

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Красноярский государственный педагогический университет  
им. В.П. Астафьева»  
Факультет начальных классов  
Кафедра психологии и педагогики начального образования

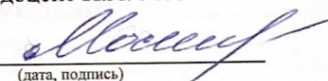
**Григорьева Татьяна Анатольевна**

**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

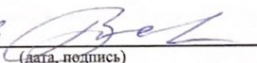
Тема: Психологическое консультирование как средство сопровождения женщин в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоциональных состояний.

Направление 44.04.02. Психолого-педагогическое образование  
Магистерская программа: «Мастерство психологического консультирования»

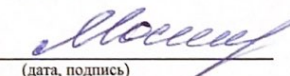
Допущена к защите  
Заведующий кафедрой педагогики  
и психологии начального образования,  
к.п.н., доцент Н.А. Мосина

01.12.23   
(дата, подпись)

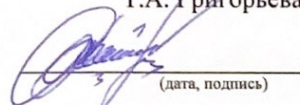
Руководитель магистерской программы  
к.п.н., доцент кафедры педагогики и  
психологии начального образования  
М.В. Сафонова

01.12.23   
(дата, подпись)

Научный руководитель  
к.п.н., доцент кафедры педагогики  
и психологии начального образования  
Н.А. Мосина

01.12.23   
(дата, подпись)

Магистрант  
Т.А. Григорьева

  
(дата, подпись)

Красноярск 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

РЕФЕРАТ .....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	11
ГЛАВА I. Суть психосоматического подхода в литературе .....	16
1.1 Понятие эмоционального состояния в психолого-педагогической литературе .....	16
1.2. Специфика проживания негативных эмоциональных состояний женщин в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями.....	30
1.3. Психологическое сопровождение как средство психологической помощи .....	38
Выводы по 1 главе.....	47
ГЛАВА II. Результаты экспериментального исследования и их обсуждение	49
2.1. Анализ результатов констатирующего эксперимента .....	49
2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента .....	61
2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение .....	66
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	74
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	76
Приложение А .....	81
Приложение Б.....	84

## РЕФЕРАТ

Дипломная работа по направлению подготовки Мастерство психологического консультирования «Психологическое консультирование как форма сопровождения женщин в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоциональных состояний»

**Цель исследования:** разработать и оценить эффективность программы психологической коррекции для женщин с соматическими проявлениями в период проживания эмоционального состояния.

**Объектом исследования** процесс проживания эмоциональных состояний женщинами в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями

**Предметом исследования** является: психологическое сопровождение женщин в возрасте 25 - 30 лет с психосоматическими проявлениями, по средствам элементов телесно-ориентированной терапии.

**Гипотеза исследования:** Программа психологической коррекции с использованием элементов телесно-ориентированной терапии у женщин с соматическими проявлениями позволяет снизить уровень тревожности, чувства вины, страха, гнева при условии: создание климата; использования телесных практик.

Для достижения поставленной цели были поставлены и **задачи:**

1. Раскрыть понятие эмоционального состояния в психолого-педагогической литературе.
2. Проанализировать психологические особенности женщин в возрасте 25-30 лет.
3. Проанализировать особенности психологического сопровождения как средства психологической помощи.
4. Раскрыть критерии анализа психосоматических проявлений.
5. Разработать программу психологической коррекции с использованием элементов телесно-ориентированной терапии для женщин с соматическими проявлениями в период проживания эмоционального состояния.

6. Представить анализ разработанной программы.

**Теоретико-методологической основой исследования** стали теоретические и практические исследования (в психологии – З. Фрейд, К. Хорни, А. Адлер, А.М. Прихожан, – и медицине – Г. Селье, Ю.А. Александровский, В.В. Макаров, Е.И. Чазов, В.Е. Медведев, А.С. Аведисова) и её взаимосвязь с соматическими заболеваниями (А.Б. Смулевич, В.В. Ковалев, О.С. Левин).

#### **Методы исследования.**

Теоретические методы – анализ и обобщение литературных источников по проблеме исследования.

Психодиагностические методы (Психодиагностические опросники):

1. Методика измерения уровня тревожности Тейлора (Опросник для оценки уровня тревожности Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова)).
2. Опросник вины» (Guilt Inventory) (разработан доктором Карен Куглер и профессором Уоррен Х. Джонс), переведен и адаптирован И. М. Белик.
3. Методика В. Леви «Чего мы боимся» (С-тест).
4. Методика «Агрессивное поведение» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев) и т.д.

Методы количественной, качественной и математико-статистической обработки данных (описательная статистика, сравнительный анализ), интерпретация результатов исследования.

**Опытно-экспериментальной базой исследования** стали женщины в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями в период проживания эмоционального состояния. В исследовании приняли участие женщины в количестве 14 человек.

**Теоретическое значение** исследования состоит в том, что результаты, полученные автором в ходе исследования, станут основой для более углубленного изучения возможностей психологической коррекции для женщин с соматическими проявлениями в период проживания эмоционального состояния.



**Практическое значение** разработанной программы психологической коррекции для женщин в возрасте 25-30 лет с психосоматическими проявлениями заключается в возможности использовать её для групповых консультаций и психологических тренингов. Полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе частных психологов, психологов консультативных центров.

**Структура дипломной работы:** работа состоит из реферата, введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений. Общий объём дипломной работы составил 80 страниц (без приложений), проиллюстрированные 8 рисунками и 6 таблицами.

**Во введении** обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, научная новизна, научная и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту, а также приводится список работ, в которых опубликованы результаты данного исследования.

**В Главе 1** описаны теоретические основы психосоматического подхода и объяснения им взаимосвязи между психологическим и физическим состоянием человека, а также обоснование необходимости психологического сопровождения для помощи в проживании негативных эмоциональных состояний.

**В Главе 2** представлено экспериментальное исследование программы психологической коррекции женщин с соматическими проявлениями. Описана методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента, организация и проведение формирующего эксперимента, результаты формирующего эксперимента и их обсуждение. Сделаны выводы.

**В Заключении** сформулированы основные результаты дипломной работы.

**В приложениях** представлены таблицы, содержащие данные по результатам исследования, а также результаты математической обработки

данных и программа психологической коррекции для женщин с соматическими проявлениями в период проживания эмоционального состояния.

Таким образом, в ходе теоретической и опытно-экспериментальной работы положения гипотезы получили подтверждение, задачи исследования решены, цель достигнута.

## ABSTRACT

Diploma thesis in the field of training in psychological counseling "Psychological counseling as a form of support for women aged 25-30 years with somatic manifestations during the period of residence of negative emotional states".

**The purpose of the study:** to develop and evaluate the effectiveness of a psychological correction program for women with somatic manifestations during the period of their emotional state.

**The object of the study:** is the process of living emotional states by women aged 25-30 years with somatic manifestations.

**The subject of the study is:** psychological support for women aged 25-30 years with psychosomatic manifestations, by means of elements of body-oriented therapy.

**The hypothesis of the study:** A program of psychological correction using elements of body-oriented therapy in women with somatic manifestations allows to reduce the level of anxiety, guilt, fear, anger, provided: creating a climate; using bodily practices.

In order to achieve this goal, **tasks** were also set:

1. To reveal the concept of emotional state in psychological and pedagogical literature.
2. To analyze the psychological characteristics of women aged 25-30 years.
3. To analyze the features of psychological support as a means of psychological assistance.
4. To reveal the criteria for the analysis of psychosomatic manifestations.

5. To develop a program of psychological correction using elements of body-oriented therapy for women with somatic manifestations during the period of their emotional state.

6. Present an analysis of the developed program.

**The theoretical and methodological basis of the study** was theoretical and practical research (in psychology – Z. Freud, K. Horney, A. Adler, A.M. Parshioners, – and medicine – G. Selye, Yu.A. Alexandrovsky, V.V. Makarov, E.I. Chazov, V.E. Medvedev, A.S. Avedisova) and its relationship with somatic diseases (A.B. Smulevich, V.V. Kovalev, O.S. Levin).

### **Research methods.**

Theoretical methods – analysis and generalization of literary sources on the research problem.

Psychodiagnostic methods (Psychodiagnostic questionnaires):

1. The method of measuring Taylor's anxiety level (Questionnaire for assessing Taylor's anxiety level (adaptation by T.A. Nemchinov)).

2. The Guilt Inventory (developed by Dr. Karen Kugler and Professor Warren H. Jones), translated and adapted by I. M. Belik.

3. V. Levy's methodology "What are we afraid of" (C-test).

4. The methodology "Aggressive behavior" (E.P. Ilyin, P.A. Kovalev), etc.

Methods of quantitative, qualitative and mathematical statistical data processing (descriptive statistics, comparative analysis), interpretation of research results.

**The experimental base of the study** was women aged 25-30 years with somatic manifestations during the period of residence of an emotional state. The study involved 14 women.

**The theoretical significance of the study** lies in the fact that the results obtained by the author during the study will become the basis for a more in-depth study of the possibilities of psychological correction for women with somatic manifestations during the period of living an emotional state.

**The practical significance** of the developed program of psychological correction for women aged 25-30 years with psychosomatic manifestations lies in the possibility of using it for group consultations and psychological trainings. The obtained theoretical and practical material can be used in the work of private psychologists, psychologists of counseling centers.

**The structure of the thesis:** the work consists of an abstract, an introduction, two chapters, a conclusion, a list of references and appendices. The total volume of the thesis was 80 pages (without appendices), illustrated with 8 figures and 6 tables.

**The introduction** discusses the relevance of the work, the goals and objectives of the research, scientific novelty, scientific and practical significance of the dissertation, formulates the provisions submitted for defense, and also provides a list of works in which the results of this research are published.

**Chapter 1** describes the theoretical foundations of the psychosomatic approach and explains the relationship between the psychological and physical state of a person, as well as the rationale for the need for psychological support to help in living through negative emotional states.

**Chapter 2** presents an experimental study of the program of psychological correction of women with somatic manifestations. The methodological organization of the research and discussion of the results of the ascertaining experiment, the organization and conduct of the formative experiment, the results of the formative experiment and their discussion are described. Conclusions have been drawn.

**In conclusion**, the main results of the thesis are formulated.

**The appendices** contain tables containing data on the results of the study, as well as the results of mathematical data processing and a program of psychological correction for women with somatic manifestations during the period of emotional state residence.

Thus, in the course of theoretical and experimental work, the provisions of the hypothesis were confirmed, the research tasks were solved, and the goal was achieved.



## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** С уверенностью можно сказать о том, что эмоции являются физиологическим состоянием, которое включает в себя различные чувствования, переживания человека. Помимо этого, стоит понимать, что эмоциям присущ в большей степени субъективный характер и они сопровождают человека на протяжении всей его жизни. Случаи сильных эмоциональных разрядов могут приводить к невротическим состояниям. Бесспорным является факт о том, что любое эмоциональное состояние (особенно, когда речь идет о длительном состоянии) приводит к изменениям в организме.

Эмоциональное состояние может стать причиной возникновения у женщин патологических состояний. На фоне соматических патологий наиболее распространённым состоянием женщин признается тревожность. Как показывает практика, тревожность отмечается в 23-73% случаев обращения женщин за психологической помощью. Все это указывает на то, что основная задача современной психологической науки и практики сводится к необходимости своевременно диагностировать, а также провести грамотную коррекцию такого состояния у женщин с соматическими проявлениями.

Необходимо понимать, что психоэмоциональное напряжение, тревога, депрессия – это не просто психологические состояния, присущие человеку, которые развиваются в ответ на стимулы внешнего характера. Все это негативно отражается на функционировании всего женского организма в целом. Получается, что повышенный уровень тревоги, стресс являются факторами, провоцирующими развитие соматических патологий, чего нельзя допускать.

Как показывают исследования, в период проживания эмоционального состояния у женщин могут наблюдаться такие соматические заболевания, как

мигрень, нарушение обмена веществ, проблемы пищеварительного тракта и т.д.

Особое внимание стоит обратить на проблемы фибромиалгии, так как она является довольно распространённой у женщин в возрасте от 25-30 лет. Это связывают с малоподвижным образом жизни (все больше женщин становятся автолюбителями, огромное количество времени проводят за просмотром социальных сетей, работа в офисе) наше тело находится постоянно в статичном состоянии. Основными методами лечения являются: медикаментозный, массаж, кинезиотейпирование и лечебная физическая культура, которая активно развивается в фитнес индустрии и получила большое разнообразие направлений: умный фитнес, миафациальный релиз, здоровая спина. Все вышеперечисленные методы имеют доказанную эффективность, но достаточно часто эффект краткосрочный. В связи с чем боль и напряжение становятся хроническими.

По данным Российской ассоциации по изучению боли распространённость хронических болевых синдромов в России варьируется от 13,8% до 56,7%, составляя в среднем 34,3 случая на 100 человек. Более чем 40% людей, страдающих хронической болью, указывают на то, что боль серьезно снижает их качество жизни [63].

Практически никогда не связывают проявление фибромиалгии с психосоматикой. В некоторых новых изданиях книг, посвящённых именно умному фитнесу, появляются гипотезы связывающие эмоциональный фон с проявлениями заболевания. Но практического развития они либо не получили вовсе, либо затрагиваются поверхностно. Особенно хотелось бы уделить внимание влиянию стресса на кратковременность либо полное отсутствие результата лечения фибромиалгии, что может повлечь за собой полное отсутствие желание человека продолжать консервативное лечение данного недуга и смириться с безысходностью, что также может усугубить эмоциональное состояние.

В то же время стоит обратить внимание на то, что в современной психологической науке и практике до сих пор не разработаны комплексные коррекционные мероприятия, направленные на обеспечение должного психологического сопровождения женщин с соматическими проявлениями в период проживания эмоционального состояния. Современная коррекция и диагностика могла бы рассматриваться в качестве формы психологического сопровождения женщин в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями в период проживания эмоционального состояния. Анализ актуальности исследуемой проблемы позволяет указать на наличие связи между высокой потребностью и своевременной коррекции тревоги у женщин в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями в период проживания эмоционального состояния.

**Цель исследования:** разработать и оценить эффективность программы психологической коррекции для женщин с соматическими проявлениями в период проживания эмоционального состояния.

**Объектом исследования** процесс проживания эмоциональных состояний женщинами в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями

**Предметом исследования** является: психологическое сопровождение женщин в возрасте 25 - 30 лет с психосоматическими проявлениями, по средствам элементов телесно-ориентированной терапии.

**Гипотеза исследования:** Программа психологической коррекции с использованием элементов телесно-ориентированной терапии у женщин с соматическими проявлениями позволяет снизить уровень тревожности, чувства вины, страха, гнева при условии: создание климата; использования телесных практик.

Для достижения поставленной цели были поставлены и **задачи:**

1. Раскрыть понятие эмоционального состояния в психолого-педагогической литературе.

2. Проанализировать психологические особенности женщин в возрасте 25-30 лет.

3. Проанализировать особенности психологического сопровождения как средства психологической помощи.

4. Раскрыть критерии анализа психосоматических проявлений.

5. Разработать программу психологической коррекции с использованием элементов телесно-ориентированной терапии для женщин с соматическими проявлениями в период проживания эмоционального состояния.

6. Представить анализ разработанной программы.

**Теоретико-методологической основой исследования** стали теоретические и практические исследования (в психологии – З. Фрейд, К. Хорни, А. Адлер, А.М. Прихожан, – и медицине – Г. Селье, Ю.А. Александровский, В.В. Макаров, Е.И. Чазов, В.Е. Медведев, А.С. Аведисова) и её взаимосвязь с соматическими заболеваниями (А.Б. Смулевич, В.В. Ковалев, О.С. Левин).

#### **Методы исследования.**

Теоретические методы – анализ и обобщение литературных источников по проблеме исследования.

Психодиагностические методы (Психодиагностические опросники):

2. Методика измерения уровня тревожности Тейлора (Опросник для оценки уровня тревожности Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова)).

2. Опросник вины» (Guilt Inventory) (разработан доктором Карен Куглер и профессором Уоррен Х. Джонс), переведен и адаптирован И. М. Белик.

3. Методика В. Леви «Чего мы боимся» (С-тест).

4. Методика «Агрессивное поведение» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев) и т.д.

Методы количественной, качественной и математико-статистической обработки данных (описательная статистика, сравнительный анализ), интерпретация результатов исследования.

**Опытно-экспериментальной базой исследования** стали женщины в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями в период проживания эмоционального состояния. В исследовании приняли участие женщины в количестве 14 человек.

**Научная новизна исследования.** Заключается в возможности расширения существующих представлений о психологическом сопровождении женщин с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоциональных состояний. Исследование способствует углублению знаний о взаимосвязи психоэмоционального состояния и соматического здоровья, а также об особенностях психологической помощи женщинам в возрасте 25 – 30 лет с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоциональных состояний.

**Практическая значимость исследования.** В процессе исследования удалось разработать программу психологической коррекции с использованием элементов телесно-ориентированной терапии, что можно впоследствии использовать в качестве рабочей программы психологами и самопомощи.

**Структура работы.** Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы, приложений.

## ГЛАВА I. Суть психосоматического подхода в литературе

### 1.1 Понятие эмоционального состояния в психолого-педагогической литературе

На протяжении всей жизни человек испытывает различные переживания относительно своего отношения к объектам деятельности, к собственной личности – все это в совокупности как раз и формирует эмоции и чувства, присущие человеку.

Стоит обратить внимание на то, что в современной отечественной и зарубежной психологии отсутствует единый подход к пониманию эмоционального состояния. В качестве обобщенного подхода эмоциональное состояние необходимо рассматривать в качестве субъективных переживаний человека, регулируемых эмоциональной сферой, касающиеся его личного отношения к себе и отношения к окружающей действительности [17].

Для начала есть необходимость раскрыть категорию «эмоции».

Эмоции играют важную роль в жизни человека. Они помогают определённым образом воспринимать действительность, реагировать на неё. Умение искренне радоваться, понимать чувства и эмоциональные состояния людей, чётко выражать свои желания и общаться с людьми, быть восприимчивым к искусству и проявлениям жизни — всё это зависит от того, как сформирован человек эмоционально. Эмоции являются структурным компонентом эмоциональной сферы. Поэтому в рамках нашей работы целесообразно рассмотреть понятие эмоциональной сферы.

А.Н. Леонтьев характеризует эмоциональную сферу как сложную систему взаимодействующих и взаимообуславливающих состояний и чувств [21].

Е.Л. Ильин рассматривает эмоции (от лат. *emovere* - возбуждать, волновать) как переживание, душевное волнение [6]. Автор в эмоциональной



сфере выделяют 5 групп эмоционального переживания: аффекты, собственно эмоции, чувства, настроение, стресс.

Аффект – сильная, бурная, но относительно кратковременная эмоциональная реакция на внешний стимул, который полностью захватывает психику человека (ярость, гнев, ужас и др.).

Эмоции – это непосредственное, временное эмоциональное переживание какого-либо отношения человека к различным внешним или внутренним событиям.

Чувства (высшие эмоции) – особые психологические состояния, проявляющиеся социально обусловленными переживаниями, которые выражают длительное и устойчивое эмоциональное отношение человека к реальным и воображаемым объектам. Их часто называют вторичными эмоциями, так как они сформировались как своеобразное обобщение соответствующих простых эмоций [6].

Вопросы изучения эмоций широко освещены в трудах В.К. Вюльнаса, Б.И. Додонова, А.В. Запорожца, К.Е. Изарда, А.Н. Леонтьева, П.В. Симонова и многих других. Традиционно под эмоциями понимают особый класс психических процессов и состояний, связанных с инстинктами, потребностями и мотивами, и отражающих форму непосредственного переживания (радость, горе, страх и т.п.), значимость действующих на человека явлений и ситуаций для осуществления его жизнедеятельности (В.К. Вюльнас, А.В. Запорожец, М.И. Лисина, А.Н. Леонтьев, и др.) [5; 12; 21; 22].

Эмоции, по теории С.Л. Рубинштейна, относятся к высоким проявлениям состояния, основанным на чётком осознании причины переживания. Поэтому взамен беспредметной тревоги человека охватывает страх. Сами же чувства условно разделены между собой в соответствии с предметной стороной [31].

Однако, как указывает Б.И. Додонов, ученые до сих пор не пришли к строгому определению данного понятия. Поэтому автор дает характеристику эмоциям в описательном плане и выделяет три их признака:

1) представленность эмоций в сознании в форме непосредственных переживаний;

2) двойственный, психофизиологический характер этих явлений: с одной стороны, аффективное волнение, с другой его органическое проявления;

3) ярко выраженная субъективная окраска эмоций, присущее им качество особой «интимности» [11].

Вместе с тем эмоции, по мнению Е.И. Изотовой, К.Е. Изарда, обеспечивают внутреннюю регуляцию психической деятельности. Так К.Е. Изард отмечает, что эмоция переживается как чувство (feeling), которое мотивирует, организует и направляет восприятие, мышление и действия. Эмоция мотивирует, руководит мыслительной и физической активностью индивида, направляет ее в определенное русло, эмоция регулирует и направляет наше восприятие [15; 17].

