

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В. П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Щепочкина Елена Игоревна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ТРЕВОГИ
ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Направление подготовки 37.04.01 Психология
Направленность (профиль) образовательной программы
Психологическое консультирование и психотерапия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующий кафедрой

доктор психол. наук, доцент Е.А. Черенева
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

Е.А. Черенева
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

канд. психол. наук, доцент Н.Ю. Верхотурова
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

06.12.2024 Н.Ю. Верхотурова
(дата, подпись)

Научный руководитель

канд. психол. наук Н.Г. Иванова
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

06.12.2024 Н.Г. Иванова
(дата, подпись)

Обучающийся Е.И.Щепочкина
(фамилия, инициалы)

Е.И.Щепочкина 06.12.2024
(дата, подпись)

Красноярск, 2024

РЕФЕРАТ

Магистерская диссертационная работа изложена на 116 страницах машинописного текста и состоит из введения, трех глав, выводов, заключения, библиографии и 3 приложений. В тексте диссертации приводится 34 рисунка и 23 таблицы. В библиографии 121 источник.

Цель исследования. Теоретически обосновать, разработать и экспериментально проверить эффективность психологической программы коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации.

Объект исследования: Тревожные состояния личности.

Предмет исследования: Психологическая программа коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации.

Гипотезой исследования: Предполагаем, что пациенты отделения медицинской реабилитации имеют высокий уровень тревоги. Полагаем, что предложенная нами психологическая программа, включающая методы арт-терапии, рациональной психотерапии, позволит снизить их уровень тревоги.

В исследования использовались следующие **методы исследования:** теоретические (анализ литературы по проблеме исследования); организационные (сравнительный метод, комплексный метод); эмпирические (беседа, наблюдение, опрос, анкетирование); экспериментальные (констатирующий, формирующий и контрольный эксперименты), методы количественной и качественной обработки данных и интерпретационные методы исследования.

Теоретической и методологической основой исследования: являлись научные положения отечественной и зарубежной психологии: исследование взаимосвязи тревоги с соматическим состоянием отражена в

научных трудах О.С.Левин, Л.С.Выготский, В.В.Николаев, А.Б.Смулевич, теоретические и практические подходы, исследования проблемы тревоги в психологии представлены в работах К.Хорни, З.Фрейд, Р.А.Лурия, А.Адлер, А.М.Прихожан, научные работы проблемы исследования тревоги в медицине представлены такими авторами как Г.Селье, Н.А.Бернштейн, В.В.Макаров, Е.И.Чазов, Ю.А.Александровский.

С целью реализации исследования нами были отобраны следующие **психодиагностические методики**: Теоретические методы представляют собой обобщение и анализ разных литературных источников по проблеме исследования. Эмпирический (констатирующий, формирующий, контрольный этапы эксперимента, психодиагностические методы – тестирование). Методы количественной, качественной обработки данных и интерпретационные методы.

Психодиагностические опросники:

1. Шкала самооценки Цунге (Zung Self-Rating Depression Scale, адаптированная Т.И. Балашовой).
2. Шкала диагностики ситуативной и личностной тревожности (State-Trait Anxiety Inventory- STAI) Спилбергера-Ханина.
3. Госпитальная шкала Тревоги и Депрессии (HADS). (The hospital Anxiety and depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.)

Организация исследования: является краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», отделение медицинской реабилитации. В исследовании приняли участие испытуемые в возрасте от 45 до 55 лет в количестве 80 человек.

Научная новизна исследования: Разработана и предложена психологическая программа коррекции (сопровождения) с использованием приемов арт терапии (вокалотерапии), техник релаксации в сочетании с рациональной психотерапией, для смягчения тревожных состояний пациентов на фоне проводимых реабилитационных мероприятий.

Теоретическая значимость исследования: Разработана и обоснована психологическая программа коррекции (сопровождения) с использованием приемов арт терапии (вокалотерапии), техник релаксации в сочетании с рациональной психотерапией, для смягчения тревожных состояний пациентов отделения медицинской реабилитации на фоне проводимых реабилитационных мероприятий. Исследование заключается в том, что его результаты позволяют расширить и углубить научные представления об особенностях тревожности пациентов отделения медицинской реабилитации.

Практическая значимость исследования: разработана психологическая программа коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации с использованием метода арт-терапии (вокалотерапии), техник мышечной релаксации в сочетании с рациональной психотерапией. Полученные результаты исследования и разработанная программа могут быть использованы в работе психологами, работающими с пациентами медицинской реабилитации. Кроме этого, обучение элементам данного метода психокоррекции позволяет использовать этот подход в качестве средства самопомощи.

Сведения об апробации результатов исследования: по материалам данной магистерской диссертации опубликованы 2 научных статьи:

1. Щепочкина Е.И. Особенности развития тревожности у пациентов, после хирургического лечения суставов нижних конечностей в раннем реабилитационном периоде / LXXXIX Международная научно-практическая конференция «Современная психология и педагогика: проблемы и решения» (в печати).

2. Щепочкина Е.И. Эмпирическое исследование тревожности пациентов после хирургического лечения суставов нижних конечностей в период ранней реабилитации / LXXXIX Международная научно-практическая

конференция «Современная психология и педагогика: проблемы и решения» (в печати).

Структура и объём магистерской диссертации: Работа состоит из введения, трех глав, выводов, заключения, библиографии (в количестве 121 источника), приложение. Работа проиллюстрирована 23 таблицами, 34 гистограммами.

ABSTRACT

The purpose of the study: To theoretically substantiate, develop and experimentally test the effectiveness of a psychological program for correcting anxiety in patients of the Department of medical rehabilitation against the background of ongoing rehabilitation measures.

The object of the study: Anxiety states of personality.

The subject of the study: is a psychological program for correcting anxiety in patients of the Department of medical rehabilitation.

The hypothesis of the study: We assume that patients of the department of medical rehabilitation have a high level of anxiety. We believe that the psychological program we have proposed, which includes methods of art therapy and rational psychotherapy, will reduce their anxiety level.

The following research methods were used in the research: theoretical (analysis of literature on the research problem); organizational (comparative method, complex method); empirical (conversation, observation, survey, questionnaire); experimental (ascertaining, forming and control experiments), methods of quantitative and qualitative data processing and interpretative research methods.

The theoretical and methodological main research: the scientific provisions of domestic and foreign psychology were: the study of the relationship of anxiety with a somatic state is reflected in the scientific works of O.S.Levin, L.S.Vygotsky, V.V.Nikolaev, A.B.Smulevich, theoretical and practical approaches, research on the problem of anxiety in psychology are presented in the works of K.Horney, Z.Freud, R.A.Luria, A.Adler, A.M.Parishioners, scientific works on the problems of anxiety research in medicine are presented by such authors as G.Selye, N.A.Bernstein, V.V.Makarov, E.I.Chazov, Yu.A.Alexandrovsky.

In order to implement the research, we selected the following psychodiagnostic **methods**: Theoretical methods are a generalization and analysis of various literary sources on the research problem. Empirical (ascertaining, forming, control stages of the experiment, psychodiagnostic methods – testing). Methods of quantitative and qualitative data processing and interpretative methods.

Psychodiagnostic questionnaires:

1. The Zung Self-Rating Depression Scale, adapted by T.I. Balashova.
2. The Spielberger-Khanin scale for the diagnosis of situational and personal anxiety (State-Trait Anxiety Inventory-STAI).
3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). (The hospital Anxiety and depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.)

The organization of the study: is the regional state budgetary healthcare institution "Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after N.S. Karpovich", department of medical rehabilitation. The study involved 80 subjects aged 45 to 55 years old.

Scientific novelty of the study: A psychological correction (support) program has been developed and proposed using art therapy techniques (vocalotherapy), relaxation techniques in combination with rational psychotherapy, to alleviate the anxiety of patients against the background of ongoing rehabilitation measures.

The theoretical significance of the study: has been developed and substantiated a psychological correction program (support) using art therapy techniques (vocalotherapy), relaxation techniques in combination with rational psychotherapy, to alleviate the anxiety states of patients of the department of medical rehabilitation against the background of ongoing rehabilitation measures. The research lies in the fact that its results allow us to expand and deepen scientific understanding of the peculiarities of anxiety in patients of the department of medical rehabilitation. The results of the work can be used as a theoretical and methodological basis for future research in the field of this problem.

Practical significance of the study: a psychological program for correcting anxiety in patients of the department of medical rehabilitation using the method of

art therapy (vocalotherapy), muscle relaxation techniques in combination with rational psychotherapy has been developed. The obtained research results and the developed program can be used in the work of psychologists working with patients of medical rehabilitation.

Information about the approbation of the research results: 2 scientific articles have been published based on the materials of this master's thesis:

1. Shchepochkina E.I. Features of the development of anxiety in patients after surgical treatment of joints of the lower extremities in the early rehabilitation period / LXXXIX International scientific and practical Conference "Modern Psychology and pedagogy: problems and solutions" (in print).

2. Shchepochkina E.I. Empirical study of anxiety in patients after surgical treatment of joints of the lower extremities during early rehabilitation / LXXXIX International scientific and practical Conference "Modern Psychology and pedagogy: problems and solutions" (in print).

The structure and scope of the master's thesis: The work consists of an introduction, three chapters, conclusions, conclusion, bibliography (121 sources), appendix. The work is illustrated with 23 tables and 34 histograms.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ТРЕВОГИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	9
1.1. Проблема изучения тревоги в работах отечественных и зарубежных авторов.....	9
1.2. Особенности проявления тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации.....	14
1.3. Арт-терапия, техники релаксации в сочетании с рациональной психотерапией в коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации.....	18
Выводы по первой главе.....	27
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ИССЛЕДОВАНИЮ ТРЕВОГИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	29
2.1. Организация и методы исследования.....	29
2.2. Результаты констатирующего этапа эксперимента.....	32
Выводы по второй главе.....	50
ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОГИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	51
3.1. Организация формирующего этапа эксперимента.....	51
3.2. Содержание психологической программы коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации.....	54
3.3. Результаты контрольного этапа эксперимента.....	58
Выводы по третьей главе.....	79
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	80
БИБЛИОГРАФИЯ.....	82
ПРИЛОЖЕНИЕ	94

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Сегодняшняя действительность показывает, что чувство беспокойства возникает достаточно часто. Это особенно актуально для тех, кто проходит этап восстановления после операций на суставы. Процент пациентов, переживающих такие нарушения, варьируется от 23% до 73%.

Важность раннего выявления и корректировки беспокойства, а также психологическая поддержка в процессе реабилитации после хирургического вмешательства сейчас находятся в центре внимания специалистов психологии. В области лечения внедряется система, которая предусматривает быстрое возвращение пациентов к обычной жизни после замены суставов. Основные её пункты:

- кратковременное пребывание в стационаре (4 – 7 дней);
- интенсивная реабилитационная программа сразу после операции.

Такой подход ускоряет адаптацию, но также может спровоцировать нервные состояния и психический дискомфорт. Беспокойство пациента влияет на эффективность и качество периода восстановления.

Фокусирование на собственном дискомфорте становится преградой для активной реабилитации. Лечение и восстановительные меры могут вызвать психологические расстройства, такие как тревожность и депрессия. В этот период применение коррекционных психологических методик становится обязательным. Программа поддержки должна быть адаптирована под каждого пациента индивидуально.

Психологическое состояние пациента во время реабилитации оказывает сильное влияние. Если пациент нервничает, он может меньше двигаться или избегать нагрузок, не понимая важности своего участия в процессе восстановления. Стресс, беспокойство и депрессия:

- ухудшают результаты реабилитации;
- могут нарушить работу органов и систем организма;

– могут привести к невротическим расстройствам и усугублению соматических заболеваний.

Известно, что тревожность мешает восстановлению и адаптации пациентов. Однако в сфере психологии не хватает разработанных программ поддержки и методик по снижению беспокойства для людей, находящихся на реабилитации. Профилактика тревожности включает:

- своевременное психологическое тестирование;
- коррекцию беспокойства;
- сопровождение пациентов психологом.

Вопрос коррекции беспокойства исследован различными специалистами, включая Н.А. Бернштейна, Р.А. Лурию, Л.С. Выготского. Существует множество методов и техник для преодоления этого состояния, большинство из которых направлены на устранение симптомов. Ищутся более эффективные методы работы с тревожностью и связанными с ней расстройствами (А.Б. Смулевич). Важно учитывать личностные особенности при лечении тревожных расстройств.

Анализ актуальности исследуемой проблемы подтверждает, что существует несоответствие между потребностью в коррекции беспокойства и разработанными подходами для её решения.

Проблема исследования: несоответствие между высокой потребностью в своевременной коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации и недостаточно разработанными подходами для решения существующей проблемы.

Цель исследования: Теоретически обосновать, разработать и экспериментально проверить эффективность психологической программы коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации.

Объект исследования: Тревожные состояния личности.

Предмет исследования: Психологическая программа коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации.

Гипотеза исследования: Пациенты отделения медицинской реабилитации имеют высокий уровень тревоги. Полагаем, что предложенная нами психологическая программа, включающая методы арт-терапии, рациональной психотерапии, позволит снизить их уровень тревоги.

Поставленная цель исследования предусматривается решение конкретных задач:

1. Провести теоретический анализ научной литературы по проблеме исследования;
2. Подобрать диагностические методики и эмпирическим путем выявить уровень тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации;
3. Разработать и апробировать психологическую программу коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации, оценить ее результативность.

Теоретико-методологическая основа исследования: исследование взаимосвязи тревоги с соматическим состоянием отражена в научных трудах О.С.Левин, Л.С.Выготский, В.В.Николаев, А.Б.Смулевич, теоретические и практические подходы, исследования проблемы тревоги в психологии представлены в работах К.Хорни, З.Фрейд, Р.А.Лурия, А.Адлер, А.М.Прихожан, научные работы проблемы исследования тревоги в медицине представлены такими авторами как Г.Селье, Н.А.Бернштейн, В.В.Макаров, Е.И.Чазов, Ю.А.Александровский.

Методы исследования. Теоретические методы представляют собой обобщение и анализ разных литературных источников по проблеме исследования. Эмпирический (констатирующий, формирующий, контрольный этапы эксперимента, психодиагностические методы – тестирование). Методы количественной, качественной обработки данных и интерпретационные методы.

Психодиагностические методы. Психодиагностические опросники:

1. Шкала самооценки Цунге (Zung Self-Rating Depression Scale, адаптированная Т.И. Балашовой).

2. Шкала диагностики ситуативной и личностной тревожности (State-Trait Anxiety Inventory- STAI) Спилбергера-Ханина.

3. Госпитальная шкала Тревоги и Депрессии (HADS). (The hospital Anxiety and depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.)

Опытно-экспериментальной базой исследования является краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», отделение медицинской реабилитации. В исследовании приняли участие испытуемые в возрасте от 45 до 55 лет в количестве 80 человек.

Этапы проведения исследования:

Первый этап – Осуществлялся подбор, изучение и анализ психологической, педагогической и специальной литературы по проблеме исследования. Определялись теоретические и методологические основы работы, цели и задачи; уточнялись объект и предмет исследования. Написание первой главы работы (сентябрь 2022 – май 2023 г.).

Второй этап – Подбор диагностического инструментария. Проведение констатирующего этапа эксперимента с количественным и качественным анализом полученных результатов исследования по выявлению уровня тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации (сентябрь 2023 – ноябрь 2023г.).

Теоретическое обоснование, разработка и реализация психологической программы коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации (декабрь 2023 – март 2024 г.).

Контрольный этап эксперимента. Сравнительный количественный и качественный анализ полученных результатов исследования. Определение эффективности реализации психологической программы коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации (апрель 2024 – май 2024г.).

Третий этап – Формулирование выводов, оформление текста выпускной квалификационной работы (сентябрь – октябрь 2024г.).

Научная новизна исследования. Разработана и предложена психологическая программа коррекции (сопровождения) с использованием приемов арт терапии (вокалотерапии), техник релаксации в сочетании с рациональной психотерапией, для смягчения тревожных состояний пациентов на фоне проводимых реабилитационных мероприятий.

Теоретическая значимость. Разработана и обоснована психологическая программа коррекции (сопровождения) с использованием приемов арт терапии (вокалотерапии), техник релаксации в сочетании с рациональной психотерапией, для смягчения тревожных состояний пациентов отделения медицинской реабилитации на фоне проводимых реабилитационных мероприятий. Исследование заключается в том, что его результаты позволяют расширить и углубить научные представления об особенностях тревожности пациентов отделения медицинской реабилитации.

Практическая значимость. Разработана психологическая программа коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации с использованием метода арт-терапии (вокалотерапии), техник мышечной релаксации в сочетании с рациональной психотерапией. Полученные результаты исследования и разработанная программа могут быть использованы в работе психологами, работающими с пациентами медицинской реабилитации. Кроме этого, обучение элементам данного метода психокоррекции позволяет использовать этот подход в качестве средства самопомощи.

Сведения об апробации результатов исследования: по материалам данной магистерской диссертации опубликованы 2 научных статьи:

1. Щепочкина Е.И. Особенности развития тревожности у пациентов, после хирургического лечения суставов нижних конечностей в раннем реабилитационном периоде / LXXXIX Международная научно-практическая конференция «Современная психология и педагогика: проблемы и решения» (в печати).

2. Щепочкина Е.И. Эмпирическое исследование тревожности пациентов после хирургического лечения суставов нижних конечностей в период ранней реабилитации / LXXXIX Международная научно-практическая конференция «Современная психология и педагогика: проблемы и решения» (в печати).

Структура, объем магистерской диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, выводов, заключения, библиографии (в количестве 121 источника), приложение. Работа проиллюстрирована 23 таблицами, 34 гистограммами.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОГИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1.1. Проблема изучения тревоги в работах отечественных и зарубежных авторов

Тревогу и тревожность изучали многие отечественные и зарубежные авторы, такие как: Н.Д. Левитов, Р. Лазарус, Ю.М. Ханин, Ф.Б. Березин, А.М. Прихожан, А.Б. Смулевич, Ю.А. Александровский, А.С. Аведисова, В.Е. Медведев, Е.И. Чазов, С.Кьеркегор, З.Фрейд, А.Адлер, Г.Селье, К.Хорни, Ч.Спилбергер и другие.

Изучение вопроса беспокойства охватывает несколько аспектов:

- Философско-психологический;
- Психологический;
- Физиологический;
- Клинический.

Определение понятия "беспокойство" применяется в двух тесно связанных контекстах, охватывающих разные научные трактовки [4, 8]:

1. Беспокойство – это чувство эмоционального неудобства, связанное с прогнозированием неприятностей и предвкушением потенциальной опасности (по "Большому психологическому словарю"), [67].

2. Беспокойство – это испытываемые негативные эмоции, которые не связаны с определенными происшествиями (согласно мнениям других специалистов).

Такое состояние:

- Всегда предвкушает что-то угрожающее и направлено в будущее;
- Появляется при недостатке информации;
- Сопровождается вероятностью неблагоприятных событий;

– Имеет обобщенную природу, отсутствует конкретизация переживаний, источник опасности не ясен, реальной угрозы нет.

Главной причиной беспокойства является опасение провалов в социальном общении. [23, 74, 75].

С точки зрения психоаналитической теории беспокойство возникает из-за снижения эффективности защитных функций, неспособности удержать подавленные в подсознание болезненные порывы, мысли, действия и воспоминания, которые затем всплывают наружу, вызывая тревожность.

З. Фрейд видел в тревоге страх перед неопределенным, иррациональным, неподдающимся контролю, глубинным.

В философии экзистенциализма С.Кьеркегора беспокойство рассматривается как механизм, инициирующий процесс вытеснения, защищая человека от болезненных ощущений [38, 86].

К.Хорни в рамках социокультурного подхода к личности анализирует беспокойство как следствие нарушения отношений между родителями и детьми. В условиях недостатка родительского внимания и чувства безопасности в детстве возникает агрессия к родителям, которая со временем превращается в глубоко укоренившееся беспокойство [86, 107].

А. Адлер в своей индивидуальной психологии определял беспокойство как признак невроза, возникающего вследствие постоянного чувства угрозы для самооценки, усиленного из-за чрезмерной восприимчивости, вытекающей из неправильного воспитания [54, 86]. Тревожные Реакции:

Основные аспекты тревоги:

- Оповещение о потенциальной угрозе;
- Стимулирование к выявлению и уточнению источника опасности;
- Защитная роль тревоги, связанная с модификацией поведенческих паттернов и активацией психических адаптивных механизмов.

Снижение уровня беспокойства воспринимается как достаточное и реализуемое поведение для адаптации [10, 95].

