

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования  
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

«Психология здоровья»

(направленность (профиль))

## ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему: Психологические условия реабилитации эмоциональной сферы  
женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата

Студент

С.В. Шатская

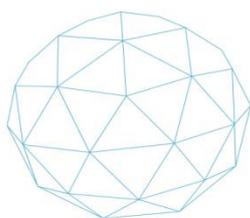
(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный  
руководитель

к.п.н. Л.Ф. Чекина

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)



Тольятти 2020



**Росдистант**  
ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННО

## Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические основы исследования эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.....	11
1.1 Психологическая характеристика эмоциональной сферы женщин в период средней зрелости.....	11
1.2 Психологическая характеристика эмоциональной сферы женщин в период средней зрелости с патологией опорно-двигательного аппарата.....	18
1.3 Методы психологической реабилитации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.....	30
Выводы по первой главе.....	37
Глава 2 Эмпирическое исследование психологических условий реабилитации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата .....	40
2.1 Организация и методы исследования.....	40
2.2 Содержание программы комплексной реабилитации .....	61
2.3 Этапы реализации реабилитационной программы и результаты заключительного тестирования .....	68
2.4 Анализ результатов эмпирического исследования.....	83
Выводы по второй главе .....	101
Заключение .....	104
Список используемой литературы.....	109
Приложение А Диагностическая беседа И.Г. Малкина-Пых.....	114
Приложение Б Тест Люшера суммарное отклонение.....	115
Приложение В Расчёт суммарного отклонения до эксперимента.....	116
Приложение Г Психокоррекционные упражнения.....	121
Приложение Д Изометрическая гимнастика.....	126
Приложение Е Самомассаж мячами.....	131

Приложение Ж Просветительские лекции.....	133
Приложение И Расчёт суммарного отклонения после эксперимента.....	147

## Введение

В современном мире ценность молодости увеличивается, так как в молодом возрасте человек располагает большим количеством физических ресурсов, а значит и большим количеством перспектив. Психология зрелости оказалась на периферии психологического познания. Возникает вопрос, а где граница перехода молодости в зрелость. По периодизации Г. Крайга: «ранняя зрелость — от 18-21 года до 40 лет; средняя зрелость — от 40 до 60-65 лет; поздняя зрелость — от 60-65 лет до смерти» [22, с. 14]. Таким образом, мы подошли к тому, что средний возраст человека соответствует возрасту средней зрелости.

Швейцарский психолог Э. Клапаред писал, что «зрелый возраст равносителен остановке в развитии. Это положение есть ничто иное, как последовательный вывод о зрелости и зрелости, как цели развития личности и одновременно финалом. По мнению многих психологов на этом этапе развитие прекращается, заменяется простым изменением отдельных характеристик».

Период средней зрелости изучали в своё время Э. Эриксон, К. Юнг, Д. Левинсон. Эриксон писал о том, что человек в среднем возрасте нуждается в принятии и одобрении ближайшего окружения, а самое главное в этом возрасте заинтересованность в устойчивости жизни. Д. Левинсон считал этот возраст периодом разочарования, а К. Юнг моментом взлёта и роста. Надо сказать, что эти заключения формировались на основе психотерапевтической работы с клиентами среднего возраста, а исследовательской работы, как таковой в то время не проводилось. И мы не знаем, какую именно, патологию имели клиенты психотерапевтов.

Т.А. Умнова писала о том, что по данным некоторых исследований интеллектуальная сфера от 18 до 60 лет практически не меняется. Женщины среднего возраста без патологии опорно-двигательного аппарата ясно понимают и принимают происходящие изменения. Они принимают свои

новые возможности, и это помогает им сохранять творческое состояние интереса к жизни. Находиться в хорошем настроении и делиться им с окружающими, радуясь жизни.

Женщины с патологией опорно-двигательного аппарата имеют тенденцию отрицать реальность. Так, И.Г. Малкина-Пых пишет, что «в психическом состоянии отчетливо выражены переживания страха и депрессии. Отчетливо определяется склонность к самопожертвованию и зависимости».

Отрицание принципа реальности неизбежно приводит к нарушению принципа удовольствия. Нарастает количество жалоб и проблем. Недовольство становится привычной реакцией на всё новое из-за непонимания того, что происходит. Женщину в таком состоянии бывает трудно разговаривать, и пригласить на консультацию. Такое приглашение может вызвать негативную реакцию.

«В среднем возрасте, начинается вторая половина жизни женщины с характерными для нее процессами соматической инволюции, на протяжении которой состояния подавленности, колебания настроения и даже явные депрессивные реакции становятся более частыми, чем в первой половине жизни. Внешних и внутренних поводов для этого у чувствительных людей хватает».

Женщины среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата нуждаются в помощи, но предложить её может быть сложно, из-за возможности вызвать негативную реакцию. Можно предположить, что в данной ситуации оптимальной будет разработка программы, в которую будут интегрированы занятия ЛФК; просветительская деятельность для повышения уровня психологической грамотности; психокоррекционные упражнения для повышения уровня осознанности и релаксационные практики для того, чтобы напряжение приводило к разрядке, и был задействован принцип удовольствия.

Очевидно, что исследований по созданию и изучению воздействия программ комплексной реабилитации на эмоциональную сферу женщин среднего возраста имеются недостаточно. Этому аспекту и посвящено данное исследование.

Объект исследования: эмоциональная сфера женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.

Предмет исследования: психологические условия реабилитации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования: разработать программу реабилитации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что для реабилитации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата необходимо создать определенные психологические условия. В качестве таких условий могут служить:

во-первых, совокупность и комплексность проводимых реабилитационных мероприятий: психокоррекционные упражнения, просветительская деятельность, упражнения лечебной физкультуры и релаксационной практики;

во-вторых, проводимые, реабилитационные мероприятия направлены на развитие когнитивного, эмоционального и поведенческого компонента эмоциональной сферы личности;

в-третьих, реабилитационные мероприятия проводятся с соблюдением следующих принципов работы: безусловного позитивного принятия, создание «зоны ближайшего развития», формирование психологической культуры.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать научно-теоретические подходы по проблеме исследования;

2. Выявить особенности эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.
3. Разработать программу реабилитации по развитию эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.
4. Проанализировать результаты воздействия реабилитационной программы на эмоциональную сферу женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.

Методологической основой для данной работы являются основные принципы системно-деятельностного подхода.

Теоретической основой исследования являются работы авторов, изучавших возрастные особенности зрелости: Э. Эриксона, К. Юнга, Д. Левинсона, Г. Крайга, Э. Клапареда, Н. Бредберна, Э. Динера, В.В. Фролькиса, Р. Кеттела, Б.А. Сосновского, Е.П. Ильина, О.С. Гребенюк и Т.Б. Гребенюк, Т.А. Умновой, Е.М. Назимовой и В.М. Дильмана. Работы авторов, изучавших особенности эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата: В.Д. Кузаковой, Р. Дальке и Т. Детлефанта, Н. Пезешкиана, И.Г. Малкиной-Пых, В.Э. Пахальяна и Ю. Парова. А также работы авторов различных психокоррекционных техник: метода М. Фенделькрайза, бодинамического анализа Л. Марчер, физиологически ориентированного подхода М. Е. Сандомирского, атр-терапии и телесного образа «Я» А.И. Копытина.

Научная новизна. Несмотря на большое количество терапевтических подходов направленных на реабилитацию нарушений эмоциональной сферы, но все-таки анализ научных подходов по реабилитации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата показал недостаточную изученность данного вопроса.

Теоретическая значимость заключается в изучении специфики эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-

двигательного аппарата и обзоре основных терапевтических реабилитационных подходах.

Практическая значимость работы состоит в том, что программа комплексной реабилитации может быть использована в практическом здравоохранении и медико-социальной сфере.

Новизна полученных результатов: занятия лечебной физкультуры усовершенствованы и дополнены психокоррекционными упражнениями, мини-лекциями о связи физического и психического, и элементами релаксационной арт-терапии.

Апробация результатов магистерской диссертации: в журнале «Молодой учёный» № 37 от 2018 опубликовано две статьи «Предпосылки возникновения психосоматики» и «Особенности эмоциональной сферы женщин среднего возраста».

«Молодой учёный» № 38 от 2018 опубликована статья «Причины, симптомы и картина личности при патологии опорно-двигательного аппарата у женщин среднего возраста».

В материалах VI Международной научной конференции «Психологические науки: теория и практика», Краснодар в ноябре 2018 опубликованная статья «Анализ телесно ориентированных методик».

Участие в LXIX Международной научно-практической конференции «Психология и педагогика в системе современного гуманитарного знания XXI века», секция – психофизиология. Казань, 26 февраля 2019. Публикация статьи «Психологические условия реализации программы коррекции общей физической подготовленности женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата».

Участие в LXXVI Международной научно-практической конференции «Представление о психологии и педагогике как об отраслях интегративного научного знания», секция коррекционная психология. Казань 26 сентября 2019 года. Публикация статьи «Психологические условия реализации

программы комплексной реабилитации женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата».

Методы исследования:

1. Метод теоретического анализа:

- анализ научно-методической литературы;
- анализ медицинской документации.

2. Диагностические методы:

- сбор анамнеза;
- опрос в виде структурированного (стандартизованного) интервью, представляющий собой беседу по заранее разработанному плану, автор И.Г. Малкина-Пых;
- опрос в виде анкетирования, для которого используется бланковый тест для оценки самочувствия, активности и настроения САН;
- диагностическое тестирование с использованием стандартизованного теста самооценки психических состояний Айзенка, для определения уровня тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности;
- тестирование для определения уровня непродуктивного нервно-психического напряжения с помощью проективного теста Люшера.

3. Эмпирические методы:

- эксперимент (констатирующий, формирующий, контрольный).

4. Метод математической обработки t-критерий Стьюдента.

Структура диссертации. Магистерская диссертация включает в себя введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложения. В первой главе раскрыты особенности эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата и проведён обзор имеющихся реабилитационных программ (позитивная терапия Н. Пезешкиана, метод М. Фенделькрайза, арт-терапия и телесный образ «Я», физиологически-ориентированный подход М.Е. Сандомирского, бодинамика Л. Марчер). Вторая глава содержит описание организации эксперимента, условия реализации программы по реабилитации

эмоциональной сферы женщин среднего возраста, и анализ результатов эксперимента, проведённого с участием 16 испытуемых в Санкт-Петербургском городском бюджетном учреждении здравоохранения поликлинике № 48. Список литературы включает в себя 68 источников. Текст работы содержит 16 таблиц, 3 диаграммы и 8 приложений.

# **Глава 1 Теоретические основы исследования эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата**

## **1.1 Психологическая характеристика эмоциональной сферы женщин в период средней зрелости**

Прежде чем подробно рассматривать особенности эмоциональной сферы в период средней зрелости, необходимо очертить возрастные границы данного возрастного периода. Безусловно, существует множество периодизаций, психического развития человека, но на наш взгляд наиболее полно она освещается в подходе Г. Крайга. В своей периодизации автор выделил следующие возрастные периоды: «пренатальный период— от зачатия до рождения ребенка; младенчество — от рождения до 18-24 месяцев; первые два года жизни — от 12-15 месяцев до 2-3 лет; раннее детство — от 2-3 лет до 5-6 лет; среднее детство — от 6 лет приблизительно до 12 лет; подростковый и юношеский возраст — приблизительно с 12 лет до 18-21 года; ранняя зрелость — от 18-21 года до 40 лет; средняя зрелость — от 40 до 60-65 лет; поздняя зрелость — от 60-65 лет до смерти» [22, с. 14].

«По возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от 25 до 44 лет - молодой возраст, 44 - 60 лет - средний возраст, 60 - 75 лет - пожилой возраст, 75 - 90 лет - старческий возраст, а после 90 - это долгожители.

Таким образом, средний возраст соответствует средней зрелости и зрелости» [62, 142].

В.В. Фролькис при изучении подчёркивал, «в среднем возрасте начинается приспособление организма к новым условиям жизнедеятельности, различными способами повышается биологическая

активность структур организма, мобилизуются его резервные возможности» [60, с. 13].

То есть в среднем возрасте в организме человека происходят такие изменения, которые не только знаменуют процессы старения, но и дают возможность продолжать жить в новом качестве.

С одной стороны, в среднем возрасте снижаются физические возможности, ухудшается качество работы психофизических функций, сенсомоторных и моторных процессов, работа внутренних органов и систем. А с другой стороны до 60 лет в норме практически не изменяется интеллектуальная активность [57]. В возрасте 41—46 лет наивысшего уровня развития достигает функция внимания и отмечается снижение функций памяти [57].

«По другим данным обнаружено, что резкое возрастание показателей интеллектуального развития происходит в возрастном периоде от 18 до 50 лет, а затем начинается постепенное и незначительное снижение интеллектуальных способностей» [57, с. 21].

Интеллектуальная активность говорит о том, что головной мозг функционирует нормально и функции ЦНС не нарушены.

«В иерархических моделях интеллекта интеллектуальные факторы выстраиваются в иерархию по уровням обобщенности. К числу наиболее распространенных относится концепция американского психолога Р. Кэттелла о двух видах интеллекта, соответствующих двум выделенным им факторам: текучем и кристаллизованном:

- 1) текучий интеллект, – все те способности, с помощью которых человек учится чему–либо новому;
- 2) кристаллизованный интеллект, представляет собой результат опыта и образования и опирается на осведомленность и знания, накопленные человеком в течение длительного времени» [31, с. 182].

«Кристаллизованный интеллект повышается с возрастом, его максимальное развитие становится возможным лишь при достижении

периода средней зрелости» [31, с. 182]. Что говорит о том, что развитие в среднем возрасте продолжается.

В.В. Фроликис писал, «различают возраст календарный, биологический и психологический. Календарный - это количество прожитых лет, его мы можем определить по паспорту. Биологический возраст отражает меру старения организма, состояние его здоровья и даже в какой-то мере продолжительность предстоящей жизни. Психологический возраст – это способность индивида справляться с требованиями среды и социума и адаптироваться к ним» [60, с. 11].

«Жизнь человека в любом возрасте в норме представляет собой движение, изменение и, как следствие развитие. А в патологии: движение, изменение, и, как следствие регресс» [62, с. 145.].

Что касается эмоциональной сферы, то Б.А. Сосновский указывал, «в процессе эволюции эмоции возникли как средство, позволяющее живым существам определять биологическую значимость состояний организма и внешних воздействий» [55, с. 35]. «Эмоция - это реакции на ситуацию, а не на отдельный раздражитель. При заблаговременной оценке ситуации, эмоция выступает в качестве механизма предвидения значимости и дифференцированной оценки, той или иной ситуации. Благодаря этому организм может адекватно подготовиться ситуации за счет мобилизации психической и физической энергии и закрепить опыт» [12, с. 11].

Всё вышесказанное актуально и в среднем возрасте. Здоровая адекватная эмоция всегда конструктивна и является полезным инструментом. Фактически все эмоции являются индикаторами. А положительные эмоции к тому же, значительно украшают нашу жизнь.

Б.А Сосновский отмечает, «Эмоции регулируют мотивы поведения, информируют о психическом и физическом состоянии человека, облегчая коммуникации. Имеют сигнальную и защитную функцию» [55, с 233].

«Настроение - ситуативно обусловленное устойчивое эмоциональное состояние, усиливающее или ослабляющее психическую деятельность.

Конфликтные эмоциональные состояния, включают в себя: а) тревожность; б) стресс; в) аффект; г) фрустрацию. Также к содержательному своеобразию относятся чувства, как эмоциональная форма отражения социально значимых явлений» [55, с 237].

Негативные эмоции возникают в результате неприятной информации либо ее недостатка, то есть, чем меньше вероятность удовлетворения потребности, тем больше вероятность отрицательной эмоции. Позитивные – результат полученной информации, оказавшейся лучше ожидаемой, то есть, чем больше вероятность достижения потребности, тем больше вероятность положительной эмоции [55].

Таким образом, здоровая эмоциональность в среднем возрасте патологичной и болезненной не является, а напротив выполняет свои естественные природные функции. Нормальная и естественная эмоциональность не создаёт кризисные ситуации, а напротив является опорой при решении жизненных задач.

Е.П. Ильин отмечает, «Теория Джеймса-Ланге рассматривает эмоцию, как вегетативный сдвиг в организме, информационная теория П.В. Симонова считает, что эмоция это – отражение мозгом актуальной потребности и вероятности ее удовлетворения. В.С. Мерлин рассматривает эмоциональную сферу в связи с мотивами, И.Я. Лернер - с эмоционально-чувственным опытом человека. А.Х. Пашина выделяет такие составляющие эмоциональной сферы, как доминирующее эмоциональное состояние, уровень тревожности, эмпатическая тенденция, эмоциональный слух, социальные энергичность, пластичность и эмоциональность. Автор утверждает, что именно эти компоненты эмоциональной сферы определяют мотивы предметной и социальной активности, в частности, характер общения индивида с окружающими его людьми» [12, с. 80]. О.С. Гребенюк и Т.Б. Гребенюк считают, что «под эмоциональной сферой понимаются характеристика индивидуальности человека, включающая эмоции, чувства, самооценку и тревожность» [8, с. 107].

Обобщая данные полученные из литературных источников, можно сказать, что понятие «эмоциональная сфера» интегрирует в себе множество феноменов и является широким понятием. В данной работе под эмоциональной сферой будет пониматься характеристика индивидуальности человека, включающая тревожность, фрустрацию, настроение, а также эмоциональную ригидность и эмоциональную агрессию. Это определение согласуется с концепцией развития основных сфер индивидуальности.

Изучив изменения, происходящие в организме человека в среднем возрасте необходимо рассмотреть особенности изменений в женском организме в норме.

Е.М. Назимова отмечает, «В среднем возрасте в организме женщины начинается гормональная перестройка. Физиологические изменения выражаются прекращением детородной функции, а позднее и менструальной. По современным представлениям в основе инволюции половой системы лежит возрастная гормональная перестройка в гипоталамо-гипофизарной структуре головного мозга, влекущая за собой необратимые изменения циклической функции гипофиза и как следствие изменения в циклической деятельности яичников» [33, с. 2].

«Дефицит половых гормонов может привести к возникновению различных патологических изменений органов и тканей, где есть рецепторы к эстрогенам, возникает риск потери костной массы, что может привести к развитию остеопороза. Потеря костной массы в позвоночнике составляет 15 % за 5 лет» [33, с. 3].

В.М. Дильман считает, что «климакс является одновременно и нормой, и болезнью: нормой потому, что климакс в женском организме - явление закономерное, а болезнью потому, что это стойкое нарушение регуляции, приводящее в конечном итоге к снижению жизнеспособности организма» [10, с. 15]. Вот как эти изменения физиологии отражаются на эмоциональной сфере женщин.

«К частным признакам относится устойчивое преобладание той или иной модальности переживаний: тревоги, грусти, раздраженного недовольства. Однако имеется большая категория лиц, у которой до глубокой старости сохраняются оптимистическое настроение, бодрость духа» [12, с. 135].

«Многие особенности эмоциональной сферы в среднем возрасте обусловлены изменением социальной роли в обществе, в связи с уходом на пенсию, с необходимостью адаптации к новым условиям жизни. У одних это вызывает появление негативных эмоциональных переживаний, у других – позитивных.

Социальная роль влияет на уровень самооценки. Самооценка занимает важное место в жизни человека, напрямую связана с процессом адаптации и дезадаптации личности» [62, с. 144].

Американский психолог Н. Бредберн является основоположником понятия «психологическое благополучие». И определил это понятие, как баланс между положительными и отрицательными эмоциями [64]. В среднем возрасте, женщине поддерживать этот баланс бывает сложно.

«Эмоциональное переживание зависит от способа приспособления к новой жизни - сохранения себя как личности с социальными связями с обществом или как индивида, замыкающегося в рамках своей семьи и самого себя. Само наличие или отсутствие семьи, также влияет на эмоциональные переживания.

Многое зависит и от оценки своего жизненного пути. При убеждении, что жизнь состоялась, женщина спокойно смотрит в будущее, но если жизнь оценивается как прожитая зря, то настигает чувство бессилия и отчаяния, что ведёт к собственному обесцениванию» [12, с. 135].

Проанализировав данные литературных источников можно сказать, что на психологические аспекты эмоциональной сферы женщин среднего возраста оказывает влияние гормональная перестройка, социальная роль женщины, наличие семьи и качество семейных связей, степень адаптации к

изменениям. Если данные показатели не благоприятны, то физиологический ресурс женщины снижается. Что приводит не только к уменьшению потенциальных возможностей в будущем, но и к возникновению ряда заболеваний. Так как, согласно теории, Ф. Александера, психосоматические заболевания возникают в результате физиологических изменений, связанных с эмоциональным напряжением при невротическом состоянии [56].

Таким образом, эмоциональная сфера женщин среднего возраста представляет собой следующую картину: так как интеллектуальный уровень до 60 лет (как минимум), остаётся на достаточно высоком уровне, женщина ясно понимает, что-то с ней происходит и изменения эти неизбежны, закономерны и естественны. Понимая и принимая эти изменения, женщина обращается к специалистам для подбора коррекции или компенсации неприятных состояний и физиологических изменений. Она принимает реальность, а не борется с ней посредством отрицания. Что уже само по себе является проявлением мудрости, и говорит о личностной развитости и зрелости. Зрелая и развитая личность имеет круг творческих интересов, которые реализуются в присутствии положительных эмоций. Наличие таких обстоятельств позволяет женщине чувствовать себя реализованной, востребованной, ощущать себя самоценной и получать удовольствие от жизни. Всё это ведёт к хорошему настроению и самочувствию при достаточной активности. В результате конструктивного принятия своей жизни уровень тревожности, агрессивности, ригидности и фрустрированности имеет нормальные показатели. И жалоб по данным состояниям женщина не предъявляет.

## **1.2 Психологическая характеристика эмоциональной сферы женщин в период средней взрослости с патологией опорно-двигательного аппарата**

Если задаться вопросом о том, как же отличается эмоциональная сфера женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата от эмоциональной сферы женщин среднего возраста без патологии опорно-двигательного аппарата и отличается ли она вообще, то в первую очередь надо разобраться в том, что, из себя, представляет патология опорно-двигательного аппарата.

В своей работе А.А. Алексеев пишет: «Состояние опорно-двигательного аппарата – зеркало общего здоровья организма человека, потому что волокнистый белок (коллаген), из которого на 95% состоит вся основа кости по аминокислотному составу очень похож на коллаген мягких тканей (кожа, жир, фасции, сосуды, связки, мышечная строма). То есть, коллаген стареет вместе со всем организмом. Истончение коллагена, например, в коже приводит к появлению пергаментности (сухости). Истончение коллагена в кости – к ее хрупкости. Увеличение толщины коллагена в пульпозном ядре межпозвоночного диска – к повышению плотности диска, что и ведет к его «высыханию», а затем разрушению» [3, с. 10].

Таким образом, патология опорно-двигательного аппарата это в первую очередь нехватка, дефицит коллагена. И как следствие – старение организма, которое приводит к разрушению структуры, а значит и к нарушению функции.

А.А. Алексеев показывает, что «морфофункциональные нарушения (нарушения строения и функции) при сверхсильных стрессовых воздействиях приводят к появлению в мягких соединительнотканых образованиях уплотнений, узлов, тяжей различных размеров и форм. Они плотные, жесткие на ощупь, болезненные при прощупывании. Их часто

называют «триггерными точками». Болевой синдром при таких повреждениях называют миофасциальным. Боль может появляться в шее, между лопатками, в плечевых суставах и др. Там более всего сухожилий, связок и фасций. Эта боль всегда обусловлена развивающейся застойной ишемией (снижением кровоснабжения), приводящей к дистрофическим изменениям. Напомним, что кровообращение (сосуды, капилляры, собственно кровь) – 100% соединительнотканная функция» [3, с. 11].

«Процесс дегенеративных изменений не является изолированным процессом какого-то одного звена или сегмента организма. Позвоночник – это часть соединительной ткани и, если патологические процессы старения идут в позвоночнике, значит, уже началось общее старение соединительной ткани» [3, с. 11].

Образование уплотнений в мягких тканях помимо физического смысла: тело становится жёстче, больше болит, менее гибкое; имеет ещё и символический смысл: нарушается приспособляемость, повышается ригидность и уровень фрустрированности. И всё это запускает мощную тревогу, которая ведёт к повышению уровня агрессивности. Снижается уровень самочувствия, активности и настроения. И всё это является симптомами стресса, который имеет хроническое течение.

С.Н. Попов в своей работе указывает, что «значительную, если не решающую роль в возникновении патологии опорно-двигательного аппарата, имеет длительное мышечное перенапряжение. При нарастании утомления мышцы туловища и шеи уже не в состоянии обеспечить амортизационную функцию, которая переходит на структуры позвоночника. При продолжающейся нагрузке на позвоночник в нем развиваются дегенеративно-дистрофические изменения, в первую очередь в межпозвоночных дисках» [42, с. 421].

Таким образом, в теле запускается конфликт: мягкие структуры становятся жёстче, а твёрдые структуры становятся хрупкими и, похоже, что конфликт этот становится общеорганизменным. Конфликт этот знаменует

собой кризис, кризис среднего возраста. И как результат кризиса, что-то из жизни человека уходит навсегда, а взамен этого в жизнь входит что-то новое. Таким новообразованием среднего возраста являются: тёплые и сердечные социальные отношения, эмоциональная стабильность, интерес к самопознанию, здоровые притязания, философское отношение к жизни и чувство юмора.

Кризису среднего возраста подвержены все люди, независимо от наличия патологии опорно-двигательного аппарата. Но при наличии патологии опорно-двигательного аппарата кризис этот расширяется и охватывает всю жизнь женщины. Проявляясь и в личной сфере, и в деловых отношениях, и в быту. Тотальный процесс, занимающий всё пространство жизни. Хронический стресс, приводящий к дистрессу.

«Сопутствующими заболеваниями неизбежно являются заболевания суставов, так как в них происходят такие же дегенеративные изменения, как и в суставах позвоночника. В зависимости от локализации сопутствующие заболевания суставов носят названия: при поражении позвоночника – остеохондроз, при поражении плечевого сустава - плече-лопаточный периартроз, при поражении локтевого сустава – эпиканделёз, при поражении тазобедренного сустава коксартроз, при поражении коленного сустава гонартроз» [62, с. 179].

Н.Ф. Сивун пишет, что «в основе этого процесса лежит старение и дегенерация суставного хряща, обусловленные недостатком главной составной части хрящевого вещества – протеингликана. Данный процесс называется деформирующий остеоартроз. Из всех заболеваний суставов, это наиболее распространенное. Чаще всего болезнь поражает женщин в возрасте 45-55 лет» [53, с. 8].

«Деформирующий остеоартроз (ДОА) - хроническое, не воспалительное заболевание суставов, в основе которого лежит дегенеративно-дистрофическое поражение опорно-двигательного аппарата

(ПОДА). Среди заболеваний опорно-двигательного аппарата ДООА занимает одно из первых мест по частоте и потерям трудоспособности» [53, с. 6].

Безусловно, факторов много, но как указывает Н.Ф. Сивун основными факторами, способствующими возникновению остеоартроза являются: «возраст старше 45 лет, наследственность, врожденные особенности, женский пол, постменопауза, предшествовавшая травма области сустава, хирургические вмешательства на суставах, сопутствующая патология» [53, с.7].