По теории П.К. Анохина обозначены принципиально различные классы эмоциональных явлений, которые отчетливо демонстрируются сопоставлением, например, таких переживаний, как физическая боль и чувство гордости, панический страх и эстетическое наслаждение [3; 4]. Существуют различные классификации эмоций, авторами которых являются К.Е. Изард, Р. Плутчик, П.В. Симонов, С. Томпкинс и другие, рассмотрим их более подробно [15].

Фундаментальные эмоции в различных сочетаниях составляют производные эмоции. Например, составляющими тревоги являются такие фундаментальные эмоции как страх, гнев, вина. Но если анализировать эти эмоции, то можно увидеть и неоднозначность их составляющих. Различные эмоции, страх или радость включают в себя целую палитру других эмоций [15].

Подобного рода классификации предложены С. Томпкинсом и Р. Плутчиком (Е.И. Изотова). С. Томпкинс выделяет первичные и вторичные эмоции. К ряду первичных эмоций он относит девять переживаний: страх,

гнев, наслаждение, отвращение, интерес, удивление, презрение, стыд, горе. В сочетаниях первичные дают вторичные эмоции.

Р. Плутчик выделяет восемь основных эмоций: страх, гнев, радость, отвращение, предвкушение, удивление, печаль, одобрение и показал, что они в различных комбинациях образуют вторичные эмоции (Е.И. Изотова).

П.В. Симонов как основание для классификации эмоций рассматривает объединение потребностей и условий деятельности [32]. Говоря об эмоциях, целесообразно рассмотреть и средства выражения эмоций, которые представлены двумя группами (речевые и неречевые средства выражения эмоций).

К речевым средствам О.В. Радынова относит интонацию голоса, интенсивность и чистота голоса, темп, артикуляцию, скорость речи и паузацию. По мнению Л.М. Шипицыной и Л.А. Ремезовой, моторным компонентом выражения неречевых средств являются выразительные движения (мимика, пантомимика, вокальная мимика, жесты) [22; 40].

Мимика это (от греч. *mimikos* – подражательный) – внешнее выражение психических состояний, в первую очередь эмоциональных, проявляющееся в совокупности координированных движений лицевых мышц, выражений глаз и др. [26].

Пантомимика – это выразительные движения индивида (изменения в походке, осанке, жестах), при помощи которых передается сообщение о его психическом состоянии, переживаниях, мало контролируемые сознанием. Наиболее информативным является жест (выразительное движение рук), с помощью которого дополняется сообщение речевой коммуникации [26].

В.А. Феоктистова относит данные средства к группе экспрессивно-мимических средств выражения эмоций [36].

Большое значение в выражении эмоций имеют предметно-действенные средства выражения эмоций, к ним относят: локомоторные и предметные движения; позы, используемые для целей общения; приближения, удаления, вручения предметов, протягивание взрослому различных вещей, притягивание

к себе и отталкивание от себя взрослого; позы, выражающие протесты, желание уклоняться от контактов с взрослыми или стремление приближаться к нему, быть взятым на руки.

Мимика, пантомимика, жесты, а также интонация, по мнению Л.А. Ремезовой, эмоционально дополняют речь, что помогает лучше понимать эмоции собеседника [36; 37].

Эмоции - это отражение отношения субъекта к значимым объектам окружающего мира. Эмоция является субъективной формой существования потребностей, она сигнализирует субъекту о потребностной значимости объектов и побуждает на определенную форму активности. Эмоции в форме переживаний отражают отношение субъекта к миру, к самому себе, сигнализируют об удовлетворении или неудовлетворении потребности и о возможности/невозможности их удовлетворения [6].

Эмоции выполняют целый ряд функций, таких, как оценочная, побудительная, регулятивная, активирующая, коммуникативная, защитная. По мнению П.В. Симонова, эмоции выполняют подкрепляющую, переключательную, компенсаторно-замещающую и коммуникативную функции [37].

Обобщая все вышесказанное, можно сказать, что эмоции – это психологические процессы, отражающие различные отношения к объектам окружающего мира, которые характеризуются различными компонентами. Основные классификации основываются на первичных и вторичных эмоциях. Выражение различных эмоциональных реакций и эмоций происходит с помощью мимики, пантомимики, жестов предметно-практических действий.

Индивидуальные качества, которые преобладают в психическом состоянии, совместно с личностными настроениями, аффектами, а также чувствами выражают эмоциональное состояние человека. Эмоциональное состояние человека необходимо рассматривать в качестве жизненно важного феномена, но в то же время оно может быть и дезорганизующим моментом в поведении.

С позиции комплексного подхода эмоциональное состояние необходимо рассматривать в качестве определенного эмоционального личностного свойства. Говоря о природе эмоционального состояния, стоит отметить тот факт, что в современной психологии существует две основные позиции. Так, первую позицию разделяют такие исследователи, как П. К. Анохин, Н. Д. Левитов, Л. В. Куликов, А. О. Прохоров, Ю. Е. Сосновикова, Е. А. Черкевич и др. Согласно их воззрениям, эмоциональное состояние необходимо рассматривать в качестве вида психического состояния. При этом вся эмоциональная сфера личности сводится к эмоциональным состояниям и как бы включается в классификацию психических состояний. Получается, что эмоциональное состояние – это своеобразный вид психического состояния человека, но при этом стоит учитывать тот факт, что далеко не вся эмоциональная сфера сводится к психическим состояниям [23, 43].

Второго подхода придерживаются такие исследователи, как В. К. Вилюнас, Б. И. Додонов, Е. П. Ильин, А. Н. Леонтьев, Г. Х. Шингаров. Согласно их позиции, эмоциональное состояние стоит относить к эмоциональной сфере личности, при этом отмечается отождествление эмоционального состояния и эмоций, а эмоций с эмоциональной сферой личности [5, 13].

В общем виде можно сказать о том, что эмоциональное состояние признается достаточно сложным психическим явлением, которое включает в себя одну и более эмоций. Основное отличие эмоционального состояния от эмоции сводится к тому, что цель возникновения эмоционального состояния заключается в поиске необходимых внутренних ресурсов, внешних возможностей для того, чтобы удовлетворить значимые потребности. Такое состояние возникает в том случае, когда у человека нет возможности отреагировать на значимое воздействие или в том случае, когда способ реагирования не является эффективным. Получается, что эмоциональное состояние возникает как бы на стадии оценки значимой актуальной потребности и заканчивается возникновением психофизиологического

состояния, которое поддерживает необходимость поиска возможностей эмоциональной разрядки и удовлетворения потребности.

Все это позволяет выделить и некоторые особенности, признаки, которые присущи эмоциональному состоянию:

1. Сложность эмоционального состояния – одно эмоциональное состояние может включать в себя две и более эмоции, при этом доминантное положение может занимать какая-то одна эмоция.

2. Фоновый характер (слабая интенсивность) - выражается в том, что в большинстве случаев эмоциональное состояние является фоном, который как бы окрашивает переживание, деятельность человека (часть исследователей достаточно часто используют такой термин, как «эмоциональный фон», который как раз и отражает глобальное отношение человека по отношению к ситуации и к самому себе).

3. Значительная длительность (продолжительность во времени) – эмоциональные состояния могут быть различной продолжительности во времени (от нескольких минут до нескольких часов, дней, месяцев). В основе своей им присущ длительный характер протекания.

4. Беспредметность (характер причины возникновения скрытый) – далеко не всегда осознается причина возникновения эмоционального состояния. Посредством эмоционального состояния как бы отражается обобщенная оценка того, как на текущий момент складываются обстоятельства. Помимо этого, неясность причины эмоционального состояния может быть связана с тем, что эмоция была мимолетная или речь идет о комплексе эмоций, которые привели к эмоциональному состоянию. Также сам субъект далеко не всегда имеет желание вспоминать, удерживать причины состояния, которые травмируют его психику.

5. Оценочный характер самого субъекта – посредством эмоционального состояния раскрывается то, каким образом субъект реагирует на стимул, событие, имеющие значение. Получается, что при эмоциональном состоянии значение имеют именно психофизиологические изменения, которые



указывают на наличие (отсутствие) необходимых внутренних ресурсов для удовлетворения актуальности потребности.

6. Специфика динамики протекания – здесь стоит отметить цикличность, а также поддержание эмоционального напряжения на определенном уровне [32].

Преобладающие в психическом состоянии индивидуальные качества (модальности) вкупе с личностными настроениями, аффектами или ярко выраженными чувствами отражают эмоциональное состояние человека. Остановимся на этом более подробно.

Так, страх можно рассматривать в качестве эмоции или эмоционального состояния, в зависимости от ситуации и отношения к ней, который отражает защитную биологическую реакцию человека на переживания им реальной или мнимой опасности для здоровья, благополучия. Существуют также и аффективные страхи, среди которых выделяют: робость, ужас, паническое состояние, испуг.

По мнению Н.Ф. Иванова, страх представляет собой достаточно опасную эмоцию, если он рассматривается как функция защиты, поскольку она может привести к различного рода заболеваниям, как в физической, так и психической сферах [17].

А.С. Спиваковский указывал на то, что страх является специфическим острым эмоциональным состоянием, своеобразной реакцией, которая проявляется при возникновении какой-либо опасной ситуации. Получается, что страх как бы вызывается близкой опасностью [21].

А.И. Захаров полагает, что страх является некой защитной реакцией человека на опасность, которая может и парализовать, и мобилизовать волю человека к сопротивлению. И здесь стоит учитывать тот факт, что достаточно частым последствием развития страха является паническая реакция, когда опасность приобретает просто гигантские размеры. Стоит понимать, что страх развивает неуверенность, а также существенно снижает чувство удовлетворенности своей жизни [17].

Вообще состояние страха является типичным для человека. Это касается в первую очередь ситуаций, когда отмечается наличие каких-то неблагоприятных условий, незнакомой обстановки. Сам механизм появления страха у человека носит условно-рефлекторный характер. Помимо этого, появление страха может носить и инстинктивный характер. По мнению Дж. Боулби, все причины страха условно можно разделить на две группы:

- природные стимулы;
- стимулы производные [7].

Врожденные причины страха имеют связь с ситуациями, которые действительно несут высокую вероятность опасности (высота, боль, одиночество, незнакомость). Что касается производных стимулов, то здесь речь идет о влиянии культуры, ситуации, так же различных стимулов природного характера (незнакомые предметы, темнота, боязнь животных, незнакомые люди).

Функционально страх направлен на то, чтобы предупредить лицо относительно предстоящей опасности, позволить сосредоточить внимание на источнике страха, а также принять все необходимые меры для того, чтобы избежать вовлечение в состояние депрессии или иные состояния, которые не являются благополучными для человека.

Можно сказать о том, что страх – это естественное состояние и в ряде случаев даже полезное, так как помогает оберегать человека от различных рисков. Однако страх может стать и своеобразным катализатором, который негативно отражается на достижении цели и т.д. Что касается женщин, то уже в силу своей природы они являются достаточно эмоциональными. Именно поэтому страх может влиять на них крайне негативно. Так, может возникать страх за себя, своих близких, то есть у женщин могут формироваться такие страхи, которые будут негативно отражаться и на их качестве жизни, приводя к серьезным проблемам со здоровьем. Это может выражаться в следующем:

- наличие приступов учащенного сердцебиения в состоянии покоя;
- тремор рук;

- снижение или отсутствие аппетита;
- проблемы с женским здоровьем (снижение фертильности, появление новообразований, сбои в циклах и т.д.) [11].

Особое внимание заслуживает гнев. Гнев – это эмоциональное состояние, протекающее в форме аффекта как реакция на действие фрустратора. Гнев может выполнять защитную функцию. Осознанный и конструктивно пережитый гнев позволяет понять свои потребности, найти способы их удовлетворения.

Вообще гнев можно рассматривать в качестве наиболее опасной эмоции. Достаточно часто люди, которые испытывают гнев, могут причинить вред другим. Достаточно распространенной причиной гнева является то, что существуют препятствия тому, что люди хотят сделать. Стоит учитывать тот факт, что причины гнева могут быть совершенно различными:

- фрустрация, то есть у человека наблюдается нервное истощение, что обусловлено различными препятствиями, которые негативно отражаются на достижении цели;
- наличие физической угрозы;
- наличие ощущение того, что возможно нанесение вреда, как морального, так и физического;
- различные действия человека, которые находятся в противоречии с моральными ценностями [21].

Некоторые исследователи склоняются к позиции о том, что гнев не является первичным, так как он складывается из различных обстоятельств. Получается, что гнев – это то, что уже происходит после. Учитывая тот факт, что современная женщина подвержена ежедневному стрессу, то возникновение гнева является вполне обоснованной реакцией организма. И здесь стоит учитывать то, что гнев может выражаться в виде вербальных и невербальных признаков:

- невербальные признаки - на уровне тела: красное лицо, напряжение в челюсти и руках, в теле, учащение дыхания, характерные поза, мимика, жесты в общении;

- вербальные признаки – это словесная агрессия, от явных оскорблений до скрытой иронии, это сплетни, неприемлемый жесткий юмор [32].

У женщин могут проявляться и так называемые неочевидные признаки гнева – этот тот вариант, когда бессознательно включается запрет на открытую агрессию, реакция подавляется за счет ресурсов психики и тела, например:

- блокировка гнева может давать временный болевой синдром – чаще всего головная боль, боль в шее, и другие варианты боли в теле. При этом нет ощущения, что человек злится или чем-то недоволен, включаются психологические защиты от запретных эмоций;

- психосоматические болезни - хронический накопленный гнев имеет связь с хроническими заболеваниями, чаще всего страдают сердечно-сосудистая система, дыхательная и эндокринная системы. Они задействованы в физиологическом ответе и несут основную нагрузку, постепенно истощаясь и теряя свою силу [31].

Все это позволяет говорить о том, что испытывать гнев является нормальной реакцией организма человека, но при этом необходимо уметь адекватно выражать его.

Тревожность необходимо рассматривать в качестве достаточно интригующего феномена в психологической науке. Тревожность как вариация эмоции страха направлена на будущее и связана с угрозой самооценности личности, она отражает внутренний конфликт между настоящим и будущим.

В последнее время феномен тревожности приобрел все большую актуальность.

Так, тревожность может рассматриваться с позиции эмоциональной реакции, «беспредметной», так как условия, которые ее порождают, неизвестны. Особенность тревожности сводится к тому, что интенсивность эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию непропорционально выше

величины объективной опасности. При тревожности человек не предпринимает никаких защитных действий, он просто волнуется. Тревожность подразумевает попытки активной борьбы со стрессом. Психологический фактор повышенной возбудимости, присущий беспокойству, может быть рассмотрен как подготовка к борьбе - активизация физиологических процессов, необходимых для поддержания активной борьбы со стрессом. Для тревожности характерен симптом повышенной возбудимости [43].

Тревожность может рассматриваться и как эмоциональное состояние острого мучительного бессодержательного беспокойства, связываемого в сознании индивида с прогнозированием неудачи, опасности или же ожидания чего-либо важного, значительного для человека в условиях неопределенности, иначе, тревожность — это вероятностное переживание неудачи.

Говоря о женщинах, стоит отметить то, что тревожность может привести к возникновению у них нервозности, беспокойства. При этом женщины, испытывающие тревожность, могут полностью осознавать, что их мысли иррациональны, но не могут их остановить. Их преследует чувство потери внутреннего контроля. Женщина, находящаяся в состоянии тревожности, может не понимать свое заболевание как психологическое заболевание и вместо этого оно, может быть, соматизировано к физической боли. Кроме того, эти же женщины могут отвергать характеристику своей боли как психологической.

Тревожность у женщин может быть вызвана травматическими воспоминаниями, иррациональной ненавистью к конкретным объектам, близостью к определенным ситуациям или физическим местам, или постоянным беспокойством о том, что в будущем произойдет что-то плохое. Определяющей характеристикой является то, что психологические симптомы, такие как раздражительность, трудности с концентрацией внимания и депрессия, становятся постоянными и навязчивыми. Многие женщины также испытывают физические симптомы, такие как учащенное сердцебиение,

потливость, напряжение и боль, тяжелое и учащенное дыхание, головокружение, обмороки, несварение желудка, боли в животе, тошноту и диарею. В жизни женщин с наиболее тяжелыми формами тревожности может полностью доминировать их состояние, что означает, что им трудно расслабиться или достичь регулярного режима сна, они застревают в круговых образах мыслей, которые ухудшают их способность поддерживать предпочтительный образ жизни, удерживать отказаться от работы или поддерживать личные отношения [9].

Есть необходимость более подробно раскрыть и чувство вины. Так, вина представляет собой эмоциональное состояние человека, которое обусловлено нарушением им долга, требований авторитета, обязанностей, которые существуют и одобряются в рамках общества.

По мнению Карена Хорни, чувство вины не позволяют человеку увидеть необходимые изменения [47].

Росс Мэй полагает, что чувство вины – это такое чувство, которое наступает ввиду того, что индивид не в полном объеме исполняет свой потенциал и при этом индивид осознал данный факт [39].

Д. Ангер указывал на то, что вина представляет собой двухкомпонентную эмоцию. Так, первый компонент – это вербально-оценочная реакция, присущая человеку (то есть позиция такая, что «я не должен этого делать»). Основой выступает негативное самовосприятие, которое возникает ввиду осознания неправильности совершенного поступка. Вторым компонентом выступает вегетативно-висцеральная реакция, которая включает в себя различные острые переживания: стыд, страх, угрызения совести [8].

Чувство вины – одно из самых глубинных чувств и один из самых сложных комплексов, которые могут руководить человеком. Говоря простыми словами, это бессознательное, полусознательное или сознательное чувство вины, возникающее в определённых ситуациях или при совершении определённых действий. Это чувство побуждает человека действовать не



сознательно, согласно собственной воле или в собственных интересах, а ориентируясь на это чувство.

Чувство вины может быть заложено с самого детства при неправильном воспитании. Но также оно может «укорениться» в любой момент жизни, чаще всего после большого стресса. Также может повлиять токсичное окружение. Например, добрым и порядочным людям очень легко привить чувство вины буквально на ровном месте.

Женщины, проживающие чувство вины, достаточно часто выражают убеждение в том, что являются плохими, испытывают угрызение совести, дисфорическое чувство, которые возникает у них, когда они нарушают личные моральные принципы или социальные нормы, что отрицательно влияет на здоровье и психику [11]. В случае, когда чувство вины носит нормативный, социально приемлемый характер, то это приводит к выстраиванию здоровых взаимоотношений в обществе и семье. Это проявляется в умении прощать и просить прощение.

Психосоматика чувства вины у женщин очень многообразна. В зависимости от того, как женщина переживает свое чувство вины, она принимает разные формы. Чаще всего это:

- снижение иммунитета и следующие за ним частые простуды;
- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- мигрени и головные боли;
- расстройства пищеварительной системы;
- проблемы с кожей (экземы, дерматиты, раздражения), также при этом могут портиться волосы, ногти;
- резкое снижение либо набор веса без изменения образа жизни;
- гормональные расстройства;
- бесплодие, снижение либидо [27].

И хотя непосредственно психосоматикой это назвать нельзя, невротическое чувство вины может проявляться в склонности к алкоголю и другим зависимостям.

## 1.2. Специфика проживания негативных эмоциональных состояний женщин в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями

Важнейшую социальную группу, эффективно решающую многочисленные проблемы в различных областях жизнедеятельности общества, составляют женщины зрелого возраста. В связи с тем, что на первый период зрелого возраста женщин, охватывающий возраст от 21 до 35 лет, приходится выполнение главной биологической функции – репродуктивной, проблема повышения физиологических резервов организма женщин, оптимизации их состояния здоровья, привлекает к себе пристальное внимание специалистов. Одной из ключевых задач специалисты все чаще называют формирование здорового образа жизни, который рассматривают как основу поддержания уровня здоровья на оптимальном уровне [51].

В целях оказания психологической помощи женщинам необходимы знания психофизиологических особенностей развития и функционирования женского организма, но особенно мотивационных установок, потребностей, ценностей и убеждений в полезности и продуктивности этих занятий. Одновременно при таких осмысленных и выверенных занятиях развиваются и мобилизуются физиологические и психофизиологические процессы, повышающие устойчивость женщин к воздействиям – неблагоприятных социальных, профессиональных и личностных факторов.

Как указывал Э. Эриксона, этап зрелости – это стадия, которая приходится на средние годы жизни (от 26 до 64 лет). Ее основная проблема - выбор между продуктивностью и инертностью. Продуктивность выступает как забота более старшего поколения о тех, кто придет им на смену, - о том, как помочь им упрочиться в жизни и выбрать верное направление.

Получается, что зрелый возраст- период относительной стабильности. Можно обозначить и основные задачи, характерные для периода зрелости:

- достижение зрелой гражданской и социальной ответственности;

- достижение и поддержание целесообразного жизненного уровня;
- выбор подходящих способов проведения досуга;
- помощь детям стать ответственными и счастливыми взрослыми;
- усиление личностного аспекта супружеских отношений;
- принятие физиологических перемен середины жизни и приспособление к ним;
- приспособление к взаимодействию со стареющими родителями.

