

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 Коррекция тревожных состояний с применением приемов терапии творческим самовыражением у лиц с соматическими заболеваниями

Студент

И.П. Маркова

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный

к.псих.н. С.С. Белоусова

руководитель

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

Тольятти 2022

## Оглавление

|                                                                                                                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Введение .....                                                                                                                                                                                                          | 4   |
| Глава 1 Теоретическое обоснование проблемы коррекции тревоги у<br>лиц с соматическими заболеваниями .....                                                                                                               | 11  |
| 1.1 Проблема тревоги и тревожности в работах<br>отечественных и зарубежных авторов.....                                                                                                                                 | 11  |
| 1.2 Тревожные состояния, обусловленные соматической<br>патологией.....                                                                                                                                                  | 18  |
| 1.3 Коррекция тревожных состояний у лиц с соматическими<br>заболеваниями в различных теоретических подходах.....                                                                                                        | 25  |
| 1.4 Теоретический подход М.Е. Бурно в коррекции<br>тревожных состояний.....                                                                                                                                             | 38  |
| Глава 2 Экспериментальная работа по коррекции тревожных<br>состояний у лиц с высоким уровнем тревоги на почве соматических<br>заболеваний с использованием метода терапии творческим<br>самовыражением М.Е. Бурно ..... | 48  |
| 2.1 Организация и методы исследования .....                                                                                                                                                                             | 48  |
| 2.2 Результаты исследования уровня тревожности на<br>констатирующем этапе эксперимента .....                                                                                                                            | 55  |
| 2.3 Программа коррекции тревожных состояний у лиц с<br>высоким уровнем тревоги на почве соматических заболеваний<br>с использованием метода терапии творческим<br>самовыражением М.Е. Бурно.....                        | 58  |
| 2.4 Результаты исследования уровня тревожности на<br>контрольном этапе эксперимента.....                                                                                                                                | 82  |
| Заключение .....                                                                                                                                                                                                        | 96  |
| Список используемой литературы .....                                                                                                                                                                                    | 98  |
| Приложение А Характеристика выборки по признаку выраженного<br>напряжения психосоматических симптомов.....                                                                                                              | 111 |

|                                                                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Приложение Б Анкета для сбора социологических данных .....                                                                                                         | 113 |
| Приложение В Опросник для оценки эффективности коррекции<br>тревоги с применением приемов творческого<br>самовыражения у лиц с соматическими<br>заболеваниями..... | 114 |
| Приложение Г Материалы к занятиям по разработанному варианту<br>коррекции тревожных состояний с применением<br>приемов терапии творческим самовыражением .....     | 116 |

## Введение

**Актуальность исследования.** Наиболее распространенным психологическим состоянием, возникающим на почве соматической патологии, является тревожность. По данным разных авторов, распространенность тревожных состояний у лиц, обращающихся за профессиональной медицинской и психологической помощью, варьируется от 23% до 73% (А.Б. Смулевич, 2003). В связи с этим, актуальной задачей современной психологической науки и практики, становится своевременная диагностика и коррекция тревожных состояний у лиц с соматическими заболеваниями.

Психоэмоциональное напряжение, тревога, депрессия являются не просто психологическими состояниями человека, развивающимися в ответ на внешние стимулы. Они приводят к выраженным нарушениям в функционировании органов и систем организма (Е.И. Чазов, 2004). Таким образом, повышенный уровень тревоги, стресс становятся факторами риска развития и прогрессирования соматической патологии (А.Б. Смулевич, 2003; В.В. Ковалев, 1972; А.С. Аведисова, 2003).

На основании данных ряда исследований (Ф.Б. Березин, 1998; М.А. Бобырь, 2007; М.В. Коркина, 1987; О.С. Левин, 2017; В.Э. Медведев, 2014; А.Б. Смулевич, 2005; С. Bell, 2013; F. Zheng, 2019; K.R. Krishnan, 2002), тревожные состояния и высокий уровень тревоги имеют высокую сопряженность с такими соматическими заболеваниями, как аллергия, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхо-легочные заболевания, заболевания пищеварительного тракта, мигрень, люмбагия, нарушения обмена веществ. В то же время, достаточно распространенными являются диагнозы «вегето-сосудистая дистония» и «нейроциркуляторная дистония», характеризующиеся тем, что тревожные состояния и расстройства становятся первичными, на фоне которых развиваются вегетативные проявления.

Несмотря на выраженный дезадаптирующий характер тревоги, в современной психологической науке и практике не разработаны и не реализуются специализированные коррекционные мероприятия по снижению тревожных состояний у лиц с соматическими заболеваниями.

Своевременная диагностика и коррекция тревожных состояний могла бы рассматриваться как форма психологического сопровождения лиц с соматическими заболеваниями и фактор профилактики рецидивов (О.С. Левин, 2017).

Проблему коррекции тревоги у лиц с соматическими заболеваниями поднимали в своих работах многие исследователи (Ю.А. Александровский, 1993; В.В. Макаров, 2000). Разработано большое количество разнообразных психологических приемов и техник, помогающих преодолевать тревогу. Однако, проблема поиска наиболее эффективных методов работы с тревожными состояниями, далека от разрешения, так как большинство методов направлены на симптоматическую помощь при доказанной недостаточности симптоматических подходов в коррекции тревожных состояний (А.М. Прихожан, 2000). Показано также участие конституциональных личностных акцентуаций в формировании тревожных расстройств (А.Б. Смулевич, 2003; Э. Кречмер, 2015).

Анализ актуальности исследуемой проблемы позволяет определить несоответствие между высокой потребностью в своевременной коррекции тревоги у лиц с соматической патологией и недостаточно разработанными подходами для решения существующей проблемы.

На основании выявленного противоречия сформулирована проблема исследования: возможности применения метода терапии творческим самовыражением для коррекции высокого уровня тревоги у лиц с соматическими заболеваниями.

**Объект исследования:** тревожные состояния личности.

**Предмет исследования:** коррекция тревожных состояний методом терапии творческим самовыражением у лиц с высоким уровнем тревоги на почве соматических заболеваний.

**Цель исследования:** разработать и оценить эффективность коррекции тревожных состояний методом терапии творческим самовыражением М.И. Бурно (ТТСБ) для коррекции у лиц с высоким уровнем тревоги на почве соматических заболеваний.

**Гипотеза исследования:** мы предполагаем, что тревожные состояния на почве соматических заболеваний, возможно, скорректировать, применяя метод терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно.

Достижение творческого вдохновения, чувства обретенного смысла собственной жизни с переживанием целительного эмоционального стресса, поможет человеку подняться над болезнью, более осознанно контролировать свою роль в процессе выздоровления, а также может применяться в качестве психопрофилактического подхода для уменьшения частоты обострений симптомов заболевания.

Для достижения поставленной цели исследования предусматривается решение следующих **задач:**

- провести анализ научной литературы по проблеме исследования;
- сформировать выборку исследования по критерию наличия соматического заболевания и соответствующих психосоматических жалоб;
- изучить уровень личностной и ситуативной тревожности у лиц с соматическими заболеваниями, а также самооценку депрессивного состояния;
- разработать коррекционный вариант метода терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ) для лиц с высоким уровнем тревоги на почве соматических заболеваний;

- оценить эффективность разработанного варианта коррекции на основе изучения динамики экспериментально-психологических данных и форм обратной связи;
- выделить основные особенности разработанного варианта коррекции, а также установить показания и противопоказания к его применению.

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

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

Психодиагностические методы (Психодиагностические опросники: 1) Анкета для сбора социологических данных; 2) Гиссенский опросник психосоматических жалоб; 3) Шкала диагностики ситуационной и личностной тревожности (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) Спилбергера-Ханина; 4) Шкала самооценки депрессии Зунге (Zung Self-Rating Depression Scale, адаптированная Т.И. Балашовой); 5) Шкала самооценки «Самочувствие, активность, настроение»; 6) Опросник для оценки эффективности коррекции тревоги с применением приемов творческого самовыражения у лиц с соматическими заболеваниями, составленный на основе опросника для оценки эффективности метода терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (из методических рекомендаций Минздрава СССР, 1988); 7) Краткий характерологический опросник (М.Е. Бурно, 2007).

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

**Опытно-экспериментальной базой** исследования является Государственное бюджетное учреждение Самарской области «Самарский

областной геронтологический центр». В исследовании приняли участие испытуемые в возрасте от 20 до 65 лет в количестве 60 человек – 40 человек экспериментальная группа, 20 – контрольная. Возраст испытуемых соответствовал, согласно классификациям, приведенным Г. Крайгом, трем периодам взрослости: 20-40 лет – ранняя взрослость, 40-60 лет – средняя взрослость, 40-65 лет – период перехода к поздней взрослости, когда у взрослого человека еще не проявились проблемы с физическим здоровьем, обусловленные процессом старения, сохранены скорости выполнения физических и умственных реакций, сохранена эффективность обучения и резервные возможности развития [46].

**Научная новизна исследования.** Разработан и предложен психокоррекционный вариант клинико-психотерапевтического метода терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ) для смягчения тревожных состояний у лиц с высоким уровнем тревоги на почве соматических заболеваний. Предложены способы оценки эффективности данного варианта коррекции.

**Теоретическая значимость.** Предложены эмпирически обоснованные мишени для психокоррекции тревожных состояний у лиц с высоким уровнем тревоги на почве соматических заболеваний. Результаты работы могут составлять теоретико-методологическую основу дальнейших исследований в области данной проблематики.

**Практическая значимость.** Обнаружены возможности помощи лицам с соматическими заболеваниями, переживающими тревогу, вариантом метода терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ). Разработана технология варианта коррекции тревоги, описаны показания и противопоказания к применению. Обучение элементам варианта метода позволяет использовать данный подход в качестве средства самопомощи.

**Научная достоверность** результатов и обоснованность выводов исследования обеспечены использованием современной методологии научного познания; последовательной реализацией исходных теоретических

положений и терминологического аппарата исследования, основанного на фундаментальных отечественных и зарубежных исследованиях в области медицины, философии и психологии; использованием методов исследования, адекватных его задачам; репрезентативностью выборки; применением методов математической статистики; всесторонней проверкой достоверности полученных результатов при их обсуждении на конференциях различного уровня.

**Личное участие автора** исследования заключалось в разработке экспериментального плана, выборе методик для проведения эмпирической части, диагностической и психолого-развивающей работе с испытуемыми.

**Апробация результатов исследования.** Материалы диссертационного исследования были представлены автором на научно-практических конференциях (2020, 2021, 2022 г.г.)

**Положения, выносимые на защиту:**

- лицам, страдающим соматическими заболеваниями, присущи повышенная тревожность, изменения эмоционального состояния, способные провоцировать обострение симптомов заболевания;
- разработанный краткосрочный вариант коррекции тревоги с использованием приемов творческого самовыражения у лиц с соматическими заболеваниями способен помочь оживить эмоциональную и мотивационную сферы, обрести элементы творческого воодушевления, свойственного конкретному мироощущению человека, научить использованию творческих приемов самопомощи для смягчения тревожных состояний;
- особенностями варианта коррекции тревожных состояний с использованием приемов творческого выражения являются: 1) краткосрочность курса занятий в связи с необходимостью получения быстрого положительного результата у пациентов; 2) избегание актуализации психотравмирующих переживаний для исключения провокации обострения соматических симптомов; 3) упрощение

методик терапии творчеством для облегчения усвоения приемов и дальнейшего самостоятельного использования; 4) изучение разницы в мироощущениях (реалистическое, идеалистическое, смешанное) для дальнейшего поиска созвучного себе; 5) изучение особенностей конституциональных (естественных) вегетативных реакций у представителей разных характеров;

– психологическая помощь в виде комплекса коррекционных мероприятий может применяться самостоятельно в качестве психопрофилактического подхода для уменьшения частоты обострений симптомов заболевания.

**Структура и объем магистерской диссертации.** Работа состоит из введения, двух глав, выводов, заключения, списка используемой литературы (121 наименование), 4 приложений. Текст иллюстрирован 7 таблицами и 7 рисунками.

## **Глава 1 Теоретическое обоснование проблемы коррекции тревоги у лиц с соматическими заболеваниями**

### **1.1 Проблема тревоги и тревожности в работах отечественных и зарубежных авторов**

Исследованию проблем тревоги и тревожности посвящено множество работ как отечественных (В.Н. Мясищев, 1960; Н.Д. Левитов, 1969; Р. Лазарус, 1970; Ю.М. Ханин, 1976; Ф.Б. Березин, 1988; А.М. Прихожан, 1996; А.Б. Смулевич, 1997; Ю.А. Александровский, 2000; А.С. Аведисова, 2007; В.Е. Медведев, 2013; Е.И. Чазов, 2014; и другие), так и зарубежных (С. Кьеркегор, 1844; З. Фрейд, 1925; А. Адлер, 1927; Г. Селье, 1936; К. Хорни, 1937; Ч. Спилбергер, 1955; Дж. Тейлор, 1956; В. Франкл, 1990; и другие) авторов. В исследованиях тревожности выделяют физиологическое, клинко-психологическое, философско-психологическое, психологическое направления [4, 5, 73].

Несмотря на широкую представленность в научной литературе понятий «тревога» и «тревожность», сохраняется много неясностей в понимании этой темы. Многие исследователи, употребляют термин «тревога» в двух основных взаимосвязанных значениях, относящихся к различным понятиям [5, 7]. Для анализа проблемы необходимо дать определения этих понятий.

Согласно определению, данному в «Большом психологическом словаре», «тревога – это переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, предчувствием грозящей опасности» [66]. Согласно определениям других авторов, под тревогой понимаются отрицательные эмоциональные переживания, не связанные с конкретными событиями. Тревога всегда направлена в будущее и связана с ожиданием чего-то опасного. Тревога возникает в тех ситуациях, когда существует дефицит информации, может предполагаться неблагоприятное развитие событий, существует дефицит информации. Тревога отличается от страха

своим генерализованным характером, беспредметностью переживания при отсутствии объективной угрозы. Источник опасности при тревоге, как правило, не осознается. В большинстве случаев причиной тревоги является ожидание поражений в сфере социального взаимодействия. Страх, в отличие от тревоги, представляет собой реакцию на конкретную, реальную опасность [23, 74, 75].

Ряд авторов разделяет понятия «тревога» и «тревожность», ссылаясь на определения Ч. Спилбергера. В большинстве случаев термин «тревога» употребляется для описания неприятного эмоционального состояния или внутреннего условия, характеризующегося субъективными ощущениями беспокойства, мрачных предчувствий. В тех случаях, когда ситуация несет в себе угрозу, неопределенную опасность, а также ожидание негативной оценки, отрицательного отношения к себе, угрозы своему самоуважению, может развиваться состояние тревоги [3, 87].

Впервые понятие тревожности было введено в психологию З. Фрейдом (1925), отделившим страх перед чем-либо конкретным от тревожности – страха неопределенного, иррационального, неконтролируемого, глубинного. Подобное разделение было введено С. Кьеркегором и проводится в философии экзистенциализма [21, 80]. В психоаналитическом подходе возникновение тревожности объясняется ослаблением защитных механизмов в отношении ранее вытесненных в подсознание болезненных импульсов, мыслей, действий, воспоминаний. В том случае, если защитным механизмам не удастся удержать мысли или воспоминания в подсознании, они прорываются на поверхность вместе с тревогой. Таким образом, тревога выполняет защитную функцию, запуская работу механизма вытеснения и ограждая тем самым человека от болезненных переживаний [38, 86].

В индивидуальной теории личности А. Адлер рассматривал тревогу как симптом невроза, развившегося в результате неправильного воспитания в детстве. Вследствие постоянного ощущения угрозы собственной самооценке,

сопровождающегося повышенной чувствительностью, у таких людей развивается повышенная тревожность [54, 86].

В социокультурной теории личности К. Хорни тревога видится как результат нарушенных отношений между родителями и ребенком. В том случае, если ребенок был лишен родительского принятия, ощущения безопасности, у него развивается агрессивность по отношению к родителям, которая со временем трансформируется в базальную тревогу [86, 107].

Функция тревоги заключается не только в предупреждении субъекта о возможной опасности, но и в побуждении к поиску и конкретизации этой опасности. Охранительная функция тревоги связывается с изменением характера поведенческой активности с включением интрапсихических механизмов адаптации. Уменьшение интенсивности тревоги воспринимается как достаточная и адекватно реализуемая для адаптации форма поведения [10, 95].

Выделяют тревогу «объективную» при наличии ситуации угрозы и «неадекватную» тревогу, проявляющуюся при нейтральных, неугрожающих условиях.

С физиологической стороны тревога проявляется активацией автономной нервной системы, что фиксируется рядом симптомов: усиление сердцебиения, учащение дыхания, повышение артериального давления, увеличение минутного объема циркуляции крови, повышение общей возбудимости, снижение порога восприятия. На психическом уровне тревога проявляется в ощущениях напряжения и озабоченности, бессилия и беспомощности, неуверенности в себе и преувеличении опасности внешних факторов. На поведенческом уровне тревога дезорганизует человека, проявляясь беспокойством, суетливостью, нарушая направленность деятельности и снижая ее продуктивность.

К. Хорни высказала предположение о том, что тревога не всегда может осознаваться людьми, оставаясь при этом определяющим фактором их жизни. Тревога, являясь трудно переносимым аффективным состоянием,

запускает работу защитных психологических механизмов, позволяя человеку избавиться от нее. Защитные реакции включаются у человека и от понимания того, что им руководит иррациональное чувство, воспринимаемое как сигнал того, что с человеком не все в порядке. Основными защитными реакциями на тревогу являются: рационализация, превращающая тревогу в рациональный страх; отрицание с устранением тревоги из сознания; наркотизация; избегание всех ситуаций, мыслей и чувств, несущих в себе потенциал возникновения тревоги. На бессознательном уровне реакция избегания тревоги может принимать форму внутренних запретов. Целью запретов является избавление человека от тревоги. В таком случае тревога может скрываться за внешне рациональными и обоснованными страхами, за потребностью в алкоголизации и наркотизации, за неспособностью выполнять какое-либо дело и получать от него удовольствие [79, 107].

Различают ситуативную тревогу (ситуативная тревожность), возникающую у субъекта в текущий момент определенной опасности, и личностную тревогу (тревожность) как повышенную склонность испытывать тревогу из-за реальных и воображаемых опасностей [50, 86, 96].