Виды проявления тревоги:

- «Объективно обоснованная» – возникает в реально угрожающих обстоятельствах;

- «Необоснованная» – появляется, когда угрозы нет;

- С точки зрения поведения – приводит к сбою в действиях, снижает их результативность, вызывает суету и волнение;

- Физиологически – активирует автономную нервную систему, увеличивает возбудимость, артериальное давление, усиливает сердцебиение и дыхание, увеличивает объем кровообращения;

- Психически – вызывает ощущение беспомощности, стресса, сомнений в собственных силах и преувеличение внешних угроз;

- По устойчивости – разделяется на ситуационную и характерологическую.

Ситуационная (реактивная) тревога:

- Появляется при непосредственной опасности;

- Выступает как временное чувство или реакция на стрессовые обстоятельства, воспринимаемые как небезопасные;

- Имеет переменчивую силу воздействия;

- Сопровождается неприятными ощущениями и колеблется во времени

[7, 49].

Характерологическая тревога:

- Заключается в повышенной предрасположенности к волнению из-за реальных и воображаемых рисков;

- Является индивидуальной чертой, выраженной в склонности к постоянным и сильным чувствам, с низким порогом возникновения;

- Отличается постоянством;

- Проявляется высокой реактивностью в ситуациях, которые не несут серьезной угрозы, но воспринимаются как таковые [70, 94, 96]. Беспокойство как черта характера складывается, если человек часто и интенсивно чувствует тревогу. Оно проявляется следующим образом:

- чувством напряжения в обыденных ситуациях, которые фактически безопасны,
- ощущением тревожности и подавленности,
- восприятием окружающего мира как враждебного и проблемами в общении с другими,
- как устойчивое явление, способное сохраняться долгое время.

Поведенческие реакции на тревогу могут быть связаны с психологическими механизмами защиты.

Люди с неустойчивой нервной системой часто обладают тревожностью как чертой темперамента, что проявляется в:

- низком пороге возникновения тревоги,
- развитии личностных особенностей и переходе в состояние тревоги при негативных условиях,
- связи с такими чертами, как склонность к негативу, замкнутость, тревожность, эмоциональная уязвимость,
- склонности к беспокойству и ипохондрии как к характеристикам определенных типов личности.

Особенности личности могут влиять на восприятие человеком своего физического заболевания.

Тревога – это сложное эмоциональное состояние, включающее в себя:

- основную эмоцию страха и другие чувства, такие как вина, стыд, боль, гнев,
- возникает без конкретного повода,
- вызывает реакцию более сильную, чем сам стрессовый фактор,
- может приводить к потере активности.

Сила тревожной реакции соотносится со значением, которое человек придаёт ситуации. С увеличением тревоги наблюдаются изменения в эмоциональном состоянии.

Ф.Б. Березин описал внутренние переживания, выделил феномен тревожности и разработал её классификацию, в которую вошло шесть уровней.

Таблица 1. Градация тревожного ряда в зависимости от уровня интенсивности тревожной реакции, по Ф.Б. Березину

уровень интенсивности тревоги	характер проявления
1	наибольшая адаптационная значимость, ощущения внутренней напряженности, дискомфорта, настороженности,
2	гиперстезические реакции, не дифференцированное реагирование, раздражительность
3	тревога с переживанием неопределенной опасности
4	чувство неопределенной опасности связывается с определенными предметами, приобретая конкретное звучание в виде страха;
5	тревога проявляется в ощущении «неотвратимости надвигающейся катастрофы»
6	тревожно-боязливое возбуждение, дезорганизацией поведения и деятельности

В медицинских учреждениях, особенно в экстренных отделениях и больницах, часто не уделяют должного внимания тревожным состояниям пациентов. Нередко врачи сталкиваются со следующими недочетами:

- Отсутствие оперативной диагностики психического состояния;
- Нехватка мер по уменьшению тревожности;
- Недостаточная профилактика усиления беспокойства;
- Недостаток психологической поддержки больных.

Эти проблемы могут усложнить лечение физических недугов. Тревожные расстройства и стресс могут влиять на развитие и усугубление многих заболеваний, включая сердечно-сосудистые недуги, ухудшение состояния при сахарном диабете, метаболическом синдроме и гипертонии.

Обзор научных источников указывает на то, что эмоциональные напряжения активизируют работу всех систем организма и могут вызывать отрицательные физиологические реакции. Продолжительное воздействие стресса со временем может привести к развитию психических нарушений и физических болезней.

1.2. Особенности проявления тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации

Активное восстановление больных в период терапии и во время реабилитационных занятий происходит быстро, что становится ключевой причиной внешнего давления, из-за которого люди чувствуют психический дискомфорт и у них повышается уровень беспокойства.

Усиление беспокойства приводит к плохому психоэмоциональному состоянию, негативно сказывающемуся на эффективности и исходах восстановления после лечения.

Внешние причины, которые мешают процессу выздоровления, включают:

- старшую возрастную группу больных;
- наличие других заболеваний;
- проблемы с памятью и мышлением;
- недостаток знаний о реабилитации;
- ошибочные убеждения о предстоящем лечении;
- эмоциональные и личностные характеристики больных.

Главные трудности сразу после хирургического вмешательства:

- сильная боль в первые 1 – 2 дня;
- отрицательные последствия анестезии (слабость, головокружение);
- ухудшение памяти и мышления;
- кардинальное изменение привычного ритма жизни из-за ограничений

во время восстановления.

Основная цель психологического сопровождения – стимулировать и поддерживать комплаенс (соблюдение больным предписаний врача) и постоянное желание поправиться.

Главное препятствие для активного восстановления – фокус больных на собственном плохом самочувствии (боль, ограничения в движении, побочные действия анестезии).

Применяют различные психологические корректирующие методы сразу после операции.

В момент реабилитационных процедур, психическое состояние больного очень важно. Ощущая страх, неопределенность, сомнения, беспомощность, больной совершает меньше необходимых движений, себя жалеет, не до конца осознавая важность активных упражнений во время физиотерапии, а также может испытывать невротические нарушения, как тревожность, которая влияет на скорость и результаты восстановления. Следуя этим соображениям, ключевым является осуществление реабилитационного процесса с опорой на своевременную психодиагностику и коррекцию психического состояния.

Изучение подхода, основанного на психологической синдромологии, показывает, что концепции, разработанные Л.С. Выготским и А.Р. Лурией, служат актуальным фундаментом для решения задач психотерапии и психологической помощи в период восстановления пациентов после хирургии на суставах. В современной парадигме пациент предстает как открытая саморазвивающаяся система, где внимание уделяется не только его психике, но и психосоматическому взаимодействию.

Обзор научных работ подтверждает, что анализировать нужно не только отдельные психические функции и состояния.

Основная цель психологической поддержки заключается в формировании условий, которые бы способствовали активному, самостоятельному и плодотворному развитию индивида в условиях, ограниченных его заболеванием.

Жизненный этап, когда человек сталкивается с ограничениями, вызванными болезнью и изменениями в привычном образе жизни, представляет собой период «кризиса развития».

Этап «погружения личности в болезнь» также является «кризисом развития», который характеризуется следующими моментами:

- разрушение прежней организованной системы;
- появление нестабильности;
- возникновение возможностей для выбора направлений развития;
- стремление системы достичь более высоких ступеней развития;
- активизация адаптивных способностей либо упрощение и деградация как сложноорганизованной системы.

Важность диагностической работы психолога:

- определение внешних и внутренних психологических факторов, влияющих на появление положительных новых психологических образований;
- оценка возможности системы для перехода на новый уровень качества.

Структура личности базируется на иерархическом устройстве мотивов. Большое количество значимых мотивов в структуре личности способствует повышению потенциала для преодоления жизненных трудностей (по А.Н. Леонтьеву).

Ученые В.В. Николаев, Г.А. Арина и А.Ш. Тхостов, развивая идеи Р.А. Лурии о внутреннем восприятии болезни, выделяют в данной концепции четыре уровня:

- ощущения;
- эмоциональный отклик;
- мышление;
- мотивация.

Информационное взаимодействие со стороны психолога дает возможность профессионала воздействовать на глубокое понимание заболевания у пациента. Это включает в себя все аспекты и помогает

сконструировать правильное восприятие болезни. Подобный подход ведет к усилению уверенности у пациента, пробуждает желание активно участвовать в лечебном процессе, что благоприятствует реабилитации.

Исследования, проведенные учеными из разных стран, относительно тревожности пациентов во время восстановления, позволили выработать стратегии, направленные на уменьшение эмоционального давления в такие моменты. Ключевые направления включают:

- Повышение мотивации больных;
- Направление внимания на положительные исходы лечения;
- Улучшение общего самочувствия жизни;
- Уменьшение уровня тревоги;
- Стимулирование активной жизненной позиции.

Сегодня преобладающий метод борьбы с тревогой у пациентов, проходящих восстановление, – это применение медицинских препаратов. Однако, множество специалистов акцентируют внимание на значимости эмоционального состояния людей с ограниченными физическими возможностями для восстановления социальных связей и личностного роста в этот период. Они подчеркивают необходимость психологической коррекции для таких больных.

Результаты научных работ в этой сфере помогли выделить ключевые факторы, влияющие на рост тревожности у пациентов. К ним относятся:

- Процесс адаптации в клинической среде;
- Сомнения относительно собственного здоровья и возможностей;
- Недостаточная осведомленность о ходе реабилитации;
- Присутствие других заболеваний;
- Ошибочные представления о будущем периоде восстановления.

Завершая обзор теоретических материалов, касающихся вопроса возникновения и увеличения тревожных настроений у пациентов после хирургического вмешательства на суставы, а также их конкретных

особенностей в рамках реабилитационного отделения, хотелось бы подчеркнуть следующее:

- Понятие тревоги охватывает чувство волнения, опасения за то, что будет в будущем, и боязнь критики окружающих;
- Люди, столкнувшиеся с ограничениями в движении, особенно склонны к таким переживаниям;
- Анализ тревожного состояния у таких пациентов предоставляет основу для разработки эффективных методик коррекции и поддержки их состояния.

1.3. Арт-терапия, техники релаксации в сочетании с рациональной психотерапией в коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации

В современной клинической психологии доступен широкий спектр методов психологической коррекции, направленных на борьбу с тревожными расстройствами. Используются следующие терапевтические подходы:

- Рационально-эмотивная терапия;
- Гуманистическая терапия;
- Терапия семейных отношений;
- Когнитивно-бихевиористская терапия;
- Психоаналитическая терапия.

Такие интервенции могут применяться как на индивидуальном уровне, так и в рамках групповых занятий [33, 49].

Особое внимание стоит уделить когнитивно-бихевиористской терапии (далее – КПТ). КПТ, построенная на принципах классического кондиционирования и когнитивного обучения, была разработана Аароном Бекком как метод краткосрочного лечения эмоциональных нарушений. Этот метод активно применяется для коррекции тревожных и депрессивных состояний и подтвержден множеством эмпирических исследований [37, 105, 119].

В рамках КПТ работа ведется не только с внешними симптомами, но также и с когнитивными структурами – убеждениями, которые влияют на поведение человека. Терапия охватывает два аспекта:

- Проявление проблемы;
- Когнитивный шаблон, стоящий за проблемой.

Цель коррекции – трансформация мыслительных процессов, которые приводят к дисфункциональным эмоциональным реакциям. КПТ представляет собой структурированный, последовательный психотерапевтический подход, обучающий людей модифицировать свои мысли, убеждения и взгляды, способствующие возникновению негативных эмоций. Стратегии и методы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) включают:

- Анализ действий и стратегическое планирование, что позволяет корректировать эмоциональное восприятие и убеждения, тем самым снижая уровень тревожности и депрессивных расстройств;

- Самоанализ способствует глубокому осознанию личных психических процессов, укрепляет способность распознавать фундаментальные основы неадекватных реакций и ошибочных поведенческих шаблонов;

- В периоды острой тревоги акцент делается на немедленное облегчение симптомов;

- Обучение методам самостоятельного контроля над эмоциональными реакциями способствует улучшению общего состояния, пересмотру личного восприятия недуга и стимулирует к психологическому саморазвитию.

КПТ основывается на понимании взаимодействия когнитивных процессов (мысли, воспоминания, визуализации), чувств и поступков. Изменение в одном из этих аспектов отражается на остальных. Так, переосмысление ситуации, ранее воспринимаемой как опасная, в безопасную, способствует снижению напряженности.

Основополагающий принцип КПТ – это создание условий для доверия и взаимопомощи. Методы КПТ для коррекции тревожных расстройств варьируются в зависимости от их интенсивности. Тревожность и постепенное

изменение системы убеждений предполагают выявление и анализ индивидуальных чувствительных моментов пациента в конкретных обстоятельствах.

Техники КПТ, направленные на изменение убеждений и снижение тревоги включают:

– Методы релаксации, аутогенной тренировки, контролируемого дыхания и биوفيدбэка, направленные на достижение спокойствия и эмоциональной стабильности;

– Развитие умений критического самонаблюдения для замещения катастрофических мыслей, разделения реальных и преувеличенных опасений, преодоления тревожных паттернов и прерывания замкнутого круга беспокойства.

В рамках КПТ важна детальная разработка психотерапевтических стратегий и дисциплинированное, пошаговое их выполнение.

Таблица 2. Этапы работы в КПТ терапии

Этапы работы	Направления деятельности психолога	Коррекционные приемы и техники КПТ терапии
Подготовительный этап	Диагностика состояния человека	Информирование пациента о терапевтическом процессе, определение основной проблемы, когнитивных паттернов, поддерживающих дисфункциональные процессы, важных событий жизни, которые оказали влияние на формирование глубинных установок
Первый этап	Психообразовательная работа	Выстраивание модели патологии с опорой на адекватную информацию о происхождении и течении расстройства, возможностях лечения и необходимости активной включенности самого индивида в процесс выздоровления.
Основной этап	Когнитивная реструктуризация	Коррекция когнитивных искажений, эмоциональных реакций, поведенческих особенностей, формирование адекватного отношения к своему состоянию
Заключительный этап	Закрепление результатов	закрепления достигнутых изменений, работа по профилактике рецидивов

Процедура Рационально-Эмоциональной Бихевиоральной Терапии (РЭПТ) нацелена на уменьшение тревожности и включает в себя техники, направленные на:

- мышление;
- эмоции;
- действия.

Этот метод акцентирует внимание на способности человека к:

- рассуждению;
- анализу;
- аргументации.

РЭПТ играет ключевую роль в обработке эмоциональных психологических нарушений, исходя из предрасположенности к нерациональному и неэффективному мышлению. Терапия опирается на стремление использовать свою осознанность для выбора и усилия по трансформации собственных нелогичных мыслей и поведения. РЭПТ фокусируется на индивидуальных способностях человека формулировать и верить в свои взгляды [109, 110].

Ключевые элементы рациональной психотерапии охватывают:

- использование объяснений и убеждений в контексте осмысления, причин и механизмов существующих у пациента проблем;
- задачи и цели проведения психологической поддержки.

В основе эмоций лежит логика, на которую можно влиять через убеждение (основатель рациональной психотерапии Пьер Дюбуа).

Цель рациональной психотерапии – искаженное восприятие человека своего здоровья, искаженные внутренние образы, порождающие стресс [15].

Этапы рациональной терапии включают в себя:

- Первый этап. Разъяснение природы и причин недуга, учитывая психосоматические связи.

– Второй этап. Внедрение убеждений, коррекция мыслей и эмоций в отношении болезни у пациента.

– Третий этап. Перенастройка на стабильность в новой парадигме отношения к своему состоянию, пересмотр ценностей.

– Этап психагогики. Создание оптимистичного взгляда на будущее [34]. Обсуждение методов рациональной терапии предполагает следующие аспекты:

1. Пациенту разъясняют характер его проблемы со здоровьем и возможность обратить вспять текущие неполадки.

2. Исходя из данных о болезни и её причинах, пациента мотивируют переосмыслить своё отношение к беспокоящим его обстоятельствам и отказаться от постоянного внимания к нежелательным симптомам.

3. Важность выражения собственных опасений и беспокойства в словесной форме неоспорима, так как это способствует снижению эмоционального давления и стресса.

4. Полезно подчеркнуть благоприятные аспекты беспокойства, которые могут стимулировать психологические силы человека для преодоления трудностей и эффективного решения задач [68, 95, 108].

Рациональная психотерапия наиболее результативна для людей, склонных к логическому мышлению и аналитическому подходу.

Техники расслабления часто используются для уменьшения напряжения, поскольку оно часто сопровождается чувством тревоги [11, 13, 33].

Мышечная расслабленность ведет к:

– Скоординированной работе разных частей мозга, что способствует процессам защитного торможения.

– Усилению парасимпатической системы, снижению активности и уменьшению беспокойства.

– Облегчению освоения контроля над некоторыми внутренними функциями на фоне снижения бдительности во время тренировок.

– Активации механизмов саморегуляции, снижающих стресс и эмоциональные реакции на дисфункциональные паттерны, улучшающих приспособление к стрессу [15, 53, 83, 100].

Методы расслабления включают в себя:

- Прогрессивное снижение мышечного напряжения.
- Аутогенные упражнения.
- Медитацию.
- Использование биологической обратной связи.
- Контролируемое дыхание.

Психотерапия, ориентированная на психологические аспекты и включающая элементы искусства, встречает:

- Психоаналитические подходы.
- Экзистенциально-гуманистические взгляды.
- Когнитивно-поведенческие методы.
- Психологически разнообразные концепции [15, 17, 41, 42, 104].

Арт-терапия эффективно применяется для коррекции эмоционального фона у людей с разнообразными физическими заболеваниями. Процедура арт-терапии вносит свой вклад в понимание сокрытых ощущений, которые могли возникнуть из-за болезни или прошлых событий, путем использования методов переноса и контрпереноса чувств;

она символически воссоздает и переосмысливает травмированные моменты, полагаясь на творческие способности индивида и инструменты искусства;

дает возможность проявить скрытые убеждения через символы, отображая личные переживания в изображении и облегчая словесное выражение эмоций, что способствует освобождению от негатива и беспокойства.

В лечении беспокойства у пациентов с физическими недугами арт-терапия направлена на:

- укрепление здоровых аспектов личности, мобилизацию внутренних сил;

- желание к творчеству, обеспечение поддержки и внутренней адаптации организма.

Арт-терапия способствует:

- самопознанию;
- самовыражению;
- освоению новых моделей поведения;
- достижению внутренней гармонии;
- выражению тяжелых чувств в социально допустимых формах.

Аспекты арт-терапевтической работы включают:

- выражение эмоций;
- работу с личностью, убеждениями, отношениями, представлениями о болезни.

В терапии эмоциональных проблем у больных с разными заболеваниями арт-терапия помогает уменьшить эмоциональные нарушения, устранять беспокойство и стресс.

Музыкотерапия в улучшении эмоционального баланса при физических заболеваниях:

- опирается на психоаналитические теории;
- стимулирует катарсис и осмысление личных чувств;
- освобождает подавленные эмоции, помогает в преодолении жизненных сложностей;
- способствует формированию новых позиций.

Музыкотерапия выполняет роль регулятора. Когда музыка соответствует настроению человека, это способствует переносу болезненных чувств на музыку, что приводит к облегчению состояния. Это снижает психологическое напряжение и помогает контролировать эмоции. Использование вокальной практики является эффективным арт-терапевтическим методом. Она способствует улучшению:

- Музыкальных навыков;
- Чувства темпа и ритма;
- Работы дыхательной системы;
- Запоминания информации;
- Оценки себя, укрепляет самоуважение.

Пение позволяет выразить эмоции и переживания. Использование голоса для отражения внутренних переживаний может помочь облегчить физическое напряжение, справиться со стрессом и достичь личностного роста. В медицинской сфере вокалотерапия помогает в восстановлении здорового респираторного ритма, что крайне важно для поддержания общего благополучия.

Применение песенного наследия в процессе терапии дает возможность:

- Работать над специфическими психоэмоциональными состояниями;
- Корректировать личностные качества, постепенно смягчая такие черты, как застенчивость или агрессивность;
- Восстанавливать эмоциональное равновесие, способствуя формированию стабильного психического здоровья.

Владимир Михайлович Бехтерев, выдающийся невролог, исследовал эффекты музыки на человека и установил, что она способна:

- Защищать от переутомления;
- Наполнять энергией;
- Положительно воздействовать на эмоционально-волевую сферу;
- Оказывать благотворное влияние на центральную нервную систему и сердечно-сосудистую деятельность.

Научное подтверждение ценности искусства в коррекционной работе с высоким уровнем тревожности базируется на следующем:

1. Негативные эмоции, включая страх, могут блокировать работу мозга.
2. Такая блокировка может привести к дезориентации и, в крайних случаях, к летальному исходу.