Центральным возрастным новообразованием периода зрелости можно считать продуктивность: профессиональную продуктивность и вклад в развитие и утверждение в жизни будущего поколения. Если в молодости центральными возрастными новообразованиями являются, с одной стороны, семейные отношения, включая материнство или отцовство, а с другой - профессиональная компетентность, то в зрелости на их основе возникает уже объединенное образование как результат развития обоих новообразований предыдущего периода [65].

Проблемы, с которыми сталкивается женщина в этот период жизни, с одной стороны, являются типичными, а с другой - воспринимаются как кризисные. Изменение образа «Я» в зрелости требует адаптации с помощью психофизиологических, психологических и поведенческих перестроек. В первую очередь важно приспособиться к психофизиологическим изменениям, которые происходят на фоне гормональной перестройки организма. Также важно осознать и принять изменившееся психологическое пространство своей семьи (вырастают дети), освоить новые семейные роли, взглянуть назад и переосмыслить пройденное. Необходимо решить проблему определения своего места в системе социальных отношений (часто женщина этого возраста переживает феномен кухонного бунта, серьезно задумывается о своем профессиональном развитии и карьере). Для женщины - это определенный стресс, негативно влияющий на жизнедеятельность и понижающий ее адаптивность.

Женщины в возрасте 25-30 лет признаются активными и социально успешными. В то же время негативным моментом является то, что женщины указанной возвратной категории используют свой организм не рационально, с высокой ценой адаптации на фоне повышения уровня тревожности. Помимо этого, стоит отметить и то, что в возрасте 25-30 лет у женщин в период зрелости может возникнуть конфликт [15].

Так, гнев у женщин может быть обусловлен наличием психологических проблем в период зрелости, которые выражаются в негативном опыте личности, в переживании ситуаций, которые приравнивались как угрожающие существованию.

В период зрелого возраста совмещение работы и социальной активности с семейно-бытовой сферой может оказывать негативное воздействие на эмоциональное благополучие женщины, что вызывает тревожность. Ввиду развития социальной активности у женщин начинают проявляться специфические внутри- и межличностные переживания, что и порождает тревожность. Межличностные переживания могут быть вызваны и обостренными отношениями с супругом, партнёром, иными членами семьи.

Формирование чувства вины у женщин в зрелом возрасте возникает как ответ на огромное противоречие в социальных ролях. В наши дни происходит переосмысление гендерных ролей и стереотипов, это приводит к тому, что у многих женщин появляются переживания и тревоги, которых раньше не было, так как гендерно-ролевые модели очень сильно определяли устойчивый порядок жизни. Если раньше женщине необходимо было стоять перед выбором: воспитывать ребенка или строить карьеру, сейчас же ей нужно удачно объединять роли матери и работающего человека. И если с социальной точки зрения модели «мать» и «карьеристка» успешно разводятся, то с точки зрения внутри-личностных конфликтов примирение этих двух моделей проходит часто весьма негладко [23].

Помимо этого, достаточно часто женщина при рождении детей начинает испытывать неосознанное чувство вины перед ребенком. Вины, порожденной

тревогами о будущем ребенка (страх неспособности обеспечить лучшее будущее), а также вины за собственный «неидеальный» образ жизни (например, легкомысленное отношение к любовным связям у отца или курение, алкоголь в семье).

В зрелом возрасте у женщин могут формироваться различные страхи. Так, доминирующее положение среди них отводится следующим видам: страх болезни и смерти близких, страх заболеть каким-либо заболеванием, страх появления сильной боли, страх изменений в личной жизни, страх ответственности.

Получается, что переживание негативных эмоциональных состояний отражается на функционировании лимбической системы. Все это сказывается на реакции симпатической и парасимпатической части ВНС и деформирует регуляторные процессы в обеспечении адаптационного ответа. Стоит отметить тот факт, что в период переживания негативных эмоций у женщин в возрасте 25-30 лет могут появляться заболевания и обостряться хронические болезни. Чаще всего речь идет о следующих заболеваниях:

- сердечно-сосудистые заболевания;
- неврологические заболевания;
- сахарный диабет;
- деменция;
- кожные заболевания;
- головные боли, мигрени;
- артриты и т.п. [23]

В такие периоды у женщин могут отмечаться нарушение менструального цикла, выраженный предменструальный синдром, болезненные месячные, снижение или отсутствие полового влечения.

Вообще надо отметить, что, как правило, депрессии (тревога, апатия и т.д.) маскируются соматическими проявлениями. Клинические проявления большей части соматических заболеваний, по мнению Петровского А.В. [41, С.54], которые являются также характерными:

1. Хроническая боль - локализация ее довольно часто меняется (но может иметь и длительную постоянную локализацию), иногда боль возникает одновременно в разных частях тела. Интенсивность болей может быть разной степени выраженности. Люди описывают свое самочувствие, как «тяжелая голова», «тупая боль», «тянет спину», «давит в груди», «жжение в руках» и т.п. как состояние, сопровождающееся нудными, изматывающими болями;

2. Астенический синдром - этот симптом связан с повышенной утомляемостью, постоянной усталостью, снижением работоспособности. Женщине трудно сконцентрироваться на обыденных делах. При небольшой нагрузке возникает сильное утомление, которое не проходит после отдыха.

3. Расстройства сна являются важным симптомом, который сигнализирует об истощении нервной системы. Беспокойный и/или прерывистый сон, трудности с засыпанием, ранние подъемы с чувством тревоги, ночные кошмары, ощущение разбитости по утрам - все это соматические проявления депрессии.

4. Головные боли - боли в области шеи и головы, особенно в затылочной области или боли мигренозного характера, охватывающие половину головы; реже - боли в височной области или в области лица, имитирующие невралгию тройничного нерва. Боли в височной области часто связаны с хроническим напряжением мышц, сжимающих челюсти: в моменты неприятных переживаний человек автоматически, не замечая этого, стискивает зубы (подобная «стрессовая» привычка может приводить к неприятному состоянию, именуемому «синдромом височно-нижнечелюстного сустава»).

Головные «боли напряжения» нередко проявляются и как ощущение надетой на голову и тягостно сдавливающей ее тесной «каска». Напряжение же мышц шеи и затылка приводит не только к болям в этой области, но может сопровождаться еще и головокружением, и другими весьма неприятными проявлениями. Нередко появление болей, тяжести в шейно-затылочной области совпадает и с повышением артериального давления. Эти проблемы имеют и регрессионный компонент.

5. Тахикардия, боли в грудной клетке.
6. Ощущение затрудненного дыхания, тахипноэ.
7. Артралгии, миалгии.

8. Снижение аппетита - сопровождается сильной потерей или набором массы тела. Может выражаться как в анорексичном поведении, так и в переедании. Женщина может совсем не ощущать чувство голода, или наоборот испытывать его постоянно. Или передать и не замечать этого - «ем по привычке». Здесь имеют место как физиологический механизм, связанный с депрессивными расстройствами, так и собственно психологический.

9. Запоры, боли в животе.

Боль в области живота, имитирующая заболевания органов пищеварения. Боль в подложечной области имитирует язвенную болезнь желудка. Возникая вначале в связи с наплывами отрицательных эмоций, постепенно она может перерасти в действительный гастрит или язвенную болезнь - дистанция до «неврогенного» органического заболевания здесь довольно близка (особенно если женщина страдает заниженной самооценкой, занимается «самоедством»). Боль опоясывающего характера, отдающаяся в поясницу, часто имитирует панкреатит (в отличие от истинно соматического заболевания, объективные отклонения по данным лабораторных анализов здесь незначительны).

Как указывает Маклаков А.Г., боли в правом подреберье, связанные с состоянием желчных протоков, имитируют холецистит, а при отсутствии объективных данных нарушения оттока желчи носят специальное название «дискинезии желчевыводящих путей». Связь этих болей с эмоциональным состоянием женщины (подавленностью, склонностью к депрессии, раздражительностью или скрываемой агрессивностью) известна со времен Гиппократа и получила название «меланхолии» (в буквальном переводе - «черная желчь», что отражает действительный факт изменения окраски желчи, ее «сгущения» - повышения концентрации желчных пигментов в случае застоя в желчевыводящих путях) [34, С.111].

С регуляцией моторики желчевыводящих путей связана выработка вещества с локальным гормоноподобным действием - холецистокинина, нарушение образования которого является одним из возможных физиологических компонентов приступов страха (панических атак).

Как указывает Идобаева О.А., боли в средней и нижней трети живота могут возникать у женщин как в момент острого стресса, так и в качестве интуитивного сигнала внешнего неблагополучия, как телесное проявление депрессивного прогноза развития событий. Они связаны с повышением сократительной активности гладких мышц стенки кишечника - тоническими (спастическое состояние кишечника, запоры) или динамическим (повышением его моторики). В последнем случае боли нередко бывают блуждающего или схватывающего характера и могут сопровождаться расстройством стула [21, С.130].

Необходимо учесть, что вегетативные нервные сплетения пищеварительного тракта (расположенные в стенке кишечника) интенсивно синтезируют нейромедиаторы. В первую очередь это биогенные амины (дофамин, серотонин), снижение содержания которых в организме отмечается при депрессии. И как известно, снижение аппетита и торможение моторной активности кишечника являются типичными телесными проявлениями депрессии.

10. Расстройство мочеиспускания. Так, например, у женщин обильное мочеиспускание может возникнуть после приступов паники.

11. Разнообразные сексуальные проблемы (как снижение сексуального влечения, так и в некоторых случаях гиперсексуальность). Нередко они могут быть вызваны привычным напряжением мышц области таза у женщин. Тем самым подобные проблемы, могут быть напрямую связаны просто с неумением женщины расслабиться в прямом смысле, то есть снять мышечное напряжение [43].

Сюда же примыкают функциональные нарушения менструального цикла у женщин (нерегулярность цикла, аменорея, предменструальный



синдром). Подобные расстройства могут возникать как в непосредственной связи со стрессом (в момент острого стресса или на фоне продолжающейся хронической нервно-психической напряженности), так и иметь отставленный по времени характер.

В последнем случае организм женщины начинает «сыпаться» спустя какое-то время после стрессовых событий. Это так называемый «синдром рикошета», который следует за стрессом. Причем подобное может происходить, даже если эмоционально значимые события были позитивными, связанными с жизненными успехами - «синдром достижения», вызванный переживанием бурных положительных эмоций и, самое главное, обретением долгожданных радостей, к которым человек упорно стремился.

12. Боли в спине (в пояснице, в межлопаточной области), либо расцениваемые как проявления остеохондроза позвоночника, либо провоцирующие действительные обострения этого в прямом смысле болезненного процесса. Нередко повышение тонуса околопозвоночных мышц сочетается с «застойным» напряжением мышц конечностей, приводя к отдаленным, так называемым мышечно-тоническим проявлениям остеохондроза позвоночника.

13. Скачки артериального давления (обычно его повышение, реже понижение), преимущественно проявляющиеся в колебаниях давления систолического (и изменении пульсовой амплитуды давления).

14. Нарушение глотания и ощущение «комка» в горле. Сюда же может присоединяться спазм мышц, управляющих голосовыми связками, что приводит к нарушению голосообразования («перехватило голос»). Именно таким образом женщина нередко теряет голос в минуты сильного душевного волнения.

15. Одышка, не связанная с болезнями органов дыхания и проявляющаяся как чувство «неудовлетворенности» вдохом, сопровождающееся желанием вздохнуть поглубже.

16. Ощущение онемения и покалывания в руках (и как составная часть гипервентиляционного синдрома, и как самостоятельное проявление). Аналогичные ощущения в ногах могут сопровождаться болезненными судорогами икроножных мышц у женщин (вносит свой вклад и вызванное длительными стрессами и сдвигом гормонального баланса нарушение обмена микроэлементов, в первую очередь кальция, приводящее к повышению нервно-мышечной возбудимости. «Вымывание» кальция из организма у женщин старше 40 лет может приводить к остеопорозу, сопровождаться болями в костях.).

17. Заложенность носа, затрудняющая носовое дыхание и расцениваемая как «вазомоторный ринит». В отличие от «чистых» ринитов, ухудшение состояния у женщин обычно отчетливо связано с обострением психологических проблем (конфликтами, перегруженностью на работе, переутомлением и т. д.)

Очень широкий спектр клинических проявлений. Весьма сложно заподозрить при таком спектре проявлений наличие тревожно-депрессивного расстройства [29].

Таким образом, переживание негативных эмоциональных состояний у женщин может стать неспецифической ответной реакцией организма на воздействие внешних экстремальных факторов. Когда женщина испытывает психологическое напряжение, у нее повышается уровень выработки и выброса в кровь адреналина. Стоит учитывать тот факт, что женщины подвержены стрессам в большей степени, нежели мужчины. Перенапряжение быстро изматывает женщину, как следствие развивается депрессивное состояние и появляется чувство тревоги (часто – даже немотивированное). Своевременное и адекватное устранение негативных эмоциональных состояний позволит предотвратить осложнения в виде обострения соматических заболеваний.

1.3. Психологическое сопровождение как средство психологической помощи

В современной практической психологии и социальной работе еще не сложился единый методологический подход к определению сущности сопровождения. Оно трактуется как вся система профессиональной деятельности специалиста социальной сферы, общий метод работы, и одно из направлений и технология профессиональной деятельности.

Этимологически понятие сопровождение близко таким понятиям, как содействие, совместное передвижение, помощь одного человека другому в преодолении трудностей. «Сопровождать, - читаем мы в «Толковом словаре русского языка» под редакцией Д. Ушакова, — значит идти, ехать вместе с кем-либо в качестве спутника или провожатого». В словаре В. Даля сопровождение трактуется как действие по глаголу «сопровождать», то есть «провождать, сопутствовать, идти вместе для проводов, провожатым, следовать». В самом общем значении сопровождение — это встреча двух людей и совместное прохождение общего отрезка пути. Сопровождать - значить проходить с кем-либо часть его пути в качестве спутника или провожатого.

В ситуации сопровождения можно выделить три основных компонента: путник, сопровождающий и путь, который они проходят вместе.

Ю. Слюсарев понятие «сопровождение» употреблял для обозначения недирективной формы оказания здоровым людям психологической помощи, направленной «не просто на укрепление или достройку, а на развитие и саморазвитие самосознания личности», помощи, запускающей механизмы саморазвития и активизирующей собственные ресурсы человека.

Сегодня сопровождение понимается как поддержка психически здоровых людей, у которых на определенном этапе развития возникают личностные трудности. Сопровождение рассматривают как системную интегративную технологию социально-психологической помощи семье и личности и как один из видов социального патронажа — социально-

психологический патронаж (Г. Бардиер, М. Битянова, А. Волосников, А. Деркач, Л. Митина).

Многие исследователи отмечают, что сопровождение «предусматривает поддержку естественно развивающихся реакций, процессов и состояний личности». Более того, успешно организованное социально-психологическое сопровождение открывает перспективы личностного роста, помогает человеку войти в ту «зону развития», которая ему пока еще недоступна.

Сущностной характеристикой психологического сопровождения является создание условий для перехода личности и (или) семьи к самопомощи. Условно можно сказать, что в процессе психологического сопровождения специалист создает условия и оказывает необходимую и достаточную (но ни в коем случае не избыточную) поддержку для перехода от позиции «Я не могу» к позиции «Я могу сам справляться со своими жизненными трудностями».

В каждом конкретном случае задачи сопровождения определяются особенностями личности или семьи, которым оказывается психологическая помощь. Итак, можно сказать, что социально-психологическое сопровождение — это:

- во-первых, один из видов социального патронажа как целостной и комплексной системы социальной поддержки и психологической помощи, осуществляемой в рамках деятельности социально-психологических служб;

- во-вторых, интегративная технология, сердцевина которой — создание условий для восстановления потенциала развития и саморазвития семьи и личности и в результате — эффективного выполнения отдельным человеком или семьей своих основных функций;

- в-третьих, процесс особого рода бытийных отношений между сопровождающим и теми, кто нуждается в помощи.

В качестве основных характеристик психологического сопровождения выступают его процессуальность, пролонгированность, недирективность, погруженность в реальную повседневную жизнь человека или семьи, особые

отношения между участниками этого процесса, что в психоанализе называется «положительный перенос».

Можно выделить этапы психологического сопровождения личности:

1) Постановка задачи. Клиент, также, как и психолог должен представлять, результат их совместной работы, в какой момент можно завершить процесс, однако, в каждом персональном случае задачи сопровождения зависят от индивидуальных особенностей личности, которой оказывается психологическая помощь, и той непосредственной ситуации, в которой реализовывается сопровождение.

2) Выявление и анализ причин психологической проблемы. Данный этап является основополагающим в психологической помощи. В ходе его реализации может быть преодолено множество существующих проблем.

3) Овладение новыми способами поведения и взаимодействия с окружающими людьми и их закрепление [25 с.108].

Важнейшей характеристикой психологического сопровождения считается создание условий для возможности осуществления личностью самопомощи.

Психологическое сопровождение представляет собой целостную систему. Как любая система, оно состоит из элементов (или компонентов), которые одновременно являются его инвариантными этапами.

В сопровождении, как в разворачивающемся во времени процессе, можно выделить три основных компонента:

- диагностика (отслеживание), служащая основой для постановки целей;
- отбор и применение методических средств;
- анализ промежуточных и конечных результатов, дающий возможность корректировать ход работы.

Для осмысления динамики процесса можно воспользоваться введенным нами ранее сравнением психологического сопровождения с путешествием.

При первой встрече с психологом клиент испытывает жизненные затруднения и нуждается в помощи со стороны. В запросе или жалобе, как

правило, звучит просьба избавить его от трудностей, помочь выйти из создавшейся ситуации, при которой невозможно удовлетворить свои основные жизненные потребности. Поэтому на данном этапе клиента можно рассматривать скорее, как «беглеца», а не «путника».

В процессе сопровождения психолог должен помочь клиенту («путнику») в решении следующих основных задач:

1) определить «место», на котором в момент обращения находится клиент («беглец»), выявить, в чем состоит его проблема, каковы сущность и причины его жизненного неблагополучия. В традиционной терминологии это обозначается как диагностика;

2) превратить «беглеца» в «путника». Для этого необходимо установить «место», куда он хочет прийти, совместно с ним создать образ того состояния, которого он хочет достичь (представление о благополучии, степень реальности его достижения), то есть определить направление и наметить пути реабилитации;

3) помочь клиенту («путнику») добраться до своей цели, осуществить свои желания. Эту задачу выполняют в процессе реабилитации.

Необходимо учитывать тот факт, что в любом случае очень важно уметь правильно проживать все эмоции, особенно отрицательные. В общем виде, рассматривая отрицательные эмоции через призму феномена осознанности, следует обозначить следующие принципы работы с ними в конструктивном направлении.

1. Максимальное проживание эмоции в ситуации «Здесь и сейчас». Под проживанием понимается тотальное принятие эмоции и максимальное прочтение ее на разных уровнях: телесно-физическом, энергетическом и психическом через наблюдение. Ключевым моментом является возвращение из прошлого или будущего в настоящий момент.

2. Поскольку отрицательная эмоция выполняет информационную функцию относительно значимых потребностей, а психотерапия использует функцию диалогичности, эффективная трансформация негативной эмоции

предполагает взаимодействие с ней через диалог. Важно задаться вопросом, зачем мы испытываем данную эмоцию и озвучить ответ с позиции конкретного переживания, например страха. Диалог с эмоцией на языке чувств способствует, с одной стороны, освобождению от нее, а с другой, осознанию своих потребностей через включение мышления.

3. Освобождение от хронического эмоционального напряжения или его ослабление расширяет диапазон когнитивных функций, поэтому важной фазой работы считаем поиск адекватного решения в ситуации «здесь и сейчас» через конкретные действия, на фоне эмоционального спокойствия.

Данные принципы работы являются приоритетными относительно таких методов, как уход от эмоций (может использоваться как временное средство) или подавление эмоций (чаще всего является неконструктивным и порождает психосоматические нарушения). Указанные положения по работе с негативными эмоциями методологически можно обосновать, опираясь на принципы гештальт-терапии, а также принципы личностно-ориентированной психотерапии [14].

Собственно, если говорить в целом о психологическом сопровождении женщин с психосоматическими расстройствами, то, в первую очередь, необходимо все же провести дифференциальную диагностику и удостовериться в том, что расстройство не имеет однозначного объяснения со стороны функционирования организма. Так, например, при психотерапевтическом сопровождении женщин, страдающих депрессией, есть смысл проверить функционирование эндокринной и сердечно-сосудистой систем. С учетом того, что некоторые эндокринные заболевания (аутоиммунный тиреоидит) способны вызвать нарушение обмена веществ, это может привести к симптомам, характерным для депрессии. Также некорректная работа надпочечников, вызывающая чрезмерные выбросы кортизола при недостаточном количестве дофамина, способна вызвать состояния, которые можно назвать депрессивными. Несмотря на то, что депрессия не относится к классическим психосоматическим заболеваниям,

она может иметь органическую природу, и корректное скомпенсированное функционирование внутренних органов способно во многом уменьшить или в принципе устранить симптомы, характерные для депрессии.

