генерализованным тревожным расстройством, а после лечения отмечалось их снижение [29]. Лечение проводилось как курс биологически обратной связи. В настоящее время существует несколько гипотез, описывающих биохимию тревожности. Так выявлено, что у лиц с высокой тревожностью усилена выработка белка-транспортера, и серотонин при этом поглощается нейроном, который его выбросил, не успев связаться с рецептором следующего нейрона. Часть исследователей утверждает, что активность серотониновых нейронов может быть как сниженной, так и повышенной. Обнаружено, что высокий уровень серотонина в миндалевидном теле бывает при панических атаках. Недостаток серотонина обнаруживается в нейронных цепях тревожности (кортико-стриарно-таламо-кортикальной петли), где он очень необходим для торможения тревожности. Также известно, согласно катехоламиновой гипотезе, что важную роль в возникновении тревожности играют изменения гормонов коры надпочечников. Это больше характерно для возникновения тревожных расстройств, связанных с хроническим стрессом, посттравматическими стрессовыми расстройствами, для генерализованной тревожности. Так у лиц опасных профессий тоже выявлены высокие показатели норадреналина в крови. Есть исследования, которые выявляют связь тревожности и синтеза дофамина в лимбической системе. Еще одна теория объясняет возникновение тревожных расстройств нарушением баланса между возбуждающими аминами (глутамат, аспартат) и тормозящей ГАМК-ергической системой. Выраженная тревожная реакция может возникнуть при низком пороге тревожного реагирования. Это бывает при недостаточной



активности ГАМК-бензодиазепиновых рецепторов. В работах зарубежных исследователей высказывается несколько точек зрения. Так в некоторых работах у лиц с тревожным расстройством обнаруживается снижение количества бензодиазепиновых рецепторов в височных долях мозга. При панических атаках выявляют сниженное содержание ГАМК в затылочной доле коры головного мозга. Большинство исследователей считают, что период младшего школьного возраста дает увеличение числа тревожных лиц. Установлено, что высокая тревожность у детей 7–8 лет сопровождается высоким уровнем кортизола в слюне [27]. Следует помнить, что нейронные пути – это наши привычки, умения, ассоциации (якоря и импринты). Однако, прокладываются эти пути зачастую по чистой случайности и ведут нас не в ту сторону. В результате может сложиться так, что человек будет хорошо относиться к чему-то не очень хорошему, и уклоняться от нужного и полезного. Для формирования устойчивых нейронных цепей важно количество повторений. Чем чаще повторы, тем прочнее связи.

В настоящее время интенсивно изучается генетика тревожности. Активно изучается связь полиморфизма генов нейромедиаторов с уровнем активности дофаминовой и серотониновой систем и их связь с особенностями поведения и личности человека. Одним из наиболее изученных генов транспортеров серотонина, является SLC6A4. В серии исследований показана ассоциация аллеля S с тревожностью. Частота аллеля S также коррелировала с более низкой тревожностью и распространенностью аффективных расстройств. Недавно было обнаружено, что пониженная плотность дофаминового транспортера и авторецептора DRD2 и, соответственно. Повышенный уровень дофамина в стриатуме влияют на проявление характеристик тревожности. Впервые было показано совместное влияние генов DRD2 и DAT дофаминергической системы на характеристики, ассоциированные с тревожностью. Впервые была создана и научно обоснована модель механизмов влияния генетических вариантов DRD2 и DAT на концентрацию внеклеточного дофамина. Дофаминергическая

нейромедиаторная система является одним из основных факторов развития алкоголизма, а также способствует развитию тревоги и депрессии [38].

Подводя итог, можно сказать, что на современном этапе нам достаточно хорошо известны анатомия, нейрофизиология, биохимия, генетика тревожных расстройств, нейронный путь тревожности. Нейронные пути тревожности, как и все другие нейронные пути, интенсивно формируются с рождения и до завершения миелинизации, что совпадает с началом школьного возраста. К моменту формирования соматического заболевания или клинически выраженной тревожности проходит от 15 до 40 лет. За это время успевают сформироваться и когнитивные, и эмоциональные, и поведенческие признаки тревожности, сформироваться тип отношения к болезни. А в период пубертата может произойти и гормональная настройка тревожности. Проявления тревожности на разных этапах жизни могут быть клинически компенсированы, что может зависеть как от генетических особенностей личности, так и от внешних стрессовых (или благоприятных) влияний окружающей среды. Нам наиболее близко понимание тревожности данное К.Э. Изардом, считавшим тревожность комплексным состоянием, состоящим из гнева, страха, вины, интереса-возбуждения.

### **Выводы по первой главе:**

1. В процессе изучения состояния тревожности нами было обнаружено, что в ранних работах по изучению тревожности, прежде всего психоаналитического направления, понятия «тревоги» и «тревожности» практически не разделялись. Так Фрейд, описывая тревогу, по-сути, нередко описывал тревожность. Нами отмечено, что мнения психологов различных направлений на вопросы возникновения тревожности, значения тревожности в жизни индивида, проявления тревожности, функции тревожности значительно разнятся. Мы выяснили, что прогнозируется рост тревожных расстройств во всем мире. Мы прошли некоторые этапы исследования

тревожности вместе с их основоположниками. Так, например, ознакомились с тестами на определение уровня тревожности, разработанными в середине 20 века и адаптированными в конце 20 века для российского социума. Мы обнаружили, что на проявление тревожности влияют: преморбидные особенности личности, природа самого заболевания, социально-психологические факторы.

2. Мы ознакомились с анатомофизиологическими различиями при формировании нейронных путей в норме и при тревожности. Нами были изучены биохимические и генетические особенности тревожных людей. Мы выяснили, что проявления соматического заболевания и проявления тревожности могут быть сходными, и разделить это практически не всегда представляется возможным. В настоящее время тема исследования различных аспектов тревожности, начиная с генетических и заканчивая социальными, является высокоприоритетной в психологии.

3. Исследователями различных направлений психологии предлагаются и совершенствуются методы коррекции тревожности. И, как любая многофакторная задача, тревожное состояние не имеет единого универсального решения.

## **ГЛАВА II. ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

### **2.1. Организация и методика проведения исследования**

Цель нашего исследования заключалась в разработке и апробации психологической программы, направленной на коррекцию тревожности лиц с соматическими заболеваниями

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи:

1. Провести эмпирическое исследование уровня тревожности лиц с соматическими заболеваниями в возрастном диапазоне 40–65 лет.
2. Разработать и апробировать психологическую программу, направленную на коррекцию тревожности лиц с соматическими заболеваниями.
3. Провести оценку эффективности программы психологической коррекции тревожности.

Основные этапы исследования:

1. Выбор группы для исследования: для исследования была выбрана группа лиц, имеющих соматическое заболевание на базе неврологического отделения ОГАУЗ санатория «Юбилейный» г. Братска.
2. На втором этапе исследования с испытуемыми индивидуально был проведен блок выбранных диагностических методик.
3. На третьем этапе проводилась обработка, анализ и интерпретация полученных результатов.
4. На следующем этапе мы провели сравнительный анализ испытуемых с помощью методов математической статистики.
5. Далее мы разработали психологическую программу, направленную на коррекцию тревожности лиц с соматическими заболеваниями.
6. На завершающем этапе работы мы повторно провели диагностику с помощью методик, используемых на констатирующем этапе эксперимента, провели сравнительный анализ полученных данных.

Исследование проводилось на базе ОГАУЗ санаторий «Юбилейный» г. Братска.

Исследование проводилось в три этапа. I этап – констатирующий эксперимент был проведен в октябре 2022 года, II этап – формирующий эксперимент проводился с декабря 2022 по апрель 2023 года, III этап – контрольный эксперимент проводился в май 2023 года.

Общая выборка исследования – 30 человек в возрасте от 40 до 65 лет. Данная категория лиц, имеющих соматическое заболевание проходит плановое лечение 1–3 раза в год в неврологическом отделении санатория «Юбилейный».

В ходе эмпирического исследования, нами было использовано несколько тестовых психологических методик с помощью которых оценивался уровень тревожности у лиц, имеющих соматическое заболевание. Все полученные данные фиксировались по каждому человеку индивидуально в протоколы диагностического исследования.

Нами были использованы следующие диагностические психологические тесты для определения уровня тревожности:

- Методика оценки тревожности (ситуационной и личностной) Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина.
- Шкала манифестной тревожности Дж. Тейлор (ТМА) для изучения тревожных расстройств.
- Тест тревожности А. Бека, ориентированный на соматические проявления тревожности.

**1.1. Методика «Шкала ситуационной тревожности (СТ)» Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина [40; 91]. 1953 год, адаптация Ю.Л. Ханина 1977 г.**

Данная методика направлена на изучение уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние). Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию. Испытуемый отвечает на 20 утверждений, оценивая их по 4-бальной шкале.

Основной показатель данной методики индекс ситуационной тревожности

$$\text{ИСП} = (\Sigma \text{ пп прямых ответов} - \Sigma \text{ пп обратных ответов}) + 50$$

пп – пункты опросника, 50 – поправочный коэффициент, переводящий оценки в положительные значения. Значения могут варьировать в диапазоне от 20–80 баллов. Чем выше ИСП, тем выше степень тревожности.

**1.2. Методика «Шкала личностной тревожности (ЛТ)» Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина [40; 91]. 1953 год, адаптация Ю.Л. Ханина 1977 г.**

Методика предназначена для диагностики личностной тревожности (как устойчивой индивидуальной характеристики человека). Как предрасположенность личная тревожность активизируется при определенных стимулах, которые человек оценивает, как опасные для самооценки и самоуважения.

Испытуемый оценивает 20 утверждений по 4-х бальной шкале.

Основным показателем является индекс личностной тревожности (ИЛТ)

$$\text{ИЛТ} = (\Sigma \text{ пп. прямых ответов} - \Sigma \text{ пп. обратных ответов}) + 50$$

пп - пункты опросника, 50 - поправочный коэффициент, переводящий оценки в положительные значения. Значения могут варьировать в диапазоне от 20–80 баллов. Чем выше ИЛТ, тем выше степень личностной тревожности.

Цель данных методик: дифференцированное исследование тревожности, как состояния и как личностного свойства.

Материал методики – бланк теста с вопросами.

Ориентировочное время тестирования для обоих тестов (СТ) и (ЛТ) 10–15 минут каждый.

**2. Шкала манифестной тревожности (ТМА) Джанет Тейлор, В.Г. Норакидзе [40; 85]. 1953г, адаптация в В.Г. Норакидзе 1975 г.**

Данная методика направлена на изучение тревожности, как черты личности, была создана в 1953 г. для выявления субъектов, которые были бы полезны, для изучения тревожных расстройств.

ТМА первоначально состояла из 50 вопросов, на которые можно дать ответы либо «да», либо «нет». При обработке данных распределение происходит в 5 групп: 50–60 баллов – очень высока тревожность; 25–40 баллов

– высокая тревожность; 15-25 баллов – средний уровень, стремящийся к высокому; 5–15 – средний уровень, стремящийся к низкому; 0–5 баллов – низкий уровень тревожности. В нашей работе они были объединены в 3 группы: высокий, средний, низкий уровни тревожности.

В 1975 г. В.Г. Норакидзе дополнил опросник еще одной шкалой, состоящей из 10 утверждений. Это шкала лжи, выявляющая склонность к демонстративности и оценивающая вероятность обмана.

Цель данной методики: измерение уровня тревожности. Утверждения из теста Тейлор входят в тест ММРІ в качестве дополнительной шкалы.

Материал методики: бланк теста, состоящий из 60 вопросов.

Ориентировочное время тестирования 15–30 минут.

### **3. Тест тревожности А.Т. Бека [40; 72]. 1967г.**

Предложен психиатром Аароном Беком и его коллегами в 1967 г., как «инвентаризация для измерения клинической тревожности», которая сводит к минимуму совпадение шкал депрессии и тревоги.

Данная методика направлена на изучение уровня тревожности в возрастном диапазоне с 17 лет и старше.

Методика функционирует более адекватно при тревожных расстройствах с высоким соматическим компонентом; при тревожных расстройствах, имеющих сильный когнитивный или поведенческий компонент тест менее эффективен. Тест состоит из 21 вопроса на которые можно дать ответы по 4-бальной системе. Оценка по результатам: 0–21 балл – низкая тревожность; 22–35 баллов – средняя тревожность; 36 баллов – высокий уровень тревожности.

Цель данной методики: определение уровня тревожности за последнюю неделю.

Материал методики: бланк теста, состоящий из 21 вопроса.

Ориентировочное время тестирования 7–10 минут.

## **2.2. Результаты констатирующего этапа эксперимента**

На данном этапе нашего эмпирического исследования перед нами стояла цель – выявить уровень тревожности лиц с соматическими заболеваниями в возрастной группе 40–65 лет. Для достижения поставленной цели мы использовали пакет из 3 диагностических методик, все полученные данные были занесены в таблицы.

Анализ данных, полученных в ходе изучения тревожности лиц с соматическим заболеванием, показал, что тревожность была выявлена во всех случаях (100%), однако клинически значимый уровень (высокой и средней степени выраженности) распределился следующим образом: высокий уровень тревожности от 10% до 16,7% случаев, средний уровень тревожности от 46,7% до 60% случаев, низкий от 23,3% до 40% случаев. Таким образом, можно прийти к выводу, что в коррекции клинически значимой (высокой и средней степени выраженности) тревожности нуждались от 60% до 76,7% респондентов.

Для дальнейшего удобства сравнительного анализа и большей наглядности предоставленных результатов констатирующего этапа, а в дальнейшем контрольного этапа эксперимента, было принято решение, демонстрировать данные результаты по двум группам (контрольной и экспериментальной) начиная с первого этапа.

В таблицах 1 и 2 представлены результаты теста Спилбергера.