Также возникновению остеоартроза способствуют: «избыточная масса тела (индекс массы тела более 25 кг/м<sup>2</sup>), низкая физическая активность, неадекватные нагрузки на суставы, способствующие травмам» [53, с. 6].

Под «ударом» деформирующего остеоартроза находятся преимущественно женщины среднего возраста, но далеко не все женщины в среднем возрасте поражены этим заболеванием. И это не удивительно, поскольку женщины ведут разный образ жизни до наступления среднего возраста.

Факторы, способствующие развитию обострения или ухудшению самочувствия: значительная физическая нагрузка (дома, на работе, на приусадебном участке, поднятие тяжестей); малоподвижный образ жизни; изменение погоды; сквозняки и переохлаждения; подавленное настроение и депрессия [53].

Деформирующий остеоартроз в своем развитии проходит следующие стадии:

«1 стадия - функция сустава не нарушена или с незначительным ограничением объема движений. Незначительные проходящие боли. На рентгенограммах: небольшие, краевые разрастания. Высота суставной щели в норме;

2 стадия - функция сустава нарушена, движения в суставе часто сопровождаются грубым хрустом. Боли носят постоянный характер, особенно усиливаются при нагрузке. Умеренная гипотрофия мышц

соответствующего сегмента конечности. Рентгенологически отмечается значительное сужение суставной щели;

3 стадия - движения резко ограничены, пораженный сустав находится в вынужденном положении. Сустав деформирован, утолщен. Выражена гипотрофия мышц всей конечности. На рентгенограммах: нарастающее и полное разрушение суставных хрящей. Суставная щель не прослеживается. Направление ограничения движений зависит от анатомических особенностей каждого сустава, локализации и выраженности краевых костных разрастаний» [53, с. 10].

Получается, что заболевание протекает практически бессимптомно на первой стадии. И достаточно долго не даёт о себе знать. Что способствует тому, что уже заболевший организм продолжает получать неадекватную нагрузку до тех пор, пока не наступает фаза декомпенсации. То есть женщина, заболевшая деформирующим остеоартрозом, изначально, в течение всей своей жизни или достаточно длинного периода жизни неадекватно оценивала свои возможности и относилась к себе.

«Ранним симптомом ДОА любой локализации является артралгия. В условиях истончения или утраты хряща, источником боли служат хорошо иннервированные надкостница и околосуставные связки. Вначале боли появляются при долгом стоянии, подъеме по лестнице и т.д. В покое она быстро проходит. Характерен феномен "стартовых болей", когда с трудом даются только первые шаги. Далее артралгия приобретает упорный характер, беспокоя по ночам. Часто она сопровождается утренней скованностью, которая в отличие от ревматоидного артрита длится несколько минут. В поздней стадии ДОА отмечается деформация суставов и ограничение их подвижности. Чем раньше начинается лечение, тем эффективнее и стабильнее результаты. Однако, как правило, больные обращаются за помощью, уже имея клинико-рентгенологически 2 стадию ДОА. Обычно 1 стадия не диагностируется и протекает без лечения» [53, с. 11].

Таким образом, женщины среднего возраста представляют группу риска для возникновения данного заболевания. Поэтому, эта категория является целевой для изучения влияния реабилитационной программы. Но как же влияет патология опорно-двигательного аппарата на эмоциональный фон женщин среднего возраста.

В среднем возрасте у женщин наблюдается неустойчивый эмоциональный фон, сопровождающийся процессами инволюции. Эмоции, сопровождающие внутри личностный конфликт, на основе автономных гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что в организме возникают изменения в телесной структуре и функциях, что и приводит к развитию психосоматических заболеваний, которые быстро принимают хроническую форму. Наличие хронического заболевания приводит к снижению настроения, активности, ухудшению самочувствия, повышению агрессии, увеличению ригидности и тревоги.

Е.П. Ильин писал, что к «общим изменениям эмоциональной сфере женщин среднего возраста относится изменение динамичности эмоциональных состояний, выражается это либо в инертности, либо в лабильности эмоций» [12, с. 73]. И добавляет, что «для некоторых представительниц характерна хроническая озабоченность, которая может рассматриваться как слабо выраженная тревога. Факт большей тревожности и нейротизма лиц женского пола по сравнению с лицами мужского пола выявлен в исследованиях В. Д. Кузаковой (1975)» [12, с. 70].

И если мы вспомним о понятии «психологического баланса, который американский психолог Н. Бредберн [64] определил, как баланс между положительными и отрицательными эмоциями, то у женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата этот баланс смещён в сторону отрицательных эмоций.

Э. Динер заложил понятие феномена «субъективное благополучие». И определил его, как баланс между удовлетворением, положительными эмоциями и отрицательными эмоциями [67]. Надо сказать, что у женщин

среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата в плане «субъективного благополучия» баланс неустойчив.

Р. Дальке и Т. Детлефант писали, что «болезнь – это отсутствие гармонии, но под другим углом зрения, болезнь – это попытка восстановить нарушенное равновесие. Психический конфликт может быть недоступен больным, он представлен теперь языком органов. Если в теле появляется симптом, он привлекает к себе внимание» [9, с. 9].

Психологи отмечают, что «когда человек слишком много «взваливает на свои плечи», причем делает это неосознанно, он ощущает боли в спине и суставах, так как дегенеративные изменения происходят во всех хрящевых тканях. Слишком тяжелый груз – это попытка компенсировать внутреннее ощущение собственной незначительности. За большой работоспособностью скрываются неуверенность в себе, чувство собственной неполноценности» [9, с. 227].

И это, как будто возвращает нас к тому процессу, когда в мягких тканях организма образуются уплотнения, твёрдые ткани напротив становятся хрупкими. То есть во внутреннем мире всё хрупко и уязвимо, а во внешних проявлениях демонстрируется твёрдость.

Н. Пезешкиан определил «артрит, как способность двигательного перерабатывать напряжение и конфликты своим телом и ощущениями. Под влиянием аффектов происходят, как направленные движения, так и изменения тонуса мышцы. Последние, контролируется экстрапирамидной системой, которая чувствительна к психическим воздействиям» [41, с. 67].

То есть тело, как основной переработчик конфликта, а не психика. В этом случае практически невозможно понять, что на самом деле полезно для организма, а что нет. Трудно даже понять, чего хочет человек, а чего не хочет.

«Среди особенностей личности этих больных отмечаются тенденция к вторичной выгоде, более или менее открытое желание нетрудоспособности. Нередко наблюдается разрыв между объективными данными и

субъективными желаниями. Во всяком случае, совместное влияние невротически-тенденциозных мотивов выражено значительно больше, чем при хроническом заболевании. Артроз — это хроническая форма артрита. При артрозах все вышеперечисленные симптомы теряют свою остроту, но сохраняют актуальность» [41, с. 67].

Если говорить о вторичной выгоде, то болезнь воспринимается, как инструмент, помогающий достичь удовлетворения своих потребностей. А значит, на бессознательном уровне болезнь воспринимается, как вполне позитивное событие и удобное состояние. Сам заболевший этого не осознаёт. И любопытным является то, что, как правило, неудовлетворённой потребностью является отдых, потребность во внимании и значимости. То есть нормальные и естественные потребности человека. Но в случае женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата, то они не могут заявить о своих естественных потребностях открыто.

И.Г. Малкина-Пых пишет, «в психическом состоянии отчетливо выражены переживания страха и депрессии. Больные мало склонны к гиперкомпенсированному поведению. Их латентные или явные желания, заботы и тенденции к зависимости ярко выражены. Отчетливо определяется склонность к самопожертвованию и зависимости» [26, с. 853].

Таким образом, непрожитые и неосознанные эмоции оказываются запечатанными в тело. Учитывая выраженность зависимых тенденций, можно предположить, что за этим стоит потребность в одобрении со стороны других людей. И судя по всему, это одобрение является основным признаком собственной значимости. А без одобрения женщина так и остаётся незначительной, маленькой, а может быть и откровенно плохой. Похоже на то, что за этой зависимостью кроется много гнева, недовольства. Но, другому человек жить не умеет.

«Каждый отдел позвоночника «отвечает» за определенную психологическую особенность личности. Так, шейный отдел позвоночника несёт голову человека и связан с самоутверждением. Самоутверждение не

ведёт цервикальному синдрому до тех пор, пока осуществляется в границах психологической нормы. К этому синдрому могут вести такие факторы, как неадекватные установки, при которых самоутверждение требует постоянного дополнительного волевого напряжения с упрямыми попытками достичь однажды поставленной цели» [26, с. 855].

«Психосоматическое значение грудного отдела позвоночника – отражение настроения человека. Печаль, отчаяние, утрата мужества заставляют человека согнуться, они характеризуются его согнутой спиной» [26, с. 855].

«Хронические боли в поясничном отделе могут быть выражением фрустрации. Они связаны, прежде всего, с нереализованными ожиданиями, обращенными к межличностным отношениям, и с вытекающим из этого состоянием неудовлетворенности» [26, с. 855].

На физическом уровне позвоночник - это внутренний стержень, и стержень этот перестал выполнять свою естественную функцию поддержки. Так проявляется патология опорно-двигательного аппарата.

На психологическом уровне – это отсутствие внутренней моральной опоры, опоры на себя. Практически это некое глубинное недоверие себе, себе, как личности. Так проявляются нарушения эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.

«В психодинамическом плане отмечаются амбивалентный конфликт между посторонним господствованием и самогосподствованием и в то же время услужливое и жертвенное поведение. Из этой амбивалентности и хронически заторможенной агрессивности и происходит повышение мышечного тонуса в типичных местах, чаще всего в области шейных и поясничных позвонков» [26, с 857].

Очевидно, что у женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата агрессивность, как открытое проявление гнева находится под внутренним запретом. И можно сказать, что болезнь

становится инструментом реализации этой агрессии. Болезнь, как пассивно-агрессивное состояние.

«В преморбиде пациенты характеризуются как тихие, малозаметные люди. Их отличает старательность и добросовестность. Часто заметно их альтруистичное поведение, что, в сочетании с энергией и жадой деятельности, делает их непревзойденными матерями и неутомимыми сиделками. Будущие пациенты уделяют крайне мало внимания своей телесности, отличаясь бедным самовосприятием и редуцированным самопознанием. Их терпеливость, вероятно, соответствует внутреннему запрету на открытое выражение остаточных агрессивных побуждений» [26, с. 856].

Видимо это наблюдение о том образе жизни, который в результате приводит к возникновению заболевания. А также можно предположить, что здесь описана первая стадия заболевания, которая протекает бессимптомно.

У всех, больных артритом с достаточным постоянством, встречаются три черты характера:

«Стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности и внешней уступчивости, сочетающиеся со склонностью к подавлению всех агрессивных и враждебных импульсов, таких, как злоба или ярость» [26, с. 857].

«Мазохистски-депрессивные проявления с сильной потребностью к самопожертвованию и чрезмерным стремлением к оказанию помощи, сочетающиеся со сверхнравственным поведением и склонностью к депрессивным расстройствам настроения» [26, с. 857].

«Выраженная потребность в физической активности до развития заболевания (профессиональный спорт, интенсивная работа по дому, в саду и т. д.). С психодинамических позиций это характерологически-невротическая переработка конфликта в сфере агрессивности и честолюбия» [26, с. 857].

Так называемая сверхсовестливость и обязательность на фоне внешней уступчивости могут напоминать синдром «хорошей девочки», которая всех

слушается. И тогда встаёт вопрос о том, насколько взрослой и зрелой на самом деле является личность? Можно предположить, что женщины среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата инфантильны. И эта инфантильность значительно усугубляется кризис среднего возраста. Из-за инфантильности возникает неадекватное восприятие реальности, в результате чего реальное положение вещей не принимается и подменяется иллюзорным восприятием, что можно характеризовать, как борьбу с реальностью.

Специфика «артрозо-артритной личности» состоит в увеличении самоограничения во всех жизненных отношениях, в собственном Я, в собственном теле, в сфере общения и в социальном поведении. Это можно отнести и к двигательным агрессивным импульсам, которые, начиная с раннего детства, являются проблемной сферой. Речь идёт о дисбалансе полюсов, полюса мягкости и полюса жесткости, об отсутствии «золотой середины». Тенденция к мягкости у женщин может подавляться усилением мышечного напряжения на физическом уровне, а на психологическом уровне протестным поведением и жертвенностью. Испытывая напряжение и жертвенность, приобретается право смешивать стремление к господству и мазохистское самопожертвование. Отмечены предпочтение занятий на свежем воздухе и силовых видов спорта, тенденция к подавлению спонтанного выражения чувств, к их сдерживанию [26].

Ключевое слово «самоограничение». Самоограничение, как запрет быть. Самоограничение, как извинение за то, что живёшь. Как будто право «жить» можно получить только, если жить и мучится. А некое удовлетворение даёт мышечная активность.

Тело не обманывает. Здоровые межпозвоночные диски обеспечивают гибкость и подвижность позвоночнику. При снижении высоты межпозвоночных дисков происходит компенсаторное разрастание костной ткани – это защитный механизм, который призван обеспечить устойчивость позвоночника и дополнительную жёсткость. На физическом уровне

жѐсткость заменяет гибкость, то же самое происходит и на психологическом уровне. Физическая стагнация приводит к стагнации психологической. Человек непоколебим и признаѐт только свою жизненную позицию. И если всё оставить, как есть, то можно думать, что процесс будет усугубляться. Но по мере того, как данные явления снимаются и уходят, меняется и психологическая картина личности. Появляется осознанность и чувство ответственности за своё тело, за ощущения в нём, за свои мысли и эмоции, которые их порождают. Всё это приводит к тому, что человек меняет своё восприятие жизни и понимает свои потребности, желания и возможности [26].

«Человек, нашедший себя, больше не совершает подвигов. Он уже существует, вот он. Но чувство собственной неполноценности порождает в человеке убежденность, что в том виде, в котором он сейчас существует, он абсолютно недостоин любви, признания и похвалы» [9, с. 227].

Обобщая данные литературных источников можно сказать, что женщины среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата, имеют тенденцию не реально оценивать свои возможности из-за присутствующей инфантильности, самоограничивающих убеждений, запрета на проявление гнева и наличие вторичной выгоды от болезни. А между тем, только реальное понимание собственных возможностей и уважение своих потребностей даёт верную самооценку и поддерживает достоинство человека, давая ему нравственное удовлетворение.

Таким образом, если рассматривать патологию опорно-двигательного аппарата, как неприятие своих истинных потребностей, то это становится похоже на отрицание реальности и борьбу с ней. Вспомним, что основные принципы психической жизни - это принцип удовольствия и принцип реальности. Первичен принцип удовольствия. И если нарушается работа принципа удовольствия, это неизбежно ведѐт к нарушению принципа реальности. При нарушении принципа реальности женщина начинает плохо понимать, что с ней происходит. Нарастает недовольство и

неудовлетворённость собой и качеством своей жизни. Что является показателем повышения уровня ригидности, тревожности, фрустрированности и, как следствие агрессивности. Причём агрессивность может быть, как внешняя, в виде частых конфликтов с окружающими, так и аутоагрессия. Преобладает плохое настроение и самочувствие, снижается активность. И это состояние представляет собой «замкнутый круг». И качественно отличает эмоциональную сферу женщин среднего возраста без патологии опорно-двигательного аппарата от эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.

### **1.3 Методы психологической реабилитации для женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата**

Изучив и проанализировав научно-методическую литературу выяснилось, что, как таковых программ по реабилитации нарушений эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата в литературе не описано. Но описаны методы психологической реабилитации, которые могут быть использованы для реабилитации нарушений эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата. В терапии используются следующие подходы и методы для реабилитации эмоциональной сферы:

1. Пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии Н. Пезешкиана, при ревматоидном артрите, артрозе и ревматизме. Позитивная терапия включает в себя арт-терапию релаксации в виде притч и народной мудрости.

Н. Пезешкиан писал, что при консультативной работе отношениям психотерапевта и больного часто угрожают амбивалентные желания пациентов: они желают, с одной стороны, оставаться пассивными и зависимыми от психотерапевта, с другой же стороны, несмотря на фасадную готовность раскрыться, недоверчивы и склонны к отвержению. Специалисту нужно с одной стороны дать чувство безопасности своему клиенту, а с

другой стороны уметь корректно противостоять обесцениванию, отвержению, недоверчивости, т.е. агрессивным проявлениям клиента, вкупе с инфантильностью [47].

Амбивалентные желания показывают конфликт, и задача терапевта перевести этот конфликт из области бессознательного в область сознания. Если открыто показать этот конфликт, то, скорее всего, пациент из-за своих психологических особенностей его не сможет принять. Но применив иносказательный метод воздействия в виде притчи, можно косвенно поговорить об актуальной ситуации дистанцировавшись от неё. То есть реальная ситуация помещается в метафорическую форму, в результате чего, она перестаёт быть пугающей, над ней можно смеяться и при этом избавляться от избыточного напряжения.

Механизм воздействия похож на воздействие не директивным Эриксоновским гипнозом. М. Эриксон в своей работе тоже использовал притчи. Основные преимущества данного метода: безопасность, дистанция от проблемы, возможность говорить о проблеме без страха и боли, снятие напряжения.

Таким образом, анализ пятиступенчатой позитивной терапии Н. Пезешкиана показал, метод воздействия – творческий. Механизм воздействия – запечатление негативного опыта в притче. Цель воздействия – снятие напряжения, безопасность, приобретение нового опыта.

2. Прогрессивная мышечная релаксация - метод Джекобсона. Этот метод описывает И.Г. Малкина-Пых в своей книге «Справочник практического психолога». По мнению Джекобсона, с помощью этого метода можно избавляться от негативных эмоций. Метод заключается в поэтапном расслаблении мышц всего тела, начиная с мышц лица. Сначала мышца напрягается, это напряжение удерживается несколько секунд, затем следует расслабление мышцы. Рекомендуется при этом мысленно повторять фразу: «я расслабляюсь». Групповые сеансы проводят 2-3 раза в неделю [26].

Метод воздействия – физический. Механизм воздействия – контраст ощущений. Для того чтобы расслабиться нужно осознавать и ощущать напряжение. В волевом напряжении заложено расслабление. Цель воздействия – релаксация, расслабление, избавление от негативных эмоций, контроль состояний.

3. Метод М. Фенделькрайза. В своих уроках М Фенделькрайз не определял, что правильно, а что неправильно. Смысл заложен в ощущениях от движения. М. Фенделькрайз считал, что движение должно выполняться легко естественно. Если двигаться тяжело и больно, значит надо искать другой способ выполнения движения. Только в этом случае можно найти и понять то, что нужно данному человеку [71].

В обучении М. Фенделькрайз не было никакой внешней схемы. На уроках занимающиеся выполняли простые движения по голосовым инструкциям автора. Это было принципиально, никакого показа, только команда на простое действие: повернуться, поднять голову, подтянуть колени к животу, встать и так далее. И, если человек не может выполнить движение, как минимум двумя разными способами, значит, у него нет свободы выбора. А ведь не просто делать то, что уже знаешь по-другому. Но это и есть освоение и интеграция новых двигательных моделей, которые приведут к новым телесным ощущениям, а значит и чувствам. И, стало быть, по-настоящему важное знание — это умение по-другому сделать нечто, уже известное человеку. Чем больше вы знаете способов этого, тем свободнее ваш выбор. А чем свободнее ваш выбор, тем в большей степени вы являетесь человеком. И для того, чтобы выбор состоялся, М. Фенделькрайз предлагал ослабить напряжение. Ослабить напряжение, чтобы повысить чувствительность и улавливать мелкие различия, в противном случае будет утрачена свобода выбора [71].

Проанализировав данные полученные из литературных источников, можно сказать, что метод М. Фенделькрайза позволяет восстанавливать и в дальнейшем развивать чувствительность тела. В результате уходит

избыточное напряжение, а, в месте тем, и тревожность. Когда ограничение движения снимается с двигательного сегмента, то снимается и внутренний запрет, ограничивающий те или иные жизненные проявления. А с появлением выбора меняется отношение к себе и нормализуется самооценка.

Таким образом, метод воздействия – физический. Механизм воздействия – спонтанное движение. Цель воздействия – снятие напряжения, ослабление напряжение.

4. Арт-терапия и телесный образ – «Я». Автор данного подхода А.И. Копытин.

А.И. Копытин пишет о том, что в большинстве случаев арт-терапия ведет к усилению у клиентов ощущения внутренней силы и самоконтроля, поскольку благодаря изобразительной работе образы и аффекты получают более оформленное и конкретное воплощение. Кроме того, невербальный характер арт-терапии дает ей дополнительные преимущества перед традиционными формами психотерапии и консультирования: изобразительная деятельность, как правило, доставляет клиенту удовольствие и оказывает на него стимулирующее воздействие. Диалог с визуальными образами предоставляет уникальную возможность для интеграции чувственного опыта [18]. Из этого можно сделать вывод, что арт-терапия является хорошим средством релаксации. Но при этом нельзя не заметить, что далеко не каждый человек согласится рисовать, лепить из пластилина или из глины. Поэтому можно предположить, что решающую роль арт-терапии отвести, не всегда возможно, вопреки утверждениям автора.

Арт-терапии может отводиться важная роль в работе, так как последние исследования, как пишет А.И. Копытин, показали, что травмирующий опыт запечатлевается и сохраняется преимущественно в невербальных образах. Но как показывает практика, травмирующий опыт далеко не всегда сохраняется преимущественно в невербальных образах, поэтому можно думать, что утверждение это спорное.

По мнению А.И. Копытина представление о телесном образе «я» основано на выразительных элементах «языка тела» — позе и мимике человека. Так же, как и изобразительное искусство, «язык тела» позволяет общаться без слов» [18].

Поза и мимика человека не всегда бывает осознана, тем красноречивее эти внешние проявления транслируют миру истинное представление человека о себе. Автор утверждает, что телесных образов «я» может быть много — столько же, сколько разных образов «я» согласно юнгианским представлениям об архетипах коллективного бессознательного, фрейдовскому представлению о Я, Оно и Сверх-Я, представлениях транзактного анализа о ребенке, родителе и взрослом, теории психосинтеза и т. д. Исследования свидетельствуют о том, что телесный образ «я» связан с деятельностью недоминантного (обычно правого) полушария мозга, которое также ответственно за распознавание эмоций» [18].

Анализ арт-терапевтического подхода А.И. Копытина показал: метод воздействия – творческий. Механизм воздействия – запечатление чувственного опыта в образе, звуке, позе, мимике и т.д. Цель воздействия – снятие напряжения, освобождение от травмирующего переживания.

5. Физиологически-ориентированный подход к решению психологических проблем М.Е. Сандомирского.

«Метод включает в себя «три источника и три составные части» — три «РЕ», три составные части методики:

- 1) Релаксация;
- 2) Регрессия возрастная;
- 3) Реконструкция прошлого опыта с опорой на подсознание» [51, с. 11].

С помощью релаксации, регрессии и реконструкции человек повторяет свой прошлый опыт, перерабатывает, и тем самым освобождается от негатива. Автор пишет, что повторение приводит к правильному забыванию [51].

1) М.Е. Сандомирский описывает «Повседневную уборку», как психогигиеническую процедуру, сравнивая её с утренней гимнастикой. И предлагает её выполнять в течение дня по мере необходимости, если человек понервничал или плохо себя чувствует. И обязательно рекомендует выполнять её перед сном вместе с регуляцией дыхания [51].

Рекомендуется недолго побыть в воспоминании (регрессия), затем переключить внимание на ощущения в теле и найти участки с неприятными ощущениями. Это неприятное ощущение необходимо обработать дыхательными упражнениями, пока неприятные ощущения не уйдут [51].

2) Далее М.Е. Сандомирский описывает «Генеральную уборку», называя её глубокой возрастной регрессией. Глубокой возрастной регрессии должна предшествовать адекватная релаксация. При систематической и планомерной работе «генеральная уборка» способствует освобождению от груза прошлых ненужных эмоций и ведёт к личностному росту [51].

М.Е. Сандомирский пишет о том, что, сделав это своей привычкой, многие проблемы, беспокоившие вас долгое время, уйдут в прошлое. А, многое из того, что раньше представлялось недостижимым, станет реальностью [51].

Анализ физиологически-ориентированного подхода М.Е. Сандомирского показал: метод воздействия – физиологический, механизм воздействия – регрессия, дыхательные упражнения. Цель воздействия – познать самого себя, реконструкция прошлого опыта, релаксация.

6. Бодинамика Л. Марчер. «Бодинамика (бодинамический анализ) — одно из направлений телесно-ориентированной психотерапии, разработанное Л. Марчером в Дании, описываемое также как психология соматического или психомоторного развития. В бодинамике делается акцент на то, что тонус различных мышц связан с определёнными личностными характеристиками. И через изменение мышечного тонуса можно влиять на психологические проблемы. Для того чтобы определить в каком возрасте

произошла травма, используются схемы нормального возрастного развития психики и физического развития [5].

В качестве нарушений рассматриваются участки, как повышенного, так и пониженного мышечного тонуса. Так же, как в подходе М.Е. Сандомирского используется возрастная регрессия, для восстановления естественного хода психомоторного развития [5].

Л. Марчер писала, что через тело мы чувствуем себя в отношениях с другими людьми. И чем большего осознания этого телесного ощущения, тем больше наша способность к установлению глубоких связей с другими людьми [5].

По мнению Л. Марчер телесное осознание состоит из четырёх категорий: телесные ощущения, телесные переживания, эмоциональное выражение, регрессия. Специалист выбирает, какую категорию выбрать для наиболее продуктивной работы. Такой подход позволяет создать определённые ресурсы, прежде чем клиент войдёт в эмоциональное или регрессивное состояние. Благодаря мощной телесной памяти соматическая работа может быстро вскрыть очень ранний или травматический материал, высвобождая интенсивные эмоции. Однако это требует подготовительной работы для того, чтобы избежать неконтролируемой реакции клиента. Для интеграции нового опыта предлагается выполнить переобучение [5]. Которое состоит из активации прошлого опыта; создания новой позитивной модели реагирования и использование этой модели в реальной жизни [5].

Процесс создания новых двигательных моделей может показаться сложным. Однако когда клиент исследует прежде недоступные для него движения, осознавая при этом свои телесные ощущения, происходят структурные изменения [5]. И это роднит бодинамику с методом Фенделькрайза.

Основная задача при создании новых двигательных моделей, которые приводят к активации определённых мышц, заключается в обеспечении

безопасности. В этом случае клиент получает новые ресурсы и новый инструмент для контакта с миром [5].

Анализ бодинамического подхода Л. Марчер показал: метод воздействия – психодинамический, телесно-ориентированный. Механизм воздействия – телесные ощущения, телесные переживания, эмоциональное выражение, регрессия. Цель воздействия – переобучение, создание нового психомоторного паттерна, интеграция новых движений, телесная осознанность.

Проанализировав научно-методическую литературу по методам (техникам) психологической реабилитации можно сказать, что все программы оказывают локальное реабилитационное воздействие на организм человека. Что касается комплексного воздействия на эмоциональную сферу женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата, то в данном направлении реабилитационных программ недостаточно и ситуация требует дальнейшего исследования.