Ситуативная тревожность может быть определена как временное эмоциональное состояние или реакция человека на фрустрирующие ситуации, которые личность воспринимает как угрожающие. Ситуативная тревожность характеризуется различной интенсивностью, наличием неприятных осознаваемых переживаний, изменчивостью во времени [7, 49].

Под тревожностью (личностная тревожность) понимают индивидуальную психологическую особенность, которая проявляется в склонности к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения. Рассматриваются такие аспекты тревожности как, личностное образование, параметр индивидуального различия или как свойство темперамента. Тревожность как свойство темперамента объясняется конституцией человека со слабостью нервных

процессов, которые обуславливают низкий порог возникновения тревоги [23, 66, 75, 86].

Личностная тревожность является устойчивым индивидуальным свойством, характеризующимся готовностью к повышенной ситуативной тревожности в ситуациях, когда нет большой опасности, однако индивид воспринимает их как угрожающие [70, 94, 96].

Тревожность как черта личности, как свойство характера проявляется постоянно настороженным и подавленным настроением, переживанием тревоги в обычных жизненных ситуациях, не несущих в себе объективной угрозы. Человек, склонный к тревожному состоянию, воспринимает окружающий мир как враждебный, в связи, с чем затрудняются контакты на социальном уровне [18, 45, 50].

Существуют мнения, согласно которым часто и интенсивно переживаемые состояния тревоги могут влиять на формирование у человека тревожности как личностного качества. В таких случаях тревожность можно рассматривать как устойчивое личностное образование, которое может в течение длительного времени сохраняться. Тревожность может проявляться в определенных поведенческих реакциях, реализующих защитные компенсаторные механизмы [70, 80, 103].

Связь характерологических свойств, в том числе тревожности, телосложения представителей разных характеров с предрасположенностью к развитию тех или иных психосоматических заболеваний подробно рассматривали в своих работах «Строение тела и характер» Э. Кречмер и «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» П.Б. Ганнушкин [22, 48, 116].

Многие исследователи считают тревожность конституциональным свойством. Так Л.Н. Собчик отмечает способность конституциональной повышенной тревожности приводить к формированию индивидуально-личностной черты, легко перерастающей в состояние тревоги при

неблагоприятных факторах [91]. Обнаружена связь тревоги с показателями шизотимии, сентиментальности, негативизма, озабоченности [6, 118].

Ряд исследователей утверждает, что тревожность является неотъемлемым свойством личности для некоторых акцентуаций характера. Описана тревожность, чрезмерная мнительность, ипохондричность как свойство акцентуаций астенического (астено-невротического) круга, психастенического типа, ананкастного (педантическая личность) типа [14, 18, 20, 24, 51, 52, 77]. Отмечается, что именно акцентуации в ситуации соматического страдания влияют на внутреннюю картину болезни [24, 90].

По мнению ряда авторов, необходимо четко разделять понятия тревоги и страха. Другие же видят ненужным это разделение. Существует также мнение, согласно которому тревога является сложным эмоциональным состоянием, включающим в себя базовую эмоцию страха и одну или несколько других эмоций (вина, стыд, страдание, гнев) [32, 86]. Согласно критерию, введенному К. Ясперсом, тревога развивается без связи с каким-либо стимулом, страх же всегда связан с определенным стимулом и объектом [86].

Тревога рассматривается как беспредметная, поскольку причина, вызывающая ее остается неизвестной. Для возникновения тревоги зачастую нет никаких объективных причин, страх же всегда вызывается конкретной причиной. Тревога вызывает эмоциональную реакцию гораздо большей интенсивности, чем величина стресса, ее породившего. Интенсивность эмоциональной реакции при страхе всегда пропорциональна силе стрессового воздействия. Тревога может оставлять человека в бездействии. Страх же всегда запускает двигательную реакцию [5, 69, 86].

Несогласие по поводу несоответствия при тревоге интенсивности эмоциональной реакции на силу воздействия высказывает К. Хорни. По ее мнению, тревога является «адекватной реакцией на скрытую опасность». Интенсивность тревожной реакции будет пропорциональна тому смыслу, который человек вкладывает в определенную ситуацию [107].

По мере нарастания интенсивности состояния тревоги происходят закономерные изменения эмоциональных состояний, которые Ф.Б. Березин определил как феномен явлений тревожного ряда. В своей концепции Ф.Б. Березин отразил внутренние переживания тревожной личности. Была сформирована градация тревожного ряда, включающая шесть уровней. При минимальной степени тревожности возникают ощущения внутренней напряженности, настороженности, дискомфорта. Первый уровень тревожного ряда имеет наибольшую адаптационную значимость. Второй уровень характеризуется гиперестезическими реакциями, которые проявляются недифференцированным реагированием в виде раздражительности. При возрастании тревожности до третьего уровня раздражительность сменяется собственно тревогой как переживанием неопределенной опасности. На четвертом уровне, возрастая, чувство неопределенной опасности связывается с определенными предметами, приобретая конкретное звучание в виде страха. Нарастая до пятого уровня, тревога проявляется в ощущении «неотвратимости надвигающейся катастрофы». Шестой уровень явлений тревожного ряда – тревожно-боязливое возбуждение. Максимальное переживание тревоги проявляется дезорганизацией поведения и деятельности [10].

В общемедицинской сети актуальна проблема недооценки тревожных расстройств. Отсутствие диагностики и адекватной коррекции тревоги могут быть причинами трудностей при лечении соматических заболеваний, а также факторами их прогрессирования. Особую роль тревога играет в возникновении и прогрессировании заболеваний сердечно-сосудистой системы. Высокий уровень катехоламинов при тревожном состоянии усиливает дисфункции сердечно-сосудистой системы, приводя к нарушениям сердечного ритма, ишемии миокарда, провоцирует возникновение острого инсульта. Утяжеляется течение сахарного диабета и метаболического синдрома [12, 49]. Активация симпатoadреналовой системы способствует повышению частоты сердечных сокращений, артериального давления, агрегации тромбоцитов. Активация

гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы запускает процессы воспаления, свертывания крови, ведет к нарушению циркадных ритмов, снижению эффективности механизмов иммунологической защиты [39, 84, 96, 114]. Активация неспецифической ретикуло-гиппокампальной способствует возникновению гиперестезических реакций. При их появлении обычные телесные ощущения начинают привлекать к себе внимание, восприниматься как болезненные. Расстройство восприятия приводит к неадекватной интерпретации соматических ощущений с обострением ипохондрических расстройств [106].

Эмоциональный стресс мобилизует работу всех систем организма, вызывая типичные изменения гуморальной регуляции и вегетативных реакций. Если человек подвергается хроническому воздействию стрессогенных факторов, транзиторные физиологические реакции со временем могут способствовать развитию различных психопатологических расстройств и органических соматических заболеваний [1, 11].

## **1.2 Тревожные состояния, обусловленные соматической патологией**

По данным разных авторов, от 30 до 70% лиц, обращающихся за помощью в многопрофильные лечебные учреждения с соматическими жалобами, по сути, страдают психосоматическими заболеваниями и нуждаются в психиатрической и психотерапевтической помощи [85, 99]. Большое количество исследований, проведенных в России и за рубежом, показывают наличие симптомов тревожных и депрессивных расстройств у пациентов, обращающихся за помощью в учреждения первичной медицинской сети [47]. Часто обращений людей с выявленными тревожно-депрессивными расстройствами в амбулаторное или стационарное звено медицинской помощи в 1,7 раза превышает количество пациентов без эмоциональных расстройств. Наибольшее значение среди эмоциональных

расстройств, встречающихся у лиц с соматическими заболеваниями, имеют тревожные, депрессивные и соматоформные. Вызывая психосоциальную дезадаптацию, эмоциональные расстройства еще более повышают уровень стресса у индивидов, способствуя утяжелению течения соматических заболеваний. Такие факторы развития общества как урбанизация, увеличение плотности населения, ослабление социальной поддержки способствуют распространению тревожно-депрессивных расстройств среди населения [25].

По данным ряда авторов, депрессия встречается у 22–33% лиц, обращающихся в первичную медицинскую сеть. Симптомы депрессии становятся основной причиной 10–20% обращений к врачам первичного звена. Распространенность депрессии среди больных тяжелыми соматическими заболеваниями достигает 20–60%. Симптомы депрессии обнаруживаются у 45-95% пациентов при их целенаправленном обследовании [47, 117, 120, 121].

Депрессия – психопатологическое состояние, характеризующееся сочетанием подавленного настроения и снижения психической и двигательной активности с соматическими вегетативными симптомами. Врачам общемедицинской практики чаще приходится встречаться не с классическими проявлениями депрессии, а с соматизированными. Соматизированная (маскированная, вегетативная, ларвированная) депрессия проявляется широким разнообразием симптомов. Такие симптомы, как бессонница, головная боль, головокружение, нарушение аппетита, боли в различных участках тела, могут служить лишь маской депрессивного состояния. Соматизированные депрессии могут проявляться нарушениями биологических ритмов, болевыми синдромами, сердечно-сосудистыми дисфункциями, вегетативными и эндокринными расстройствами. Ряд психопатологических расстройств, таких как нарушение влечений, истерические реакции, асоциальное поведение, также могут быть проявлением депрессии. В случае соматизированной депрессии человек, как

правило, не осознает наличие эмоционального расстройства, а убежден в существовании тяжелого заболевания, недостаточной диагностики или некомпетентности врача [88].

Дистимия – является хроническим состоянием, характеризующимся жалобами астенического характера. При дистимии отмечается пониженный фон настроения на протяжении дня, повышенная утомляемость, снижение работоспособности вследствие нарушения концентрации внимания. Люди предъявляют жалобы на разнообразные нарушения сна и аппетита. В социальном взаимодействии обнаруживает себя заниженная самооценка [101].

Также часто встречающимся у лиц с соматическими заболеваниями аффективным нарушением являются тревожные расстройства. Симптомы тревоги беспокоят от 30 до 40% больных, приходящих на прием к врачам общей медицинской практики. Невыраженные субклинические состояния встречаются у 76% индивидов. Тревожные расстройства в общей медицине представлены широким спектром психопатологических состояний, отражающим как клиническую гетерогенность тревожных симптомокомплексов, так и двунаправленное взаимодействие тревоги и соматической патологии [47, 93].

Наиболее часто встречающимся тревожным расстройством является расстройство адаптации. Расстройство адаптации связано с воздействием стрессовых событий, происходящих в жизни человека. Такие ситуации, как потеря близкого человека, потеря работы, тяжелое заболевание, развод и другие, ведут к значительным изменениям в жизни, приводя к развитию расстройства адаптации.

В рамках расстройства адаптации рассматривают сравнительно кратковременные нозогении (нозогенные реакции) с тревожно-фобическими и депрессивными синдромами. Нозогенные реакции – это психопатологически завершенные психогенные расстройства, связанные с обстоятельствами соматического заболевания. В общеврачебной практике

нозогении встречаются с частотой от 15 до 90% от общего числа больных соматического стационара. Тревога выступает в качестве ключевого психопатологического образования в рамках нозогенных реакций. К основным психогенным факторам возникновения и течения нозогений относятся: стресс, связанный с манифестацией соматического заболевания; тяжесть диагноза; изменения обстановки, связанные с диагностическими процедурами, изоляцией и другие) [1, 27, 87, 90].

Наибольшую актуальность в первичном медицинском звене имеет генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Риск заболеть ГТР в течение жизни колеблется от 5 до 10%. ГТР возникает после стрессовых ситуаций, может приобретать волнообразное течение, обостряясь после очередных стрессов. Чаще ГТР развивается на фоне имеющихся соматических заболеваний, у женщин и неработающих [47].

В кардиологической практике часто встречается паническое расстройство, проявляющееся вегетативными (паническими) приступами. Исследования показали, что у страдающих ишемической болезнью сердца панические расстройства встречаются в 53% случаев. Установлено, что среди посетителей общесоматической сети паническое расстройство выявляется гораздо чаще, чем в общей популяции [101].

К распространенным клиническим формам тревожных расстройств относят так называемые соматоформные расстройства – органические неврозы, стойко персистирующие болезненные симптомы в рамках топической проекции одного органа или системы на соматически измененной почве. В клинической картине на первый план выходят вегетативные симптомокомплексы, сопоставимые с синдромами соматической патологии при наличии субклинических морфологических аномалий. Эмоциональные проявления в таких случаях принимаются, как правило, за естественную психологическую реакцию на соматическое заболевание. Соответственно, выделяются кардионевроз, кардиоспазм, синдромы гипервентиляции (психогенная одышка), «раздраженного» желудка, «раздраженной» толстой

кишки, «раздраженного» мочевого пузыря. Сочетание соматоформных и тревожно-депрессивных расстройств достигает 90%. В общесоматической сети частота выявления соматоформных расстройств составляет от 10 до 26% [47, 88].

Другим расстройством, встречающимся в системе первичной медицинской помощи более, чем в 8,0% случаев, является соматизированное расстройство. К соматизированному расстройству относят болезненные состояния, продолжающиеся более двух лет и характеризующиеся постоянно беспокоящими человека разнообразными симптомами (боль в разных частях тела, дискомфорт в области сердца, перепады артериального давления и другие) [47].

Клинические проявления тревоги отличаются широкой вариабельностью. Выделяют две группы тревожных симптомов: психические и соматические. К психическим симптомам тревоги относят такие, как постоянное или периодически возникающее чувство тревоги, страх за свое здоровье и жизнь, ощущение внутреннего напряжения, волнение без причины, суетливость, рассеянность внимания, быстрая утомляемость, нарушения сна, страхи. Соматические проявления тревоги проявляются в виде патологических телесных ощущений в различных органах и системах, варьирующихся по интенсивности от субъективно малозначимых (потливость, ощущение покалывания в коже, похолодание конечностей и другие), до выраженных. Возможны преходящие и мигрирующие функциональные нарушения деятельности внутренних органов и систем (тахикардия, психогенный кашель, дисфункции голосовых связок, дискинезии желчных путей и другие). Наиболее часто встречаются такие вегетативные симптомы, как тахикардия, нарушение ритма сердечной деятельности, повышение артериального давления (АД), ощущение нехватки воздуха, дрожь в теле, сухость во рту, потливость, приливы жара или холода, ощущение «кома» в горле, тошнота, вздутие живота, диарея, боли в животе,

частые позывы на мочеиспускание, головокружение, предобморочные состояния, мышечные боли различной локализации.

Тревожные состояния могут развиваться приступообразно, что характерно для панического расстройства, соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (ВНС) и специфических фобий. Постоянный характер тревоги свойственен генерализованному тревожному расстройству и расстройству адаптации по тревожно-депрессивному типу.

По данным разных авторов, коморбидность тревоги и депрессии составляет 40-80%. в связи с тем, что в клинических проявления тревоги и депрессии много общего, на практике бывает сложно различать эти состояния [67]. Тревножно-депрессивные расстройства негативно влияют на качество жизни людей, страдающих соматическими заболеваниями, ухудшают их физическую и психологическую адаптацию, приводят к нарушению взаимодействий в социальной сфере [89]. От наличия тревожно-депрессивных расстройств у страдающего соматическим заболеванием зависит его приверженность лечению, соблюдение режима и диеты, выполнение рекомендаций врача [47].

Врачи первичного медицинского звена довольно редко встречаются с типичными проявлениями тревожно-депрессивных расстройств, затрагивающими преимущественно эмоциональную сферу. Человек, как правило, предъявляет врачу соматического профиля жалобы на разнообразные соматические и вегетативные симптомы, маскирующие тревожно-депрессивное расстройство [101]. Сосуществование симптомов тревожно-депрессивного расстройства и различных форм соматической патологии вызывает значительные затруднения в постановке диагноза. Трудности в диагностике тревожно-депрессивных расстройств врачами соматического профиля обычно связаны со сложной клинической картиной. Симптомы соматического заболевания, как правило, сочетаются с симптомами тревожно-депрессивного расстройства, остающегося не выявленным врачами первичного звена. В результате человек получает

лечение только соматического заболевания. Тревожные расстройства и соматические заболевания находятся в реципрокных отношениях: каждое из них способствует прогрессированию и утяжелению другого [92].

Зачастую приуменьшается клиническая значимость аффективных и других психических проявлений у пациентов. Врачи соматического профиля зачастую рассматривают проявления депрессии и тревоги как обязательные симптомы соматического заболевания [47].

Говоря о коморбидности тревожно-депрессивных расстройств с соматическими (преимущественно психосоматическими) заболеваниями, стоит остановиться на понимании термина «психосоматика» с точки зрения медицины.

Появление термина «психосоматика» в 1818 году связывают с именем немецкого врача Иоганна Хайнрота, обозначавшего взаимосвязи телесных и душевных недугов. Понятие «психосоматическая медицина» было введено австрийским психоаналитиком и врачом Феликсом Дойчем в 1922 году. Один из основателей психосоматической медицины Франц Александер в 1950 году вывел классическую семерку психосоматических заболеваний: артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, бронхиальная астма, язвенный колит, нейродермит [2].

В современной медицине раздел психосоматики не ограничивается «классической семеркой заболеваний», в возникновении которых определяющую роль играет психический фактор. Говоря о психосоматике, имеют в виду также функциональные соматические, точнее – соматоформные расстройства (органные неврозы), соматизированные расстройства, патологические психогенные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием, а также соматопсихические акцентуации и расстройства личности с соматическими реакциями [44, 88, 93].

Существуют различные взгляды на определение и концепции психосоматических расстройств в зависимости от теоретических и научно-практических подходов. Однако остается нерешенным вопрос о доле участия соматического и психического (душевного) вклада в происхождение, течение, прогноз и лечение психосоматического расстройства [65].

Тревога, достигая определенного порога, существенно меняет качество жизни человека, дезадаптирует его, вызывает манифестацию или обострение соматических заболеваний. Именно поэтому психотерапия, психологическая коррекция являются важной частью лечения психосоматических заболеваний [1]. Для оказания адекватной помощи человеку, лечение соматического заболевания должно включать в себя психологическую помощь, направленную на быстрое уменьшение симптомов тревожно-депрессивного состояния. Для закрепления устойчивых ремиссий необходима также долгосрочная психологическая помощь, помогающая компенсировать слабые стороны личности, акцентуации характера [31, 43].