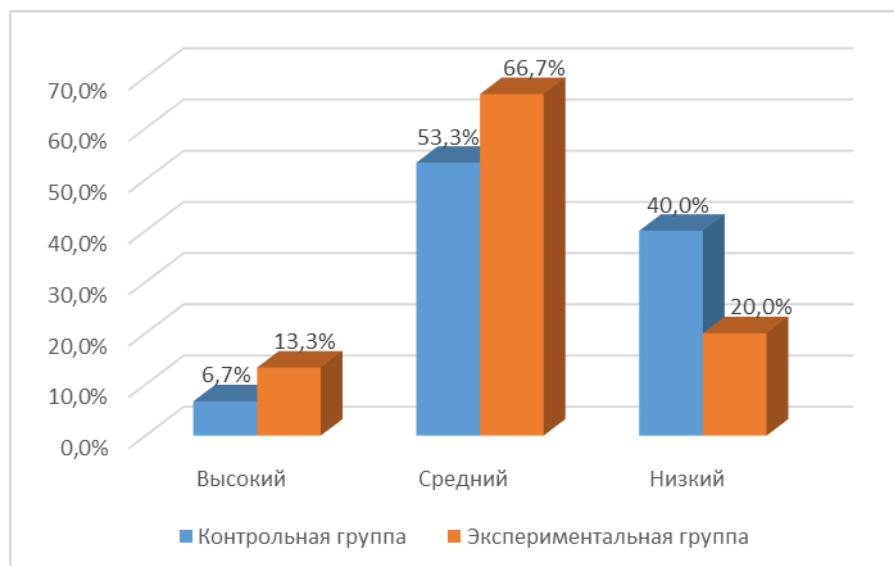
**Таблица 1.** *Уровень СТ (ситуационной тревожности) по тесту Спилбергера (констатирующий этап)*

	Контрольная группа		Экспериментальная группа	
	%	количество респондентов	%	количество респондентов
уровень тревожности				
высокий	6,7%	1	13,3%	2
средний	53,3%	8	66,7%	10



низкий	40%	6	20%	3
--------	-----	---	-----	---

Из таблицы 1 мы видим, что высокий уровень ситуационной тревожности выявлен: в контрольной группе 1 человек (6,7%); и в экспериментальной группе 2 человека (13,3%). Средний уровень тревожности был выявлен у 8 человек (53,3%) в контрольной группе и у 10 человек (13,3%) в экспериментальной группе. Низкий уровень тревожности был выявлен у 6 человек (40%) в контрольной группе и у 3 человек (20%) в экспериментальной группе. Респонденты с высоким уровнем ситуационной тревожности, отвечая на утверждения теста такие, как: «я нахожусь в напряжении», «меня волнуют возможные неудачи», «я встревожен», «я не нахожу себе места», «я слишком возбужден и мне не по себе», «я озабочен» (негативный спектр) оценивали их как «верно» и «совершенно верно», что соответствовало оценке 3 или 4 балла. На утверждения: «я спокоен», «мне ничто не угрожает», «я чувствую себя свободно», «я уверен в себе» (позитивный спектр) отвечали- «нет, это не так», редко «пожалуй так» и «верно». При обработке теста они получали от 46 до 80 баллов. Респонденты со средним уровнем тревожности на вопросы негативного спектра отвечали «верно» и «пожалуй, так», редко «совершенно верно», что соответствовало оценкам в 2–3 балла, реже 4 балла, а на вопросы позитивного спектра давали ответы «пожалуй так», реже «нет, это не так» и «верно». При обработке теста средний диапазон тревожности суммарно соответствовал 30–45 баллам. Респонденты с низким уровнем тревожности при ответе на вопросы негативного спектра отвечали «пожалуй, так», «нет, это не так», редко «верно», а на вопросы позитивного спектра отвечали «пожалуй так», реже «верно» Это соответствовало оценкам 1–2 балла, редко 3 балла. Суммарный балл у них составлял до 30 баллов.



**Рисунок 1. Гистограмма 1.** *Результаты исследования уровня ситуационной тревожности (СТ) по тесту Спилбергера*

Гистограмма 1 наглядно показывает соотношения с различными уровнями ситуационной тревожности в контрольной и экспериментальной группах. Так, клинически значимые уровни ситуационной тревожности (высокой и средней степени) составляют в сумме от 60% (контрольная группа) до 80% (экспериментальная группа). По нашему мнению, любой уровень тревожности у лиц с соматическим заболеванием нуждается в коррекции, как для снижения уровня имеющейся тревожности высокой или средней степени выраженности, так и для профилактики перехода тревожности с низкого на более высокие уровни тревожности.

**Таблица 2.** *Уровень ЛТ (личностной тревожности) по тесту Спилбергера (констатирующий этап)*

уровень тревожности	Контрольная группа		Экспериментальная группа	
	%	количество респондентов	%	количество респондентов
высокий	20%	3	6,7%	1

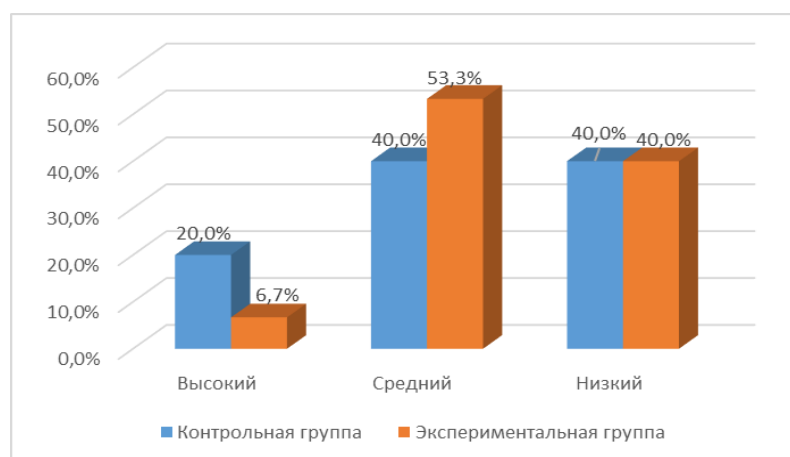
средний	40%	6	53,3%	8
низкий	40%	6	40%	6

Из таблицы 2 мы видим распределение уровней личностной тревожности на констатирующем этапе в контрольной и экспериментальной группах. Так высокий уровень личностной тревожности выявлен у 3 человек (20%) в контрольной группе и у 1 человека (6,7%) в экспериментальной группе. Средний уровень личностной тревожности выявлен у 6 человек (40%) в контрольной группе и у 8 человек (53,3%) в экспериментальной группе. Низкий уровень тревожности выявлен у 6 человек (40%) в контрольной группе и у 6 человек (40%) в экспериментальной группе. Респонденты с высоким уровнем личностной тревожности, отвечая на утверждения теста такие, как: «я обычно быстро устаю», «я легко могу заплакать», «ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня», «мне не хватает уверенности в себе», «всякие пустяки отвлекают и волнуют меня», «я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу забыть о них», «меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах» (негативный спектр) оценивали их как «верно» и «совершенно верно», что соответствовало 3 или 4 баллам. При ответе на утверждения: «обычно я чувствую себя бодрым», «я спокоен, хладнокровен и собран», «я вполне счастлив», «обычно я чувствую себя в безопасности» (позитивный спектр) отвечали «нет, это не так», «пожалуй, так», редко «верно», что соответствовало 1–2 баллам, реже 3 баллам. При обработке теста они получали от 46 до 80 баллов. Респонденты со средним уровнем тревожности на вопросы негативного спектра отвечали «пожалуй, так», «верно», редко «совершенно верно» и выставляли оценки 2–3 балла, реже 4 балла. На вопросы позитивного спектра они отвечали: «пожалуй, так» и «верно», реже «нет, это не так», что соответствовало 1–2 баллам, реже 3 баллам. При обработке теста они попадали в средний диапазон тревожности, набирая, суммарно от 30 до 45 баллов. Респонденты с низким уровнем тревожности при ответе на вопросы негативного спектра чаще давали ответы: «нет это не так» и «пожалуй, так», что соответствовало оценкам в 1–2 балла, а

на вопросы позитивного спектра часто отвечали: «верно», «совершенно верно», редко «пожалуй так», что соответствовало 2–3 баллам, реже 4 баллам. При обработке теста их результат был до 30 баллов.

Респонденты с высоким и средним уровнем тревожности демонстрировали беспокойство и сомнение при ответе на вопросы теста, иногда собирались заплакать или демонстрировали признаки раздражения (бросали карандаш, начинали яростно стирать резинкой ответ, который сами обвели). На тест они затрачивали времени больше, чем ориентировочное.

Спилбергер считал личностную тревожность постоянной категорией и определяется типом высшей нервной деятельности, темпераментом, характером, воспитанием и приобретенными стратегиями реагирования на внешние факторы. Ситуационная тревожность, по мнению Спилбергера, больше зависит от текущих проблем и переживаний. Как правило, показатели личностной и ситуационной тревожности связаны между собой – у людей с высокой личностной тревожностью ситуационная тревожность проявляется в большей степени. С другой стороны, в ситуациях, которые вызывают боль или физическую угрозу, люди с высокими показателями личностной тревожности, не проявляют особо выраженную ситуационную тревожность.



**Рисунок 2. Гистограмма 2. Констатирующий этап** *Результаты исследования уровня личностной тревожности (ЛТ) по тесту Спилбергера*

На гистограмме 2 можно наглядно увидеть распределение по степеням тревожности и соотношения в контрольной и экспериментальной группах.

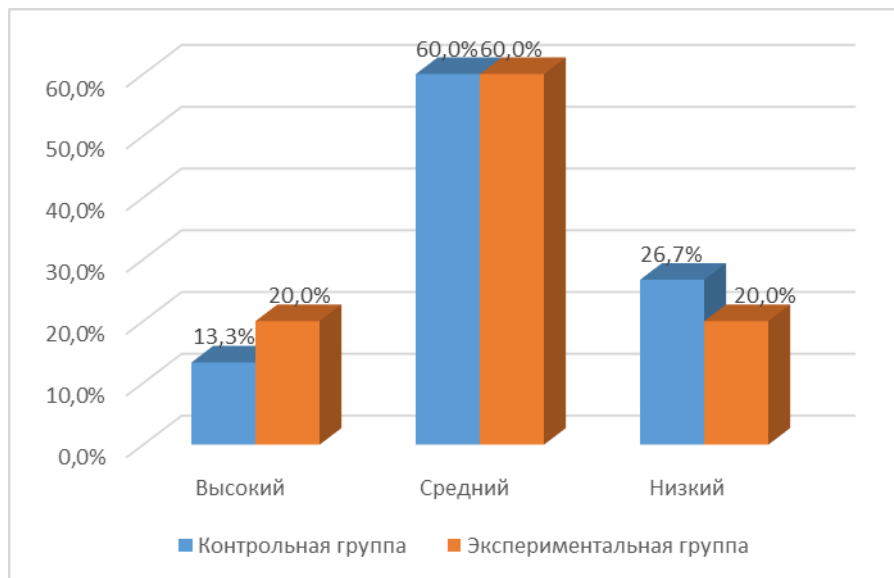
Так, клинически значимые уровни тревожности (высокой и средней степени) составляют в сумме 60%, и в контрольной и в экспериментальной группах. Низкий уровень тревожности в обеих группах составляет 40%.

**Таблица 3.** *Уровень тревожности по тесту Тейлор (констатирующий этап)*

	Контрольная группа		Экспериментальная группа	
	%	количество респондентов	%	количество респондентов
высокий	13,3%	2	20%	3
средний	60%	9	60%	9
низкий	26,7%	4	20%	3

Из таблицы 3 мы можем видеть, как распределились уровни тревожности в соответствии с тестом Тейлор в контрольной и экспериментальной группах. Высокий уровень тревожности выявлен у 2 человек (13,3%) в контрольной группе, и у 3 человек (20%) в экспериментальной группе. Средний уровень тревожности был выявлен у 9 человек (60%) в контрольной группе и у 9 человек (60%) в экспериментальной группе. Низкий уровень тревожности был выявлен у 4 человек (26,7%) в контрольной группе и у 3 человек (20%) в экспериментальной группе. Оценка результатов теста Тейлор предполагает распределение уровней тревожности по 5 группам: очень высокий уровень, высокий уровень, средний с тенденцией к высокому уровню, средний с тенденцией к низкому уровню и низкий уровень тревожности. Для удобства обработки данных по всем 3 тестам, мы эти 5 групп объединили в 3 группы: высокий уровень тревожности, средний уровень тревожности, низкий уровень тревожности. Таким образом, высокий уровень тревожности: 25–50 баллов, средний 5–25 баллов, низкий – до 5 баллов. Тест Тейлор предполагает два варианта ответа на утверждения: «да» и «нет». Мы предлагали обвести те ответы, с которыми тестируемые согласны, а те, с которыми не согласны оставить как есть. В группе лиц с высоким уровнем тревожности утвердительными были ответы: «ожидание меня нервирует», «обычно я чувствую себя не вполне счастливым», «я часто ловлю себя на том, что меня

что-то тревожит», «я часто расстраиваюсь из-за пустяков», «у меня беспокойный и прерывистый сон», «меня мучают ночные кошмары», «я не могу уснуть, если меня что-то тревожит», «мне не хватает уверенности в себе», «раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка», «когда я нервничаю у меня усиливается потливость», и отрицательными были ответы на утверждения: «обычно я чувствую себя вполне счастливым», «я могу долго работать не уставая», «у меня очень редко болит живот», «я думаю, что я не более нервный, чем большинство людей». Шкала лжи находилась в диапазоне 3–4 балла. При прохождении теста часто демонстрировалась неуверенность, испытуемые задавали дополнительные вопросы, исправляли свои ответы в бланке. Респонденты со средней степенью тревожности тоже отвечали сходным образом, однако реже отмечали крайние степени проявления тревожности. Так, например, они не отмечали: «у меня беспокойный и прерывистый сон», «меня мучают ночные кошмары», зато отмечали «я не могу уснуть, если меня что-то тревожит». Шкала лжи была в диапазон 2–4 балла. При работе с тестом также, как и респонденты с высоким уровнем тревожности, часто сомневались, меняли ответы, задавали дополнительные вопросы психологу. Респонденты с низким уровнем тревожности, как правило, положительно отвечали на позитивные утверждения такие как: «я могу долго работать, не уставая», «обычно руки и ноги у меня теплые», «я не слишком застенчив», «обычно я спокоен и меня нелегко расстроить». Они быстрее и практически без исправлений отвечали на задания теста, редко задавали вопросы психологу, а если задавали, то четче формулировали вопрос. Шкала лжи в этой группе была в диапазоне 3–5 баллов.



**Рисунок 3. Гистограмма 3. Констатирующий этап** *Результаты исследования уровня тревожности по тесту Тейлор*

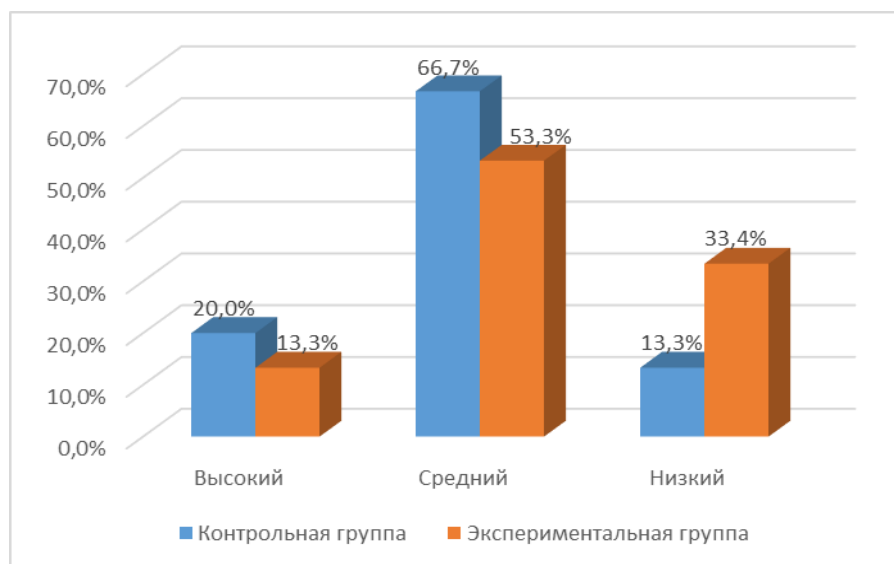
На гистограмме 3 можно наглядно увидеть распределение по степеням выраженности тревожности и соотношение тревожности по группам. Они приблизительно одинаковы, как по степени выраженности, так и по соотношению в группах. Респонденты с клинически значимым уровнем тревожности (высокой и средней степени) составили 73,3% (контрольная группа) и 80% (экспериментальная группа). Низкий уровень тревожности демонстрирует 26,7% и 20% респондентов соответственно.