### **Выводы по первой главе**

В зрелости психологический возраст в гораздо большей степени зависит от индивидуальных особенностей человека и от его прошлого опыта. От уровня личностного развития, специфики жизненных целей и степени или потенциальной возможности их реализации.

Кризису среднего возраста подвержены все люди, независимо от наличия или отсутствия патологии опорно-двигательного аппарата. Но при наличии патологии опорно-двигательного аппарата кризис этот расширяется и охватывает всю жизнь женщины. Проявляясь и в личной сфере, и в деловых отношениях, и в быту. Тотальный процесс, занимающий всё пространство жизни и являющийся, хроническим стрессом, переходящим в дистресс.

Главной характеристикой кризиса среднего возраста является расхождение между мечтами и реальными возможностями. Когда убывание физических сил и привлекательности сопровождается наличием заболеваний, то ситуация в которой оказывается женщина усугубляет течение кризиса среднего возраста. Женщины сильнее, чем мужчины, реагируют на физическое старение. Это приводит к утрате физических и психологических ресурсов и в результате к дестабилизации эмоциональной сферы. В связи с этим важным направлением работы становится поиск средств, для стабилизации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата. Согласно исследованиям современных специалистов, в области психологической реабилитации нарушений эмоциональной сферы (А.И. Копытина, И.Г. Малкина-Пых, М.Е. Сандомирский), а также исследователям двадцатого века (Н. Пезешкиан, М. Фенделькрайз, Л. Марчер), эффективными средствами могут быть приёмы атр-терапии, психокоррекционные упражнения, физические средства саморегуляции и просветительская деятельность.

Проанализировав научно-методическую литературу, сделаны следующие выводы:

- понятие «эмоциональная сфера» интегрирует в себе множество феноменов и является широким понятием. В данной работе под эмоциональной сферой будет пониматься характеристика индивидуальности человека, включающая тревожность, фрустрацию, настроение, а также эмоциональную ригидность и эмоциональную агрессию. Это определение согласуется с концепцией развития основных сфер индивидуальности.
- на эмоциональный фон женщин среднего возраста оказывает влияние гормональная перестройка, которая ведёт к изменениям, как внешним, так и внутренним. Также на эмоциональный фон влияет социальная роль женщины, наличие или отсутствие семьи, бытовые условия, наличие или отсутствие близких людей, качество отношений с ними. Если данные показатели благоприятны, то физиологический ресурс женщины снижается

постепенно и может длительно поддерживаться на достаточно высоком уровне. Если же показатели неблагоприятны, то утрата ресурса может стать катастрофической и стрессогенной.

- на эмоциональный фон женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата оказывает влияние недостаточное понимание своих изменившихся возможностей. И как следствие отрицание реальности и борьба с ней.

- ни одно дегенеративное заболевание не протекает изолированно, ни одна эмоция не существует сама по себе, в организме человека всё взаимосвязано и требует к себе такого же, холистического подхода.

- из-за внутренних конфликтов женщины с патологией опорно-двигательного аппарата, испытывают плохое самочувствие, имеют низкое настроение и самооценку, высокую степень тревожности, ригидности, фрустрации, агрессивности, которая часто имеет форму аутоагрессии, то есть дезадаптивны. Следовательно, работа должна быть направлена на профилактику данных состояний, оптимальное восстановление и поддержку процессов саморегуляции организма, с учетом физиологических и психологических изменений и сохранившихся возможностей.

## **Глава 2 Эмпирическое исследование психологических условий реабилитации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата**

### **2.1 Организация и методы исследования**

Объект исследования: эмоциональная сфера женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.

Предмет исследования: психологические условия программы реабилитации для женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата

Цель исследования: разработать программу реабилитации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что для реабилитации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата необходимо создать определенные психологические условия. В качестве таких условий могут служить: во-первых, совокупность и комплексность проводимых реабилитационных мероприятий: психокоррекционные упражнения, просветительская деятельность, упражнения лечебной физкультуры и релаксационной практики; во-вторых, проводимые, реабилитационные мероприятия направлены на развитие когнитивного, эмоционального и поведенческого компонента эмоциональной сферы личности; в-третьих, реабилитационные мероприятия проводятся с соблюдением следующих принципов работы: безусловного позитивного принятия, создание «зоны ближайшего развития», формирование психологической культуры.

В качестве основного инструментария для доказательства гипотезы были взяты следующие диагностические методики:

- опрос в виде структурированного (стандартизованного) интервью, представляющий собой беседу по заранее разработанному плану, автор И.Г. Малкина-Пых; [26] (Приложение А);
- опрос в виде анкетирования, для которого используется бланковый тест, предназначенный для оценки самочувствия, активности и настроения САН [46];
- диагностическое тестирование с использованием теста самооценки психических состояний Айзенка, с помощью которого определены уровни тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности [46];
- проективный тест Люшера для определения уровня непродуктивного нервно-психического напряжения [43].

Исследование проводилось в 2018 - 2020 годы, на базе поликлинического отделения поликлиники № 48. В исследовании принимало участие 16 испытуемых с диагнозом деформирующий остеоартроз тазобедренных суставов II ст., в подостром периоде заболевания, возраст испытуемых 45 – 60 лет, все испытуемые – женщины. Испытуемые являлись пациентками дневного стационара, где проходили амбулаторное лечение по поводу своего заболевания.

Приступая к реализации констатирующего эксперимента и оценке дефицитарного типа дезонтогенеза выяснилось, что женщины в среднем возрасте попадают в группу риска по заболеванию деформирующий остеоартроз (ДОА). Поскольку на 1 стадии заболевания симптомы ДОА не причиняют явного беспокойства и, как правило, при обращении за помощью, диагностируется уже 2 стадии ДОА. Поэтому для проведения исследования была выбрана 2 стадия ДОА тазобедренных суставов в подостром периоде заболевания.

В диагностической беседе выяснилось, что в прошлом пациенток беспокоила боль в поясничном отделе позвоночника, которая в данный момент их не беспокоит. Основной жалобой в момент обращения была боль в тазобедренном суставе, которая появлялась при увеличении нагрузки и

«хруст» в суставах. Так же были отмечены ночные боли и утренняя скованность, которая по мере движения через несколько минут проходила. Пациентки связывали своё состояние с малоподвижным образом жизни, с гормональной перестройкой организма, преобладанием однотипных нагрузок, стрессами.

Выдержка из протокола беседы с пациенткой Ольгой К. 52 года. (Курсивом выделено то, что в беседе с пациенткой озвучено не было).

Специалист: на что вы жалуетесь?

Ольга К.: Ой, я на всё жалуюсь. И на себя, и на всех остальных...*Реальность и окружающие люди воспринимаются враждебно.*

Специалист: Да, это тяжело. А что конкретно беспокоит?

Ольга К.: сначала меня очень беспокоили руки, прямо рук было не поднять.

Специалист: когда это началось?

Ольга К.: года 2 назад. Я тогда работу потеряла. Потом стала болеть шея, были головные боли. *Работу потеряла – рук не поднять. Тяжёлые мысли, чувства – головная боль. Удар по самооценке – болит шея.*

Специалист: а тогда вы к врачу обращались?

Ольга К.: да, я пила таблетки. Мне они не очень помогали, но было все-же полегче. Руки я и сейчас поднять не могу. Но это меня уже не так беспокоит. У меня стала болеть поясница и колени. *Симптомы красноречивы: рук не поднять – ничего не могу поделать, и к этому почти привыкла. Болит поясница и колени – не могу двигаться вперёд.*

Специалист: когда и как возникает боль?

Ольга К.: если я много похожу, то болит поясница.

Специалист: много, это сколько?

Ольга К.: ну километра 3. *А ведь это совсем немного.*

Специалист: поняла. А как болят колени?

Ольга К.: после сна, когда я сижу, то потом вставать и идти больно. Но спустя 5-7 минут боль проходит.

Специалист: то есть стартовые боли, а как «расходитесь», они проходят?

Ольга К.: да, и ещё стало болеть бедро.

Специалист: в самом деле, вы все болеете. И похоже очень запустили себя.

Ольга К.: так конечно, мне никто не помогает, все «футболят» меня (переходит почти на крик). Я работала медсестрой в реанимации, я людям помогала, а когда мне понадобилась помощь, мне никто не помогает. *Не справляется с собственной агрессией. И ей все должны.*

Специалист: понимаю вас, это в самом деле не приятно. Похоже, вы переживаете, что работу потеряли?

Ольга К.: да, мне моя работа нравилась.

Из данной беседы можно сделать следующие выводы: у Ольги К. явно плохое самочувствие и настроение, снижена активность из-за боли. При этом высокий уровень тревожности, фрустрированности, агрессивности и ригидности. Высокий уровень психологического напряжения. Всё вместе можно классифицировать, как состояния хронического физиологического стресса, который привёл к дистрессу. Имеет место социальная дезадаптация.

Вот ещё одна выдержка из беседы с пациенткой Татьяной Б. 53 года.

Специалист: Что вас беспокоит?

Татьяна Б.: у меня болит поясница, колени и бедро.

Специалист: когда это началось?

Татьяна Б.: у меня мама лежащая, после инсульта, она полная и очень много весит. Я за ней ухаживаю. Когда я её переворачиваю и стою над ней в наклоне, у меня поясница «отваливается».

Специалист: поняла. Да, это очень тяжело. Когда это случилось?

Татьяна Б.: Она лежит уже третий год.

Специалист: вы работаете?

Татьяна Б. да, я работаю сутками.

Специалист: и приходя с «суток» ещё занимаетесь уходом за мамой, а на себя времени не остаётся?

Татьяна Б.: да, на себя времени нет.

Специалист: это грустно. А как болят колени и бедро, когда возникает боль?

Татьяна Б.: да, грустно, я так устала. Так злюсь иногда. Я боюсь, что сама слягу, а мне нельзя. Обычно после сна тяжело идти, скованность. Или, когда долго сижу. А как «разойдусь», так всё проходит.

Специалист: поняла.

Выводы из беседы: длительный хронический стресс привёл пациентку в состояние дистресса. В результате ухудшение самочувствия, снижение настроения и активности. Высокий уровень тревожности, фрустрированности, агрессивности направленной на себя (себя забыла) и ригидности.

Выдержка из беседы с пациенткой Александрой А., 57 лет.

Специалист: что вас беспокоит?

Александра А.: сейчас болят тазобедренные суставы и колени. Хотя я раньше всегда спортом занималась, сейчас мышцы стали слабыми.

Специалист: когда началась боль в суставах?

Александра А.: 5 лет назад у меня началась менопауза, и с тех пор здоровье ухудшилось. До этого вообще к врачам не обращалась.

Специалист: поняла. А кроме менопаузы, какие события происходили за последние годы?

Александра А.: моей маме 91 год. Сейчас она почти не встаёт с кровати, всё лежит. Я очень волнуюсь. Так жалко её.

Специалист: вы ухаживаете за ней?

Александра А.: ну в туалет она ходит. Но я её мою. Бегаю по магазинам, таскаю сумки постоянно. Готовлю, убираю.

Специалист: тяжело конечно, вы работаете?

Александра А.: сейчас нет, я на пенсии. Мы с мамой вдвоём живём. Я стала плохо себя чувствовать, и настроения совсем нет. И мама за меня волнуется, что я изменилась.

Специалист: в самом деле, грустно. А когда появляется боль в тазобедренных суставах и коленях?

Александра А.: вообще-то у меня не только колени и тазобедренные суставы болят. У меня спина болит.

Специалист: похоже, что эта боль началась у вас не сейчас?

Александра А.: да, спина тоже лет 5 болит. Но сейчас усилилась боль, потому, что сумки тяжёлые ношу всё время. Но я терплю.

Специалист: звучит удручающе.

Александра А.: Да я и сама удручённая, вроде и двигаюсь, а от этого движения только хуже.

Специалист: да, есть движение, которое разрушает.

Выводы из беседы: состояние менопаузы совпало со временем длительных эмоциональных и физических нагрузок. В результате хронического стресса развился дистресс. Самочувствие плохое, настроение низкое, активность носит разрушающий характер из-за неадекватности нагрузок. Высокие тревожность, фрустрированность, ригидность, агрессия принимает формы аутоагрессии.

В психоэмоциональной сфере все исследуемые женщины жаловались на снижение настроения, активности и плохое самочувствие. На повышенный уровень тревожности и неудовлетворённость своим физическим и эмоциональным состоянием. Испытуемые ощущали неудовлетворённость своими актуальными возможностями, отмечали у себя снижения скорости выполнения повседневных обязанностей, снижение качества выполняемой работы, а иногда и нежелание её выполнять. Всё это говорит о нарушениях когнитивных, поведенческих и личностных компонентов.

При анализе медицинской документации изучены медицинские карты, с целью получения объективных данных, которые помогли установить ряд характеристик, необходимых для исследования. После анализа медицинской документации, и обобщения полученных данных диагностической беседы, было сделано разделение 16 испытуемых на экспериментальную и контрольную группу. Все испытуемые являлись пациентками дневного

стационара поликлиники, где проходили лечение по поводу своего заболевания. Характер проблем, вызвавших снижение уровня самочувствия, настроения и активности и повышение уровня тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности, является одинаковым у всех испытуемых женщин. Те женщины, у которых характер соматических и психологических проблем был менее выражен, были определены, как контрольная группа. Женщины с ярко выраженными и более интенсивными жалобами, были определены, как экспериментальная группа.

В таблице 1 представлены результаты первичного тестирования экспериментальной группы с использованием опросника САН и теста Айзенка.

Таблица 1 - Результаты первичного тестирования по опроснику САН и тесту психических состояний Айзенка в экспериментальной группе

№ п/п	ФИО возраст	Опросник САН баллы			Тест психических состояний Айзенка баллы			
		С	А	Н	тревожн ость	фрустрац ия	агрессив ность	ригиднос ть
1	Татьяна Б.53г.	2,7	1,3	2,3	15	18	16	18
2	Александра А. 57 л.	2,5	2,3	2,2	18	18	19	16
3	Татьяна У.52г.	2,8	1,5	1,4	17	19	18	16
4	Жанна Б.49л.	2,2	1,8	1,5	15	18	18	17
5	Ольга К.52г.	2,1	1,5	1,5	15	17	18	16
6	Ольга И.51г.	2,2	1,9	1,9	16	18	16	14
7	Анастасия П.46л.	1,6	1,0	1,0	17	17	19	13
8	Анастасия А.50л.	1,9	1,5	1,5	17	17	18	17
Среднегрупповое значение, Хср.		2,25	1,6	1,66 25	16,25	17,75	18	15,875

Продолжение таблицы 1

Станд.откл.	0,40 3556	0,39 6412	0,43 7321	1,164965	0,707107	0,92582	1,642081
Ст.откл.ср.	0,14 2678	0,14 0153	0,15 4616	0,411877	0,25	0,327327	0,580563
К. Стьюд.t	2,36 4624	2,36 4624	2,36 4624	2,364624	2,364624	2,364624	2,364624
Довер.инт.	0,33 7381	0,33 1409	0,36 561	0,973935	0,591156	0,774005	1,372814
Относ.ош.%	0,14 9947	0,20 7131	0,21 9916	0,059934	0,033305	0,043	0,086476

Из результатов, приведённых в таблице 1 видно, что Хср. САН при первичном тестировании показывает низкий уровень самочувствия, настроения и активности. По данному параметру Хср. отражает среднегрупповую тенденцию, разброс индивидуальных показателей по результатам тестирования не велик.

Опросник САН диагностирует уровень самочувствия, активности и настроения в текущий момент. Для этого испытуемый отвечает на 30 вопросов, присваивая каждому ответу индекс от 3 до -3, которые затем переводятся в баллы. Результаты от 1 до 2.2 балла соответствуют низким показателям; 2,3 -3,4 балла – показатели ниже среднего; 3,5-4,5 балла – средний показатель; 4,6-5,7 балла – показатель выше среднего; 5,8 – 7 баллов – высокие показатели.

Средний показатель у испытуемых экспериментальной группы по уровню самочувствия составил 2,25 баллов – 32,143%, что является показателем ниже среднего уровня. Индивидуальные показатели таковы: (1) 1,6 балла – 22,857% - низкий показатель; (1) 1,9 балла – 27,142% - низкий показатель; (1) 2,1 балла – 30% - низкий показатель; (2) 2,2 балла – 31,428% - низкий показатель; (1) 2,5 балла – 35,714% - показатель ниже среднего; (1) 2,7 балла – 38,571% - показатель ниже среднего; (1) 2,8 баллов – 40% -

показатель ниже среднего. Таким образом, пять испытуемых показали низкий уровень самочувствия, трое испытуемых показали уровень самочувствия ниже среднего. Разброс индивидуальных показателей в выборке незначителен.

Средний показатель по уровню активности составил 1,6 балла, что составляет 22,857% и соответствует низкому уровню активности. Индивидуальные показатели таковы: (1) 1 балл – 14,285% - низкий уровень активности; (1) 1,3 балла – 18,571% - низкий уровень активности; (3) 1,5 балла – 21,428% - низкий уровень активности; (1) 1,8 балла – 25,714% - низкий уровень активности; (1) 1,9 балла – 27,142% - низкий уровень активности; (1) 2,3 балла – 32,857% - уровень активности ниже среднего. Таким образом, семь испытуемых показали низкий уровень активности и одна испытуемая показала уровень активности ниже среднего. Разброс индивидуальных показателей в выборке незначителен.

Средний показатель по уровню настроения составил 1,6625 балла, что составляет 23,75% и соответствует низкому уровню настроения с преобладанием депрессивных тенденций. Индивидуальные показатели таковы: (1) 1 балл – 14,285% - низкий уровень настроения; (1) 1,4 балла – 20% - низкий уровень настроения; (3) 1,5 балла – 21,428% - низкий уровень настроения; (1) 1,9 балла – 27,142% - низкий уровень настроения; (1) 2,2 балла – 31,428% - низкий уровень настроения; (1) 2,3 балла – 32,857% - уровень настроения ниже среднего. Таким образом, семь испытуемых показали низкий уровень настроения и одна испытуемая показала уровень настроения ниже среднего.

Среднегрупповое значение теста психических состояний Айзенка при первичном тестировании показывает высокий уровень тревожности, фрустрированность и низкую самооценку, высокий уровень агрессивности по этим показателям  $X_{ср.}$  отражает среднегрупповую тенденцию, разброс индивидуальных показателей отсутствует.  $X_{ср}$  шкалы ригидности

показывает сильно выраженную ригидность, но разброс показателей по данному параметру колеблется от средних оценок до низких.

Тест Айзенка диагностирует уровень четырёх качеств личности актуальных в данный момент: тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности. При этом показатель от 0 до 7 показывает низкий уровень качества, 8-14 – средний уровень и от 15 до 20 баллов – высокий уровень качества.

Средний показатель по уровню тревожности у испытуемых экспериментальной группы составил 16,25 балла, что составляет 81,25% и соответствует высокому уровню тревожности. При этом у одной испытуемой диагностирован самый высокий уровень тревожности из всей группы – 18 баллов, что составляет 90%. Трое испытуемых показали уровень тревожности 17 баллов, что составляет 85%. Одна испытуемая показала уровень тревожности 16 баллов – 80%. И ещё трое показали уровень тревожности 15 баллов, что составляет 75%. Высокий уровень тревожности является показателем того, что испытуемым трудно сосредоточиться, страдает память, внимание. Всё это говорит о том, что женщины находятся в состоянии стресса.

Средний уровень фрустрированности составил 17,75 балла – 88,75%, что говорит о низком уровне самооценки испытуемых и высокой степени неудовлетворённости, неверии в себя, страхе перед возможными неудачами и трудностями. Индивидуальные показатели таковы: (1) 19 баллов – 95%, (4) 18 баллов – 90%, (3) 17 баллов – 85%, по уровню фрустрации разброс индивидуальных показателей колеблется от высокого уровня 19 баллов – 95% до среднего 14 баллов – 70%.

Средний уровень агрессивности составил 18 баллов – что составляет 90% и показывает высокий уровень агрессивности. Индивидуальные показатели: (1) 16 баллов – 80% - высокий уровень агрессии, (5) 18 баллов – 80% - высокий уровень агрессии, (2) 19 баллов – 95% - высокий уровень

агрессии. Таким образом, мы видим, что разброс индивидуальных показателей отсутствует.

Средний уровень ригидности составил 15,875 балла, что составляет 79,375% и показывает высокий уровень ригидности. Индивидуальные показатели: (1) 18 баллов – 90% - высокий уровень ригидности, (2) 17 баллов – 85% - высокий уровень ригидности, (3) 16 баллов – 80% - высокий уровень ригидности, (1) 14 баллов - 70% - средний уровень ригидности, (1) 13 баллов – 65% - средний уровень ригидности. Высокий уровень ригидности говорит о низкой переключаемости и в том числе эмоциональной. Также высокий уровень ригидности говорит о неизменности убеждений, даже если они не соответствуют реальности. При среднем уровне ригидности все эти показатели снижены, но уже начинают проявляться.

В таблице 2 представлены результаты исследования суммарного отклонения (СО) теста Люшера для определения уровня непродуктивного нервно-психического напряжения.

Таблица 2 - Результаты исследования суммарного отклонения (СО) от аутогенной нормы теста Люшера в экспериментальной группе

<b>№ п/п</b>	<b>ФИО возраст</b>	<b>Суммарное отклонение от аутогенной нормы в сырых баллах</b>	<b>Суммарное отклонение от аутогенной нормы в стандартных баллах</b>
1	Татьяна Б.53г.	24	5
2	Александра А. 57 л.	24	5
3	Татьяна У.52г.	18	4
4	Жанна Б.49л.	20	4
5	Ольга К.52г.	26	5
6	Ольга И.51г.	30	6
7	Анастасия П.46л.	24	5
8	Анастасия А.50л.	24	5

Продолжение таблицы 2

Среднегруппов значение, Хср.	23,75	4,875
Станд.откл.	3,615443	0,64087
Ст.откл.ср.	1,278252	0,226582
К. Стюд.t	2,364624	2,364624
Довер.инт.	3,022586	0,535781
Относ.ош.%	0,127267	0,109904

Из результатов, приведённых в таблице 2 видно, что Хср. СО при первичном тестировании, показывает повышенный уровень нервно-психического напряжения. Что говорит о преобладающих отрицательных эмоциях и плохом настроении. Разброс индивидуальных показателей по результатам тестирования присутствует. (Приложение В)

Суммарное отклонение от аутогенной нормы – это разница между порядковым номером цвета в аутогенной норме и порядковым номером цвета в выборе испытуемого. Затем сырые баллы переводятся в стандартные баллы. 1,2 – отсутствие непродуктивной нервно-психической напряжённости; 3 балла – незначительный уровень нервно-психической напряжённости; 4 – средний уровень; 5 баллов – повышенный уровень непродуктивной нервно-психической напряжённости; 6-7 – выраженный уровень.

Средний уровень суммарного отклонения от нормы в стандартных баллах составил 4,875 балла – 69,642%, что является уровнем нервно-психического напряжения выше среднего. Индивидуальные показатели таковы: (1) 6 баллов – 85,714% - выраженный уровень нервно-психического напряжения. Выраженное нервно-психическое напряжение характеризуется повышенной утомляемостью и невозможностью сконцентрироваться на чём-то из-за повышенной отвлекаемости. Что коррелирует с высокой степенью тревожности. (5) 5 баллов – 71,428% - повышенный уровень непродуктивного нервно-психического напряжения характеризуется низким потенциалом активности. (2) 4 балла – 57,142% - средний уровень нервно-

психического напряжения – испытуемые справляются со своими повседневными обязанностями, но нуждаются в чётком разграничении труда и отдыха. Таким образом, разброс индивидуальных показателей колеблется от выраженного уровня нервно-психического напряжения до среднего.

В таблице 3 показаны результаты первичного тестирования с использованием опросника САН и теста Айзенка в контрольной группе

Таблица 3 - Результаты первичного тестирования по опроснику САН и тесту психических состояний Айзенка в контрольной группе

№ п/п	ФИО возраст	Опросник САН			Тест психических состояний Айзенка			
		баллы			баллы			
		С	А	Н	тревожн ость	фрустрац ия	агрессив ность	ригиднос ть
1	Нина Б.47л.	4,3	4,3	4,6	8	10	10	10
2	Марина В.50л.	4,2	4,1	4,0	13	12	11	11
3	Антонина К.49л.	4,4	4,3	4,2	11	11	11	11
4	Зинаида Г.53г.	4,0	3,6	3,9	12	10	10	10
5	Светлана В.53г.	4,2	4,1	3,9	12	8	10	10
6	Светлана Б.59л.	4,2	3,7	4,4	11	9	11	11
7	Мария К.52г.	4,2	4,1	4,2	12	11	12	9
8	Евгения Б.46л.	4,0	3,8	4,1	13	10	11	8
Среднегрупповое значение, Хср.		4,18	4,0	4,16	11,5		10,75	10
Станд.откл.		0,35	0,26	0,24	1,603567		0,707107	1,069045
		62	7261	4584		1,246423		
Ст.откл.ср.		0,04	0,09	0,08	0,566947		0,25	0,377964
		7949	4491	6474		0,440677		
К. Стьюд.t		2,36	2,36	2,36	2,364624	2,364624	2,364624	2,364624
		4624	4624	4624				
Довер.инт.		0,11	0,22	0,20	1,340616		0,591156	0,893744
		3381	3436	4478		1,042036		

Продолжение таблицы 3

Относ.ош.%	0,02	0,05	0,04	0,116575		0,054991	0,089374
	7076	5859	9124		0,102917		

Из результатов, приведённых в таблице 3 видно, что  $X_{ср}$ . САН при первичном тестировании показывает средний уровень самочувствия, настроения и активности. По данному параметру  $X_{ср}$ . отражает среднегрупповую тенденцию, разброс индивидуальных показателей по результатам тестирования не велик.

Средний показатель у испытуемых контрольной группы по уровню самочувствия составил 4,1875 баллов – 59,821%, что является показателем среднего уровня самочувствия. Индивидуальные показатели таковы: (2) 4 балла – 57,142% - средний показатель; (4) 4,2 балла – 60% - средний показатель; (1) 4,3 балла – 61,428% - средний показатель; (1) 4,5 балла – 62,857% - средний показатель. Таким образом, все восемь испытуемых контрольной группы показали средний уровень самочувствия. Разброс индивидуальных показателей в выборке отсутствует.

Средний показатель по уровню активности составил 4 балла, что составляет 57,142% и соответствует среднему уровню активности. Индивидуальные показатели таковы: (1) 3,6 балла – 51,428% - средний уровень активности; (1) 3,7 балла – 52,857% - средний уровень активности; (1) 3,8 балла – 54,285% - средний уровень активности; (3) 4,1 балла – 58,571% - средний уровень активности; (2) 4,3 балла – 61,428% - средний уровень активности. Таким образом, восемь испытуемых контрольной группы показали средний уровень активности. Разброс индивидуальных показателей в выборке отсутствует.

Средний показатель по уровню настроения составил 4,1625 балла, что соответствует 59,464% и соответствует среднему уровню настроения. Индивидуальные показатели таковы: (2) 3,9 балла – 55,714% - средний уровень настроения; (1) 4 балла – 57,142% - средний уровень настроения; (1)

4,1 балла – 58,571% - средний уровень настроения; (2) 4,2 балла – 60% - средний уровень настроения; (1) 4,6 балла – 65,714% - уровень настроения выше среднего. Таким образом, семь испытуемых показали средний уровень настроения и одна испытуемая показала уровень настроения выше среднего.