3. Взаимодействие с искусством, наоборот, лечит и поддерживает психосоматические функции, активизирует внутренние ресурсы и стимулирует творческие начинания.

Вокалотерапия применяется при:

- Функциональных расстройствах нервной системы;
- Неврозах;
- Неврастении;
- Чрезмерной утомляемости;
- Бессоннице;
- Проблемах с опорно-двигательным аппаратом;
- Сердечно-сосудистых заболеваниях;
- Расстройствах желудочно-кишечного тракта;
- Частых простудах;
- Заболеваниях дыхательных путей, включая бронхиальную астму;
- Задержке развития, заикании. Звуки мелодий и вокал в искусстве

способны оказывать терапевтический и исправительный эффект, затрагивая как физические функции тела, так и эмоциональную сферу личности.

Выводы по первой главе

Изучение отечественных и иностранных источников по теме дало возможность сформировать ряд важных наблюдений:

1. В центре внимания находятся нарушения тревожного характера, которые встречаются чаще всего среди пациентов, проходящих восстановление в медицинских учреждениях. Стресс, чувство беспокойства и подавленное настроение не просто психологические реакции – они возникают как ответ на различные внешние факторы. Такие состояния ухудшают эффективность реабилитационных мероприятий и негативно влияют на работу жизненно важных систем организма. Повышенная тревожность может стать причиной развития физических заболеваний и осложнить процесс восстановления, делая его более длительным. Тревожность описывается как переживание, связанное с неуверенностью и недостатком информации о возможных рисках. Различают ситуативную тревогу, возникающую в моменты реальной угрозы, и личностную, когда человек постоянно склонен переживать из-за реальных или мнимых угроз.

2. Существует проблема несоответствия между необходимостью своевременной помощи пациентам с тревогой в медицинских реабилитационных учреждениях и неполноценными методиками, предназначенными для решения этой задачи. Помощь в управлении тревогой должна включать как психологическую поддержку для уменьшения эмоционального дискомфорта и коррекции поведения, так и глубокое изучение индивидуальных характеристик личности для уравнивания выраженных черт характера, которые могут стать основой для психосоматических проблем.

3. Психологическая помощь в уменьшении тревожности через арт-терапию, релаксационные методики в сочетании с рациональной психотерапией осуществляется путем индивидуального подхода к каждому человеку. Учитываются его уникальные характерные черты, личностные

особенности, внутреннее восприятие своего заболевания, эмоциональные реакции. Основным методом корректировки служит стимулирование защитных и адаптационных механизмов тела при испытании положительного эмоционального напряжения.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ИССЛЕДОВАНИЮ ТРЕВОГИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

2.1. Организация и методы исследования

Уровень эмоционального напряжения у пациентов может существенно повлиять на скорость и качество их восстановления после хирургических вмешательств. Чувственная составляющая здоровья играет важную роль в процессе реабилитации.

Эмоциональное состояние больного влияет на его восприятие собственного здоровья, на осмысление и желание выздороветь.

Научная работа проведена с 2021 по 2024 год на базе Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная Клиническая Больница Скорой Медицинской Помощи имени Н.С. Карповича», в отделение медицинской реабилитации. В эксперименте приняли участие 80 человек в возрастном диапазоне 45 – 55 лет, средний возраст участников – 50 лет. Все они обратились в отделение после операций на суставах ног. Участники были разделены на две группы по 40 человек: основная и контрольная. Из исследования исключили пациентов с двусторонним поражением суставов ног и тех, кто страдал от обострения хронических болезней.

Перед началом эксперимента все участники были проинформированы о его целях и этапах, после чего дали согласие на участие.

Основная цель на констатирующем этапе эксперимента заключалась в определении уровня тревоги пациентов реабилитационного отделения.

Для оценки эмоционального состояния больных применялась **Шкала тревоги Спилбергера (STAI)**, разработанная в 1970 году и стандартизированная Ю.Л. Ханиным в 1976 году для взрослого населения. Методология предлагает эффективный инструментарий для самостоятельного

анализа текущего состояния беспокойства (переменная тревожность, отражающая моментальное состояние) и индивидуальной тревожности (как постоянного атрибута личности). Методика Спилбергера-Ханина применяется для оценки ситуационной и личностной тревожности, обеспечивающая наглядный механизм для идентификации уровня тревоги на текущий момент. Для понимания полученных данных предусмотрена таблица 3:

Таблица 3. Интерпретации показателей оценки тревожности по Шкала тревоги Спилбергера-Ханина

количество баллов	уровень тревоги
до 30	низкий
31 – 44	умеренный
более 45	высокий

Шкалу Zung Self-Rating Depression Scale разработал психиатр William Zung в Университете Дьюка, США, в 1965 г. [88]. Методика предназначена для самостоятельной оценки пациентом уровня депрессии использовали шкалу У. Цунга. В тестировании учитывается 20 факторов, которые определяют четыре уровня депрессии, интерпретация результатов представлена в таблице 4:

Таблица 4. Интерпретации показателей оценки депрессии по шкале У.Цунга

количество баллов	уровень депрессии
25 – 49	нормальное состояния
50 – 59	легкая
60 – 69	умеренная
70 и выше	тяжелая

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). В 1983 году был представлен инструмент, созданный Зигмондом А.С. и Снейтом Р.П. [90], который задумывался как способ выявить и оценить степень выраженности симптомов депрессии и беспокойства в рамках обычной медицинской практики. Данный метод применялся для первоначального обнаружения данных состояний среди пациентов.

Использование этой шкалы не представляет сложности для обследуемых и не требует много времени для анализа полученных данных. Она способствует более глубокому пониманию эмоционального фона и общего благополучия пациента. Опросник предполагает самостоятельное заполнение в течение примерно 10-15 минут без внешней помощи или консультаций.

В анкете предусмотрено наличие вопросов, на которые нужно отвечать, выбирая один из четырех предложенных вариантов. Эти варианты отражают состояние человека за прошедшую неделю. Опросник разделен на две части, которые помогают диагностировать уровень тревоги и депрессии.

После прохождения тестирования определяются три категории интенсивности тревожных и депрессивных расстройств, а результаты и их толкование представлены в виде таблицы для удобства понимания 5:

Таблица 5. Интерпретации показателей оценки тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS

количество баллов	уровень тревоги/депрессии
0 – 7	«норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги / депрессии)
8 – 10	«субклинически выраженная тревога / депрессия»
11 и выше	«клинически выраженная тревога / депрессия»

В процессе всего исследования мы следовали установленному курсу восстановительных процедур, которые были реализованы также на базе отделения реабилитации. Включались занятия лечебной физкультурой, применение физиотерапевтических методов, проведение массажа и использование механотерапии.

2.2. Результаты констатирующего этапа эксперимента

В ходе диагностических работ, проведенных с использованием Шкалы Цунга для оценки депрессивных состояний, были получены следующие данные. Непосредственно после хирургического вмешательства, как в экспериментальной, так и в контрольной группах, у 78,75 (63 пациентов) диагностировали стабильное психоэмоциональное состояние. Симптомы легкой депрессии были замечены у 15 человек, в то время как признаки умеренной депрессии выявлены всего в одном случае. Признаков глубокой депрессии не выявлено ни у одного из участников исследования.

Данные представлены в таблице 6.

Таблица 6. Результаты депрессии исследуемых пациентов по Шкале Цунга

Уровень депрессии	контрольная группа	
	человек	%
норма	63	78,75
легкий	15	18,75
умеренный	1	1,25
высокий	0	0

Исходя из анализа предоставленной информации, становится очевидным, что оперативное вмешательство было успешно перенесено большинством пациентов. Однако, у ограниченного числа наблюдались

признаки депрессии различной степени выраженности, что подтверждается графическим материалом, представленным на иллюстрациях 1 и 2.



Рисунок 1. Гистограмма 1. Результаты диагностики пациентов по Шкале Цунга



Рисунок 2. Гистограмма 2. Результаты диагностики пациентов по Шкале Цунга

Проведенный анализ с использованием Шкалы Цунга, предназначенной для оценивания уровня депрессии пациентов, выявил данные, отраженные в таблицах 7 и 8.

Таблица 7. Результаты депрессии пациентов контрольной группы по Шкале Цунга

Уровень депрессии	контрольная группа	
	человек	%
норма	32	80
легкий	7	17,5
умеренный	1	2,5
высокий	0	0

Исследование, проведенное по методике оценки уровня депрессии Шкалы Цунга среди участников контрольной группы, показывает следующие результаты:

Подавляющее большинство, то есть 80% или 32 человека, не проявляют никаких симптомов депрессивного состояния. Это говорит о том, что у этих людей отсутствуют характерные признаки депрессии.

17,5% или 7 человек сталкиваются с незначительными проявлениями депрессии, которые можно охарактеризовать как легкую форму. У этих пациентов наблюдаются временное снижение настроения, повышенная слезливость, общее ощущение усталости без конкретных причин, беспокойное поведение, раздражительность, проблемы со сном и затруднения в выполнении повседневных задач.

Только 2,5%, что равно одному человеку, испытывает умеренную степень депрессивного расстройства. Для такого состояния характерно наличие субдепрессивных настроений, где на передний план выходят физический дискомфорт. Это может проявляться в регулярных периодах пониженного настроения, ощущении постоянной печали, потере интереса к повседневной жизни и активности, усталости, снижении способности концентрироваться и мотивации, нарушении сна, уменьшении аппетита и апатии.

Детальное представление данных результатов исследования можно увидеть на рисунках 3 и 4.



Рисунок 3. Гистограмма 3. Результаты диагностики пациентов контрольной группы по Шкале Цунга



Рисунок 4. Гистограмма 4. Результаты диагностики пациентов по Шкале Цунга

Таблица 8. Результаты депрессии пациентов экспериментальной группы по Шкале Цунга

Уровень депрессии	экспериментальная группа	
	человек	%
норма	31	77,5
легкий	8	20
умеренный	1	2,5
высокий	0	0

Исследование по методике самооценки Цунга выявило следующие данные среди участников экспериментальной группы:

Большинство, а именно 77,5% (31 человек), не обнаружили признаков депрессивного состояния, что позволяет говорить об их эмоциональной устойчивости и отсутствии депрессивных симптомов.

20% (8 человек) продемонстрировали легкие признаки депрессии, которые могли включать небольшое снижение настроения, чувство усталости без конкретных причин, изменчивость настроения, беспокойство, раздражительность, проблемы со сном и некоторые трудности в обычной жизнедеятельности.

2,5% (1 человек) показали симптомы умеренной депрессии. У этого пациента наблюдались периоды пониженного настроения, устойчивое ощущение печали, утрата интереса к повседневным делам и окружающей среде, быстрая утомляемость, проблемы с концентрацией внимания и мотивацией, нарушения сна и аппетита, а также апатия. Результаты исследования отражены на иллюстрациях 5 и 6.



Рисунок 5. Гистограмма 5. Результаты диагностики пациентов экспериментальной группы по Шкале Цунга



Рисунок 6. Гистограмма 6. Результаты диагностики пациентов экспериментальной группы по Шкале Цунга

Данные о уровне личностной тревожности участников контрольной группы пациентов реабилитационного отделения, измеренные с использованием шкалы Спилбергера-Ханина, представлены в таблице 9 и на иллюстрациях 7 и 8.

Таблица 9. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов контрольной группы по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

показатель уровня тревоги	личностная тревога	
	контрольная группа	
	человек	%
низкий	14	35
умеренный	25	62,5
высокий	1	2,5

В группе исследуемых 35% (14 человек) проявляют низкий показатель тревожности. Это означает постоянную тенденцию видеть потенциальную угрозу в различных обстоятельствах и чувствовать беспокойство в ответ на них. Такие особенности активируются, когда человек сталкивается с факторами, которые он считает опасными для его самооценки и достоинства.

Людам с такой особенностью важно находить стимул к действию, акцентировать на мотивации их действий, пробуждать интерес к задачам и подчеркивать их ответственность за их выполнение.

Большинство, 62,5% (25 человек), показали средний уровень тревожности. Они склонны к переживаниям в различных ситуациях, особенно если это связано с оценкой их личности или статуса. У этих людей часто наблюдается неуверенность в себе и своих достижениях, они чувствительны к внешнему давлению и стремятся к высоким стандартам. Для таких пациентов важно сконцентрироваться на осмыслении своих действий и разработке детальных планов поэтапного выполнения задач.

Только 2,5% (1 человек) демонстрируют высокий уровень тревожности. Эти люди склонны чувствовать угрозу во многих обстоятельствах, воспринимая каждое из них как стресс. Такая реакция может привести к значительному беспокойству, невротическим конфликтам, эмоциональным срывам и психосоматическим расстройствам. У них могут возникать трудности с переключением на рациональное планирование, часто встречается застревание на уровне эмоциональных переживаний.



Рисунок 7. Гистограмма 7. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов контрольной группы по шкале Спилбергера – Ханина

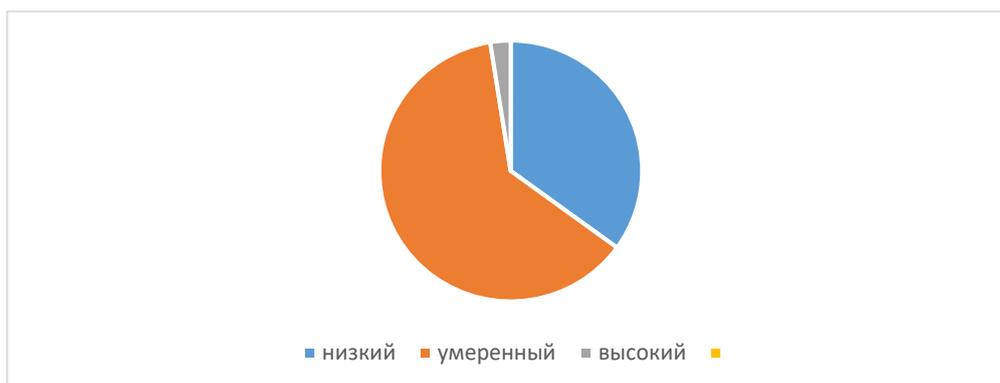


Рисунок 8. Гистограмма 8. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов контрольной группы по шкале Спилбергера – Ханина

В таблице номер 10 представлены данные, отражающие уровень беспокойства участников экспериментальной группы, измеренный при помощи шкалы Спилбергера-Ханина. Результаты представлены на рисунке 10 и 11.

Таблица 10. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов экспериментальной группы по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

показатель уровня тревоги	личностная тревога	
	экспериментальная группа	
	человек	%
низкий	10	25
умеренный	29	72,5
высокий	1	2,5

Исследование уровня личностной тревоги пациентов экспериментальной группы с использованием шкалы Спилбергера-Ханина выявило следующее:

25% (10 человек) имеют низкий уровень тревоги, что выражается в тенденции оценивать многие ситуации как потенциально опасные, сопровождаемые чувством беспокойства. Это долговременная черта

личности, которая становится активной, когда человек сталкивается с факторами, воспринимаемыми как угроза для самоуважения и самооценки. Для пациентов такой группы важно стимулирование активности, подчеркивание мотивационных аспектов в их действиях, пробуждение интереса и другие подходы;

72,5% (29 человек) продемонстрировали средний уровень тревожности. Такой уровень характеризуется беспокойством пациента в различных обстоятельствах и часто сопровождается неуверенностью в собственных силах и достижениях, а также ориентацией на внешнюю строгость и важность поставленных целей, решительность. Здесь важно сфокусировать внимание на структурированном планировании деятельности и осмыслении задач;

2,5% (1 человек) выявили высокий уровень тревожности. Высокий уровень характеризуется как конституциональная черта. В таких ситуациях респонденты воспринимают обстоятельства как стрессовые и испытывают сильное беспокойство с признаками невротического конфликта и, возможно, эмоциональными срывами. Сложности наблюдаются в переориентации на детальное планирование и застревании на уровне психоэмоциональных реакций. Результаты исследования отображены на графических материалах 9 и 10.



Рисунок 9. Гистограмма 9. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов экспериментальной группы по шкале Спилбергера – Ханина

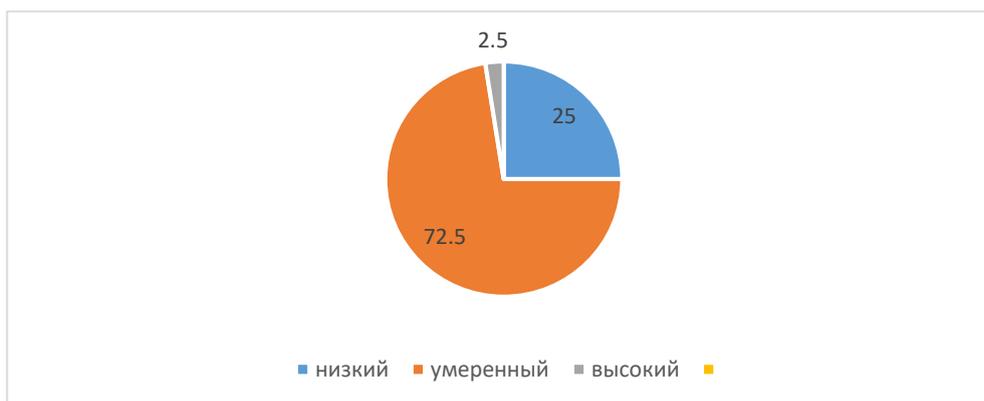


Рисунок 10. Гистограмма 10. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов экспериментальной группы по шкале Спилбергера – Ханина

Результаты ситуативной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина пациентов контрольной группы представлены в таблице 11.

Таблица 11. Результаты диагностики ситуативной тревоги в контрольной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

показатель уровня тревоги	ситуативная тревога	
	контрольная группа	
	человек	%
низкий	7	17,5
умеренный	7	17,5
высокий	26	65

17,5% участников (7 человек), показали низкий уровень тревоги в определенных условиях. Это состояние проявляется уменьшением активности, интереса к действиям, ухудшением мотивации и ответственного подхода к выполнению заданий.

Такой же процент участников, 17,5% (7 человек), продемонстрировали средний уровень ситуативной тревожности, которая выражается в усиленном переживании по поводу текущих обстоятельств и поставленных задач. В этих

случаях люди ощущают снижение самоуверенности, мотивационный спад и затруднения в планировании своих действий.

Большинство исследуемых, а именно 65% (26 человек), имеют высокий уровень ситуативной тревожности, который возникает как ответная реакция на стресс. Это проявляется через личный дискомфорт, ощущение тревоги, нервозность, проблемы с концентрацией внимания и согласованностью движений. Такое состояние меняется со временем и не является постоянным.

Общий итог по этой шкале дает возможность оценить текущий уровень ситуативной тревожности человека, а также понять, испытывает ли он стресс и как сильно он его переживает. Полученные данные отображены на графике 11,12.



Рисунок 11. Гистограмма 11. Результаты диагностики ситуативной тревоги в контрольной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина



Рисунок 12. Гистограмма 12. Результаты диагностики ситуативной тревоги в контрольной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

Результаты диагностики ситуативной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина пациентов экспериментальной группы представлены в таблице 12.

Таблица 12. Результаты диагностики ситуативной тревоги в экспериментальной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

показатель уровня тревоги	ситуативная тревога	
	экспериментальная группа	
	человек	%
низкий	6	15
умеренный	10	25
высокий	24	60

Определенно, у небольшой группы респондентов – 15% (6 человек) – выявлен низкий уровень ситуативной тревожности. Это состояние проявляется в понижении инициативы, интереса к текущим делам и ухудшении ответственности при принятии решений.

Четверть участников исследования, что составляет 25% или 10 человек, имеют умеренный уровень ситуативной тревожности, который сопровождается усиленной вовлеченностью в ситуацию и поставленные задачи, сопутствует потеря уверенности, падение мотивационного уровня и проблемы с расстановкой приоритетов в планах.

Большая доля испытуемых – 60% или 24 человека – пациентов продемонстрировали высокий уровень ситуативной тревожности. Такой тип беспокойства возникает как ответная реакция на стрессовые обстоятельства. Он сопровождается ощущением дискомфорта, напряжения, беспокойства и физиологической активацией. Замечается нервозность, отвлекаемость и проблемы с точной координацией движений. Обычно такое состояние не является долговременным. Полученные данные отражены на рисунке 13 и 14.



Рисунок 13. Гистограмма 13. Результаты диагностики ситуативной тревоги в экспериментальной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина



Рисунок 14. Гистограмма 14. Результаты диагностики ситуативной тревоги в экспериментальной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

Результаты диагностики выраженности первичных признаков тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS (The hospital Anxiety and depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.) пациентов контрольной группы представлены в таблице 13.