**Таблица 4. Уровень тревожности по тесту Бека (констатирующий этап)**

	Контрольная группа		Экспериментальная группа	
	%	количество респондентов	%	количество респондентов
уровень тревожности				
высокий	20%	3	13,3%	2
средний	66,7%	10	53,3%	8
низкий	13,3%	2	33,4%	5

Из таблицы 4 мы имеем возможность оценить уровень тревожности на констатирующем этапе в контрольной и экспериментальной группах в соответствии с тестом тревожности Бека. Так, высокий уровень тревожности выявлен у 3 (20%) человек в контрольной группе и у 2 человек (13,3%) в экспериментальной группе. Средний уровень тревожности выявлен у 10

человек (66,7%) в контрольной группе и у 8 человек (53,3%) в экспериментальной группе. Низкий уровень тревожности выявлен у 2 человек (13,3%) в контрольной группе и у 5 человек (33,4%) в экспериментальной группе. Тест состоит из 21 утверждения, каждое нужно оценить от 0 до 3 баллов. Респонденты с высоким уровне тревожности, как правило, выставляли оценки в 2–3 балла при ответе на утверждения теста. Респонденты со средним уровнем тревожности на утверждения теста отвечали оценками в 1–2 балла, реже в 3 балла. Респонденты с низким уровнем тревожности на утверждения теста отвечали оценками 0–1 балл, реже 2 балла, крайне редко в 3 балла. Высокий уровень тревожности констатирован при 36 баллах и выше, средний уровень тревожности констатирован при диапазоне 22–35 баллов, низкий уровень констатирован при оценке до 21 балла включительно. Возможно потому, что тест тревожности Бека более соматически ориентирован и более однозначен, у участников исследования он не вызвал затруднений и, респонденты достаточно легко справлялись с заданием, как правило без дополнительных вопросов и исправлений.



**Рисунок 4. Гистограмма 4. Констатирующий эксперимент.**

*Результаты исследования уровня тревожности по тесту Бека*

Как видно из гистограммы 4, клинически значимый уровень тревожности (высокой и средней степени выраженности) выявлен в 86,7% (контрольная группа) случаев и в 66,6% случаев (экспериментальная группа).



Так как распределение по группам происходило по мере поступления на стационарное лечение, по принципу один человек в контрольную группу, следующий в экспериментальную, то может создаться впечатление, что контрольная группа в большей степени нуждалась в психологической коррекции. Однако выборка была случайной, и в этом случае скорее важна динамика на фоне коррекции или без нее, а не процентный состав клинически значимой тревожности на констатирующем этапе. Низкий уровень тревожности был выявлен в 13,3% и 33,4% в контрольной и экспериментальной группах соответственно. Еще раз хотим отметить, что любой уровень тревожности у лиц с соматическим заболеванием, на наш взгляд, нуждается в коррекции.

**Таблица 5.** *Усредненный показатель уровней тревожности по результатам 3 тестов в контрольной группе на констатирующем этапе эксперимента*

---

15%

---

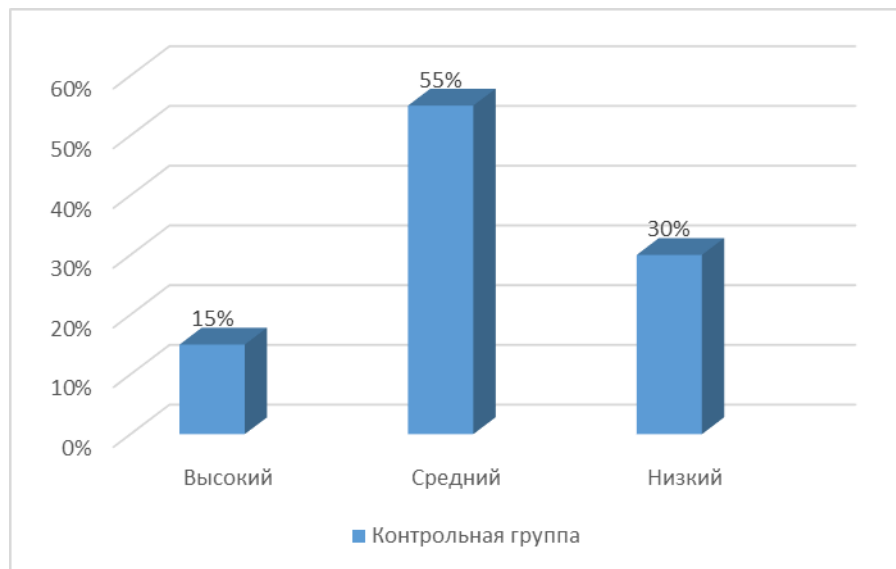
55%

---

30%

---

По данным таблицы 5 мы видим усредненные показатели распределения уровней тревожности в контрольной группе на констатирующем этапе по результатам всех тестов. Итак, лица, с высоким уровнем тревожности составили 15%, со средним уровнем тревожности 55%, с низким уровнем тревожности 30%. Клинически значимые группы (с высоким и средним уровнем тревожности) составили 70% респондентов.



**Рисунок 5. Гистограмма 5.** *Усредненный результат исследования уровней тревожности в контрольной группы по всем методикам на констатирующем этапе эксперимента*

На гистограмме 5 мы видим наглядно распределение респондентов по группам: высокий уровень тревожности составил 15%, средний уровень тревожности составил 55%, низкий уровень тревожности составил 30%.

**Таблица 6.** *Усредненный показатель уровней тревожности по результатам трех тестов в экспериментальной группе на констатирующем этапе эксперимента*

---

13,3%

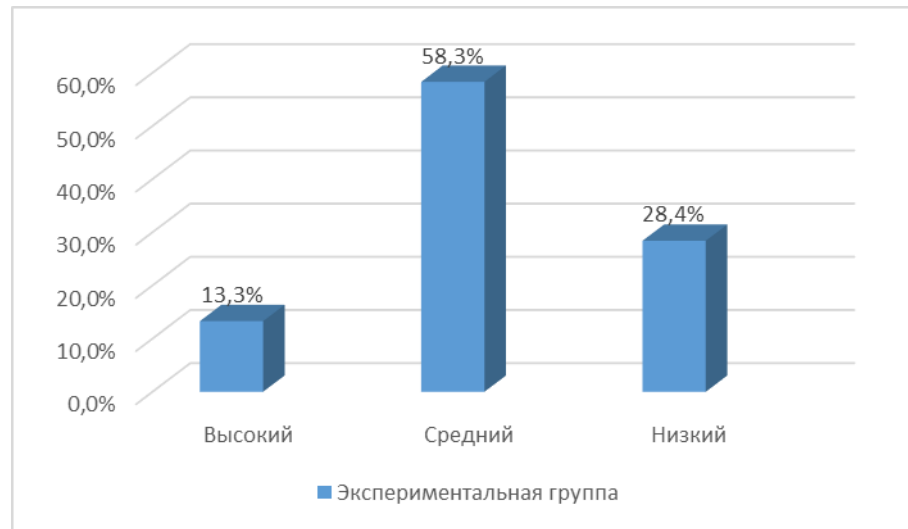
58,3%

28,4%

---

В экспериментальной группе на констатирующем этапе распределение респондентов по группам произошло следующим образом: высокий уровень тревожности составил 13,3%; средний составил 58,3%; низкий составил 28,4%. Клинически значимый уровень тревожности высокой и средней степени выявлен в 71,6% случаев.

Таким образом, на контрольном этапе в обеих группах нами отмечено приблизительно одинаковое распределение по уровням тревожности.



**Рисунок 6. Гистограмма 6.** *Усредненный результат исследования уровней тревожности в экспериментальной группе по всем методикам на констатирующем этапе эксперимента*

На гистограмме 6 мы наглядно видим, как распределились респонденты по уровню тревожности в экспериментальной группе на констатирующем этапе.

Таким образом, на констатирующем этапе исследования по результатам всех трех тестов были выявлены различные уровни тревожности в обеих группах: от высокой до низкой. Клинически значимые уровни тревожности (высокой и средней степени выраженности) по результатам всех тестов составили 70% в контрольной группе и 71,6% в экспериментальной группе.

### **Выводы по второй главе**

1. Данная глава посвящена эмпирическому исследованию уровня тревожности лиц с соматическим заболеванием в возрастной группе 40–65 лет.

На данном этапе нашего исследования мы изучали уровень тревожности по различным тестовым методикам, разработанным и апробированным в конце 20 века. Это методика «Шкала ситуативной тревожности (СТ)» Ч.Д.

Спилбергера, Ю.Л. Ханина; методика «Шкала личностной тревожности (ЛТ)» Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л.Ханина; Шкала манифестной тревожности (ТМА) Джанет Тейлор; Тест тревожности Бека. Все данные фиксировались в бланке с тестом и затем обрабатывались и заносились в сводную таблицу.

2. Нами было отмечено, что при прохождении тестов Спилбергера и Тейлор у респондентов довольно часто возникали дополнительные вопросы и исправления в бланке, а также увеличение время прохождения теста в сравнении с ориентировочным временем, указанным в методике. Позднее при обработке бланков, было выяснено, что это свойственно лицам с высоким и средним уровнем тревожности.

3. Тест тревожности Бека, воспринимался респондентами, как более понятный, и, как правило вопросов не вызывал. Вероятно, это связано с тем, что тест состоит из понятных для лиц с соматическими заболеваниями утверждений. Так, клинически значимый уровень тревожности (высокой и средней степени) находился в диапазоне от 60% до 86,7%.

4. По результатам примененных нами методик, клинически значимый уровень тревожности был выявлен у 60–86,7% респондентов, что в целом соответствует статистическим данным.

5. На наш взгляд, точнее всего состояние тревожности определил Кэррол Эллис Изард, американский психолог, специалист в области эмоций, который рассматривал тревожность, как комплексное состояние.

6. Наши наблюдения и результаты тестирования подтверждают, что лица с клинически значимым уровнем тревожности имеют проблемы, которые проявляются реакциями в различных органах и системах начиная с дыхания и сердцебиения и заканчивая нарушениями сна. Оценка этих состояний самими респондентами в баллах различна: от низких (0–1 балл) до высоких (3–4 балла) показателей. Нам стало очевидным, что коррекция должна проводиться по нескольким направлениям: дыхание; глазодвигательные паттерны; обучающие игры, тренирующие степень выраженности эмоциональных реакций; основы медитации.

Для коррекции тревожности нами было принято решение о разработке программы психологической коррекции.

## ГЛАВА III. РЕАЛИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

### 3.1. Теоретические основы формирующего этапа эксперимента

Коррекцией тревожности занимались и занимаются психологи различных направлений: психоанализа фрейдистского и неопрейдистского течений, гештальта, транзактного анализа, бихевиорального направления, когнитивно- поведенческой терапии, игровой терапии, классического гипноза, нейролингвистического программирования.

Так, психоаналитики исследовали механизмы психологической защиты. Здесь следует помнить, что самый нездоровый способ борьбы с тревожностью- способ *вытеснения*. Вытесненная тревожность начнет проявляться в неприятных и страшных сновидениях, случайных оговорках, в психосоматических симптомах. Стоит обращать внимание на свои плохие сны, оговорки и признаваться себе в своих желаниях и эмоциях. Еще один нездоровый способ коррекции тревожности – *проекция*. Если у человека есть мысли, чувства, желания, которые он считает неприемлемыми для себя, он начинает «приписывать» эти мысли и желания другим. Лучшее лечение проекции – позволять себе реализовывать часть «грешных» желаний. Борьба с тревожностью с помощью *замещения* тоже приведет в тупик и создаст новые проблемы: злость на мужа или начальника переместится на ребенка или супруга. Поэтому вместо замещения, стоит позволить себе разбираться с настоящими обидчиками или прощать их, т.к. привычка обижать невиновных до добра не доводит. Рационализация в борьбе с тревожностью тоже сомнительный способ, ведь доказывая, что лучше быть умной, чем любимой дураком приведет к крайности, а не к зрелому решению. Еще один сомнительный способ борьбы с тревожностью – *отрицание* очевидного. Это

возникает, например, в ситуациях, когда родитель не желает верить в недопустимые поступки ребенка.

Фрейд считал, что сублимация – это единственный здоровый способ борьбы с тревожными мыслями и ситуациями. Сублимация – это, например, выбор профессии, в которой можно реализовать свои опасные или даже деструктивные наклонности. Или выразить свое бессознательное в каком-либо виде искусства.

Карен Хорни видит основную задачу психотерапии в помощи человеку понять и принять себя, сформировать адекватное представление о своем «Я».

И, если, классический психоанализ направлен на формирование умения справляться со своими инстинктами, то Хорни, считала важным построить здоровые отношения с самим собой. Следовательно, по мнению Хорни, работа психолога должна быть направлена на понимание самого себя.

Гештальт-терапия тоже эффективна при коррекции тревожных расстройств, нужен лишь опытный гештальт-терапевт.

В гештальт-подходе тревожность тождественна «возбуждению» и включает как физиологическое возбуждение, так и недифференцированные эмоции. С точки зрения гештальт-терапии тревожность возникает при нарушении сбалансированности в системе человек-среда. Основной стратегией работы с тревожностью является ее «вращивание» т.е. возвращение в состояние возбуждения. Вопросы, которые предлагает терапевт следующие: «кому адресована тревожность?», «что тревожность делает с тобой?», «стань своей тревожностью и прояви себя».

Бихевиоральный подход при коррекции тревожных расстройств высокоэффективен, и дело только в квалифицированном психологе, владеющем этим методом. Джозеф Вольпе предложил метод систематической десенсибилизации, основанный на открытии И.П. Павловым условных рефлексов. Суть заключается в том, что силу одной эмоции замещают другой, несовместимой с тревожностью. К замещающим эмоциям Вольпе относил релаксацию, сексуальное возбуждение, злость.

С позиции транзактного анализа Эрика Берна тревожность следует рассматривать, как предписание, которое Взрослый родителя передает Взрослому ребенка. Предписания даются до 6 лет и передаются в невербальной форме. В настоящее время выделено двенадцать основных предписаний: не делай, не будь, не сближайся, не будь значимым, не будь ребенком, не взрослей, не добейся успеха, не будь самим собой, не будь нормальным, не будь здоровым, не принадлежи. Таким образом, транзактный анализ позволяет рассмотреть тревожность, как формирование ограничивающих убеждений, на которых выстраивается сценарий жизни. Работая с убеждениями, меняя привычные ограничивающие стратегии поведения, можно помочь клиенту и изменить тревожные способы реагирования на эффективные. В терминологии транзактного анализа это значит сохранять позицию взрослого и менять свое «Я» в сторону идеального.

Когнитивно-поведенческая терапия предлагает коррекцию тревожности в несколько этапов:

1) психообразование – это предоставление информации о природе тревожности и о том, как она влияет на мысли, эмоции, поведение.

2) оценка – проводим оценку тревожных симптомов, триггеров и паттернов реагирования.

3) выявление негативных мыслей и убеждений

4) знакомимся с ситуациями и стимулами, провоцирующими тревожность в контролируемой и поддерживающей обстановке.

5) когнитивная реконструкция – это переформатирование негативных мыслей и убеждений в нейтральные и позитивные или реалистичные.

6) Техники релаксации майндфулнес, чтобы уменьшить симптомы тревожности.

7) Домашние задания: продолжение полученных практических навыков дома.

Выбор метода зависит от возраста клиента, его предпочтений и от профессионализма и специализации психолога, проводящего коррекцию.



При коррекции тревожности в детском возрасте хорошо использовать метод сказкотерапии, по мере взросления это могут быть притчи, анекдоты или пословицы и поговорки, связанные с тревожной ситуацией.