В общей сложности задача сопровождения в случае психосоматического заболевания состоит в том, чтобы помочь женщине осознать суть своего заболевания и то, что за ним стоит, а также помочь ей выработать нормальный способ когнитивного, бихевиорального и психоэмоционального проявления взамен дезадаптивного, которое привело ее к психосоматическому заболеванию [32, С.54].

Особое внимание стоит уделять методу телесной терапии в психологии.

Работа методами телесной терапии на основе телесных ощущений и движений имеет ряд преимуществ, по сравнению с методами, основанными исключительно на вербальном взаимодействии. Эффективность телесно-ориентированной терапии определяется следующими причинами:

1. Используя телесные техники, психолог воздействует на базовые уровни психики, которые не включаются, если работа ведется исключительно через слово. При этом важно понимать, что в процессе выполнения упражнений и после их завершения психолог с помощью слова, беседуя с клиентом, помогает ему осмыслить телесный опыт.

2. Поскольку в онтогенезе возникновение самосознания связано с осознанием своего тела, выделением его из окружающего мира - «Я есть тело», получением сенсорных впечатлений в результате осуществления телесных движений, то фактически воздействие оказывается на глубинные уровни самосознания и, в силу этого, получается очень глубокий и стойкий результат.

3. В телесной работе значительно легче и быстрее преодолевается сопротивление клиента, т. к. в основном защитные механизмы личности функционируют на вербальном уровне. Поскольку для клиента не очевидна связь между движением и переживанием, страданием, он легко соглашается на выполнение движения. Однако телесные движения — это язык не только



того психологического содержания, которое человек сознательно может стараться скрыть, но и язык бессознательного.

4. Телесная психотерапия позволяет получить доступ к энергетическим ресурсам, которые создают позитивную основу для решения проблемы. Клиенту может казаться, что у него нет энергии, но в процессе работы выясняется, что она есть, но была заблокирована. Ему может казаться, что нет опоры внутри себя и нужно за кого-то держаться, но выясняется, что опора внутри себя есть. Именно в этом смысле человек получает доступ к ресурсам, а психолог помогает их обнаружить.

5. Применяя телесные методы, психолог как бы запускает процессы самовосстановления человека, не привнося принципиально нового, чуждого, не свойственно этому человеку. Телесные методы активизируют процессы оптимизации личности, они дают возможность получить доступ к ресурсам, а дальше эти ресурсы используются самим человеком так, как целесообразно для него [39, С.111].

В процессе телесно-ориентированной психотерапии происходят изменения в отношении человека к своему телу, оно начинает восприниматься не как физическая субстанция, а как телесность - одухотворенное тело. Отношение к своему телу чрезвычайно диагностично, т. к. аккумулирует в себе значимые личностные характеристики и выступает в качестве «лакмусовой бумажки» психологического состояния человека. Отчужденность от своего тела проявляется в многообразной психологической проблематике: психосоматической, сексуальной, пищевой и эмоциональной зависимостях, чувстве одиночества и экзистенциальном вакууме. Состояния психологического благополучия, напротив, сопровождаются переживанием своего тела в единстве со своей душевной сущностью. Телесность обретает целостность, силу и наполненность энергией жизни.

Телесность выступает как безусловная терминальная ценность, означающая «быть живым», «быть собой». В процессе телесно-ориентированной терапии происходит увеличение степени субъектности по

отношению к собственному телу, что свидетельствует о позитивных изменениях во всей личностной структуре и является неотъемлемой частью развития личности.

Целостное, дифференцируемое, адекватное осознание себя в совокупности с принимающим, субъектным самоотношением - залог психологического здоровья женщин [18, С.165].

Таким образом, эмоции - язык подсознания, который важно понимать и конструктивно использовать. Любая негативная эмоция или негативное эмоциональное состояние несет свой смысл и несет отзвук в мыслях и в теле. Будучи важным ресурсом для адекватного взаимодействия с самим собой и миром, эмоции, в случае недостаточности их осознания, напротив, приводят к конфликтному взаимодействию и ошибочным решениям.

Исходя из связи эмоций с мышлением, поведением и здоровьем, важно научиться отслеживать эту неразрывную связь как можно чаще в настоящий момент. Через раскрытие скрытых выгод отрицательных переживаний открывается путь к самопониманию, самоисцелению и личностной зрелости.

Эмоциональное состояние является достаточно сложным психическим состоянием отражения в форме переживания значимости воздействия внешних и внутренних стимулов. Сущностными характеристиками данного понятия являются его сложность, слабая интенсивность, продолжительность во времени, беспредметность и, главное, оценочный характер самого субъекта, а также цикличность и поддержание внутреннего эмоционального напряжения.

## Выводы по 1 главе

Эмоции – это психологические процессы, отражающие различное отношение к объектам окружающего мира, и которые характеризуются различными компонентами. Эмоция является субъективной формой существования потребностей, она сигнализирует субъекту о потребностной значимости объектов и побуждает на определенную форму активности. Число отрицательных эмоций существенно превышают число положительных.

В возрасте 25-30 лет женщины могут сталкиваться с определенными проблемами, которые с одной стороны, являются типичными, а с другой - воспринимаются как кризисные. Женщинам важно осознать и принять изменившееся психологическое пространство, освоить новые семейные роли, взглянуть назад и переосмыслить пройденное. Необходимо решить проблему определения своего места в системе социальных отношений.

На сегодняшний день сопровождение — это особая форма осуществления пролонгированной социальной и психологической помощи - патронажа. В отличие от коррекции оно предполагает не «исправление недостатков и переделку», а поиск скрытых ресурсов развития человека или семьи, опору на его (ее) собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для восстановления связей с миром людей.

1. Психосоматический подход в литературе изучает взаимосвязь между психологическими и физическими состояниями человека. Он предполагает, что эмоциональное состояние может оказывать влияние на физическое здоровье и наоборот.

2. В психолого-педагогической литературе негативное эмоциональное состояние рассматривается как нежелательное и вредное для человека. Оно может вызывать различные проблемы, как психологические, так и физические.

3. У женщин в возрасте 25-30 лет негативные эмоциональные состояния могут проявляться соматическими симптомами. Это может быть связано с

особенностями их психологического развития, образом жизни, стрессами и другими факторами.

4. Психологическое сопровождение является средством психологической помощи при проживании негативных эмоциональных состояний. Оно позволяет человеку обрести понимание и осознание своих эмоций, научиться эффективно справляться с ними и преодолевать возможные соматические проявления.

Таким образом, психосоматический подход в литературе помогает понять взаимосвязь между психологическим и физическим состоянием человека, а психологическое сопровождение является эффективным средством помощи при проживании негативных эмоциональных состояний.

## ГЛАВА II. Результаты экспериментального исследования и их обсуждение

### 2.1. Анализ результатов констатирующего эксперимента

В данной таблице представлены критерии анализа психосоматических проявлений негативных состояний, а также методики, которые используются для оценки уровня и критериальных показателей тревожности, чувства вины, страха и гнева. Таблица позволяет классифицировать уровень психосоматических проявлений в зависимости от соматических симптомов, которые характеризуются как постоянные, периодические или отсутствующие.

Кроме того, представлены методики измерения каждого из указанных критериев. Эти методики позволяют проводить более объективный исследовательский анализ психосоматического состояния человека.

Таблица 1 - Критерии и уровни психосоматических проявлений негативных состояний

Критерии	Уровни и критериальные показатели			Методики
	Высокий	Средний	Низкий	
<b>ТРЕВОЖНОСТЬ</b>	Соматические проявления в виде: -постоянной и сильной головной боли -постоянного нарушения сна -постоянное поверхностное и частое дыхание в состоянии покоя -постоянная и сильная боль, локализованная в нижней части спины; - ревматический фактор	Соматические проявления в виде: -периодической сильной головной боли -периодического нарушения сна -периодического, но продолжительного поверхностного и частого дыхания в состоянии покоя -периодическая и умеренная боль, локализованные в нижней части спины	Соматические проявления в виде: -редкой и слабой головной боли -отсутствует проявление нарушения сна -отсутствие поверхностного и частого дыхания в состоянии покоя -отсутствие боли локализованной в нижней части спины	1.Методика измерения уровня тревожности Тейлора (Опросник для оценки уровня тревожности Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова))

<p style="text-align: center;"><b>ЧУВСТВО ВИНЫ</b></p>	<p>Соматические проявления в виде: -Постоянной тяжести в груди или в области сердца -Постоянной повышенной сонливости -Постоянное ощущение скованности мышц</p>	<p>Соматические проявления в виде: -Периодически возникающей тяжести в груди или в области сердца -Периодически возникающей повышенной сонливости -Периодическое проявление скованности мышц</p>	<p>Соматические проявления в виде: -Отсутствия тяжести в груди или области сердца -Отсутствия повышенной сонливости -Отсутствие скованности мышц</p>	<p>1. «Опросник вины» (Guilt Inventory), переведен и адаптирован И. М. Белик</p>
<p style="text-align: center;"><b>СТРАХ</b></p>	<p>Соматические проявления в виде: -Постоянных приступов сильного и учащенного сердцебиения в состоянии покоя -Постоянного тремора рук -Постоянного отсутствия аппетита и истощении</p>	<p>Соматические проявления в виде: -Периодических приступов сильного и учащенного сердцебиения в состоянии покоя -Периодического тремора рук -Периодического отсутствия аппетита и незначительного истощения</p>	<p>Соматические проявления в виде: -Отсутствия приступов сильного и учащенного сердцебиения в состоянии покоя -Отсутствия тремора рук -Нормального аппетита и отсутствия истощения</p>	<p>1. В. Леви «Чего мы боимся» (С-тест)</p>
<p style="text-align: center;"><b>ГНЕВ</b></p>	<p>Соматические проявления в виде: -Постоянных приступов сильного и учащенного сердцебиения в состоянии покоя -Постоянного тремора рук -Постоянного отсутствия аппетита и истощении</p>	<p>Соматические проявления в виде: -Периодических приступов сильного и учащенного сердцебиения в состоянии покоя -Периодического тремора рук -Периодического отсутствия аппетита и незначительного истощения</p>	<p>Соматические проявления в виде: -Отсутствия приступов сильного и учащенного сердцебиения в состоянии покоя -Отсутствия тремора рук -Нормального аппетита и отсутствия истощения</p>	<p>1. Методика «Агрессивное поведение» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев)</p>

В процессе проведения исследования нами использовались следующие основные методы:

1. Методика измерения уровня тревожности Тейлора (Опросник для оценки уровня тревожности Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова)).

Цель: служит для оценки общего уровня тревожности, опасения (страха).

2. Опросник вины (Guilt Inventory) (разработан доктором Карен Куглер и профессором Уоррен Х. Джонс), переведен и адаптирован И. М. Белик.

Цель: измерение вины как состояния и как личностной черты, а также приверженности к моральным нормам.

3. Методика В. Леви «Чего мы боимся» (С-тест).

Цель: диагностика страхов.

4. Методика «Агрессивное поведение» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев).

Цель: выявление склонности респондента к определенному типу агрессивного поведения.

Для обобщения оценки результатов проводимого нами исследования также использовался опросник Medical Out Comes StudyChart Form (SF-36), разработанный J.E. Ware в 1993 году и успешно применявшийся рядом авторов для оценки качества жизни пациентов.

Цель: исследование неспецифического качества жизни, связанного со здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания, половых, возрастных особенностей и специфики того или иного лечения.

В связи с необходимостью установления уровней соматических проявлений у женщин в период проживания негативных эмоций нами была разработана анкета (Приложение А), на основании которой было выделено три уровня соматических проявлений в таблице 2:

Таблица 2 – Уровни соматических проявлений

Уровень	Кол-во баллов	Проявления	Кол-во респондентов
Низкий	до 37 баллов	-редкая и слабая головная боль; -отсутствие проявлений нарушения сна;	22% (3 чел.)

		-отсутствие поверхностного и частого дыхания в состоянии покоя; -отсутствие боли, локализованной в нижней части спины.	
Средний	от 38 до 48	-периодическая сильная головная боль; -периодическое нарушение сна; -периодическое, но продолжительное поверхностное и частое дыхание в состоянии покоя; -периодическая и умеренная боль, локализованные в нижней части спины	51% (7 чел.)
Высокий	от 48 до 55	постоянная и сильная головная боль; -постоянное нарушение сна; -постоянное поверхностное и частое дыхание в состоянии покоя; -постоянная и сильная боль, локализованная в нижней части спины; -ревматический фактор.	27% (4 чел.)

На основании этих данных можно выдвинуть гипотезу, что соматические проявления у женщин в период переживания негативных эмоций зависят от интенсивности эмоционального напряжения. Женщины с высоким уровнем психосоматических проявлений испытывают более сильные физические симптомы, чем женщины с низким уровнем проявлений. Для подтверждения этой гипотезы необходимо провести дополнительные исследования с большим количеством участников и учесть другие факторы, которые могут влиять на соматические проявления в период негативных эмоций.

В процессе исследования использовались и методы обработки данных. Были использованы средства математической статистики, статистического критерия.

На первом этапе было проведено исследование 14 женщин в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоций на основании вышеуказанных методик.

Для выявления уровня такого психосоматического негативного состояния как тревожность была использована методика измерения уровня



тревожности Тейлора (Опросник для оценки уровня тревожности Тейлора (адаптация Г.А. Немчинова)).

В ходе проведения методики измерения уровня тревожности по шкале Дж. Тейлора на констатирующем этапе эксперимента были получены результаты, которые представлены в виде диаграммы на рисунке 1.

При количественном анализе результатов по методике «Распределение уровней тревожности по методике диагностики измерения уровня тревожности (шкала Дж. Тейлора)» мы выявили:

- низкий уровень – 21,43% (3 человек);
- средний уровень - 57,14% (8 человек);
- высокий уровень - 21,43% (3 человек).

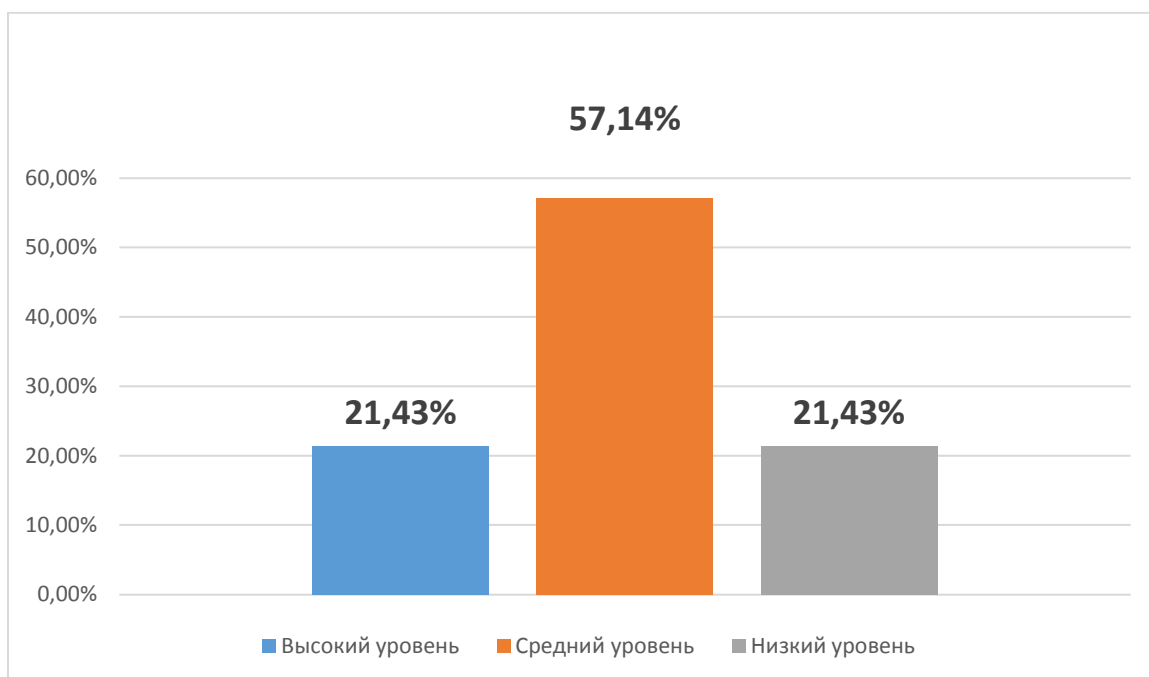


Рисунок 1. Распределение уровней тревожности по методике диагностики измерения уровня тревожности (шкала Дж. Тейлора) на констатирующем этапе исследования

При качественном анализе мы получили, что у женщин с высоким уровнем тревожности наблюдались такие симптомы, как постоянные головные боли, проблемы со сном, наличие сильной боли, которая

локализовалась в районе нижней части спины. Помимо этого, было наличие и так называемого ревматического фактора.

У женщин со средним уровнем тревожности наблюдались периодические головные боли, а также встречалось периодическое нарушение сна. Боль в районе спины носила умеренный характер и являлась периодической.

У женщин с низким уровнем тревожности проявлялись такие симптомы, как редкие головные боли. Нарушение сна отсутствовало, а также отсутствовала боль в нижней части спины.

Исходя из полученных данных, можно предположить, что уровень тревожности у женщин влияет на соматические проявления в период переживания негативных эмоций. Женщины с высоким уровнем тревожности испытывали более интенсивные и постоянные симптомы, такие как головные боли, проблемы со сном и боли в нижней части спины. Женщины со средним уровнем тревожности имели периодические симптомы, а женщины с низким уровнем тревожности имели редкие симптомы или их отсутствие.

Таким образом, мы предполагаем, что уровень тревожности у женщин влияет на соматические проявления в период переживания негативных эмоций. Чем выше уровень тревожности, тем сильнее и постояннее симптомы, такие как головные боли, проблемы со сном и боли в нижней части спины. Это может быть связано с тем, что высокая тревожность усиливает физиологические реакции на стресс, что, в свою очередь, приводит к соматическим проявлениям.

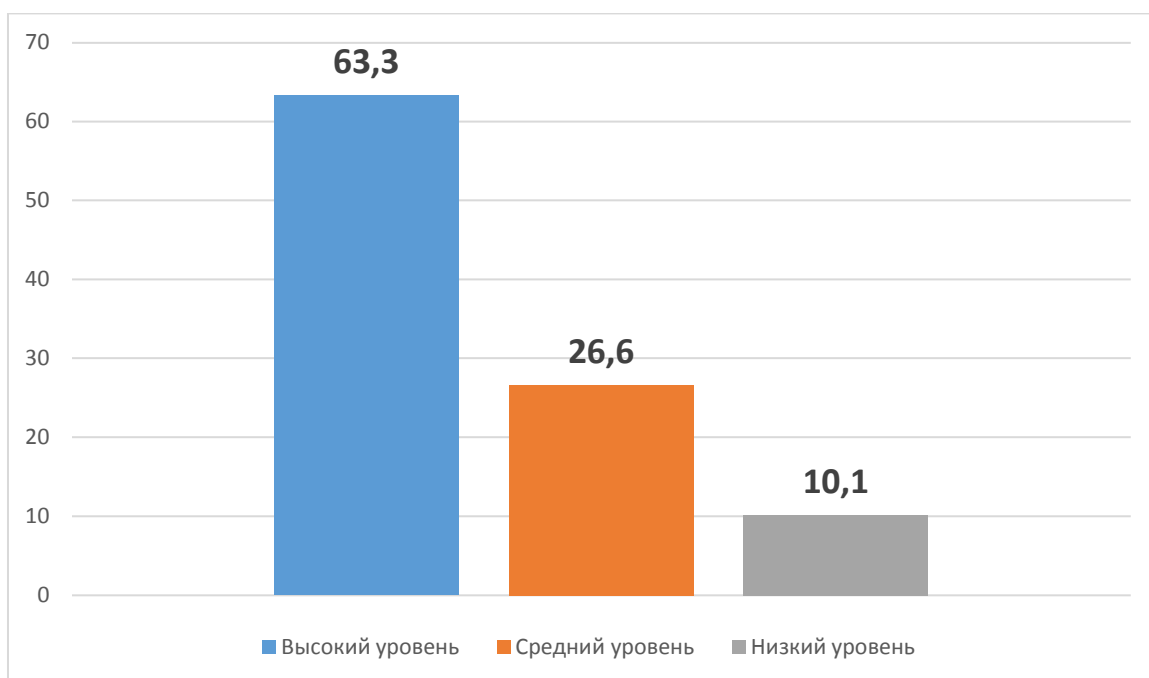


Рисунок 2. Распределение уровней чувства вины по методике «Опросник вины» (Guilt Inventory), переведен и адаптирован И. М. Белик на констатирующем этапе исследования

При количественном анализе результатов чувства вины по методике «Опросник вины» (Guilt Inventory), переведен и адаптирован И. М. Белик мы выявили:

- низкий уровень – 10,1% (1 человека);
- средний уровень – 26,6% (4 человек);
- высокий уровень – 63,3% (9 человек).