Среднегрупповое значение теста психических состояний Айзенка до эксперимента показывает средний уровень тревожности, по этому показателю  $\bar{X}$  отражает среднегрупповую тенденцию, разброс индивидуальных показателей не велик.  $\bar{X}$  шкалы фрустрации показывает средний уровень при влиянии индивидуальных показателей. Шкалы агрессивности и ригидности показывают средний уровень агрессивности и ригидности, по данным показателям  $\bar{X}$  отражает среднегрупповую тенденцию, разброс индивидуальных показателей по результатам тестирования не велик.

Средний показатель по уровню тревожности у испытуемых контрольной группы составил 11,5 балла, что составляет 57,5% и соответствует среднему уровню тревожности. Индивидуальные показатели таковы: (1) 8 баллов – 40% - средний уровень тревожности; (2) 11 баллов – 55% - средний уровень тревожности; (3) 12 баллов – 60% - средний уровень тревожности; (2) 13 баллов – 65% - средний уровень тревожности. Таким образом, все женщины контрольной группы показали средний уровень тревожности.

Средний уровень фрустрации составил 10,125 баллов – 50,625%, что говорит о среднем уровне самооценки испытуемых. Индивидуальные показатели таковы: (1) 8 баллов – 40% - средний уровень фрустрации; (1) 9 баллов – 45% - средний уровень фрустрации; (3) 10 баллов – 50% - средний уровень фрустрации; (2) 11 баллов 55% - средний уровень фрустрации; (1) 12 баллов – 60% - средний уровень фрустрации. Таким образом, все восемь испытуемых показывают средний уровень фрустрации. Разброс индивидуальных показателей отсутствует.

Средний показатель уровня агрессивности составил 10,75 баллов – что составляет 53,75%, что говорит о среднем уровне агрессивности. Индивидуальные показатели: (3) 10 баллов – 50% - средний уровень агрессии, (4) 11 баллов – 55% - средний уровень агрессии, (1) 12 баллов – 60% - средний уровень агрессии. Таким образом, мы видим, что среднегрупповой показатель находится на среднем уровне, разброса индивидуальных показателей не наблюдается.

Средний показатель уровень ригидности составил 10 баллов, что составляет 50% и говорит о среднем уровне ригидности. Индивидуальные показатели: (1) 8 баллов – 40% - средний уровень ригидности, (1) 9 баллов – 45% - средний уровень ригидности, (3) 10 баллов – 50% - средний уровень ригидности, (3) 11 баллов - 55% - средний уровень ригидности.

В таблице 4 показаны результаты суммарного отклонения (СО) теста Люшера в контрольной группе при первичном тестировании.

Таблица 4 - Результаты исследования суммарного отклонения от аутогенной нормы теста Люшера в контрольной группе до эксперимента

<b>№ п/п</b>	<b>ФИО возраст</b>	<b>Суммарное отклонение от аутогенной нормы в сырых баллах</b>	<b>Суммарное отклонение от аутогенной нормы в стандартных баллах</b>
1	Нина Б.47л.	18	4
2	Марина В.50л.	12	3
3	Антонина К.49л.	18	4
4	Зинаида Г.53г.	12	3
5	Светлана В.53г.	16	4
6	Светлана Б.59л.	16	4
7	Мария К.52г.	14	4
8	Евгения Б.46л.	16	4
Среднегрупповое значение, Хср.		15,25	3,75
Станд.откл.		2,37547	0,462931

Продолжение таблицы 4

Ст.откл.ср.	0,839855	0,163663
К. Стьюд.t	2,364624	2,364624
Довер.инт.	1,985943	0,387002
Относ.ош.%	0,130266	0,103201

Из результатов, приведённых в таблице 4 видно, что Хср. СО при первичном тестировании, показывает незначительный уровень нервно-психического напряжения. Эмоциональное состояние удовлетворительное. По данному параметру Хср. отражает среднегрупповую тенденцию, разброс индивидуальных показателей по результатам тестирования не велик. (Приложение В).

Средний уровень суммарного отклонения от нормы в стандартных баллах составил 3,75 балла – 53,571%, что является средним уровнем нервно-психического напряжения. Индивидуальные показатели таковы: (2) 3 баллов – 42,857% - средний уровень нервно-психического напряжения; (6) 4 балла – 57,142% - средний уровень нервно-психического напряжения.

Подводя итоги первичного тестирования можно сказать, что в процентном соотношении среднегрупповые показатели экспериментальной и контрольной группы отличаются друг от друга следующим образом:

Экспериментальная группа – самочувствие – 32,143%, активность – 22,857%, настроение – 23,75%.

Контрольная группа – самочувствие – 59,821%, активность – 57,142%, настроение – 59,464%.

В контрольной группе показатели по уровню самочувствия выше на 27,678%, показатели по уровню активности выше на 34,285%, показатели по уровню настроения выше на 35,714%.

Экспериментальная группа уровень тревожности – 81,25%, уровень фрустрации – 88,75%, уровень агрессивности – 90%, уровень ригидности – 79,375%.

Контрольная группа уровень тревожности – 57,5%, уровень фрустрации – 50,625%, уровень агрессивности – 53,75%, уровень ригидности – 50%.

В контрольной группе показатели по уровню тревожности ниже на 23,75%, по уровню фрустрации – на 38,125%, по уровню агрессивности ниже на 36,25%, по уровню ригидности ниже на 29,375%.

Экспериментальная группа – уровень непродуктивного нервно-психического напряжения составил 69,642%.

Контрольная группа – уровень непродуктивного нервно-психического напряжения составил 53,571%.

В контрольной группе показатель нервно-психического напряжения ниже на 16,071%.

На основании проведенного анализа, были выделены мишени реабилитации: низкий уровень активности; снижение настроения; плохое самочувствие; высокий уровень агрессии; высокий уровень тревожности; высокий уровень ригидности; низкая самооценка. Качественный анализ показал, что женщины жаловались на большое количество конфликтов, плохое настроение, низкую активность, плохое самочувствие, потерю смысла что-либо менять, панические атаки.

Затем была сформулирована цель: реабилитация эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата. И задачи: - нормализовать физическое самочувствие, настроение и активность; нормализовать уровень самооценки; снизить уровень тревожности; снизить уровень ригидности; уровень агрессии. После чего были выбраны средства реализации программы: лечебная физкультура; психокоррекционные упражнения; арт-терапия; мини-лекции.

Для реализации программы нами были созданы следующие психологические условия:

1 условие – это создание зоны ближайшего развития по Л.С. Выготскому. В данном условии зона ближайшего развития рассматривается, как

потенциальная возможность. Это то, что есть, но находится в зачаточном состоянии. А в зачаточном состоянии в данный момент находится, как это не парадоксально – здоровье. Ведь актуальный уровень развития представляет собой болезнь, как итоги развития на вчерашний день, то зона ближайшего развития — показатель перспектив развития на завтрашний день. То есть человек выполняет упражнение так, как может выполнить в настоящий момент. Зона ближайшего развития достигается при поддержке ведущего из позиции «на равных», так как это означает, что занимающийся и ведущий являются равноправными партнёрами. Данное условие формирует в занимающемся ответственное отношение за свои чувства, ощущения, за своё здоровье и за свою болезнь. Удовлетворение этого условия уменьшает степень ригидности и повышает уровень активности. Данное условие в программе комплексной реабилитации обеспечивается преимущественно выполнением физических упражнений программы.

2 условие – это безусловное позитивное принятие по К. Роджерсу. Ведущий поддерживает занимающегося — вне зависимости от того, демонстрирует тот «хорошее» поведение и положительные эмоции или нет.

«Плохое» поведение такое, как опоздания, недовольные высказывания по различным поводам или конфликты внутри группы является проявлением агрессии и сопротивления. И специалист выдерживает это, опираясь на знание о структурах личности понимает, какой тип психического функционирования в данный момент демонстрирует человек. Понимая это, специалист перестаёт его «воспитывать», «переделывать» из позиции «внутреннего родителя». Ведь этим он ставит занимающегося в позицию зависимого «ребенка», что не способствует внутреннему росту. Вместо этого специалист принимает особенности занимающегося и сотрудничает из «взрослой» позиции. Такое сотрудничество само по себе уже является терапевтической поддержкой и стимулирует личностный рост занимающегося. Это состояние снимает излишнее напряжение, формирует чувство безопасности. Благодаря чему занимающийся получает удовольствие от

выполнения заданий и упражнений. Данная деятельность «вписывается» в психику по принципу удовольствия, как позитивный опыт.

Данное условие в программе реабилитации обеспечивается позицией ведущего на протяжении всей реализации программы. Удовлетворение этого условия снижает уровень агрессии и тревожности. Это условие обеспечивает удовлетворение потребности человека в безопасности, удовольствии от деятельности и позитивном внимании. Потребность в позитивном внимании делает человека подверженным влиянию социального одобрения и из этого формируется следующее условие.

3 условие – создание благоприятного социально-психологического климата в группе, то есть атмосфера доброжелательности, доверия и поддержки, что укрепляет веру в себя, в свои возможности и способствует душевному возрождению. Удовлетворение данного условия повышает самооценку и уменьшает степень фрустрации. Данное условие в программе комплексной реабилитации обеспечивается выполнением психокоррекционных упражнений и приёмами арт-терапии.

4 условие – формирование психологической культуры. На каждом занятии проводится просветительская работа в виде мини-лекции 10-15 минут. Лекции посвящены вопросам психологического и физического здоровья, моделям возникновения психосоматических заболеваний. Эти знания повышают социальную адаптацию, повышают способность к познанию себя и пониманию других, развивают ответственность за своё поведение и адекватное самовыражение. Удовлетворение данного условия снижает степень ригидности и тревожности. Данное условие в программе комплексной реабилитации обеспечивается мини-лекциями.

5 условие – обращение внимания на себя, то есть определение в теле места напряжения или боли, после этого поэтапно ответить на вопросы: о чём эта боль?; что она может сказать?; что она хочет сказать?; что она мешает делать? И что бы вы могли делать, если бы этой боли или ощущения не было? В человек становится ближе и понятнее себе. Удовлетворение данного

условия формирует интерес к себе и позволяет узнать свои истинные потребности и желания. Данное условие в программе комплексной реабилитации обеспечивается рефлексией.

6 условие – присутствие здесь и сейчас, то есть максимально возможная степень осознанности и вовлечённости в текущую деятельность. Удовлетворение данного условия даёт понимание реальности. Данное условие в программе комплексной реабилитации обеспечивается преимущественно приёмами самомассажа мячами.

7 условие – безоценочность реакций и умение давать конструктивную обратную связь. То есть возможность проявить и почувствовать уважение к своим чувствам, мыслям, ощущениям и реакциям. А также к чувствам, мыслям, ощущениям и реакциям другого человека. Цель данного условия – взаимное уважение между всеми участниками. Удовлетворение данного условия даёт присвоение нового опыта, повышение уровня самооценки, уменьшение уровня тревожности, фрустрации, агрессии.

Данное условие в программе комплексной реабилитации обеспечивается терапевтической беседой, психокоррекционными упражнениями, рефлексией и информацией полученной из мини-лекций.

8 условие – систематизированное рассмотрение информации. То есть структура занятия, где информация даётся в определённой последовательности, в определённом объёме и определённым способом. Удовлетворение данного условия даёт возможность усваивать и принимать полученные знания, вписывая их в собственный опыт.

Данное условие в программе комплексной реабилитации обеспечивается содержанием программы.

Эти условия являются сквозными для всего процесса реализации программы и необходимы для успешной реабилитации. При их соблюдении создаётся новый конструктивный опыт, который интегрируясь в психику, постепенно замещает собой прежний деструктивный опыт, который и привёл в болезнь. Вместе с конструктивным опытом вырабатывается и

конструктивное поведение, обеспечивающее иные взаимоотношения с окружающими и жизнью в целом. В результате трансформации формируется, адаптивный стиль поведения, который позволяет реабилитировать эмоциональную сферу и войти в фазу устойчивой ремиссии.

Программа реабилитации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата является частью комплексного лечения, проводимого в дневном стационаре поликлиники.

## **2.2 Содержание программы комплексной реабилитации**

В среднем возрасте у женщин наблюдается неустойчивый эмоциональный фон, сопровождающийся процессами инволюции. Всё это приводит к изменениям на физическом уровне, и быстро принимают хроническую форму. Наличие хронического заболевания приводит к снижению настроения, активности, ухудшению самочувствия, повышению агрессии, увеличению ригидности и тревоги.

В связи с этим проблема разработки программы комплексной реабилитации эмоциональной сферы у женщин среднего возраста является актуальной. На основании проведенного анализа, нами были выделены мишени психологической реабилитации.

Реабилитационные мишени:

- низкий уровень активности;
- снижение настроения;
- плохое самочувствие;
- высокий уровень агрессии;
- высокий уровень тревожности;
- высокий уровень ригидности;
- низкая самооценка.

Программа состоит из 4 блоков:

1. Психокоррекционные упражнения

2. Лечебная физкультура
3. Просветительская работа (мини-лекции)
4. Арт-терапия

В таблице 7, показано содержание первого блока.

Таблица 5 – Психокоррекционные упражнения (Подробное описание упражнений представлено в Приложение Г)

<b>№ п/п</b>	<b>Упражнения</b>	<b>Цель воздействия</b>	<b>Задачи</b>	<b>Предполагаемый результат</b>
1	«Синтез» [26].	Осознанная мотивация на принятие себя.	Устранение ригидности, категоричности.	Личностны рост, расширение сознания.
2	«Знаки улучшения»[26].	Замечать и принимать позитивные перемены.	Поддерживать мотивацию, исключить обесценивание.	Принятие и поддержка позитивных изменений.
3	«Тепло моего тела» [34].	Восстановить связь с телом.	Добиться усиления тяжести и тепла в руках и ногах.	В конце упражнения должно быть ощущение телесного покоя.
4	«Разве сердцу не прикажешь?» [34].	Научиться саморегуляции сердечной деятельности.	Обучиться снижению уровня тревоги.	Профилактика панических атак, контроль над тревожными состояниями.
5	«Вручение подарка» [34].	Снятие внутренних ограничений.	Обучиться адекватному самовыражению.	Повышение самооценки.
6	«За фасадом имени» [34].	Профилактика аутоагрессии.	Осознать свою агрессию.	Адекватное управление своей агрессией.

Продолжение таблицы 5

7	«Аплодисменты» [34].	Принятие самооценности.	Обучиться принятию успеха.	Повышение устойчивости к фрустрации.
8	«Комплимент» [34].	Формирование умения видеть и принимать свои сильные стороны и сильные стороны другого человека.	Обучиться коммуникативным навыкам.	Снижение уровня ригидности.
9	«Нирвана» [34].	Развить созидательный контроль над ощущениями тела.	Обучиться навыкам нормализации самочувствия.	Улучшение уровня самочувствия.
10	«Метроном» [34].	Принятие ответственности за изменения в своём организме.	Обучиться регуляции сердечного ритма.	Снижение уровня тревожности и ригидности.
11	«Достоинства»[34].	Развить позитивное самосознание.	Обучиться принятию достоинств.	Повышение уровня самооценки, улучшение настроения.
12	«Психоанализ» [34].	Присвоить опыт изменений.	Обучиться адекватному выражению своих чувств и ощущений.	Снижение уровня ригидности.

В таблице 6 показано содержание второго блока.

Таблица 6 – Лечебная физкультура (Подробное описание упражнений представлено в Приложение Д, Е)

<b>№ п/п</b>	<b>Упражнение</b>	<b>Цель</b>	<b>Задачи</b>	<b>Предполагаемый результат</b>
1	Самомассаж мячами	Работа с «мышечным панцирем».	Обнаружение и ликвидация болевых точек.	Уменьшение или снятие физической боли.
2	Изометрические упражнения	Тренировка тонических (глубоких) мышц стабилизаторов для освобождения от избыточной нагрузки поверхностных мышц.	Устранить последствия мышечного дисбаланса, нормализовать работу суставов.	Улучшение самочувствия и настроения увеличение активности.
3	Дыхательные упражнения	Расслабление	Снизить избыточное напряжение.	Гармонизация физического и психического
4	Растяжки	Нормализовать работу мышц	Нормализовать амплитуду движений.	Улучшение самочувствия и настроения увеличение активности.

В таблице 7 показано содержание третьего блока.

Таблица 7 - Просветительская работа (мини-лекции) (Подробное содержание мини-лекций отражено в Приложение Ж)

<b>№ п/п</b>	<b>Упражнения</b>	<b>Цель воздействия</b>	<b>Задачи</b>	<b>Предполагаемый результат</b>
--------------	-------------------	-------------------------	---------------	---------------------------------

Продолжение таблицы 7

1	«Механизм возникновения психосоматических заболеваний» [52]	Информированность о том, как запускается процесс возникновения психосоматического заболевания.	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, дать понимание формирования психосоматического заболевания, дать официальное обоснование процесса.	Возможность менять стереотип поведения улучшать самочувствие. Снижение уровня тревожности, фрустрированности, агрессивности и ригидности.
2	«Как эмоции влияют на иммунную систему»	Информированность о связи определённых эмоций с выделением гормонов и их воздействием на иммунную систему.	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, дать понимание связи эмоций и состояния здоровья, дать официальное обоснование процесса.	Возможность менять стереотип поведения укреплять иммунную систему. Снижение уровня тревожности.
3	«В чём польза музыкальной терапии» [15]	Популяризация музыкальной терапии.	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, объяснить механизм воздействия, дать официальное обоснование процесса воздействия.	Информированность о механизме воздействия музыки на организм человека. Повышение возможности релаксации во время упражнений. Снижение уровня ригидности.

Продолжение таблицы 7

4	«Что нам хочет сказать наше тело» [36]	Информированность о формировании «мышечной брони».	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, дать официальное обоснование формирования процесса мышечных «защит».	Возможность опираясь на полученные повышать степень расслабления в релаксационных упражнениях. Снижение уровня ригидности.
5	«Что стоит за нашим двигательным стереотипом» [36]	Информированность о связи двигательного стереотипа и состояния здоровья.	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, дать официальное обоснование связи самочувствия и двигательного стереотипа.	Возможность опираясь на полученные знания улучшать самочувствие, настроение и активность.
6	«Чего я хочу от общения с другим человеком»	Улучшение коммуникативных способностей.	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, информированность о способах коммуникации,	Возможность выбора приемлемого стиля общения, повышение самооценки.
7	«Отношение к себе, отношение к другим»	Улучшение коммуникативных способностей.	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, дать понимание важности самоуважения.	Повышение самоуважения и уважения к другим людям.

Продолжение таблицы 7

8	«Самоактуализация, что это такое?»	Повышение интереса к своей жизни.	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, обратить внимание на свои желания и способности.	Улучшение настроения и активности.
9	«Как проявляются в теле непрожитые эмоции»	Понимание того, какая эмоция подавлена.	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, обратить внимание на свою эмоциональную сферу.	Улучшение самочувствия, профилактика аутоагрессии, снижение уровня тревожности.
10	«Двигательный ритм, что это такое?» [36]	Информированность о пользе и важности ритмирования.	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, обратить внимание на свой двигательный ритм.	Улучшение самочувствия и настроения.
11	«Алекситимия, что это такое»	Объяснить важность проговаривания эмоций.	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, начать говорить о чувствах.	Уменьшение уровня тревожности, ригидности.
12	«Как отличить своё желание от чужого»	Повышение интереса к своей жизни, к себе.	Вызвать интерес к теме, запустить процесс изменений, повышение самооценки.	Улучшение настроения, активности. Снижение уровня фрустрированности.

В таблице 8 показано содержание четвёртого блока реабилитационной программы.

Таблица 8 – Арт-терапия

№ п/п	Упражнение	Цель	Задачи	Предполагаемый результат
1	Прослушивание звуков «дождевой палочки» - реинстика	Медитативное обращение в себя, восстановление внутренней гармонии.	Релаксация, концентрация на телесных ощущениях, снятие напряжения.	Снижение уровня тревожности и фрустрации. Достижение состояния гармонии.
2	Прослушивание непальских колокольчиков – «караталов»	Медитативное обращение в себя, восстановление внутренней гармонии.	Релаксация, концентрация на телесных ощущениях, снятие напряжения.	Снижение уровня тревожности и фрустрации. Достижение состояния гармонии.
3	Прослушивание «поющих» тибетских чаш	Медитативное обращение в себя, восстановление внутренней гармонии.	Релаксация, концентрация на телесных ощущениях, снятие напряжения.	Снижение уровня тревожности и фрустрации. Достижение состояния гармонии.

### 2.3 Этапы реализации реабилитационной программы и результаты заключительного тестирования

Программа состоит из 12 занятий по 2 академических часа каждое, 2 раза в неделю. Длительность - 24 академических часа.

Занятия проводились в течение 6 недель.

В начале занятия испытуемые выполняли психокоррекционные упражнения. Затем выполняли приёмы «самомассаж» мячами. После чего испытуемые приступали к занятию лечебной физкультурой. После

физкультуры проводилась мини лекция. И в самом конце медитация с прослушиванием музыкальных инструментов.

Выполнение психокоррекционных упражнений сопровождалось положительным эмоциональным фоном и вызывало живой интерес. Активно обсуждалось.

После работы с «мышечным панцирем» - самомассажа мячами, снималось избыточное напряжение, что и отмечалось испытуемыми. Мышцы оптимально подготавливались к нагрузке. Во время выполнения изометрических упражнений, дыхательных упражнений и растяжек испытуемые говорили о своих ощущениях и в процессе реализации программы отмечали изменения.

Мини-лекции пользовались особой популярностью. Их слушали, задавали вопросы, просили приводить примеры и активно обсуждали.

Арт-терапия в виде прослушивания музыкальных инструментов, также была популярна, особенно после лекции о пользе музыкальной терапии. Особый интерес вызвали «поющие» чаши и т.н. «звуковой массаж».

После того, как реализация программы подошла к концу, было проведено повторное заключительное тестирование.

В таблице 9 показаны результаты заключительного тестирования по опроснику САН и тесту психических состояний Айзенка в экспериментальной группе.

Таблица 9 - Результаты заключительного тестирования по опроснику САН и тесту психических состояний Айзенка в экспериментальной группе

№ п/п	ФИО возраст	Опросник САН баллы			Тест психических состояний Айзенка баллы			
		С	А	Н	тревожн ость	фрустрац ия	агрессив ность	ригиднос ть
1	Татьяна Б.53г.	6,4	5,8	6,1	4	6	6	6

Продолжение таблицы 9

2	Александра А. 57 л.	5,6	6,0	5,9	5	5	5	6
3	Татьяна У.52г.	6,0	6,2	5,6	5	5	5	6
4	Жанна Б.49л.	5,9	6,2	6,1	6	5	6	5
5	Ольга К.52г.	4,3	4,3	4,6	5	8	7	7
6	Ольга И.51г.	4,3	4,3	4,6	8	8	7	7
7	Анастасия П.46л.	4,3	4,3	4,1	8	7	6	6
8	Анастасия А.50л.	4,4	4,3	4,1	7	8	6	8
Среднегрупповое значение, Хср.		5,15	5,17 5	5,13 75	6	6,5	6	6,375
Станд.откл.		0,90 8688	0,94 3777	0,87 658	1,511858	1,414214	0,755929	0,916125
Ст.откл.ср.		0,32 127	0,33 3675	0,30 9918	0,534522	0,5	0,267261	0,323899
К. Стьюд.t		2,36 4624	2,36 4624	2,36 4624	2,364624	2,364624	2,364624	2,364624
Довер.инт.		0,75 9682	0,73 2839	0,73 2839	1,263945	1,182312	0,631972	0,7659
Относ.ош.%		0,14 7511	0,14 1611	0,14 2645	0,210657	0,181894	0,105329	0,120141

Из результатов, приведённых в таблице 9 видно, что Хср. САН после эксперимента показывает уровень самочувствия, настроения и активности выше среднего.

Средний показатель у испытуемых экспериментальной группы по уровню самочувствия составил 5,15 баллов – 73,571%, что является показателем выше среднего уровня. Индивидуальные показатели таковы: (3) 4,3 балла – 61,428% - средний показатель; (1) 4,4 балла – 62,857% - средний показатель; (1) 5,6 балла – 80% - показатель выше среднего; (1) 5,9 балла – 84,285% - высокий показатель; (1) 6 баллов – 85,714% - высокий показатель;

(1) 6,4 балла – 91,428% - высокий показатель; Таким образом, четверо испытуемых показали средний уровень самочувствия, одна испытуемая показала уровень самочувствия выше среднего и трое испытуемых показали высокий уровень самочувствия. Разброс индивидуальных показателей в выборке от среднего уровня до высокого уровня.

Средний показатель по уровню активности составил 5,175 балла, что составляет 73,928% и соответствует уровню активности выше среднего. Индивидуальные показатели таковы: (4) 4,3 балла – 61,428% - средний уровень активности; (1) 5,8 балла – 82,857% - высокий уровень активности; (1) 6 баллов – 85,714% - высокий уровень активности; (2) 6,2 балла – 88,571% - высокий уровень активности. Таким образом, четверо испытуемых показали средний уровень активности и четверо испытуемых показали высокий уровень активности. Разброс индивидуальных показателей в выборке от среднего уровня до высокого.

Средний показатель по уровню настроения составил 5,135 балла, что составляет 73,357% и соответствует уровню настроения выше среднего. Индивидуальные показатели таковы: (2) 4,1 балла – 58,571% - средний уровень настроения; (2) 4,6 балла – 65,714% - уровень настроения выше среднего; (1) 5,6 балла – 80% - уровень настроения выше среднего; (1) 5,9 балла – 84,285% - высокий уровень настроения; (2) 6,1 балла – 87,142% - низкий уровень настроения. Таким образом, двое испытуемых показали средний уровень настроения, трое – уровень настроения выше среднего и трое испытуемых показали высокий уровень настроения. Разброс индивидуальных показателей в выборке от среднего уровня до высокого.

Среднегрупповое значение теста психических состояний Айзенка при повторном тестировании показывает низкий уровень тревожности, фрустрированность, агрессивности и ригидности. Хср. шкалы агрессивность показывает, что в выборке разброс индивидуальных показателей отсутствует. Разброс индивидуальных показателей в шкалах тревожности, фрустрации и ригидности колеблется от низкого уровня до среднего.

Средний показатель по уровню тревожности у испытуемых экспериментальной группы составил 6 баллов, что составляет 30%, что является низким уровнем тревожности. Индивидуальные показатели таковы: (1) 4 балла – 20% - низкий уровень тревожности, (3) 5 баллов – 25% - низкий уровень тревожности, (1) 6 баллов – 30% - низкий уровень тревожности, (1) 7 баллов – 35% - низкий уровень тревожности, (2) 8 баллов – 40% - средний уровень тревожности. Таким образом, шестеро испытуемых показали низкий уровень тревожности и двое средний уровень тревожности. Разброс индивидуальных показателей от низкого до среднего уровня.