Для людей визуально ориентированных, коррекцией тревожности может стать рисунок, созданный и преобразованный под руководством психолога.

Для людей, аудиально ориентированных это может быть пение, слушание звуков природы и музыкальных произведений определенной направленности, подобранных вместе с психологом.

Для людей, кинестетически ориентированных это может стать танец, скульптура или телесно-ориентированная терапия.

Для людей, склонных к мыслительной деятельности это может стать создание собственных рассказов, притч, новелл при участии психолога

Для людей с артистичным складом это могут быть методы психодрамы, транзактного анализа.

Игровая терапия тоже может стать универсальным методом коррекции тревожности при правильном подборе игры для ситуации и возраста.

Как пример, рассмотрим некоторые из методов коррекции тревожности из разных направлений психотерапии:

1) метод «доведения до абсурда»: это помочь представить катастрофу свершившейся... «лучше ужасный конец, чем ужас без конца».

2) метод «здесь и сейчас»: это научить чувствовать человека сейчас свое тело, желания, отдавать отчет в своих ощущениях. Тревога – это постоянное ожидание плохого будущего. Сколько раз эта тревога уже была с Вами и никак не реализовалась.

3) метод «усиления тревоги»: это значит позволить телу выразить тревогу через действие – танец, песню, крик, бег.

4) метод парадоксальной интенции В. Франкла: женщине, которая боялась задохнуться в лифте, Франкл предложил произносить фразу «сейчас я точно задохнусь, чтоб мне лопнуть!» И она избавилась от фобии за несколько

дней. Трудность заключается в том, что клиент часто не хочет следовать инструкции.

5) метод отмены «родительских предписаний»: если в детстве ребенка специально запугивали тем, что он может упасть с высоты и страх генерализовался, он (страх) стал постоянной тревогой от одной мысли о пребывании на высоте, психолог помогает осознать происхождение тревоги, представить родителей и сказать им «спасибо, что предупредили о возможной опасности, теперь я взрослый, внимательный, ловкий и сумею избежать опасности»

6) метод «разведения эмоций и ожиданий»: задача терапевта показать, что эмоции излишни и не связаны с текущей реальной ситуацией.

7) метод «развенчания внутренней магии»: у многих тревожных людей есть неосознанная вера в то, что их страхи и избыточное внимание могут отвести беду. Это ограничивающее убеждение клиента и помогает устранить психолог.

8) метод «созерцания тревоги»: у людей с хорошей визуализацией, тревога может иметь конкретный образ, с которым можно работать, трансформировать и утилизировать его.

9) метод «десенсибилизации»: этот метод применяется в рамках бихевиористской или когнитивно-поведенческой терапии. Клиента обучают сохранять расслабленное состояние, своевременно давая обратную связь, (начиная с незначительных тревожных состояний и до выраженных). Клиент с помощью психолога сохраняет ровное дыхание и мышечное расслабление в любой конструируемой тревожной ситуации начиная с простых и до самых сложных.

### **3.2. Содержание психологической программы коррекции тревожности лиц с соматическими заболеваниями**

Второй этап формирующего эксперимента был основан на результатах, полученных на констатирующем этапе. На констатирующем этапе эксперимента нам удалось выявить тревожность различной степени выраженности у лиц с соматическими заболеваниями.

Во втором этапе нашего исследования приняли участие 30 человек в возрастном диапазоне 40–65 лет, имеющие соматическое заболевание. Данная группа была поделена на 2 подгруппы – экспериментальную и контрольную по 15 человек в каждой группе.

Занятия проводились в экспериментальной группе 1 раз в день, в течение 9 дней (время пребывания в стационаре), продолжительность занятия 45–60 минут. Занятия проводились на базе неврологического отделения для больных с хронической патологией ОГАУЗ санатория «Юбилейный» г. Братска. Участники контрольной группы психологическую программу по коррекции тревожности не проходили.

Для формирующей части эксперимента нами была разработана программа психологической коррекции тревожности. В процессе занятий учитывались данные, которые были получены на констатирующем этапе эксперимента.

Основной целью психологической программы является снижение уровня тревожности у лиц с соматическими заболеваниями при помощи различных методов, начиная с информационного блока, направленного на осознание своих эмоций, степени их выраженности и адекватности до методов, ориентированных на изменение физиологии тревожности с помощью дыхания, глазодвигательных паттернов, медитации.

Актуальность работы обусловлена тем, что лица с соматическими заболеваниями имеют повышенный уровень тревожности, что снижает субъективное ощущение качества жизни, и способствует более тяжелому

течению соматического заболевания. Уровень тревожности в экспериментальной группе различный – от низкой степени выраженности до высокой степени выраженности. Нами было отмечено, что у некоторых респондентов имеются достаточно стойкие ограничивающие убеждения, такие как («это не излечимо» «я уж так буду жить»), что можно расценивать как свидетельство о невысоком уровне мотивации для прохождения программы психологической коррекции тревожности.

Каждое занятие в предложенной нами программе психологической коррекции тревожности, предполагало познавательный фрагмент в виде мини лекции, игровой момент в виде разыгрывания в лицах проблемной ситуации, и в форме физических и нейропсихологических техник воздействия. Занятия проводились либо индивидуально, либо в группах по 2–3 человека (в зависимости от количества проходивших в этот момент стационарное лечение). Помимо общего плана занятий, в части игровых ситуаций «отыгрывание» шло индивидуально с каждым.

Нами были разработаны новые игры (соответствующие индивидуальной ситуации клиента) и переработаны имеющиеся. Отличительной особенностью наших игр и упражнений является активная взаимосвязь познавательной информации о происхождении, изменении и угасании эмоций с одновременным изменением физиологии дыхания, восстановлением самочувствия при помощи нейропсихологических глазодвигательных техник и основ медитации. Данные занятия можно проводить в небольшой психокоррекционной группе, например, в условиях дневного стационара, и даже на предприятии, этим они приближены к реальным жизненным условиям. Ведь и в настоящем, и в будущем, человек решает жизненные задачи, чаще всего в условиях, не изолированных от других людей. Групповая форма организации занятий, позволяет людям в процессе психокоррекционных игр и упражнений прорабатывать механизмы защиты от тревожности и продолжать активно взаимодействовать друг с другом. Одновременно этот метод позволяет осознавать, что все мы похожи, и наши

способы реагирования на проблемы сходные, а значит, и решения мы можем находить сообща и совершенствовать их.

В таблице 7 поэтапно представлена психологическая программа.

**Таблица 7. Этапы внедрения программы**

Формы работы	Сроки реализации
Индивидуальная психодиагностика ( <i>проведение процедуры диагностического обследования, обработка и анализ результатов, формирование группы психологической коррекции тревожности</i> )	Октябрь – декабрь 2022г.
Реализация программы ( <i>проведение занятий, согласно плану программы</i> )	Декабрь 2022 – апрель 2023г.
Индивидуальная психодиагностика повторная (анализ результативности программы)	Май - июнь 2023г.
Корректировка занятий, игр, упражнений	Май - июнь 2023г

Программа психологической коррекции тревожности лиц с соматическими заболеваниями «Релакс» Автор: Бызова И.А.

Цель: снижение уровня тревожности у лиц с соматическими заболеваниями сочетанием методов психологической беседы, игровой терапии, дыхательных, медитативных техник и нейропсихологических упражнений.

Задачи программы:

- научиться осознавать свои эмоции и эмоции окружающих;
- осознание телесных реакций на состояние тревожности;
- обучение клиента реагированию на информацию, воспринимаемую как тревожную для клиента;
- освоить дыхательную технику снятия тревожности;
- освоить основы медитации;
- освоить нейропсихологическую гимнастику для глаз для снятия тревожности;
- научиться вести дневник самонаблюдения;
- научиться применять полученные знания и упражнения в своей повседневной жизни.

Техники и приемы программы:

- использование научно-обоснованной информации по морфологии, физиологии, нейропсихологии эмоций;
- использование метода психологической беседы;
- использование игровых методов коррекции тревоги;
- использование дыхательной техники снятия тревожности;
- использование основ медитации из йоги;
- использование глазодвигательных техник для снятия тревожности;
- обучение ведения дневника самонаблюдений за своими эмоциями.

Специалисты, реализующие программу:

Занятия проводятся психологом индивидуально или в мини – группе в 2–3 человека (до 9 человек).

Пояснения:

1. Игры, используемые на занятии, являются модифицированными авторскими или заимствованы из техники Йоги, нейропсихологии, игровых тренингов личностного роста, из психологических программ по анти-стрессу других авторов. Мы позаимствовали некоторые методики из признанной ВОЗ международной антистрессовой программы, основанной на знаниях йоги «Искусство жизни», созданной Шри Шри Рави Шанкармом, из авторских тренингов специалистов НЛП (В. Хмелевский, С. Горин, Ю. Чекчурин, Р. Захаров, А. Горьковой), а также из рекомендаций по нейропсихологической медицинской реабилитации.

2. После индивидуального занятия мы рекомендовали записать в дневник полученную информацию, повторить упражнения вечером и утром. Все, что оставалось не понятным, уточняется перед началом следующего занятия.

3. После освоения всех упражнений нами рекомендовано продолжать их выполнять в домашних условиях до следующей плановой госпитализации по поводу соматического заболевания, записывая в дневник неясные вопросы.

**Таблица 8. Психологическая программа коррекции уровня тревожности  
«Релакс»**

№	Название занятия	Цель	Игры
1	мини – лекция: «Эмоции: зачем они нам нужны?» Время=10-12мин	- эмоции как первая сигнальная система общения у животных. - осознаем какие бывают эмоции от «+» через «0» к «-». - показываем, как животные выражают радость, ласку, удивление, страх, гнев	1.Игра «как домашние животные выражают основные 5 эмоций» 2.Игра «Как люди выражают эти 5 основных эмоций» 3.Домашнее задание: записать что в течение истекших суток вызвало у вас все эти эмоции и как часто, как Вы их выражали.
2	мини лекция: «Где в голове «живут» эмоции?» Время 10-12 мин	- учимся анализировать свое эмоциональное состояние за прошедшие сутки, ставим себе оценку за их выражение. -составляем план в личный дневник самонаблюдения «как еще я хочу выразить свои основные эмоции» -учимся понимать и принимать свои и чужие эмоции как данность, без критики. Осознаем, что можем научиться выражать и одну ту же эмоцию по-разному, показываем, как: (3 варианта выражения на каждую из 5 основных эмоций: гнев, страх печаль, отвращение, радость) Обсуждаем анатомию эмоций. Осознаем, что эмоцию можно осознать, задержать, выразить разными способами. И учиться никогда не поздно.	1.Обсуждаем вчерашнее домашнее задание (ваши эмоции за истекшие сутки и как Вы их выражали) 2.Рассказывают кто и как из окружающих выразил эмоции и дают оценку- что понравилось? Что не понравилось в выражении эмоций у окружающих? Что понравилось в выражении эмоции? Задание на дом: продолжаем наблюдать за эмоциями у окружающих в санатории.
3	мини- лекция: «Как можно управлять эмоциями» Время=10-12 мин	Учимся признавать все свои эмоции и осознаем, что их лично у Вас вызывает  Учимся находить свои любимые способы расслабиться (осознаем их и учимся применять в повседневной жизни)	- обсуждаем наблюдения за эмоциями своими и эмоциями окружающих за вчерашний день; - называем все свои главные эмоции за истекший день; - на дом: записывать свои эмоции за день; - записываем что вызывает у вас расслабление, спокойствие комфорт.

4	мини-лекция: «Как правильно засыпать»: Время=10-12 мин	Учимся переключать эмоции на «приятные» перед сном	- обсуждаем домашнее задание - называем 3 самых приятных события за день и распределяем их с 1 по 3 место (можно 10 событий и с 1 по 10 место) Дома: записать три самых приятных события за день
5	мини-лекция «Нейро-гимнастика при помощи движений глаз и ее влияние на работу мозга» Время=10-12 мин	Обучение гимнастике для глаз 1. тик-так: 15 раз 2. по часовой, против часовой: по 15 раз 3. ленивая восьмерка: по 3-5 раз	- обсуждаем и проверяем домашнее задание - учимся делать гимнастику для глаз Дома: делаем нейро-гимнастику вечером и утром.
6	мини-лекция «Дыхание и настроение» Время=10-12 мин.	Учимся осознавать разные виды дыхания (помним, что на каждую эмоцию есть свое дыхание)	- обсуждаем и проверяем домашнее задание - дышим 20 минут ровно спокойно (15-17 вдохов в минуту) Дома: дышим на ночь и при пробуждении по 10 мин (150–170 спокойных вдохов/выдохов)
7	мини лекция: «Слова и мысли, которые лишают покоя именно Вас» Время 10-12 минут	Осознаем какие слова вызывают тревожность, каким тоном Учимся задавать правильные уточняющие вопросы себе и окружающим, и сохранять ровное дыхание	- обсуждаем домашнее задание - называем слова и тон голоса которые вызывают тревогу Дома: записываем слова и интонации которые вызывают тревогу (3 примера из своей жизни) И составляем уточняющие вопросы.
8	мини – лекция: «Медитация» Время: 15 мин.	Обучится минимальным навыкам медитации	- обсуждаем домашнее задание - учимся основам медитации (состояния без мыслей) Дома: личный план когда мне удобно дома выполнять все изученные упражнения не мешая моей повседневной жизни.



9	мини лекция: «Собираем все вместе и включаем полученные знания в свою повседневную жизнь» Время 10-12 мин	Осознать есть ли у меня какая-то мечта, реализацию которой я откладываю (помним: когда есть цель тревожиться некогда)	- проверяем домашнее задание - ставим сроки реализации мечты
---	---	---	---

Предполагаемый результат:

- у лиц с соматическим заболеванием снижается уровень тревожности;
- формируется новый способ реагирования в состоянии тревожности;
- улучшается качество жизни и снижается тяжесть проявлений соматического заболевания, ассоциированного с тревожностью.

### 3.3. Анализ результатов контрольного этапа эксперимента

Во время проведения эксперимента, направленного на коррекцию уровня тревожности у лиц с соматическими заболеваниями мы провели 2 диагностических этапа – констатирующий и контрольный. Анализ данных, полученных в ходе изучения уровня тревожности лиц с соматическим заболеванием в возрастном диапазоне 40–65 лет показал, что в обеих группах клинически значимый уровень тревожности (высокой и средней степени) на констатирующем этапе находился в диапазоне 66–86% по различным, применяемым нами, методикам исследования уровня тревожности.

Перед проведением формирующей части эксперимента все участники были разделены на 2 группы – контрольную и экспериментальную (по 15 человек в каждой). Респонденты обеих групп имели сопоставимые уровни выраженности тревожности по степени выраженности и количественному составу.