Таблица 13. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS пациентов контрольной группы

показатели уровня тревоги/депрессии	контрольная группа	
	человек	%
норма/норма	6	15
субклинически выраженная/норма	24	60
субклинически выраженная/субклинически выраженная	10	25

В группе исследуемых, состоящей из 40 человек, наблюдаемый уровень беспокойства и пониженного настроения оказался в пределах общепринятых норм у 15% участников (это шесть человек), которые не проявляли первоначальных симптомов данных состояний.

Большинство, а именно 60% участников (24 человека), испытывали субклинически выраженную тревогу, уровень депрессии у этих пациентов был в пределах нормы. Эти люди могут столкнуться с начальными признаками тревожно-депрессивного расстройства, где симптомы ещё не оказывают значительного влияния на их повседневную жизнь. У таких пациентов зачастую наблюдается повышенная тревожность и уменьшенный интерес к активностям, которые ранее доставляли удовольствие. Обычно это происходит в ответ на стрессовые события.

25% (10 человек) имеют субклинически выраженный уровень тревоги и субклинически выраженный уровень депрессии. У этих людей может

возникать проблемы с концентрацией внимания, ухудшение памяти и другие когнитивные нарушения. Также они могут испытывать постоянное понижение настроения. Особенности состояния включают утрату интереса к прежним увлечениям, низкую самооценку и чувство вины, а также склонность видеть будущее в мрачных тонах.

Пациентов с клинически выраженной тревогой и депрессией выявлено не было. Полученные данные подробно представлены на рисунке 15 и 16.

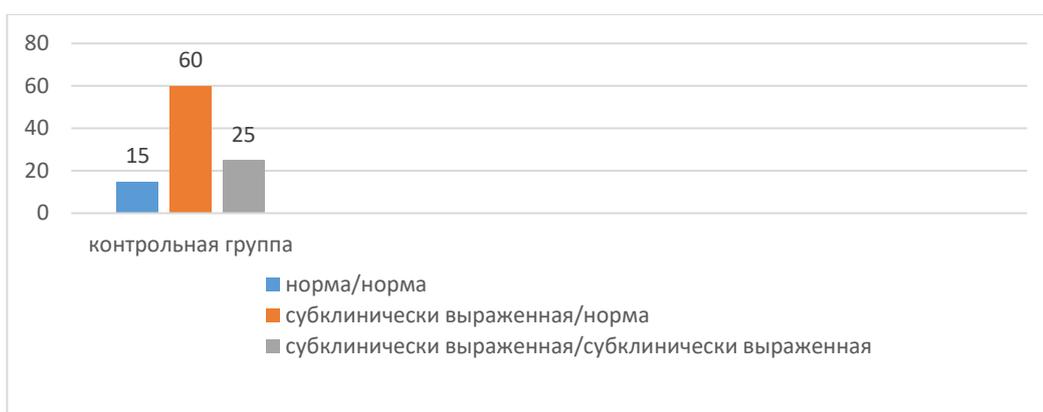


Рисунок 15. Гистограмма 15. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HAD пациентов контрольной группы

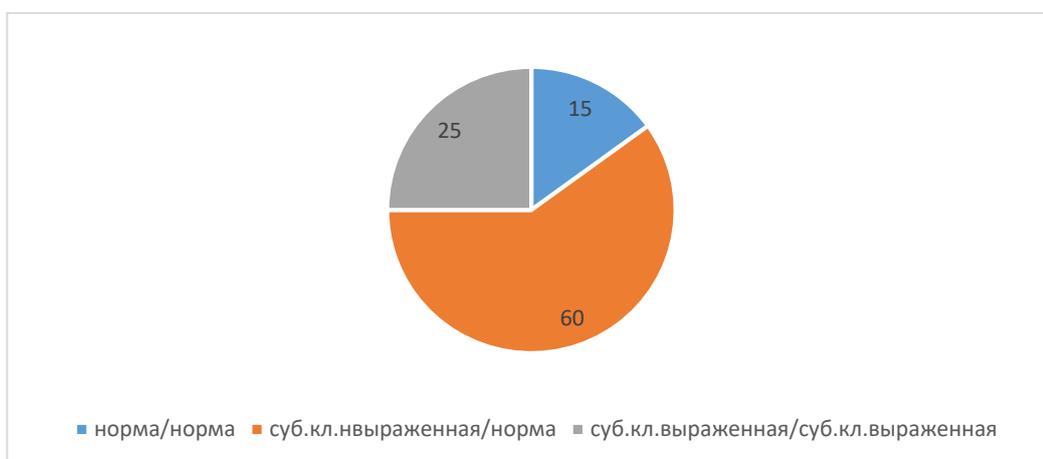


Рисунок 16. Гистограмма 16. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS пациентов контрольной группы

Результаты выраженности первичных признаков тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS (The hospital Anxiety and depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.) пациентов экспериментальной группы представлены в таблице 14, рисунке 17,18.

Таблица 14. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS, экспериментальной группы пациентов

показатели уровня тревоги/депрессии	Экспериментальная группа	
	человек	%
норма/норма	7	17,5
субклинически выраженная/норма	19	47,5
субклинически выраженная/субклинически выраженная	14	35

У 17,5% (7 чел.) показатели тревоги и депрессии находились в пределах нормы. Пациенты без первичных признаков тревоги и депрессии;

Примерно 47,5% участников (19 человек) испытывали субклинически выраженную тревогу, уровень депрессии у этих пациентов был в пределах нормы. В этой ситуации начинается формирование тревожно-депрессивного расстройства с легкими проявлениями, не влекущими за собой критических последствий в обыденной жизни людей. Такие пациенты часто сталкиваются с ощущениями беспокойства, уменьшением интереса к прежде любимым занятиям.

У 35% участников (14 человек) наблюдались субклинически выраженный уровень тревоги и субклинически выраженный уровень депрессии. Это состояние сопровождается затруднениями в когнитивных процессах, устойчивым понижением настроения, увеличенной утомляемостью и потерей интереса к деятельности, которая ранее доставляла радость.

Пациентов с клинически выраженной тревогой и депрессии выявлено не было. Отчет о результатах исследования представлен на иллюстрациях 17 и 18.



Рисунок 17. Гистограмма 17. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS пациентов экспериментальной группы

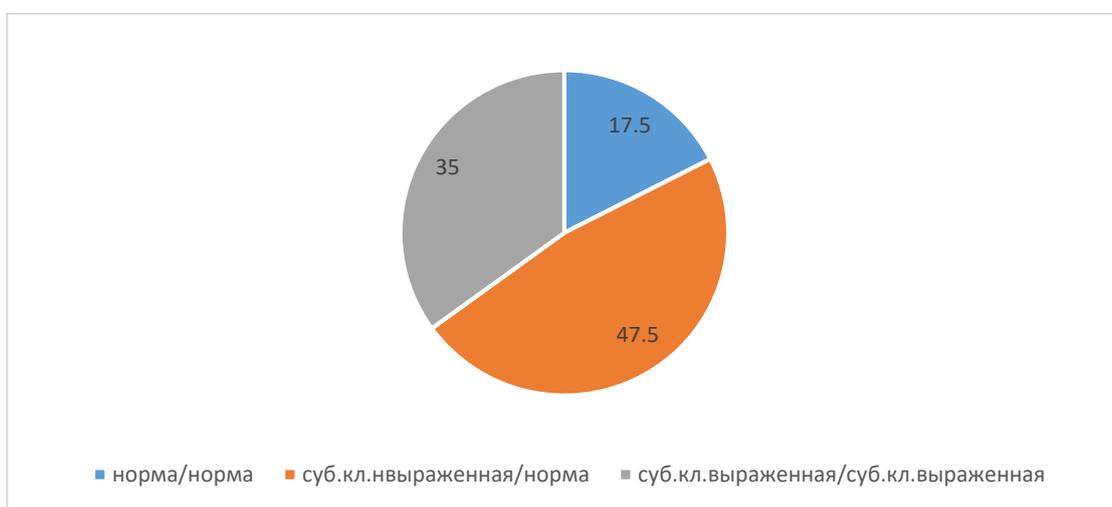


Рисунок 18. Гистограмма 18. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS пациентов экспериментальной группы

Исследование психологического состояния людей, проходящих лечение в отделении реабилитации, показало следующее: большая часть пациентов при поступлении в отделение, испытывала повышенный уровень невротизации, негативные переживания и опасения по поводу будущего, связанные с трудностями в передвижении, утрату самоуверенности и падение мотивации, что способствовало росту тревожности в данной ситуации, характеризующейся переживаниями стресса, волнения и забот.

Проведенный анализ с использованием шкалы Спилбергера-Ханина показал: большинство пациентов обнаруживают начальные признаки тревоги и депрессии по шкале HADS, что указывает на стрессовое состояние, умеренное беспокойство и первые стадии депрессии. Однако, оценка депрессивного состояния по шкале Цунга в начале реабилитации выявила, что в обеих контрольных группах подавляющее большинство находится в стабильном эмоциональном состоянии, без явных признаков депрессии, и только около 22,5% показали легкие и средние симптомы, что говорит о готовности большинства к реабилитационному процессу.

Итоги исследования демонстрируют, что хотя в целом больные настроены на восстановление, однако, часть пациентов испытывает повышенный уровень тревоги, связанный с конкретной ситуацией, что приводит к снижению эффективности восстановительных мер и увеличению времени пребывания в больнице. Результаты подчеркивают значимость оценки психоэмоционального состояния до начала реабилитации для своевременного обнаружения и предотвращения тревожных расстройств.

Выводы по второй главе

1. Результаты констатирующего этапа эксперимента показали, что большая часть пациентов при поступлении в отделение, испытывала повышенный уровень невротизации, потерю уверенности в себе, снижению стремления к выздоровлению. Это, в свою очередь, приводило к увеличению беспокойства в специфических условиях лечения, связанных с переносимыми чувствами: напряжением, тревогой. Анализ результатов психоэмоционального состояния пациентов отделения медицинской реабилитации показал необходимость применения оценочных критериев в предреабилитационном периоде для раннего выявления нарушений психоэмоционального состояния, развития тревоги и депрессии.

2. Необходима своевременная диагностика и коррекция тревоги пациентов медицинской реабилитации, т.к. повышенный уровень тревоги исследуемых пациентов может негативно влиять на протекание процесса реабилитации, снижая качество реабилитационных мероприятий и удлиняя срок пребывания в стационаре. При выявлении повышенного уровня тревоги, негативных переживаний требуется проводить коррекцию психоэмоционального состояния, для успешной, быстрой и полноценной реабилитации, что подтверждает результаты нашего исследования.

ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОГИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

3.1. Организация формирующего этапа эксперимента

Цель формирующего этапа эксперимента: разработать и апробировать психологической программу коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации с использованием методов арт терапии, методов релаксации, методов рациональной психотерапии.

Задачи, поставленные на данном этапе исследования, включают:

– Создание программы психологической поддержки, способствующей снижению тревожности у пациентов реабилитационного отделения с применением арт-терапии, техник расслабления и рациональной психотерапии.

– апробация психологической программы коррекции тревоги пациентов экспериментальной группы;

– оценить эффективность разработанного варианта психологической программы коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации.

Для выполнения этих задач были спланированы и последовательно выполнены определенные *этапы*:

На первом этапе осуществлялся отбор участников для данного исследования. Исключались люди с обострением хронических болезней и те, кто отрицательно относился к групповым занятиям, а также пациенты с поражением суставов обеих ног. Всего было выбрано 80 человек, которые были поделены на две группы по 40 человек: одна – контрольная, другая – экспериментальная. Отличие контрольной группы заключалось в том, что ей не предлагалась короткая программа психологической коррекции

тревожности с использованием арт-терапии, релаксационных методик и рациональной психотерапии.

На втором этапе в обеих группах выявлены особенности эмоционального состояния, уровень личностной и ситуативной тревожности, депрессии, первичные признаки тревоги. Этот этап связан с изучением актуального эмоционального состояния у испытуемых.

На третьем этапе проводилась разработка варианта психологической программы коррекции тревоги пациентов, участвующих в исследовании, на фоне проводимых реабилитационных мероприятий, с применением методов арт-терапии, релаксации, рациональной психотерапии.

На четвертом этапе участники экспериментальной группы проходили адаптированный к ним краткосрочный курс психологической программы коррекции тревоги.

На пятом этапе проводилось повторное эмпирическое психологическое исследование участников обеих групп с целью оценки эффективности разработанной и апробированной программы психологической коррекции.

Критерии выбора методик для нашей программы опирались на такие факторы, как:

- условия пребывания пациентов в больнице;
- частую необходимость в психологической поддержке без прямых запросов на неё;
- ограниченное время восстановления;
- ограниченную физическую активность участников.

Мы ориентировались на то, чтобы люди могли самостоятельно применять изученные методы после завершения курса.

Исходя из этих факторов и предварительного анализа теоретических работ по работе с тревожностью, мы включили в нашу программу следующие методы:

- вокалотерапию, как элемент арт-терапии;
- практики дыхания и релаксации;

– разъяснительную беседу (информирование), как метод рациональной психотерапии.

Программа помощи пациентам проходила на базе отделения медицинской реабилитации и представляла собой групповые сессии по 30 минут в течение 5 дней, включая все три вышеупомянутых направления.

После завершения курса реабилитации мы провели контрольный этап эксперимента, используя те же методы оценки психоэмоционального состояния, что и в начале. По итогам был проведен сравнительный анализ полученных данных.

3.2. Содержание психологической программы коррекции тревожных состояний пациентов отделения медицинской реабилитации

При разработке программы для уменьшения тревоги у людей, проходящих курс реабилитации, мы использовали элементы арт-терапии, приемы расслабления и техники рациональной психотерапии.

Цель программы психологической коррекции: предупреждение или преодоление высокого уровня тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации. Программа направлена на работу с осознанием пациентами своего заболевания, помогает предотвратить психологические трудности, укрепляет веру в собственные силы и желание идти к выздоровлению. Мы стремились создать благоприятные условия для того, чтобы человек мог раскрыть свой потенциал, самостоятельно развиваться в ограниченных условиях и научиться видеть мир в более оптимистичном свете, что в свою очередь поможет справиться с тревожными состояниями.

Программа включает в себя занятия, где применяются арт-терапия, методы релаксации и рациональной психотерапии. Иногда, в зависимости от особенностей лечения, каждое упражнение может проводиться как отдельное полноценное занятие.

Таблица 15. Тематический план занятий

№ занятия	Цель занятия	Содержание	Прод-ть
Занятие 1	–понимание механизмов положительного воздействия релаксации, дыхательных упражнений для нейтрализации последствий стресса в организме; –обучение выполнению прогрессивной мышечной	–приветствие участников группы, сообщение каждого участника о своем настрое на работу; –краткое сообщение по теме занятия	40 мин.

	релаксации (по Эдмунду Джекобсону), дыхательным упражнениям		
Занятие 2	<ul style="list-style-type: none"> – формирование активной позиции пациента в процессе реабилитации; – формирование адекватного поведения и ожидания пациента относительно лечебного процесса, результата реабилитации. 	<ul style="list-style-type: none"> – общая информация о заболевании; – информация об особенностях раннего реабилитационного периода; – информация о подготовке домашней обстановки с учетом требований раннего реабилитационного периода; – организационные моменты лечебно-реабилитационного процесса; – демонстрация видеоматериалов, наглядных пособий дополняющая устную информацию о процессе реабилитации; – обучающие информационные модули для самостоятельного применения. 	40м ин.
Занятие 3	<ul style="list-style-type: none"> – знакомство с психосоматическими расстройствами, осмысление роли психики в процессе развития и обострения психосоматических заболеваний; – понимание связи характерологических свойств, телесной конституции с предрасположенностью к развитию тех или иных психосоматических заболеваний. 	<ul style="list-style-type: none"> – изучение конституциональных особенностей разных характеров подводит к принятию естественности определенных психосоматических реакций организма; – учение о темпераментах; – связь характерологических свойств, телесной конституции с предрасположенностью к развитию тех или иных соматических заболеваний; – влияние осознанного отношения к болезненному расстройству на уменьшение вклада эмоционального фактора в развитие 	40м ин.

		психосоматических симптомов; – знакомство с важными особенностями характеров	
Занятие 4	Отработка навыков уверенного поведения	– задания на общий положительный эмоциональный настрой и акцент на доброжелательное отношение друг к другу; – работа в команде, приемы взаимопомощи, поддержки; – выбор и смена ролей в коммуникации,	40м ин.
Занятие 5	Возможность самостоятельного применения и использования приемов самопомощи	– активация защитно-приспособительных систем организма; – актуализации конфликтных причин соматического заболевания	40м ин.

Психологическая коррекция тревоги происходит включает индивидуальный подход к каждому человеку. Учитывается его особенности восприятия своего здоровья и чувствительность к эмоциям.

Ведущий механизм психологической коррекции пациентов, находящихся на этапе восстановления здоровья, заключается в стимулировании механизмов, которые помогают организму противостоять стрессу. Это приводит к следующему:

- Старту процессов, которые восстанавливают здоровье;
- Снижению или устранению влияния стрессовых факторов на тело;
- Укреплению способности адаптироваться к новым условиям.

Успех метода заключается в том, что он не акцентирует внимание на травматичных, конфликтных причин соматического заболевания, это важно для безопасного самостоятельного применения приемов. Это важно для того, чтобы человек мог самостоятельно применять изученные техники безопасно. Мы ориентируем людей на самостоятельное использование методов самопомощи и после курса обучения. Чтобы мотивировать их, мы

предоставляем полные и понятные объяснения концепций, опираясь на теоретические знания. Ожидаемые результаты: улучшения их психического состояния, а именно снижением:

легкой депрессии ситуативного или невротического генеза, проявляющейся в изменениях настроения, склонности к слезливости, необъяснимой утомляемости, неспособности сосредоточить внимание, раздражительности, проблемах со сном, трудностях в выполнении обыденных дел;

умеренного уровня депрессии с периодами плохого настроения, когда человек чувствует угнетение, постоянно грустит, теряет интерес к жизни и окружающему миру, быстро устает, не может сосредоточиться, испытывает отсутствие мотивации, страдает от бессонницы, потери аппетита и апатии;

умеренного уровня ситуативной тревожности, связанной с конкретными событиями, которые выражаются в чрезмерной важности проблем, ощущении неуверенности, снижении стремления действовать, проблемах с организацией своих действий;

высокого уровня ситуативной тревожности, сопровождающейся личным дискомфортом, тревогой, беспокойством и физической активацией, нервозностью, рассеянным вниманием, проблемами с точным выполнением движений;

субклинически выраженной тревоги, характеризующейся уменьшением удовольствия от привычных активностей и скрытой депрессией, сопровождающейся когнитивными дисфункциями, длительным понижением настроения, увеличенной утомляемостью и потерей интереса к привычным радостям.

Следовательно, психологическая программа коррекции тревоги подразумевает развитие у пациентов осознанного и активного участия в процессе их восстановления и преодоления беспокойства относительно своего здоровья.

3.3. Результаты контрольного этапа эксперимента

Результаты диагностики личностной тревоги пациентов контрольной группы, отделения медицинской реабилитации по шкале Цунга. Данные представлены в таблице 16, и на рисунках 19, 20.

Таблица 16. Результаты депрессии пациентов контрольная группа по Шкале Цунга

уровень депрессии	контрольная группа			
	констатирующий этап		контрольный этап	
	человек	%	человек	%
норма	32	80	32	80
легкий	7	17,5	7	17,5
умеренный	1	2,5	1	2,5
высокий	0	0	0	0

Анализ по Шкале Цунга для самооценки депрессии в контрольной группе на этапе контрольного эксперимента показал:

Большинство участников, а именно 80% или 32 человека, пациенты без признаков депрессии. Пациенты контрольной группы продолжали находиться в нормальном эмоциональном состоянии и не показывали признаки депрессивных расстройств.

При этом 17,5%, что равняется 7 участникам, продемонстрировали легкий уровень депрессии. Эти случаи характеризуются временным понижением настроения, чувством усталости без конкретных причин, непостоянством и ощущением внутреннего напряжения. Также у пациентов наблюдались признаки раздражительности, проблемы со сном и другие незначительные отклонения.

Лишь один человек из исследуемой группы, что составляет 2,5%, показал признаки умеренной депрессии, выраженной в субдепрессивном

настроении. Это состояние влечёт за собой периоды пониженного настроения, чувство грусти, упадок интереса к повседневным делам и снижение общей активности. Отмечалась утомляемость, снижение способности концентрироваться, проблемы со сном, уменьшение аппетита и общая апатия.

Данные исследования иллюстрированы на рисунках 19 и 20.