Средний уровень фрустрированности составил 6,5 балла – 32,5%, что говорит о низком уровне фрустрации испытуемых и нормальной самооценке. Индивидуальные показатели таковы: (3) 5 баллов – 25% - низкий уровень фрустрации, (1) 6 баллов – 30% - низкий уровень фрустрации, (1) 7 баллов – 35% - низкий уровень фрустрации, (3) 8 баллов 40% - средний уровень фрустрации. Таким образом, пять испытуемых показали низкий уровень фрустрации, трое испытуемых показали средний уровень фрустрации. По уровню фрустрации разброс индивидуальных показателей колеблется от низкого уровня до среднего.

Средний уровень агрессивности составил 6 баллов – что составляет 30% и является низким уровнем агрессивности. Индивидуальные показатели: (2) 5 баллов – 25% - низкий уровень агрессии, (4) 6 баллов – 30% - низкий уровень агрессии, (2) 7 баллов – 35% - низкий уровень агрессии. Таким образом, все восемь испытуемых показали средний уровень агрессии. Разброс индивидуальных показателей отсутствует.

Средний уровень ригидности составил 6,375 балла, что составляет 31,875% и является низким уровнем ригидности. Индивидуальные показатели: (1) 5 баллов – 25% - низкий уровень ригидности, (4) 6 баллов – 30% - низкий уровень ригидности, (2) 7 баллов – 35% - низкий уровень ригидности, (1) 8 баллов - 40% - средний уровень ригидности. Таким образом, семь испытуемых при повторном тестировании показали низкий

уровень ригидности, и одна испытуемая показала средний уровень ригидности. Разброс индивидуальных показателей от среднего уровня до низкого.

В таблице 10 показаны результаты исследования суммарного отклонения (СО) теста Люшера в экспериментальной группе после эксперимента.

Таблица 10 - Результаты исследования суммарного отклонения от аутогенной нормы теста Люшера в экспериментальной группе после эксперимента

<b>№ п/п</b>	<b>ФИО возраст</b>	<b>Суммарное отклонение от аутогенной нормы в сырых баллах</b>	<b>Суммарное отклонение от аутогенной нормы в стандартных баллах</b>
1	Татьяна Б.53г.	12	3
2	Александра А. 57 л.	8	3
3	Татьяна У.52г.	8	3
4	Жанна Б.49л.	8	3
5	Ольга К.52г.	6	2
6	Ольга И.51г.	12	3
7	Анастасия П.46л.	8	3
8	Анастасия А.50л.	10	3
Среднегрупповое значение, Хср.		9	2,875
Станд.откл.		2,13809	0,353553
Ст.откл.ср.		0,755929	0,125
К. Стьюд.t		2,364624	2,364624
Довер.инт.		1,787488	0,295578
Относ.ош.%		0,19861	0,10281

Из результатов, приведённых в таблице 10 видно, что Хср. СО после эксперимента показывает отсутствие непродуктивного нервно-психического напряжения. Что говорит о преобладающих положительных эмоциях и хорошем настроении. Разброс индивидуальных показателей не велик.

(Результаты расчетов суммарных отклонений (СО) по тесту Люшера представлены в Приложение 3).

Средний уровень суммарного отклонения от нормы в стандартных баллах составил 2,875 балла – 41,071%, что является отсутствием непродуктивного нервно-психического напряжения. Индивидуальные показатели таковы: (1) 2 балла – 28,571% - отсутствие непродуктивного нервно-психического напряжения; (7) 3 балла – 42,857% - незначительный уровень нервно-психического напряжения. Таким образом, семь испытуемых показали незначительный уровень нервно-психического напряжения и одна испытуемая показала отсутствие нервно-психического напряжения. Разброс индивидуальных показателей колеблется от отсутствия уровня нервно-психического напряжения до незначительного уровня.

Качественный анализ показал, что после эксперимента испытуемые женщины перестали жаловаться и напротив отмечали: хорошее настроение и самочувствие, активность. Желание двигаться, заниматься собой. У женщин появились новые интересы и желание их реализовывать. Всё это говорит о нормализации когнитивных, поведенческих и личностных компонентов.

Выдержка из протокола беседы с пациенткой Ольгой К. 52 года, после участия в программе комплексной реабилитации.

Специалист: как вы себя чувствуете?

Ольга К.: боли нет. И руки поднимаются (демонстрирует)

Специалист: да, я вижу, здорово. А как ваше настроение?

Ольга К.: настроение хорошее. Я завтра иду на собеседование.

Специалист: Ольга, это победа?

Ольга К.: да, и я очень рада.

Специалист: что вам дало участие в программе?

Ольга К.: здоровье и знания. Я многого не знала, я не знала, как заботиться о себе. Всегда считала, что надо заботиться о других, а себя обесценивала.

Специалист: сейчас вы понимаете насколько важно ценить и уважать себя?

Ольга К.: да, это важно.

Из данной беседы можно сделать следующие выводы: у Ольги К. нормализовалось самочувствие, настроение и активность. Снизился до нормального уровня тревожность, фрустрированность, агрессивность и ригидность. Ушли последствия дистресса.

Вот ещё одна выдержка из беседы с пациенткой Татьяной Б. 53 года.

Специалист: Как вы сейчас себя чувствуете?

Татьяна Б.: боль прошла, мне стало гораздо легче.

Специалист: а что с мамой?

Татьяна Б.: я также за ней ухаживаю, но теперь я изменила отношение к этой ситуации. И я стала по-другому относиться к ней (к ситуации). Злость прошла, отчаяние прошло, я как будто, что-то отпустила, и мне стало легче.

Специалист: здорово.

Татьяна Б.: Я стала консультироваться у психолога.

Специалист: вам это нравится?

Татьяна Б. да.

Выводы из беседы: в результате участия в программе нормализовалось самочувствие, настроение и активность. Снизился до нормальных показателей уровень тревожности, фрустрированности, агрессивности и ригидности.

Выдержка из беседы с пациенткой Александрой А., 57 лет.

Специалист: как вы сейчас себя чувствуете?

Александра А.: я хорошо себя чувствую. Перестала болеть спина и суставы. Откуда-то силы появились.

Специалист: как ваше настроение?

Александра А.: настроение хорошее, я стала ездить на дачу, я это очень люблю.

Специалист: поняла. А как ваша мама?

Александра А.: я жалею свою маму, но сейчас я стала всё воспринимать как-то по-другому.

Специалист: вам стало легче?

Александра А.: да, и я понимаю, что от того, что я страдаю, маме легче не будет.

Специалист: конечно. И какие выводы вы делаете?

Александра А.: я хочу продолжить заниматься собой. Пойду на тренинги, мне это понравилось, это интересно.

Специалист: да, жизнь интересна.

Выводы из беседы: в результате участия в программе комплексной реабилитации нормализовались самочувствие, настроение и активность. Нормализовались показатели уровня тревожности, фрустрированности, ригидности и агрессивности.

В таблице 11 показаны результаты тестирования с использованием опросника САН и теста Айзенка в контрольной группе после эксперимента.

Таблица 11 - Результаты заключительного тестирования по опроснику САН и тесту психических состояний Айзенка в контрольной группе

№ п/п	ФИО возраст	Опросник САН баллы			Тест психических состояний Айзенка баллы			
		С	А	Н	тревожн ость	фрустрац ия	агрессив ность	ригидно сть
1	Нина Б.47л.	4,3	4,3	4,6	8	10	10	10
2	Марина В.50л.	4,3	4,1	4,1	13	9	11	11
3	Антонина К.49л.	4,4	4,3	4,2	11	10	11	11
4	Зинаида Г.53г.	4,0	3,6	3,9	12	10	10	10
5	Светлана В.53г.	4,2	4,1	3,9	8	8	10	10
6	Светлана Б.59л.	4,2	3,7	4,4	9	11	11	11
7	Мария К.52г.	4,2	4,1	4,2	12	11	12	9
8	Евгения Б.46л.	4,0	3,8	4,1	13	10	11	8
Среднегрупповое значение, Хср.		4,2	4,0	4,17 5	10,75	9,875	10,75	10
Станд.откл.		0,14 1421	0,26 7261	0,23 7547	2,12132	0,991031	0,707107	1,069045

Продолжение таблицы 11

Ст.откл.ср.	0,05	0,09 4491	0,08 3986	0,75	0,350382	0,25	0,377964
К. Стюд.t	2,36 4624	2,36 4624	2,36 4624	2,364624	2,364624	2,364624	2,364624
Довер.инт.	0,11 8231	0,22 3436	0,19 8594	1,773468	0,828523	0,591156	0,893744
Относ.ош.%	0,02 815	0,05 5859	0,04 7567	0,164974	0,083901	0,054991	0,089374

Из результатов, приведённых в таблице 11 видно, что Хср. САН после эксперимента показывает средний уровень самочувствия, настроения и активности. По данному параметру Хср. Отражает среднегрупповую тенденцию, разброс индивидуальных показателей не велик.

Средний показатель у испытуемых контрольной группы по уровню самочувствия составил 4,2 балла – 60%, что является показателем среднего уровня самочувствия. Индивидуальные показатели таковы: (2) 4 балла – 57,142% - средний показатель; (3) 4,2 балла – 60% - средний показатель; (2) 4,3 балла – 61,428% - средний показатель; (1) 4,4 балла – 62,857% - средний показатель. Таким образом, все восемь испытуемых контрольной группы показали средний уровень самочувствия. Разброс индивидуальных показателей в выборке отсутствует.

Средний показатель по уровню активности составил 4 балла, что составляет 57,142% и соответствует среднему уровню активности. Индивидуальные показатели таковы: (1) 3,6 балла – 51,428% - средний уровень активности; (1) 3,7 балла – 52,857% - средний уровень активности; (1) 3,8 балла – 54,285% - средний уровень активности; (3) 4,1 балла – 58,571% - средний уровень активности; (2) 4,3 балла – 61,428% - средний уровень активности. Таким образом, восемь испытуемых контрольной группы показали средний уровень активности. Разброс индивидуальных показателей в выборке отсутствует.

Средний показатель по уровню настроения составил 4,175 балла, что соответствует 59,462% и соответствует среднему уровню настроения. Индивидуальные показатели таковы: (2) 3,9 балла – 55,714% - средний уровень настроения; (2) 4,1 балла – 58,571% - средний уровень настроения; (2) 4,2 балла – 60% - средний уровень настроения; (1) 4,4 балла – 62,857 – средний уровень настроения; (1) 4,6 балла – 65,714% - уровень настроения выше среднего. Таким образом, семь испытуемых показали средний уровень настроения и одна испытуемая показала уровень настроения выше среднего.

Среднегрупповое значение теста психических состояний Айзенка после эксперимента показывает средний уровень тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности, по этим показателям Хср. Отражает среднегрупповую тенденцию, разброс индивидуальных показателей не велик.

Средний показатель по уровню тревожности у испытуемых контрольной группы составил 10,75 балла, что составляет 53,75% и соответствует среднему уровню тревожности. Индивидуальные показатели таковы: (2) 8 баллов – 40% - средний уровень тревожности; (1) 9 баллов – 45% - средний уровень тревожности; (1) 11 баллов – 55% - средний уровень тревожности; (2) 12 баллов – 60% - средний уровень тревожности; (2) 13 баллов – 65% - средний уровень тревожности. Таким образом, все женщины контрольной группы показали средний уровень тревожности.

Средний уровень фрустрации составил 9,875 баллов – 49,375%, что говорит о среднем уровне самооценки испытуемых. Индивидуальные показатели таковы: (1) 8 баллов – 40% - средний уровень фрустрации; (1) 9 баллов – 45% - средний уровень фрустрации; (4) 10 баллов – 50% - средний уровень фрустрации; (2) 11 баллов 55% - средний уровень фрустрации. Таким образом, все восемь испытуемых показали средний уровень фрустрации. По уровню фрустрации разброс индивидуальных показателей отсутствует.

Средний показатель уровня агрессивности составил 10,75 баллов – что составляет 53,75%, что говорит о среднем уровне агрессивности.

Индивидуальные показатели: (3) 10 баллов – 50% - средний уровень агрессии, (4) 11 баллов – 55% - средний уровень агрессии, (1) 12 баллов – 60% - средний уровень агрессии. Таким образом, мы видим, что все восемь испытуемых показали средний уровень агрессивности. Разброса индивидуальных показателей не наблюдается.

Средний показатель уровня ригидности составил 10 баллов, что составляет 50% и говорит о среднем уровне ригидности. Индивидуальные показатели: (1) 8 баллов – 40% - средний уровень ригидности, (1) 9 баллов – 45% - средний уровень ригидности, (3) 10 баллов – 50% - средний уровень ригидности, (3) 11 баллов - 55% - средний уровень ригидности. Таким образом, мы видим, что все восемь испытуемых показали средний уровень агрессивности. Разброса индивидуальных показателей не наблюдается.

В таблице 12 показано суммарное отклонение (СО) теста Люшера в контрольной группе после эксперимента.

Таблица 12 - Результаты исследования суммарного отклонения от аутогенной нормы теста Люшера в контрольной группе после эксперимента

<b>№ п/п</b>	<b>ФИО возраст</b>	<b>Суммарное отклонение от аутогенной нормы в сырых баллах</b>	<b>Суммарное отклонение от аутогенной нормы в стандартных баллах</b>
1	Нина Б.47л.	16	4
2	Марина В.50л.	12	3
3	Антонина К.49л.	18	4
4	Зинаида Г.53г.	18	4
5	Светлана В.53г.	14	4
6	Светлана Б.59л.	16	4
7	Мария К.52г.	14	4
8	Евгения Б.46л.	12	3
Среднегрупповое значение, Хср.		15	3,75
Станд.откл.		2,390457	0,46291

Ст.откл.ср.	0,845154	0,163663
К. Стюд.t	2,364624	2,364624
Довер.инт.	1,998482	0,387002
Относ.ош.%	0,133231	0,103201

Из результатов, приведённых в таблице 12 видно, что Хср. СО после эксперимента показывает средний уровень нервно-психического напряжения. Эмоциональное удовлетворительное. По данному параметру Хср. отражает среднегрупповую тенденцию, разброс индивидуальных показателей не велик. (Результаты расчетов суммарных отклонений (СО) по тесту Люшера представлены в Приложение 3).

Средний уровень суммарного отклонения от нормы в стандартных баллах составил 3,75 балла – 53,571%, что является средним уровнем нервно-психического напряжения. Индивидуальные показатели таковы: (2) 3 баллов – 42,857% - средний уровень нервно-психического напряжения; (6) 4 балла – 57,142% - средний уровень нервно-психического напряжения.

Подводя итоги заключительного тестирования можно сказать, что в процентном соотношении среднегрупповые показатели экспериментальной и контрольной группы после эксперимента, отличаются друг от друга следующим образом:

Экспериментальная группа – самочувствие – 73,571%, активность – 73,928%, настроение – 73,357%. Что соответствует уровню выше среднего.

Контрольная группа – самочувствие – 60%, активность – 57,142%, настроение – 59,462%. Что соответствует среднему уровню.

В экспериментальной группе показатели по уровню самочувствия выше на 13,571%, показатели по уровню активности выше на 16,786%, показатели по уровню настроения выше на 13,895%.

Экспериментальная группа уровень тревожности – 30%, уровень фрустрации – 32,5%, уровень агрессивности – 30%, уровень ригидности – 31,875%. Что соответствует низкому уровню.

Контрольная группа уровень тревожности – 53,72%, уровень фрустрации – 49,375%, уровень агрессивности – 53,75%, уровень ригидности – 50%. Что соответствует среднему уровню.

В экспериментальной группе показатели по уровню тревожности ниже на 23,72%, по уровню фрустрации – на 16,875%, по уровню агрессивности выше на 23,75%, по уровню ригидности ниже на 21,875%.

Экспериментальная группа – уровень непродуктивного нервно-психического напряжения составил 41,071%. Что показывает отсутствие непродуктивного нервно-психического напряжения.

Контрольная группа – уровень непродуктивного нервно-психического напряжения составил 53,571%. Что соответствует среднему уровню нервно-психического напряжения.

В экспериментальной группе показатель нервно-психического напряжения ниже на 12,5%.

Подводя итоги первичного и заключительного тестирования в экспериментальной группе можно сказать следующее:

Показатели до эксперимента – самочувствие – 32,143%, активность – 22,857%, настроение – 23,75%.

Показатели после эксперимента – самочувствие – 73,571%, активность – 73,928%, настроение – 73,357%.

После эксперимента показатели уровня самочувствия увеличились на 41,438%, уровня активности на 51,071%, уровня настроения на 49,607%.

Показатели уровня тревожности до эксперимента – 81,25%, уровень фрустрации – 88,75%, уровень агрессивности – 90%, уровень ригидности – 79,375%.

Показатели уровня тревожности после эксперимента – 30%, уровень фрустрации – 32,5%, уровень агрессивности – 30%, уровень ригидности – 31,875%.

После эксперимента показатели уровня тревожности уменьшились на 51,25%, уровня фрустрации на 56,25%, уровня агрессивности на 60%, уровня ригидности на 47,5%.

Показатели уровня непродуктивного нервно-психического напряжения до эксперимента 69,642%, после эксперимента 41,071%.

После эксперимента показатель непродуктивного нервно-психического напряжения стал ниже на 28,571%.

Подводя итоги первичного и заключительного тестирования в контрольной группе можно сказать следующее:

Показатели до эксперимента - самочувствие – 59,821%, активность – 51,142%, настроение – 59,464%.

Показатели после эксперимента самочувствие – 60%, активность – 57,142%, настроение – 59,462%.

После эксперимента показатели уровня самочувствия увеличились на 0,179%, уровня активности и настроения остались на прежнем уровне.

Показатели до эксперимента: уровень тревожности – 57,5%, уровень фрустрации – 50,625%, уровень агрессивности – 53,75%, уровень ригидности – 50%.

Показатели уровня тревожности после эксперимента — 53,72%, уровень фрустрации – 49,375%, уровень агрессивности – 53,75%, уровень ригидности – 50%.

После эксперимента показатели уровня тревожности уменьшились на 3,78%, уровня фрустрации на 1,25%, уровни агрессивности ригидности остались прежние.

Показатели уровня непродуктивного нервно-психического напряжения до эксперимента 53,571%, после эксперимента 53,571%.

После эксперимента показатель непродуктивного нервно-психического напряжения остался на прежнем уровне.

Качественный анализ показал, что характер жалоб у женщин контрольной группы остался прежний. Это были жалобы на перепады

настроения, некоторое мышечное напряжение и временами возникающие неприятные ощущения. Женщинам контрольной группы не всегда была понятна причина этих явлений. Что говорит о сохранении нарушений когнитивных, поведенческих и личностных компонентов.

## 2.4 Анализ результатов эмпирического исследования

Сравнение среднегрупповых значений по результатам первичного тестирования приведено в таблице 13.

Таблица 13 - Хср опросника САН, теста психических состояний Айзенка и суммарного отклонения (СО) теста Люшера в экспериментальной и контрольной группе до эксперимента

Тест	Шкала	Эксп.гр.	Контр.гр
САН	Самочувствие	С 95% надёжностью Хср=2,25±0,05, значение относительной ошибки 0,149947%	С 95% надёжностью Хср=4,1875±0,05, значение относительной ошибки 0, 027076%
		Полученное эмпирическое значение t (14,8) находится в зоне значимости.	
	Активность	С 95% надёжностью Хср=1,6±0,05, значение относительной ошибки 0,207131%	С 95% надёжностью Хср=4±0,05, значение относительной ошибки 0,055859%
Полученное эмпирическое значение t (13,3) находится в зоне значимости			
	Настроение	С 95% надёжностью Хср=1,6625±0,05, значение относительной ошибки 0,219916%	С 95% надёжностью Хср=4,1625±0,05, значение относительной ошибки 0,049124%

Продолжение таблицы 13

		Полученное эмпирическое значение $t(17,9)$ находится в зоне значимости	
Тест психических состояний Айзенка	Тревожность	С 95% надёжностью $X_{ср}=16,25\pm 0,05$ , значение относительной ошибки 0,059934%	С 95% надёжностью $X_{ср}=11,5\pm 0,05$ , значение относительной ошибки 0,116575%
		Полученное эмпирическое значение $t(9,7)$ находится в зоне значимости	
	Фрустрация	С 95% надёжностью $X_{ср}=17,75\pm 0,05$ , значение относительной ошибки 0,033305%	С 95% надёжностью $X_{ср}=10,125\pm 0,05$ , значение относительной ошибки 0,102917%
		Полученное эмпирическое значение $t(18,6)$ находится в зоне значимости	
	Агрессивность	С 95% надёжностью $X_{ср}=18\pm 0,05$ , значение относительной ошибки 0,043%	С 95% надёжностью $X_{ср}=10,75\pm 0,05$ , значение относительной ошибки 0,054991%
		Полученное эмпирическое значение $t(20,1)$ находится в зоне значимости	
	Ригидность	С 95% надёжностью $X_{ср}=15,875\pm 0,05$ , значение относительной ошибки 0,086476%	С 95% надёжностью $X_{ср}=10\pm 0,05$ , значение относительной ошибки 0,089374%
		Полученное эмпирическое значение $t(8,3)$ находится в зоне значимости	

Продолжение таблицы 13

Тест Люшера	Суммарное отклонение (СО)	С 95% надёжностью Хср=4,875±0,05, значение относительной ошибки 0,109904%	С 95% надёжностью Хср=3,75±0,05, значение относительной ошибки 0,103201%
		Полученное эмпирическое значение t (5,1) находится в зоне значимости	

Сравнивая показатели Хср опросника САН до эксперимента в экспериментальной и контрольной группе можно сказать, что полученные различия величин находятся в зоне значимости с 95% надёжностью.

Сравнивая показатели Хср теста психических состояний Айзенка можно сказать, что различия величин находятся в зоне значимости с 95% надёжностью.

Из результатов, приведённых в таблице 13 видно, что Хср. САН по шкалам самочувствия, активность и настроение в экспериментальной группе находится на низком уровне, а в контрольной, эти же показатели находятся на среднем уровне. По уровню самочувствия среднегрупповое значение в контрольной группе было выше на 1,9375 балла. По уровню активности на 2,4 балла, по уровню настроения на 2,5 баллов.

Хср теста психических состояний Айзенка, по шкале тревожности, в экспериментальной группе показывает высокий уровень тревожности, а в контрольной - средний. Хср по шкале фрустрации в экспериментальной группе показывает низкую самооценку и выраженную фрустрацию, а в контрольной, средний уровень самооценки и менее выраженный уровень фрустрации. Хср по шкале агрессивности в экспериментальной и контрольной группе имеет средний уровень. По шкале ригидность Хср в экспериментальной группе показывает высокий уровень ригидности, а в контрольной – средний.

По уровню тревожности среднегрупповое значение в экспериментальной группе до эксперимента было выше на 4,75 балла, по уровню фрустрации на 7,625 балла, по уровню агрессивности на 7,25 баллов, по уровню ригидности на 5,875 баллов.

Сравнивая показатели  $X_{ср}$  СО теста Люшера до эксперимента в экспериментальной и контрольной группе можно сказать, что полученные различия величин находятся в зоне значимости с 95% надёжностью.

Среднегрупповое значение уровня непродуктивного нервно-психического напряжения в экспериментальной группе было выше на 1,125 балла.

Из результатов, приведённых в таблице видно, что  $X_{ср}$  СО в экспериментальной группе, показывает уровень непродуктивного нервно-психического напряжения выше среднего, а в контрольной, эти же показатели находятся на среднем уровне.

Сравнение среднегрупповых показателей до эксперимента в экспериментальной и контрольной группе, показано в диаграмме 1.

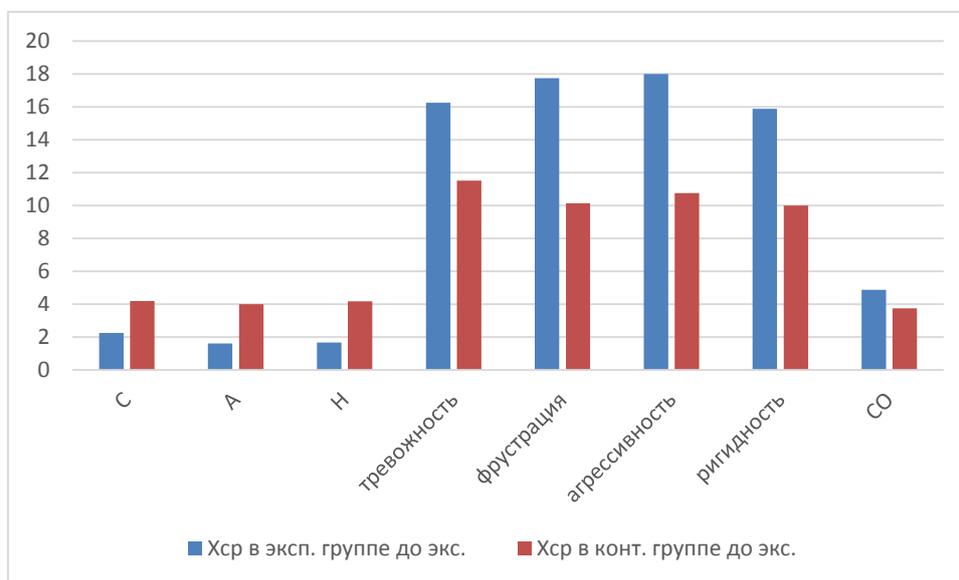


Диаграмма 1 -  $X_{ср}$  в экспериментальной и контрольной группе до эксперимента

Проанализировав результаты СО после проведения первичного тестирования по Люшера испытуемых экспериментальной группы можно

сказать, что на момент тестирования уровень непродуктивного нервного напряжения был высок, что вызывало отрицательные эмоции и негативно сказывалось на настроении. Повышенный уровень нервно-психического напряжения коррелирует с повышенным уровнем агрессивности. Повышенный уровень агрессивности ведёт к повышению тревожности, фрустрации и ригидности. И в тоже время способствует снижению уровня самочувствия, активности и настроения. Это коррелирует с результатами теста психических состояний Айзенка и опросника САН.

Качественный анализ показал, что до эксперимента у испытуемых экспериментальной группы были постоянные жалобы на значительное колебание настроения, панические атаки, сложности в общении и недовольство собой и окружающими. Были жалобы на плохое настроение, низкую активность, плохое самочувствие. Испытуемые отмечали снижение скорости выполняемой работы, снижение её качества, а иногда и нежелание выполнять. Все проявления были следствием нарушений когнитивных, поведенческих и личностных компонентов.

Проанализировав результаты суммарного отклонения (СО) после проведения первичного тестирования по Люшеру у испытуемых контрольной группы можно сказать, что уровень непродуктивного нервно-психического напряжения незначительно повышен. Это коррелирует с результатами теста психических состояний Айзенка, который показывает что тревожность, фрустрация, агрессивность и ригидность находятся на допустимом уровне и результатами опросника САН, который показывают средний уровень настроения, самочувствия и активности.

Качественный анализ показал, что до эксперимента у испытуемых контрольной группы были жалобы на периодические смены настроения, временами возникающее напряжение и некоторую тревожность. Также были жалобы на некоторое снижение настроения, активности и самочувствия, что не мешало выполнять свои обязанности. Данные симптомы говорят о том,

что нарушения когнитивных, поведенческих и личностных компонентов выражены менее чем у испытуемых экспериментальной группы.

Сравнение среднегрупповых показателей в контрольной и экспериментальной группе после эксперимента отражены в таблице 14.