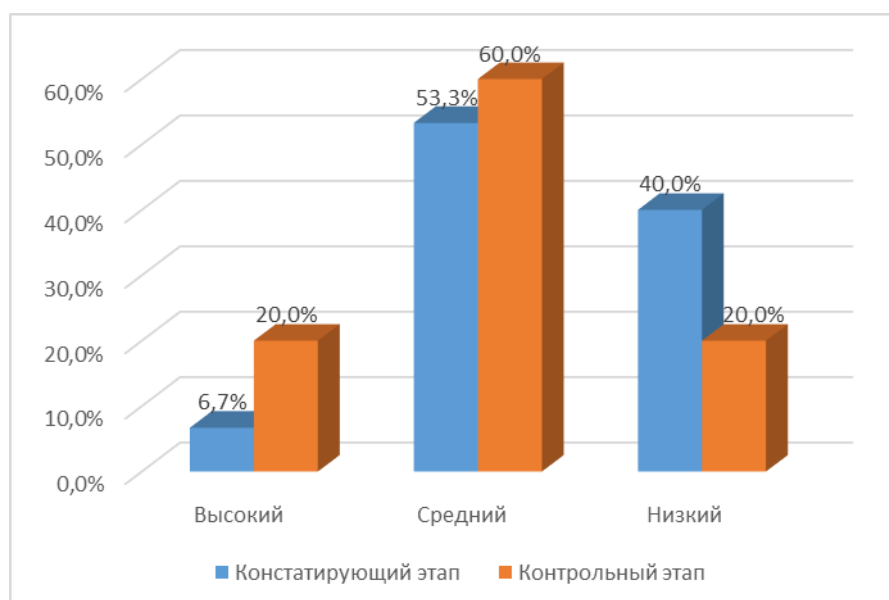
На данном этапе нашего эмпирического исследования перед нами стояла цель – оценка эффективности психологической программы психологической коррекции тревожности лиц, имеющих соматическое заболевание. Для достижения поставленной цели мы использовали тот же пакет из 3

диагностических методик на исследование тревожности, что и на констатирующем этапе. Все полученные данные были занесены в таблицы.

**Таблица 9.** Сводная таблица уровней СТ (ситуационной тревожности) по тесту Спилбергера в контрольной группе на контрольном этапе эксперимента

Контрольная группа				
Этап:	Констатирующий этап		Контрольный этап	
уровень тревожности	%	количество респондентов	%	количество респондентов
высокий	6,7%	1	20%	3
средний	53,3%	8	60%	9
низкий	40%	6	20%	3

Из таблицы 9 мы можем видеть, что в контрольной группе на контрольном этапе произошло увеличение количества респондентов с высоким и средним уровнем тревожности: с 1 человека (6,7%) до 3 человек (20%) и с 8 человек (53,3%) до 9 человек (60%), соответственно. При беседе было выявлено, что в жизни этих респондентов произошли лично значимые драматичные события, и они субъективно считали, что течение заболевания у них ухудшилось. В группе респондентов со средним уровнем тревожности произошли незначительные изменения: количество респондентов увеличилось на 1 человека (6,7%). В группе респондентов с низким уровнем тревожности тоже произошли изменения: количество респондентов с низким уровнем тревожности снизилось с 6 человек (40%) до 3 человек (20%) за счет перераспределения в группы с высоким и средним уровнем тревожности. В целом, в контрольной группе без применения психокоррекционной программы тревожности, произошли изменения в сторону увеличения респондентов с высокой и средней степенью тревожности с 60% до 80%.



**Рисунок 7. Гистограмма 7. Результаты исследования уровня ситуационной тревожности (СТ) по тесту Спилбергера в контрольной группе на контрольном этапе эксперимента**

На гистограмме 7 мы можем наглядно видеть изменения ситуационной тревожности в контрольной группе на контрольном этапе. Количество респондентов с высоким и средним уровнем тревожности увеличилось с 60% до 80%, а количество респондентов с низким уровнем тревожности снизилось на 20% за счет перемещения в группы с более высоким уровнем тревожности. Данную отрицательную динамику в контрольной группе, мы склонны интерпретировать и повышением уровня стресса в жизни испытуемых (социальный фактор) и низкими адаптационными возможностями испытуемых (преморбидный фон, сформированные нейронные пути по тревожному типу, наличие соматического заболевания).

**Таблица 10. Сводная таблица уровней ситуационной тревожности (СТ) по тесту Спилбергера в экспериментальной группе на контрольном этапе эксперимента**

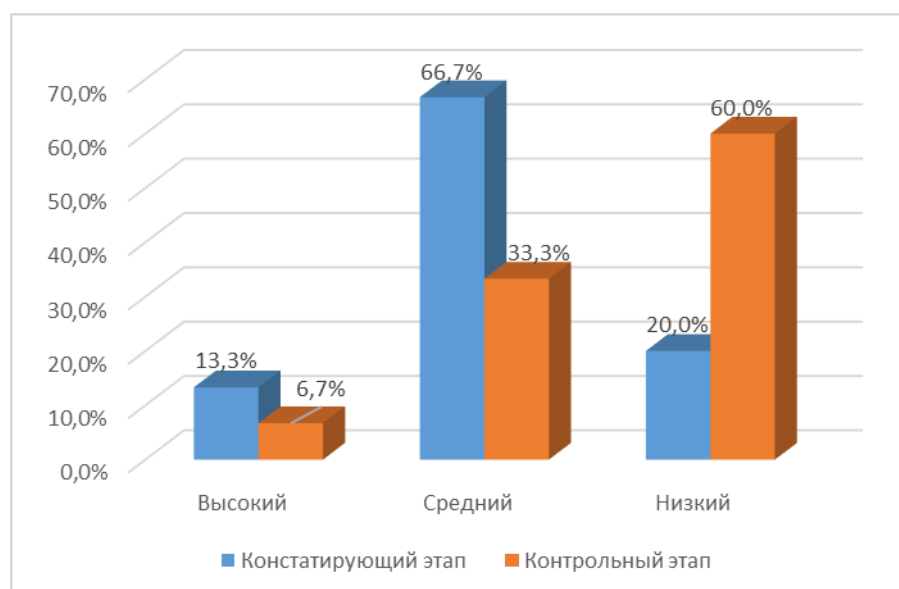
Экспериментальная группа
--------------------------

этап:	Констатирующий этап		Контрольный этап	
	%	количество респондентов	%	количество респондентов
уровень тревожности				
высокий	13,3%	2	6,7%	1
средний	66,7%	10	33,3%	5
низкий	20%	3	60%	9

Анализируя ситуационную тревожность в экспериментальной группе на контрольном этапе, мы можем видеть, что количество респондентов с высоким уровнем ситуационной тревожности снизилось с 2 человек (13,3%) до 1 человека (6,7%). Количество респондентов в группе со средним уровнем ситуационной тревожности снизилось с 10 человек (66,7%) до 5 человек (33,3%).

В группе с низким уровнем ситуационной тревожности произошло увеличение количества респондентов с 3 человек (20%) до 9 человек (60%).

При оценке повторных тестов мы выявили, что произошла переоценка негативных утверждений в сторону более низкой оценки с 3–4 баллов до 2–3 баллов. Считаем, что этому способствовало обучение на психокоррекционной программе, где мы отрабатывали реагирование на ситуации, которые воспринимались как стрессовые.



**Рисунок 8. Гистограмма 8. Результаты исследования уровня ситуационной тревожности (СТ) по тесту Спилбергера в экспериментальной группе на контрольном этапе эксперимента**

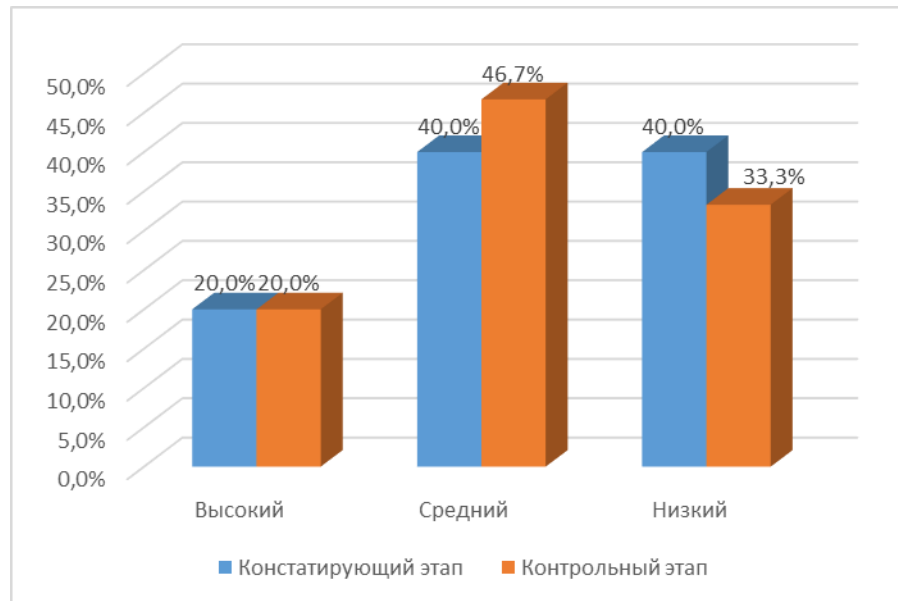
Как мы видим из гистограммы 8, на контрольном этапе в экспериментальной группе произошло снижение клинически значимого уровня ситуационной тревожности (высокой и средней степени) с 80% до 40% и увеличение количества респондентов с низким уровнем тревожности с 20% до 60%. Нами это оценено, как положительная динамика после примененной нами программы психологической коррекции тревожности.

**Таблица 11. Сводная таблица уровней личностной тревожности (ЛТ) по тесту Спилбергера в контрольной группе**

Контрольная группа				
этап:	Констатирующий этап		Контрольный этап	
уровень тревожности	%	количество респондентов	%	количество респондентов
высокий	20%	3	20%	3
средний	40%	6	46,7%	7
низкий	40%	6	33,3%	5

Повторно исследуя уровень личностной тревожности на контрольном этапе в контрольной группе, мы можем отметить, что количество

респондентов с высоким уровнем тревожности осталось неизменным (20%), а количество респондентов со средним и низким уровнем тревожности изменилось незначительно: с 6 человек (40%) до 7 человек (46,7%), и с 6 человек (40%) до 5 человек (33,3%), соответственно. Данные колебания можно считать незначительными. Мы оцениваем это, как стойкое состояние, обусловленное генетическими особенностями (тип нервной деятельности) и устойчивыми нейронными цепями тревожности.



**Рисунок 9. Гистограмма 9. Результаты исследования уровня личностной тревожности (ЛТ) по тесту Спилбергера в контрольной группе на контрольном этапе эксперимента**

На гистограмме 9 мы можем наглядно видеть, что колебания в группе с высоким уровнем тревожности не выявлены, а в группах со средней и низкой степенью тревожности незначительны и составляют 6,7%.

**Таблица 12. Сводная таблица уровней личностной тревожности (ЛТ) по тесту Спилбергера в экспериментальной группе на контрольном этапе эксперимента**

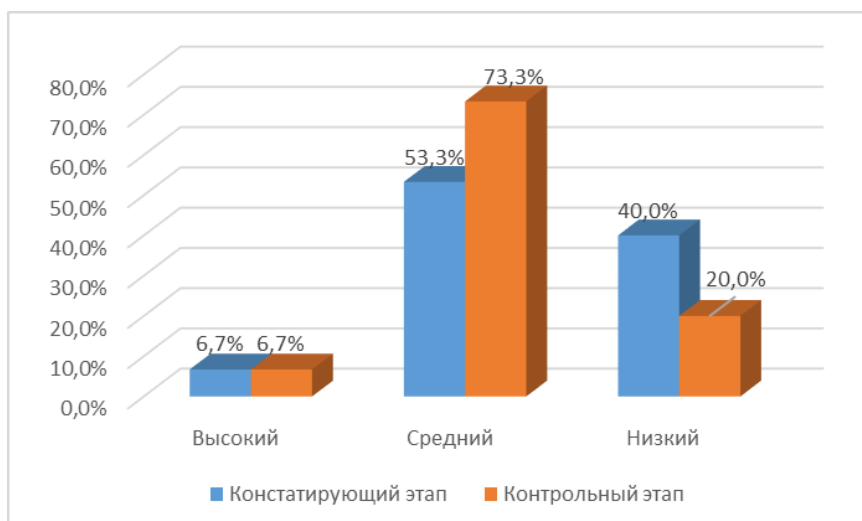
Экспериментальная группа
--------------------------

Окончание таблицы 12

этап:	Констатирующий этап	Контрольный этап
-------	---------------------	------------------

уровень тревожности	%	количество респондентов	%	количество респондентов
высокий	6,7%	1	6,7%	1
средний	53,3%	8	73,3%	11
низкий	40%	6	20%	3

Исследуя изменения уровней тревожности в экспериментальной группе на контрольном этапе, мы можем видеть, что количество респондентов с высоким уровнем тревожности осталось неизменным 1 человек (6,7%). Количество респондентов со средним уровнем тревожности возросло с 8 человек (53,3%) до 11 человек (73,3%). Количество респондентов с низким уровнем тревожности изменилось с 6 человек (40%) до 3 человек (20%). Таким образом, в экспериментальной группе, клинически значимые уровни тревожности высокой и средней степени выраженности изменились в сторону увеличения респондентов на контрольном этапе на 20% (с 60% до 80%). Увеличение количества респондентов в группе со средним уровнем тревожности на контрольном этапе в экспериментальной группе нами интерпретировалось, и как связанное с течением хронического заболевания и как связанное с увеличением компетентности и критичности в результате пройденной психокоррекционной программы (стали лучше отслеживать свои эмоциональные реакции, точнее их выражать и оценивать в тесте). Считаем, что это требует дальнейшей коррекции и рассматривается нами как дальнейший этап работы.



**Рисунок 10. Гистограмма 10. Результаты исследования уровня личностной тревожности (ЛТ) по тесту Спилберга в экспериментальной группе на контрольном этапе эксперимента**

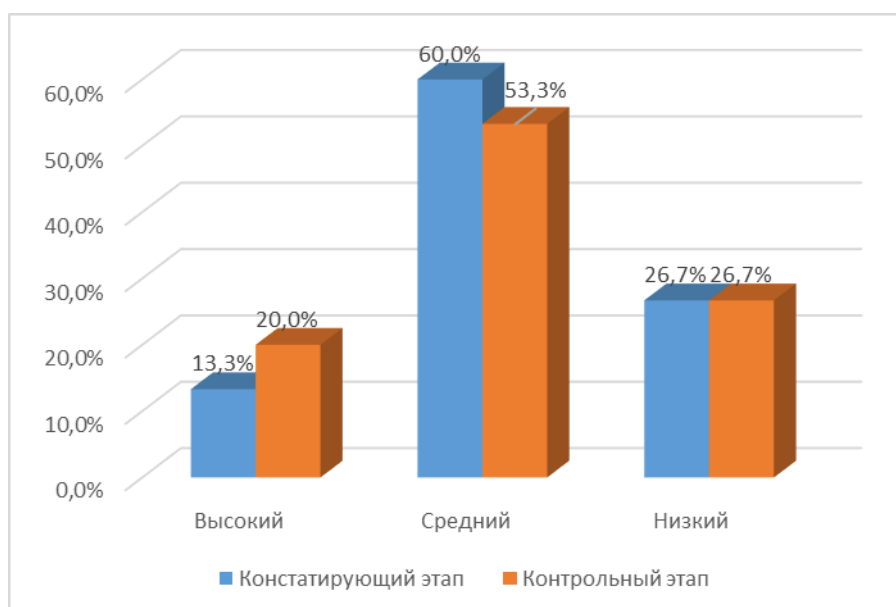
На гистограмме 10 можно наглядно видеть, что в экспериментальной группе уровни личностной тревожности претерпели изменения только в среднем и низком сегментах, в высоком сегменте ситуация осталась неизменной. На 20% увеличилось количество респондентов со средним уровнем тревожности, и на 20% снизилось количество респондентов с низким уровнем тревожности. Нами данные изменения интерпретируются как преобладание соматических процессов в течении заболевания над психологическими.