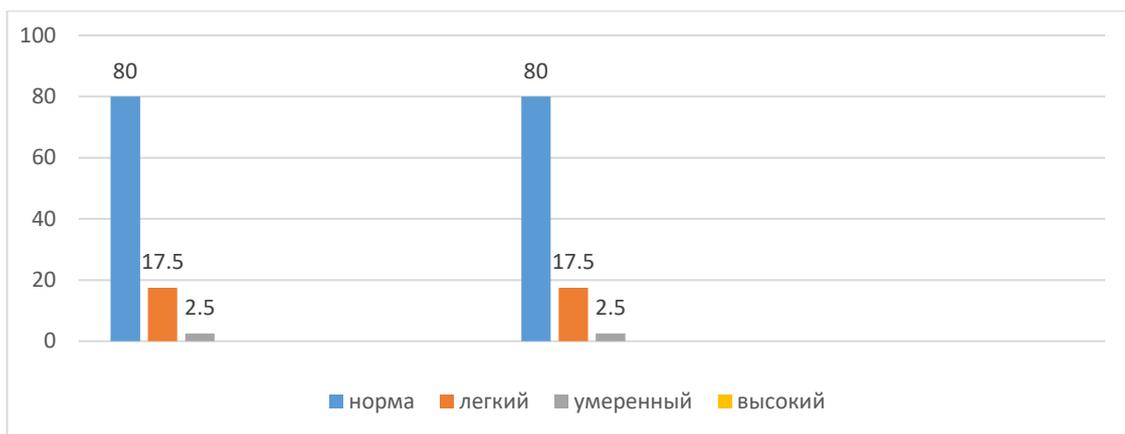


Рисунок 19. Гистограмма 19. Результаты диагностики депрессии пациентов контрольной группы по Шкале Цунга

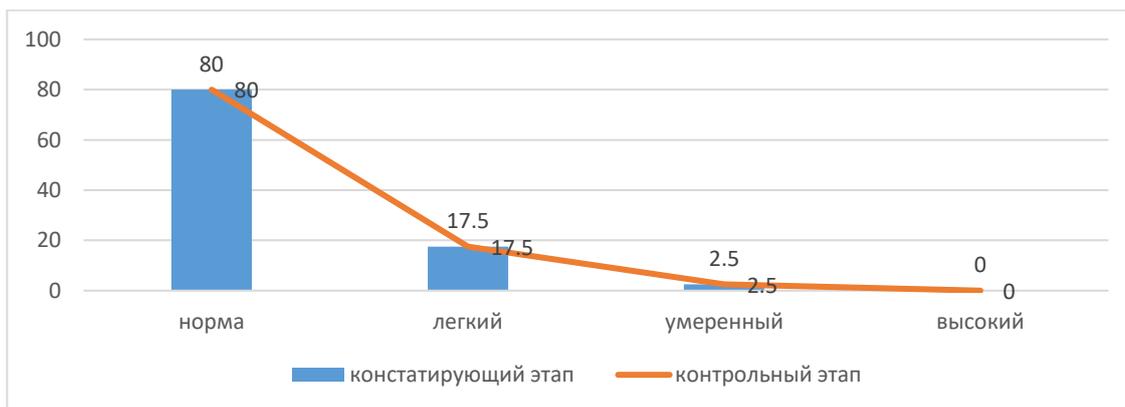


Рисунок 20. Гистограмма 20. Результаты диагностики депрессии пациентов контрольной группы по Шкале Цунга

Анализ результатов контрольного этапа диагностики депрессии пациентов контрольной группы по шкале Цунга не выявил изменений, 20%

пациентов, как и прежде, испытывают повышенный уровень депрессии ситуативного, невротического характера.

Результаты диагностики личностной тревоги пациентов экспериментальной группы, отделения медицинской реабилитации по шкале Цунга. Данные представлены в таблице 17, и на рисунках 21, 22.

Таблица 17. Результаты диагностики депрессии пациентов экспериментальной группы по Шкале Цунга

Уровень депрессии	экспериментальная группа			
	констатирующий этап		контрольный этап	
	человек	%	человек	%
норма	31	77,5	36	90
легкий	8	20	4	10
умеренный	1	2,5	0	0
высокий	0	0	0	0

Анализ по Шкале Цунга для самооценки депрессии в экспериментальной группе на этапе контрольного эксперимента показал:

Число участников, не имеющих симптомов депрессии, достигло 90% (36 человек). Это означает, что подавляющее большинство участников не ощущают симптоматику депрессивных состояний. После завершения программы у 12,5% (5 человек) наблюдается улучшение состояния. Уровень норма ранее был выявлен у 77,5% пациентов, на контрольном этапе у 90%.

Легкие признаки депрессии были выявлены у 20% (8 человек) на констатирующем этапе, на контрольном лишь 10 % (4 чел.). Уменьшение количества участников с легкими проявлениями депрессии произошло за счет их перехода в вариант нормы. Это подтверждает, что число людей, страдающих от легкой депрессии, вызванной временными обстоятельствами или невротическими расстройствами, уменьшилось. У данных участников остаются минимальные, но заметные симптомы, такие как подавленное настроение, склонность к слезам, тревожность, раздражительность и другие.

Участников с умеренными признаками депрессии не обнаружено. Единственный случай (2,5%, 1 человек) был зарегистрирован на констатирующем этапе эксперимента.

Процент пациентов не имеющих признаков депрессии после программы коррекции тревоги увеличился на 12,5% и составил 90% от экспериментальной группы, соответственно, процент пациентов, имеющих признаки депрессии снизился на 12,5% и составил 10% на этапе контрольного эксперимента.

Выявленные результаты представлены на рисунках 21,22.



Рисунок 21. Гистограмма 21. Результаты диагностики пациентов экспериментальной группы по Шкале Цунга

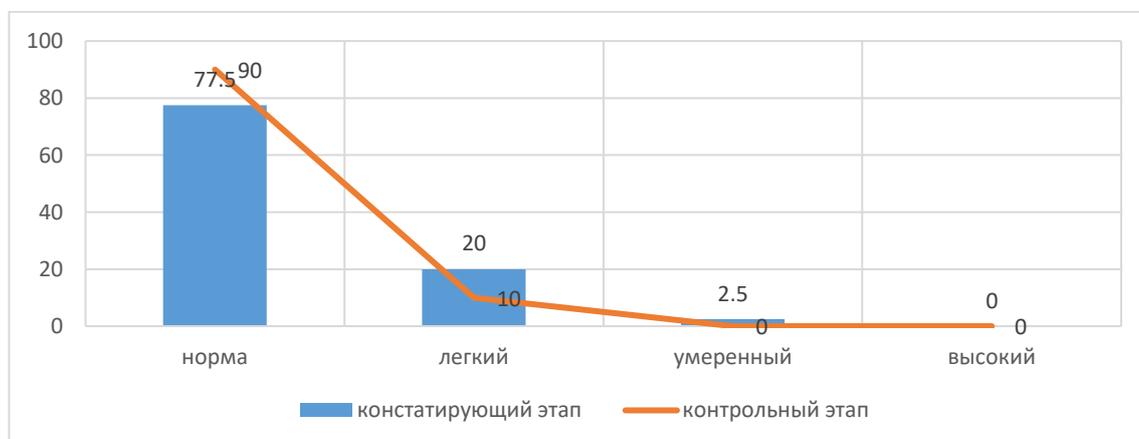


Рисунок 22. Гистограмма 22. Результаты диагностики депрессии пациентов экспериментальной группы по Шкале Цунга

Результаты диагностики личностной тревоги пациентов контрольной группы отделения медицинской реабилитации по шкале Спилбергера – Ханина представлены в таблице 18 и на рисунках 23, 24.

Таблица 18. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов контрольной группы по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

показатель уровня тревоги	личностная тревога			
	контрольная группа			
	констатирующий этап		контрольный этап	
	человек	%	человек	%
низкий	14	35	14	35
умеренный	25	62,5	25	62,5
высокий	1	2,5	1	2,5

В процессе контрольного исследования состояния пациентов было установлено следующее:

Как, и прежде, 35% (14 чел.) имеют низкий уровень личностной тревоги. Это означает, что они редко чувствуют себя напряженно в различных обстоятельствах, которые другие могут считать угрожающими. Такое состояние свидетельствует о постоянной черте характера, которая проявляется при столкновении с конкретными раздражителями, воспринимаемыми как угроза личной значимости.

Большинство, а именно 62,5% (25 человек), продемонстрировали умеренный уровень личностной тревоги. Этот показатель выражается в том, что человек может ощущать беспокойство в широком спектре ситуаций, особенно когда дело касается оценки его деятельности или социального статуса. Часто такие люди не уверены в собственных достижениях, ощущают давление со стороны общественных ожиданий, испытывают трудности при установлении целей и проявляют решительность.

Только 2,5% (1 человек) показали высокий уровень личностной тревоги, что говорит о врожденной склонности видеть опасность в многих жизненных аспектах. Любая ситуация для них может стать причиной стресса и вызвать глубокое чувство тревоги. Такие люди часто сталкиваются с невротическими расстройствами, эмоциональными взрывами, затруднениями при переходе к практическому планированию действий и склонны застревать на уровне психоэмоциональных проблем. Результаты представлены на рисунках 23, 24.

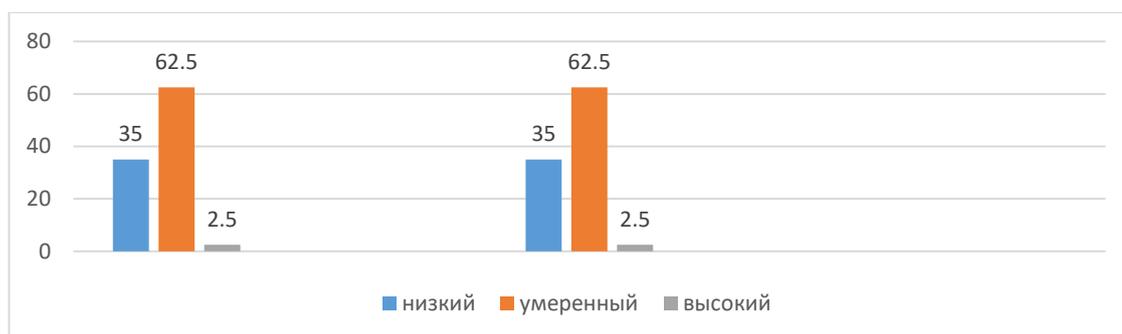


Рисунок 23. Гистограмма 23. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов контрольной группы по шкале Спилбергера – Ханина

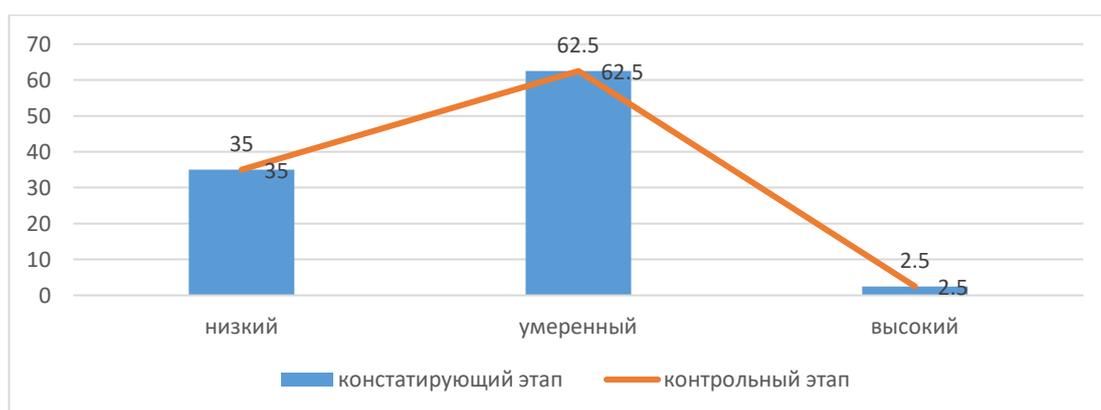


Рисунок 24. Гистограмма 24. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов контрольной группы по шкале Спилбергера – Ханина

Сравнение результатов констатирующего и контрольного этапов диагностики личностной тревоги пациентов контрольной группы по шкале

Спилбергера – Ханина не выявило изменений. Полученные данные совпадают с теми, что были зафиксированы на начальном этапе исследования. Участники по-прежнему ощущают сильное беспокойство, что связано с их личным восприятием текущей ситуации, ограничениями в физической активности, усиливающимися нагрузками, недостаточным уровнем информации о процессе лечения и реабилитации, а также с тенденцией воспринимать эти обстоятельства как угрозу, вызывая страх за возможность полного восстановления способности к ходьбе в будущем.

Результаты диагностики личностной тревоги пациентов экспериментальной группы по Шкале тревоги Спилбергера – Ханина представлены в таблице 19, и на рисунках 25, 26.

Таблица 19. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов экспериментальной группы по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

показатель уровня тревоги	личностная тревога			
	экспериментальная группа			
	констатирующий этап		контрольный этап	
	человек	%	человек	%
низкий	10	25	11	27,5
умеренный	29	72,5	29	72,5
высокий	1	2,5	0	0

Анализ личностной тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации по шкале Спилбергера – Ханина в экспериментальной группе на этапе контрольного эксперимента показал:

Примерно каждый четвертый - 27,5% (11 человек) демонстрируют низкий уровень личностной тревоги. Эти люди склонны воспринимать множество ситуаций как потенциально опасные и отвечают на них чувством тревоги. Это постоянная черта личности, которая проявляется, когда человек сталкивается с факторами, угрожающими его самооценке или чувству достоинства. Таким пациентам необходимо стимулировать их активность,

важно уделить внимание мотивирующим аспектам их действий, пробудить интерес и т.д. В сравнении с предыдущим этапом исследования, доля этой группы увеличилась на 2,5% (1 человек).

Основная масса, 72,5% (29 человек), показали умеренный уровень личностной тревоги. У этих пациентов продолжает проявляться чувство тревоги в различных обстоятельствах. Они часто сомневаются в себе и своих достижениях, ощущают внешнее давление и стремятся к выполнению поставленных задач с особой тщательностью. Рекомендуется переориентировать таких людей на детальное планирование деятельности по этапам и глубокое понимание выполняемой работы. Показатель данного уровня в контрольном эксперименте не изменился.

С высоким уровнем личностной тревоги пациентов не было выявлено, их процент уменьшился на 2,5% (1 человек), так как один из них перешёл в группу с низким уровнем. Полученные данные подробно представлены на рисунке 25 и 26.

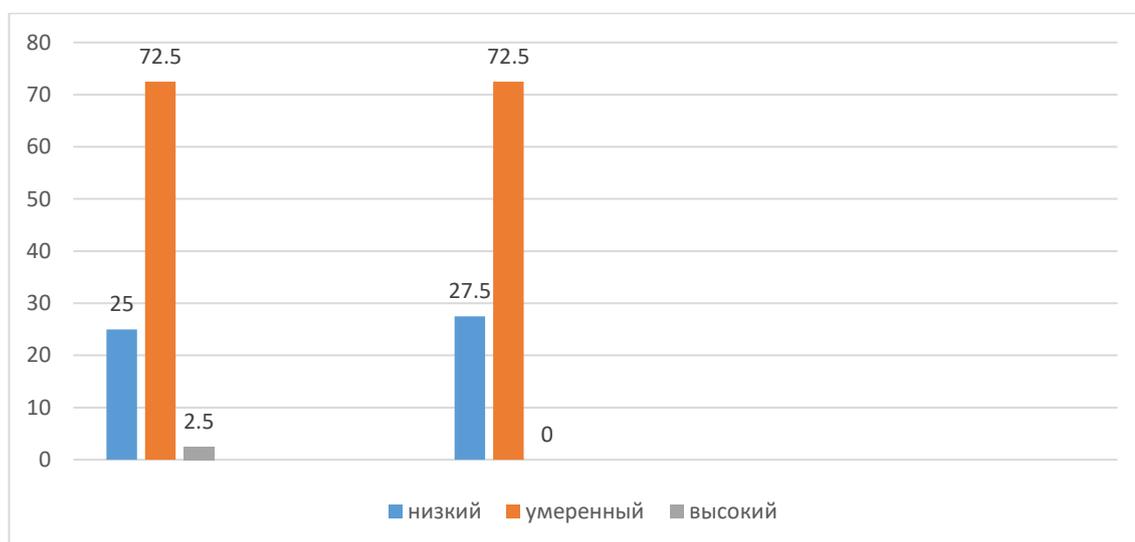


Рисунок 25. Гистограмма 25. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов экспериментальной группы по шкале Спилбергера – Ханина

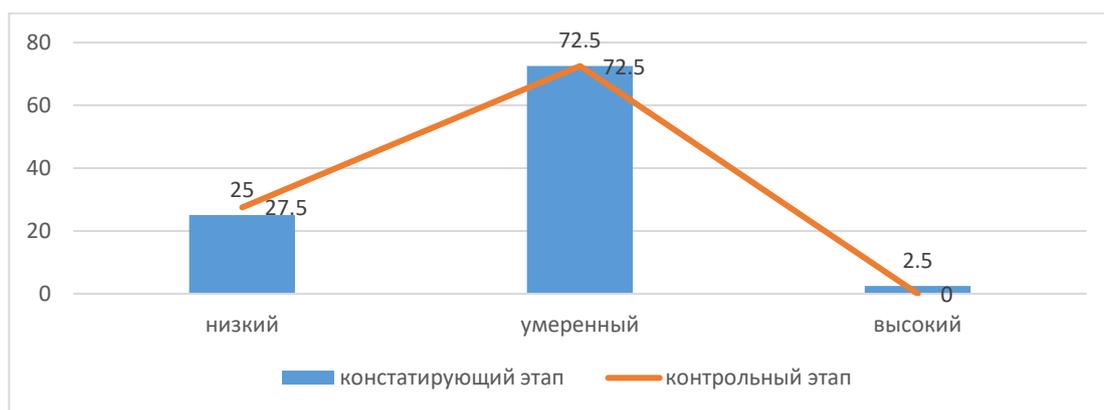


Рисунок 26. Гистограмма 26. Результаты диагностики личностной тревоги пациентов экспериментальной группы по шкале Спилбергера – Ханина

Анализ динамики личностной тревоги пациентов экспериментальной группы не показал значимых изменений. Виден лишь небольшой рост численности людей с низким уровнем тревоги +2,5%. Преобладает, в большинстве случаев умеренный уровень личностной тревоги, равный 72,5% (29 чел.). Такая слабо выраженная динамика может быть связана с индивидуальными характеристиками испытуемых, а также с ограниченным временем нахождения пациента в условиях клиники.

Результаты ситуативной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина пациентов контрольной группы представлены в таблице 20.

Таблица 20. Результаты диагностики ситуативной тревоги в контрольной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

показатель уровня тревоги	ситуативная тревога			
	контрольная группа			
	констатирующий этап		контрольный этап	
	человек	%	человек	%
низкий	7	17,5	7	17,5
умеренный	7	17,5	7	17,5
высокий	26	65	26	65

Анализ ситуативной тревоги в контрольной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина на этапе контрольного эксперимента:

17,5% (7 чел.) имеют низкий уровень ситуативной тревожности. Это состояние обычно проявляется в виде отсутствия активности, пониженного интереса к окружающему, отсутствия готовности брать на себя ответственность и решать поставленные задачи.

Такой же процент участников (17,5%, 7 человек) продемонстрировали умеренный уровень ситуативной тревожности. Здесь уже наблюдается уменьшение уверенности пациентов в собственных силах, спад интереса к действиям, трудности с распределением времени и организацией дел.

Остальные участники (65%, 26 человек) имеют высокий уровень ситуативной тревожности. Такая реакция возникает как ответ на стрессовые обстоятельства. Особенности такого состояния включают чувство внутреннего дискомфорта, напряжение, тревогу, а также физиологическое возбуждение, нервозность, проблемы с концентрацией внимания и точностью движений. Такое состояние изменчиво и может варьироваться со временем.

Выявленные результаты представлены на рисунках 27, 28.