### **1.3 Коррекция тревожных состояний у лиц с соматическими заболеваниями в различных теоретических подходах**

Тревога оказывает отрицательное дезорганизирующее влияние на личность, затрудняет реальную оценку ситуации [4, 5, 81]. Отсутствие адекватного восприятия различных жизненных аспектов осложняет процесс лечения, влияя на процесс взаимодействия страдающего человека с врачом, отношение к своему здоровью и болезни. Уменьшение уровня тревоги необходимо для формирования адекватного отношения к болезни (внутренняя картина болезни), для адекватных отношений с врачом, необходимых для успешного лечения [81]. Диагностика и коррекция тревожных состояний могут рассматриваться как форма первичной профилактики соматических заболеваний [49].

Психологической наукой и практикой разработан достаточно большой набор техник и приемов, помогающих преодолевать тревожные состояния. Для коррекции тревоги используются различные варианты рациональной, экзистенциально-гуманистической, семейной терапии, когнитивно-поведенческой, психодинамической. Коррекция тревожных состояний может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме [33, 49].

Наиболее распространенным методом лечения и коррекции тревожных расстройств является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). КПТ, основанная на павловских условных рефлексах, когнитивном научении, изначально разрабатывалась А. Беком для краткосрочной терапии эмоциональных расстройств. КПТ была официально признана эмпирически подтвержденным методом лечения и коррекции состояний, связанных с тревогой и депрессией [37, 105, 119].

Когнитивные и поведенческие методы, применяющиеся в подходе, оказывают воздействие не только на симптомы, но и так называемые «когнитивные схемы», или убеждения, которые контролируют поведение. Корректирующее воздействие направлено на когнитивную составляющую негативных эмоций и производится путем изменения мыслительных паттернов, вызывающих неадаптивные эмоциональные реакции [105]. Таким образом, коррекционная работа затрагивает сразу два уровня – уровень проявления проблемы и уровень лежащей в основе проблемы схемы [9].

Когнитивная терапия представляет собой организованное, систематическое психологическое лечение, которое учит людей изменять мысли, убеждения и отношения, играющие важную роль в возникновении негативных эмоций. Изменение эмоционального мышления и убеждений происходит с помощью систематического оценивания и планирования поведения для ослабления проблемных состояний тревоги и депрессии [9, 36, 37]. В процессе самоисследования улучшается самопонимание, накапливаются знания о функционировании собственной психики, развиваются навыки в понимании глубоких структур, лежащих в основе

дисфункциональных реакций, моделей поведения. Человек учится самоуправлению эмоциональными реакциями, что приводит к улучшению состояния, изменению внутренней картины болезни с фиксацией внимания на своей роли в формировании и поддержании болезненного процесса, созданию мотивации к психологической работе [105].

КПТ рассматривает когнитивные процессы (мысли, мысленные образы, воспоминания), эмоции и действия как взаимосвязанные. Изменения в одной из когнитивных областей влияют на другие области. Изменение представления о ситуации как угрожающей на безопасную ведет к уменьшению тревоги. Считают, что для лечения болезненного состояния необходимо выявлять глубинные проблемы, Я-концепции, порождающие дисфункциональные чувства и поведение, определяющие искаженные суждения. Однако, в процессе психотерапевтической работы на этапе понимания необходимости изменений в своем восприятии и поведении повышается уровень тревоги, что может вести к обострению соматических расстройств [9].

Основным принципом КПТ является создание безопасной и доверительной обстановки сотрудничества. Различаются подходы КПТ к коррекции тревоги в зависимости от ее выраженности. В остром периоде выраженного тревожного состояния воздействие направлено на быстрое смягчение симптомов. При хроническом состоянии тревоги и медленных изменениях в системе убеждений требуется прояснение специфической чувствительности пациента на конкретные ситуации [9].

В КПТ используют множество техник и приемов, направленных на изменение убеждений. Для расширения психологического кругозора прибегают к библиотерапевтическому подходу (чтение книг по самопомощи). Ведение дневника и выполнение письменных упражнений используют для самосовершенствования, для развития объективного восприятия, управления эмоциями, уменьшения ненужного напряжения. Для преодоления тревоги научаются приемам релаксации, аутотренинга,

контролируемого дыхания, биологической обратной связи. Обучаясь навыкам объективного самонаблюдения, заменяют ими катастрофическое мышление, учатся отделять реальные тревоги от преувеличенных, преодолевают паттерны тревоги, разрывают порочные круги тревоги. Обращаются к природе для достижения спокойствия, расслабления, регуляции эмоциями. Применение КПТ в коррекции эмоциональных состояний требует тщательного планирования психокоррекционных шагов, поэтапного и скрупулезного выполнения заданий [37, 49, 115].

Разработано множество вариантов коррекции тревоги у лиц с соматическими заболеваниями, соматоформными расстройствами, обобщая которые можно обозначить этапность проведения КПТ у этих групп. На подготовительном этапе проводится диагностика состояния человека, предварительное информирование его о сути терапевтического процесса, обозначается основная проблема. Рассматриваются когнитивные схемы, поддерживающие дисфункциональные процессы. Выделяются важные жизненные события, оказавшие влияние на формирование глубинных установок. На следующем этапе проводится психообразовательная работа, в процессе которой выстраивается модель патологии с опорой на адекватную информацию о происхождении и течении расстройства, возможностях лечения и необходимости активной включенности самого индивида в процесс выздоровления. На основном этапе работы производится когнитивная реструктуризация, направленная на коррекцию когнитивных искажений, эмоциональных реакций, поведенческих особенностей. Формируется адекватное отношение к своему состоянию. На этапе закрепления достигнутых изменений проводится работа по профилактике рецидивов [76].

Близкий к КПТ подход – рационально-эмоциональная поведенческая терапия (РЭПТ) для коррекции тревоги использует в практике как когнитивные и эмоциональные, так и поведенческие методики. Согласно концепции РЭПТ, в развитие психологических эмоциональных расстройств

вносит важный вклад биологическая тенденция мыслить иррационально и дисфункционально. РЭПТ опирается на другую биологическую тенденцию – пользоваться волей к выбору и работать над изменением своего иррационального мышления и образа действий. РЭПТ сосредоточена на конкретном человеке с его уникальными способностями самостоятельно создавать свои убеждения и верить в них [109, 110].

Рациональная психотерапия основывается на применении разъяснения и логического убеждения человека, которому объясняются причины и механизмы развития имеющихся у него симптомов, возможности и цели проводимой терапии. Основоположник рациональной психотерапии Поль Дюбуа считал, что в основе любого чувства лежит логическое начало, на которое можно воздействовать убеждением. Рациональная терапия опирается на способности индивида к логике, сопоставлению, доказательству. Мишенью метода является мир представлений человека, прежде всего искаженная внутренняя картина болезни, являющаяся значимым источником стрессовых переживаний больного человека. В процессе терапии снимается неопределенность в отношении к болезни, происходит коррекция противоречий в представлениях о болезни [15].

В проведении рациональной терапии выделяют несколько этапов. Первый этап посвящен объяснению сущности заболевания, его причин с учетом психосоматических взаимосвязей. На втором этапе путем убеждений производится коррекция когнитивных и эмоциональных компонентов отношения индивида к заболеванию. На третьем этапе происходит переориентация с достижением стабильности в новых установках больного по отношению к болезни, изменение его ценностной системы. На этапе психагогики создаются позитивные перспективы в жизни [34].

Техника рациональной терапии основана на проведении бесед, во время которых человеку в доступной форме разъясняется суть его заболевания, обратимый характер имеющихся нарушений. С опорой на факты о заболевании, механизмах его развития человека призывают к

изменению отношения к тревожащим его ситуациям, к прекращению фиксации на патологических симптомах. Ему важно дать возможность выговориться и выразить свою тревогу на вербальном уровне, что будет способствовать освобождению от аффективной загруженности, чрезмерного психического напряжения. Важно дать информацию о положительных, адаптивных сторонах тревоги, способствующих активизации психических ресурсов, помогающих справляться с трудностями, эффективно решать поставленные задачи [68, 95, 108].

Рациональная психотерапия особенно эффективна в лечении коррекции индивидов рассудительных, со склонностью к анализу, поиску доказательств.

Многие авторы считают эффективным противотревожным средством гипноз и общую релаксацию, так как в тревожном синдроме всегда содержится компонент мышечного напряжения [11, 13, 33].

В состоянии мышечной релаксации достигается специфическое изменение мышечного тонуса, синхронизация работы различных отделов головного мозга, запускающие реакции охранительного торможения. Происходит усиление тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, понижается психофизиологическая активность, ослабляется лимбическая и гипоталамическая активность, уменьшается тревожность. На фоне релаксации и снижения уровня бодрствования в процессе тренировки облегчается обучение управлению некоторыми вегетативными функциями. У человека, находящего в состоянии релаксации, запускаются механизмы саморегуляции, что приводит к нейтрализации стрессового состояния, эмоциональных последствий дисфункциональных паттернов, повышается адаптивность к стрессовым ситуациям [15, 53, 83, 100].

К основным методам релаксации относятся прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, медитация, биологическая обратная связь, контролируемое дыхание.

Прогрессивная мышечная релаксация, разработанная американским психологом Э. Джейкобсоном, заключается в научении произвольно расслаблять мышцы с помощью концентрации внимания на мышечном напряжении. Анализируя локализацию мышечного напряжения в состоянии тревоги и страха, человек научается контролировать свое эмоциональное состояние [34].

Аутогенная тренировка, разработанная немецким врачом-неврологом И. Шульцем, в настоящее время имеет множество модификаций. К механизмам мышечной релаксации, восстанавливающим равновесие в системе саморегуляции добавляется воздействие через самовнушение против болезненных расстройств и самовоспитание [15, 53].

Методы контролируемого дыхания предполагают овладение навыком произвольного расслабления групп мышц, что помогает преодолевать тревогу и напряжение.

Биологическая обратная связь (biofeedback) основана на саморегуляции произвольных функций с использованием внешней обратной связи [100].

Медитация связана с концентрацией внимания на дыхании, предмете, части тела с дальнейшим отрешением от всего постороннего, от второстепенных внутренних переживаний. В состоянии сосредоточенности ума происходит релаксация психических процессов. В результате наступления охранительного торможения улучшается соматическое состояние, снимается нервно-психическое напряжение, происходит осознание психологических проблем [8, 15, 34].

Коррекция тревожных состояний с помощью методов мышечной релаксации представляется особенно ценной при соматических заболеваниях, сопровождающихся эмоциональным напряжением и спазмами гладкой мускулатуры.

Экзистенциально-гуманистическая терапия, включающая в себя целый ряд методов, обращена к поиску смысла жизни, целительному мировоззрению. Основоположниками экзистенциальной философии,

лежащей в основе экзистенциально-гуманистической терапии являются С. Кьеркегор, К. Ясперс, В. Франкл, М. Хайдеггер, Н.А. Бердяев, Ф. Ницше, Ж.-П. Сартр, А. Камю. Усилия терапии направлены на личностный рост в целостном переживании человеческой экзистенции – изначально духовного существования. Такими экзистенциалами являются страх, свободная воля, творчество, любовь, совесть, забота, решимость, побуждающие человека к свободному развитию личности. Все экзистенции определяются через смерть или проживание экстремальных состояний. Экзистенциальная терапия предполагает наличие свободной воли у человека, а значит – ответственности человека за все, что происходит в его жизни. И. Ялом пишет не только об ответственности за свою жизнь и действия, но и «за свою неспособность действовать» [34, 69, 102, 111].

Экзистенциальный подход определяет базисный конфликт как противостояние человека данностям существования. Под данностями существования понимаются конечные факторы человеческого бытия. Определяются четыре конечные данности бытия: смерть, свобода, изоляция, бессмысленность. Экзистенциальный конфликт порождается столкновением человека с любым из этих фактов и ведет к развитию тревожного состояния [111].

Экзистенциальная терапия разнообразна в своих подходах. И. Ялом изложил основные принципы экзистенциальной терапии: «...развитие подлинных личностных отношений; ценность переживаний, возможностей, способностей к развитию; важность смягчения напряженности, вызванной изменением образа жизни в связи с болезнью; принятие страдания; доверие сегодняшнему переживанию как самому ценному в жизни; пребывание в активности для нахождения самых высоких смыслов и ценности своей жизни» [111]. Техники экзистенциальной психотерапии побуждают к принятию ответственности за свой внутренний мир, свой жизненный путь, свои действия, наполнение жизни смыслом, понимание собственной уникальности [71].

Психодинамическая терапия основана на предположении, что психопатологические симптомы в поведении обусловлены неосознанными конфликтами. Восстановление нарушенной системы отношений человека, проводимое в рамках психодинамической терапии, проводится с помощью изучения специфики личностных расстройств, анализа и осознания подавленных событий прошлой жизни, осознания особенностей патогенной ситуации и невротического конфликта. В тех случаях, когда причина болезненного эмоционального реагирования осталась в далеком прошлом, не осознается ее травматическое воздействие, будет оправдана психодинамическая терапия. Правильное разрешение внутренних конфликтов становится возможным при выведении эмоциональных проблем в сферу сознания и их повторном проживании. Разрешение конфликтов приводит к облегчению соматического состояния и изменению поведения в тех случаях, когда причиной соматических симптомов был стресс [11, 85].

Для снижения уровня тревоги через осознание используются техники свободных ассоциаций, прояснения, интерпретации переноса, работы с сопротивлением, конфронтации, работы со сновидениями. Проводится терапевтическая работа по выявлению и разрешению проблем детских взаимоотношений, поддерживающих уровень тревоги во взрослом возрасте [34, 104].

В коррекции тревожных состояний у лиц с соматическими заболеваниями применяется преимущественно краткосрочная психодинамическая терапия. Используются методики, выполняющие поддерживающую функцию, сфокусированные на разрешении текущих проблем и оказывающие социальную поддержку. В ряде случаев положительный эффект связан с долгосрочной психодинамической терапией, обеспечивающей эмоциональный контакт с психотерапевтом или психологом. В долгосрочной терапии происходит обсуждение

эмоциональных реакций на болезнь, исследование психологических защит [85].

Авторами разработаны различные варианты психодинамической терапии и коррекции эмоционального состояния у лиц с соматическими и психосоматическими заболеваниями. Так, для лечения психосоматических больных Г. Фрайбергером предложен вариант четырехступенчатой психодинамически ориентированной терапии [35, 97]. На первом этапе восстанавливаются орально-нарциссические связи со значимыми другими и стабилизация самосознания. В результате поддержки со стороны терапевта и вербализации переживаний снижается уровень тревоги, создается мотивация для продолжения терапии. Второй этап направлен на развитие способностей к восприятию собственных чувств и переживаний, прояснение связей между соматическими симптомами и событиями жизни. Третий этап призван улучшить саморефлексию, сознание конфликта, понимание связи между соматическими симптомами и конфликтной ситуацией. На четвертом этапе проводится долговременная терапия, направленная на переработку конфликтов.

Был разработан метод сомато-ориентированной терапии по Маурер, сочетающий в себе аналитический и экзистенциальный подходы в рамках холистической (психофизиологической) модели, учитывавший как психосоциальные и личностные факторы, а также телесное функционирование человека [34, 97]. В сомато-ориентированной терапии выделяются несколько этапов: установление эмоционального контакта с психотерапевтом; интеграция в сознание психотерапевта впечатлений о состоянии больного; осознание психотерапевтом состояния больного, которого необходимо достичь; переработка индивидом психотерапевтического материала и интеграция его в психику; выполнение спонтанных действий, направленных на ориентацию в собственной личности и в жизни. В сомато-центрированной терапии Маурера применяются техники внутренних диалогов, релаксации, медитации, двигательной терапии,

психогимнастики, тренировки в общении, визуальных изображений. Ценность метода в ориентации на внутреннюю картину болезни, восприятии единства психической и соматической сфер человека, научении больного противодействию замыканию переживаний на соматической сфере.

Представляет интерес позитивная психотерапия Н. Пезешкиана, направленная на переработку не только негативных, но и позитивных аспектов жизни страдающего психосоматическим заболеванием, на расширение его мировоззрения. В подходе используются психоаналитические и поведенческие приемы, религиозно-мировоззренческие аспекты. Позитивная психотерапия осуществляется на трех этапах работы с опорой на принципы надежд, баланса (гармонизации) и консультирования. На первом этапе терапии применяется позитивная интерпретация проблемы с расширением представления человека о ней с использованием психотерапевтических притч и анекдотов. На втором этапе работы энергия распределяется по основным сферам жизнедеятельности – телесной, ментальной, социально-коммуникативной, духовной. На этапе гармонизации сфер жизни прорабатываются актуальный и базальный конфликты. На третьем этапе реализуется принцип консультирования с переходом индивида к аутопсихотерапии. Для преодоления межличностных конфликтов Н. Пезешкиан предлагает пятиступенчатую терапию, включающую «наблюдение с отказом от критики и стереотипных оценок; инвентаризацию с оценкой способностей партнера, характерных для самого пациента; ситуативное ободрение с подкреплением правильного поведения партнера; вербализация с выбором стратегии обсуждения проблемы с партнером; расширение целей с выбором новых сфер взаимодействия с партнером» [34, 72, 97].

Психологически-ориентированная психотерапия искусством опирается на психоаналитические, экзистенциально-гуманистические, когнитивно-поведенческие, психологически-эkleктические концепции и включает в себя

арт-терапию, драматерапию, танцевально-двигательную терапию, музыкотерапию [15, 17, 41, 42, 104].

Широкое распространение в коррекции эмоционального состояния у лиц с соматическими заболеваниями получила арт-терапия. Первоначально психодинамически-ориентированная арт-терапия благодаря механизмам переноса, контрпереноса помогает понимать, осознавать непонятные прежде чувства, связанные с болезнью или событиями прошлого. Средствами выразительного искусства возможно в символической форме реконструировать травмирующую ситуацию и переструктурировать ее, опираясь на творческие способности человека.

В арт-терапевтическом процессе производится выражение бессознательных убеждений человека в символическом виде. Отражая свой внутренний мир в визуальных образах, он становится способным к вербализации своих переживаний, что помогает ему избавиться от негативных эмоциональных чувств, тревоги, страхов. В процессе работы происходит фокусировка на здоровых частях личности, активизируются внутренние ресурсы человека.