**Таблица 13. Сводная таблица распределения уровней тревожности по тесту Тейлор в контрольной группе**

Контрольная группа				
этап:	Констатирующий этап		Контрольный этап	
уровень тревожности	%	количество респондентов	%	количество респондентов
высокий	13,3%	2	20%	3
средний	60%	9	53,3%	8
низкий	26,7%	4	26,7%	4

Исследуя уровни тревожности в контрольной группе по тесту Тейлор, мы видим, что количество респондентов с высоким уровнем тревожности незначительно возросло на контрольном этапе с 2 человек (13,3%) до 3 человек (20%). Количество респондентов со средним уровнем тревожности незначительно снизилось с 9 человек (60%) до 8 человек (53,3%). Количество респондентов с низким уровнем тревожности осталось без изменений. Данные колебания можно считать незначительными, возможно, их следует считать типичными при отсутствии психологической коррекции, что требует дальнейшего изучения.





**Рисунок 11. Гистограмма 11. Результаты исследования уровня тревожности по тесту Тейлор в контрольной группе на контрольном этапе эксперимента**

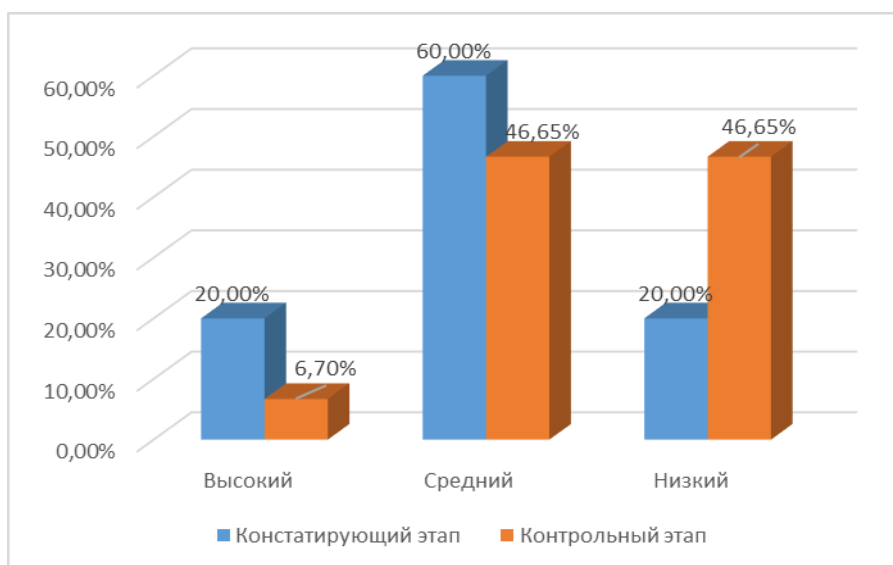
На гистограмме 11 мы наглядно видим незначительные перераспределение количества респондентов по группам тревожности. Так количество респондентов в клинически значимой группе (высокой и средней степени тревожности) несмотря на незначительные колебания внутри групп в сумме осталось неизменным и составило 73,3%. Группа с низким уровнем тревожности осталась без изменений.

**Таблица 14. Сводная таблица уровней тревожности по тесту Тейлор в экспериментальной группе на контрольном этапе эксперимента**

Экспериментальная группа				
этап:	Констатирующий этап		Контрольный этап	
уровень тревожности	%	количество респондентов	%	количество респондентов
высокий	20%	3	6,7%	1
средний	60%	9	46,65%	7
низкий	20%	3	46,65%	7

В экспериментальной группе мы видим снижение количества респондентов с высоким уровнем тревожности с 3 человек (20%) до 1 человека (6,7%). В группе со средним уровнем тревожности произошло снижение с 9

человек (60%) до 7 человек (46,65%). Количество респондентов с низким уровнем тревожности возросло с 3 человек (20%) до 7 человек (46,6%). Данную динамику можно расценивать как положительную. Увеличение количества респондентов в группе с низким уровнем тревожности объяснимо перераспределением из групп с более высоким уровнем тревожности, что тоже можно расценивать как положительную динамику. При повторном тестировании отмечается уменьшение количества положительных ответов на утверждения, связанные с соматическими нарушениями, в частности мы отметили улучшение сна, что отдельно отрабатывалось на нашей психокоррекционной программе.



**Рисунок 12. Гистограмма 12. Результаты исследования уровней тревожности по тесту Тейлор в экспериментальной группе на контрольном этапе эксперимента**

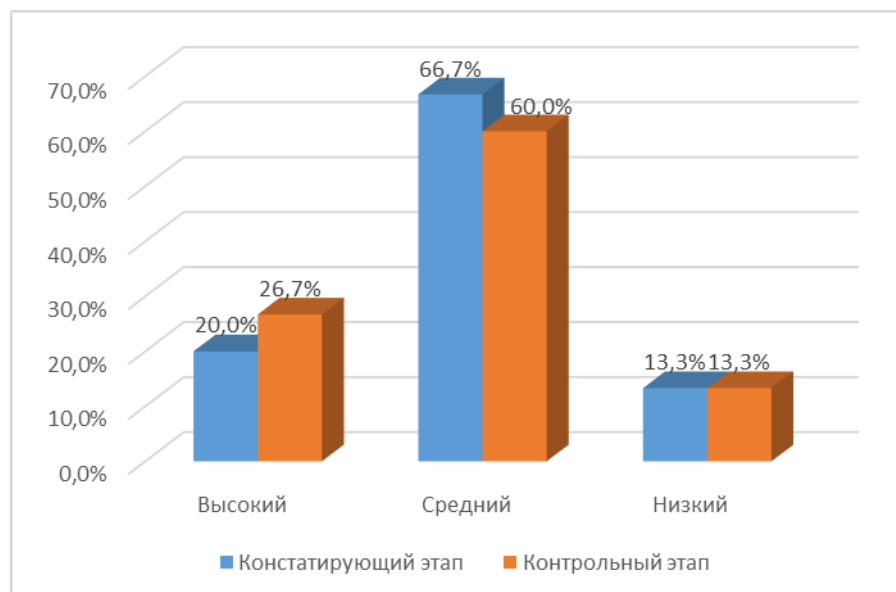
На гистограмме 12 мы видим снижение уровня высокой тревожности в экспериментальной группе практически в 3 раза (с 20% до 6,7%), снижение среднего уровня тревожности в 1,3 раза (с 60% до 46,65%) и увеличение низкого уровня тревожности в 2,3 раза (с 20% до 46,65%). Данную динамику можно считать положительной, отражающей эффективность нашей психокоррекционной программы.

**Таблица 15. Распределение уровней тревожности по тесту Бека в контрольной группе**

Контрольная группа				
Этап:	Констатирующий этап		Контрольный этап	
уровень тревожности	%	количество респондентов	%	количество респондентов
высокий	20%	3	26,7%	4
средний	66,7%	10	60%	9
низкий	13,3%	2	13,3%	2

Исследуя распределение уровней тревожности по тесту Бека в контрольной группе, можно видеть, что количество респондентов с высоким уровнем тревожности незначительно возросло с 3 человек (20%) до 4 человек (26,7%). Количество респондентов со средним уровнем тревожности незначительно снизилось с 10 человек (66,7%) до 9 человек (60%). В группе с низким уровнем тревожности динамики не отмечено. В целом, тревожность в контрольной группе на контрольном этапе не претерпела значительных изменений.

На гистограмме 11 наглядно видно, что в контрольной группе на констатирующем и контрольном этапах выявлена незначительная динамика, в пределах 1 человека (6,7%) в группах с высокими и средним уровнями тревожности. В группе с низким уровнем тревожности без динамики. Данные колебания мы считаем незначительными.

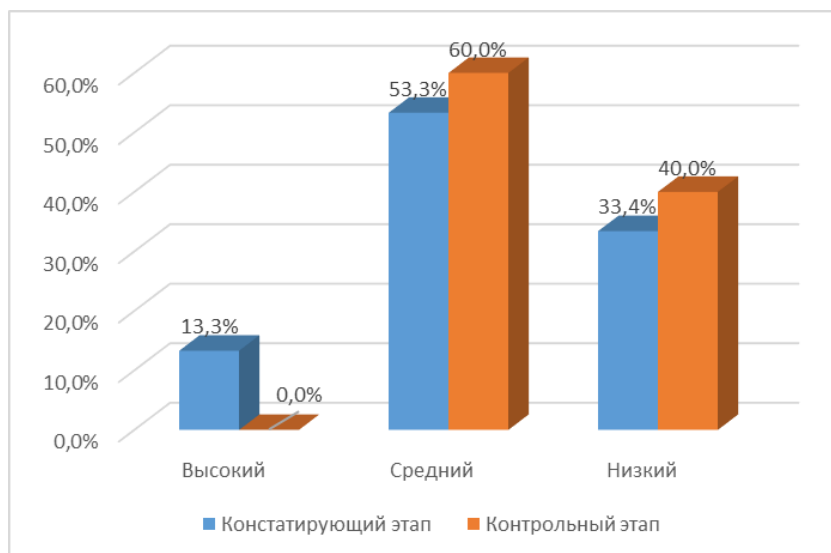


**Рисунок 13. Гистограмма 13. Результаты исследования уровней тревожности по тесту Бека в контрольной группе**

**Таблица 16. Сводная таблица уровней тревожности по тесту Бека в экспериментальной группе**

Экспериментальная группа				
Этап:	Констатирующий этап		Контрольный этап	
Окончание таблицы 16				
уровень тревожности	%	количество респондентов	%	количество респондентов
высокий	13,3%	2	0%	0
средний	53,3%	8	60%	9
низкий	33,4%	5	40%	6

Исследуя уровень тревожности по тесту Бека в экспериментальной группе, можно отметить, что количество респондентов с высоким уровнем тревожности снизилось с 2 человек (13,3%) до нуля 0%. Количество респондентов со средним уровнем тревожности возросло с 8 человек (53,3%) до 9 человек (60%). Количество респондентов с низким уровнем тревожности увеличилось с 5 человек (33,4%) до 6 человек (40%). Данные перераспределения в группах в сторону более низкого уровня тревожности можно считать значимыми, и интерпретировать и как эффективность психокоррекционной программы и как течение соматического заболевания. Респонденты в экспериментальной группе за истекшие 2–4 месяца вели дневники самонаблюдений, меняли привычные стереотипы реагирования на стрессовые для них ситуации, меняли стереотипы засыпания и дыхания.



**Рисунок 14. Гистограмма 14. Результаты исследования уровней тревожности по тесту Бека в экспериментальной группе**

На гистограмме наглядно видно, что респонденты с высоким уровнем тревожности перешли в группы с более низкими уровнями тревожности, что можно считать значимым изменением. На констатирующем этапе клинически значимая тревожность (высокой и средней степени) составляла 66,6%, на контрольном – 60%. Это можно было бы считать незначительным изменением, однако учитывая, что тест Бека, по-сути самый соматизированный из примененных нами методик, мы предполагаем, что он скорее всего отражает течение процесса соматического заболевания, а не тревожности, как самостоятельного процесса. Считаем, что это нуждается в пролонгированном исследовании.

**Таблица 17. Усредненный показатель уровней тревожности по результатам 3 тестов в контрольной группе на контрольном этапе эксперимента**

20%

55 %

В таблице 17 мы видим, усредненные показатели по результатам 3 тестов по уровням тревожности в контрольной группе на контрольном этапе эксперимента: высокий уровень тревожности составил 20%, средний 55%, низкий 25%. Нами отмечен незначительный рост высокого уровня тревожности с 15% до 20%, средний уровень тревожности остался без изменений 55%, низкий снизился с 30% до 25%. Данные колебания можно считать незначительными.



**Рисунок 15. Гистограмма 15.** *Усредненный результат исследования уровней тревожности в контрольной группе по всем методикам на контрольном этапе эксперимента*

По гистограмме 15 мы можем наглядно увидеть распределение по группам по уровням тревожности в контрольной группе на контрольном этапе эксперимента. Клинически значимая группа (с высоким и средним уровнем тревожности) составила 75%.

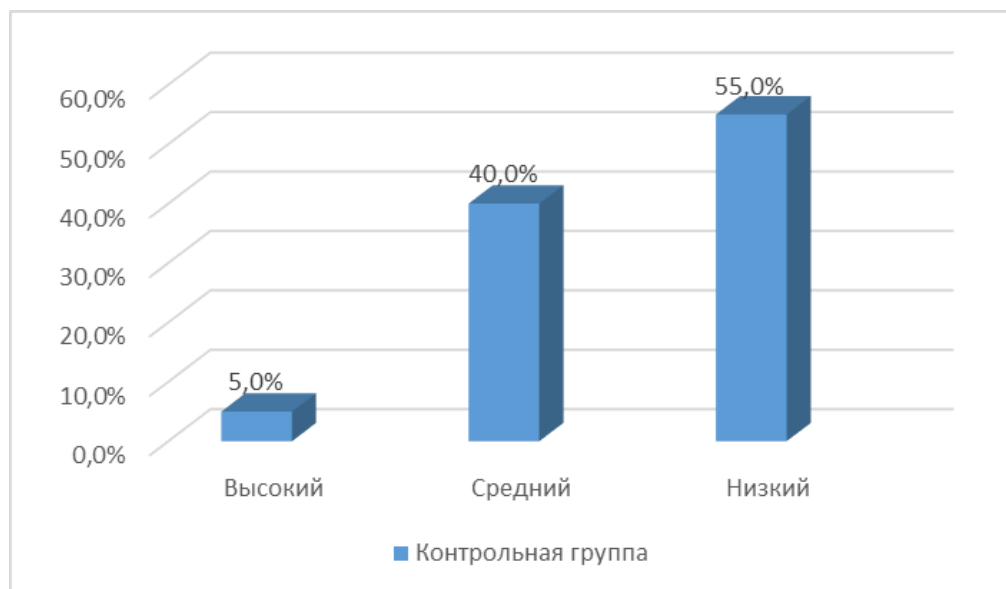
**Таблица 18.** *Усредненный показатель уровней тревожности по результатам 3 тестов в экспериментальной группе на контрольном этапе эксперимента*

5%

40%

55%

В экспериментальной группе на контрольном этапе респонденты распределились следующим образом: высокий уровень тревожности составил 5%, средний 40%, низкий 55%. В сравнении с данными на контрольном этапе мы видим значительное снижение количества респондентов с высоким уровнем тревожности с 13,3% до 5%, что составляет 2,7 раза. Количество респондентов со средним уровнем тревожности снизилось с 58,3% до 40%, что составляет снижение в 1,45 раза. Количество респондентов с низким уровнем тревожности возросло с 28,4% до 55%, что составляет увеличение в 1,9 раза. Таким образом мы видим, что клинически значимый уровень тревожности высокой и средней степени в экспериментальной группе на констатирующем этапе составлял 71,6%, а на контрольном этапе составил 45%, что составляет 1,6 раза. Данную динамику мы считаем положительной, свидетельствующей об эффективности предложенной психокоррекционной программы.



**Рисунок 16. Гистограмма 16. Усредненный результат исследования уровней тревожности в экспериментальной группе по всем методикам на контрольном этапе эксперимента**

Гистограмма 16 демонстрирует данные таблицы следующим образом: в экспериментальной группе на контрольном этапе в клинически значимых уровнях тревожности (с высоким и средним уровнем тревожности) произошло снижение количества респондентов до 45% (с 71,6%), что на 26,6% ниже, чем на констатирующем этапе. Снижение уровня тревожности, по результатам повторного тестирования произошло за счет улучшения сна, улучшения контроля над эмоциями, умения переключать дыхание и умения переключать состояние при помощи нейропсихологических глазодвигательных упражнений.