При качественном анализе мы получили, что у женщин с высоким уровнем чувства вины наблюдается достаточно высокий уровень чувства вины. У них присутствуют такие проявления, как наличие постоянное тяжести в районе груди, сердца, постоянная сонливость, а также наличие скованности в мышцах.

У женщин со средним уровнем чувства вины наблюдаются такие проявления, как наличие периодической тяжести в районе груди, сердца, периодическая сонливость, а также наличие периодической скованности в мышцах.

У женщин с низким уровнем чувства вины наблюдаются такие соматические проявления, как тяжесть в районе груди и сердца, повышенная сонливость, а также отсутствует скованность мышц.

На основании полученных данных можно выдвинуть гипотезу, что уровень чувства вины у женщин в возрасте 25-30 лет может быть связан с соматическими проявлениями. Высокий уровень чувства вины может приводить к постоянной тяжести в районе груди и сердца, сонливости и скованности в мышцах. Средний уровень чувства вины может вызывать периодическую тяжесть в районе груди и сердца, периодическую сонливость и периодическую скованность мышц. Низкий уровень чувства вины, с другой стороны, может быть связан с тяжестью в районе груди и сердца, повышенной сонливостью, но отсутствием скованности мышц.

Таким образом, психологическое сопровождение женщин в возрасте 25-30 лет соматическими проявлениями в период переживания негативных эмоций может быть направлено на работу с чувством вины. Важно помочь женщинам осознать и понять свои эмоции, разобраться в причинах возникновения чувства вины, а также научить их эффективным стратегиям управления и смягчения этого чувства.

Далее проведем анализ такого состояния, как страх. Для определения уровня страха нами использовалась тест В. Леви «Чего мы боимся» (С-тест). Результаты представлены на рисунке 3.

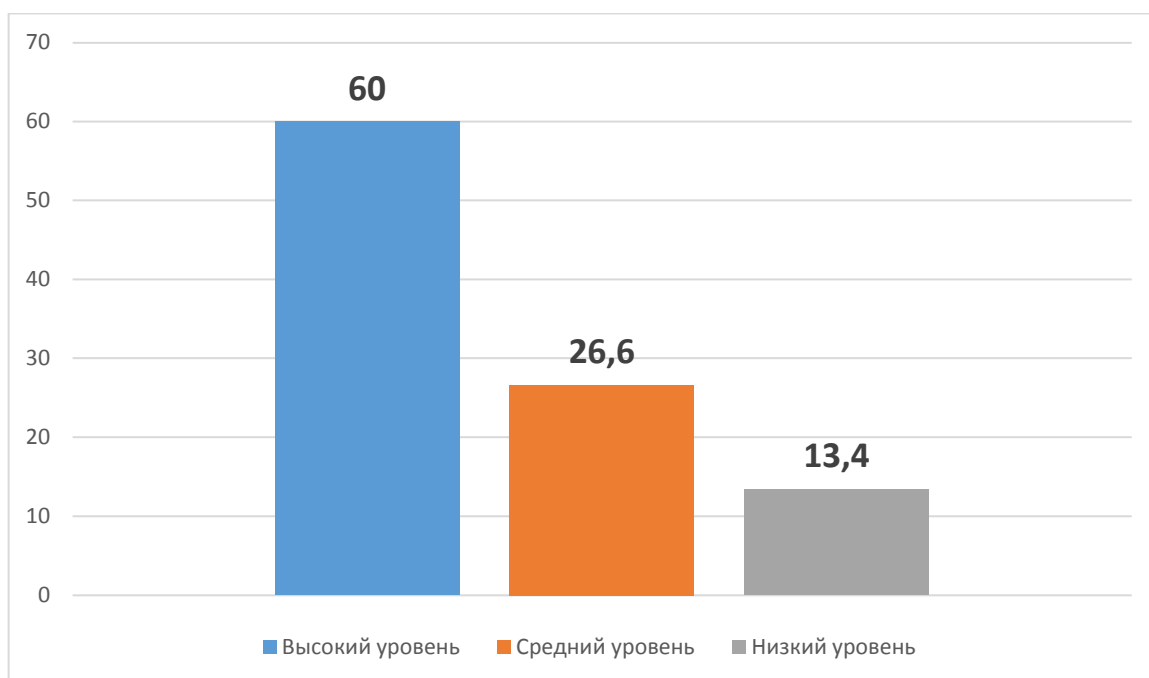


Рисунок 3. Распределение уровня страха по методике В. Леви «Чего мы боимся» (С-тест) на констатирующем этапе исследования

При количественном анализе результатов уровня страха по методике Леви «Чего мы боимся» (С-тест) мы выявили:

- низкий уровень – 13,4% (2 человека);
- средний уровень – 26,6% (4 человек);
- высокий уровень – 60% (8 человек).

При качественном анализе мы получили, что у женщин с высоким уровнем страха присутствуют такие соматические проявления, как постоянное учащенное сердцебиение, в том числе и тогда, когда женщина находится в состоянии покоя. Помимо этого, наблюдается постоянный тремор рук, у женщин отсутствует аппетит, а также наблюдается истощение.

У женщин со средним уровнем чувства страха наблюдаются такие соматические проявления, как наличие периодического учащенного сердцебиения, в том числе и тогда, когда женщина находится в состоянии покоя. Помимо этого, наблюдается периодический тремор рук, у женщин периодически может отсутствовать аппетит и даже наблюдаться истощение.

У женщин с низким уровнем чувства страха не наблюдаются такие соматические проявления, как сильное и учащенное сердцебиение в состоянии

покоя. Помимо этого, нет тремора в руках, а также присутствует нормальный аппетит.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что у женщин с высоким и средним уровнем страха наблюдаются соматические проявления, такие как учащенное сердцебиение, тремор рук, аппетит и истощение. Однако, у женщин с низким уровнем страха таких проявлений не наблюдается.

Тема исследования - психологическое сопровождение женщин в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями в период переживания негативных эмоций. Основываясь на полученных данных, можно предположить гипотезу о том, что уровень страха у женщин может быть связан с соматическими проявлениями и влиять на их психологическое состояние. Дополнительные исследования и психологическое сопровождение данных женщин могут помочь подтвердить или опровергнуть данную гипотезу.

Далее проведем анализ такого проявления, как гнев. Для определения уровня гнева нами использовалась методика «Агрессивное поведение» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев). Результаты диагностики у испытуемых по методике представлены на Рисунке 4.

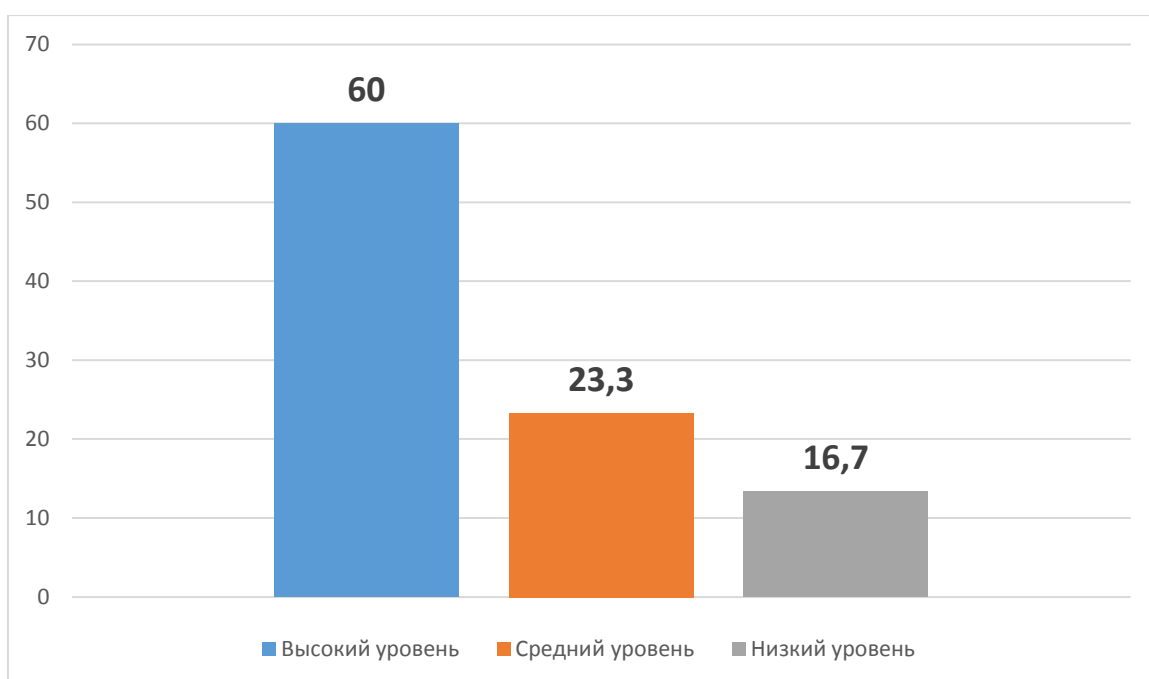


Рисунок 4. Распределение уровней гнева по методике «Агрессивное поведение» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев)» на констатирующем этапе исследования

При количественном анализе результатов уровней гнева по методике «Агрессивное поведение» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев)» мы выявили:

- низкий уровень – 23,3% (4 человек);
- средний уровень – 16,7% (2 человек);
- высокий уровень – 60% (8 человек).

При качественном анализе мы получили, что женщин с высоким уровнем гнева наблюдается высокий уровень гнева. У данной категории лиц наблюдались такие соматические проявления, как: наличие постоянного и учащенного сердцебиения, тремор в руках.

У женщин со средним уровнем гнева наблюдались такие соматические проявления, как: наличие периодического учащенного сердцебиения, тремора в руках.

У женщин с низким уровнем гнева отсутствовали соматические проявления.

Результаты исследования позволяют говорить о том, что у большей части женщин на констатирующем этапе исследования отмечается высокий уровень психосоматических проявлений негативных эмоциональных состояний, что указывает на необходимость проявления коррекционной работы.

Из полученных данных можно сделать вывод, что у женщин с высоким уровнем гнева наблюдаются соматические проявления, такие как постоянное и учащенное сердцебиение и тремор в руках. У женщин со средним уровнем гнева также присутствуют соматические проявления, но в менее выраженной форме. У женщин с низким уровнем гнева соматические проявления отсутствуют.

Таким образом, можно выдвинуть гипотезу, что уровень гнева у женщин связан с появлением соматических проявлений. Большая часть женщин с

высоким уровнем гнева имеет психосоматические проявления, что может указывать на необходимость проведения коррекционной работы и психологического сопровождения женщин в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями в период переживания негативных эмоций.

Также на констатирующем этапе эксперимента нами в целях общей оценки результатов проводимого нами исследования был использован опросник Medical Out Comes StudyChort Form (SF-36), разработанный J.E. Ware. Показатели 10 шкал опросника SF представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Показатели качества жизни женщин с соматическими проявлениями в период проживания эмоций на констатирующем эксперименте

Показатели качества жизни	Показатели
Физическое функционирование	40,59±8,92
Роловое физическое функционирование	36,6+8,77
Боль	43,83±8,42
Общее здоровье	32,63+4,99
Жизнеспособность	44,3+2,9
Социальное функционирование	39,88±6,31
Роловое эмоциональное функционирование	36,79±12,38
Психическое здоровье	40,80+7,91
Кумулятивная физического здоровья	37,14+6,52
Кумулятивная психического здоровья	41,53±9,12

Данные, представленные в таблице 3, позволяют говорить о том, что у женщин с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоций снижены параметры шкал физического функционирования и общего здоровья. Значительно ограничена способность к выполнению видов деятельности, связанной с физическим напряжением (подъем по лестнице, подъем вещей, ходьба). Оценка общего состояния здоровья также снижена.

Физическое состояние (вместе с болевым синдромом) в значительной мере ограничивает ежедневную бытовую деятельность женщин. Удовлетворенность женщин своим социальным функционированием достоверно отличается от нормы. У женщин с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоций достаточно низкая общая



активностью, а также энергичность. Помимо этого, стоит обратить внимание на то, что физическое и эмоциональное состояние негативно отражаются на выполнении работы, которая как раз и определяет нормальную социальную активность. Также стоит отметить тот факт, что достаточно низкими являются показатели социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья.

На основании полученных данных можно предположить, что негативные эмоции влияют на физическое и психическое состояние женщин с соматическими проявлениями. У этих женщин ограничена способность к физической активности, ухудшается общее состояние здоровья, а также они испытывают дискомфорт в выполнении ежедневных задач. Также наблюдается низкая общая активность и энергичность, что может свидетельствовать о снижении социальной активности.

Гипотеза, которую можно выдвинуть на основании этих данных, заключается в том, что негативные эмоции влияют на физическое и психическое состояние женщин с соматическими проявлениями, а также на их социальную активность. Предположительно, психологическое сопровождение этих женщин в период переживания негативных эмоций может помочь улучшить их состояние и увеличить социальную активность.

В связи с полученными данными и необходимостью улучшения состояния была разработана программа психологической коррекции для женщин с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоций.

## 2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента

В процессе исследования нами была разработана программа психологического сопровождения женщин с психосоматическими проявлениями, посредством элементов телесно-ориентированной терапии.

Цель данной программы сводится к следующему: психологическая коррекция женщин с психосоматическими проявлениями, а именно проведение упражнений с целью изменить показатели качества жизни, тревожности, чувства вины, страха и гнева путем использования техник телесно – ориентированной терапии.

Задачи программы:

1. Установить доверительный контакт с женщинами.
2. Проводить упражнения релаксации.
3. Проводить различные упражнения с использованием элементов телесно-ориентированной терапии.

В процессе исследования нам удалось разработать программу психологического сопровождения женщин с психосоматическими проявлениями, посредством элементов телесно-ориентированной терапии (представлена в Приложении № Б). Программа с элементами телесно-ориентированной терапии за счет использования различных пластических тренингов помогает изменить схему тела у женщин с психосоматическими проявлениями за счет оптимального способа движения. Помимо этого, за счет использования специальных техник можно повысить чувствительность к своему телу и переживаниям партнера, обучиться лучшему пониманию языка собственного тела и окружающих, правильно оценивать эмоциональную экспрессию.

Телесно-ориентированная психотерапия расширяет возможности психотерапевтического воздействия в связи с тем, что рассматривает человека в единстве его психосоциального и биологического функционирования, помогая клиенту с помощью двигательных психотехник более точно распознать и вербализовать собственные эмоции, пережить заново свой прошлый эмоциональный опыт, способствуя тем самым расширению сферы самосознания и формированию более эмоционального благоприятного отношения к себе. Помимо этого, она вносит определенный вклад в дальнейшее развитие представлений о механизмах лечебного действия

психотерапии, поскольку изменения, происходящие с больным и являющиеся конечной целью психотерапевтического воздействия, относятся к различным уровням функционирования организма и личности. Все это положительно сказывается на состоянии женщины в целом.

Необходимо учитывать тот факт, что практически отсутствуют противопоказания при использовании техник телесно – ориентированной терапии. Относительные противопоказания могут сводиться к следующему:

- наличие выраженных когнитивных нарушений, снижение умственных способностей;
- наличие острого психотического состояния;
- наличие перенесённых травм позвоночника.

Занятия программы были ориентированы на тело. Сама программа состояла из трех этапов они представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Этапы программы

Название этапа	Содержание	Длительность
Первый этап	Направлен на создание безопасной и доверительной атмосферы в группе. За счет упражнений, которые используются на данном этапе, можно обеспечить восстановление большого количество сигналов. Помимо этого, можно научиться лучше понимать эмоции. Каждое занятие начиналось с проведения разогревающей процедуры (30 минут). Далее (60 минут) шли уже основные упражнения. На данном этапе рекомендуется проводить обсуждения после проведенных упражнений. Рекомендуется данный этап завершить проведением упражнения «Солнышко», за счет которого можно создать позитивный настрой в группе. Получается, что на данном этапе происходит сбор важной информации, а также параллельно проводится индивидуальная и групповая терапия.	две недели (3 занятия по 1,5 часа в неделю)

<p>Второй этап</p>	<p>включает в себя так называемый пластический тренинг. Указанный этап направлен на то, чтобы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-обучить женщин технике релаксации;</li> <li>-снять мышечное напряжение;</li> <li>-обучить женщин обнаружению и произвольному расслаблению групп напряженных мышц.</li> </ul> <p>На данном этапе как раз происходит осознание наличие связи телесности и различных эмоциональных переживаний. Есть необходимость подобрать наиболее оптимальные способы движения для каждой женщины, что как раз и обеспечить сбалансированность движений. Данный этап также рекомендуется завершать проведением упражнения «Солнышко».</p>	<p>Три недели. Продолжительность каждого занятия 1,5 часа. При этом выделяется время на проведение разминки, которое составляет 14 минут.</p>
<p>Третий этап</p>	<p>Направлен на то, чтобы у женщин повысить чувствительность по отношению к своему телу. То есть женщины должны научиться понимать язык собственного тела, эмоциональную реакцию и знать основы «телесной гомеопатии». Сначала необходимо проводить короткую разминку, а далее уже упражнения. На данном этапе важно добиться максимального расслабления и снятия напряжения у женщин. Чувства и переживания, которые испытывает пациент на данном этапе, могут быть максимальными. Данный этап способствует тому, что женщины учатся правильно оценивать эмоциональную экспрессию. Указанный этап также завершался упражнением «Солнышко».</p>	<p>Длительность данного этапа составляла три недели. Каждое занятие длилось 1,5 часа.</p>

Каждая из женщин во время посещения занятий получала необходимую информацию относительно психологических защит, стратегий, тактики поведения.

Стоит обратить внимание на то, что у женщин в рамках выполнения программы психологического сопровождения, посредством элементов телесно-ориентированной терапии, стала проявляться следующая положительная динамика:

- снижалась частота сердечных сокращений;
- кровяное давление нормализовалось;
- снялось мышечное напряжение;
- организм начал процесс восстановления.

Помимо этого, разработанная нами программа также повышает энергию и концентрацию, помогает побороть заболевания, облегчает боли, усиливает способности к решению проблем и повышает мотивацию и продуктивность.

После проведенной нами психокоррекционной программы для женщин с соматическими проявлениями стала отмечаться положительная динамика. Так, если на первых этапах выполнения программы у женщин отмечались такие признаки, как:

- эмоциональный фон был подавлен;
- отсутствие желания бороться с имеющимися соматическими проявлениями;
- в ряде случаев отказ от выполнения упражнения, задания в рамках программы.

Однако уже после двух-трех занятий отмечается положительная динамика. У женщин появляется мотивация и желание выполнять упражнения. Эмоциональный фон с каждым занятием приобретал положительный окрас. Приходя каждый раз на новое занятие, мы могли отметить улыбки на лицах и желание попробовать что – либо новое. И уже на заключительных занятиях было отчетливо видно полное проникновение в суть нашей программы. Пациенты в заключении прочувствовали все то, что мы хотели до них донести, многие говорили о том, что не обращали внимания на собственное тело, были поглощены только ощущением боли. Нам удалось убедить их в том, что душа и тело тесно связаны друг с другом. Положительные отзывы на заключительном занятии были услышаны, реакция и положительная динамика дала нам понять, что программа проведена не зря, результат есть.

После проведения психокоррекционной программы было проведено повторное исследование. По результатам вторичного исследования мы тоже заметили положительную динамику.

Таким образом, можно говорить о том, что программа психологической коррекции женщин в возрасте 25–30 лет с психосоматическими проявлениями показала свою эффективность. Это подтверждают данные, полученные в ходе беседы с пациентами и методами наблюдения. Также эффективность разработанной нами программы психологической коррекции была доказана математическим методом.

### 2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение

После проведенной психокоррекционной работы было проведено повторное исследование женщин.

При количественном анализе результатов уровней тревожности по методике диагностики измерения уровня тревожности (шкала Дж. Тейлора) мы выявили изменение в распределении уровня стресса по участницам исследования. Количество испытуемых с высоким уровнем стресса снизилось 46,7% до 16,7%, а со средним – с 33,3% до 26,7%.

Данный результат указывает на положительную динамику в состоянии участниц психокоррекционной программы: если на констатирующем этапе процент участниц со средним и высоким уровнем стресса составлял 80%, то на контрольном этапе он составил всего лишь 43,4%.

Визуализация результатов исследования представлена на рисунке 5.