В коррекции тревожных расстройств у лиц с соматическими заболеваниями арт-терапия ориентируется на потребности в творческом самовыражении, задает пространственно-временные параметры для психической поддержки и внутренней перестройки организма [42, 73].

Арт-терапия способствует самопознанию и самовыражению человека, помогает освоить новые способы поведения, обрести гармонию, предоставляет возможность выразить негативные чувства в социально приемлемой форме. Арт-терапия предполагает не только экспрессивное выражение чувств индивида, но и работу с его личностью, представлениями, отношениями, внутренней картиной болезни [41].

В психотерапии и коррекции эмоционального состояния у лиц с соматическими заболеваниями с помощью арт-терапии достигается

уменьшение выраженности эмоциональных расстройств, снятие тревоги и напряжения [42, 73].

Опубликовано немало работ о применении музыкотерапии в лечении соматических заболеваний. Используются различные подходы в коррекции эмоционального состояния. Преимущественно музыкотерапия опирается на психодинамические концепции, способствуя катарсису, облегчению осознания собственных переживаний, высвобождению вытесненных подавленных эмоций, конфронтации с жизненными проблемами, облегчению формирования новых установок [26, 28, 104].

Музыкотерапия также выполняет регулятивную функцию в соответствии с изопринципом Айры Альтшулера, когда музыкальное произведение, совпадающее с эмоциональным фоном индивида, создает оптимальные условия для проекции болезненных переживаний на музыку, приводя к улучшению состояния. Происходит регуляция психовегетативных процессов, способствующая снижению нервно-психического напряжения, регулированию эмоционального состояния [16, 76].

Следует обратить внимание на то, что к применению музыкотерапии у соматических пациентов необходимо относиться с осторожностью, учитывая их вкусы, предпочтения, жизненный опыт, пережитые в прошлом эмоциональные травмы.

Стоит отметить, что в литературных источниках описываются преимущественно симптомо-ориентированные подходы к коррекции тревожных состояний при соматических заболеваниях. Однако, ряд авторов указывает на недостаточность лишь симптоматических подходов к коррекции тревоги. Для достижения устойчивых состояний ремиссии лечение должно сочетать как быструю симптоматическую помощь, так и долгосрочную терапию [13, 43, 80].

#### **1.4 Теоретический подход М.Е. Бурно в коррекции тревожных состояний**

Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ), как обозначен метод в «Психотерапевтической энциклопедии» (2006) и «Психологическом лексиконе» (2007), предназначен для здоровых людей и разнообразных пациентов с душевными трудностями, объединенными тягостным переживанием своей неполноценности, с чувством виноватости, беспомощности (дефензивности). «Клиническому термину «дефензивность» (от лат. Defensio – оборона, защита) близки термины «психастеничность», «астеничность», «тормозимость», также означающие пассивно-оборонительную противоположность агрессивности» [15]. Понятно, что дефензивность свойственна большинству депрессий, расстройств зрелой личности [14, 17, 18, 34, 75].

Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно – российский клинико-психотерапевтический метод-школа. ТТСБ отличается от терапии творческим самовыражением, терапии творчеством (Creative therapy) в широком, западном, понимании. И если терапия искусством, психологически структурированная, включающая в себя арт-терапию, музыкотерапию, терапию поэтическим творчеством, драматерапию и другое, исходит из какого-то определенного вида творческого самовыражения – изобразительного, музыкального, театрального, объясняет его в духе какой-либо психологической концепции, главным образом, в рамках общего лечебного плана с учетом психоаналитической концепции. Как пишет А.И. Копытин об арт-терапии, об арт-терапевтических приемах, как о приемах, «помогающих клиенту выражать свои чувства и мысли в художественной форме и осознавать связь изобразительной продукции с содержанием своего внутреннего мира» [42].

Терапия творческим самовыражением отличается от арт-терапевтических, экзистенциально-гуманистических и религиозных

подходов тем, что предполагает природную, телесную основу в душевных переживаниях и отталкивается в своих психотерапевтических воздействиях от чувства первичности Природы, а не изначального Духа. В ТТСБ изучается клиническая картина, защитно-приспособительная работа природы, постигаются природные особенности души страдающего: особенности характера, конституционально-приспособительные особенности личностной (характерологической) почвы, особенности хронического душевного расстройства, в сравнении с таковыми особенностями у других людей. В терапии творческим самовыражением возможно и лечебное творчество, и творческое общение с опорой на приобретенные знания о характерах. Но творчество в терапии творческим самовыражением является лишь средством для исследования собственных душевных особенностей, природного характера. Знания, приобретаемые в процессе творческого познания, помогают человеку интегрироваться в жизнь, по возможности целительно для себя, с обретением чувства смысла, с общественной пользой [14, 15, 18].

Теоретической основой терапии творческим самовыражением прежде всего служит положение отечественного психиатра П.Б. Ганнушкина (1933) о том, что сама жизнь, стечение обстоятельств, предлагая неблагоприятные или благоприятные условия, помогает проявиться или не проявиться патологии у психопата или больного мягкой (малопрогрессирующей) шизофренией. Так в 1933 г. в «Клинике психопатий» он считает уместной в таких случаях психотерапию, направленную «главным образом против возникающих на почве той или иной психопатии ненормальных реакций на условия жизни и переживания» [22, с. 108]. С другой стороны, устройство в жизни сообразно болезненным переживаниям больного поможет не только не проявиться ярко имеющейся у него патологии, но и применить болезненные свойства с пользой для людей, человечества. Особая ценность работы П.Б. Ганнушкина в том, что были подробно описаны не только здоровые и патологические характеры людей, но и соматические расстройства, им соответствующие [22].

В 1934 г., через год после выхода в свет книги П.Б. Ганнушкина, была издана книга немецкого психиатра-психотерапевта Эрнста Кречмера «Строение тела и характер». В своей работе автор размышляет о необходимой психотерапевтической помощи пациенту со сформировавшейся патологией личности. Она должна быть направлена на такое приспособление к жизни в обществе таким образом, чтобы человек мог сам находить адаптивные формы собственных реакций и поведения, соответствующие его конституциональным особенностям. Э. Кречмер учит не отгораживаться от людей, а находить собственный жизненный путь, который соответствовал бы природной конституции. Он подчеркивает, что психотерапевтические задачи состоят в изучении конституциональных основ личности, для того, чтобы подвести индивида к осознанию его отношений с внешним миром. Это должно помочь в осмыслении собственной ценности, силы личности, своих жизненных задач. Это психотерапевтическая естественнонаучная концепция созидания личности Эрнста Кречмера по ее основным конституциональным законам и активностям [48].

Терапия творческим самовыражением исходит из аретотерапии (терапия доблестью, идеалами добра) российского терапевта, психотерапевта А.И. Яроцкого. О необходимости поднимать дух, «жизненную энергию ослабевающего организма», вдохновлять, возвращать больного человека из душевного расстройства к подлинному самому себе пишет в своей книге «Идеализм, как физиологический фактор» (1908) А.И. Яроцкий. Он убеждает в том, что «духовная сила человека всегда и при всяких обстоятельствах является залогом выздоровления от серьезной болезни». А.И. Яроцкий говорит о том, что «...идеалистическое возвышенное душевное настроение дает спокойствие и бодрость духа, а они являются важными условиями для правильного функционирования важнейших жизненных органов» [109]. Он призывает к созданию «идеалистического настроения», подчеркивая, что «круг идей, могущих одушевлять человека, может быть самым разнообразным по своему содержанию». Важно только, чтобы «его

убеждения делали его искренним, благородным и сильным». Прикосновение к духовным традициям народа, следование нравственным идеалам, воспитание воли, погружение в альтруистическое настроение, служение добру, общение с прекрасным (природа, искусство, литература), развитие интеллекта – все это является важным на пути обретения здоровья [16, 60, 61, 112, 113].

ТТСБ исходит и из современной отечественной клинической психотерапии, одним из основоположников которой стал психиатр, психотерапевт С.И. Консторум. С.И. Консторум разработал подробные клинико-психотерапевтические приемы работы с больными истерией, психастенией, шизофренией. В своей работе «Опыт практической психотерапии» (1962) Консторум убеждает в том, что лечение больного должно опираться на активирующую психотерапию. Согласно принципам активирующей психотерапии больному создаются такие условия жизнедеятельности, которые «на практике жизни» докажут больному способность к росту. Именно психическое обогащение поможет в преодолении болезненных реакций [15, 40].

Формирование терапии творческим самовыражением происходило также в поле эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова (1985). Принцип эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова заключается в психотерапевтическом формировании целебного эмоционального стресса различной выраженности. Целебный эмоциональный стресс сопровождается душевно-телесным подъемом с активацией защитно-адаптационных сил организма. «Возвышающая психотерапия» В.Е. Рожнова обращена «к духовным компонентам личности» с тем, чтобы пробудить стремление человека к самоусовершенствованию. Целебный эмоциональный стресс использовался для разрыва сложившихся болезненных стереотипов [15, 82].

Положения ТТСБ опираются и на учение канадского патофизиолога Ганса Селье (1936) о стрессе – «общем адаптационном синдроме». Г. Селье в своей книге «Стресс без дистресса» подчеркивает, что стресса, если это не

вредоносный стресс (дистресс), не следует избегать. В процессе переживания стресса раскрепощаются внутренние защитные механизмы организмы, способствующие оздоровлению. Г. Селье называет стресс «вкусом и ароматом жизни», подчеркивая тем самым, что именно от характера выполняемой деятельности и от отношения человека к ней будет зависеть – разрушительным или созидательным будет результат воздействия стресса на организм. По мнению Г. Селье, для наиболее полного проявления себя необходимо определение своего оптимального стрессового уровня, чтобы использовать свою адаптационную энергию наилучшим образом в соответствии с прирожденным устройством мысли и тела [84].

Формирование клинических психотерапевтических групп происходило на примере групп Американского врача Джозефа Прэтта (J.H. Pratt), который уже в 1904 г., работал в Бостоне с группами больных туберкулезом легких, рассказывая им о болезни, побуждал к целебному обсуждению-спору и дружному преодолению пессимистического настроения. В группах творческого самовыражения, следуя опыту доктора Прэтта, изучаются элементы пограничной психиатрии и клинической психотерапии [15, 17].

Сущность метода состоит в целебном преподавании элементов клинической психиатрии, психотерапии, естествознания – в изучении разнообразных человеческих характеров человек постигает особенности саморазвивающейся природы. В разнообразном творческом самовыражении происходит поиск своей собственной характерологической творческой индивидуальности, своей ценности, своего смысла. Осознанное прояснение своего творческого отношения к жизни, отношениям с другими людьми приводит к смягчению тревожности, напряженности, неопределенности, внутренней разлаженности. Человек испытывает светлое переживание встречи с самим собой, обретения своего жизненного пути [17]. В отличие от понимания Смысла как изначальной духовной силы в экзистенциальной терапии В. Франкла, в ТТСБ происходит открытие собственного смысла, исходя из природной конституции человека [102].

Целебным механизмом терапии творческим самовыражением в лечении лиц, страдающих соматическими и психосоматическими расстройствами, является активация защитно-приспособительных систем организма больного в переживании возвышающего эмоционального стресса, биологический природный сдвиг с выходом в кровь энкефалинов, эндорфинов, нейрогормонов и другие.

К настоящему времени накоплен большой опыт применения ТТСБ в лечении лиц с различными соматическими заболеваниями. Разработан Т.В. Орловой краткосрочный вариант ТТСБ в паллиативной онкологии. Учитывая выраженную астенизацию данной категории больных, в предложенном варианте на протяжении пяти индивидуальных занятий происходит краткое обсуждение психических особенностей индивида и значимых для него окружающих людей без подробного изучения характеров людей. На занятиях в сравнении и творческом выборе созвучной картины из пар предложенных произведений искусства художников с реалистическим и идеалистическим мироощущением человек чувствует себя больше самим собой. Происходит эмоциональное оживление, сопровождающееся выбросом собственных природных лекарств, повышающих настроение, улучшающих самочувствие. В соприкосновении с изображениями природы, в контакте с природными материалами происходит смягчение душевного смятения, растворение печали. В творческом изучении картин на религиозные темы и икон происходит прояснение собственного отношения к религии, вопросам духовности, что особенно ценно для тех, кто переживает самые сложные периоды в своей жизни, закат жизни, уход. Творческие занятия, помимо улучшения психосоциального качества жизни паллиативных больных, укрепления духовной составляющей, способствуют прохождению фаз адаптации с ускорением достижения фазы принятия реальной ситуации [19, 71].

Разработанный А.С. Иговской специальный вариант ТТСБ для пациентов с ипохондрическим расстройством состоит из двух этапов. На

первом этапе для достижения быстрого облегчения симптомов оказывается симптоматическая помощь пациентам с проведением рациональных бесед, сеансов внушения и самовнушения. На втором этапе проводится длительная психотерапевтическая помощь, с целью смягчения конституциональных тревожных проявлений у больных с ипохондрическим расстройством [31].

Обучение пациентов с гипертонической болезнью приемам аутопсихотерапии на основе ТТСБ в групповой психокоррекции и психотерапии проводилось Ю.Д. Иващук. В предложенном варианте проводилась психокоррекция, учитывающая не только психофизиологические нарушения, но и конкретные характерологические особенности. Так, больным с замкнуто-углубленным и тревожно-сомневающимся характерами были рекомендованы рациональные, разъяснительные приемы, лицам с напряженно-авторитарным характером – волевые приемы, а лицам с демонстративным характером – имажинативные [30].

Вариант ТТСБ, разработанный И.Ю. Иващук, применялся для больных сахарным диабетом для смягчения психогенных реакций на болезнь, сопровождающихся чувством тревоги, тоски, обреченности, пониженным настроением, страхом. Автор варианта подчеркивал ценность метода в обращении к личности каждого конкретного больного с учетом его характерологического радикала, внутренней картины болезни и невротических наслоений. В результате индивидуальных занятий появлялась надежда на благоприятное течение заболевания, убежденность в возможности найти в жизни свое ценное для общества место, несмотря на развившееся заболевание и определенные ограничения, связанные с ним [29].

В комплексном лечении больных с соматоформными нарушениями органов пищеварения использовался вариант ТТСБ, разработанный А.Р. Терлецким. На занятиях происходило подробное знакомство с основными характерами, наиболее часто встречающимися у лиц, страдающих патологией желудочно-кишечного тракта, а также с

конкретными методиками творческого самовыражения. В процессе терапии творческим общением с природой, терапии творческими путешествиями и ведением записных книжек больные учились смягчать состояние эмоционального стресса, напряженность, мотивировать себя к избавлению от заболевания. В результате творческих занятий улучшалось общее состояние, повышался уровень активности, возрастала вера в выздоровление, редуцировались симптомы соматоформных вегетативных дисфункций [98].

С успехом применялся вариант ТТСБ, разработанный Е.А. Поклитаром, во фтизиатрии в комплексном лечении активного туберкулеза. Эмоциональное состояние таких больных отличалось угнетенным настроением с чувством тоски, страха, тревоги. Автор варианта подчеркивал важность осознания человеком своей общественной пользы и преодоление через творчество тягостных расстройств настроения. Для этого формировалось оптимистическое отношение к жизни в соответствии с природными особенностями, природным характером [78].

Элементы ТТСБ применялись И.П. Марковой с целью коррекции астено-депрессивного синдрома у больных в восстановительном периоде после перенесенного инсульта. В творческом общении с произведениями живописи, музыкальными произведениями, с природными материалами происходила целебная встреча с самим собой, оживлялась естественная эмоциональность, активизировались природные механизмы оздоровления. Люди осознаннее относились к приему лекарств, проведению лечебных и реабилитационных процедур, появлялась вера в выздоровление, улучшалось настроение, уменьшалась выраженность речевых нарушений [56, 58].

На протяжении 17-ти лет применяется вариант терапии творческим самовыражением для лиц с психосоматическими расстройствами, разработанный И.П. Марковой. Особенности предложенного варианта является совмещение краткосрочного и долгосрочного курсов ТТСБ. Краткосрочный курс направлен на знакомство страдающих с психосоматическими расстройствами, причинами их возникновения, ролью

стресса в их развитии; особенностями характеров, имеющими важную роль в возникновении психосоматических расстройств с целью быстрого смягчения болезненных симптомов, улучшения эмоционального состояния. В долгосрочном курсе происходит обстоятельное знакомство с характерами людей, в творческих занятиях постигаются особенности собственного характера, чем достигается компенсация акцентуаций характера, зачастую являющихся почвой для развития психосоматических расстройств [55, 57, 59, 62, 63, 64].

Анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме исследования позволил сделать следующие выводы.

Тревожные расстройства являются самым распространенным психопатологическим состоянием у лиц с соматической патологией. Тревога приводит к выраженным нарушениям в функционировании органов и систем организма, является фактором риска развития и прогрессирования соматической патологии.

Тревога – это переживание эмоционального дискомфорта, возникающее в ситуациях неопределенной опасности с дефицитом информации и ожиданием неблагоприятного развития событий.

Различают ситуативную тревогу как временное эмоциональное состояние, возникающую у субъекта в текущий момент определенной опасности, и личностную тревогу (тревожность) как повышенную склонность испытывать тревогу из-за реальных и воображаемых опасностей. Личностная тревожность рассматривается как индивидуальная психологическая особенность, обусловленная слабостью нервных процессов и характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги.

Тревожность является конституциональным свойством личности для некоторых акцентуаций характера. Именно акцентуации в ситуации соматического страдания влияют на внутреннюю картину болезни и участвуют в формировании тревожных состояний.

Выявляется несоответствие между высокой потребностью в своевременной коррекции тревожных состояний у лиц с соматической патологией и недостаточно разработанными подходами для решения существующей проблемы.

Коррекция тревоги при соматических заболеваниях должна быть направлена как на быструю симптоматическую помощь для смягчения эмоциональных реакций и неправильного поведения, так и на изучение конституциональных характерологических особенностей с целью компенсации акцентуаций характера, являющихся почвой для развития психосоматических расстройств.

Коррекция тревоги с использованием приемов терапии творческим самовыражением происходит в результате обращения к личности каждого конкретного человека с учетом его характерологического радикала, внутренней картины болезни и эмоциональных реакций. Ведущим механизмом коррекции является активация защитно-приспособительных систем организма в переживании возвышающего эмоционального стресса, биологический природный сдвиг с выходом в кровь нейrogормонов, запускающих цепочки целительных реакций.