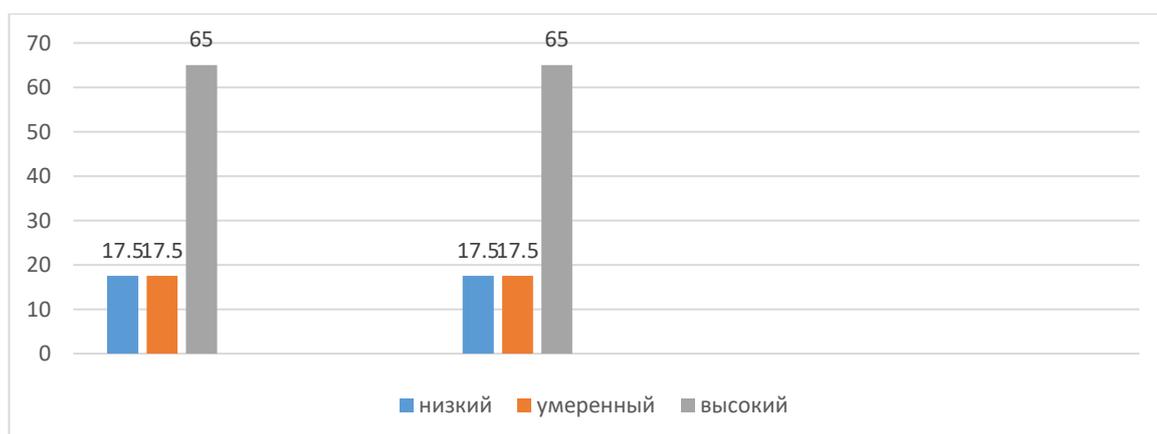


Рисунок 27. Гистограмма 27. Результаты диагностики ситуативной тревоги в контрольной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

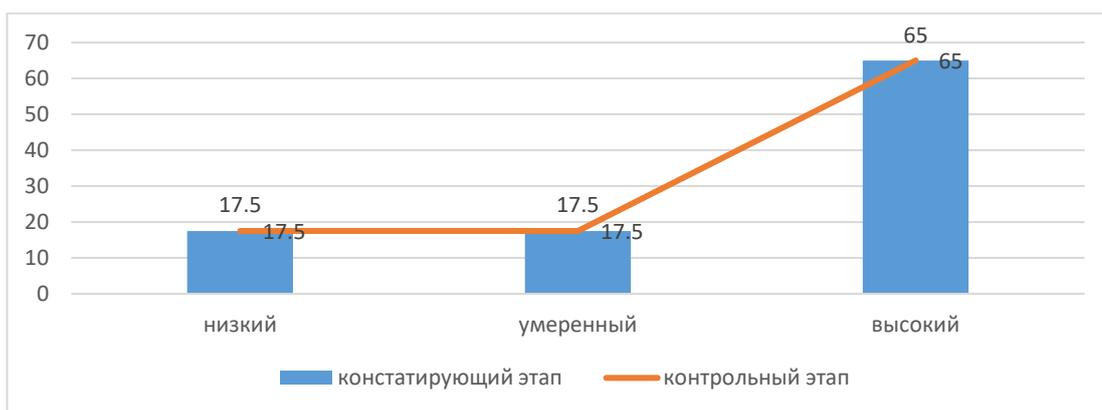


Рисунок 28. Гистограмма 28. Результаты диагностики ситуативной тревоги пациентов контрольной группы по шкале Спилбергера – Ханина

При проведении сравнительного анализа данных пациентов контрольной группы с использованием методики Спилбергера-Ханина, не было обнаружено положительной динамики. Данные, полученные в ходе контрольного этапа, оказались схожими с первоначальными показателями. Участники исследования по-прежнему испытывают усиленное чувство беспокойства, которое возникает из-за личного восприятия текущего положения вещей, физических ограничений и прочих факторов.

Оценка уровня ситуативной тревожности участников из экспериментальной группы, проведенная по методике Спилбергера-Ханина, представлена в таблице 21.

Таблица 21. Результаты диагностики ситуативной тревоги в экспериментальной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

показатель уровня тревоги	ситуативная тревога			
	экспериментальная группа			
	констатирующий этап		контрольный этап	
	человек	%	человек	%
низкий	6	15	16	40
умеренный	10	25	12	30
высокий	24	60	12	30

Анализ ситуативной тревоги в экспериментальной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина на этапе контрольного эксперимента показал:

У 40% (16 чел.) выявлен низкий уровень ситуативной тревожности. Эта цифра повысилась на четверть (или на 10 человек) и достигла отметки в 40 процентов от всего числа участвующих. Этот рост указывает на уменьшение чувства напряжения и волнения у пациентов в определенных условиях медицинского учреждения.

30% (12 чел.) имеют умеренный уровень ситуативной тревожности. В ходе контрольного этапа эксперимента произошло незначительное увеличение этого показателя – на 5% (2 человека), что составило в общем 30%. Это изменение произошло в результате перехода участников из категории с высоким уровнем тревожности в низкий. При таком уровне тревожности у пациентов часто наблюдается усиленное внимание к своему состоянию и ощущение неуверенности в собственных силах, уменьшение мотивации и затруднения в планировании действий.

Оставшиеся 30 % (или 12 человек) пациентов продемонстрировали высокий уровень ситуативной тревожности. Такое состояние сопровождается чувством дискомфорта, повышенным беспокойством и физиологическими реакциями напряжения. Такие люди могут испытывать нервозность, снижение концентрации внимания и проблемы с координацией движений. Обычно такая тревожность не является длительной. Уровень высокой тревожности значительно снизился с 60% до 30 % и на момент контрольного эксперимента составил 30% (12 человек). Результаты исследования представлены на рисунке 29 и 30.

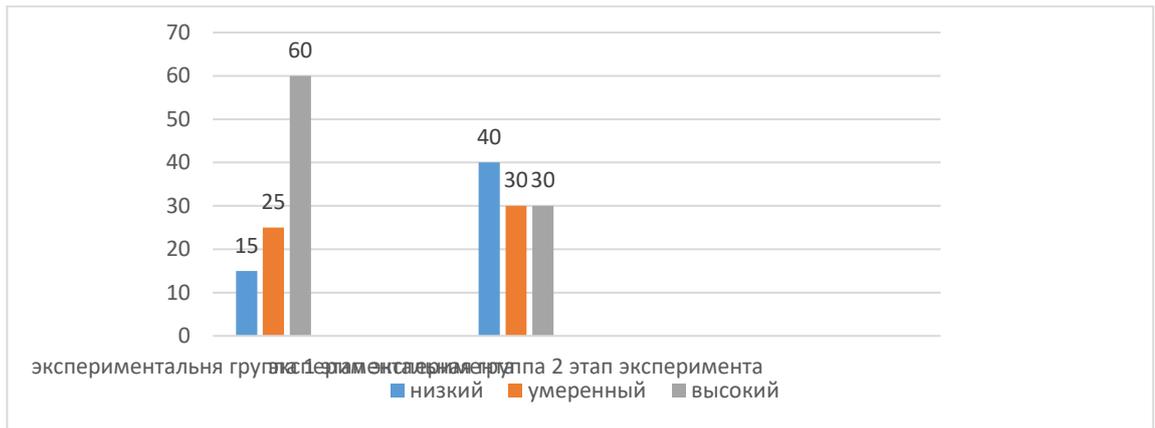


Рисунок 29. Гистограмма 29. Результаты диагностики ситуативной тревоги в экспериментальной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

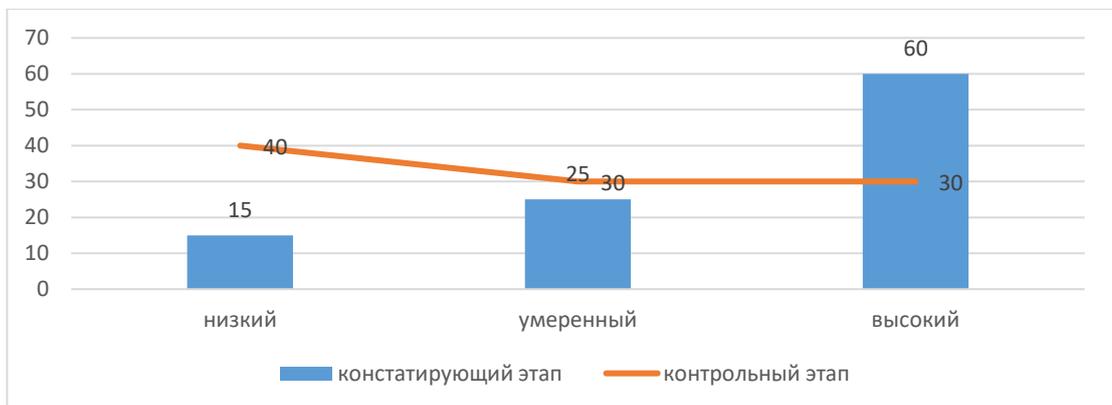


Рисунок 30. Гистограмма 30. Результаты диагностики ситуативной тревоги в экспериментальной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина

Результаты диагностики выраженности первичных признаков тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS (The hospital Anxiety and depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.) пациентов контрольной группы представлены в таблице 22.

Таблица 22. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS пациентов контрольной группы

показатели уровня тревоги/депрессии	контрольная группа			
	констатирующий этап		контрольный этап	
	человек	%	человек	%
норма/норма	6	15	6	15
субклинически выраженная / норма	24	60	24	60
субклинически выраженная / субклинически выраженная	10	25	10	25

Так же, как и раньше, у 15% участников (6 человек) показатели тревоги и депрессии находились в пределах нормы. Пациенты без первичных признаков тревоги и депрессии;

60% участников (24 человека) испытывали субклинически выраженную тревогу. На этой стадии может появиться легкое беспокойство со слабыми признаками, которое пока не мешает обыденной жизни. У людей этой группы часто наблюдается нервозность, уменьшение интереса к активностям, которые раньше доставляли радость. Обычно это возникает в ответ на стрессовые события.

У 25% участников (10 человек) зафиксированы имеют субклинически выраженный уровень тревоги и субклинически выраженный уровень депрессии. Это сопровождается снижением способности сосредоточиться, ухудшением памяти и общим упадком когнитивных функций. Также они могут испытывать учащенное сердцебиение, постоянную грусть, чувство отчаяния. Наблюдается быстрая утомляемость от обычных занятий, потеря удовольствия от интересов, пониженная самооценка, чувство вины и пессимистичные мысли о будущем.

Случаев с клинически выраженной тревогой и депрессией среди исследуемых не обнаружено. Полученные данные представлены на рисунке 31 и 32.



Рисунок 31. Гистограмма 31. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS пациентов контрольной группы

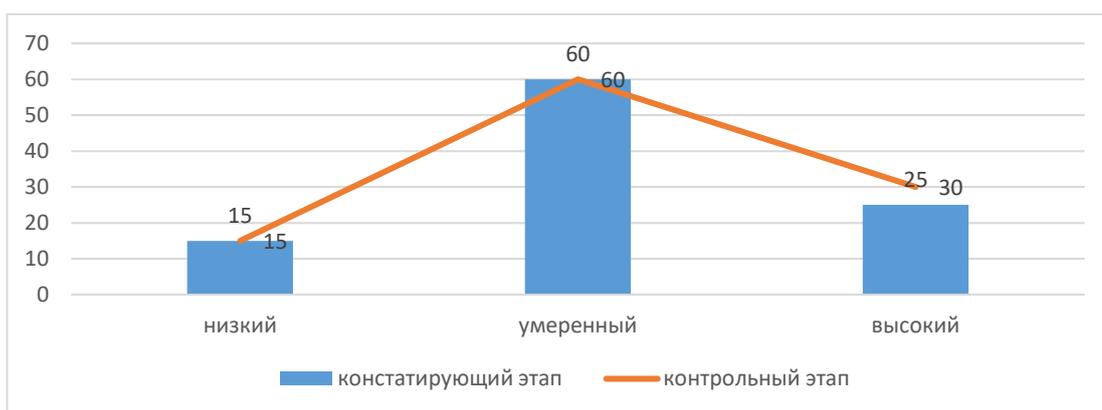


Рисунок 32. Гистограмма 32. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS пациентов контрольной группы

Сравнение результатов констатирующего и контрольного этапов диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS пациентов контрольной группы не выявило изменений. У участников контрольной группы, не было обнаружено значительных отличий. Показатели, полученные на контрольном этапе, совпадают с теми, что были

зафиксированы в начале исследования. У пациентов по-прежнему наблюдается усиление чувства беспокойства, что связано с их личным восприятием текущего положения дел и возникшими ограничениями по состоянию здоровья.

Результаты выраженности первичных признаков тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS (The hospital Anxiety and depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.) пациентов экспериментальной группы представлены в таблице 23, рисунке 33, 34.

Таблица 23. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS, экспериментальной группы пациентов

показатели уровня тревоги/депрессии	экспериментальная группа			
	констатирующий этап		контрольный этап	
	человек	%	человек	%
норма/норма	7	17,5	19	47,5
субклинически выраженная /норма	19	47,5	12	30
субклинически выраженная/ субклинически выраженная	14	35	9	22,5

Исследование психологического состояния участников эксперимента с помощью шкалы HADS выявило следующее:

Почти у половины участников (47,5%, то есть 19 человек) показатели тревоги и депрессии находились в пределах нормы, что указывает на отсутствие явных симптомов тревожности или депрессивного состояния. В ходе контрольного этапа количество таких участников увеличилось на 30% (до 12 человек), что свидетельствует о положительной динамике и стабилизации эмоционального фона среди исследуемой группы.

Треть участников (30%, или 12 человек) испытывали субклинически выраженную тревогу, уровень депрессии у этих пациентов был в пределах нормы. Эти данные указывают на начальную стадию тревожно-депрессивного

расстройства с легкими симптомами, которые еще не оказывают значительного влияния на повседневную жизнь. Однако у таких пациентов могут наблюдаться периоды беспокойства, а также снижение интереса к обычно приятным делам. Замечено снижение уровня субклинической тревоги на 17,5% (7 человек) на контрольном этапе.

Примерно у каждого пятого участника (22,5%, или 9 человек) присутствовали субклинические признаки как тревоги, так и депрессии. Это состояние сопровождается устойчивым падением настроения, увеличенной утомляемостью и потерей интереса к деятельности, которая ранее доставляла удовольствие. Показатель снизился на 7,5% (5 чел.).

Пациентов с клинически выраженной тревоги и депрессии выявлено не было. Все полученные результаты подробно представлены на иллюстрациях 33 и 34.

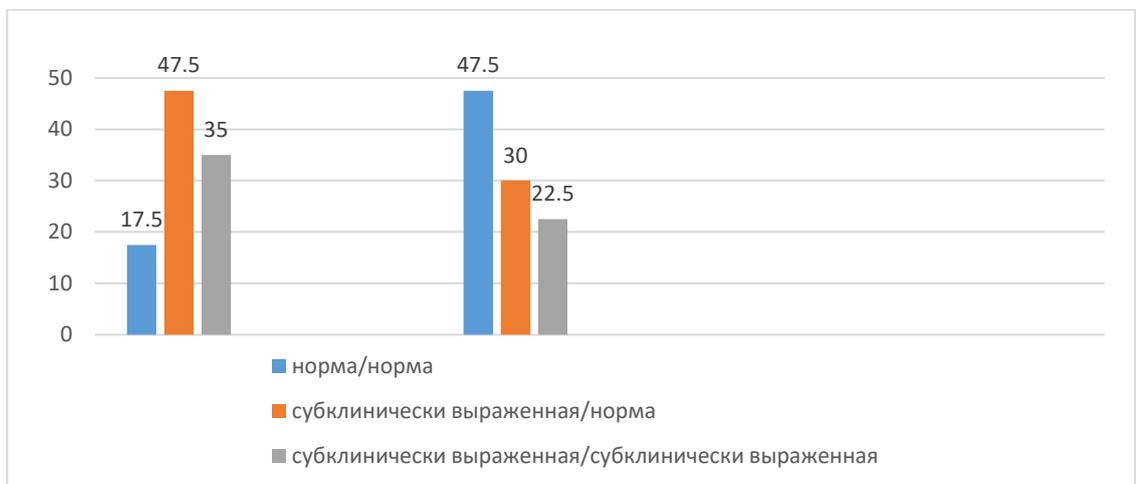


Рисунок 33. Гистограмма 33. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS пациентов экспериментальной группы

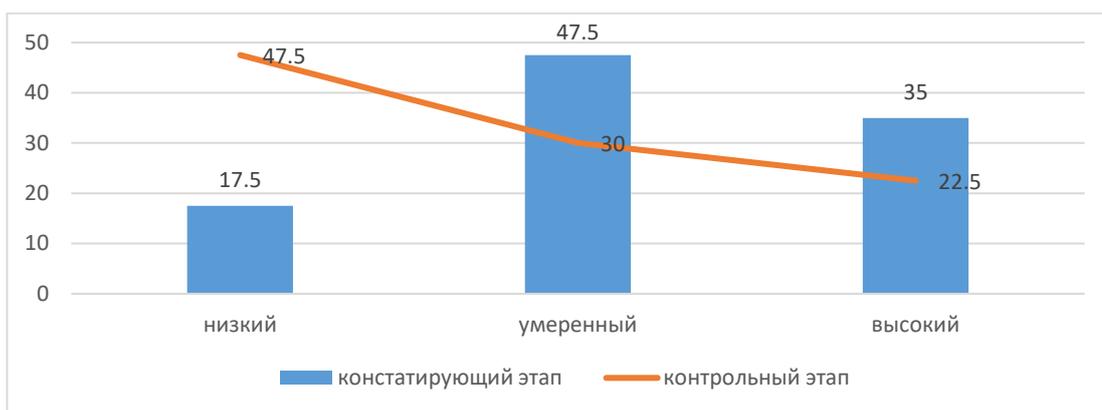


Рисунок 34. Гистограмма 34. Результаты диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS пациентов экспериментальной группы

Анализ результатов констатирующего и контрольного этапов диагностики депрессии пациентов контрольной группы по шкале Цунга не выявил изменений, 20% пациентов, как и прежде, испытывают повышенный уровень депрессии ситуативного, невротического характера.

Сравнение результатов констатирующего и контрольного этапов диагностики личностной тревоги пациентов контрольной группы по шкале Спилбергера – Ханина не выявило изменений. Установлено, что уровень беспокойства остался высоким и его причинами являются: переживания, связанные с текущим положением; физические ограничения; увеличение нагрузок; нехватка информации о процессе лечения и реабилитации. Это указывает на склонность больных воспринимать сложившуюся обстановку как угрожающую и беспокоиться о возможности восстановления способности передвигаться в дальнейшем.

Сравнение результатов констатирующего и контрольного этапов диагностики ситуативной тревоги пациентов контрольной группы по шкале Спилбергера – Ханина на этапе контрольного эксперимента не выявило изменений. Больные по-прежнему ощущают повышенную тревожность,

которую вызывают личные переживания из-за сложившейся обстановки и физических препятствий.

Подведение итогов диагностики по шкале HADS, направленной на оценку уровня тревожности и депрессии у участников контрольной группы, также не показало вариаций в сравнении с исходными данными. Величина тревоги у пациентов не изменилась и по-прежнему обусловлена переживаниями по поводу своего состояния и имеющимися физическими ограничениями. Оценка итогов контрольной стадии исследования в группе испытуемых выявила улучшение состояния:

Анализ по Шкале Цунга для самооценки депрессии в экспериментальной группе на этапе контрольного эксперимента выявил: после прохождения психологической программы коррекции тревоги, отмечается положительная динамика, сократилось число пациентов, кто испытывали легкую депрессию ситуативного или невротического генеза. Большинство участников эксперимента больше не показывают симптомов депрессии. В целом, процент участников, не обнаруживающих признаков депрессии после прохождения курса, возрос на 12,5% и достиг 90% в группе.

Анализ диагностики показателей уровня тревоги / депрессии по госпитальной шкале HADS, экспериментальной группы пациентов на контрольном этапе эксперимента показал снижение субклинически выраженного уровня тревоги и субклинически выраженного уровня депрессии. Участники отметили нормализацию настроения, повышение способности переносить различные нагрузки и вновь находить удовольствие в привычных делах. Уровень беспокойства, который можно охарактеризовать как субклинический, уменьшился, и участники сообщили о стабилизации своего психоэмоционального состояния.

Анализ ситуативной тревоги в экспериментальной группе по шкале тревоги Спилбергера – Ханина на этапе контрольного эксперимента показал: значительное увеличение показателя низкого уровня ситуативной тревожности. Процент таких участников вырос на 25% (10 человек).

Изменения в этом показателе отражают уменьшение чувства напряжения, тревоги и беспокойства у участников в условиях медицинского учреждения. У пациентов возникла мотивация, снизилась острота восприятия ситуаций, укрепилась уверенность в себе, улучшились навыки многозадачности и способность планировать действия без стресса. Уровень высокой ситуативной тревожности сократился с 60% до 30%, что составило 30% (12 человек) на контрольном этапе эксперимента. После того, как пациенты прошли курс психотерапевтического вмешательства, многие из них заметили уменьшение беспокойства, повышенной озабоченности по поводу различных событий и задач. Ощущение самоуверенности начало возвращаться, а также повысилась мотивация и улучшились навыки планирования. Тем не менее, в группе, которая проходила экспериментальное лечение, остались люди, продолжающие испытывать тревожность на высоком уровне.