**Таблица 19. Сводная таблица анализа уровней тревожности в контрольной и экспериментальной группах на контрольном этапе эксперимента (динамика изменений уровня тревожности в результате реализации программы по снижению уровня тревожности)**

уровень тревожности	Контрольная группа		Экспериментальная группа	
	констатирующий этап	контрольный этап	констатирующий этап	контрольный этап
высокий	15%	20%	13,3%	5%
средний	55%	55%	58,3%	40%
низкий	30%	25%	28,4%	55%

В сводной таблице контрольной и экспериментальных групп на констатирующем и контрольном этапах выявлено следующее: высокий уровень тревожности в контрольной группе возрос на 5% на контрольном этапе. В экспериментальной группе число респондентов с высоким уровнем тревожности снизилось с 13,5% до 5% (на 8,5%) на контрольном этапе.

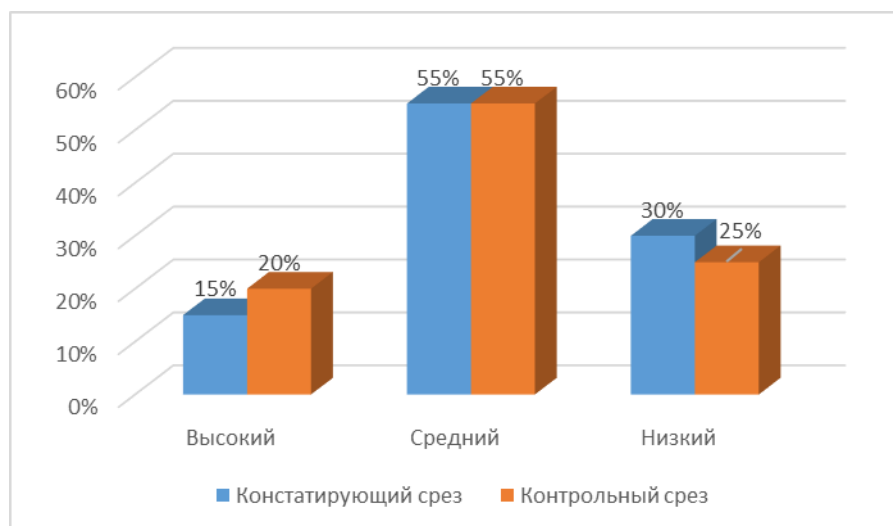
Численность респондентов со средним уровнем тревожности в контрольной группе осталась неизменной на контрольном и констатирующем



этапах и составила 55%. В экспериментальной группе число респондентов со средним уровнем тревожности снизилось с 58,3% до 40% (на 18,3%).

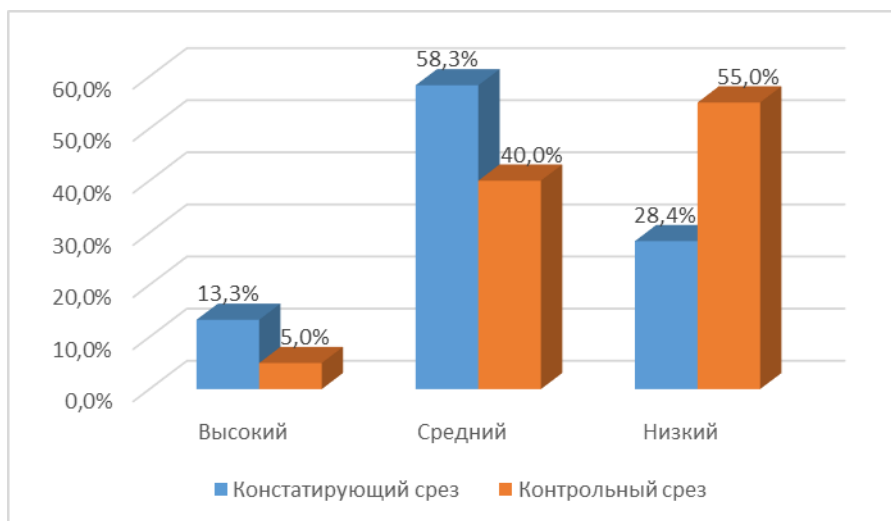
Число респондентов с низким уровнем тревожности в контрольной группе снизилось с 30% до 25% (на 5%). В экспериментальной группе число респондентов с низким уровнем тревожности выросло с 28,4% до 55% (на 28,4%).

В целом, данные можно таблицы можно охарактеризовать в контрольной группе, как нестабильные и имеющие склонность к росту уровня тревожности. В экспериментальной группе отмечается значимое снижение высокого и среднего уровня тревожности и перераспределение в сторону низкого уровня тревожности.



**Рисунок 17. Гистограмма 17. Динамика уровня тревожности в контрольной группе на контрольном этапе эксперимента**

Гистограмма 17 наглядно демонстрирует изменения в контрольной группе на обоих этапах исследования. Отмечается незначительный рост в группе с высоким уровнем тревожности, средний уровень тревожности без динамики, незначительное снижение в группе с низким уровнем тревожности. Данные изменения скорее свидетельствуют о некоторой динамичности уровней тревожности в контрольной группе на констатирующем этапе эксперимента.



**Рисунок 18. Гистограмма 18. Динамика уровня тревожности в экспериментальной группе на контрольном этапе эксперимента**

На гистограмме 18 мы видим значимое снижение в группах с высокими и средними показателями тревожности в 2,66 раза (с 13,3% до 5%) и в 1,5 раза с (58,3% до 40%) соответственно.

Рост числа респондентов с низким уровнем тревожности в экспериментальной группе на контрольном этапе вторичен и связан с перераспределением по степеням выраженности тревожности.

Таким образом, на констатирующем этапе нашего исследования выявлена легкая отрицательная динамика в контрольной группе и умеренная положительная динамика в экспериментальной группе, что можно считать свидетельством эффективности нашей программы психологической коррекции тревожности.

### **Выводы по третьей главе**

1. Данная глава посвящена оценке эффективности программы психологической коррекции тревожности. В основе нашей коррекционной программы лежат принципы осознания своих эмоций и умения выражать их различными способами и различной интенсивностью. Кроме того, наша программа обучает изменению физиологии проблемного состояния

тревожности при помощи глазодвигательных паттернов и дыхательных паттернов. Также наша программа предлагает обучение некоторым программам мышления, ориентированных на смещение акцента с негативных мыслей на позитивные воспоминания при засыпании, что способствует перенастройке эмоций. Кроме этого, мы предлагаем обучение основам медитации, которые способствуют «отключению» мыслей и пребыванию в состоянии «ничего не делания». В завершении программы мы предлагаем включать полученные знания в повседневную жизнь, а также создавать и реализовывать новые личные значимые цели, как способ ухода от ежедневной тревожности.

2. Экспериментальный этап нашего исследования был основан на результатах, полученных на констатирующем этапе эксперимента. На констатирующем этапе исследования нами был выявлен клинически значимый уровень тревожности (средней и высокой степени выраженности) у лиц в возрастном диапазоне 40–65 лет, имеющих соматическое заболевание. В исследовании приняли участие 30 человек, которые были разделены на 2 подгруппы по 15 человек. Занятия проводились в течение 9 дней (время нахождения в стационаре). Полученные в результате психокорректирующих занятий теоретические и практические знания было предложено продолжать применять дома в ежедневном формате. Через 2,5–4 месяца после формирующего эксперимента нами была проведена контрольная диагностика исследуемого параметра (степени тревожности).

3. На контрольном этапе исследования нами были использованы те же методики, что и на констатирующем. В контрольной группе высокий уровень тревожности возрос с 15% до 20%, средний уровень остался без изменений (55%), низкий уровень тревожности уменьшился с 30% до 25% за счет смещения в более высокие уровни тревожности.

4. В экспериментальной группе высокий уровень тревожности снизился с 13,3% до 5%, средний уровень тревожности снизился с 58,3% до 40%, низкий увеличился с 28,4% до 55%. Таким образом, клинически

значимый процент высокой и средней степени тревожности в контрольной группе за время наблюдения на обоих этапах изменился с 70% до 75% (вырос в 0,9 раза), а в экспериментальной группе изменился с 72,6% до 45% (снизился в 1,6 раза. Итоговая положительная динамика – улучшение в 2,5 раза. Полученные результаты мы склонны интерпретировать, как практически значимые для коррекции тревожности у лиц с соматическим заболеванием. Мы считаем, что предложенную нами психокоррекционную программу тревожности, для сохранения и улучшения результата необходимо проходить повторно 1–4 раза в год.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В результате проделанной нами работы, мы установили, что состояние тревожности интенсивно исследовалось психологами различных направлений в течение последних ста лет. Они по-разному определяли состояние тревожности. Мы обнаружили, что тревога и тревожность при описательных характеристиках могут быть одним и тем же процессом, поэтому считаем, что всегда важно отслеживать процесс, а не термин. На наш взгляд, в настоящее время, наиболее точное определение этому состоянию дал американский психолог Кэррол Эллис Изард, рассматривая тревожность, как комплексное состояние. За более чем сто лет исследования проблемы тревожности, психологи описали различные взгляды на причины возникновения тревожности, ее эволюционное значение для вида и личное значение в жизни индивида. Психологи различных направлений были, в целом, едины в том, что тревожность часто снижает качество жизни и самого клиента и его окружения. Еще Ч. Спилбергер, в середине 20 века предложил различать тревожность, как черту личности и назвал ее личностной тревожностью (ЛТ) и тревожность как реакцию на ситуацию и назвал ее ситуационной тревожностью (СТ). Г. Селье в своей концепции стресса считал тревогу (тревожность) первой ступенью в каскаде стрессовых реакций. Мы исследовали проявления тревожности у

соматических больных и выяснили, что нередко отделить соматические проявления от тревожных практически невозможно. Мы обнаружили, что обязательной коррекции тревожности психологическими методами не проводится. Однако намечены некоторые сдвиги в этом направлении и с 01.07.2023 г. вступил в силу приказ №668н о введении должности психолога в поликлинике. С появлением современных визуальных и функциональных методов исследования были выявлены нейронные цепи тревожности. Огромный вклад в это открытие внесла О.В. Виноградова, ученица А.Р. Лурии. В настоящее время тревожность изучается на физиологическом, биохимическом и генетическом уровнях. ВОЗ прогнозирует выход тревожных расстройств на первое место по распространенности к 2030 г., таким образом, высока вероятность того, что эта проблема будет долго оставаться актуальной и требовать решения.

Нами было решено исследовать тревожность лиц с соматическими заболеваниями в возрастной группе 40–65 лет. Наше исследование проведено на базе неврологического отделения ОГАУЗ санатория «Юбилейный» г. Братска. В нашем исследовании приняли участие 30 человек, которые были разделены на две группы по 15 человек: контрольную и экспериментальную.

На констатирующем этапе нашего исследования мы, при помощи примененных нами тестовых методик на выявление уровни тревожности, мы исследовали уровень тревожности в обеих группах, имеющих соматические заболевания. В контрольной группе клинически значимый уровень тревожности (высокой и средней степени) составлял 70%. В экспериментальной группе уровень клинически значимой тревожности составлял 71,6%.

Мы изучили различные методы коррекции тревожности, предложенные психологами самых разных направлений от психоанализа до когнитивно-поведенческой терапии.

Формирующий этап эксперимента состоял из определения методологической основы психологической программы, ее разработки и

внедрения. Предложенная нами программа психологической коррекции тревожности имеет комплексный подход: от чисто информационного блока об эмоциях до игровых методов, направленных на распознавание интенсивности и качества эмоции и умения своевременно и социально приемлемо выразить возникшую эмоцию. Кроме этого, мы в нашей программе применили техники дыхания; нейропсихологические глазодвигательные техники; основы медитации, как способ остановки мыслей (негативных); предложили и внедрили программу эффективного и полезного засыпания. Кроме этого, мы предложили нашим испытуемым научиться вести дневник самонаблюдения, понимать свои мечты и без страха воплощать их в свою жизнь на любом возрастном этапе (по пути к мечте тревожиться некогда).

В результате повторного тестирования на контрольном этапе нашего исследования, было установлено значимое снижение уровня тревожности в экспериментальной группе. В контрольной группе клинически значимая тревожность (высокой и средней степени выраженности) составила 75%, что можно считать тенденцией к росту уровня тревожности без психологической коррекции. В экспериментальной группе на контрольном этапе клинически значимый уровень тревожности (высокой и средней степени выраженности) составил 45%. У участников экспериментальной группы улучшился сон, улучшилось настроение, снизилась оценка интенсивности соматических проявления тревожности, что демонстрировали участники во время беседы. По результатам примененных нами методик на контрольном этапе отмечалось снижение оценок выраженности негативных утверждений тестов, и незначительное повышение оценок по позитивным утверждениям тестов. В контрольной группе на контрольном этапе нами был отмечен незначительный рост уровня тревожности, что также увеличило разрыв в результатах на контрольном этапе между респондентами в контрольной и экспериментальной группах и утвердило нас в мнении, что с тревожностью нужно работать более активно на промежуточном этапе, не дожидаясь выраженных клинических проявлений.

Мы считаем, что предложенная нами программа психологической коррекции тревожности продемонстрировала достаточную эффективность. Учитывая, что нейронные цепи тревожности функционировали длительный период (от 35 до 60 лет) мы рекомендуем повторное прохождение нашей программы под руководством психолога от 2 до 4 раз в год. Программа может быть применена, как в бюджетных, так и в частных учреждениях медицинской и психологической направленности, и даже на производственных предприятиях, как оздоровительная программа.

### БИБЛИОГРАФИЯ

1. Александров, А.А. Современная психотерапия: курс лекций – СПб: «Академический проект», 1997г. – 335 с.
2. Александровский, Ю.А. Состояние психической дезадаптации и его компенсация. – М., 1992 г.
3. Астапова, В.М. Хрестоматия: тревога и тревожность. – СПб., 2001. – 420с.
4. Адлер, А. Понять природу человека. Эксклюзивная классика, 2022 г. – 352 с.
5. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человек.
6. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь справочник по психодиагностике. – СПб.: Издательство «Питер». – 528 с.
7. Батаршев, А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности. Практическое руководство психологической диагностике. – СПб., Речь, 2005 г.
8. Под ред. А. Бека, А. Фримена. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
9. Бик, Дж.У. Тренинг преодоления социофобии. Руководство по самопомощи. – М., Изд-во Института Психотерапии 2003. – 240с.

10. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
11. Бек, А. Предисловие Фриман А., Девульф Р. 10 ошибок, которые совершают люди. – СПб.: Питер, 2008. – 240 с.
12. Большой психологический словарь под ред. Мещерякова Б.Г., О.С. Виноградова, Гиппокамп и память. – М. Наука 1975 г. – 239с.
13. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. и соавторы. Депрессия в неврологической практике. – М., МИА, 2007 г.
14. Важные навыки в период стресса: иллюстрированное пособие. ВОЗ. 2020 г. – 126 с.
15. Ганзен, В.А. Системные описания в психологии. – Л., 1984 г.
16. Гафаров, В.В. Депрессия, тревожность и нарушения сна у населения 45–69 лет в России (Сибирь) эпидемиологическое исследование. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2017г., № 9. С. 31–37.
17. Гринбергер Д., Падески К. Управление настроением: методы и упражнения. – СПб., Питер, 2008г. – 192с.
18. Гуреев, А.С. Распределение частот VNTR аллелей локуса 5-HTTLPR гена транспорта серотонина в населении Евразии и Африки. –2014 г. – Т.12. – №3.
19. диссертация магистерская Т.С. Кондратенко «коррекция личностной тревожности как первичной психотравмы у взрослых детей алкоголиков», Томск, 2021г.
20. Журнал «Кардиология» №10 В.Н. Ларина, Б.Я. Барт «тревно-депрессивное состояние у больных с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью пожилого возраста».
21. Журнал «медицинская психология в России» №10, 2012г, С.Л. Соловьева «Тревога и тревожность: теория и практика».
22. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М., 1992.
23. Зейгарник, Б.В. Патопсихология 2013 г. – 367 с.