## **Глава 2 Экспериментальная работа по коррекции тревожных состояний у лиц с высоким уровнем тревоги на почве соматических заболеваний с использованием метода терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно**

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

Настоящее исследование выполнено в период с 2020 г. по 2022 г. на базе Государственного бюджетного учреждения Самарской области «Самарский областной геронтологический центр». Отбор производился одновременно из нескольких потоков, формировавшихся из: 1) получателей социальных услуг «Самарского областного геронтологического центра»; 2) сотрудников «Самарского областного геронтологического центра»; 3) лиц, направленных для консультации врачами соматологами поликлинических отделений. Основанием для включения в исследование было наличие соматического заболевания на основании данных анкеты, а также подтверждение жалоб психосоматического характера на основании результатов Гиссенского опросника.

Все испытуемые были ознакомлены с целью и аспектами исследования, после чего было оформлено информированное согласие на участие в исследовании.

На первом этапе данного исследования осуществлялся отбор участников. В исследовании приняли участие 60 человек в возрасте от 20 до 65 лет (49 женщин, 11 мужчин). Возраст испытуемых соответствовал, согласно классификациям, приведенным Г. Крайгом, трем периодам взрослости: 20-40 лет – ранняя взрослость, 40-60 лет – средняя взрослость, 40-65 лет – период перехода к поздней взрослости, когда у взрослого человека еще не проявились проблемы с физическим здоровьем, обусловленные процессом старения, сохранены скорости выполнения физических и умственных реакций, сохранена эффективность обучения и

резервные возможности развития [46]. Испытуемые были разделены на две группы. В экспериментальную группу вошли 40 испытуемых (34 женщины (85%) и 6 мужчин (15%)). Средний возраст в экспериментальной группе составил  $42,0 \pm 1,7$  лет. В контрольную группу вошли 20 испытуемых (15 женщин (75%) и 5 мужчин (25%)). Средний возраст в контрольной группе составил  $48,0 \pm 3,1$  лет. Общая характеристика участников исследования представлена в таблице 1 и в Приложении А.

Таблица 1 – Общая характеристика участников исследования

| Демографическая характеристика |                      | Экспериментальная группа<br>N=40 (%) | Контрольная группа<br>N=20 (%) |
|--------------------------------|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Пол                            | мужской              | 6 (15%)                              | 5 (25%)                        |
|                                | женский              | 34 (85%)                             | 15 (75%)                       |
| Возраст                        | 20-30 лет            | 5 (12,5%)                            | 4 (20%)                        |
|                                | 31-40 лет            | 13 (32,5%)                           | —                              |
|                                | 41-50 лет            | 15 (37,5%)                           | 4 (20%)                        |
|                                | 51-60 лет            | 3 (7,5%)                             | 4 (20%)                        |
|                                | 61-65 лет            | 4 (10%)                              | 8 (40%)                        |
| Средний возраст                |                      | $42,0 \pm 1,7$                       | $48,0 \pm 3,1$                 |
| Образование                    | высшее               | 29 (72,5%)                           | 12 (60%)                       |
|                                | незаконченное высшее | 3 (7,5%)                             | 2 (10%)                        |
|                                | среднее специальное  | 8 (20%)                              | 6 (30%)                        |
| Профессиональная группа        | работает             | 34 (85%)                             | 13 (65%)                       |
|                                | не работает          | 6 (15%)                              | 7 (35%)                        |
| Семейное положение             | холост/не замужем    | 13 (32,5%)                           | 7 (35%)                        |
|                                | женат/замужем        | 25 (62,5%)                           | 8 (40%)                        |
|                                | вдовец/вдова         | 2 (5%)                               | 5 (25%)                        |

По уровню образования преобладали испытуемые с высшим образованием (в экспериментальной группе они составили 72,5%, в контрольной группе – 60%). В экспериментальной группе 20% имели среднее специальное образование, 7,5% – незаконченное высшее. В контрольной группе среднее специальное образование имели 30% испытуемых, незаконченное высшее – 10%. В экспериментальной группе: работали 85% испытуемых, не работали – 15%. В контрольной группе работали 65%

испытуемых, не работали – 35%. По семейному положению в экспериментальной группе преобладали женатые (замужние) испытуемые – 62,5%, холостые (незамужние) составили 32,5%, вдовцов было 5%. В контрольной группе большинство испытуемых также были женаты (замужем) – 40%, холостые (незамужние) составили 35%, вдовцы – 25%.

Отбор испытуемых для настоящего исследования осуществлялся из лиц с тревогой на фоне соматических заболеваний. Основанием для включения в исследование было наличие соматического заболевания на основании данных анкеты (по медицинскому заключению или собственным ощущениям), а также подтверждение жалоб психосоматического характера на основании результатов Гиссенского опросника. В исследование не включались лица с симптомами обострения соматического заболевания, а также те, кто высказывал негативное отношение к групповой работе.

По результатам Гиссенского опросника психосоматических жалоб выявляли ведущую шкалу по максимально выраженному напряжению соматических симптомов, встречающихся в структуре психосоматических расстройств: «истощение», «желудочные жалобы», «ревматический фактор», «сердечные жалобы». Сравнивали полученные данные с беспокоящими симптомами (по собственным ощущениям) и соматическим диагнозам (по медицинскому заключению), указанными испытуемыми в анкете.

По выраженности напряжения психосоматических симптомов согласно Гиссенскому опроснику наибольшая доля приходилась на исследуемых с «симптомами истощения» – 30 наблюдений (50%) из всей выборки. В экспериментальной группе с преобладанием симптомов истощения выявлено 19 наблюдений (47,5%), в контрольной группе – 11 (55%). На втором месте по количеству наблюдений были исследуемые с выраженным напряжением по шкале «ревматический фактор», то есть с преобладанием симптомов боли – 18 наблюдений (30%) из всей выборки. Из них 13 исследуемых (32,5%) – в экспериментальной группе и 5 исследуемых (25%) – в контрольной группе. Выраженность «сердечных жалоб» преобладала в экспериментальной группе

– 5 наблюдений (12,5%), в контрольной группе сердечные жалобы выявлялись у 1 испытуемого (5%). Меньше всего в экспериментальной группе были выражены «желудочные жалобы» – 3 наблюдения (7,5%), в контрольной группе – 3 наблюдения (15%).

Распределение участников по максимально выраженному напряжению психосоматических симптомов представлено в Приложении А.

Согласно данным анкеты, у преобладающего большинства испытуемых отмечалось разнообразие жалоб: слабость, повышенная сонливость, сердцебиение, головокружение, вздутие живота – 27 наблюдений (45%) из всей выборки. У этой группы испытуемых, согласно данным медицинского заключения, был установлен диагноз вегето-сосудистая дистония. В экспериментальной группе выявлено 19 наблюдений (47,5%), в контрольной группе – 8 (40%). На втором месте по частоте испытуемые указали симптомы боли с быстрой утомляемостью и сопутствующий им диагноз остеохондроз – 19 наблюдений (31,7%) из всей выборки. Из них 11 исследуемых (27,5%) – в экспериментальной группе и 8 исследуемых (40%) – в контрольной группе. Гораздо реже испытуемые указывали в качестве ведущих симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, изжога, вздутие живота) и соответствующие им заболевания (гастрит, панкреатит, синдром раздраженного кишечника, язвенную болезнь 12-перстной кишки) согласно медицинским заключениям – в 8 случаях (13,3%) в целом по выборке. Болезненные симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта в экспериментальной группе указали 5 испытуемых – (12,5%), в контрольной группе – 3 (15%). Всего 2 испытуемых из экспериментальной группы (5%) указали ведущие симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы и соответствующую им гипертоническую болезнь согласно медицинским заключениям.

Цель исследования: разработать и оценить эффективность коррекции тревожных состояний методом терапии творческим самовыражением

М.И. Бурно (ТТСБ) для коррекции у лиц с высоким уровнем тревоги на почве соматических заболеваний.

Для решения поставленных задач эмпирического исследования были организованы и последовательно реализовывались следующие этапы.

На первом этапе осуществлялся отбор участников для данного исследования. Основанием для включения в исследование было наличие соматического заболевания на основании данных анкеты, а также подтверждение жалоб психосоматического характера на основании результатов Гиссенского опросника. В исследование не включались лица с симптомами обострения соматического заболевания, а также те, кто высказывал негативное отношение к групповой работе. Все испытуемые были разделены на две группы: экспериментальную и контрольную.

Контрольная группа отличалась от экспериментальной группы тем, что не проходила краткосрочный курс коррекции тревожных состояний с применением приемов творческого самовыражения.

На втором этапе в обеих группах выявлялись особенности эмоционального состояния, уровень тревожности у лиц с соматическими заболеваниями. Этот этап связан с изучением актуального эмоционального состояния у испытуемых.

На третьем этапе проводилась разработка варианта коррекции тревожных состояний у лиц с соматическими заболеваниями с применением приемов творческого самовыражения.

На четвертом этапе участники основной группы проходили адаптированный к ним краткосрочный курс коррекции тревоги для лиц с соматическими заболеваниями с применением приемов терапии творческим самовыражением.

На пятом этапе проводилось повторное экспериментально-психологическое исследование участников обеих групп с целью оценки эффективности разработанного варианта коррекции.

Для решения поставленных в исследовании задач, был подобран следующий диагностический инструментарий:

Анкета для сбора социологических данных. Данная анкета была составлена для сбора необходимых данных об испытуемых и формирования выборки (Приложение Б).

Гиссенский опросник психосоматических жалоб. Опросник разработан Е. Брюхлер и Дж. Снер, адаптирован к русскому языку сотрудниками психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Предназначен для выявления интенсивности эмоционально окрашенных жалоб, относящихся к физическому самочувствию. Краткий опросник психосоматических жалоб состоит из 24 пунктов – перечня жалоб, соответствующих следующим сферам: общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушение функций внутренних органов. Испытуемому предлагается выбрать степень интенсивности каждой жалобы по шкале от 0 до 5. Результаты подсчитывают суммированием баллов по вопросам каждой шкалы: «Истощение» – фактор указывает на общую потерю жизненной энергии; «Желудочные жалобы» – отражает синдром психосоматических желудочных недомоганий; «Ревматический фактор» – выражает субъективные страдания болевого или спастического характера; «Сердечные жалобы» – отражает субъективные недомогания в сердечно-сосудистой системе; «Давление или Интенсивность жалоб» – характеризует общую интенсивность жалоб.

Шкала диагностики ситуационной и личностной тревожности (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) Спилбергера-Ханина. Методика, разработанная Ч.Д. Спилбергером и адаптированная к русскому языку Ю.Л. Ханиным, предназначена для выявления ситуативной и личностной тревожности. «Шкала личностной тревожности» и «Шкала ситуативной тревожности» состоит из 20 вопросов и вариантов ответов («никогда» – 1 балл; «почти никогда» – 2 балла; «часто» – 3 балла; «почти всегда» – 4 балла). Для обработки результатов исследования используют специальный

ключ. Если итоговый показатель по каждой шкале равен или превышает 45 баллов – у исследуемого выявлен высокий уровень тревожности.

Шкала самооценки депрессии Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale, адаптированная Т.И. Балашовой). Методика, предназначенная для самооценки уровня депрессии, разработана У. Цунгом и адаптирована Т.И. Балашовой. Шкала состоит из 20 вопросов, на которые предлагается ответить, отмечая частоту возникновения каждого признака, ранжированного в четырех градациях: «крайне редко», «редко», «часто», «большую часть времени». Результаты шкалы варьируют от 20 до 80 баллов. По итогам тестирования можно выделить следующие диапазоны состояний: 25-49 – нормальное состояние; 50-59 – легкая депрессия; 60-69 – умеренная депрессия; 70 и выше – тяжелая депрессия.

Шкала самооценки «Самочувствие, активность, настроение». Тест САН (самочувствие, активность, настроение), разработанный В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шахраем и М.П. Мирошниковым, предназначен для оценки текущих самочувствия, активности и настроения испытуемого. Тест представляет собой шкалу из индексов (3 2 1 0 1 2 3), расположенную между тридцатью парами противоположных утверждений. Испытуемый выбирает ту степень выраженности утверждения, которая соответствует его текущему состоянию. При обработке результатов выбранные цифры перекодируются согласно ключу. Полученный по каждой шкале балл позволяет оценить функциональное состояние испытуемого. Средняя оценка соответствует показателям от 3,0 до 5,0 баллов, низкая оценка – менее 3,0 баллов, высокая оценка функционального состояния – более 5,0 баллов.

Опросник для оценки эффективности коррекции тревоги с применением приемов творческого самовыражения у лиц с соматическими заболеваниями, составленный на основе опросника для оценки эффективности метода терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (из методических рекомендаций Минздрава СССР, 1988) (Приложение В). Опросник содержит 15 утверждений. Предлагается выбрать те утверждения,

с которыми испытуемый согласен. Высшая сумма баллов – 15 (по числу утверждений). Степень эффективности проведенной коррекции оценивается по следующим критериям: высокая эффективность – 12-15 баллов; средняя эффективность – 7-11 баллов; малая эффективность – 5-6 баллов; нет эффективности – ниже 5 баллов.

Краткий характерологический опросник (М.Е. Бурно, 2007). Опросник предназначен для выявления устоявшихся в естественно-научной характерологии семь типов характера (сангвинический, авторитарный, тревожно-сомневающийся, застенчиво-раздражительный, педантичный, замкнуто-углубленный, демонстративный). Испытуемому предлагается выбрать из 28 утверждений те, с которыми он безоговорочно согласен. К каждому характеру относится по четыре утверждения. Обработка выбранных утверждений производится согласно ключу.

Методы математической обработки и анализа: методы описательной статистики (среднее арифметическое, мода, медиана, дисперсия, квадратичное отклонение) для определения нормальности эмпирического распределения; сравнительный анализ с использованием параметрического критерия t-Стьюдента.

## **2.2 Результаты исследования уровня тревожности на констатирующем этапе эксперимента**

На втором этапе нашего исследования были рассмотрены результаты диагностики уровня тревожности у экспериментальной и контрольной группы. Выраженность личностной и ситуативной тревожности у участников исследования оценивалась по опроснику Спилбергера-Ханина, а также изучалась выраженность депрессии по шкале Цунга и показатели теста САН (самочувствие, активность, настроение). В таблице 2 представлены полученные данные (приложение А, таблица А.1).

Таблица 2 – Выраженность личностной и ситуативной тревожности по опроснику Спилбергера-Ханина, депрессии по шкале Цунга; самочувствие, активность, настроение по тесту САН,  $M \pm m$

| Показатель               | Экспериментальная группа | Контрольная группа | $p_{Э-К}$  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|------------|
| Шкала Спилбергера-Ханина |                          |                    |            |
| личностная тревожность   | 58,6 $\pm$ 1,4           | 54,2 $\pm$ 2,6     | $p > 0,05$ |
| ситуативная тревожность  | 53,9 $\pm$ 1,8           | 45,8 $\pm$ 3,2     | $p < 0,05$ |
| САН                      |                          |                    |            |
| самочувствие             | 4,6 $\pm$ 0,7            | 4,4 $\pm$ 0,2      | $p > 0,05$ |
| активность               | 3,9 $\pm$ 0,2            | 4,2 $\pm$ 0,2      | $p > 0,05$ |
| настроение               | 4,1 $\pm$ 0,2            | 4,4 $\pm$ 0,3      | $p > 0,05$ |
| Шкала Цунга              |                          |                    |            |
| депрессия                | 45,8 $\pm$ 0,9           | 40,1 $\pm$ 1,7     | $p > 0,05$ |

Уровень ситуативной тревожности в экспериментальной группе до начала исследования был высоким – 53,9 $\pm$ 1,8 баллов. Уровень ситуативной тревожности определяется состоянием человека в данный момент времени и связан с теми внешними факторами, которые воспринимаются как угрожающие для физической или социальной целостности. Ситуативная тревога возникает как ответ на стрессовые факторы: изменение условий жизни, проблемы с собственным здоровьем или здоровьем близких, негативная политическая или экономическая ситуация, негативные новости, проблемы в семье или на работе. Высокий уровень ситуативной тревожности в экспериментальной группе можно объяснить наличием осознаваемых проблем со здоровьем, проживанием общей ситуации неопределенности в связи с коронавирусной пандемией, последствиями после перенесенной коронавирусной инфекции у ряда участников, изменением профессиональной занятости и экономической ситуации как следствием пандемии, сложной ситуацией в семье. Высокий уровень ситуативной тревожности характеризовался субъективно переживаемыми: напряжением, скованностью, озабоченностью, чувством встревоженности, нервозности, отсутствием чувства уверенности, спокойствия, тревогой по поводу

возможных неудач. В контрольной группе показатели ситуативной тревожности были на уровне средних значений –  $45,8 \pm 3,2$  баллов и достоверно отличались от аналогичных показателей в экспериментальной группе. Меньший уровень ситуативной тревожности у представителей контрольной группы можно объяснить отсутствием занятий в коррекционной группе, а следовательно, ожиданий по поводу достижения или недостижения результатов прохождения курса сложившемуся образу достижения.

Личностная тревожность, являясь устойчивой характеристикой, связана с наличием определенных личностных, характерологических черт, которые predispose к восприятию обычных ситуаций как опасных, определяют повышенную predisposition к стрессу, характеризуются пониженными самооценкой и самоуважением. Повышенная личностная тревожность приводит к развитию психосоматических заболеваний. Показатели личностной тревожности были высокими как в экспериментальной –  $58,6 \pm 1,4$  баллов, так и в контрольной группе –  $54,2 \pm 2,6$  баллов и достоверно не отличались.

Выраженность симптомов депрессии в обеих группах оценивалась по шкале самооценки депрессии Цунга. До начала коррекции средний балл депрессии по шкале Цунга составлял: в экспериментальной группе –  $45,8 \pm 0,9$  балла, в контрольной группе –  $40,1 \pm 1,7$  балла, что соответствует «нормальному состоянию». Показатели депрессии в обеих группах до коррекции достоверно не отличались. Выявленные показатели подтверждают удовлетворительное эмоциональное состояние у испытуемых, отсутствие депрессии как возможной первоначальной причины соматического заболевания.