Таблица 14 - Хср опросника САН, теста психических состояний Айзенка и суммарного отклонения (СО) теста Люшера в контрольной и экспериментальной группе после эксперимента

Тест	Шкала	Эксп.гр.	Конт.гр.
САН	Самочувствие	С 95% надёжностью Хср=5,15±0,05, значение относительной ошибки 0,147511%	С 95% надёжностью Хср=4,2±0,05, значение относительной ошибки 0,02815%
		Полученное эмпирическое значение t (3,2) находится в зоне неопределённости.	
	Активность	С 95% надёжностью Хср=5,175±0,05, значение относительной ошибки 0,141611%	С 95% надёжностью Хср=4±0,05, значение относительной ошибки 0,055859%
		Полученное эмпирическое значение t (3,7) находится в зоне значимости	
	Настроение	С 95% надёжностью Хср=5,1375±0,05, значение относительной ошибки 0,142645%	С 95% надёжностью Хср=4,175±0,05, значение относительной ошибки 0,047567%
		Полученное эмпирическое значение t (3,1) находится в зоне неопределённости	

Продолжение таблицы 14

Тест психических состояний Айзенка	Тревожность	С 95% надёжностью Хср=6±0,05, значение относительной ошибки 0,210657%	С 95% надёжностью Хср=10,75±0,05, значение относительной ошибки 0,164974%
		Полученное эмпирическое значение t (6,2) находится в зоне значимости	
	Фрустрация	С 95% надёжностью Хср=6,5±0,05, значение относительной ошибки 0,181894%	С 95% надёжностью Хср=9,875±0,05, значение относительной ошибки 0,083901%
		Полученное эмпирическое значение t (5,7) находится в зоне значимости	
	Агрессивность	С 95% надёжностью Хср=6±0,05, значение относительной ошибки 0,105329%	С 95% надёжностью Хср=10,75±0,05, значение относительной ошибки 0,054991%
		Полученное эмпирическое значение t (11,6) находится в зоне значимости	
	Ригидность	С 95% надёжностью Хср=6,375±0,05, значение относительной ошибки 0,120141%	С 95% надёжностью Хср=10±0,05, значение относительной ошибки 0,089374%
		Полученное эмпирическое значение t (6,1) находится в зоне значимости	

## Продолжение таблицы 14

Тест Люшера	Суммарное отклонение	С 95% надёжностью $X_{ср}=2,875\pm 0,05$ , значение относительной ошибки 0,10281%	С 95% надёжностью $X_{ср}=3,75\pm 0,05$ , значение относительной ошибки 0,103201%
		Полученное эмпирическое значение $t(4)$ находится в зоне значимости	

Сравнивая показатели  $X_{ср}$  опросника САН после эксперимента в экспериментальной и контрольной группе можно сказать, что полученные различия величин находятся в зоне значимости с 95% надёжностью по показателям активности и самочувствия. Показатель самочувствия и настроения находится в зоне неопределённости.

Среднегрупповое значение по шкале самочувствие в экспериментальной группе после эксперимента выше, чем в контрольной группе на 0,95 балла. Разница среднегрупповых показателей по шкале самочувствие находится в зоне неопределённости и значимой не является. Среднегрупповое значение по шкале активность в экспериментальной группе выше, чем в контрольной на 1,175 балла. Разница среднегрупповых показателей на шкале активность находится в зоне значимости. Среднегрупповое значение по шкале настроение выше на 0,9625 балла, находится в зоне неопределённости и значимой не является.

Сравнивая показатели  $X_{ср}$  теста психических состояний Айзенка можно сказать, что различия величин находятся в зоне значимости с 95% надёжностью.

Среднегрупповое значение по шкале тревожность в экспериментальной группе ниже чем в контрольной на 4,75 балла. Среднегрупповое значение по шкале фрустрация ниже на 3,375 балла, по шкале агрессивность на 4,75 балла, по шкале ригидности на 3,625 балла.

Сравнивая показатели  $X_{\text{ср}}$  суммарного отклонения (СО) теста Люшера после эксперимента в экспериментальной и контрольной группе можно сказать, что полученные различия величин находятся в зоне значимости с 95% надёжностью.

Среднегрупповое значение по уровню непродуктивной нервно - психической напряжённости в экспериментальной группе ниже на 0,875 балла.

Из результатов, приведённых в таблице 14 видно, что  $X_{\text{ср}}$  САН по шкалам самочувствия, активность и настроение в экспериментальной группе находится на высоком уровне, а в контрольной, эти же показатели находятся на среднем уровне.  $X_{\text{ср}}$  теста психических состояний Айзенка, по шкале тревожности, в экспериментальной группе показывает низкий уровень тревожности, а в контрольной - средний.  $X_{\text{ср}}$  по шкале фрустрации в экспериментальной группе показывает низкий уровень, а в контрольной, средний уровень фрустрации.  $X_{\text{ср}}$  по шкале агрессивности в экспериментальной группе показывает низкий уровень агрессии, а в контрольной группе средний уровень. По шкале ригидность  $X_{\text{ср}}$  в экспериментальной группе показывает низкий уровень ригидности, а в контрольной – средний.

$X_{\text{ср}}$  СО в экспериментальной группе, показывает отсутствие непродуктивной нервно-психической напряжённости, а в контрольной, эти же показатели находятся на среднем уровне.

Качественный анализ показал, что после эксперимента у испытуемых экспериментальной группы присутствовало хорошее настроение и самочувствие, активная деятельность доставляла удовольствие и была успешна. Исчезли необъяснимая тревожность и упрямство, появилась вера в себя и свои силы. Женщины отмечали повышение внимания, повышение качества и скорости выполняемой работы. Что является показателем нормализации когнитивного, поведенческого и личностного компонентов.

Качественный анализ в контрольной группе показал, что после эксперимента испытуемые контрольной группы продолжали говорить о некоторых колебаниях настроения и периодически возникающих ощущениях беспокойства, неудовлетворённости, что выражалось в эпизодических жалобах. Уровень настроения, активности и самочувствия был средним, что позволяло выполнять свои обязанности, но восприятие общего фона жизни было средним. То есть характер жалоб остался прежним. Что является показателем того, что нормализации когнитивного, поведенческого и личностного компонентов не произошло.

Сравнение среднегрупповых показателей после эксперимента в экспериментальной и контрольной группе, показано в диаграмме 2.

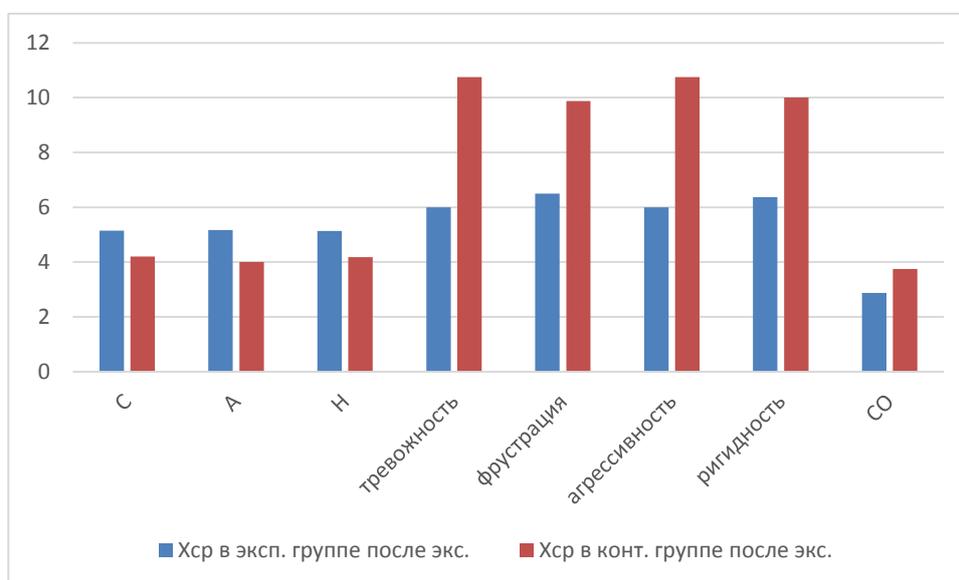


Диаграмма 2 - Xср в экспериментальной и контрольной группе после эксперимента

Сравнение среднегрупповых показателей в экспериментальной группе до и после эксперимента показано в таблице 15.

Таблица 15 - Хср опросника САН, теста психических состояний Айзенка и суммарного отклонения теста Люшера в экспериментальной группе до и после эксперимента

Тест	Шкала	До эксп.	После экс.
САН	Самочувствие	С 95% надёжностью Хср=2,25±0,05, значение относительной ошибки 0,149947%	С 95% надёжностью Хср=5,15±0,05, значение относительной ошибки 0,147511%
		Полученное эмпирическое значение t (13,2) находится в зоне значимости.	
	Активность	С 95% надёжностью Хср=1,6±0,05, значение относительной ошибки 0,207131%	С 95% надёжностью Хср=5,157±0,05, значение относительной ошибки 0,141611%
		Полученное эмпирическое значение t (11,5) находится в зоне значимости	
	Настроение	С 95% надёжностью Хср=1,6625±0,05, значение относительной ошибки 0,219916%	С 95% надёжностью Хср=5,1375±0,05, значение относительной ошибки 0,142645%
		Полученное эмпирическое значение t (13) находится в зоне значимости	
Тест психических состояний Айзенка	Тревожность	С 95% надёжностью Хср=16,25±0,05, значение относительной ошибки 0,059934%	С 95% надёжностью Хср=6±0,05, значение относительной ошибки 0,210657%
		Полученное эмпирическое значение t (20,9) находится в зоне значимости	

Продолжение таблицы 15

	Фрустрация	С 95% надёжностью Хср=17,75±0,05, значение относительной ошибки 0,033305%	С 95% надёжностью Хср=6,5±0,05, значение относительной ошибки 0,181894%
		Полученное эмпирическое значение t (16,1) находится в зоне значимости	
	Агрессивность	С 95% надёжностью Хср=18±0,05, значение относительной ошибки 0,043%	С 95% надёжностью Хср=6±0,05, значение относительной ошибки 0,105329%
		Полученное эмпирическое значение t (22,6) находится в зоне значимости	
	Ригидность	С 95% надёжностью Хср=15,875±0,05, значение относительной ошибки 0,086476%	С 95% надёжностью Хср=6,375±0,05, значение относительной ошибки 0,120141%
		Полученное эмпирическое значение t (14) находится в зоне значимости	
Тест Люшера	Суммарное отклонение (СО)	С 95% надёжностью Хср=4,875±0,05, значение относительной ошибки 0,109904%	С 95% надёжностью Хср=2,824±0,05, значение относительной ошибки 0,10281%
		Полученное эмпирическое значение t (7,7) находится в зоне значимости.	

Сравнивая показатели Хср опросника САН можно сказать, что до эксперимента в экспериментальной группе самочувствие, активность и настроение были на низком уровне, а после эксперимента уровень самочувствия, активности и настроения находится на уровне выше среднего.

Среднегрупповое значение по шкале самочувствие после эксперимента выше чем значение до эксперимента на 2,9 балла, по шкале активность на 3,558 балла, по шкале настроение на 3,475 балла.

При сравнении  $\bar{X}$ сп теста психических состояний Айзенка до эксперимента показатели тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности находились на высоком уровне, а после эксперимента эти показатели показывают низкий уровень. Полученные различия величин находятся в зоне значимости с 95% надёжностью.

Среднегрупповое значение по шкале тревожность после эксперимента ниже на 10,25 баллов, по шкале фрустрация на 11,25 баллов, по шкале агрессивности на 12 баллов, по шкале ригидность на 9,5 баллов.

Сравнивая показатели  $\bar{X}$ сп СО теста Люшера до и после эксперимента в экспериментальной группе можно сказать, что полученные различия величин находятся в зоне значимости с 95% надёжностью.

Среднегрупповое значение суммарного отклонения от аутогенной нормы после эксперимента стало ниже на 2,051 балла.

Из результатов, приведённых в таблице 15 видно, что  $\bar{X}$ сп. СО в экспериментальной группе до эксперимента показывает уровень непродуктивной нервно-психической напряжённости выше среднего, а после эксперимента, непродуктивная нервно-психическая напряжённость отсутствует.

Качественный анализ показал, что до эксперимента у испытуемых экспериментальной группы присутствовали жалобы на высокое внутреннее напряжение, а также повышенный уровень тревожности, недовольства, неверие в то, что изменения возможны, конфликтность. Было снижено настроение, активность, наблюдалось плохое самочувствие, а после эксперимента испытуемые экспериментальной группы говорили о «хорошем» настроении и самочувствии, активная деятельность доставляла удовольствие и была успешна. Исчезли необъяснимая тревожность и упрямство, появилась вера в себя и свои силы. Женщины экспериментальной

группы отмечали значительное улучшение своего состояния. Что является показателем нормализации когнитивного, поведенческого и личностного компонентов.

Сравнение среднегрупповых показателей опросника САН, теста психических состояний Айзенка и суммарного отклонения (СО) теста Люшера в контрольной группе до и после эксперимента отражены в таблице 16.

Таблица 16 - Хср опросника САН, теста психических состояний Айзенка и суммарного отклонения теста Люшера в контрольной группе до и после эксперимента

Тест	Шкала	До эксп.	После экс.
САН	Самочувствие	С 95% надёжностью Хср=4,1875±0,05, значение относительной ошибки 0,027076 %	С 95% надёжностью Хср=4,2±0,05, значение относительной ошибки 0,02815%
		Полученное эмпирическое значение t (1) находится в зоне незначимости.	
	Активность	С 95% надёжностью Хср=4±0,05, значение относительной ошибки 0,055859%	С 95% надёжностью Хср=4±0,05, значение относительной ошибки 0,055859%
		Полученное эмпирическое значение t (0) находится в зоне незначимости	
	Настроение	С 95% надёжностью Хср=4,1625±0,05, значение относительной ошибки 0,049124%	С 95% надёжностью Хср=4,175±0,05, значение относительной ошибки 0,047567%
		Полученное эмпирическое значение t (1) не находится в зоне значимости	

Продолжение таблицы 16

Тест психических состояний Айзенка	Тревожность	С 95% надёжностью Хср=11,5±0,05, значение относительной ошибки 0,116575%	С 95% надёжностью Хср=10,75±0,05, значение относительной ошибки 0,164974%
		Полученное эмпирическое значение t (1,4) не находится в зоне значимости	
	Фрустрация	С 95% надёжностью Хср=10,125±0,05, значение относительной ошибки 0,256933%	С 95% надёжностью Хср=9,875±0,05, значение относительной ошибки 0,083901%
		Полученное эмпирическое значение t (0,9) не находится в зоне значимости	
	Агрессивность	С 95% надёжностью Хср=10,75±0,05, значение относительной ошибки 0,054991%	С 95% надёжностью Хср=10,75±0,05, значение относительной ошибки 0,054991%
		Полученное эмпирическое значение t (0) не находится в зоне значимости	
	Ригидность	С 95% надёжностью Хср=10±0,05, значение относительной ошибки 0,089374%	С 95% надёжностью Хср=10±0,05, значение относительной ошибки 0,089374%
		Полученное эмпирическое значение t (0) не находится в зоне значимости	
Тест Люшера	Суммарное отклонение (СО)	С 95% надёжностью Хср=3,75±0,05, значение относительной ошибки 0,103201%	С 95% надёжностью Хср=3,75±0,05, значение относительной ошибки 0,103201%

		Полученное эмпирическое значение $t(0)$ находится в зоне незначимости.
--	--	---

Сравнивая показатели  $X_{ср}$  опросника САН можно сказать, что до эксперимента в контрольной группе самочувствие, активность и настроение были на среднем уровне, а после эксперимента уровень самочувствия, активности и настроения также остались средним.

Среднегрупповое значение по шкале самочувствие после эксперимента выше чем значение до эксперимента на 0,0125 балла, по шкале активность осталось на том же уровне, по шкале настроение стало выше на 0,0125 балла.

При сравнении  $X_{ср}$  теста психических состояний Айзенка до эксперимента показатели тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности находились на среднем уровне, после эксперимента эти показатели также показывают средний уровень.

Среднегрупповое значение по шкале тревожность после эксперимента ниже на 0,75 баллов, по шкале фрустрация на 0,25 балла, по шкалам агрессивности и ригидности осталась на том же уровне.

При сравнении  $X_{ср}$ . СО в контрольной группе до эксперимента показывает средний уровень непродуктивной нервно-психической напряжённости, после эксперимента этот уровень не изменился.

Полученные различия величин находятся в зоне незначимости с 95% надёжностью.

Качественный анализ показал, что до эксперимента у испытуемых контрольной группы присутствовали жалобы на незначительное напряжение некоторую тревожность и неудовлетворённость. Жалобы на колебания настроения и активности. Своё самочувствие женщины оценивали, как среднее. Это позволяло выполнять свои обязанности, но восприятие общего фона жизни было средним. Что является показателем того, что нормализации когнитивного, поведенческого и личностного компонентов не произошло.

Качественный анализ в контрольной группе показал, что после эксперимента у испытуемых контрольной группы характер жалоб остался прежним. Женщины контрольной группы почувствовали незначительное улучшение своего состояния.

Сравнение среднегрупповых показателей до и после эксперимента в экспериментальной и контрольной группе, показано в диаграмме 3.

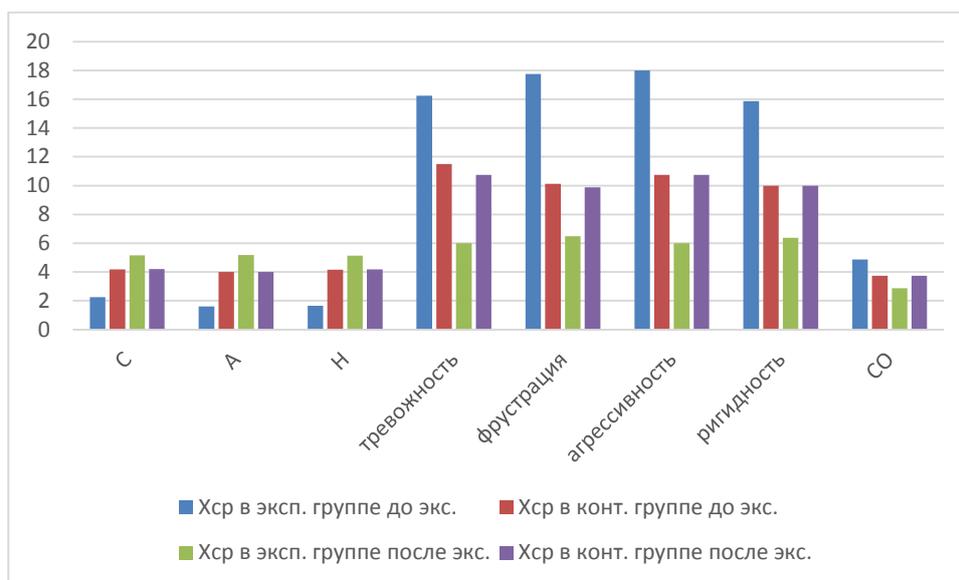


Диаграмма 3 - Сравнение Хср в экспериментальной и контрольной группе до и после эксперимента

Проанализировав результаты суммарного отклонения после заключительного тестирования по Люшеру у испытуемых экспериментальной группы непродуктивная нервно-психическое напряжение отсутствует. Эмоциональное состояние в норме. Это коррелирует с результатами теста психических состояний Айзенка и опросника САН, которые показывают уровень самочувствия, настроения и активности выше среднего. А также низкий уровень тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности.

Проанализировав результаты суммарного отклонения после заключительного тестирования по Люшеру можно сказать, что у испытуемых контрольной группы сохраняется средний уровень непродуктивного нервно-психического напряжения. Это коррелирует с результатами теста

психических состояний Айзенка и опросника САН, которые показывают средний уровень настроения, самочувствия и активности. А также средний уровень тревожности, агрессивности, фрустрации и ригидности.

Сравнивая показатели  $\bar{X}$  опросника САН и теста психических состояний Айзенка можно сказать, что уровень значимости опросника САН до и после эксперимента в экспериментальной группе составил: по шкале самочувствие 13,2. В контрольной группе 1. По шкале активность в экспериментальной группе 11,5, а в контрольной группе уровень значимости равен нулю. По шкале настроение уровень значимости в экспериментальной группе 13, а в контрольной 1.

Уровень значимости теста психических состояний Айзенка до и после эксперимента в экспериментальной группе составил: по шкале тревожность 20,9. В контрольной группе 1,4. По шкале фрустрации в экспериментальной группе 16,1, а в контрольной группе уровень значимости 0,9. По шкале агрессивность в экспериментальной группе 22,6, а в контрольной уровень значимости равен нулю. По шкале ригидность в экспериментальной группе 14, в контрольной группе уровень значимости равен нулю.

Уровень значимости суммарного отклонения теста Люшера до и после эксперимента в экспериментальной группе равен 7,7, а в контрольной уровень значимости равен нулю.

Таким образом, результаты в контрольной группе после эксперимента по шкалам: активность, агрессивность, ригидность и непродуктивное нервно-психическое напряжение остались на прежнем уровне. По шкалам самочувствие, настроение, тревожность и фрустрация результаты незначительно улучшены.

В экспериментальной группе после эксперимента наблюдается выраженное улучшение результатов по всем шкалам. Разница между первичным и заключительным тестированием находится в зоне значимости с 95% надёжностью.

## **Выводы по второй главе**

При первичном тестировании выяснилось, что у испытуемых экспериментальной группы до эксперимента, на фоне сниженного уровня самочувствия, настроения и активности имел место, повышенный уровень тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности. Данные суммарного отклонения проективного теста Люшера показали, что на момент тестирования у женщин высокий уровень непродуктивного нервно-психического напряжения.

При оценке исходных данных испытуемых контрольной группы с патологией опорно-двигательного аппарата выяснено, что на фоне среднего уровня самочувствия, настроения и активности, имел место, умеренный уровень тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности. Данные суммарного отклонения проективного теста Люшера показали, что непродуктивное нервно-психическое напряжение на момент тестирования находилось на среднем уровне.

После эксперимента у испытуемых экспериментальной группы отмечены уровень оценки своего самочувствия, настроения и активности выше среднего, на фоне низкого уровня тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности. Данные суммарного отклонения от аутогенной нормы, проективного теста Люшера показали, что непродуктивное нервно-психическое напряжения отсутствует. Что говорит о положительном психоэмоциональном настрое и уверенности в своих силах.

У испытуемых контрольной группы после эксперимента отмечены средний уровень самочувствия, активности и настроения на фоне умеренного уровня тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности. Данные суммарного отклонения проективного теста Люшера показали, что непродуктивное нервно-психическое напряжение находится на прежнем среднем уровне.

На основе полученных в ходе исследования данных можно сделать вывод о том, что участие в программе комплексной реабилитации оказало положительное влияние на нормализацию эмоционального состояния женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата. В результате участия в программе у участниц экспериментальной группы улучшилось самочувствие, настроение и активность. Женщины стали затрачивать меньше усилий для выполнения своей работы, прошло хроническое недовольство собой, своей жизнью и другими людьми. Появился интерес к себе, к своей жизни. Изменилось отношение к психологам с настороженного, на более доверительное. Учитывая, что после программы у участниц экспериментальной группы появилось желание позитивных перемен, некоторые женщины обратились за помощью к психологам. Что является показателем нормализации когнитивного, поведенческого и личностного компонентов.

Сравнение результатов диагностики и качественного анализа у испытуемых экспериментальной группы показало эффективность реабилитационной программы на физическое и психологическое здоровье женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, анализ полученных результатов показывает субъективное улучшение эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.

Однако в настоящий момент трудно сказать, насколько устойчивы будут полученные результаты, ведь данные диагностических тестов показывают состояние испытуемых на настоящий момент времени. И поэтому данная работа нуждается в дальнейшем исследовании и изучении. Все женщины на момент исследования являлись пациентками дневного стационара поликлиники по своему основному заболеванию – остеоартроз. Что так же оказывало поддерживающее влияние на испытуемых. Данная программа может стать частью комплексного лечения в дневном стационаре.

На основании полученных в ходе исследования данных и сделанных выводах можно рекомендовать программы комплексной реабилитации для медицинских учреждений.

## Заключение

В первой главе были рассмотрены научно-теоретические подходы по проблеме нарушений в эмоциональной сфере женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата. Также были рассмотрены научные теории по условиям развития патологии опорно-двигательного аппарата и картине личности лиц с заболеванием остеоартроз. Теоретический анализ данных исследований по вопросам среднего возраста показал, что, психологический возраст зрелого человека во многом зависит от его прошлого опыта, от особенностей и уровня его личностного развития, от наличия жизненных целей и от уровня потенциала для их реализации. Кризису среднего возраста подвержены все люди независимо от пола и наличия сопутствующих заболеваний. Но особенностью кризиса женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата является тотальность кризисного процесса, который охватывает все стороны жизни женщины. Эта тотальность приводит к хроническому стрессу, переходящему в дистресс. Наличие заболевания усугубляет кризисный процесс, приводя к нарушениям эмоциональной сферы, затрагивая когнитивный, поведенческий и личностный компоненты. В связи с этим рассмотрены исследования современных отечественных и зарубежных специалистов, в области психологической реабилитации и нарушений эмоциональной сферы (А.И. Копытина, И.Г. Малкина-Пых, М.Е. Сандомирский, Н. Пезешкиан, М. Фенделькрайз, Л. Марчер).

Подробно рассмотрены основные средства, способствующие восстановлению эмоциональной стабильности (ЛФК, психокоррекционные упражнения, арт-терапия, просветительская деятельность) и их значение для восстановления эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата.

Вторая глава содержит подробное описание условий и этапов проведенного исследования. Приступая к реализации констатирующего

эксперимента была проведена диагностическая беседа, качественный анализ которой показал, что все испытуемые женщины жаловались на снижение настроения, активности, плохое самочувствие, повышенный уровень тревожности, неудовлетворённость своим физическим и эмоциональным состоянием. После анализа медицинской документации, и обобщения данных диагностической беседы, испытуемые были разделены на экспериментальную и контрольную группу. Те женщины, у которых характер соматических и психологических проблем был менее выражен, были определены, как контрольная группа. Женщины с ярко выраженными и более интенсивными жалобами, были определены, как экспериментальная группа. Результаты диагностического тестирования показали, что у женщин экспериментальной группы уровень самочувствия, активности и настроения колеблется от уровня ниже среднего до низкого. А у женщин контрольной группы те же показатели находятся на среднем уровне. В то же время показатели тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности у женщин экспериментальной группы колеблются от среднего уровня до высокого, а у женщин контрольной группы эти же показатели находятся на среднем уровне. Непродуктивное нервно-психическое напряжение в экспериментальной группе колеблется от среднего уровня до выраженного, а в контрольной тот же показатель находится на среднем уровне.

На основании анализа данных констатирующего эксперимента были выбраны направления реабилитации: нормализовать физическое самочувствие, настроение и активность; нормализовать уровень самооценки; снизить уровень тревожности; снизить уровень ригидности; уровень агрессии. После чего были выбраны средства реализации программы: лечебная физкультура; психокоррекционные упражнения; арт-терапия; психологическое просвещение.

После реализации программы представлен сравнительный анализ между исходными данными до начала эксперимента и показателями после прохождения реабилитации. Сравнимые количественные данные

представлены графически в виде диаграмм и таблиц. Приведен подробный качественный анализ результатов эксперимента.