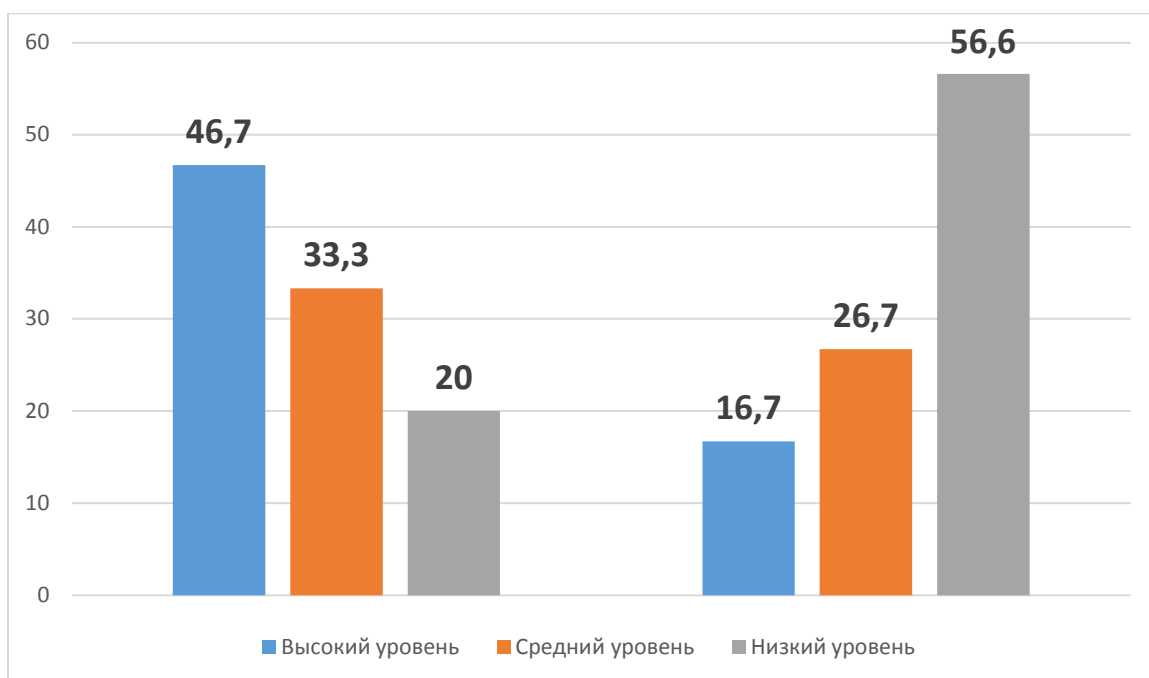


Рисунок 5. Распределение уровней тревожности по методике диагностики измерения уровня тревожности (шкала Дж. Тейлора) на констатирующем и контрольном этапе исследования

Положительная динамика отмечается и в показателях уровня чувства вины после проведенной программы психокоррекции. Количество женщин с высоким уровнем чувства вины снизилось на 56,6%, со средним уровнем чувства вины – на 9,9%.

Результаты количественного анализа результатов методики оценки уровня чувства вины «Опросник вины» (Guilt Inventory, переведен и адаптирован И. М. Белик) представлены на рисунке 6 и позволяют наглядно оценить падение уровня чувства вины испытуемых.

Количество женщин с низким уровнем чувства вины составляет 76,6% против изначальных 10,1%. Это говорит о том, что большинство женщин испытывают меньше чувства вины после проведения программы психокоррекции.

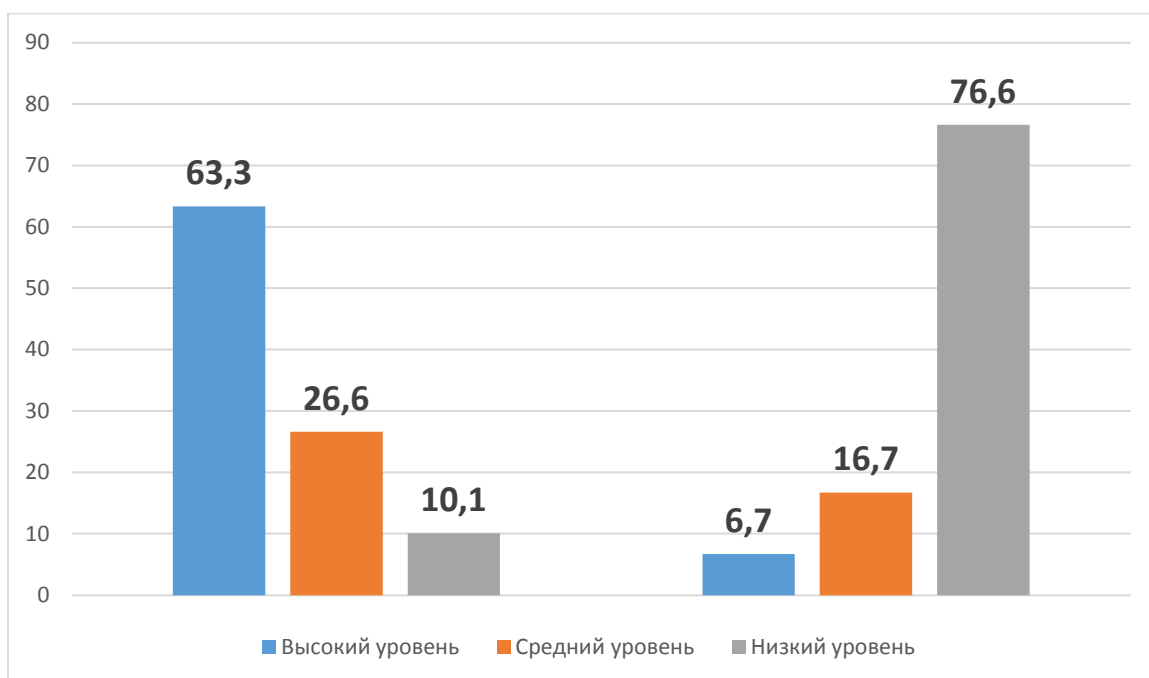


Рисунок 6. Распределение уровней чувства вины по методике «Опросник вины» (Guilt Inventory), переведен и адаптирован И. М. Белик на констатирующем и контрольном этапе исследования

Уменьшение уровня чувства вины позволяет предположить существенное сокращение соматических проявлений, связанных с чувством вины. Это свидетельствует о том, что после программы психокоррекции женщины стали менее подвержены физическим проявлениям вины.

В целом, исследование показывает положительную динамику в отношении уровня чувства вины у женщин после проведения программы психокоррекции.

Позитивную динамику также показывает исследование уровня страха испытуемых: так, например, показатели уровня страха, выявленные по методике «Чего мы боимся» (С-тест) на контрольном этапе исследования показали рост числа участниц с низким уровнем страха на 53,3% за счёт снижения числа участниц с высоким уровнем страха на 50% (с 60% до 10%) и средним уровнем страха (с 26,6% до 23,3%).

Аналогично ситуации со снижением чувства вины, можно также предположить сокращение связанных с чувством страха соматических



проявлений, что так же свидетельствует об эффективности программы психокоррекции.

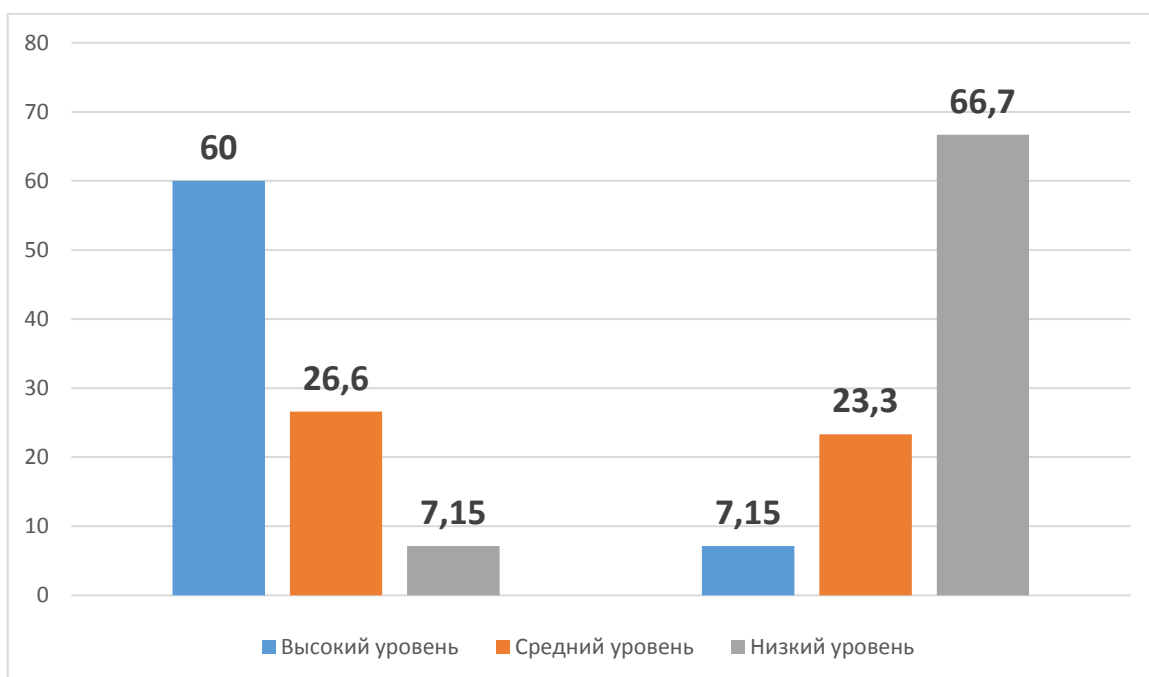


Рисунок 7. Распределение уровня страха по методике В. Леви «Чего мы боимся» (С-тест) на констатирующем и контрольном этапе исследования

Отметим, что в ходе проведенного исследования было установлено, что сократилось число положительных ответов на такие вопросы, как:

- «испытываю сильную тревогу, когда заканчиваются запасы (денег, еды, сигарет, вина...»);
- «боюсь темноты, избегаю неосвещенных пространств, предпочитаю не спускаться в подвалы, пещеры».

Это говорит о снижении тревожности, повышении уверенности в себе после психокоррекции.

Далее проведем анализ такого проявления, как гнев на контрольном этапе. Положительная динамика отмечается в показателях уровня чувства гнева после проведенной программы психокоррекции. Так, отмечается существенное сокращение женщин с высоким уровнем чувства гнева (с 60%

их количество снизилось до 20%), а также со средним уровнем чувства гнева с 26,6% до 13,3%.

Результаты количественного анализа измерения уровня гнева по методике «Агрессивное поведение» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев) на контрольном этапе показаны на рисунке 8.

Аналогично прошлым этапам, целесообразно ожидать снижение соматических проявлений, свойственным повышенным уровням гнева.

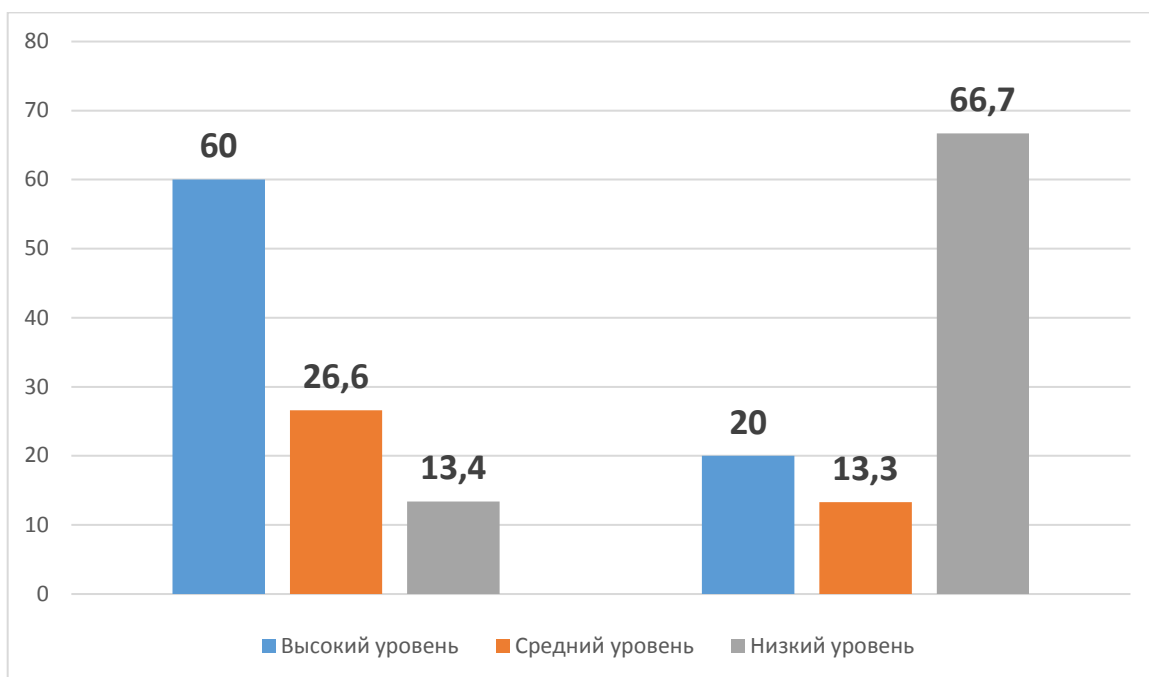


Рисунок 8. Распределение уровней гнева по методике «Агрессивное поведение» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев) на констатирующем и контрольном этапе исследования

Отметим, что в ходе данного исследования практически отсутствовали положительные ответы на такие вопросы:

- «если я разозлюсь, я могу ударить человека»;
- «с досады я могу пнуть ногой все, что подвернется».

Данные результаты говорят нам о снижении проявлений агрессии.

В Таблице 5 представим показатели качества жизни женщин с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоций на констатирующем этапе эксперимента

Таблица 5 – Показатели качества жизни женщин с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоций на контрольном этапе эксперимента

Показатели качества жизни	Показатели
Физическое функционирование	87,76±4,87
Ролевое физическое функционирование	66,2±5,47
Боль	73,87±5,52
Общее здоровье	81,54±3,32
Жизнеспособность	76,65±2,5
Социальное функционирование	77,76±3,24
Ролевое эмоциональное функционирование	65,81±7,82
Психическое здоровье	79,87±2,32
Кумулятивная физического здоровья	60,11±4,21
Кумулятивная психического здоровья	61,54±7,86

Данные, представленные в таблице 5, позволяют говорить о том, что у женщин с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоциональных состояний после проведенной коррекционной работы произошло повышение параметров шкал физического функционирования и общего здоровья. У них существенно возросли возможности в части, касающейся физической деятельности. Все это в общем виде указывает на повышение общего состояния здоровья.

Помимо этого, положительным моментом является и то, что за счет улучшения физического состояния (снижения болевого синдрома) бытовая деятельность женщин стала более активной. Удовлетворённость женщин своим социальным функционированием пришла в норму. Женщины на этапе констатирующего эксперимента после проведенной психокоррекционной работы стали более активными и энергичными. У них прослеживается и социальная активность, что положительно сказывается, как на физическом, так и на эмоциональном здоровье.

В таблице 6 представлено распределение показатели качества жизни женщин с соматическими проявлениями в период проживания эмоций на контрольном и констатирующем этапе эксперимента

Таблица 6– Распределение показатели качества жизни женщин с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоций на контрольном и констатирующем этапе эксперимента

Показатели качества жизни	Показатели на констатирующем этапе	Показатели на контрольном этапе
Физическое функционирование	40,59±8,92	87,76±4,87
Ролевое физическое функционирование	36,6±8,77	66,2±5,47
Боль	43,83±8,42	73,87±5,52
Общее здоровье	32,63±4,99	81,54±3,32
Жизнеспособность	44,3±2,9	76,65±2,5
Социальное функционирование	39,88±6,31	76,65±2,5
Ролевое эмоциональное функционирование	36,79±12,38	65,81±7,82
Психическое здоровье	40,80±7,91	79,87±2,32
Кумулятивная физического здоровья	37,14±6,52	60,11±4,21
Кумулятивная психического здоровья	41,53±9,12	60,11±4,21

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у женщин с соматическими проявлениями после проведения психологической коррекции значительно улучшились показатели чувства тревожности, чувства вины, страха и гнева.

Таким образом, анализ данных показателей свидетельствует об улучшении характеристик у женщин с соматическими проявлениями.

## Выводы по 2 главе

Для женщин с соматическими проявлениями характерно преобладание негативных эмоций (тревожности, чувства вины, страха, гнева).

В процессе экспериментального исследования было определено, что:

1. У женщин с соматическими проявлениями часто присутствуют симптомы депрессии и тревожности разной выраженности, во многих случаях сильно снижено качество жизни, особенно физический компонент.

2. За счет грамотно подобранной программы психологической коррекции можно существенно снизить уровень тревожности, чувства вины, страха, гнева, что положительно отразится на состоянии здоровья женщин. Получается, что психокоррекционная работа позволяет минимизировать дискомфортные ощущения, которые испытывает женщина (боль в мышцах, тахикардия и т.д.).

3. За счет внедрения программы психологической коррекции женщины получили определенный опыт саморегуляции, что позволяет существенно снижать болевые ощущения.

4. Разработанная нами программа психокоррекции имеет положительный терапевтический эффект, что подтверждается результатами контрольного этапа эксперимента.

После проведенных занятий с женщинами стало заметно, что у них существенно сократилось чувство тревожности, чувства вины, страха, гнева, что положительно отразилось на их состоянии здоровья. Помимо этого, отмечается улучшение эмоционального фона.

Полученные результаты исследования и разработанная психокоррекционная программа могут быть использованы в практической деятельности психолога, работающего с пациентами с хронической болью смешанного типа.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эмоции – это психологические процессы, отражающие различное отношение к объектам окружающего мира, и которые характеризуются различными компонентами. Эмоция является субъективной формой существования потребностей, она сигнализирует субъекту о потребностной значимости объектов и побуждает на определенную форму активности. Число отрицательных эмоций существенно превышают число положительных.

В возрасте 25-30 лет женщины могут сталкиваться с определенными проблемами, которые с одной стороны, являются типичными, а с другой - воспринимаются как кризисные. Женщинам важно осознать и принять изменившееся психологическое пространство, освоить новые семейные роли, взглянуть назад и переосмыслить пройденное. Необходимо решить проблему определения своего места в системе социальных отношений.

На сегодняшний день сопровождение — это особая форма осуществления пролонгированной социальной и психологической помощи - патронажа. В отличие от коррекции оно предполагает не «исправление недостатков и переделку», а поиск скрытых ресурсов развития человека или семьи, опору на его (ее) собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для восстановления связей с миром людей.

Нами было исследовано 14 женщин 25-30 лет с соматическими проявлениями. Гипотеза исследования сводилась к тому, что у психокоррекционная программа у женщин с соматическими проявлениями позволяет снизить уровень тревожности, чувства вины, страха, гнева.

Психокоррекционная программа у женщин с соматическими проявлениями позволяет снизить уровень тревожности, чувства страха, чувства вины, гнева, что положительно отражается на состоянии здоровья женщин.

В рамках проведенного нами исследования были получены следующие результаты:

У женщин с соматическими проявлениями часто присутствуют симптомы депрессии и тревожности разной выраженности, во многих случаях сильно снижено качество жизни, особенно физический компонент.

За счет грамотно подобранной программы психологической коррекции можно существенно снизить уровень тревожности, чувства вины, страха, гнева, что положительно отразится на состоянии здоровья женщин. Получается, что психокоррекционная работа позволяет минимизировать дискомфортные ощущения, которые испытывает женщина (боль в мышцах, тахикардия и т.д.).

За счет внедрения программы психологической коррекции женщины получили определенный опыт саморегуляции, что позволяет существенно снижать болевые ощущения.

Разработанная нами программа психокоррекции имеет положительный терапевтический эффект, что подтверждается результатами контрольного этапа эксперимента.

После проведенных занятий с женщинами стало заметно, что у них существенно сократилось чувство тревожности, чувства вины, страха, гнева, что положительно отразилось на их состоянии здоровья. Помимо этого, отмечается улучшение эмоционального фона.