Показатели самочувствия –  $4,6 \pm 0,7$  баллов, активности –  $3,9 \pm 0,2$  баллов и настроения –  $4,1 \pm 0,2$  баллов в экспериментальной группе соответствовали средним значениям. В контрольной группе показатели самочувствия –  $4,4 \pm 0,2$  баллов, активности –  $4,2 \pm 0,2$  баллов и настроения –  $4,4 \pm 0,3$  баллов также находились на уровне средних значений и достоверно не отличались

от соответствующих показателей в экспериментальной группе. Данные показатели характеризуют удовлетворительное функциональное состояние у испытуемых на момент проведения эксперимента, отсутствие декомпенсаций со стороны соматического здоровья.

### **2.3 Программа коррекции тревожных состояний у лиц с высоким уровнем тревоги на почве соматических заболеваний с использованием метода терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно**

Разработка программы коррекции тревоги с использованием приемов терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ) у лиц с соматическими заболеваниями на третьем этапе исследования была одной из задач нашего исследования и отражала основную цель.

Разрабатывая программу коррекции с опорой на положения терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно, мы ставили задачу объединения быстрой симптоматической помощи для смягчения эмоциональных реакций и неправильного поведения, а также изучение конституциональных характерологических особенностей с целью компенсации акцентуаций характера, являющихся почвой для развития соматических заболеваний. Коррекция тревоги с использованием приемов терапии творческим самовыражением происходит в результате обращения к личности каждого конкретного человека с учетом его характерологического радикала, внутренней картины болезни и эмоциональных реакций. Целью курса коррекции с применением приемов терапии творческим самовыражением было также обретение творческого оптимистического мироощущения для предупреждения тревожных состояний или совладания с ними.

Ведущим механизмом коррекции лиц с соматическими заболеваниями является активация защитно-приспособительных систем организма в переживании возвышающего эмоционального стресса с биологическим

природным сдвигом, сопровождающимся выходом в кровь нейрогормонов, запускающих цепочки целительных реакций. В результате целительного эмоционального стресса запускаются восстановительные процессы в организме, предотвращается или нейтрализуется негативное воздействие стресса на организм, повышается адаптационный потенциал.

Разрабатывая программу коррекции эмоционального состояния для лиц с соматическими заболеваниями на основе ТТСБ, мы опирались на универсальный механизм воздействия эмоционального целительного стресса на организм. Положительный результат достигается без актуализации травматичных или конфликтных причин соматического заболевания, что важно для безопасного самостоятельного применения приемов творческого самовыражения. Мы ориентировались на возможность самостоятельного использования приемов самопомощи после краткосрочного курса обучения. Для мотивации людей к выполнению конкретных творческих приемов давались подробные разъяснения о сути подхода с опорой на естественнонаучные знания.

Перед проведением коррекционной работы все участники исследования заполняли характерологический опросник (опросник М.Е. Бурно, 2007) для выявления ведущих характерологических радикалов.

По данным наблюдения в процессе курса психокоррекции, результатам характерологического тестирования у 26 испытуемых выборки преобладали черты тревожно-сомневающегося (психастеническая акцентуация по А.Е. Личко) характера (43,3%). В меньшем количестве были представлены другие характерологические радикалы: у 15 испытуемых преобладали черты замкнуто-углубленного (аутистический, шизоидная акцентуация) (25%), у 7 испытуемых – черты синтонного (циклоидная акцентуация) (11,7%), у 6 испытуемых – черты застенчиво-раздражительного (астеническая акцентуация) (10%), у 4 испытуемых – черты авторитарно-напряженного (эпилептоидная акцентуация) (6,7%) характера, у 2 испытуемых – черты демонстративного (истерическая акцентуация) (3,3%) характера.

Распределение испытуемых в зависимости от доминирующих характерологических радикалов представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение испытуемых в зависимости от доминирующих характерологических радикалов

| Характерологический радикал                                           | Всего (N=60) |       | Экспериментальная группа (n=40) |       | Контрольная группа (n=20) |     |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|-------|---------------------------------|-------|---------------------------|-----|
|                                                                       | п            | %     | п                               | %     | п                         | %   |
| Тревожно-сомневающийся (психастеническая акцентуация – по А.Е. Личко) | 26           | 43,3% | 16                              | 40%   | 10                        | 50% |
| Замкнуто-углубленный (аутистическая, шизоидная акцентуация)           | 15           | 25%   | 9                               | 22,5% | 6                         | 30% |
| Синтонный (сангвинический, циклоидная акцентуация)                    | 7            | 11,7% | 4                               | 10%   | 3                         | 15% |
| Застенчиво-раздражительный (астеническая акцентуация)                 | 6            | 10%   | 5                               | 12,5% | 1                         | 5%  |
| Авторитарно-напряженный (эпилептоидная акцентуация)                   | 4            | 6,7%  | 4                               | 10%   | –                         | –   |
| Демонстративный (истерическая акцентуация)                            | 2            | 3,3%  | 2                               | 5%    | –                         | –   |

Во время заполнения характерологического опросника многие испытуемые с преобладающими чертами синтонного, замкнуто-углубленного, авторитарно-напряженного характеров отмечали, что дефензивные свойства (неуверенность, застенчивость, несостоятельность в каких-то жизненных сферах) до обострения соматических симптомов не проявлялись в жизни или были практически незаметны.

Для наглядности распределение испытуемых в зависимости от доминирующих характерологических радикалов представлено на рисунке 1.

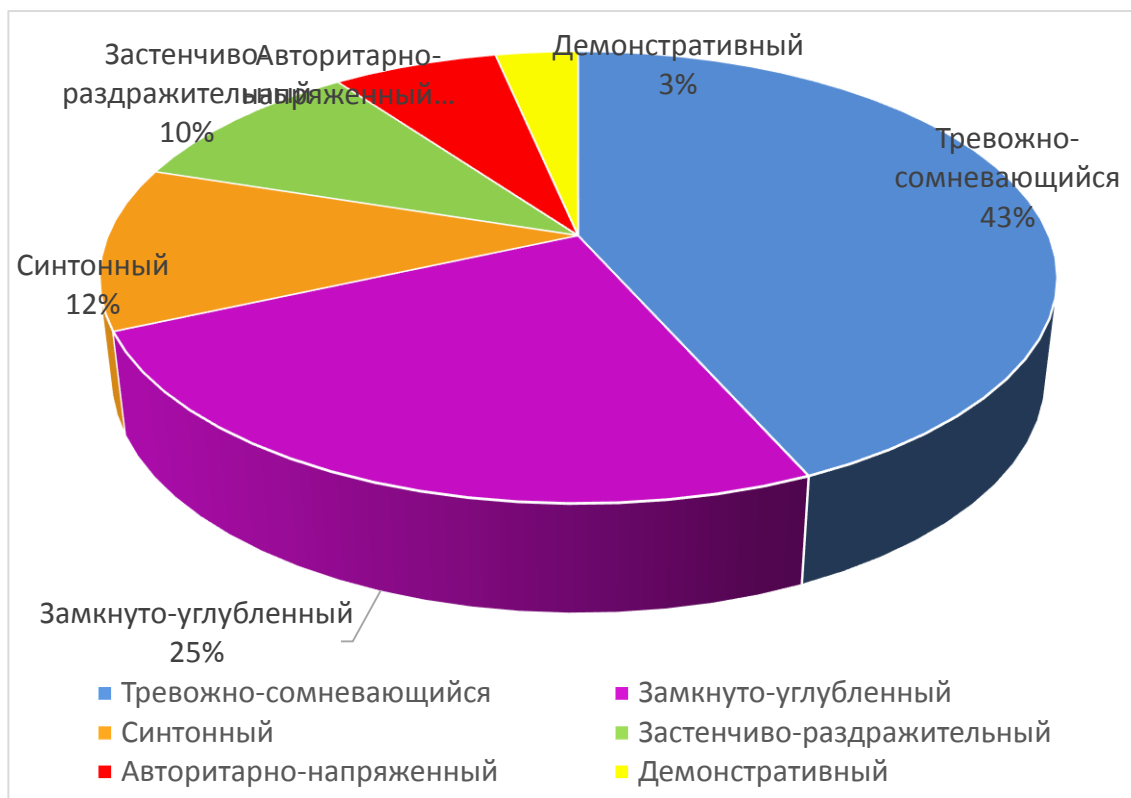


Рисунок 1 – Распределение испытуемых в зависимости от доминирующих характерологических радикалов

Разработанный вариант коррекции тревоги показан для применения у лиц с дефензивными переживаниями (переживания своей физической, социальной и так далее несостоятельности, беспомощности в широком смысле), так как помогал прочувствовать свои конституциональные особенности, силу и слабость своего характера, свою личностную ценность в обществе, жизненный смысл.

На четвертом этапе нашего исследования с участниками экспериментальной группы проводились групповые занятия по разработанному варианту с применением приемов терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно.

Краткосрочный курс коррекции тревоги у лиц с соматическими заболеваниями с применением приемов творческого самовыражения проводился с испытуемыми в групповом формате с применением дистанционных технологий (программа Skype) в связи с пандемическими

ограничениями. Курс коррекции состоял из 6 занятий. Продолжительность занятия составляла 2 часа. Занятия проводились 1 раз в неделю.

Занятие 1. О психосоматических расстройствах. Конституциональные особенности разных характеров, как предпосылки для возникновения психосоматических расстройств.

Занятие 2. Теория стресса Г. Селье. Целительная сила эмоционального стресса. О целебной силе творчества. «Меланхолия» А. Дюрера.

Занятие 3. Два полюса мироощущения (реалистический и идеалистический). Творческое общение с искусством.

Занятие 4. О защитно-приспособительной работе природы, о смягчении тревожно-депрессивной напряженности в творчестве (целебный психотерапевтический дневник, творческий поиск одухотворенности в повседневном).

Занятие 5. Целебно-творческое общение с природой, творческое фотографирование.

Занятие 6. Обучение приемам самопомощи при тревожных состояниях (прогрессивная мышечная релаксация (по Эдмунду Джекобсону), дыхательные упражнения).

Все занятия курса были структурированы и включали в себя три части:

- вводная часть, включавшая в себя решение организационных вопросов работы группы, проведение мотивирования участников на ответственное и активное участие, создание позитивного эмоционального настроения. Содержание организационных вопросов могло меняться в зависимости от целей и задач конкретного занятия;
- содержательная часть, посвященная решению основных задач курса коррекции. В процессе самого занятия использовались методы просвещения, психологической профилактики;
- заключительная часть, предназначенная для подведения итогов, рефлексии участников, обсуждения возможностей применения приобретенных знаний и умений в практику повседневной жизни.

Следует отметить несколько особенностей курса коррекции тревожных состояний у лиц с соматическими заболеваниями:

- краткосрочность курса занятий в связи с необходимостью получения быстрого положительного результата у пациентов;
- избегание актуализации психотравмирующих переживаний для исключения провокации обострения соматических симптомов;
- обучение приемам терапии творчеством для их дальнейшего самостоятельного использования;
- изучение разницы в мироощущениях для поиска созвучного себе;
- ключевыми моментами на занятиях были творческое сравнение и выбор созвучного в картинах, фотографиях, объектах природы;
- изучение особенностей конституциональных (естественных) вегетативных реакций у представителей разных характеров, что позволяло понять связь соматических симптомов с конституциональной почвой.

Изучение характеров, разницы в мироощущениях в различном творческом самовыражении с выбором созвучного необходимо для формирования ориентиров, помогающих прочувствовать свою неповторимость. Ощущение встречи с самим собой, со своим «Я» вызывало эмоциональное оживление. При изучении характеров пользовались терминами без психиатрических корней. В разработанном варианте коррекции сохранялась суть ТТСБ – изучение своего мироощущения, характера как совокупности природных особенностей, в том числе телесных проявлений, в разнообразном творческом самовыражении. В процессе коррекционных занятий проводилось наглядное сравнение ряда противоположностей, в котором происходил творческий выбор созвучного себе. На занятиях сравнивали репродукции картин известных художников с разными мироощущениями, фотографии с пейзажами, различные природные объекты (минералы, ракушки, цветы и так далее), зачитывали фрагменты из медицинской литературы и художественных произведений. В процессе

творческих занятий происходило исследование себя через выбор того, что человеку ближе, созвучнее. Процесс обнаружения созвучного себе сопровождался возникающим при этом эмоциональным оживлением личности, сопровождающимся активацией саногенных механизмов. Состояние эмоционального оживления (вдохновения) сохранялось в течение определенного времени после занятия и могло быть продлено и усилено повторением полюбившихся человеку творческих занятий и даже очень простых приемов. Понимание себя, своих характерологических особенностей, своего мироощущения, телесных проявлений помогало стать спокойнее, яснее виделись свои привязанности к чему-либо в этом мире и смыслы, становилось понятнее, как жить согласно своим природным особенностям.

Содержание цикла коррекции тревожных состояний с применением приемов творческого самовыражения у лиц с соматическими заболеваниями.

Занятие 1. Тема: «О психосоматических расстройствах. Конституциональные особенности разных характеров, как предпосылки для возникновения психосоматических расстройств» (Приложение Г, рисунок Г.1-Г.3).

Цели:

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

Содержание занятия:

Обсуждение и принятие правил работы группы.

Краткое сообщение по теме занятия.

Человеку, страдающему серьезным заболеванием, испытывающему тягостные и пугающие симптомы, переживающему чувство неизвестности

перед будущим, как правило, необходимо получить правдивые знания о происходящем с ним. Изучение конституциональных особенностей разных характеров подводит к принятию естественности определенных психосоматических реакций организма.

Опорные вопросы для работы группы:

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

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

Групповая дискуссия для обсуждения проблемы психосоматических расстройств.

Форма проведения обсуждения – высказывание своих мнений по теме, обсуждение собственного жизненного опыта, естественнонаучное разъяснение проблем психосоматических расстройств.

Так, Г., 44 лет (замкнуто-углубленный характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, паническое расстройство), называет причины появления тревоги: «Очень боюсь болезней в старости, неоказания медицинской помощи. Когда вижу одинокого соседа или старика, то

возникают определенные ассоциации, накладывая это на свою жизнь, запускается тревога, а потом начинаются вегетативные кризы».

Д., 33 года (синтонный характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, остеохондроз), ощущает тревогу как «истощающее переживание», возникающее в результате «невыплеснутого чувства обиды на несправедливую критику в свой адрес, когда не дал обратную связь, отсрочил эмоциональную реакцию, мучился, раздумывал, а надо было «здесь и сейчас» решать сложные вопросы». «А потом мучаешься часами от невыносимой головной боли».

М., 46 лет (демонстративный характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, синдром раздраженного кишечника), согласна с тем что «переживать тревогу – плохо, она разрушает организм. Но в умеренном количестве – способствует адаптации. Звоночек – остановись и задумайся».

Ч., 31 год (тревожно-сомневающийся характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, крапивница), «познакомилась с психосоматикой, когда врачи не могли справиться с тяжелыми аллергическими реакциями. Болезнь возникла на фоне стрессовых событий. Но если бы не тревога тогда, так и не начала бы заниматься собой, изучать себя, узнавать свой характер».

А так оценивала необходимость изучать себя, свои природные особенности Р., 62 года (тревожно-сомневающийся характер, Диагнозы: гипертоническая болезнь, остеохондроз, артроз): «Только когда оказалась в больнице в критическом состоянии, поняла, что надо что-то менять в жизни. Теперь понимаю, что мой характер, то, как я неправильно пользовалась им, привел меня к болезни. Есть понимание, что жила не так, как для тебя будет правильно в соответствии с твоим характером».

Занятие завершается прощанием, пожеланием наблюдать как проявляются собственные характерологические особенности в жизни.

Занятие 2. Теория стресса Г. Селье. Целительная сила эмоционального стресса. О целебной силе творчества. «Меланхолия» А. Дюрера (Приложение Г, рисунок Г.4).

Цели:

- знакомство с теорией стресса Г. Селье. Осмысление роли стресса в формировании психосоматических расстройств;
- понимание целительных механизмов эмоционального стресса;
- обсуждение целебных возможностей творчества на примере изучения гравюры «Меланхолия» А. Дюрера.

Содержание занятия:

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

Опорные вопросы для работы группы:

- теория стресса Г. Селье, стадии стрессовой реакции, роль стрессового фактора в возникновении соматических заболеваний;
- защитно-приспособительные механизмы физиологических реакций организма на стрессовые факторы;
- внешние (интенсивность и продолжительность стрессового фактора) и внутренние (завершение стрессовой ситуации на уровне ЦНС) условия, ведущие к срыву адаптационных возможностей с последующим развитием соматических заболеваний;
- саногенная роль стресса в деле борьбы с болезнями;
- целебные возможности творчества;
- естественные защитные механизмы депрессии (по гравюре Альбрехта Дюрера «Меланхолия»).

Ценность занятия в переоценке депрессивного состояния, в нахождении в нем ресурсов для собственного развития, смягчение фиксации на эмоциональном состоянии.

Групповая дискуссия для обсуждения проблемы стресса в жизни участников, влияния стресса на обострение симптомов заболевания. психосоматических расстройств. Анализ индивидуального опыта переживания депрессивных состояний, помощи себе творчеством.

Форма проведения обсуждения – высказывание своих мнений по теме, обсуждение собственного жизненного опыта, естественнонаучное разъяснение вопросов, связанных с негативным влиянием стресса на функционирование организма, восстановительными механизмами стресса.

Рассуждая на занятии, пациентка Н., 27 лет (тревно-сомневающийся характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, паническое расстройство), говорит: «Я смогла прочувствовать ценность депрессии. Она заставляет остановиться, задуматься над тем, чего в здоровой жизни не виделось. Она помогает решить многие свои проблемы. Теперь я без страха отношусь к депрессии. Я знаю теперь, чем заняться для своего развития».

С., 20 лет (тревно-сомневающийся характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, синдром раздраженного кишечника, дисбактериоз, дисгормональные расстройства) после занятия пишет в своем дневнике: «Я так понимаю, что депрессия дает человеку понять, что он как-то неправильно живет. Депрессия дается человеку для того, чтобы он разобрался в своей жизни, понял ее смыслы для себя, нашел свое место в этой жизни».

С., 24 года (аутистический характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, паническое расстройство, остеохондроз шейного отдела позвоночника), так размышляет о ценности депрессии: «При депрессии идет осознание внутренних переживаний, рождающее глубокие мысли. Ценность депрессии в осознании глубочайших основ своего собственного «Я», своего предназначения, оценке своей жизни».