24. Изард, К.Э. Психология эмоций. – СПб., 2000 г. – 464 с.
25. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства. – СПб, Питер., 2001 г. – 752 с.
26. Казин, Э.М. Влияние психофизиологического потенциала на адаптацию к учебной деятельности. Физиология человека. 2002 г., Т. 28 №3. – С. 23–29.
27. Кемпински, А. Экзистенциальная психиатрия. – М., Совершенство, 1997 г. – 320 с.
28. Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. – СПб., Питер. – 2005 г.
29. Ковпак, Д.В. Как избавиться от тревоги и страха. Практическое руководство психотерапевта. – СПб., Наука и Техника, 2007 г. – 240 с.
30. Котро Ж., Моллар Е. Когнитивная терапия фобий Московский психотерапевтический журнал 1996., №3.
31. Клиническая психология под. ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., Питер, 2002/2006 гг.
32. Клиническая психология под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб., Питер, 2002 г.
33. Клиническая психология. Словарь под ред. Н.Д. Твороговой. – М., Пер Сэ.
34. Костина, Л.М. Методы диагностики тревожности. – СПб 2005 г. – 197 с.
35. Коломинский, Я.Л. Основы психологии. – М, АСТ ВКТ, 2010 г. – 405 с.
36. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса. – М., 1988 г.
37. Куликова, М.А. Полиморфизм генов дофминергической системы маркеры проявления тревожности у спортсменов [электронный курс]/режим доступа <https://www.dissercat.com>
38. Кеун-Хо Джо и др., Генетическая ассоциация полиморфизмов DRD2 с показателями тревожности у больных алкогольной зависимостью. 2008г, 371(4): 591–5.

39. Лубовская В.И., Петрова В.Г. Специальная психология. – М., Академия 2009 г. – 557 с.
40. Личко, А.Е. и соавторы Психиатрия. Учебник для ВУЗов., Медицина 1995г. – 608с.
41. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы. – Ленинград., Изд-во Ленинградского университета, 1960. – 426 с.
42. Лурия, А.Р. Лекции по общей психологии. – СПб., Питер. 2007 г. – 320 с.
43. Методы выявления тревожных и депрессивных нарушений у больных терапевтического профиля под ред. профессора В.И. Козловского., Витебск 2010, 28 с.
44. Мэй Ролло Искусство психологического консультирования., независимая фирма «Класс», 2015г. – 91 с.
45. Мэй, Р. Смысл Тревоги., изд. Институт общегуманитарных исследований, 2011 г. – 416 с.
46. Немчин, Т.А. Состояние нервно-психического напряжения. – Л., 1983 г.
47. Немов, Р.С. Общая психология учебник для ВУЗов 2011г. – 1007 с.
48. Никандров, В.В. Наблюдение и эксперимент в психологии. – СПб., Речь 2002 г. – 436 с.
49. Прихожан, А.М. Психология тревожности. – СПб., Питер, 2009 г. – 192 с.
50. Петровский, А. Хрестоматия по психологии. Просвещение 1987 г. – 448 с.
51. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. – СПб., Питер. – 450 с.
52. Рогов, Е.И. Настольная книга практического психолога. – М., Юрайт, 2012 г. – 412 с.
53. Специальная психология. – М., Академия 2009 г. – 557 с.

54. М.А. Смулевич, Депрессии при соматических и психических заболеваниях МИА, 2003г. – 432 с.
55. П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев Психосоматическая медицина. Руководство для врачей. МЕД пресс-информ, 2006г. – 568 с.
56. Собчик, Л.Н. Психология индивидуальности: теория и практика психодиагностики. – СПб., Речь. 2003 г.
57. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. – М., Медпресс-информ, 2019г. – 484 с.
58. Соколова Е.И., Белова Е.В. Эмоции и патология сердца. – М., Медицина, 1983 г.
59. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М., 1985 г.
60. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб., 2001 г.
61. Тхостов, А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002 г.
62. Уэллс, А. Метакогнитивная терапия тревоги и депрессии. – М., Диалектика, 2021 г. – 432 с.
63. Фрейд, З. Торможение, симптом, тревога. Хрестоматия в 3т., Когито-центр., 2016 г. – 1394 с.
64. Ханин, Ю.Л. Исследование тревоги в спорте. Вопросы психологии 1978 № 6.
65. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств. Московский психотерапевтический журнал 1999. №2.
66. Хомская, Е.Д. Нейропсихология Учебник для вузов. – СПб., Питер, 2003.
67. Хилько М.Е, Ткачева М.С. Возрастная психология. Конспект лекций Юрайт, 2010 г. – 145 с.
68. Хорни, К. Наши внутренние конфликты. – СПб., Питер, 2021 г. – 240 с.

69. Хорни, К. Невроз и личностный рост. – СПб., Питер. 2023 г. – 392 с.
70. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. – СПб., Питер., 2021. – 288 с.
71. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность. – СПб., Питер. – 860 с.
72. Шаповаленко, И.В. Возрастная психология. – М., Гардарики, РМН. 2006г. – 349 с.
73. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз. Изд. Вильямс, 2021 г. – 832 с.
74. Beck A.T. The diagnosis and management of depression. – Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967. – ISBN 0-8122-7674-4.
75. Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. – Madison: International Universities Press, Inc. (англ.)рус., 1975. – ISBN 0-8236-0990-1.
76. Brook C.A., Willoughby T. The social ties that bind: social anxiety and academic achievement across the university years // J Youth Adolesc. 2015. Vol. 44(5). P. 1139–52.
77. Calvo R., Czerwinski M., Wadley G. Predicting social anxiety from global positioning system traces of college students: Feasibility Study // JMIR Mental Health. 2018. Vol. 5(3). P. 122–130.
78. Cumings S., Rapee R.M. Social anxiety and self-protective communication style in close relationships // Behaviour Research and Therapy. 2010. Vol. 48(2). P. 87–96.
79. Dimberg U., Thunberg M. Speech anxiety and rapid emotional reactions to angry and happy facial expressions // Scandinavian Journal of Psychology. 2007. Vol. 48(4). P. 321–328
80. Lee-Won R.J., Herzog L., Park S.G. The Role of Social Anxiety and Need for Social Assurance in Problematic Use of Facebook // Cyberpsychology Behavior Social Network. 2015. Vol. 18(10). P. 567–74.

81. Taylor, Janet (1953). "A personality scale of manifest anxiety". *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 48 (2): 285–290.
82. Spielberger C.D., 1964. State-Trait Anxiety Inventory, – STAI.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Приложение 1

#### Диагностический инструментарий **Тест Спилбергера** (**State-Trait Anxiety Inventory, STAI**)

Тест Спилбергера состоит из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию (состояние тревожности, реактивная или ситуативная тревожность) и из 20 высказываний на определение тревожности как диспозиции, личностной особенности (свойство тревожности).

Обследуемому предлагается – «Прочитайте внимательно каждое из приведенных предложений и зачеркните соответствующую цифру справа. Над вопросами долго не задумывайтесь. Обычно первый ответ, который приходит в голову, является наиболее правильным, адекватным Вашему состоянию».

**Таблица 1. Бланк опросника ситуативной тревожности**

КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ В ДАННЫЙ МОМЕНТ		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4

7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4

Окончание таблицы 1

17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Таблица 2

## Бланк опросника личностной тревожности

КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ ОБЫЧНО		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
2	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
1					
2	Я обычно быстро устаю	1	2	3	4
2					
2	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
3					
2	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
4					
2	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
5					
2	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
6					
2	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
7					
2	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
8					
2	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
9					
3	Я вполне счастлив	1	2	3	4
0					
3	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
1					
3	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
2					

3 3	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
3 4	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
3 5	У меня бывает хандра	1	2	3	4
3 6	Я доволен	1	2	3	4
3 7	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
3 8	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
3 9	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
4 0	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

### Обработка

По находящимся в таблице 1 вопросам NN 1-20 оценивается реактивная тревожность (тревожность как состояние).

Прямые вопросы: 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18.

Обратные вопросы: 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20.

**РЕАКТИВНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ = ПРЯМЫЕ – ОБРАТНЫЕ + 50 (баллов).**

По вопросам NN 21-40 (находящимся во 2 таблице) оценивается личностная тревожность (тревожность как свойство).

Прямые вопросы: 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40.

Обратные вопросы: 21,26,27,30,33,36,39.

**ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ = ПРЯМЫЕ - ОБРАТНЫЕ + 35 (баллов).**

### Интерпретация

Уровень тревожности до 30 баллов считается низким, от 30 до 45 баллов - умеренным, от 46 баллов и выше - высоким. Минимальная оценка по каждой шкале - 20 баллов, максимальная - 80 баллов.

**Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор)**

Опросник состоит из 60 утверждений. Адаптирован В. Г. Норакидзе (1975). Для удобства пользования каждое утверждение предлагается обследуемому на отдельной карточке. Согласно инструкции, обследуемый откладывает карточки вправо или влево, в зависимости от того, согласен он с содержащимися в них утверждениями или не согласен. Тестирование продолжается 15-30 минут.

**Инструкция**



Прочтите представленный на карточках текст и разделите их на две части: вправо отложите те карточки, с утверждениями на которых вы согласны, влево - те, с которыми вы не согласны.

### Тест

1. Я могу долго работать не уставая.
2. Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет.
3. Обычно руки и ноги у меня теплые.
4. У меня редко болит голова.
5. Я уверен в своих силах.
6. Ожидание меня нервирует.
7. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
8. Обычно я чувствую себя вполне счастливым.
9. Я не могу сосредоточиться на чем-либо одном.
10. В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали.
11. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
12. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
13. Я думаю, что я не более нервный, чем большинство других людей.
14. Я не слишком застенчив.
15. Жизнь для меня почти всегда связана с большим напряжением.
16. Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь.
17. Я краснею не чаще, чем другие.
18. Я часто расстраиваюсь из-за пустяков.
19. Я редко замечаю у себя сердцебиение или одышку.
20. Не все люди, которых я знаю, мне нравятся.
21. Я не могу уснуть, если меня что-то тревожит.
22. Обычно я спокоен и меня нелегко расстроить.
23. Меня часто мучают ночные кошмары.
24. Я склонен принимать все слишком всерьез.
25. Когда я нервничаю, у меня усиливается потливость.
26. У меня беспокойный и прерывистый сон.
27. В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать.
28. Я более чувствителен, чем большинство других людей.
29. Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех.
30. Я хотел бы быть так же доволен своей жизнью, как, вероятно, довольны другие.
31. Мой желудок сильно беспокоит меня.
32. Я постоянно озабочен своими материальными и служебными делами.
33. Я настороженно отношусь к некоторым людям, хотя знаю, что они не могут причинить мне вреда.
34. Мне порой кажется, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.
35. Я легко прихожу в замешательство.

36. Временами я становлюсь настолько возбужденным, что это мешает мне заснуть.
37. Я предпочитаю уклониться от конфликтов и затруднительных положений.
38. У меня бывают приступы тошноты и рвоты.
39. Я никогда не опаздывал на свидания или работу.
40. Временами я определенно чувствую себя бесполезным.
41. Иногда мне хочется выругаться.
42. Почти всегда я испытываю тревогу в связи с чем-либо или с кем-либо.
43. Меня беспокоят возможные неудачи.
44. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.
45. Меня нередко охватывает отчаяние.
46. Я - человек нервный и легко возбудимый.
47. Я часто замечаю, что мои руки дрожат, когда я пытаюсь что-нибудь сделать.
48. Я почти всегда испытываю чувство голода.
49. Мне не хватает уверенности в себе.
50. Я легко потею даже в прохладные дни.
51. Я часто мечтаю о таких вещах, о которых лучше никому не рассказывать.
52. У меня очень редко болит живот.
53. Я считаю, что мне очень трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
54. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я не могу долго усидеть на одном месте.
55. Я всегда отвечаю на письма сразу же после прочтения.
56. Я легко расстраиваюсь.
57. Практически я никогда не краснею.
58. У меня меньше различных опасений и страхов, чем у моих друзей и знакомых.
59. Бывает, что я откладываю на завтра то, что следует сделать сегодня.
60. Обычно я работаю с большим напряжением.

### **Обработка и интерпретация результатов**

Вначале следует обработать результаты по шкале лжи. Она диагностирует склонность давать социально желательные ответы. Если этот показатель превышает 6 баллов, то это свидетельствует о неискренности испытуемого.

Затем подсчитывается суммарная оценка по шкале тревоги.

#### **Шкала тревоги:**

- ответы «да» к высказываниям 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 56, 60
- ответы «нет» к высказываниям 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58

#### **Шкала лжи:**

- ответы «да» к пунктам 2, 10, 55
- ответы «нет» к пунктам 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59.

#### **Суммарная оценка:**

40-50 баллов - очень высокий уровень тревоги; 25-40 баллов - высокий уровень тревоги; 15- 25 баллов - средний (с тенденцией к высокому); 5-15 баллов - средний (с тенденцией к низкому); 0-5 баллов - низкий уровень тревоги.

### **Шкала тревоги Бека**

#### **Beck Anxiety Inventory (BAI)**

**Назначение:** Бланк для самооценки степени тревожности.

**Инструкция:** данный список содержит наиболее распространенные симптомы тревоги. Пожалуйста, тщательно изучите каждый пункт. Отметьте, насколько Вас беспокоил каждый из этих симптомов в течение ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ, включая сегодняшней день, поставив крестик в соответствующей колонке справа.

**Пунктов: 21**

Симптом	Совсем не беспокоил (0)	Слегка. Не слишком меня беспокоил (1)	Умеренно. Это было неприятно, но я мог это переносить (2)	Очень сильно. Я с трудом мог это выносить (3)
1. Ощущение онемения или покалывания в теле				
2. Ощущение жары				
3. Дрожь в ногах				
4. Неспособность расслабиться				
5. Страх, что произойдет самое плохое				
6. Головокружение или ощущение легкости в голове				
7. Ускоренное сердцебиение				
8. Неустойчивость				
9. Ощущение ужаса				
10. Нервозность				
11. Дрожь в руках				
12. Ощущение удушья				
13. Шаткость походки				
14. Страх утраты контроля				
15. Затрудненность дыхания				
16. Страх смерти				
17. Испуг				
18. Желудочно-кишечные расстройства				
19. Обмороки				
20. Приливы крови к лицу				

21. Усиление потоотделения (не связанное с жарой)				
---	--	--	--	--

**Интерпретация результатов:**

Подсчет баллов производится путем сложения баллов по всем пунктам.

Результат: 0 - 21 = низкая тревожность

Результат: 22 - 35 = средняя тревожность

Результат: 36 и выше = потенциально опасный уровень беспокойства и тревоги