Полученные результаты исследования и разработанная психокоррекционная программа могут быть использованы в практической деятельности психолога, работающего с женщинами с соматическими проявлениями.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 299с.
2. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация. М.: Наука, 2006. 314 с.
3. Андреева Г.М. Социальная психология: учебник. М.: Слово, 2006. 300 с.
4. Анохин П. К. Эмоции / под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер // Психология эмоций. - М., 1984. - 486 с.
5. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 267 с.
6. Берн Ш. Гендерная психология / Пер. с англ.; науч. ред. Е.Кораблина. СПб.: Прайм - ЕВРОЗНАК, 2002. 320 с.
7. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. СПб.: 1997. 23 с.
8. Братусь Б.С., Павленко В.Н.. Соотношение структуры самооценки и целевой регуляции деятельности в норме и при аномальном развитии. // Вопросы психологии. 1986. №4. С. 74-78.
9. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском. СПб.: Питер, 2008. 400 с.
10. Вилюнас В.К. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2007. 496 с.
11. Габдреева Г.Ш. Психология состояний. Хрестоматия., под ред. Прохорова А.О. СПб.: Речь, 2004. -608 с
12. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1984. 128 с.
13. Данакин Н.С., Питка С.Н.. Компаративный механизм социальной регуляции. Белгород: Логия, 2003. 276 с.
14. Диагностическая и коррекционная работа школьного психолога / Под ред. И.В. Дубровиной. М., 1987. 66



15. Дикая Л.Г. Становление новой системы психической регуляции в экстремальных условиях деятельности // Принцип системности в психологических исследованиях. М.: Наука, 1990. С. 103-114.
16. Дикая Л.Г. Системно-деятельностная концепция саморегуляции психофизиологических состояний человека // Проблемность в профессиональной деятельности: теория и методика психологического анализа. М.: Наука, 1999. С. 80-81.
17. Дикая Л. Г. Психология саморегуляции функционального состояния субъекта в экстремальных условиях деятельности. М., 2002. 42 с.
18. Дикая Л. Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека (системно- деятельностный подход). М.: Изд-во ИП РАН, 2003. 256 с.
19. Жуковская Л.В., Трошихина Е.Г. Шкала психологического благополучия К. Рифф // Психологический журнал. 2011. Т32. 2. С. 82-93.
20. Зейгарник Б.В., Теории зарубежной психологии. М.: МГУ, 1984. 214 с.
21. Идобаева О.А. К построению модели исследования психологического благополучия личности: психолого-развитийный и психолого-педагогический аспекты // Вестник Томского государственного университета. 2011. №351. С. 128-134.
22. Изард К. Е. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2003. 512 с.
23. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. СПб.: Питер 2003. 544 с.
24. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 412 с. 25. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер, 2001. 392 с.
26. Кон И.С. Социологическая психология. – М.: Московский психологосоциальный институт, 1999. 560 с.
27. Копина О.С., Сулова Е.А, Заикин Е.В., Экспресс-диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников. // Вопросы психологии. 1995. №3. С. 119-133.

28. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития, 9-е изд. СПб.: Питер, 2004. 312 с.
29. Крейдлин Г.Е. Мужчины и женщины в невербальной коммуникации. М.: Языки славянской культуры, 2005. 224 с.
30. Куликов Л. В. Проблема описания психических состояний // Психические состояния. СПб.: Питер, 2001. С. 9-42.
31. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. М.: Просвещение, 1964. 128 с.
32. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы и эмоции М.: 2011. 276 с.
33. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. СПб.: Речь, 2001.
34. Маклаков А.Г. Общая психология. СПб. : Питер, 2002. 421 с.
35. Маслоу, А.Г. Мотивации и личность. СПб.: Питер, 2001. 254 с. 36. Мясищев В.Н. Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека [Электронный ресурс] // <http://www.vashpsiholog.info/myasishev/otnosheniya/5941-2010-10-12-14-24-08.html>.
37. Мясищев В.Н. Психология отношений / под ред. А.А. Бодалева. М., 2011. 242 с.
38. Немов Р.С. Психология: Словарь-справочник: В 2 ч. М.: ВЛАДОСПРЕСС, 2003. Ч 1. 304 с.
39. Новак Н.Г. Основные подходы к определению психологического благополучия личности в современной психологии // Психологический журнал. 2008. №2. С. 21-23.
40. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия // Сборник Материалов III Всероссийского социологического конгресса. М.: Институт социологии РАН, Российское общество социологов, 2008. URL: <http://publications.hse.ru/chapters/78753840>(дата обращения: 10.03.2023).

41. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии. М.: Наука 2008. 311 с.
42. Пономарчук В.А., Толстых А.В. Среднее образование: две критические точки современной школы // Социологические исследования. 1994. №12. С. 61- 64.
43. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: 2000.
44. Прохоров А.О. Методы психической саморегуляции. Казань, 2004. 107 с.
45. Прохоров А. О. Определение понятия «психическое состояние» // Психология состояний: Хрестоматия. СПб.: Речь, 2004. 320 с.
46. Психология физического воспитания и спорта: учеб. пособие для институтов физ. культ. / под ред. Т.Т.Джамгарова. М.: ФиС, 2009. 322 с.
47. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: ООО «Речь», 2001. 350 с.
48. Сидорчик С.В. Психолого-акмеологический подход к проблеме здоровья и создания здоровьесберегающей среды // Мир психологии. 2007. №2. С.128- 139.
49. Симонова Л.В. Межличностные конфликты педагогов и старшеклассников и пути их преодоления : пособие. М.: Просвещение, 2005. 400 с.
50. Скворцова М.В., Якунин В.Е. Практикум по экспериментальной психологии и психологии личности. Самара: Самар. гуманит. академ., 2002. С. 108-111.
51. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. М.: Институт прикладной психологии, 1998. 308 с.
52. Соколенко Е.И. Ценностное отношение к здоровью как педагогическая проблема. // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. Харьков, 2006. № 4. С. 153-157.

53. Сосновикова Ю. Е. Психические состояния человека, их классификация и диагностика. Горький: Издательство Горьковского института, 1975. 322 с.
54. Спилберг Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги// Стресс и тревога в спорте. М., 1983.
55. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С. Ю. Циркина. СПб.: Питер, 2000.752с.
56. Формановская Н. И. Эмоции, чувства, интенции, экспрессия в языковом и речевом выражении / Лингвистический поиск на рубеже веков. М., 2000. 186 с.
57. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Л., 1976. 18 с.
58. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер Пресс, 2002 455 с.
59. Шаховский В.И. Лингвистическая теория эмоций. М.: Гнозис, 2008. 416 с.
60. Цветкова Р.И. Мотивационная сфера личности современного студента. Факторы, условия и средства ее формирования в процессе профессионального становления. Иркутск : 2007. 658 с.
61. Эмоции в языке и речи: Сб. науч. тр. / Отв. ред. И. А. Шаронов. М.: изд-во РГГУ, 2005. 342 с.
62. Эриксон, Э. Детство и общество. М.: Речь, 2004. 312 с. 63. Diener E. Subjective well-being. // Psychological Bulletin. 1984. № 95. P. 542–575. 64. Riff C.D., Keyes C., Lee M. The structure of psychological well-being revisited [Электронный ресурс] // [midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf](http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf) (Дата доступа: 10.03.2023).
63. Яхно Н.Н., Алексеева В.В. Невропатическая боль: клинические наблюдения. - М.: Издательство РАМН, 2009. - 264 с.

Опросник для установления уровней соматических проявлений у женщин в период проживания негативных эмоций

**Цель:** установления уровней соматических проявлений

**Форма проведения:** анкетирование.

Отметьте число, которое отражает частоту появления симптомов в период проживания негативных эмоций.

№	Вопросы	Никогда	Редко (чаще, чем один раз в полгода)	Иногда (чаще, чем один раз в месяц)	Часто (чаще, чем один раз в неделю)	Постоянно
1	Часто ли у вас наблюдается чувство усталости?	1	2	3	4	5
2	Часто ли вы испытываете проблеме с ЖКТ (боли в желудке, изжога, колики, метеоризм и т.д.)?	1	2	3	4	5
3	Часто ли наблюдаются проблемы с мочеиспусканием (недержание мочи и т.д.)?	1	2	3	4	5
4	Часто ли наблюдается учащенное дыхание, нарушение дыхания и т.д.?	1	2	3	4	5
5	Часто ли у вас наблюдаются головные боли, мигрени?	1	2	3	4	5
6	Часто ли наблюдаются у вас проблемы с давлением?	1	2	3	4	5
7	Часто ли наблюдается тяжесть в груди, в районе сердца?	1	2	3	4	5
8	Часто ли у вас наблюдаются проблемы с кожными покровами (покраснения, аллергия, шелушения и т.д.)?	1	2	3	4	5
9	Часто ли у вас наблюдается тремор рук?	1	2	3	4	5

10	Часто ли у вас наблюдаются нарушения менструального цикла?	1	2	3	4	5
11	Часто ли у вас наблюдаются боли в суставах, спине, шее?	1	2	3	4	5

Ключ:

Низкий уровень соматических проявлений: до 37 баллов.

Средний уровень соматических проявлений: от 38 до 48 баллов

Высокий уровень соматических проявлений: от 48 до 55 баллов

Таблица 1 – Уровень тревожности на контрольном и констатирующем этапе исследования

Уровень тревожности	Констатирующий этап эксперимента, чел.	Констатирующий этап эксперимента, %	Контрольный этап эксперимента, чел	Контрольный этап эксперимента, %
Высокий	7	21,43	2	16,7
Средний	4	57,14	4	26,7
Низкий	3	21,43	8	56,6

Таблица 2 – Уровень чувства вины на контрольном и констатирующем этапе исследования

Уровень чувства вины	Констатирующий этап эксперимента, чел.	Констатирующий этап эксперимента, %	Контрольный этап эксперимента, чел	Контрольный этап эксперимента, %
Высокий	7	63,3	2	6,7
Средний	4	26,6	4	16,7
Низкий	3	10,1	8	76,6

Таблица 3 – Уровень чувства страха на контрольном и констатирующем этапе исследования

Уровень чувства страха	Констатирующий этап эксперимента, чел.	Констатирующий этап эксперимента, %	Контрольный этап эксперимента, чел	Контрольный этап эксперимента, %
Высокий	7	60	2	10
Средний	4	26,6	4	23,3
Низкий	3	13,4	8	66,6

Программа психологической коррекции с использованием элементов телесно-ориентированной терапии

**Цель:** Поддержания стабилизированного эмоционального состояния, повышения компонентов качества жизни, снижение уровней тревожности, чувства вины, страха и гнева у женщин с соматическими проявлениями.

**Форма проведения сопровождения:** индивидуальные, групповые занятия.

**Метод проведения психокоррекционной работы:** психологические упражнения.

**Время прохождения психокоррекционной программы:** 2 месяца

**Занятие 1**

*Упражнение 1 («Знакомство»).*

Участники садятся в круг и по очереди начинают называть свое имя и какое-нибудь качество, отражающее сегодняшнее состояние или внешний вид. Следующий участник повторяет имя и названное качество предыдущего и так по кругу до завершения, первый участник повторяет имена и качества все участников соответственно.

*Упражнение 2.*

Участники группы выстраиваются в ряд, повернувшись лицом в одну сторону. Тренер встает около одного из концов ряда. «Все задания мы будем выполнять молча. Надо стремиться выполнить каждое задание как можно быстрее и в то же время как можно точнее. Задание первое: надо расположиться в шеренге так, чтобы здесь, около меня стоял самый высокий из нас, а на противоположном конце шеренге – тот, у кого самый небольшой среди нас рост. Начали». После того как группа выполнила задание, тренер проходит вдоль шеренги и проверяет точность его выполнения. Если задание выполняется в двух группах, можно предложить им взаимно проверить точность выполнения задания. «Задание второе: около меня должен стоять



человек с самыми темными волосами, на противоположном конце шеренги – с самыми светлыми волосами». Можно использовать и другие задания, например: - в начале шеренги должен стоять человек с самыми темными глазами. В конце – с самыми светлыми;

### *Упражнение 3.*

Упражнение выполняется в круге. Участникам предлагается наблюдать за дыханием партнера справа и стараться достичь синхронности своего дыхания с дыханием партнера. При точной синхронизации дыхания вся группа начинает дышать в одном ритме. Нужно дать возможность подышать группе синхронно.

### *Упражнение 4.*

Участники садятся по кругу, тренер стоит в центре круга. «Сейчас у нас будет возможность продолжить знакомство. Сделаем это так: стоящий в центре круга (для начала им буду я) предлагает поменяться местами (пересесть) всем тем, кто обладает каким-то общим признаком. Этот признак он называет. Например, я скажу: «Пересядьте все те, у кого есть сестры», - и все, у кого есть сестры, должны поменяться местами. При этом тот, кто стоит в центре круга, должен постараться успеть занять одно из мест, а тот, кто останется в центре круга без места, продолжит игру. Используем эту ситуация для того, чтобы побольше узнать друг о друге».

Рефлексия 10 минут.

## **Занятие 2**

### *Упражнение 1.*

Все участники садятся парами лицом друг к другу и наблюдают друг за другом в течение 3-х минут, затем поворачиваются спиной друг другу. Ведущий раздает листы бумаги и ручки. Участникам предлагается по пять вопросов, касающихся внешнего вида участника, сидящего в паре. Вопросы сначала задаются относительно одежды и обуви, затем лица партнера.

Например: Какого цвета у вашего партнера рубашка или свитер?; Что надето на ноги, тапки, кеды, туфли...?; и т.п. Затем участники поворачиваются лицом друг к другу и проверяют правильность выполнения задания, аналогично проводится упражнение на запоминание лица партнера. После чего участники обсуждают, что им удалось лучше и было легче запомнить. Упражнение предлагается повторить через несколько занятий.

#### Упражнение 2.

Участники стоят по кругу. «Представим себе, что все мы – атомы. Атомы выглядят так (тренер показывает, согнув руки в локтях и прижав кисти к плечам). Атомы постоянно двигаются и время от времени объединяются в молекулы. Число атомов в молекуле может быть разное, оно будет определяться тем, какое число я назову. Мы все сейчас начнем быстро двигаться по этой комнате, и время от времени я буду говорить какое-то число, например, и тогда атомы должны объединиться в молекулы по 3 атома в каждой.

Молекулы выглядят так (тренер вместе с двумя участниками группы показывает, как выглядит молекула: они стоят лицом друг к другу в кругу, касаясь друг друга предплечьями)». Во время выполнения упражнения, в котором тренер участвует вместе с группой, он не называет таких чисел, когда один участник группы может остаться вне молекулы, например, при общей (вместе с тренером) численности 10 человек. В конце упражнения тренер называет число, равное количеству всех участвующих в упражнении.

#### Упражнение 3.

Участники группы садятся в круг. «Начнем сегодняшний день так: бросая друг другу мяч, будем называть имя того, кому бросаем. Тот, кто получит мяч, принимает любую позу, и все остальные вслед за ним воспроизводят эту позу. После этого тот, у кого находится мяч (и чью позу мы только что воспроизвели), бросает мяч следующему и так далее до тех пор, пока мяч не побывает у каждого из нас». Или «Начнем сегодняшний день так: бросая друг другу мяч, будем называть имя того, кому бросаем. Тот, кто

получит мяч, принимает такую позу, которая отражает его внутреннее состояние, а все остальные, воспроизводя позу, стараются почувствовать, понять состояние этого человека».

#### Упражнение 4.

Участники сидят по кругу. «Начнем сегодняшний день так: встанем (тренер встает, побуждая к тому же всех участников группы) и поздороваемся. Здраваться будем за руку с каждым, никого не пропуская. Не страшно, если с кем-то вы поздороваетесь два раза. Главное – никого не пропустить». После того как все поздоровались и снова встали в круг, тренер говорит: «Внимательно посмотрите друг на друга. Со всеми ли вы поздоровались?».

Упражнение 5. «Касания рук». Участники становятся в круг. «Давайте встанем поближе друг к другу, образуем более тесный круг и все протянем руки к его середине. По моей команде все одновременно возьмемся за руки и сделаем это так, чтобы в каждой руке каждого из нас оказалась чья-то одна рука. При этом постараемся не братья за руки с теми, кто стоит рядом с вами. Итак, давайте начнем. Раз, два, три». После того как тренер убедится, что все руки соединены попарно, он предлагает участникам группы «распутаться», не разнимая рук. Тренер тоже принимает участие в упражнении, но при этом активного влияния на «распутывание» не оказывает. Во время выполнения упражнения достаточно часто возникает идея невозможности решения поставленной задачи. В этом случае тренер должен спокойно сказать: «Эта задача решаемая, распутаться можно всегда». Упражнение может завершиться одним из трех вариантов:

1. Все участники группы окажутся в одном кругу (при этом кто-то может стоять лицом в круг, кто-то спиной, это неважно, главное, чтобы все последовательно образовали круг).

2. Участники группы образуют два или больше независимых круга.

3. Участники группы образуют круги, которые соединены друг с другом, как звенья в цепочке.

Рефлексия 10 минут.

### Занятие 3

#### *Упражнение 1.*

«Раскачивание». Встаньте и попробуйте дать своему телу легко раскачиваться из стороны в сторону, как будто это дерево на ветру. Обратите внимание на движение позвоночника и головы. Продолжайте, сделайте 10-15 таких небольших и спокойных движений, пока вы не заметите связи между этими движениями и вашим дыханием. Затем попробуйте такие же движения взад-вперед. Вы скоро заметите, что движения назад легче и больше, в большинстве случаев, чем движения вперед, во время которых чувствуется некоторое напряжение в лодыжках. Впрочем, точки напряжения могут быть весьма индивидуальными. Теперь раскачивайте тело так, чтобы верхушка головы очерчивала горизонтальные круги. Продолжайте, пока не почувствуете, что вся работа совершается нижней частью ног и все движение может быть почувствовано в лодыжках. Попробуйте теперь снова покачаться из стороны в сторону, потом взад-вперед, потом снова кругами, в ту и в другую сторону, - но теперь вес тела перенесите на правую ногу, в то время как левая касается пола лишь большим пальцем и не принимает участия в движении, кроме помощи в поддержании равновесия, для точности движений и отсутствия помех дыханию. Потом повторите движения с переносом веса тела на левую ногу. Повторите каждое движение от 7 до 12 раз, пока они не будут выполняться максимально плавно и удобно.

#### *Упражнение 2.*

«Движения сидя». Сядьте на край стула. Ноги поставьте на пол, на достаточном расстоянии друг от друга и расслабьте мышцы ног настолько, чтобы колени могли двигаться из стороны в сторону и вперед легким движением лодыжек. В этом положении раскачивайте туловище из стороны в сторону, пока не установится легкое покачивающееся движение, координированное со столь же плавным дыханием. После паузы начните такие

же движения взад-вперед, пока не почувствуете движение тазобедренного сустава и таза и движения коленей взад и вперед. Теперь вращайте туловище так, чтобы верхушка головы описывала круг, причем голова держится на позвоночнике как на палочке. Не должно быть изменений в относительных положениях позвонков; позвоночник движется так, будто снизу он прикреплен к стулу, а голова покачивается на верхнем конце; голова очерчивает круги, как будто это конус, поставленный на основание, голова -конец вращающегося отрезка. Прodelайте то же движение в противоположном направлении, пока прекратятся все препятствия и движение станет непрерывным, текучим и плавным.

### *Упражнение 3.*

«Ритмичные движения колен». Сядьте на кончик стула. Поставьте ноги удобно на пол, далеко друг от друга. Начните двигать коленями, соединяя и разделяя их, пока движения не станут ритмичными, регулярными и легкими. Возьмите себя за волосы на верхушке головы и поднимите в стоячее положение, не прерывая движение коленей. Если тело недостаточно организовано, движение коленей прервется хоть на мгновение, или вы попытаетесь встать в тот момент, когда колени находятся в одном из концов движения - или в наибольшем удалении, или в наибольшем сближении, — в любом из этих положений колени могут остановить движение так, что это незаметно.

Рефлексия 10 минут.

## **Занятие 4**

### *Упражнение 1.*

«Направление движения». Сядьте на кончик стула и положите кончики пальцев правой руки на верхушку головы. Прикосновение должно быть достаточно легким, чтобы иметь возможность различать изменения в напряжении задней части шеи. Поднимайте и опускайте подбородок (посредством движения мышц затылка и шеи) и посмотрите, отметят ли ваши

пальцы движение головы. Увеличьте движение головы вперед и вверх движение тазобедренного сустава, пока ваш зад не поднимется со стула и вы не окажетесь стоящим, но без внезапного увеличения усилия в ногах на какой-либо стадии движения. Вы заметите, что контроль движения с помощью кончиков пальцев и плавное движение вверх к положению стоя организовали мышцы груди таким образом, что ребра и грудь висят на позвоночнике и не закрепляются мышцами.

Чтобы вес грудной клетки был принят позвоночником, и чтобы дыхание было свободным во время всего упражнения, усилия мышц тазобедренного сустава должно быть направлено таким образом, чтобы результирующая сила проходила по самому позвоночнику. Не должно развиваться паразитных сил, которые вызвали бы изменение в угле головы и шеи или искривили спину. Прежде чем это движение может стать точным и эффективным, практика должна создавать в вас чувство легкости и силы-способности, пока вы не перестанете напрягаться в усилиях сдерживать дыхание или напрягать грудь. Тенденция сдерживать дыхание - инстинктивна, это часть стремления предотвратить разрывающие силы или давления, способные сместить позвонки горизонтально, из вертикали столба, который они образуют.