Так заключает о смысле депрессии Л., 37 лет (тревно-сомневающийся характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь, полиноз, хронический тонзиллит, дорсопатия): «Депрессия – это путь к чему-то новому, к свету, это осознание ценности жизни, познание истин, смысла. Это путь к самой себе, это также познание своей сущности. Человек, переживший тяжелую депрессию, принципиально по-другому будет проживать свою жизнь».

Занятие завершается прощанием, пожеланием применять полученные знания на предстоящей неделе.

Занятие 3. Два полюса мироощущения (реалистический и идеалистический). Творческое общение с искусством (Приложение Г, рисунок Г.5 – Г.6).

Цели:

- знакомство с двумя мироощущениями (реалистическим и идеалистическим) для прочувствования ощущения своей неповторимой индивидуальности, уникальности;
- выбор созвучного себе в сравнении парных картин для прочувствования светлого переживания встречи с самим собой.

Содержание занятия:

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

Знакомство с вариантами мироощущений (реалистическое, идеалистическое, смешанное) происходит без подробного изучения характеров. Для многих участников становится откровением возможность прочувствовать и ответить на вопросы: Что же является для меня первичным в восприятии окружающего мира? Чувствую свое тело источником духа или его приемником?

Знакомство с вариантами мироощущений (реалистическое, идеалистическое, смешанное) происходит в сравнении парных картин (портреты, пейзажи) художников с реалистическим и идеалистическим мироощущениями. В сосредоточении на своем внутреннем душевном состоянии происходит выбор созвучного себе.

Примеры сравнений.

- Рублев – Рафаэль;
- Боттичелли – Серебрякова;
- Шишкин – Анненков;

– Пукирев – Малевич.

Здесь важно прочувствовать разницу в том, как видят мир люди с различным мироощущением, прочувствовать свою неповторимую индивидуальность, уникальность. Светлое переживание встречи с самим собой и есть целительный эмоциональный стресс, наполненный внимательным отношением к себе и окружающему миру, добротой, осмысленностью.

Групповая дискуссия для обсуждения разницы в мироощущениях.

Форма проведения обсуждения – высказывание своих мнений по теме, рефлексия с целью понимания своих реакций, присвоения позитивного опыта.

Знакомство с мироощущениями для многих участников становится первым шагом к пониманию разницы между людьми, к пониманию того, что разные люди по-разному чувствуют, не так, как ты. Для многих именно с этого занятия начинается путь к разрешению конфликтов, пониманию сложных отношений, к принятию других, непохожих на тебя людей.

Так, Т., 36 лет (синтонный характер, Диагноз: вегето-сосудистая дистония), смогла прочувствовать замкнуто-углубленный характер своего мужа и причины проблем в отношениях: «Это про моего мужа. Он – такой же аутист, как художник (К. Малевич, примечание автора). Я ему – и первое и второе, и третье в холодильнике к обеду приготавливаю, а он не видит. У него весь мир – Космос. Он реальность совсем не воспринимает. Покрасил крышу у машины в черный цвет, всю какими-то железочками блестящими облепил, а она едва ездит, давно в металлолом пора. Нет, – говорит, – не продам».

Завершение занятия с подведением итогов, обратной связью о работе в группе, прощанием, настроением на применение полученных знаний на предстоящей неделе. Домашнее задание к следующему занятию: сделать самостоятельно и принести фотографии «необычного в обычном».

Занятие 4. О защитно-приспособительной работе природы, о смягчении тревожно-депрессивной напряженности в творчестве (целебный дневник,

творческий поиск одухотворенности в повседневном) (Приложение Г, рисунок Г.7 – Г.8).

Цели:

- знакомство с природными защитно-приспособительными механизмами, механизмами помощи творчеством;
- изучение приемов ведения целебного дневника;
- изучение приемов творческого поиска одухотворенности в повседневном.

Содержание занятия:

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

Объясняем, что под «творчеством» (в широком смысле), «творческой работой души» понимается психическая деятельность, созвучная характеру человека, приводящая к образованию в головном мозге очагов положительного возбуждения (доминантных очагов). За счет функционирования этих очагов уменьшается активность участков нервной системы, отвечающих за формирование болезненных телесных ощущений, тревоги. В творческом поиске «неповторимого себя» происходит активация защитно-приспособительных процессов с выбросом в кровь целительных природных лекарств.

Ведение целебного дневника и записных книжек.

Ценность ведения дневника и записных книжек объясняется возможностью в короткие сроки прочувствовать их целебную силу. На занятии рассматриваем различные варианты дневниковых записей. Разъясняем, что стоит отнестись к написанию дневника как к разговору с лучшим другом, который выслушает, поймет, никогда не предаст. Уже в этом видится серьезное лекарство от переживания одиночества. Побуждаем описывать в подробностях события жизни для смягчения душевного напряжения, для благотворного «приземления» в жизни.

В начале ведения дневников наиболее полезными показали себя приемы записывания подробностей болезненных переживаний (помогает смягчить тревогу, напоминая, что «это уже было», «получилось справиться») и поделиться своими чувствами, страхами, запутанными переживаниями (выполняется функция контейнирования переживаний). В дальнейшем варианты записей в дневник расширяются:

- с дневником можно поделиться своими сокровенными чувствами, страхами, запутанными переживаниями. Разобраться неторопливо со своим отношением к этим чувствам, событиям. Возможно, выявить противоречия, необоснованность своих переживаний;
- записывание автобиографических воспоминаний помогает пробудить интерес к своему прошлому, прошлому своей семьи;
- записывание своих впечатлений о природе, посещении выставки помогает прочувствовать свою естественную эмоциональность, закрепить важные пережитые впечатления, чтобы позже возвращаться к ним, освежая воспоминания, оживляя свои чувства;
- чтение дневников известных людей (А.П. Чехов, Л.Н. Толстой, М.М. Пришвин, Ф.М. Достоевский, П.И. Чайковский, Ч. Дарвин и другие) помогают прочувствовать созвучие в чувствах, мировоззрении, стать понятнее самому себе;
- записывание подробностей болезненных переживаний помогает смягчить тревогу, напоминая, что «это уже было», «получилось справиться»;
- помогают ощутить жизнь, пробудить свежие чувства записи о взволновавшем, тронувшем душевно в повседневной жизни;
- для душевной собранности полезно записывать в записную книжку какие-то цитаты, важные фрагменты из книг, заметки из журналов, газет.

Тема поиска одухотворенности в повседневном многогранна. Здесь важно понимать, что одухотворенное всегда находится рядом с нами. Надо

только прочувствовать его по-своему. Прочувствовать движение своей души, откликающееся на колючую крапиву у забора или шелест листвы под ногами, колечки пара над чашкой горячего чая или пышные пирожки по бабушкиному рецепту, наклон слов в написанном перьевой ручкой тексте или мерное постукивание колес едущего поезда. Важно научиться чувствовать каждый миг жизни, чувствовать по-своему. Важно понимать, что каждый миг жизни неповторим, его нельзя будет переписать начисто. Это значит, что надо ценить каждый день, каждый миг, одухотворять их своим отношением. Помогает прочувствовать удивительное, необычное в обычном зарисовывание своих впечатлений, написание коротких заметок, рассказов, чтобы можно было впоследствии подробнее прикоснуться к своим переживаниям, становясь еще понятнее себе, пробуждая вновь и вновь тот свет своей души, который запускает в организме целительные реакции на биологическом уровне.

Для прочувствования целебного ощущения от поиска одухотворенности в повседневном на занятии рассматриваем фотографии «необычного в обычном», сделанные участниками.

Групповая дискуссия для обсуждения опыта ведения целебных дневников и записных книжек.

Форма проведения обсуждения – высказывание своих мнений по теме, рефлексия с целью понимания своих реакций, присвоения позитивного опыта.

Участники делятся опытом ведения дневника, целебных записных книжек:

А., 34 года (тревожно-сомневающийся характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, остеохондроз): «Я прочувствовала, что дневник – очень мощное лекарство. Дневник очень помогает, когда становится плохо. Жаль только, что когда состояние улучшается, забываю писать. Хочется сделать постоянной привычкой ведение дневниковых записей. Хочется писать о хороших впечатлениях, о сложных чувствах».

Р., 42 года (синтонный характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, синдром раздраженного кишечника): «Поняла – писать надо каждый день. И только дневник может быть твоим настоящим другом и самым верным помощником. Начала понимать лечебный эффект от перечитывания дневников. От старых записей на душе становится тепло. Маленькие рассказы приносят чувство победы над своей ленью. Тянет часто просто выписать свое состояние, тогда на душе полегче, чувствую подъем, возникают даже неожиданные открытия».

Н., 35 лет (авторитарно-напряженный характер, Диагноз: вегето-сосудистая дистония): «Размышляла о целебном эффекте перечитывания старых записей в моменты душевного спада. Когда ты читаешь эти записи уже в ином состоянии, понимаешь, что все проходит, все преодолимо. Эмоции, впечатления стираются, и ты уже не можешь помнить своего прежнего состояния, сравнить. А записав, можно проводить сравнительный анализ, искать силу в своем сегодняшнем состоянии по сравнению с пережитым когда-то».

С., 37 лет (тревожно-сомневающийся характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, остеохондроз): «В трудных ситуациях всегда просматриваю свои записи с занятий и дневники, очень здорово помогает».

А так прочувствовала Д., 17 лет (застенчиво-раздражительный характер, Диагноз: вегето-сосудистая дистония), ценность поиска одухотворенности в повседневном: «Надо научиться останавливаться и наслаждаться моментами. Искать что-то для себя и уметь возвращаться к этому, когда это необходимо».

Занятие завершается подведением итогов, обратной связью о работе в группе, прощанием, настроем на применение полученных знаний на предстоящей неделе.

Занятие 5. Целебно-творческое общение с природой, творческое фотографирование (Приложение Г, рисунок Г.9).

Цели:

- знакомство с целебно-творческими приемами общения с природой;
- изучение приемов творческого фотографирования.

Содержание занятия:

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

На занятии учимся целебному поиску себя в непосредственном общении с природой. Поясняем, что в природе словно растворены все настроения, все состояния, все характеры, поэтому, всматриваясь в подробности в объекты природы, мы обязательно встретим свое, созвучное нашей душе. Эта творческая работа души сопровождается светлым переживанием творческого вдохновения, воодушевления с формированием в головном мозге очагов положительного возбуждения, активизирующих в организме саногенные процессы. Прояснение своего отношения к природе помогает прочувствовать собственное мироощущение, стать более самими собой. Поиск созвучного себе происходит в парном сравнении пейзажей, написанных художниками разных характеров, в сравнении домашних цветов в горшках, различных предметов природы (камней, засушенных листьев и цветов, раковин). Полезно записывать свои впечатления о созвучном в природе в дневник для возможного позже возвращения к своим целебным переживаниям.

С темой целебно-творческого общения с природой тесно связана тема творческого фотографирования. Общаясь целебно с природой, делая на память фотографии о природе, сохраняя на фотографическом снимке созвучное себе, «кусочек своей души», получаешь возможность снова возвращаться к подробному изучению своих переживаний, отраженных на снимке, изучать свой творческий автопортрет, становясь все яснее себе.

Групповая дискуссия для обсуждения опыта целебно-творческого общения с природой и творческого фотографирования.

Форма проведения обсуждения – высказывание своих мнений по теме, рефлексия с целью понимания своих реакций, присвоения позитивного опыта.

Участники делятся опытом целебно-творческого общения с природой, творческого фотографирования.

Так прочувствовала целительную работу природы М., 65 лет (замкнуто-углубленный характер, Диагнозы: хроническая обструктивная болезнь легких, гипертоническая болезнь): «Чувствую целебное действие природы. Я ищу созвучное в природе. И тогда, когда нахожу это близкое, созвучное, ощущаю покой и красоту окружающего мира. Я чувствую себя маленькой песчинкой, растворенной в природе. Была я недавно на маленькой речке и думала о том, создал эту нерукотворную красоту. Я часто думаю о том, откуда берет начало эта красота, это величие? Прикосновение к природе помогает мне прочувствовать покой и умиротворение. На природе проходят мои печали-горести, апатия. Я снова хочу жить и творить».

Так Р., 42 года (синтонный характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, хронический холецистопанкреатит, дисгормональные нарушения), поделилась на занятии своими фотографиями и рассказом: «Ездили мы в лес на выходные. Предполагалось, что за грибами. Но их совсем не оказалось. Но вокруг была такая красота. И Моне, и Поленов вместе. И эти два мухомора такие бодренькие. Им все нипочем! Ни заморозки, ни иней на опавшей листве. Они живут своей жизнью, по своему расписанию и на свое усмотрение. Теперь я понимаю, как можно восполнять резервы, черпая вдохновение в окружающей нас красоте природы, в искусстве, общении (и даже с самим собой!). Я научилась видеть жизнь вокруг, ощущать её кожей, обонянием и осязанием! Нахожу вдохновение, гуляя по осеннему лесу, делая фотографии пейзажей».

Занятие завершается прощанием, пожеланием применять полученные знания на предстоящей неделе.

Занятие 6. Обучение приемам самопомощи при тревожных состояниях (прогрессивная мышечная релаксация (по Эдмунду Джекобсону), дыхательные упражнения) (Приложение Г, рисунок Г.10).

Цели:

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

Содержание занятия:

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

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

Упражнение «Прогрессивная мышечная релаксация».

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

Схема выполнения: 1) сначала нужно напрячь определённые мышцы в течение 7-10 секунд; 2) затем прочувствовать это напряжение; 3) расслабить эти мышцы в течение 30-40 секунд; 4) сконцентрироваться на ощущениях в

теле, обратить внимание на контраст между состоянием покоя и напряжением.

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

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

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

Упражнение «Диафрагмальное дыхание».

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

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

В конце занятия проводится обсуждение результатов прохождения краткосрочного цикла занятий для лиц с тревожными состояниями на фоне психосоматических расстройств.

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

Участники рассказывали о ценности полученных знаний и умений на последнем занятии:

Р., 65 лет (тревожно-сомневающийся характер, Диагнозы: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, артроз, хронический холецистопанкреатит): «Многое узнала о своем характере, о своих возможностях и о характерах других людей. Почувствовала силу своего характера, что очень помогает просто жить и справляться в разных жизненных ситуациях. Эти знания принесли мне столько открытий о моих чувствах и как они связаны с ответными реакциями моего организма. Я перестала задавать себе вопрос, что со мной не так. Теперь пришло осознание над чем нужно работать, а что является свойствами моего характера и принимать это. Полученный опыт позволяет мне правильно оценивать ответные реакции моего организма на те или иные чувства. Хочу продолжить заниматься психосоматикой для укрепления здоровья и полноценности жизни».

А., 34 года (тревожно-сомневающийся характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, СРК, ГЭРБ, остеохондроз позвоночника): «После курса прошла значительная часть мышечного напряжения (особенно мышц лица, ног и коленей), стало легче расслабляться».

А., 26 лет (тревожно-сомневающийся характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония): «Прочувствовала изменения в своем отношении к болезни. Я приняла ее, как часть себя. Приняла тот орган, в котором болезнь, таким, какой он есть. Не чувствую больше такого одиночества в борьбе с недугом».

Ф., 35 лет (синтонный характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь, синдром раздраженного кишечника), стало понятно, «почему не действовали препараты для лечения

ЖКТ, уяснила теперь, что лечить надо сначала психологическую составляющую болезни, тогда и функции органов нормализуются».

Р., 42 года (синтонный характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, хронический холецистопанкреатит, дисгормональные нарушения): «Практически исчезли приступы повышения давления и тревоги. Осознала тесную связь между психологическим состоянием и телесными ощущениями».

Б., 64 года (тревожно-сомневающийся характер, Диагнозы: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, остеохондроз): «Я получила много знаний и такой опыт, что позволяет мне жить спокойной жизнью, не пугаясь психосоматических симптомов, стрессов и негативных проблем, а вовремя спокойно их решать».

Б., 37 лет (тревожно-сомневающийся характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь, полиноз, хронический тонзиллит, дорсопатия): «Очень полезны теоретические знания в плане дальнейшей работы над собой, познания себя. Информация, полученная на занятиях, встраивается в общий контекст знаний и представлений о себе и болезни, и в определенных ситуациях помогает быть спокойнее, позитивнее реагировать на происходящее, сосредотачиваться и отслеживать свои внутренние реакции и изменения в них».

Б., 37 лет (тревожно-сомневающийся характер, Диагнозы: вегето-сосудистая дистония, гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь, полиноз, хронический тонзиллит, дорсопатия): «Считаю, этот курс полезным для себя по ряду причин: 1. Занятия в групповом формате позволяют мне видеть, что решение проблемы актуально для многих людей. Работа в группе дает мне приятное чувство общности, даже человеческой близости, и это для меня большая поддержка, как для человека, которому легче преодолевать сложности сообща. Как будто какие-то архаичные пласты психики просыпаются во мне, и я ощущаю поддержку рода, общины. Если кто-то делится своими успехами – я радуюсь за коллегу по рабочей группе, и это

тоже позитивный заряд и целебный фон для организма. Кроме того, положительный пример стимулирует меня собраться и работать с собой, прикладывать усилия, достигать целей. 2. Даны описания и характеристики многих методик самопомощи, из которых можно выделить и практиковать удобные и близкие конкретно мне. Так, например, заметила, что помогает на данном этапе целебно-творческое общение с природой. Вспомнила про ведение дневника или записной книжки. После заключительного занятия стараюсь вновь находить что-то значимое для меня и одухотворяющее в повседневном. Планирую вернуться к творческой фотографии. 3. Вижу для себя большой потенциал в использовании методики напряжения-расслабления. Это новая для меня методика. Хотелось бы освоить её себе на пользу. 4. Интересна информация об особенностях психо-соматических расстройств у различных характеров, хотелось бы больше узнать, если возможно в этом разрезе, чтобы помогать не только себе, но и, по мере возможности, близким».

Особенно ценными участники цикла считают «искреннюю атмосферу», «желание всех участников помогать друг другу», «чувство сплоченности коллектива, заинтересованность и желание понять друг друга». Участников «трогают рассказы других о своих переживаниях», у них появляется «ощущение взаимопонимания, того, что ты не одинок в своих бедах».