При анализе изменений уровня личностной тревоги у участников экспериментальной группы заметной динамики не наблюдалось. Небольшое улучшение выразилось в увеличении числа пациентов с низким уровнем тревоги всего на одного человека, что составило прирост в 2,5%. В большинстве случаев присутствовали симптомы умеренной тревоги, которые были зафиксированы у 72,5% участников (29 человек) как на констатирующем, так и на контрольном этапах исследования. Такие пациенты часто сомневаются в собственных силах и возможностях достигнуть успеха, чувствуют давление внешних ожиданий и стремятся к безукоризненному выполнению поставленных задач. Минимальные изменения в динамике могут быть обусловлены индивидуальными чертами личности пациентов, а также недостаточной длительностью программы коррекции тревоги в условиях стационара.

Выводы по третьей главе

1. В ходе проведенного нами исследования, на группе пациентов реабилитации, была апробирована программа, нацеленная на снижение тревоги. Данная программа включала в себя элементы арт-терапии, техники релаксации и принципы рациональной психотерапии. Результаты, полученные в конце контрольного этапа эксперимента, подтвердили её результативность.

2. Проведение сопоставительного анализа показало различия между контрольной и экспериментальной группами. У участников контрольной группы, которые не принимали участие в разработанной и апробированной программе, уровень тревожности оставался на высоком уровне и не претерпел изменений на протяжении всего исследования. В то же время, пациенты из экспериментальной группы, прошедшие нашу программу, продемонстрировали снижение тревоги. Результаты контрольного этапа эксперимента указали на значительное снижение признаков тревоги и депрессии, что свидетельствует о стабилизации психоэмоционального фона участников.

3. Несмотря на заметное улучшение состояния большинства пациентов, некоторые из них все же ощущали повышенное беспокойство. В случаях, когда обнаруживается высокий уровень стресса и негативных эмоций, рекомендуется дополнительное психологическое вмешательство и поддержка. Это необходимо для эффективной и полноценной реабилитации, что также находит подтверждение в результатах нашего исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение литературы, посвященной исследованиям в области психологии, позволило прийти к пониманию, что чаще всего пациенты, находящиеся на восстановлении в медицинских учреждениях, страдают от тревоги. Высокий уровень беспокойства может осложнить лечение и восстановление, приводя к ухудшению физического здоровья. Обнаружено, что не хватает эффективных методов для коррекции этих состояний, несмотря на их важность для успешной реабилитации.

Чтобы помочь пациентам справиться с тревогой, часто используется кратковременная психотерапия. Она направлена на решение текущих проблем и предполагает активную социальную поддержку.

В ходе исследований было выяснено, что многие пациенты при поступлении в медучреждение испытывают высокий уровень тревоги и неуверенности, что снижает их мотивацию и усиливает тревожность. Это подчеркивает значимость предварительной оценки психоэмоционального состояния для выявления и предотвращения развития тревожных и депрессивных расстройств.

Таким образом, своевременное обнаружение и лечение тревожности у пациентов, проходящих реабилитацию, является ключевым для улучшения их состояния. Необходимо учитывать, что невыявленная и нескорректированная тревожность может замедлить процесс восстановления и увеличить продолжительность пребывания в стационаре. В случаях, когда обнаруживается повышенная беспокойность и стресс, важно наладить психологическое равновесие. Это критически необходимо для скорейшего и качественного восстановления, как это подчеркивается данными нашего исследования.

Мы разработали психологическую программу коррекции тревоги пациентов отделения реабилитации. Эта программа включает в себя элементы арт-терапии и релаксационные техники, а также применение подходов

рациональной психотерапии. Она учитывает личностные особенности каждого индивида, его уникальный характер, внутреннюю картину болезни, эмоциональный отклик. Главная задача программы - стимулировать защитные и адаптационные механизмы организма, справляясь с эмоциональным напряжением. Восстановление проводилось в стационаре и включало серии занятий с участниками экспериментальной группы.

Проведя сравнительный анализ экспериментальных данных, мы установили, что участники из контрольной группы, которые не принимали участие в психологической программе, оставались в состоянии повышенной беспокойности, не показав улучшений за время эксперимента. Те, кто входил в экспериментальную группу и проходили нашу программу, показали значительную динамику. После завершения программы, результаты контрольного этапа эксперимента показали снижение уровня беспокойства у участников. По результатам диагностики мы установили, что уровень тревоги значительно уменьшился значительно по сравнению с констатирующим этапом эксперимента. У пациентов наблюдалось улучшение психоэмоционального состояния и снижение симптомов беспокойства и депрессии.

Таким образом, применение нашей программы, включающей арт-терапию, релаксационные упражнения и рациональную психотерапию, продемонстрировало свою эффективность на участниках экспериментальной группы в отделении медицинской реабилитации. Эффективность программы подтверждается результатами, полученными на контрольном этапе эксперимента. При выявлении повышенного уровня невротизации, негативных переживаний пациента необходимо проводить коррекцию психоэмоционального состояния, оказывать психологическое сопровождение для успешной полноценной реабилитации, что подтверждается с результатами нашего исследования.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аведисова А. С., Ахапкин Р. В. Эффективность и переносимость терапии афобазолом (результаты открытой мультицентровой натуралистической программы) // Русский медицинский журнал. 2007. Т. 15, № 4. С. 259-266.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. Москва : Институт Общегуманитарных исследований, 2004. 336 с.
3. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. Москва: Медицина, 1993. 398 с.
4. Астапов В. М. Феномен тревоги с позиции функционального подхода: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.13. Москва, 2002. 284 с.
5. Астапов В. М. Тревога и тревожность: хрестоматия. Москва: ПЕРСЭ, 2017. 240 с.
6. Астахов Р. Л. Тревожность как фактор трансформации личности подростка / Психология XX века: Тезисы международной межвузовской научно-практической студенческой конференции. Санкт-Петербург, 2000. С. 168.
7. Артюхова Т. Ю. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Новосибирск, 2000. 197 с.
8. Ахмедов Т. И. Практическая психотерапия: внушение, гипноз, медитация. Москва: АСТ; Харьков: Торсинг, 2005. 447 с.
9. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности; под ред. А. Бека, А. Фримена. Санкт-Петербург: Питер, 2002. 544 с.
10. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Ленинград: Наука, 1988. 270 с.

11. Березин Ф. Б., Безносюк Е. В., Соколова Е. Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Российский медицинский журнал. 1998. № 2. С. 43-49.

12. Бобырь М. А. Клинико-эпидемиологические аспекты распространенности симптоматики тревожности, тревоги и депрессии среди населения и у больных артериальной гипертензией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Великий Новгород, 2007. 24 с.

13. Брызгунов И. П. Психосоматика у детей. Москва: Психотерапия, 2009. 480 с.

14. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. Москва: Медицина, 1989. 303 с.

15. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. изд. 2-е, доп. и перераб. Москва: Академический Проект; Деловая книга, 2006. 800 с.

16. Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников). Москва: Академический Проект; Альма Матер, 2009. 719 с.

17. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). 4-е изд., испр. И доп. Москва: Академический Проект; Альма Матер, 2012. 487 с.

18. Бурно М. Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). Москва: Академический Проект, 2013. 639 с.

19. Бурно М. Е., Орлова Т. В., Новиков Г. А. Краткосрочный вариант Терапии творческим самовыражением в паллиативной онкологии / Краткосрочная Терапия творческим самовыражением (метод М.Е. Бурно) в психиатрии ; под ред. М.Е. Бурно. Москва: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2015. С. 196 - 221.

20. Волков П. В. Психологический лечебник: Разнообразие человеческих миров. Руководство по профилактике душевных расстройств. Москва: Этерна, 2013. 630 с.

21. Воробьева О. В., Русая В. В. Тревожные расстройства в общесоматической практике // *Атмосфера. Нервные болезни*. 2010. № 4. С. 32-36.
22. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. Москва: Книжный Клуб Книговек, 2013. 432 с.
23. Головин С. Ю. Словарь практического психолога. Минск: «Харвест», 1998. 800 с.
24. Грушевский Н. П. О психотерапевтическом поведении с соматическими пациентами в зависимости от их характерологических особенностей (опыт работы терапевта) // *Московский психотерапевтический журнал*. 1994. № 4. С. 97-116.
25. Гуров В. А., Медведев В. Э. Тревожные расстройства в общей врачебной практике: аспекты клиники и терапии // *Архивь внутренней медицины*. 2011. № 2. С. 15-19.
26. Декер-Фойгт Г.-Г. Введение в музыкотерапию. Санкт-Петербург: Питер, 2003. 208 с.
27. Дробижев М. Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях : автореф. дис... д-ра мед. наук. Москва, 2000. 41 с.
28. Евдокимова И. А. Музыкальная психотерапия в комплексном лечении больных кардиологического профиля : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. Санкт-Петербург, 2007. 25 с.
29. Иващук И. Ю. Метод Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно в комплексном лечении больных сахарным диабетом / Избранные труды Одесской школы Терапии творческим самовыражением; под ред. Е.А. Поклитара, М.А. Раскиной. Одесса: «Астропринт», 2007. С. 95-98.
30. Иващук Ю. Д. Индивидуализированная аутопсихотерапия в системе групповой Терапии творческим самовыражением больных кардиологического профиля / Избранные труды Одесской школы Терапии творческим самовыражением ; под ред. Е.А. Поклитара, М.А. Раскиной. Одесса: «Астропринт», 2007. С. 74-75.

31. Иговская А. С. Психотерапия расстройств личности и коморбидного ипохондрического расстройства : монография. Москва : БиблиоГлобус, 2017. 212 с.
32. Изард К. Э. Психология эмоций. Санкт-Петербург: Питер, 2012. 464 с.
33. Караваева Т. А., Васильева А. В., Полторац С. В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройства) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2016. № 4. С. 42-52.
34. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия ; под ред. Б.Д. Карвасарского. 3-е изд., перераб. и доп. Санкт-Петербург: «Питер», 2006. 944 с.
35. Кискер К. П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Москва: Алетейа, 1999. 504 с.
36. Кларк Д., Бек А. Тревога и беспокойство: когнитивноповеденческий подход. Санкт-Петербург: ООО «Диалектика», 2020. 448 с.
37. Кнаус У. Когнитивно-поведенческая терапия тревоги. Пошаговая программа. ИГ «Весь», 2014. 330 с.
38. Колюцкая Е. В. Тревожные расстройства: диагностика и терапия // Российский медицинский журнал. 2005. № 13 (15). С. 1019-1021.
39. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1983. 406 с.
40. Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. Москва: Гос. Инст. Психиатрии МЗ РСФСР, 1962. 224 с.
41. Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии. Санкт-Петербург: Питер, 2002. 368 с.
42. Копытин А. И. Современная клиническая арт-терапия: Учебное пособие. Москва: Когито-Центр, 2015. 526 с.

43. Коркина М. В., Марилов В. В. Особенности формирования и течения психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1987. Т. 87, вып. 11. С. 1697-1700.
44. Коркина М. В., Марилов В. В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. Т. 98, вып. 11. С. 30-32.
45. Костина Л. М. Психологические аспекты тревожности // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2008. № 1 (9). С. 33-36.
46. Крайг Г. Психология развития. Санкт-Петербург: Издательство «Питер», 2000. 992 с.
47. Краснов В. Н., Долженко Т. В., Бобров А. Е. Тревожнодепрессивные расстройства у пациентов первичной медицинской сети // Медицинский вестник. 2010. № 11 (516). С. 9-10.
48. Кречмер Э. Строение тела и характер. Москва: Академический Проект, 2015. 327 с.
49. Левин О. С. Тревожные расстройства в общеклинической практике // Медицинский совет. 2017. № 10. С. 36-40.
50. Левитов Н. Д. Психология характера. изд. 3-е, испр. и доп. Москва: Просвещение, 1969. 424 с.
51. Леонгард К. Акцентуированные личности. Ростов-наДону: Феникс, 1997. 539 с.
52. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. Москва: ООО АПРЕЛЬ ПРЕСС, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. 416 с.
53. Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. Ленинград: Медицина, 1986. 280 с.
54. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 432 с.

55. Маркова И. П. Терапия творческим самовыражением в лечении пациентов с психосоматическими расстройствами / Актуальные проблемы и новые технологии медицинской (клинической) психологии и психотерапии : Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию факультета медицинской психологии СамГМУ; под ред. Г.П. Котельникова, О.С. Ковшовой. Самара: ООО «КНИЖНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО». 2016. С. 170-174.

56. Маркова И. П. Элементы терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно в психотерапии больных с острым инсультом / Материалы VII Международного Санкт-Петербургского конгресса «Психотерапия, психофармакология, психологическое консультирование – грани исследуемого». Санкт-Петербург, 17-18 марта 2017. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, 2017. С. 157-158.

57. Маркова И. П. Лечение пациентов с психосоматическими расстройствами с применением терапии творческим самовыражением / Сборник тезисов III Ежегодной межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: Достижения и перспективы – 2017». Москва: ООО «СИНАПС», 2017. С. 106-108.

58. Маркова И. П. Применение элементов терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно для коррекции астено-депрессивного состояния в остром периоде инсульта / Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии : сб. науч. трудов. Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2017. С. 365-367.

59. Маркова И. П. Вариант метода терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно для пациентов с психосоматическими расстройствами // Психотерапия. 2018. № 6 (186). С. 78-89.

60. Маркова И. П. Развитие отечественной клинической психотерапии психосоматических расстройств: от аретотерапии

А.И. Яроцкого к Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ) // Психотерапия. 2019. № 3 (195). С. 83-87.

61. Маркова И. П. А. И. Яроцкий – основоположник отечественной клинической психосоматики // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2019. Т. 11. № 2 (55). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 05.01.2021).

62. Маркова И. П. Тревога при соматических заболеваниях и возможность коррекции ее терапией творческим самовыражением // Независимый психиатрический журнал. 2021. № 3 (195). С. 68-69.

63. Маркова И. П. Тревожно-депрессивные состояния на фоне соматических заболеваний и их коррекция с применением методов терапии духовной культурой / Материалы Всероссийского научно-практического конгресса с международным участием (Москва, 4-7 ноября 2021) // Антология Российской психотерапии и психологии. Вып. 9. С. 147.

64. Маркова И. П. О приемах самопомощи творческим самовыражением для коррекции тревожных состояний на фоне соматических заболеваний / Медико-биологические и психолого-педагогические аспекты адаптации, социализации и реабилитации человека : Сборник научных статей по итогам круглого стола со всероссийским и международным участием № 8. 16 февраля 2022 г. Москва: ООО «Конверт», 2022. С. 80-82.

65. Медведев В. Э. Взаимосвязь личностных расстройств и сердечнососудистых заболеваний: соматоцентрические концепции // Архивъ внутренней медицины. 2014. №1 (15). С. 70-73.

66. Мещеряков Б. Г. Большой психологический словарь ; под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. 4-е изд., расш. Москва: АСТ; СанктПетербург : Прайм-Еврознак, 2009. 811 с.

67. Морозов П. В. Терапия депрессии и тревожных расстройств в современной психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Т. 7. № 3. С. 166-168.

68. Мэй Р. Смысл тревоги. Москва: Класс, 2001. 379 с.

69. Мэй Р. Экзистенциальные основы психотерапии / Экзистенциальная психология. Экзистенция. Москва: Апрель Пресс : ЭКСМОПресс, 2001. 624 с.

70. Нехорошкова А. Н., Грибанов А. В., Джойс Ю. С. Проблема тревожности как сложного психофизиологического явления // Экология человека. 2014. № 6. С. 47-54.

71. Орлова Т. В. Краткосрочный вариант метода Терапии творческим самовыражением Бурно для применения в паллиативной онкологии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 1 (80). С. 156-177.

72. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. Москва: Медицина, 1996. 464 с.

73. Пермина С. В. Коррекция тревожных расстройств и психосоматических нарушений техниками арт-терапии // Человеческий фактор: социальный психолог. 2020. № 2 (40). С. 231 - 239.

74. Петровский А. В. Краткий психологический словарь ; под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. 2-е изд., расш., испр. и доп. Ростов-наДону: Феникс, 1998. 512 с.

75. Петровский А. В. Психологический лексикон : Энциклопедический словарь в 6-ти томах ; под ред. А.В. Петровского, Л.А. Карпенко / Клиническая психология ; под ред. Н.Д. Твороговой. Москва: ПЕР СЭ, 2007. 416 с.

76. Петрушин И. А. Музыкальная психотерапия: Теория и практика. Москва: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999. 176 с.

77. Петухов В. В. Типология индивидуальности [Электронный ресурс]: Psychology Online.Net. URL: <http://psychology-online.net/articles/doc721.html> (дата обращения: 04.01.2021).

78. Поклитар Е. А., Нерсисян А. О. Метод Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно в комплексе патогенетического лечения больных туберкулезом / Избранные труды Одесской школы Терапии творческим самовыражением; под ред. Е.А. Поклитара, М.А. Раскиной. Одесса: «Астропринт», 2007. С. 62.

79. Прибытков А. А., Еричев А. А. Соматоформные расстройства. Часть вторая: методика когнитивно-поведенческой психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2017. № 2. С. 10 - 16.

80. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Москва: Московский психолого-социальный институт ; Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.

81. Рамзия Д. Ф. Тревога и ее влияние на отношение к болезни и лечению у больных хроническим соматическим заболеванием (На материале хронического гломерулонефрита): дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. Москва, 1998. 117 с.

82. Рожнов В. Е. Руководство по психотерапии; под ред. В.Е. Рожнова. 3-е изд., доп. и перераб. Ташкент: Медицина, 1985. 719 с.

83. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. Москва: Независимая фирма «Класс», 2005. 592 с.

84. Селье Г. Стресс без дистресса. Москва : Прогресс, 1982. 127 с.

85. Сидоров И. П., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Психосоматическая медицина : Руководство для врачей ; под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. Москва: МЕДпресс-информ, 2006. 568 с.

86. Сидоров К. Р. Тревожность как психологический феномен // Вестн. Удмурт. ун-та. 2013. № 3. С. 42-52.

87. Смулевич А. Б., Тхостов А. Ш., Сыркин А. Л. и другие Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Общие вопросы неврологии и психиатрии. 1997. № 2. С. 4-9.

88. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Козырев В. Н. и другие Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. Т. 99. вып. 4. С. 4-16.

89. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Москва : Медицинское информационное агентство, 2003. 432 с.

90. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Ильина Н. А. Расстройства личности: актуальные аспекты систематики, динамики, терапии // Психиатрия. 2003. № 5. С. 7-16.

91. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю. Психокardiология. Москва : Медицинское информационное агентство, 2005. 784 с.
92. Смулевич А. Б., Волель Б. А., Медведев В. Э. и другие Развитие личности при соматических заболеваниях (к проблеме нажитой ипохондрии) // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 2. С. 4-11.
93. Смулевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. Москва : МЕДпресс-информ, 2011. 719 с.
94. Собчик Л. Н. Теория ведущих тенденций как основа методологии психодиагностического исследования // Московский психологический журнал. № 3. URL: http://magazine.mospsy.ru/nomer3/sob_03.shtml (дата обращения: 02.01.2021).
95. Соловьева С. Л. Тревога и тревожность: теория и практика // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 6 (17). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 02.01.2021).
96. Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги / Стресс и тревога в спорте. Москва: Физкультура и спорт, 1983. С. 12-24.
97. Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. Москва : Изд-во Высшей школы психологии, 2003. 367 с.
98. Терлецкий А. Р. Терапия творческим самовыражением в комплексном лечении больных соматоформными нарушениями органов пищеварения / Избранные труды Одесской школы Терапии творческим самовыражением ; под ред. Е.А. Поклитара, М.А. Раскиной. Одесса: «Астропринт», 2007. С. 76-79.
99. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. Москва: Медицина, 1986. 384 с.
100. Трошин В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. 784 с.

101. Федотова А. В. Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2008. № 3. С. 83 - 88.
102. Франкл В. Человек в поисках смысла; под общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева. Москва: Прогресс, 1990. 368 с.
103. Хабилова Е. Р. Тревожность и ее последствия / Ананьевские чтения : Б.Г. Ананьев и комплексные исследования человека в психологии (Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2003») ; под общ. ред. Л.А. Цветковой, Л.А. Головей. Санкт-Петербург: Изд-во С.- Петерб. ун-та, 2003. С. 301-302.
104. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. Санкт-Петербург: «Восточно-Европейский Институт Психоанализа» совместно с издательством «Речь», 2002. 784 с.
105. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3. С. 141-
106. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных депрессивных и тревожных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. 1999. № 2. С. 61-90.
107. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. Москва: Айрис-пресс, 2004. 464 с.
108. Чутко Л.С. Тревожный пациент на приеме у невролога // Русский медицинский журнал. 2020. № 9. С. 590 - 594.
109. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рациональноэмоциональный подход. Санкт-Петербург: Изд-во СОВА; Москва: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 272 с.
110. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. Санкт-Петербург: «Речь», 2002. 352 с.
111. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. Москва: Независимая фирма «Класс», 2005. 576 с.