### *Упражнение 2.*

«Рассмотрите состояние своего тела» Лягте на спину. Ноги удобно расположите врозь. Вытяните руки над головой, несколько врозь, так, чтобы левая рука приблизительно составляла прямую линию с правой ногой, а правая рука - с левой ногой. Закройте глаза и попробуйте прочувствовать участки тела, соприкасающиеся с полом. Обратите внимание, как лежат на полу пятки, одинаково ли давление на них и одинаковы ли точки их соприкосновения с полом. Таким же образом прочувствуйте соприкосновение с полом икр, тыла коленей, бедер, ложных ребер, верхних ребер, лопаток. Обратите внимание на расстояние между плечами, локтями, запястьями на полу. Несколько минут изучения покажут вам, что между сторонами тела имеется существенная разница в плечах, локтях, ребрах и т.д. Многие обнаружат, что в таком

положении локти не касаются пола, а висят. Руки не покоятся на полу, и их трудно удерживать в этом положении до конца рассмотрения.

#### *Упражнение 3.*

«Обнаружение скрытой работы мышц». Лягте еще раз и выпрямите руки и ноги как раньше. Может быть, теперь хотя бы тыльная сторона кисти рук будет касаться пола, а может быть, даже локти и верхняя часть рук. Теперь поднимите правое предплечье только движением плеча, настолько, чтобы тыльная сторона кисти оторвалась от пола, делая медленное, бесконечно малое движение. Затем дайте руки снова упасть на пол и лежать. Снова поднимите руку так же, пока тыльная сторона кисти не оторвется от пола, и снова опустите. Повторите это двадцать - двадцать пять раз. Каждый раз после того, как вы подняли и опустили руку, сделайте полную паузу, остановите полностью движение; дайте следующему движению быть новым, совершенно отдельным действием.

#### *Упражнение 4.*

«Координация дыхания и движения». Если вы будете внимательны, вы заметите, что тыльная сторона кисти начинает немного скользить по полу, поскольку рука выпрямляется, прежде чем подняться. После того, как движение будет повторено достаточное количество раз, вы заметите, что оно координируется с ритмом дыхания. Поднимание и «удлинение» руки будет точно совпадать с моментом, когда воздух начинает выходить из легких.

Рефлексия 10 минут.

## **Занятие 5**

#### *Упражнение 1.*

«Объем груди и дыхание». Лягте на спину. Выпрямите ноги, пятки врозь, согните колени. Подошвы будут стоять на полу, как в положении стоя, ноги врозь. Подвигайте коленями, соединяя и разъединяя их несколько раз, пока каждое колено не займет положения в плоскости, проходящей через ступню, по линии от центра пятки до точки между большим пальцем и соседним с ним. Поддерживание коленей в таком положении не требует мышечных усилий. Наберите воздуха в легкие, увеличивая объем груди настолько, чтобы это не вызывало неудобства. Прочувствуйте, лежит ли ваш позвоночник на полу по всей длине на груди, когда она расширяется и грудина отодвигается от позвоночника. Не пытайтесь силой придавить позвоночник к полу, не делайте усилий. Просто наполняйте легкие воздухом, смотрите, как поднимается грудь, и наблюдайте, придавливается ли в это время позвоночник к полу. Прекратите движение. Подождите, пока появится необходимость вдохнуть. Тогда повторите снова, много раз.

#### *Упражнение 2.*

«Нормальное дыхание» Лягте на спину, распрямите руки и ноги, ступнями врозь. Повторяйте попеременные движения груди и живота, не меняя своего обычного ритма дыхания. Возможно делать эти попеременные движения груди и живота вверх-вниз при нормальном дыхании, так же как они выполнялись, задерживая дыхание. Таким образом можно различить движения, существенные для дыхания, и излишние движения, сопровождающие его. Повторите движение 12 раз. Немного отдохнув, повернитесь на живот, вытяните руки над головой, ладонями врозь, вытяните ноги ступнями врозь и проделайте те же движения.

#### *Упражнение 3.*

«Почувствуй середину» Важно пронаблюдать, коснется ли грудь, если ее выдвинуть, земли точно в середине грудины, и то же относительно живота. Это не легко, потому что наши способности к определению таких вещей недостаточно развиты. Человек может полагать, что его тело лежит на земле симметрично, в то время как внешний наблюдатель может ясно видеть, что это



не так. Тем не менее, попробуйте несколько раз. Теперь продолжайте упражнение, но, когда вы выдвигаете грудь, дайте левой стороне более отчетливо соприкоснуться с землей, а когда выдвигаете живот - пусть правая сторона касается земли первой. Вся спина теперь будет двигаться наискось, от правой стороны копчика к левому плечу. После 12 подобных движений повторите предыдущее упражнение, то есть постарайтесь расположить середину груди и живота на земле, и посмотрите, какие изменения возникли в представлении о том, где находится середина. Теперь проделайте 12 движений в противоположном направлении наискось, потом опять поищите середину в каждом движении, и посмотрите, как изменилось ее ощущение. Теперь повернитесь на спину. Повторите попеременное движение груди и живота, и заметьте, как увеличилось движение груди. Отметьте ощущение свободного движения и попробуйте найти те места спины, где движение стало легче, где появилось ощущение освобождения от напряжений.

#### *Упражнение 4.*

«Колебательное движение на спине». Лягте на спину, поднимите плечи от пола, удерживая себя на предплечьях и кистях рук, лежащих параллельно телу. Грудь при этом будет находиться под углом к полу, а голова и плечи - свободны. Опустите голову вниз, пока подбородок не коснется грудины. В этом положении сделайте 12 таких же колебательных движений между грудью и животом. Потом лягте на спину, отдохните, снова поднимитесь на локтях, но теперь пусть голова опустится назад в направлении пола, так что подбородок отходит как можно дальше от грудины. Сделайте 12 таких же колебательных движений, обратите при этом внимание на движение позвоночника. Лягте на спину, наблюдайте за своим дыханием. Теперь должно появиться ясно определяемое улучшение дыхания.

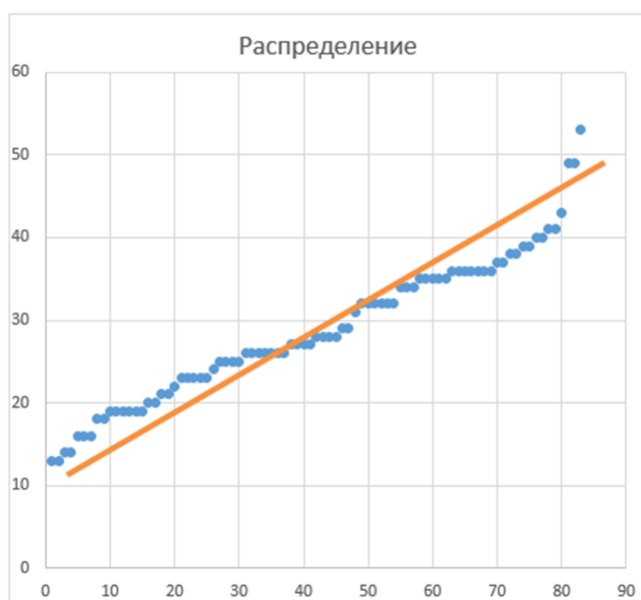
Рефлексия 10 минут.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

### **Статистическая обработка данных после проведения формирующего эксперимента**

Для подтверждения выводов и сравнительного анализа данных мы провели математическую обработку результатов.

Для определения статистической достоверности различий между показателями первичной и повторной диагностик нами была выполнена проверка на нормальность распределения и взят критерий Уилкоксона для связанных выборок – непараметрический статистический критерий, используемый для сравнения двух связанных (парных) выборок по уровню какого-либо количественного признака, измеренного в непрерывной или в порядковой шкале.



Проверка на нормальность распределения показала положительный результат.

T-критерий Уилкоксона в свою очередь используется для оценки различий между двумя рядами измерений, выполненных для одной и той же совокупности исследуемых, но в разных условиях или в разное время.

Данный тест способен выявить направленность и выраженность изменений - то есть, являются ли показатели больше сдвинутыми в одном направлении, чем в другом. Суть метода состоит в том, что сопоставляются абсолютные величины выраженности сдвигов в том или ином направлении.

Для этого сначала все абсолютные величины сдвигов ранжируются, а потом суммируются ранги.

Наглядно результаты расчетов представлены в таблице 7.

Таблица 8– Результаты расчётов Т-критерий Уилкоксона

Шкалы	Вероятность допустимой ошибки	Эмпирическое значение показателя Т-критерия Уилкоксона(критическое для 13-21)	Статистическая достоверность различий(недостоверные/ достоверные)
Методика диагностики измерения уровня тревожности (шкала Дж. Тейлора)	$p < 0,05$	18	достоверные
Методика «Агрессивное поведение» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев)	$p < 0,05$	19	достоверные
Методика В. Леви «Чего мы боимся» (С-тест)	$p < 0,05$	17	достоверные
Методика «Опросник вины» (Guilt Inventory), переведен и адаптирован И. М. Белик	$p < 0,05$	19	достоверные

Классическим примером ситуации, в которой может применяться Ткритерий Уилкоксона для связанных совокупностей, является исследование «до-после», когда сравниваются показатели до и после проведения терапевтических воздействий. Чтобы рассчитать Т-критерий Уилкоксона для связанных выборок, необходимо вычислить разность между значениями парных измерений для каждой исследуемой шкалы, определить, какие из разностей являются типичными. Проранжировать разности пар по их

абсолютным значениям в порядке возрастания. Рассчитать сумму рангов, соответствующих нетипичным сдвигам.

Таким образом, T-критерий Уилкоксона для связанных выборок рассчитывается по следующей формуле:

$$T = \Sigma Rr \quad (1)$$

где  $\Sigma Rr$  - сумма рангов, соответствующих нетипичным изменениям показателя.

Сравниваемые значения первичной и повторной диагностик статистически достоверно различаются с вероятностью допустимой ошибки меньше 0,05 по всем шкалам, что свидетельствует об эффективности реализуемых коррекционных мероприятий.

Данные статистической обработки результатов исследования свидетельствуют о том, что реализуемая коррекционная программа, направленная на психологическую коррекцию женщин с соматическими проявлениями, оказалась эффективной.



# Отчет о проверке

Автор: [mosina16@mail.ru](mailto:mosina16@mail.ru) / ID: 1333764

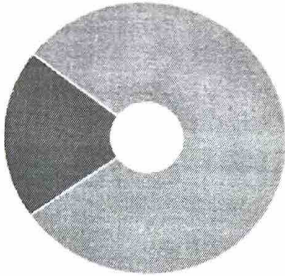
*Мосина*

Проверяющий:

Название документа: Григорьева ТА диссертация для проверки

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕРКИ

Тариф: FREE



Совпадения:  
Не менее 19,73%



Оригинальность:  
Не более 80,27%



Цитирования:  
Недоступно для FREE\*



Самоцитирования:  
Недоступно для FREE\*



«Совпадения», «Цитирования», «Самоцитирования», «Оригинальность» являются отдельными показателями, отображаются в процентах и в сумме дают 100%, что соответствует полному тексту проверяемого документа.



\*Результаты проверки на тарифе FREE являются неполными и ограниченными по сравнению с тарифом FULL и корпоративной версией, так как проверка идет по источникам, добавленным до 15 ноября 2021 года, с использованием урезанных возможностей системы

- **Совпадения** — фрагменты проверяемого текста, полностью или частично сходные с найденными источниками, за исключением фрагментов, которые система отнесла к цитированию или самоцитированию. Показатель «Совпадения» — это доля фрагментов проверяемого текста, отнесенных к совпадениям, в общем объеме текста.
- **Самоцитирования** — фрагменты проверяемого текста, совпадающие или почти совпадающие с фрагментом текста источника, автором или соавтором которого является автор проверяемого документа. Показатель «Самоцитирования» — это доля фрагментов текста, отнесенных к самоцитированию, в общем объеме текста.
- **Цитирования** — фрагменты проверяемого текста, которые не являются авторскими, но которые система отнесла к корректно оформленным. К цитированиям относятся также шаблонные фразы; библиография; фрагменты текста, найденные модулем поиска «СПС Гарант: нормативно-правовая документация». Показатель «Цитирования» — это доля фрагментов проверяемого текста, отнесенных к цитированию, в общем объеме текста.
- **Текстовое пересечение** — фрагмент текста проверяемого документа, совпадающий или почти совпадающий с фрагментом текста источника.
- **Источник** — документ, проиндексированный в системе и содержащийся в модуле поиска, по которому проводится проверка.
- **Оригинальный текст** — фрагменты проверяемого текста, не обнаруженные ни в одном источнике и не отмеченные ни одним из модулей поиска. Показатель «Оригинальность» — это доля фрагментов проверяемого текста, отнесенных к оригинальному тексту, в общем объеме текста.

Обращаем Ваше внимание, что система находит текстовые совпадения проверяемого документа с проиндексированными в системе источниками. При этом система является вспомогательным инструментом, определение корректности и правомерности совпадений или цитирований, а также авторства текстовых фрагментов проверяемого документа остается в компетенции проверяющего.

## ИНФОРМАЦИЯ О ДОКУМЕНТЕ

Номер документа: 306

Тип документа: Не указано

Дата проверки: 08.12.2023 07:34:37

Дата корректировки: Нет

Комментарий: не указано

Количество страниц: 24

Символов в тексте: 116542

Слов в тексте: 13979

Число предложений: 874



## РЕЦЕНЗИЯ

на выпускную квалификационную работу  
ГРИГОРЬЕВОЙ ТАТЬЯНЫ АНАТОЛЬЕВНЫ

тема «ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК СРЕДСТВО  
СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 25-30 ЛЕТ С  
СОМАТИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ПЕРИОД ПРОЖИВАНИЯ  
НЕГАТИВНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ»

по направлению подготовки 44.04.02. Психолого-педагогическое  
образование, направленность (профиль) образовательной программы  
Мастерство психологического консультирования

Магистерская диссертация Григорьевой Т.А. посвящена значимой для психолого-педагогической практики проблеме, а именно разработке, апробации и внедрению программы психологической коррекции для женщин с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоциональных состояний, которая направлена на снижение уровня эмоциональных состояний и их соматических проявлений. Во введении автором обоснована актуальность исследования, грамотно определены объект и предмет исследования, сформулирована гипотеза исследования, определены его задачи и методы.

Работа имеет структуру, обусловленную логикой исследования. В теоретической части работы Т.А. Григорьева проанализировала литературу по изучаемой проблеме, раскрыла понятие эмоционального состояния; рассмотрела специфику проживания негативных эмоциональных состояний женщин в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями и возможности оказания психологической помощи. Выводы, сделанные в теоретической части легли в основу опытно-экспериментальной работы.

Во второй главе Татьяна Анатольевна представляет результаты экспериментальной работы: выявляет возможности оказания психологической помощи женщинам в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоциональных состояний. Проведенный автором констатирующий этап исследования позволил выявить выраженность негативных эмоциональных состояний и соматических проявлений у женщин. Разработанные мероприятия обеспечили снижение уровня негативных эмоциональных состояний и соматических проявлений у женщин. Достоверность результатов подтверждена применением методов математической статистики. В качестве вопросов для дискуссии хотелось отметить:

1. Уточните, в какой форме была оказана психологическая помощь представителям выборки? В теме заявлено, что осуществлялось «психологическое консультирование как средство сопровождения...», в то же время в формирующей части работы автор описывает систему психологической коррекции с использованием элементов телесно-ориентированной терапии.

2. Как учитывалось соматическое состояние женщин, участвующих в исследовании? Использовались ли данные медицинских исследований? Как отслеживалась динамика соматического состояния испытуемых?

3. Автор указывает, что психологическая помощь испытуемым оказывалась в период проживания ими негативных эмоциональных состояний. Учитывались ли причины возникновения данных эмоциональных состояний при осуществлении консультативной и коррекционной работы?

По своим формальным характеристикам: стилю, форме, логике изложения, используемым методам, работа полностью соответствует требованиям к магистерским диссертациям.

В целом, оценивая диссертацию Т.А. Григорьевой как самостоятельное, завершённое исследование, выдержанное в требованиях к данному типу работ, рекомендуем положительную оценку, а автору - присуждение искомой степени магистра

**Рецензент:**

канд, психол. наук, доцент,  
доцент кафедры психологии  
Красноярского государственного педагогического  
университета им. В.П. Астафьева



Л.В. Арамачева



**ОТЗЫВ**  
**НАУЧНОГО РУКОВОДИТЕЛЯ**  
**НА МАГИСТЕРСКУЮ ДИССЕРТАЦИЮ**

**Григорьевой Татьяны Анатольевны**  
*Ф.И.О. магистранта*  
**44.04.02 Психолого-педагогическое образование**  
**Мастерство психологического консультирования**

**Психологическое консультирование как средство сопровождения женщин в возрасте 25-30 лет с соматическими проявлениями в период проживания негативных эмоциональных состояний.**

*тема выпускной квалификационной работы*

В процессе выполнения выпускной квалификационной работы магистрант освоил(а) следующие компетенции:

Формируемые Компетенции	Базовый уровень сформированности компетенций	Высокий уровень сформированности компетенций	Продвинутый уровень сформированности компетенций
УК-1 способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий			+
УК-2 способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла			+
УК-3 способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели			+
УК-4 способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия			+
УК-5 способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия			+
УК-6 способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки			+
ОПК-1 способен осуществлять и оптимизировать			+



профессиональную деятельность в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере образования и нормами профессиональной этики			
ОПК-2 способен проектировать основные и дополнительные образовательные программы и разрабатывать научно-методическое обеспечение их реализации			+
ОПК-3 способен проектировать организацию совместной и индивидуальной учебной и воспитательной деятельности обучающихся, в том числе с особыми образовательными потребностями			+
ОПК-4 способен создавать и реализовывать условия и принципы духовно-нравственного воспитания обучающихся на основе базовых национальных ценностей			+
ОПК-5 способен разрабатывать программы мониторинга результатов образования обучающихся, разрабатывать и реализовывать программы преодоления трудностей в обучении			+
ОПК-6 способен проектировать и использовать эффективные психолого-педагогические, в том числе инклюзивные, технологии в профессиональной деятельности, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания обучающихся с особыми образовательными потребностями			+
ОПК-7 способен планировать и организовывать взаимодействия участников образовательных отношений			+
ОПК-8 способен проектировать педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний и результатов исследований			+
ПК-1 способен к проектированию, реализации и экспертизе программ психологического сопровождения в образовании и социальной сфере			+
ПК-2 способен к планированию и проведению научных исследований в образовании и социальной сфере			+
ПК-3 способен к просветительской деятельности			+

отношений			
ПК-4 способен консультировать субъектов образовательного процесса по психологическим проблемам обучения и развития различных контингентов обучающихся, вопросам самопознания, профессионального самоопределения, личностным проблемам, в том числе, кризисным состояниям, вопросам взаимоотношений в коллективе и другим вопросам			+

В процессе работы Татьяна Анатольевна продемонстрировала продвинутый уровень сформированности проверяемых компетенций.

Магистрант при выполнении выпускной квалификационной работы проявила себя как самостоятельный, активный, целеустремленный, организованный, ответственный исследователь, способный к тщательному анализу научной литературы, выделению исследовательской проблемы в профессиональной деятельности, тщательному планированию исследования, анализу и интерпретации данных, построению консультативной деятельности. Татьяна Анатольевна показала отличные коммуникативные способности, способности к самоорганизации, высокий уровень эмпатии. Считаем важным итогом работы профессиональный и личностный рост автора.


Содержание ВКР соответствует предъявляемым требованиям.  
соответствует /не соответствует

Структура ВКР соответствует предъявляемым требованиям.  
соответствует /не соответствует

Оформление ВКР соответствует предъявляемым требованиям.  
соответствует /не соответствует

Выпускная квалификационная работа рекомендуется к защите.

Научный руководитель

 / Н. А. Мосина  
(подпись)

**Согласие**  
**на размещение текста выпускной квалификационной работы,**  
**научного доклада об основных результатах подготовленной**  
**научно-квалификационной работы**  
**в ЭБС КГПУ им. В.П. АСТАФЬЕВА**

Я. ГРИГОРЬЕВА ТАТЬЯНА АНАТОЛЬЕРНА  
(фамилия, имя, отчество)

разрешаю КГПУ ИМ. В.П. Астафьева безвозмездно воспроизводить и размещать (доводить до всеобщего сведения) в полном объеме и по частям написанную мною в рамках выполнения основной профессиональной образовательной программы выпускную квалификационную работу, научный доклад об основных результатах подготовленной научно-квалификационной работы (далее ВКР/НКР)  
(нужное подчеркнуть)

на тему: Психологическое консультирование как средство сопровождения

ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 25-30 ЛЕТ С СОМАТИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ПЕРИОД ПРОЖИВАНИЯ  
НЕГАТИВНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИИ

(название работы) (далее - работа) в ЭБС КГПУ им. В.П.АСТАФЬЕВА, расположенном по адресу <http://elib.kspu.ru>, таким образом, чтобы любое лицо могло получить доступ к ВКР/НКР из любого места и в любое время по собственному выбору, в течение всего срока действия исключительного права на работу.

Я подтверждаю, что работа написана мною лично, в соответствии с правилами академической этики и не нарушает интеллектуальных прав иных лиц.

09.12.2025

дата



подпись