Полученные нами в ходе исследования данные показали, что реализация программы реабилитации эмоциональной сферы женщин среднего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата оказала положительное влияние на развитие и на нормализацию эмоциональной сферы женщин, помогло им стать более адаптивными и конструктивными в своих решениях и восприятии реальности. Помогло им улучшить качество жизни.

Согласно диагностике, проведенной после завершения контрольного этапа исследования, участницы экспериментальной группы отметили у себя улучшение физиологического и психологического состояния.

Женщины стали чувствовать себя менее удрученными и несчастными. Прошло чувство бесполезности своей жизни и бессмысленности будущего. Появились новые интересы и силы для их реализации.

Испытуемые отмечали улучшение самочувствия, настроения и активности.

Состояние повышенной тревожности и неудовлетворенности своей жизнью сменилось на желание жить. В жизни женщин появились радостные события, о которых они рассказывали.

Прошла характерная жёсткость в общении, обидчивость и конфликтность. На смену им пришла спокойная оценка ситуации и возможность об этом говорить вместо немедленного реагирования. Что является показателем нормализации когнитивного, поведенческого и личностного компонентов женщин экспериментальной группы.

Испытуемыми было выражено желание участвовать в групповых тренингах, посвящённых личностному росту. Часть женщин стали проходить личную терапию.

Женщины поняли, что если они сами не будут интересоваться собой, и не будут проявлять к себе внимание, то будет нарастать ощущение одиночества и низкого качества жизни.

Таким образом, на первый план вышла личная ответственность за себя, своё здоровье, мысли, чувства, восприятие жизни. В связи с этим очевидна необходимость программ такого плана, так как данная деятельность оказывает положительное влияние на физическое и психическое здоровье.

Можно предположить, что разница между результатами в экспериментальной и контрольной группах обусловлена присутствием в программе психокоррекционных упражнений, мини-лекций и арт-терапии. Так же в настоящий момент трудно сказать насколько устойчив и длителен будет эффект полученных результатов, ведь данные диагностических тестов показывают состояние испытуемых на настоящий момент времени. И поэтому данная работа нуждается в дальнейшем исследовании и изучении. Все женщины на момент исследования являлись пациентками дневного стационара поликлиники по своему основному заболеванию – остеоартроз. Что так же оказывало поддерживающее влияние на испытуемых. Данная программа может стать частью комплексного лечения в дневном стационаре.

Психокоррекционные упражнения способствуют возникновению спонтанности, которая придаёт т.н. «вкус жизни».

Просветительская деятельность, в рамках которой проводились мини-лекции, является наиважнейшей частью при работе с населением. Создалась парадоксальная ситуация: в современном мире доступна любая информация с одной стороны, но с другой стороны, информации доверяют тогда, когда она звучит из уст специалиста. И как показал эксперимент, некоторых знаний люди просто не имеют, и в этом причина их дезадаптации.

Арт-терапия в программе была представлена этническими инструментами: караталы, «поющие» чаши, рейнстик. Этот приём способствовал активному положительному эмоциональному отклику у занимающихся. Взрослые женщины радовались, «как дети». Этот приём

активировал также положительные воспоминания, которые оказались тем самым ресурсом доступ, к которому был временно утрачен. А также музыкальная терапия способствовала возникновению новых планов и реанимации прежних желаний.

Программа комплексной реабилитации эффективна для решения поставленных задач. Созданные психологические условия для реализации программы реабилитации целесообразны и корректны.

## Список используемой литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М. : Эксмо-Пресс, 2002. 352 с.
2. Александров А. А. Психотерапия: учебное пособие. СПб. : Питер, 2004. 480 с.
3. Алексеев А. А. Остеохондроз, заболевания связок, суставов, мышц. Москва-Пенза. : Гидриатика, 2008. 149 с.
4. Бадхен А. А. Мастерство психологического консультирования. СПб. : Речь, 2014. 240 с.
5. Берёзкина-Орлова В. Б. Телесная психотерапия. Бодинамика. М.: АСТ, Астрель, 2011. 409 с.
6. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия. СПб. : Братство, 2002. 224 с.
7. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Академия, 2001. 352 с.
8. Гребенюк О. С. Основы педагогики индивидуальности: учеб. пособие. Калининград: КГУ, 2000. 572 с.
9. Дальке Р. Болезнь, как путь. Значение и предназначение болезней. М. : Весь, 2004. 320 с.
10. Дильман В. М. Большие биологические часы. (Введение в интегральную медицину). М. : Знание, 1982. 208 с.
11. Елисеев Ю. Ю. Психосоматические заболевания. Справочник. М. : Весь, 2003. 568 с.
12. Ильин Е. П. Дифференциальная психология мужчины и женщины. СПб. : Питер, 2002. 544 с.
13. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. пособие для вузов. СПб. : Питер, 2002. 672 с.

14. Киреева Е. Д. Возрастная психология: учеб. пособие для вузов. М.: Совр. гуман. ун-т, 1999. 52 с.
15. Киселёва М. В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. СПб. : Речь, 2007. 336 с.
16. Кожарина Л. А. Психологические особенности протекания кризиса смысла жизни взрослого человека // Психология зрелости и старения. 2013. № 4. С. 5-13.
17. Копытин А. И. Диагностика в арт-терапии. Метод «Мандала». СПб. : Речь, 2005. 150 с.
18. Копытин А. И. Арт-терапия — новые горизонты. М. : Когито-Центр, 2006. 336 с.
19. Костакова И. В. Психологическая коррекция личности [Электронный ресурс]: учебное пособие. URL: [https://dspace.tltsu.ru/bitstream/123456789/2978/1/Kostakova\\_EUI\\_Z.pdf](https://dspace.tltsu.ru/bitstream/123456789/2978/1/Kostakova_EUI_Z.pdf) (дата обращения: 05.02.2020).
20. Котельников Е. П. Остеоартроз. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 208 с.
21. Кочюнас Р. Психологическое консультирование: учеб. пособие для вузов. М. : Академический Проект, Трикса, 2015. 224 с.
22. Крайг Г. Психология развития. СПб. : Питер, 2005. 940 с.
23. Крейг Г. Техника эмоциональной свободы. Акупрессура и депрограммирование подсознания. СПб. : Весь, 2011. 160 с.
24. Линде Н. Д. Психологическое консультирование. Теория и практика: учеб. пособие для студентов вузов. М. : Аспект Пресс, 2010. 255 с.
25. Лоуэн А. Предательство тела. Екатеринбург: Деловая Книга, 1999. 165 с.
26. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2005. 992 с.
27. Малкина-Пых И. Г. Кризисы пожилого возраста: справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2005. 368 с.

28. Матузов Л. Е. Теоретические основы самостоятельных занятий физической культурой: учебное пособие. Уфа: Китап, 2013. 104 с.
29. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина. М. : МЕДпресс-информ, 2002. 607 с.
30. Менхин Ю. В. Оздоровительная гимнастика: теория и методика. Учебник для вузов. Ростов н/Д.: Феникс, 2002. 384 с.
31. Мещеряков Б. Г. Большой психологический словарь. М. : АСТ ; СПб. : Прайм-Еврознак, 2009. 811 с.
32. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: Учебник для студ. вузов. М. : Академия, 1999. 456 с.
33. Назимова Е. М. Остеопороз при климаксе: диагностика, профилактика и лечение // Ваш гинеколог. 2011. № 4. С. 2-5.
34. Овчарова Р. В. Тренинги формирования осознанного родительства. М. : Сфера, 2008. 256 с.
35. Окороков Н. А. Деформирующий остеоартроз. СПб. : Медицинская литература, 2003. 160 с.
36. Осипова А. А. Общая психокоррекция: учеб. пособие для вузов. М. : Сфера, 2004. 508 с.
37. Падус Э. Исцеляющая сила эмоций. М. : Центрполиграф, 2008. 154 с.
38. Папуш М. Практика Гештальт-терапии. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2005. 480 с.
39. Паров Ю. Азбука дыханий. Минск: Польша, 1988. 50 с.
40. Пахальян В. Э. Психологическое консультирование [Электронный ресурс] : учебное пособие. URL: <http://www.iprbookshop.ru/29299.html> (дата обращения 05.05.2019).
41. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М. : Медицина, 1996. 464 с.
42. Попов С. Н. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры. Ростов н/Д.: Феникс, 2005. 608 с.

43. Прохоров О. А. Психология состояний: учебное пособие. М.: Когнито-Центр, 2011. 624 с.
44. Пучкова Г. В. Теоретические основы психологического исследования: учеб. пособие. Тольятти: ТГУ, 2013. 183 с.
45. Пучкова Г. В. Экспериментальная психология: практикум. Тольятти: ТГУ, 2011. 162 с.
46. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие. М. : Бахрам-М, 2011. 672 с.
47. Райх В. Анализ личности. СПб. : Ювента, 1999. 333 с.
48. Райх В. Анализ характера. М. : Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. 528 с.
49. Райх В. Характероанализ. Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков. М. : Когито-Центр; 2006 653 с.
50. Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия. М. : Рефл-бук, Ваклер, 1997. 318 с.
51. Сандомирский М. Е. Защита от стресса. Физиологически-ориентированный подход к решению психологических проблем. (Метод РЕТРИ). М. : Института психотерапии, 2001. 336 с.
52. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. М. : Независимая фирма Класс, 2005. 592 с.
53. Сивун Н. Ф. Физическая реабилитация при остеоартрозе: учебно-методическое пособие для студентов. Иркутск: ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет», 2009. 25 с.
54. Сидоров К. Р. Тревожность, как психологический феномен // Вестник Удмуртского университета. Серия: Философия. Социология. Психология. Педагогика. 2013. № 2. С. 42-52.
55. Сосновский Б. А. Психология: Учебник для педагогических вузов. М.: Высшее образование, 2008. 302 с.

56. Тухтарова И. В. Соматопсихологи: учебно-методическое пособие по курсу «Соматопсихология». Ульяновск: УлГУ, 2005. 130 с.
57. Умнова О. П. Конспект лекций по возрастной психологии: учеб. пособие для вузов. Ростов н/Д.: Феникс, 2005. 73 с.
58. Фенденкрайз М. Искусство движения. Уроки мастера. М.: Эксмо, 2003. 352 с.
59. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. СПб. : Алтейя, 1998. 252 с.
60. Фролькис В.В. Экспериментальные пути продления жизни. Л.: Наука, 1988. 248 с.
61. Хикс. Э. Удивительная сила эмоций. Следуйте за своими чувствами. СПб. : Весь, 2008. 320 с.
62. Шатская С. В. Особенности эмоциональной сферы женщин среднего возраста // Молодой учёный. Серия: Психология. 2018. № 37 С. 142-143.
63. Ялом И. Д. Дар психотерапии. М.: Эксмо, 2017. 352 с.
64. Bradburn N. The Structure of Psychological Well-Being. Chicago. 1969. P. 84-93.
65. Bishop G.D., Converse S.A. Illness representations: A prototype approach //Health Psychology. 1986. V.5. P.95-114.
66. Blos P. Children think about illness. Their concepts and Belieefs // Psychosocial Aspects of Pediatric Care. N.Y., 1978. P1-18.
67. Diener E., Suh E.M., Lucas R.E., Smith H.L. Subjective Well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin. 1999. Vol. 125 (2). P. 276-302.
68. Ryff C.D. The structure of psychological well-being revisited // Journal of Personality and Social Psihology. 1995. Vol. 69. P. 719-727.

## Приложение А

### Диагностическая беседа И.Г Малкина-Пых

И.Г. Малкина–Пых, предлагает план проведения диагностической беседы, состоящий из четырёх основных вопросов:

1. «Что привело вас сюда?»
2. «Когда вы это почувствовали впервые?»
3. «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из нее?»
4. «Что это означает для вас? Как вы это пережили?»

Приложение Б  
Тест Люшера [43]

Расчет «Суммарного отклонения от аутогенной нормы» (СО)

Перевод сырых значений СО в стандартные баллы

Станд.баллы	1	2	3	4	5	6	7
Диап.сырых знач.СО	0-2	4-6	8-12	14-20	22-26	28-30	32

## Приложение В

### Расчёт СО до эксперимента

Расчёт суммарного отклонения (СО) в экспериментальной группе до  
эксперимента

1

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	6	8	4	2	1	3	7	5
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	5	6	1	2	4	3	0	3

СО=24

2

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	5	8	4	1	6	3	7	2
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	4	6	1	3	1	3	0	6

СО=24

3

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	1	7	6	5	3	2	4	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	0	5	3	1	2	4	3	0

СО=18

Продолжение приложения В

4

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	7	3	6	1	4	2	5	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	6	1	3	3	1	4	2	0

CO=20

5

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	8	3	6	2	7	1	4	5
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	7	1	3	2	2	5	3	3

CO=26

6

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	8	5	7	2	6	3	1	4
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	7	3	4	2	1	3	6	4

CO=30

7

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение приложения В

3	Место цв.в выб.испыт.	8	2	6	3	7	4	1	5
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	7	0	3	1	2	2	6	3

CO=24

8

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	8	3	7	4	2	5	1	6
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	7	1	4	0	3	1	6	2

CO=24

Расчёт суммарного отклонения (CO) в контрольной группе до эксперимента

1

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	3	6	1	4	8	2	5	7
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	2	4	2	0	3	4	2	1

CO=18

2

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	3	1	2	8	4	5	6	7

Продолжение приложения В

4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	2	1	1	4	1	1	1	1
---	-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

СО=12

3

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	4	7	3	1	5	2	8	6
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	3	5	0	3	0	4	1	2

СО=18

4

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	2	4	1	3	6	7	8	5
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	1	2	2	1	1	1	1	3

СО=12

5

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	4	6	3	5	1	2	7	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	3	4	0	1	4	4	0	0

СО=16

6

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
---	------------	----	------	-----	------	-----	-----	-----	-----

Продолжение приложения В

2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	6	5	3	4	2	1	7	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	5	3	0	0	3	5	0	0

СО=16

7

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	3	5	2	6	1	4	7	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	2	3	1	2	4	2	0	0

СО=14

8

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	6	5	3	2	4	1	7	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	5	3	0	2	1	5	0	0

СО=16

## Приложение Г

### Психокоррекционные упражнения

Упражнение «Синтез» [26].

Цель: принятие своих качеств, гармонизация личности.

«Известно, что личность не может быть гармоничной, если идентифицирует себя только с одним из полярных качеств. Выберите полярное качество своей психики, с которым вы хотите работать.

Разделите чистый лист бумаги пополам и на одной половине листа нарисуйте одну из выбранных полярностей. На второй половине (напротив) сделайте свободный рисунок противоположной полярности. Качество рисунка не имеет значения. Итак, два полюса друг против друга. Вдумайтесь в их содержание, в возможность их взаимодействия.

Теперь ниже (или на другом листе) изобразите взаимодействие этих двух полюсов. Это могут быть: конфликтное столкновение, пробный контакт, отвращение и т. п.

Продолжайте делать рисунки, и пусть взаимодействие этих полярных качеств вырисовывается в какую-либо форму. Синтез может быть спонтанным: две части соединяются в одно целое. Если новое целое возникло, не бросайте его, а постарайтесь понять, что оно собой представляет и каково было ваше состояние, в котором появился этот синтетический образ.

Затем на обороте рисунка запишите все, что вы испытали, и сделайте предположение: как новый синтез мог бы осуществиться в вашей жизни».

Время выполнения 10 мин.

Упражнение «Знаки улучшения» [26].

Цель: замечать и принимать позитивные перемены, поддерживать мотивацию. «Давайте вообразим, что произошло чудо, и вдруг в один прекрасный день проблема исчезла. По каким признакам вы заметили бы, что ее больше нет?

## Продолжение приложения Г

Как могут заметить другие люди, что произошла перемена?».

Время выполнения 10 минут.

Упражнение «Тепло моего тела» [34].

Цель: добиться усиления тяжести и тепла в руках и ногах, восстановить связь с телом.

Инструкция: необходимо ярко представить себе ощущения тепла в руках и ногах, повторяя про себя:

Я хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжёлыми и тёплыми. Мои руки и ноги стали тяжёлыми и тёплыми. Очень хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжёлыми и тёплыми. Руки и ноги стали тяжёлыми и тёплыми. Руки и ноги - тяжёлые и тёплые.

Сокращая фразу от пожелания «Я очень хочу...». Переходим к утверждению «Руки и ноги стали тяжёлыми и тёплыми». После приказа установите, как он повлиял на ощущения. В конце упражнения должно быть ощущение телесного покоя.

Время выполнения 10 минут

Упражнение «Разве сердцу не прикажешь?» [34].

Цель: научиться саморегуляции сердечной деятельности.

Инструкция: Нужно представить, что в левой руке находится теннисный мяч. Мяч медленно сжимается в ритме дыхания. На вдохе мысленно сжать, а на выдохе мысленно разжать кисть. Постепенно темп движения кистью ускоряют, а ритм дыхания остаётся прежним. Движение продолжают 1,5-2 минуты. После выполнения упражнения должно появиться ощущение лёгкой мышечной усталости в левой руке и ощущение тепла в грудной клетке с распространением на левую половину.

Время выполнения 10 минут.

## Продолжение приложения Г

Упражнение «Вручение подарка» [34].

Цель: снятие внутренних ограничений.

Каждый участник придумывает подарок для соседа. Затем, без слов, жестами вручает его так, чтобы все догадались, что это такое.

Время выполнения 10 минут.

Упражнение «За фасадом имени» [34].

Цель: профилактика аутоагрессии.

Добавьте к своему имени определение, которое начинается на ту же букву. Затем определите, чего больше в вашем определении любви, нежности или сарказма? Обратитесь к другому участнику с просьбой дать своё определение, начинающееся с той же буквы, что и ваше имя. Сравните это определение и своё. Если есть различия в том, как вы воспринимаете себя и в том, как вас воспринимают окружающие, то задумайтесь о причинах.

Время выполнения 10 минут.

Упражнение «Аплодисменты» [34].

Цель: принятие самооценности.

Участники встают в круг, в центр выходит один человек, остальные ему аплодируют в течении 15-20 секунд. После того, как он поблагодарит группу выходит следующий участник. Участник находящийся в центре круга наблюдает за своими внутренними реакциями и ощущениями. Участники, стоящие в круге, наблюдают со стороны и дают необходимую поддержку.

Время выполнения 10 минут.

Упражнение «Комплимент» [34].

Цель: формирование умения видеть и принимать свои сильные стороны и сильные стороны другого человека.

Участники садятся в круг. Каждый участник, внимательно посмотрев

## Продолжение приложения Г

на партнера, сидящего справа говорит ему комплимент. Затем, упражнение повторяется в левую сторону.

Время выполнения 10 минут.

Упражнение «Нирвана» [34].

Цель: развить созидательный контроль над ощущениями тела.

Принять удобное положение и сделать несколько вдохов и выдохов через приоткрытый рот. Почувствовать прохладу вдыхаемого воздуха и тепло выдыхаемого. Перейти на носовое дыхание. Сохранить ощущение прохлады при вдохе по контрасту с выдыхаемым воздухом. Концентрация внимания на разнице температуры вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. Дыхание становится лёгким и свободным. Возникает ощущение «отдохнувшего мозга».

Время выполнения 10 минут.

Упражнение «Метроном» [34].

Цель: обучить участников регуляции сердечного ритма

Расположить ладонь на запястье, найти пульс. Соотнести количество ударов пульса со вдохом и выдохом. Например: 2 удара вдох, 2 удара выдох. Затем делать вдох на 2 удара, а выдох на 3 и так постепенно удлинять выдох. Стремясь к соотношению 1:3, где выдох в три раза длиннее вдоха. Такое дыхание нормализует частоту сердечного ритма.

Время выполнения 10 минут.

Упражнение «Достоинства» [34].

Цель: развить позитивное самоосознание.

Каждый участник называет свое основное достоинство, а затем следующий повторяет названное достоинство и прибавляет своё в том порядке, в котором они назывались.

## Продолжение приложения Г

Время выполнения 10 минут.

Упражнение «Психоанализ» [34].

Цель: присвоить опыт изменений

Каждый участник делится впечатлениями от занятий и говорит о произошедших изменениях

Время выполнения 10 минут.

## Приложение Д

### Изометрическая гимнастика

Экспериментальный комплекс упражнений для коррекции общей физической подготовленности женщин среднего возраста с ПОДА:

1. И.П. лёжа на спине ноги согнуты в коленях. Стопы на ширине плеч, руки выпрямлены вдоль туловища. Одновременно стопы поднять на носки и умеренно напрячь ягодицы, таз не поднимать. Удерживать напряжение и расслабиться.

Укрепляются мышцы ног, поясничного отдела, ягодичные мышцы, улучшается кровообращение таза.

2. И.П. лёжа на спине ноги согнуты в коленях. Стопы на ширине плеч, руки выпрямлены вдоль туловища. Одновременно максимально сжать кисти в кулаки и потянуть носки стоп на себя. Удерживать напряжение и расслабиться.

Укрепляются мышцы рук, ног, улучшается кровообращение.

3. И.П. лёжа на спине ноги выпрямлены на ширине плеч, руки в стороны, ладони направлены в потолок. С лёгким чувством напряжения тянуться правой кистью к левой руке, поворачивая голову налево (голову не поднимать), правая лопатка поднимается от пола (таз не поднимать). То же другой рукой.

Укрепляются мышцы шейного и грудного отдела позвоночника, прорабатываются плечевые суставы, растягиваются мышцы межлопаточной области.

4. И.П. лёжа на спине ноги согнуты в коленях. Руки выпрямлены вперёд, кисти в замок. На вдохе прямые руки поднять за голову, на выдохе опустить на живот. В конце выдоха верхняя часть туловища приподнимается и опускается вместе с руками.

Укрепляются мышцы брюшного пресса, шейного отдела позвоночника, происходит активный лимфодренаж шейного отдела позвоночника.

## Продолжение приложения Д

5. И.П. лёжа на спине ноги согнуты в коленях. Стопы на ширине таза, руки немного отведены в стороны. На выдохе втягивая живот, расслаблено прижать поясницу к полу. Умеренно напрягая мышцы живота и ягодицы, не поднимая таз, копчиком устремиться минимально вверх. Удержать поясницу прижатой к опоре, затем отпустить и расслабиться. Шею и руки не напрягать.

Укрепляются мышцы поясничного отдела позвоночника, вытяжение поясницы. Диафрагмальное дыхание.

6. И.П. Лёжа на спине, руки выпрямлены вдоль туловища, одна нога согнута, другая выпрямлена, носок прямой ноги натянут на себя. На выдохе прямую ногу приподнять на несколько сантиметров, удержать несколько секунд и отпустить. На вдохе расслабление.

Укрепляются мышцы поясничного отдела позвоночника, мышцы ног и таза.

7. И.П. Лёжа на спине, руки выпрямлены вдоль туловища, одна нога согнута, другая выпрямлена, носок прямой ноги натянут на себя. Прямой ногой (пяткой в большей степени), умеренно надавить на пол, затем расслабиться. Повторить для другой ноги.

Укрепляются мышцы поясничного отдела позвоночника, ног.

Потянуться, диафрагмальное дыхание.

8. И.П. лёжа на спине ноги согнуты в коленях. Стопы на ширине плеч, руки выпрямлены вдоль туловища. Максимально сжать колени (коленом надавить на колено), удержать несколько секунд, расслабиться.

Укрепляются мышцы ног.

9. И.П. лёжа на спине ноги согнуты в коленях. Стопы на ширине плеч, руки выпрямлены вдоль туловища. На выдохе приподнять верхнюю часть туловища одновременно с руками на несколько сантиметров. На вдохе вернуться в и.п., расслабиться.

Укрепляются мышцы живота.

## Продолжение приложения Д

10. И.П. лёжа на спине ноги согнуты в коленях. Стопы и колени вместе. Голову повернуть на право, колени наклонить в лево, и наоборот. Плечи, лопатки прижаты к полу. Удерживать наклон несколько секунд.

Выполняется вытяжение всех отделов позвоночника.

11. И.П. Лёжа на спине, руки выпрямлены вдоль туловища, одна нога согнута, другая выпрямлена, живот втянут, поясница прижата к полу. Прямой ногой с широкой амплитудой написать цифры от 0 до 5. То же выполнить другой ногой.

Укрепляются мышцы поясничного отдела позвоночника, живота, прорабатываются тазобедренные суставы. Расслабление, диафрагмальное дыхание.

12. И.П. лёжа на спине ноги согнуты в коленях. Стопы на ширине таза. С лёгким чувством напряжения свести лопатки, прижимая плечи к полу. Удерживать напряжение. Затем прижать поясницу к полу, удерживать несколько секунд, расслабиться.

Прорабатываются все отделы позвоночника, плечевые суставы. Выполняется вытяжение всех отделов позвоночника. Диафрагмальное дыхание.

13. И.П. лёжа на спине ноги выпрямлены, стопы вместе. Руки выпрямлены вдоль туловища. Отвести прямую ногу в сторону (носок на себя) и привести, скользя по полу. То же для другой ноги.

Прорабатывается амплитуда движения в тазобедренных суставах.

14. И.П. лёжа на спине ноги согнуты в коленях. Стопы на ширине плеч, руки выпрямлены вдоль туловища. Обхватить одну ногу руками под коленом, кисти в замок. Голова и плечи на полу, нога (на весу) расслаблена. На выдохе медленно подтянуть колено к груди, на вдохе вернуть обратно, выпрямляя руки. Работают только руки, ноги расслаблены. Повторить для другой ноги.

## Продолжение приложения Д

Растягиваются мышцы шейного и поясничного отдела позвоночника, мышцы задней поверхности бедра, улучшается кровообращение тазобедренных суставов, выполняется лимфодренаж поясничного отдела позвоночника.

15. И.П. лёжа на правом боку, голова на согнутом правом локте, левая рука в упоре перед грудью, согнута в локтевом суставе, ладонь направлена в пол. Правая нога согнута в колене, левая прямая. Поднять прямую левую ногу до уровня левого тазобедренного сустава, отвести назад и развернуть носком в пол. Удерживать. Вернуться в и.п.

Укрепляются глубокие мышцы поясничного отдела позвоночника и связочный аппарат тазобедренных суставов.

16. И.П. лёжа на животе, ноги вместе, руки под головой (лоб лежит на кистях). На выдохе, надавливая ладонями на пол, медленно поднять голову и плечи на несколько сантиметров, удерживать напряжение 3-5 секунд, опуститься и расслабиться.

Укрепляются мышцы шейного отдела позвоночника, рук. Прорабатываются плечевые суставы, улучшается кровообращение.

17. И.П. лёжа на животе, ноги на ширине плеч, руки выпрямлены перед собой, лоб на коврике. На выдохе поднять одну из диагоналей (правая рука, левая нога), удерживать, опустить, расслабиться. Также выполнить на другую диагональ.

Укрепляются мышцы спины, ягодиц, ног и рук.

18. И.П. лёжа на животе, ноги на ширине плеч, руки выпрямлены перед собой, лоб на коврике. На выдохе кисть и стопа первой диагонали скользят в противоположные стороны (кисть руки вперёд, стопа назад), тянуться по диагонали, руки и ноги не поднимать. На вдохе - расслабление. Диагонали чередуются.

Растяжение мышц спины, ног и рук.