112. Яроцкий А. И. Идеализм, как физиологический фактор. Юрьев: Императорский Юрьевский университет, 1908. 304 с.
113. Яроцкий А. И. О психотерапии при хронических внутренних болезнях // Русский врач. 1917. № 25-28. С. 433-444.
114. Ader A., Cohen N. Psychoneuroimmunology: conditioning and stress // Annual Review of Psychology. 1993. № 44. P. 53-85.
115. Brewin C. Cognitive-behavior therapy for anxiety and depression // Annual Review of Psychology. 1996. Vol. 47. P. 33-57.
116. Gelenberg Alan J. Psychiatric and somatic markers of anxiety : Identification and pharmacologic treatment // Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry. 2000. № 2 (2). P. 49-54.
117. Krishnan K.R., DeLong M., Kraemer H. et al. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly // Biol Psychiatry. 2002. № 52 (6). P. 559-88.
118. Nielsen O.W., McDonagh T., Comburn P. et al. Patient differences related to management in general practice and the hospital : a cross-sectional study of heart failure in the community // Eur. Heart J. 2004. Vol. 25. P. 1718-1725.
119. Olatunji B.O., Cisler J.M., Deacon B.J. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings // Psychiatr Clin North Am. 2010. № 33 (3). P. 557-577.
120. Simon G.E., VonKorff M., Piccinelli M. et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression // N Engl J Med. 1999. № 341 (18). P. 1329-35.
121. Zheng F. Somatic symptoms and their association with anxiety and depression in Chinese patients with cardiac neurosis // Journal of International Medical Research. 2019. Vol. 47 (10). P. 4920-4928

ПРИЛОЖЕНИЕ**ПРИЛОЖЕНИЕ 1****Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS).**

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)**1. Я испытываю напряжение, мне не по себе**

3 - все время

2 - часто

1 - время от времени, иногда

0 - совсем не испытываю

2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот**случиться**

3 - определенно это так, и страх очень велик

2 - да, это так, но страх не очень велик

1 - иногда, но это меня не беспокоит

0 - совсем не испытываю

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове

3 - постоянно

2 - большую часть времени

1 - время от времени и не так часто

0 - только иногда

4. Я легко могу присесть и расслабиться

0 - определенно, это так

1 - наверно, это так

2 - лишь изредка, это так

3 - совсем не могу

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

0 - совсем не испытываю

1 - иногда

2 - часто

3 - очень часто

6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться

3 - определенно, это так

2 - наверно, это так

1 - лишь в некоторой степени, это так

0 - совсем не испытываю

7. У меня бывает внезапное чувство паники

3 - очень часто

2 - довольно часто

1 - не так уж часто

0 - совсем не бывает

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

0 - определенно, это так

1 - наверное, это так

2 - лишь в очень малой степени, это так

3 - это совсем не так

2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии**смешное**

- 0 - определенно, это так
- 1 - наверное, это так
- 2 - лишь в очень малой степени, это так
- 3 - совсем не способен

3. Я испытываю бодрость

- 3 - совсем не испытываю
- 2 - очень редко
- 1 - иногда
- 0 - практически все время

4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

- 3 - практически все время
- 2 - часто
- 1 - иногда
- 0 - совсем нет

5. Я не слежу за своей внешностью

- 3 - определенно, это так
- 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени
- 0 - я слежу за собой так же, как и раньше

6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне**чувство удовлетворения**

- 0 - точно так же, как и обычно
- 1 - да, но не в той степени, как раньше
- 2 - значительно меньше, чем обычно
- 3 - совсем так не считаю

7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

0 - часто

1 - иногда

2 - редко

3 - очень редко

0-7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)

8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия

11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия

Шкала самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина

(шкала реактивной и личностной тревожности)

Методика, предложенная Ч.Д. Спилбергером и адаптированная на русском языке Ю.Л. Ханиным, позволяет дифференцированно измерять тревожность и как личное свойство, и как состояние.

Личностная тревожность – это индивидуальное свойство восприятия значительного числа событий в качестве угрожающих с реагированием на них состоянием тревоги.

Реактивная тревожность обусловлена ситуацией в данный момент времени, она характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью в конкретной обстановке.

Следует отметить, что тревожность является естественной и обязательной особенностью активной личности. Существует даже, так называемый, оптимальный уровень «полезной» тревоги. В то же время чрезмерное повышение уровня тревожности ведет к развитию негативных последствий.

Тестирование по методике Спилбергера - Ханина проводится с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей ситуативной тревожности, а второй – для измерения уровня личностной тревожности. Исследование может проводиться индивидуально или в группе.

Бланк 1. Шкала ситуативной тревожности

Ф.И.О. Дата

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в ДАННЫЙ МОМЕНТ. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет. Обычно первый ответ, который приходит в голову, является наиболее правильным, адекватным Вашему состоянию

УТВЕРЖДЕНИЯ		Нет, это не так	Пож алуй , так	Верн о	Совер шенн о верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Бланк 2. Шкала личностной тревожности

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете ОБЫЧНО.

УТВЕРЖДЕНИЯ		Нет, это не так	Пож алуй , так	Верн о	Совер шенн о верно
21	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22	Я очень легко устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие люди	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень беспокоят меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я принимаю все близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу забыть о них	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Интерпретация результатов

При анализе результатов надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

- до 30 баллов – низкая,
- 31 – 44 балла – умеренная;
- 45 и более - высокая.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого. Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.

**Шкала определения уровня депрессии Методика разработана В.
Цунга и адаптирована Т.Н. Балашовой**

ИНСТРУКЦИЯ: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже редложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет»

Варианты ответа:

- 1 — никогда или изредка;
- 2 — иногда;
- 3 — часто;
- 4 — почти всегда или постоянно

ОБРАБОТКА

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле: $УД = [(\Sigma_{пр} + \Sigma_{обр}) / 80] * 100$, где $\Sigma_{пр}$ — сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям номер 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\Sigma_{обр}$ — сумма цифр «обратных», зачеркнутым, к высказываниям номер 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Например:

у высказывания, номер 2 зачеркнута цифра 1, мы ставим в сумму 4 балла;

у высказывания номер 5 зачеркнут ответ 2, мы ставим в сумму 3 балла;

у высказывания номер 6 зачеркнут ответ 3 — ставим в сумму 2 балла;

у высказывания номер 11 зачеркнут ответ 4 — ставим в сумму 1 балл и

т. д. 1 2 3 4 Прямое высказывание 1 2 3 4 Обратное высказывание 4 3 2 1

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

Нормативные данные, полученные на 200 здоровых испытуемых, указывают, что средняя величина индекса снижения настроения равна $40,25 \pm 5,99$ балла.

– Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии; лица, не имеющие в момент опыта сниженного настроения.

– Если УД более 50 баллов и менее 59, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза; незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения.

– При показателе УД от 60 до 69 баллов диагностируется как субдепрессивное состояния или маскированная депрессия; значительное снижение настроения.

– При УД более чем 70 баллов диагностируется как истинное депрессивное состояние; глубокое снижение настроения.

БЛАНК ДЛЯ ОТВЕТОВ

ФИО _____ Дата рождения _____

Дата тестирования _____ Примечание _____

№	УТВЕРЖДЕНИЕ	Никогда или изредка	Иногда	Часто	Почти всегда или постоянно
		1	2	3	4
1	Я чувствую подавленность, тоску				
2	Утром я чувствую себя лучше всего.				
3	У меня бывают периоды плача или близости к слезам				
4	У меня плохой ночной сон.				
5	Аппетит у меня не хуже обычного				
6	Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом				
7	Я замечаю, что теряю вес.				
8	Меня беспокоят запоры				
9	Сердце бьется быстрее, чем обычно.				
10	Я устаю без всяких причин				
11	Я мыслю так же ясно, как всегда				
12	Мне легко делать то, что я умею				
13	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте.				
14	У меня есть, надежды на будущее				
15	Я более раздражителен, чем обычно				
16	Мне легко принимать решения				
17	Я чувствую, что полезен и необходим				
18	Я живу достаточно полной жизнью				
19	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру				
20	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда				

Содержание программы психологической коррекции тревоги пациентов отделения медицинской реабилитации, с применением методов арт-терапии, релаксации, рациональной психотерапии.

Занятие 1:

Упражнение 1. Обучение приемам самопомощи при тревожных состояниях (прогрессивная мышечная релаксация (по Эдмунду Джекобсону), дыхательные упражнения)

Цели:

- понимание механизмов положительного воздействия релаксации, дыхательных упражнений для нейтрализации последствий стресса в организме;
- обучение выполнению прогрессивной мышечной релаксации (по Эдмунду Джекобсону), дыхательным упражнениям.

Содержание занятия:

- приветствие участников группы, сообщение каждого участника о своем настрое на работу;
- краткое сообщение по теме занятия.

Рассматривая механизмы формирования психосоматических расстройств, понимаем необходимость внимательного отношения к своему телу, осознанного контроля за мышечным тонусом. Изучаем приемы, помогающие достигать мышечного расслабления для активации парасимпатического отдела нервной системы. Объясняем положительное воздействие реакций релаксации способностью нейтрализовать последствия стресса в организме, запускать восстановительные процессы. В качестве простых по выполнению приемов релаксации рассматриваем прогрессивную мышечную релаксацию, ряд успокаивающих и гармонизирующих дыхательных упражнений.

Упражнение 2. Формирование команды

Ход занятия

Приветствие.

Цель: Знакомство друг с другом

Инструкция ведущему: Участники по очереди называют свое имя, тем самым знакомясь друг с другом.

Упражнение 3. «Мычание»

Участники начинают мычать. Ведущий: «Главное - быть расслабленным и не зажиматься. Теперь вдыхаем и пробуем помычать - то есть издаем звук “м-м-м” своим обычным разговорным голосом, как будто вы съели что-то очень вкусное. Теперь раскачаем этот звук между двумя удобными для нас нотами. Будьте полностью расслаблены, не пытайтесь ставить рекордов высоты – помните, это всего лишь разогрев. Помычите так 2-3 минуты».

Упражнение 4. «Пение с закрытым ртом»

Все члены группы по очереди исполняют роль ведущего.

Ведущий: «Губы должны быть сомкнуты, зубы разомкнуты, во рту большой объем. Сделаем вдох через нос и поем. Следим, чтобы звук шел широко и свободно. В нем не должно быть звона, резкости и гнусавости. Исполняем это упражнение только на самых удобных для нас звуках».

Упражнение 5. «Завершение»

Занятие заканчивается прощальной песенкой «Ой, мороз, мороз». Участники группы вместе исполняют русскую народную песню «Ой, мороз, мороз» под фонограмму. Также в конце занятия используются жесты прощания.

Занятие 2

Упражнение 1. «Прогрессивная мышечная релаксация»

Цель упражнения: достижение общего успокоения путем последовательного напряжения и расслабления разных групп мышц.

Схема выполнения: 1) сначала нужно напрячь определённые мышцы в течение 7-10 секунд; 2) затем прочувствовать это напряжение; 3) расслабить

эти мышцы в течение 30-40 секунд; 4) сконцентрироваться на ощущениях в теле, обратить внимание на контраст между состоянием покоя и напряжением.

Последовательно, руководствуясь схемой, выполнить упражнения для расслабления определенных групп мышц:

- расслабление мышц рук и плечевого пояса;
- расслабление мышц лица, шеи, верхней части спины;
- расслабление мышц груди, живота, нижней части спины;
- расслабление бедер и икр.

Для достижения расслабления и чувства спокойствия упражнения повторяются 2-5 раз для каждой группы мышц.

Упражнение 2. Тема беседы: «Предреабилитационное информирование пациентов. Выявление неадекватной внутренней картины болезни, предупреждение психологических и клинических проблем»

Цели:

- формирование активной позиции пациента в процессе реабилитации;
- формирование адекватного поведения и ожидания пациента относительно лечебного процесса, результата реабилитации.

Содержание занятия:

- общая информация о заболевании;
- информация об особенностях раннего реабилитационного периода (двигательный режим, его ограничения, послеоперационная боль и принципы обезболивания, особенности, темпы и задачи реабилитации);
- информация о подготовке домашней обстановки с учетом требований раннего реабилитационного периода;
- организационные моменты лечебно-реабилитационного процесса;
- демонстрация видеоматериалов, наглядных пособий дополняющая устную информацию о процессе реабилитации;
- обучающие информационные модули для самостоятельного применения.

Информирование пациентов, разъяснение непонятных вопросов, связанных с прохождением курса реабилитации, влияет на мотивацию пациентов, ориентирует их на результат, предотвращает неоправданные ожидания от процесса реабилитации, снижает психоэмоциональное напряжение.

Форма проведения обсуждения – высказывание своих мнений по теме, обсуждение собственного жизненного опыта.

Упражнение 3. «Завершение»

Занятие заканчивается прощальной песенкой «Смуглянка». Участники группы вместе исполняют песню «Смуглянка» под фонограмму.

Также в конце занятия используются жесты прощания.

Занятие 3.

Упражнение 1. «Диафрагмальное дыхание»

Диафрагмальное дыхание используется для преодоления тревоги, раздражительности, для быстрого достижения расслабления. В положении сидя необходимо сбросить мышечное напряжение и сосредоточить внимание на дыхании. Затем на счет 1-2-3-4 выполняется медленный вдох животом с выпячиваем брюшной стенки вперед, грудная клетка остается неподвижной. На следующие 4 счета производится задержка дыхания. На следующий счет 1-2-3-4-5-6 выполняется выдох с подтягиванием брюшной стенки внутрь. Перед следующим вдохом делается пауза на счет 2-4. Упражнение выполняется в течение 3-5 минут.

Групповая дискуссия для обсуждения результатов выполнения упражнений. Проводится осмысление упражнений мышечной релаксации и дыхательных упражнений для достижения расслабления, гармонизации функций внутренних организма (снижение частоты сердечных сокращений, нормализации темпа, ритма дыхания и другие), улучшения способности управлять своим эмоциональным состоянием.

Упражнение 2. Тема: «О психосоматических расстройствах. Конституциональные особенности разных характеров, как предпосылки для возникновения психосоматических расстройств»

Цели:

- знакомство с психосоматическими расстройствами, осмысление роли психики в процессе развития и обострения психосоматических заболеваний;
- понимание связи характерологических свойств, телесной конституции с предрасположенностью к развитию тех или иных психосоматических заболеваний.

Содержание занятия:

Обсуждение и принятие правил работы группы.

Краткое сообщение по теме занятия.

Человеку, страдающему серьезным заболеванием, испытывающему тягостные и пугающие симптомы, переживающему чувство неизвестности перед будущим, как правило, необходимо получить правдивые знания о происходящем с ним. Изучение конституциональных особенностей разных характеров подводит к принятию естественности определенных психосоматических реакций организма.

Опорные вопросы для работы группы:

- позиция древнегреческих врачей о болезни и здоровье;
- учение о темпераментах;
- связь характерологических свойств, телесной конституции с предрасположенностью к развитию тех или иных соматических заболеваний;
- влияние осознанного отношения к болезненному расстройству на уменьшение вклада эмоционального фактора в развитие психосоматических симптомов;
- знакомство с важными особенностями характеров: тревожно сомневающийся характер, астенический характер, синтонный характер, демонстративный характер, замкнуто-углубленный характер, авторитарно-напряженный характер.

И конечно, изучая особенности характеров, душевных и телесных расстройств, понимаем их не как «бирки», а как природные ориентиры для познания своей душевной и телесной индивидуальности, неповторимости.

Групповая дискуссия для обсуждения проблемы психосоматических расстройств.

Упражнение 3. «Музыкальная релаксация»

Тема «Зимняя дорога». Музыкальное сопровождение: Г. В. Свиридов.

Музыка к кинофильму «Метель».

Ведущий: «Закрыли глаза... Расслабились... Перед вами дальняя дорога. Морозное утро. На солнце серебрится снег. По широкому белоснежному полю бежит тройка. Под полозьями саней скрипит снег. Легкий морозец румянит ваши щеки. Сани подпрыгивают на ухабах. Вам легко и привольно. Вдали темнеет лес. Вам свободно дышится. Родная природа радуется глаз и вашу душу. Душа, как и тройка, как бы становится крылатой: летит и летит вперед по белому, блестящему и серебристому ковру. Где-то в вышине голубизна неба. Привольно, просторно, спокойно. Только снег скрипит под полозьями саней. Тревоги и заботы остались позади. Не будем думать о том, что осталось позади. Главное – что теперь и что будет. Теперь вам очень хорошо, хорошо, хорошо. Вы спокойны и счастливы. Вы устремлены в будущее. Вы уверены в будущем. А тройка мчится вперед... Глубоко вздохнули... Просыпайтесь. Открывайте глаза».

Инструкция ведущему: Подготовить музыкальное сопровождение.

Упражнение 4. «Завершение»

Занятие заканчивается прощальной песенкой «Когда весна придет...».

Участники группы вместе исполняют песню «Когда весна придет...» под фонограмму. Также в конце занятия используются жесты прощания.

Занятие 4

Отработка навыков уверенного поведения

Ход занятия

Ритуал приветствия. Группе необходимо посмотреть друг на друга добрыми глазами и поприветствовать остальных участников: «Всем – здравствуйте!»

Упражнение 1. «Я – звезда»

Каждый участник выбирает для себя роль значимой для него и в то же время известной присутствующим звезды (Алла Пугачёва, Ирина Аллегрова, Филипп Киркоров, Надежда Бабкина, Надежда Кадышева и т.д.). Затем выбирается один понравившийся кумир (поется припев любой песни). Остальные участники пытаются отгадать имя «кумира».

Обсуждаемые вопросы:

1. Сложно ли Вам было выбрать для себя роль значимой и известной звезды?
2. Что схожего между Вами и выбранной звездой?
3. Какие чувства возникли у Вас в ходе презентации?
4. Вы старались показать выбранную Вами звезду так, чтобы было понятно другим?
5. Что было легче, показывать или отгадывать?

Упражнение 2. «Пожелания друг другу» Поднять общий эмоциональный настрой и акцентировать доброжелательное отношение друг к другу

Инструкция проведения: Ведущий предлагает всем членам группы пожелать своему соседу что-нибудь.

Обсуждаемые вопросы:

1. Изменилось ли Ваше представление о себе?
2. Какой опыт Вы получили для себя на данном тренинге сегодня?
3. Что нового Вы узнали о себе?
4. Какие выводы Вы сделали для себя?

3 Упражнение

Ведущий: «Чтобы активизировать мышцы губ, надуйте щеки, сбросьте воздух резким “хлопком” через сжатые (собранные в “пучок”) губы.

Энергично произнесите: П-Б, П-Б, П-Б».

Упражнение 3. «Завершение»

Занятие заканчивается прощальной песенкой «Ах, эта девушка» Участники группы вместе исполняют песню «Ах, эта девушка» под фонограмму. Также в конце занятия используются жесты прощания

Занятие 5

Упражнение 1. «Расслабляем мышцы»

Приветствие без слов.

Инструкция ведущему: Участники должны по очереди поздороваться с группой.

Комментарии ведущего: это приветствие можно выполнять в произвольном порядке.

Ведущий: «Закройте глаза и выполните десять вдохов-выдохов через рот. Помимо дальнейшего расслабления мышц, вы сможете наилучшим образом сконцентрироваться».

Упражнение 2. «Стихи»

Ведущий: «Приняв удобную позу, на ваше усмотрение, начните что-нибудь говорить в вашей естественной манере, читайте, например, стихи или разговаривайте с самим собой. При этом осторожно прощупывайте шею, проверяя, насколько напряжены мышцы. То же самое — с нижней челюстью. Такой простой самоконтроль позволяет максимально расслабить мышцы».

Упражнение 3. «Свеча»

Необходимо задуть воображаемую свечу.

Ведущий: «Положите ладони рук на ребра. Вдохните и начинайте “дуть на свечу”. Обратите внимание, как природа замечательно координирует ваши действия: воздух из легких выходит постепенно и плавно, ребра не опадают мгновенно, а постепенно, по мере выдувания. Такая же естественность выдоха должна быть и в пении, когда взятый воздух, должен распределиться на всю фразу, а не сбрасываться на первых ее звуках».

Упражнение 4. «Завершение»

Занятие заканчивается прощальной песенкой «Ромашки спрятались». Участники группы вместе исполняют русскую народную песню «Ромашки спрятались» под фонограмму. Также в конце занятия используются жесты прощания.