## Продолжение приложения Д

19. И.П. лёжа на животе, ноги выпрямлены, подбородок положить на кисти рук, локти в стороны. «По-пластунски» правое колено отводится в сторону и скользит по поверхности пола вперёд к правому плечу. Удерживать отведённое колено, выпрямить ногу. То же левой ногой.

Укрепляются мышцы поясничного отдела позвоночника. Прорабатываются тазобедренные суставы. Растягивается передняя поверхность бедра.

В занятии используется 8 упражнений. Время выполнения 15-18 минут.

## Приложение Е

### Самомассаж мячами

Вначале самомассаж выполняется теннисным мячом. Для этого мяч кладут справа или слева между внутренним краем лопатки и позвоночником, и прокатывают по мягким тканям. Если мяч накатывается на болевую точку, то в этом месте движение следует остановить и задержаться на этой точке в течении 10 секунд, оказывая на болевую точку умеренное давление. По истечению этого времени боль должна либо совсем прекратиться, либо стать слабее. После чего движение по зоне продолжается. Общее время воздействия на одну зону 2 минуты. Также обрабатывается другая сторона – между внутренним краем лопатки и позвоночником.

Следующие две зоны – ягодичные мышцы справа и слева. Которые обрабатываются аналогично, мяч прокатывается по мягким тканям в течение двух минут с каждой стороны.

Далее обрабатываются стопы. Мяч кладётся под стопу и прокатывается в течение двух минут под каждой стопой.

Всего шесть зон. Общее время воздействия 12 минут.

Далее приступают к самомассажу мягкими резиновыми мячами, диаметром 20-24 сантиметра. Этот мяч кладётся прямо на позвоночник между лопаток, прижимается к стенке и прокатывается по верхнегрудному отделу позвоночника 5 раз. Затем мяч помещают на середину позвоночника и прокатывают по нижнегрудному отделу 5 раз. После чего мяч прижимают крестцом к стенке и прокатывают по поясничному отделу позвоночника 5 раз.

Следующая зона воздействия – тазобедренный сустав. Тазобедренным суставом прижимают мяч к стенке и поворачиваются вперёд / назад, прокатывая мяч 5 раз. Также обрабатывается другой сустав.

## Продолжение приложения Е

Затем мяч прижимают к стенке серединой боковой поверхности плеча, поднимают и опускают плечо 5 раз, после чего поворачиваются вперёд/назад 5 раз. Также обрабатывается другое плечо.

Затем мяч помещается на стенку и прокатывается рукой вверх в течении 5 раз. Это движение выполняется каждой рукой поочередно, в результате чего выполняется растяжка грудных мышц.

Общее время воздействия 3-4 минуты.

### Дыхательная гимнастика

В данной программе используется диафрагмальное дыхание для расслабления. В количестве повторений по 5 дыхательных циклов – релаксационный блок.

Релаксационный блок выполняется во время урока по изометрической гимнастики, в середине и в конце занятия.

Общее время воздействия 2-3 минуты.

### Стретчинг

В данной программе используются потягивающие упражнения, которые выполняются лёжа на коврик.

В исходном положении лёжа на спине, выполняется растягивающее движение руками и ногами в противоположных направлениях.

Также выполняется разносторонняя растяжка по диагонали в противоположных направлениях.

Аналогичные растяжки выполняются и в исходном положении лёжа на животе.

Стретчинг выполняется во время урока по изометрической гимнастике. Общее время воздействия 2-3 минуты.

## Приложение Ж

### Просветительские лекции

#### «Механизм возникновения психосоматических заболеваний»

«Психосоматика - это влияние психологических факторов на возникновение и телесных заболеваний.

Существуют разные взгляды на психосоматику. Такие как: психосоматика – это адаптивный механизм организма. И после того, как проблема проявилась в теле, человек избавляется от душевных страданий».  
[61].

«Внешним фактором для возникновения психосоматических расстройств является стресс. Внутренний фактор – это ответная реакция организма в виде вегетативных сдвигов и переживаний по поводу события. В результате формируется приспособительное поведение и поисковая активность для решения проблемы. Всё это вначале обладает целесообразностью. Но в дальнейшем, из-за подавления отрицательных эмоций целесообразность заканчивается и начинается развитие болезненных симптомов, таким образом, эмоция «отпечатывается» в теле. Что в свою очередь вызывает новую волну переживаний и новую волну вегетативных реакций. Таким образом «замыкается круг»» [52].

«Тело – это экран, на котором, в символической форме, находят отражение психологические проблемы человека, его внутренние конфликты. Психосоматические расстройства являются ответами на неприемлемую жизненную ситуацию в символической форме.

Так, например, с этой точки зрения приступ бронхиальной астмы - не что иное, как заторможенный «приступ плача» или призыв материнской помощи. Распространенным заболеванием с отчетливым психосоматическим компонентом и сходным внутренним психологическим конфликтом является вазомоторный ринит - своего рода невыплаканные, «невидимые миру слезы»» [52].

## Продолжение приложения Ж

«Психоаналитическая интерпретация расстройств пищеварения - это неспособность «переварить жизненные обстоятельства». Символическая трактовка язвенной болезни желудка, а отчасти и панкреатита - соматизированные самообвинения, следствие испытываемого человеком чувства вины и самонаказания, как бы «переваривание» им самого себя. В русском языке к этой ситуации хорошо подходит образное выражение «самоедство». В основе болезней кишечного тракта, по мнению А. Лоуэна, также лежит «задержанный» плач. По мнению Фрейда, трактовка колитов - ригидность, мелочность, скупость и стремление контролировать окружающих» [52].

«Заболевания опорно-двигательного аппарата - отражение «пассивной раздраженности» жизненной ситуацией, которую человек, с одной стороны, не приемлет, что и служит причиной его раздражения, а с другой - не считает для себя возможным разрешить с помощью активных собственных действий. К этому обычно добавляется переживание отсутствия внешней поддержки и опоры либо ощущение буквально физического «давления» жизненных обстоятельств» [52].

### «Как эмоции влияют на иммунную систему»

Каждая эмоция запускает выработку определённых веществ в головном мозге, которые называются нейропептидами. Нейропептиды оказывают воздействие на всё тело, а не только на мозг. Это открытие принадлежит Кендосу Перту.

Огромная концентрация рецепторов нейропептидов обнаружена вдоль позвоночника и в кишечнике. Рецептор это образование, которое чувствительно к воздействию нейропептида. Таким образом, если человек счастлив, то и всё его тело ощущает счастье. Выпрямляется спина, улучшается осанка, уходит боль, нормализуется работа внутренних органов.

## Продолжение приложения Ж

Кишечник не зря считается эмоциональным мозгом человека. Если испытывая эмоции и чувства грусти, печали, гнева, злости и страха мы не проживаем их в тот момент, когда они возникают. Т.е. не признаём их, вытесняем и подавляем, то неизбежно возникают болезненные симптомы в желудочно-кишечном тракте, которые могут повлечь за собой и другие нарушения. Такие, например, как снижение иммунитета.

Кортизол, выброс которого происходит в стрессовых ситуациях, временно замедляет иммунитет. А когда мы испытываем страх, гнев или печаль, то находимся в стрессовой ситуации. После того, как эмоция прожита состояние иммунитета восстанавливается. Гораздо хуже если стресс хронический, например, при постоянном чувстве вины, тогда постоянный выброс кортизола может нанести серьёзный ущерб здоровью.

Очень важно во время переживания стрессовых ситуаций обращаться за внешней помощью. Т.к. способность доверяться другим людям является важным фактором здоровья.

### «В чём польза музыкальной терапии»

Для музыкальной терапии в данной программе выбираются те инструменты, которые способствуют релаксации и гармонизации эмоционального фона. И при этом, не требуют специальной подготовки для игры на них.

«Основа музыки — звук. Звук имеет волновую структуру. Акустический сигнал воздействует на клетки живого организма, изменяя их активность» [15].

«Звук оказывает влияние на электромагнитную проводимость клеточных структур, на их электрохимическую активность, а также на восприятие. Всё это сопровождается многочисленными телесными реакциями.

## Продолжение приложения Ж

Сердечно-сосудистая система реагирует на музыку, доставляющую удовольствие и создающую приятное настроение. В этом случае замедляется пульс, усиливаются сокращения сердца, снижается артериальное давление, расширяются кровеносные сосуды. При раздражающем характере музыки сердцебиение учащается и становится слабее.

Замедлив темп музыкального произведения, или прослушивая более медленную музыку, можно углубить и замедлить дыхание, дать человеку возможность расслабиться [15].

«Более глубокий, медленный ритм дыхания является оптимальным, способствует покою, контролирует эмоции, более глубокое мышление и лучший метаболизм. Быстрое, сбивчивое дыхание может привести к поверхностному и рассеянному мышлению, импульсивному поведению.

Музыка оказывает влияние и на гормональный обмен. Она регулирует выделение гормонов, снижающих стресс. Уровень гормонов стресса в крови в значительной степени снижается у тех, кто регулярно слушает расслабляющую спокойную музыку. Музыкальное удовольствие — это ощущение подъема, которое вызывает прослушивание определенной музыки. Оно является результатом высвобождения эндорфина. Эндорфин вырабатывается нашим мозгом. Он снимает боль и вызывает естественный подъем настроения» [15].

«Что нам хочет сказать наше тело»

«Многие телесные расстройства, можно рассматривать как результат нарушений в психике и сбалансированности всего организма. В стрессовой ситуации в организме происходят физиологические изменения: учащается пульс, дыхание, напрягаются мышцы лица и шеи, брюшного пресса, возникают спазмы и т.д. Даже если человек не осознает стрессовую ситуацию, она все равно отражается на состоянии организма» [36].

## Продолжение приложения Ж

«Испытываемые человеком впечатления влияют на его движения, дыхание, мышечное напряжение, общее самочувствие. Многие соматические расстройства (гипертония, язва желудка, эндокринные нарушения и др.) имеют психогенную природу и являются следствием психологической реакции на стресс.

Психологические защитные механизмы также имеют телесные проявления, такие как мышечная зажатость и напряжение. Ограничения активности, спонтанности и внутренней свободы исчезают в процессе выполнения определенных упражнений, которые дают возможность человеку использовать свои внутренние ресурсы и креативность. На самочувствие человека влияет все, что нарушает ход энергообменных процессов в любой части тела - от мышц до внутренних органов. Человек может с помощью определенных дыхательных упражнений ослаблять свое эмоциональное напряжение» [36].

Именно эти дыхательные упражнения мы с вами сейчас будем выполнять.

«Что стоит за нашим двигательным стереотипом»

За нашим двигательным стереотипом в числе прочего стоит то, как мы воспринимаем реальность и что вообще мы считаем реальностью. И как бы это парадоксально не звучало, для каждого человека это что-то свое. В данном утверждении легко убедиться если вы посмотрите на то, как со слов, описывающих то или иное упражнение его выполняют участники. Наверное, некоторые из вас помнят то ощущение, когда при взгляде на соседку из группы вы понимали, что выполняете совсем не то, что выполняет вся группа. Хотя слова для всех звучали одинаково.

Что же из этого следует? А, например, то, что, проживая в своей нереальности, человек не получает или недополучает жизненную энергию. Ведь один из источников получения энергии – это принятие реальности.

## Продолжение приложения Ж

Когда человек принимая объективную реальность находится здесь и сейчас, он ощущает опору и совершает полезные, конструктивные поступки. Движения его при этом даются легко и доставляют удовольствие. Это прямая связь между принципом реальности и удовольствием, также верна и обратная связь. Если движение доставляет вам дискомфорт, проверьте свою реальность.

«Чего я хочу от общения с другим человеком»

Причины, по которым люди вступают в контакт друг с другом можно разделить на 3 основные причины:

Первая причина – желание собственно коммуникации, общения;

Вторая причина – желание получить информацию, информационная;

Третья причина – потому, что надо.

Когда человек вступает в контакт по желанию общаться, то выбирает в собеседники того, кто вызывает его симпатию и чувство радости. Для того чтобы общаться с таким человеком не надо прилагать усилия, думать о том, что сказать. Как правило, такими собеседниками оказываются близкие друзья, подружки или кто-то из родственников. Но к сожалению, чем человек старше, тем меньше у него остаётся близких людей по разным причинам.

Общение из желания получить информацию, как правило, тоже никаких проблем не вызывает. Если человеку нужно найти вход или выход, спросить дорогу, спросить, где находится туалет, то отпадают стеснения и сомнения и мы спокойно обращаемся к незнакомым людям.

И если два первых вида общения, как правило, не создают для нас напряжения, то третий вид, потому что надо, может вызывать серьёзное напряжение и вегетативные реакции.

## Продолжение приложения Ж

Общение потому, что надо знакомо нам с детства. Здравойся с соседкой, что бы она не подумала, что ты: невоспитанный(ая); что я плохо тебя воспитала; что мы о ней плохо говорим или плохо относимся.

И не важно, что у соседки злобное выражение лица и с ней не то, что здороваться, на неё не хочется смотреть не хочется, но ты должен вступить с ней в контакт. Конечно в слове «надо» есть воспитательный аспект, но крайне важно, чтобы воспитание не перешло в насилие. А насилие не стало привычкой, причём часто неосознаваемой. И тогда начинается: общайся с родственниками, потому что они родственниками; общайся с коллегами, потому что так принято; общайся с соседями, а вдруг они будут полезны.

Именно третья причина сопровождается некоторыми крайне негативными моментами:

1. Такое общение часто сопровождается разного рода «мучениями», в том числе моральными, душевными, психологическими. Переступить через себя всегда неприятно. Здесь обязательно найдется место опозданиям и обвинениям, терпению и равнодушию, показной вежливости и невысказанной злости.
2. Такое общение будет постоянно порождать внутренние конфликты, дискомфорт, ощущение, что делаешь не то, что хочется, и вообще живешь не так, как хочется, не своей жизнью, а той, которой принято.
3. Здесь всегда будет место зависимости – от мнения других, от косых взглядов, от чужих ожиданий...

Но главное, общение по этой причине никогда не приведет к тому, что жизнь станет лучше, а сам человек – счастливее.

Ведь за всем этим обязательно скрывается что-то еще. Какая-то потребность, какое-то истинное желание.

Трудно сказать «нет»? А, собственно, почему? Потому что тогда обидится, не будет со мной общаться... И что дальше? Покопавшись, здесь можно найти сначала желание быть «хорошим», нравиться другим, а еще

## Продолжение приложения Ж

дальше – страх быть не принятым, отвергнутым... Может, и что-то другое – у каждого свой случай! – но что-то такое обязательно найдется.

«Отношение к себе, отношение к другим»

Человек относится к себе так же, как относится к людям. И как он относится к людям, то именно так он относится и к себе.

Другим мы можем предложить только то, что у нас есть на данный момент. А что у нас есть на данный момент - то в первую очередь к самому себе и применяется.

Например, у человека есть представление о том, что он должен быть умным и не имеет говорить глупости и ошибаться. Сам к себе он подходит строго в этом вопросе: лишний раз рот не открывает, тысячу раз подумает, прежде чем сказать, занимается регулярным образованием, боится чего-то не знать и обнаружить это своё незнание в присутствии других, а сказав глупость, ругает себя за неё. И если в его присутствии кто-то говорит глупости, то, невзирая на то, что это никак не вредит строгому человеку вряд говорящий глупости будет ему симпатичен или хотя бы вызовет нейтральное отношение. Скорей всего, говорящий глупости будет осуждён и осмеян, внутренне точно, а внешне зависит от статуса. Хотя говорящий глупости – это просто другой человек, который делает свой выбор, в данном случае говорить глупости.

Если мы не признаём за другими право быть другими, то, как будто, другие это продолжение нас самих. И таким образом единственно правильное мнение наше и единственно правильный выбор наш. Эта позиция рождает в душе много гнева, злости, досады и раздражения, которые невозможно конструктивно утилизировать, потому что они зародились на деструктивном фундаменте. Если эти чувства и эмоции выходят во внешний конфликт, это обвинение другого человека в том, что он другой. Если эти

## Продолжение приложения Ж

чувства и эмоции уходят во внутренний конфликт, то оседают в теле и могут привести к возникновению психосоматических заболеваний.

«Самоактуализация, что это такое?»

Самоактуализация отражает суть человека. Суть человека – это его истинные потребности, желания, способности и склонности. Всё это требует реализации, ибо такой жизненный принцип – используй или утратишь.

Самоактуализация – это проявление себя в мире. Проявление своей индивидуальности, исполнение своей миссии, своего предназначения.

Если человек развивается, поэтапно проходя все этапы своего развития, то он выявляет и понимает свои собственные желания, исходя из них формирует цели и достигает их, или по крайней мере стремится к их достижению.

Глубокая самоактуализация - это личностный рост, развитие личности устремлённое "вверх", направленна на фундаментальные личностные изменения, которые порой не улучшают материального положения человека и не являются выгодными.

Поверхностная самоактуализация - это актуализация всего того, что в себе есть, реализация уже имеющихся склонностей и способностей, а не развитие потенциальных.

Гармоничная самоактуализация – это та, которая происходит вовремя, к которой готов сам человек и его окружение.

Проблемная самоактуализация - это несвоевременная или слишком напряжённая потребность, которая плохо отражается на личностном и душевном здоровье личности. Это фиксация, которая ведёт к психологической жёсткости, ригидности.

Некоторые люди считают самоактуализацию главным направлением своей жизни, а результат - вершиной развития личности. Но надо понимать, что самоактуализация – это совсем необязательно Нобелевская премия, хотя

## Продолжение приложения Ж

о такой самоактуализации мечтают многие. Человек может прекрасно готовить еду, шить или быть интересным рассказчиком – это тоже всё примеры самоактуализации. Важно чтобы само действие было продиктовано желанием его выполнить и приносило радость реализации.

Но если человек игнорирует свою потребность в развитии, то неудовлетворённая потребность будет давать о себе знать через ощущения пустоты, недовольства жизнью, депрессии. На этой почве могут возникнуть физические болезни, так называемая психосоматика. Поэтому желание реализовать себя в жизни, в полную меру своего потенциала – это естественное желание здорового человека с одной стороны, и профилактика психосоматических заболеваний с другой.

### «Как проявляются в теле непрожитые эмоции»

Если вас беспокоят симптомы в виде комка в горле, напряженных рук и беспокойных ног, у вас налицо явные симптомы подавленной агрессивности.

При подавлении гнева у нас напрягаются все мышцы, отвечающие за нападение – это руки, затылочные мышцы шеи, широкая мышца спины, мышцы в области солнечного сплетения, мышцы передней части бедер и голеней.

Чувство комка в горле обычно соответствует чувству подавленной обиды, а обида — это детская форма гнева. Комок в горле обычно указывает на истерический тип невротического конфликта, когда имеется несовпадение между желаемым и реальным. Обычно комок в горле возникает тогда, когда вам хочется получать заботу от других людей, но они не собираются относиться к вам с теплотой, нежностью, вниманием, не собираются помогать вам.

Ощущение тревоги обычно воспринимается как ощущение ватных ног. Беспокойные ноги, скорее всего, указывают на подавленную агрессию, что типично для неврозов.

## Продолжение приложения Ж

Всё это происходит, когда тело берет на себя коммуникативную функцию для выражения эмоционального состояния, потому что эмоции, либо вытесняются и не осознаются, либо подавляются.

Подавление эмоций есть практически в любом анамнезе. Существуют базовые эмоции, такие как страх, гнев, печаль, счастье и отвращение. Часто приходится слышать, что свои чувства надо держать при себе, проявлять чувства – это слабость, глупость или невоспитанность. Злиться нельзя, грустить плохо. И каждая подавленная эмоция запускает свои процессы в организме.

В современном мире на первый план выходит психоэмоциональный стресс, психосоматические расстройства можно с полным правом назвать «болезнями непрожитых эмоций».

Главное в любой ситуации осознавать свои телесные ощущения, понимать, какие эмоции чувствуете в данный момент, с чем это связано, и, что для вас это значит.

### «Двигательный ритм, что это такое?»

Все жизненные процессы подчинены определённому ритму. Биение сердца, дыхание, напряжение и расслабление мышц, моргательные движения, глотательные движения, всё это ритмирование организма. Когда человек здоров, весь его организм подчинён единому гармоничному, индивидуальному ритму.

Ходьба – это основная двигательная локомоция организма человека. И походка каждого человека – это индивидуальное ритмированное движение, которое состоит из поэтапных фаз мышечного напряжения и расслабления. Эти фазы напрямую связаны с ритмом дыхания и ЧСС. И если человек находится в подавленном состоянии, в тревоге и беспокойстве, то всё это будет отражаться в нарушении здорового ритма, т.е. в аритмии. А аритмия в

## Продолжение приложения Ж

свою очередь приведёт к нарушению дыхания, походки, приведёт к нарушению координации и двигательной неуверенности.

Человек, движущийся неуверенно, испытывающий затруднения в движении обязательно будет испытывать эмоциональный дискомфорт, который будет сопровождаться тревогой, неудовлетворённостью, агрессивностью и ригидностью. Будут страдать самочувствие, активность и настроение. Таким образом, будет замыкаться «порочный круг» прямой и обратной связи. Т.е. подавленное эмоциональное состояние может приводить к физической болезни и наоборот. Разрывать этот «порочный круг» можно в любом месте, чем мы с вами сейчас и займёмся.

«Алекситимия, что это такое»

Алекситимия переводится дословно с греческого – «без слов для чувств». Это – отсутствие возможности выразить эмоции в устной форме. Термин был предложен Питером Сифнеосом в 1973 году.

Алекситимия является фактором риска для возникновения психосоматических заболеваний.

Алекситимия подразделяется на первичную и вторичную.

Первичная алекситимия — дефицит эмоциональных реакций. Это врожденная, конституциональная особенность организма.

Вторичная алекситимия – отрицание эмоций.

Как одна из причин - это запрет на выражение чувств. Например, мальчику, переживающему неприятный момент жизни, говорят: «Перестань реветь, как девчонка!» Дословно это означает – не чувствуй! Девочке, которая пытается защитить себя говорят: «Как тебе не стыдно злиться, ты же девочка!». Это также является запретом на сильные чувства. Т.е. чувства обесцениваются, и человек утрачивает способность их распознавать и возможность называть словами.

## Продолжение приложения Ж

Врождённая алекситимия хуже поддаётся коррекции чем приобретённая. Но в любом случае наиболее эффективной методикой является арт-терапия.

У людей с алекситимией возникают сложности в общении, т.к. со стороны они могут казаться «непробиваемыми» в эмоциональном плане людьми, хотя это не так. Но из-за этого они порой отказываются от общения, чтобы избежать недоумения со стороны других людей.

Алекситимия, как эмоциональная безграмотность создаёт сложности не только в общении с другими людьми, но и проблемы с собственным здоровьем. Не высказанные чувства и непрожитые эмоции остаются в теле в виде напряжённых участков мышечной ткани и могут провоцировать неправильную работу заинтересованных органов. Например: подавленный гнев, злость, обида ведёт к проблемам с печенью и желчным пузырём. Поэтому, на вопрос об их чувствах они скорее будут описывать телесные ощущения, например, больно, давит, скованность.

Люди с алекситимией не могут описать словами то, что они чувствуют. Из-за этого они не понимают эмоциональных проявлений окружающих их людей. Такое непонимание часто воспринимается, как враждебность, вызов, провокация и вызывает соответствующую реакцию. Такая атмосфера внешнего недоверия постепенно уменьшает количество и качество контактов.

Редкие сновидения также считаются характерным признаком данного нарушения. Они не склонны предаваться мечтам или фантазиям.

Мир алекситимика печальный и безрадостный, поскольку одним из следствий данного отклонения является скудость жизни.

## Продолжение приложения Ж

### «Как отличить своё желание от чужого»

Желания важны, т.к. из них рождаются цели. Поэтому так важно разобраться в том, где же наши желания. Ложная цель может быть привлекательной, но приносит только разочарование.

Желание – это дверь к цели. Движение к своей цели не опустошает, а придаёт силы. Если движение к цели вызывает страдание, напряжение, дискомфорт – это может показывать, что желание было не вашим, а навязано из вне.

Реализация ваших желаний приносит благополучие именно вам и не висит на шее тяжким бременем.

Чужие цели навязываются другими людьми. Человек, дающий совет говорит о том, что хорошо именно для него, а не для вас.

Если у вас обострено чувство вины, то вами могут пытаться манипулировать с помощью слов «должен» и «надо», «в твоей помощи нуждаются». Подумайте о том, что вы должны себе и что надо вам, в чём вы нуждаетесь. Когда вы действуете исходя из «надо», то неосознанно выбираете встречу с «вашей персональной тюрьмой», т.е. ожиданиями других людей, системами убеждений, которые вы приняли когда-то давно без осмысления и критики.

Размышляя о цели, не думайте о её престижности и внешней привлекательности, сосредоточьтесь на своих внутренних ощущениях, они должны вызывать удовольствие и внутренний подъём.

Если вам ничего не хочется, значит, вы не здоровы или испытываете хроническую усталость. При хорошем здоровье хочется всего и сразу. Чтобы не ошибиться задавайте себе вопрос: «Действительно ли мне это нужно?» Единственным надёжным критерием может служить душевный дискомфорт при мысли, что ваше желание реализовалось.

Время проведения 5-7 минут.

Приложение И  
Расчёт СО после эксперимента

Расчёт суммарного отклонения (СО) в экспериментальной группе после  
эксперимента

1

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	3	1	2	5	4	7	6	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	2	1	1	1	1	1	1	0

СО=8

2

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	1	4	2	5	3	7	6	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	0	2	1	1	2	1	1	0

СО=8

3

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	1	4	2	3	6	7	5	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	0	2	1	1	1	1	2	0

СО=8

Продолжение приложения И

4

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	1	4	3	2	5	8	6	7
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	0	2	0	2	0	2	1	1

CO=8

5

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	2	4	1	3	5	6	7	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	1	2	2	1	0	0	0	0

CO=6

6

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	5	4	1	2	3	6	7	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	4	2	2	2	2	0	0	0

CO=12

7

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение приложения И

3	Место цв.в выб.испыт.	1	4	2	5	3	7	6	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	0	2	1	1	2	1	1	0

CO=8

8

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	2	4	1	5	3	7	6	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	1	2	2	1	2	1	1	0

CO=10

Расчёт суммарного отклонения (CO) в контрольной группе после  
эксперимента

1

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	3	4	2	6	1	7	5	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	2	2	1	2	4	1	2	0

CO=14

2

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение приложения И

3	Место цв.в выб.испыт.	4	5	1	2	3	6	7	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	3	3	2	2	2	0	0	0

CO=12

3

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	3	6	1	4	8	2	5	7
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	2	4	2	0	3	4	2	1

CO=18

4

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	4	7	3	1	5	2	8	6
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	3	5	0	3	0	4	1	2

CO=18

5

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	3	5	2	6	1	4	7	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	2	3	1	2	4	2	0	0

CO=14

Продолжение приложения И

6

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	4	6	3	5	1	2	7	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	3	4	0	1	4	4	0	0

CO=16

7

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	3	6	1	4	8	2	5	7
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	2	4	2	0	3	4	2	1

CO=18

8

1	Назв.цвета	кр	жёлт	зел	фиол	син	кор	сер	чёр
2	Место цв.в аутог.норме	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Место цв.в выб.испыт.	3	5	2	4	1	7	6	8
4	Откл.цв.отАН «(2-3)»	2	3	1	0	4	1	1	0

CO=12