Занятие завершается прощанием, пожеланием применять полученные знания в жизни.

Занятия, на которых изучаются конкретные приемы творческого самовыражения, подготавливают человека к самостоятельному использованию их, формированию индивидуального подхода к введению творческих занятий в свою жизнь.

Несмотря на краткосрочность обучающего курса, участникам занятий удавалось прочувствовать себя индивидуально неповторимым, прочувствовать свое природное вдохновение, свою ценность, свой жизненный смысл. Осознание своей личностной неповторимости,

творческого вдохновения происходило в процессе сравнения известных мироощущений со своим собственным. В творческом сравнении с поиском «своего» – «не своего» достигалось прояснение-осознание своей уникальности, неповторимости. Светлое переживание эмоционального подъема от встречи с самим собой сопровождается саногенным биологическим сдвигом.

Со временем целебное воздействие творческих занятий, проявляющееся в смягчении тревоги, улучшении настроения, проявляется все отчетливее.

Данный подход целесообразно рассматривать к применению не только в качестве коррекционного при соматических заболеваниях, но в качестве профилактического средства.

## 2.4 Результаты исследования уровня тревожности на контрольном этапе эксперимента

На пятом этапе нашего исследования были рассмотрены результаты экспериментально-психологического исследования участников обеих групп с целью оценки эффективности разработанного варианта коррекции.

Динамика выраженности личностной и ситуативной тревожности у участников исследования представлена в таблице 4.

Таблица 4 – Динамика выраженности личностной и ситуативной тревожности по опроснику Спилбергера-Ханина,  $M \pm m$

| Показатель              | Экспериментальная группа |                 | р       | Контрольная группа |                 |                 | р <sub>э-к</sub> |   |
|-------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------------------|-----------------|-----------------|------------------|---|
|                         | Оценка в баллах          |                 |         | р                  | Оценка в баллах |                 |                  | р |
|                         | До коррекции             | После коррекции |         |                    | До коррекции    | После коррекции |                  |   |
| Личностная тревожность  | 58,6±1,4                 | 46,6±1,4        | p<0,001 | 54,2±2,6           | 51,5±2,2        | p>0,05          | p>0,05           |   |
| Ситуативная тревожность | 53,9±1,8                 | 40,6±1,7        | p<0,001 | 45,8±3,2           | 45,9±2,6        | p>0,05          | p>0,05           |   |

Ситуативная тревожность после курса коррекции снизилась в экспериментальной группе с высокого уровня ( $53,9 \pm 1,8$ ) до умеренного ( $40,6 \pm 1,7$ ) на достоверном уровне статистической значимости ( $t=8,4$ ,  $p<0,001$ ). В контрольной группе ситуативная тревожность изначально была на верхней границе умеренного уровня тревожности ( $45,8 \pm 3,2$ ). После курса коррекции данный показатель ( $45,9 \pm 2,6$ ) остался на том же уровне, различия достоверно не обнаружены. Между группами после курса коррекции по данному показателю не выявлено достоверной разницы ( $t=1,8$ ,  $p>0,05$ ).

Уменьшение ситуативной тревожности в экспериментальной группе участников говорит о том, что в процессе курса коррекции испытуемые научились реагировать на стрессовые ситуации более спокойно, не испытывали чрезмерного напряжения и состояния повышенной тревожности в повседневных жизненных ситуациях.

Динамика выраженности ситуативной тревожности наглядно представлена на рисунке 2.

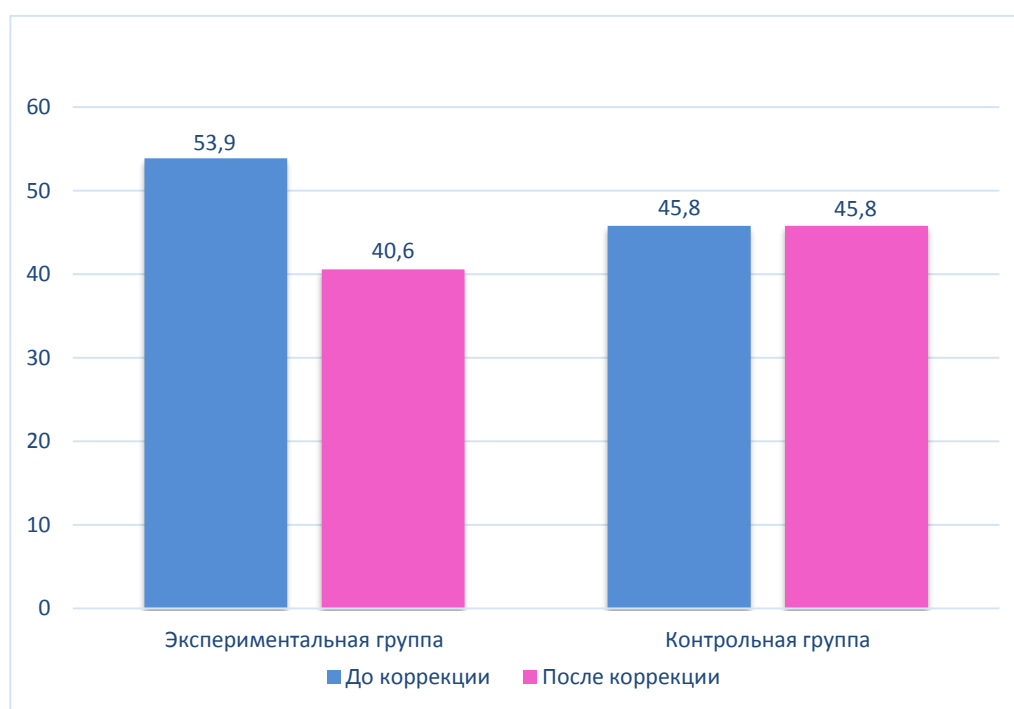
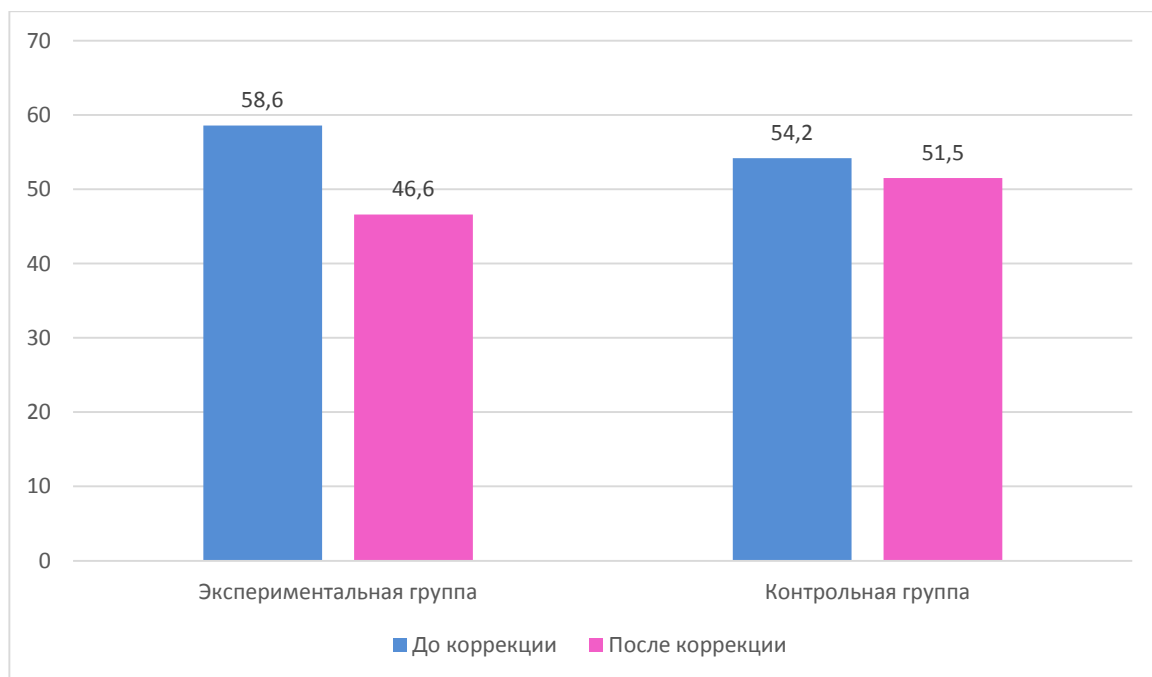


Рисунок 2 – Динамика выраженности ситуативной тревожности по опроснику Спилбергера-Ханина

При анализе динамики личностной тревожности мы видим, что в экспериментальной группе произошло снижение данного показателя (от  $58,6 \pm 1,4$  до  $46,6 \pm 1,4$ ) на достоверном уровне статистической значимости ( $t=8,8$ ,  $p<0,001$ ), хотя он и остался на нижней границе высокого уровня выраженности. В контрольной группе достоверно значимого изменения уровня личностной тревожности не произошло. Между группами после курса коррекции по данному показателю не выявлялась достоверная разница ( $t=1,9$ ,  $p>0,05$ ).

Можно предположить, что уменьшение личностной тревожности в экспериментальной группе участников произошло благодаря знакомству в процессе курса коррекции с определенными свойствами своего характера, прочувствованию своей личностной ценности, своего жизненного смысла. Это помогло воспринимать жизненные ситуации не как опасные и угрожающие их самооценке и самоуважению.

Динамика выраженности личностной тревожности представлена на рисунке 3.



### Рисунок 3 – Динамика выраженности личностной тревожности по опроснику Спилбергера-Ханина

Отсутствие статистических различий по показателям ситуативной и личностной тревожности после окончания курса коррекции можно объяснить малой численностью выборки, возможными помехами в эмпирическом распределении, возможно недостаточным для выявления статистической значимости сдвигом показателей. Несмотря на недостаточный сдвиг для получения достоверной разницы в исследовании ситуативной и личностной тревожности в экспериментальной и контрольной группах, мы видим большой сдвиг показателя средней арифметической после курса коррекции и можем говорить о тенденции к положительным изменениям и, возможно, при увеличении количества выборки результаты получились бы статистически достоверными.

Динамика выраженности депрессии у участников исследования представлена в таблице 5.

Таблица 5 – Динамика выраженности депрессии по шкале самооценки депрессии Цунга,  $M \pm m$

| Показатель | Экспериментальная группа |                 | Контрольная группа |                 |                 |        | p <sub>э-к</sub> |
|------------|--------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------------|--------|------------------|
|            | Оценка в баллах          |                 | p                  | Оценка в баллах |                 | p      |                  |
|            | До коррекции             | После коррекции |                    | До коррекции    | После коррекции |        |                  |
| Депрессия  | 45,8±0,9                 | 35,2±0,9        | p<0,001            | 40,1±1,7        | 39,2±1,6        | p>0,05 | p<0,05           |

После проведения курса коррекции в экспериментальной группе показатель депрессии остался на уровне «нормального состояния», но при этом произошло достоверное ( $t=10,7$ ,  $p<0,001$ ) снижение данного показателя с 45,8±0,9 до 35,2±0,9 баллов. В контрольной группе статистически значимых различий по данному показателю не произошло. Динамика выраженности депрессии представлена на рисунке 4.

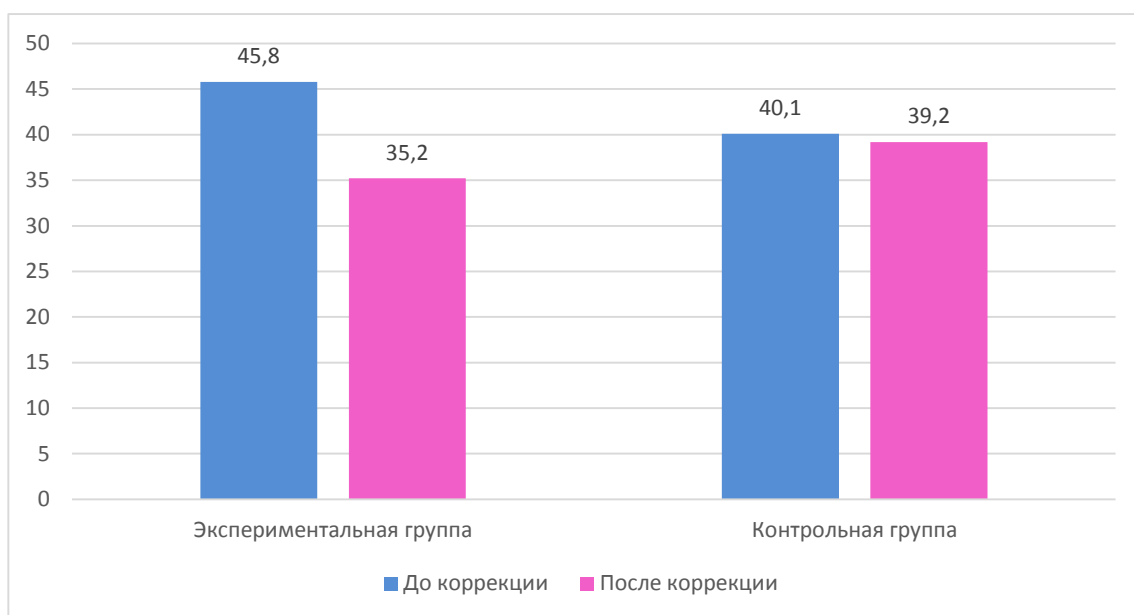


Рисунок 4 – Динамика выраженности депрессии по шкале Цунга

Между группами после курса коррекции по показателю депрессии отмечалась достоверная разница ( $t=2,3$ ,  $p<0,05$ ).

Динамика уровня самочувствия, активности и настроения по шкале САН у участников исследования представлена в таблице 6.

Таблица 6 – Динамика уровня самочувствия, активности и настроения по шкале САН,  $M\pm m$

| Показатель   | Экспериментальная группа |                  |         | Контрольная группа |                  |        | p <sub>э-к</sub> |
|--------------|--------------------------|------------------|---------|--------------------|------------------|--------|------------------|
|              | Оценка в баллах          |                  | p       | Оценка в баллах    |                  | p      |                  |
|              | До<br>лечения            | После<br>лечения |         | До<br>лечения      | После<br>лечения |        |                  |
| Самочувствие | 4,6±0,7                  | 5,3±0,1          | p<0,001 | 4,4±0,2            | 4,6±0,2          | p>0,05 | p<0,001          |
| Активность   | 3,9±0,2                  | 5,2±0,2          | p<0,001 | 4,2±0,2            | 4,8±0,2          | p<0,05 | p<0,05           |
| Настроение   | 4,1±0,2                  | 5,3±0,1          | p<0,001 | 4,4±0,3            | 4,8±0,2          | p<0,05 | p<0,05           |

До курса коррекции у участников обеих групп показатели самочувствия, активности и настроения находились в диапазоне средних оценок функционального состояния. После курса коррекции в экспериментальной группе произошло достоверное повышение ( $p<0,001$ ) всех показателей. Показатель самочувствия в экспериментальной группе

достоверно повысился с  $4,6 \pm 0,7$  баллов до  $5,3 \pm 0,1$  баллов ( $t=8,6$ ,  $p<0,001$ ) и стал соответствовать высокой оценке функционального состояния. В контрольной группе изменение показателя самочувствия с  $4,4 \pm 0,2$  до  $4,6 \pm 0,2$  баллов не являлось статистически достоверным ( $p>0,05$ ). Между группами выявлено достоверное различие динамики самочувствия ( $t=3,5$ ,  $p<0,001$ ) после курса коррекции. Динамика показателя самочувствия представлена на рисунке 5.

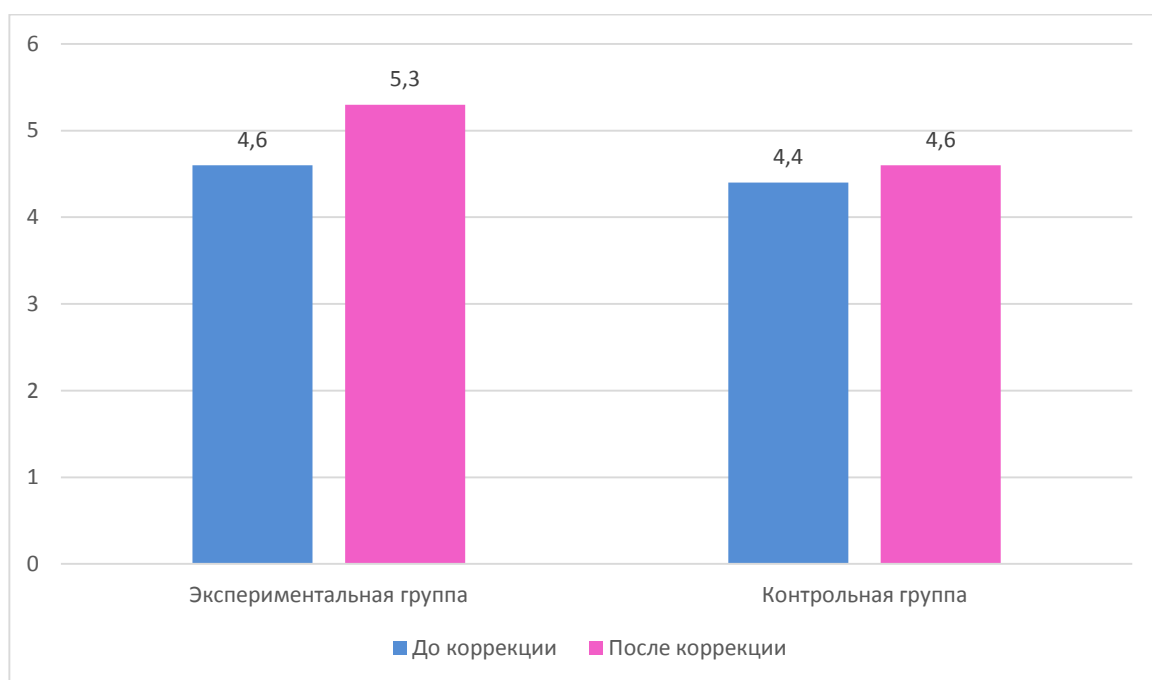


Рисунок 5 – Динамика показателя самочувствия по опроснику САН

Показатель активности в исследуемой группе достоверно повысился с  $3,9 \pm 0,2$  баллов до  $5,2 \pm 0,2$  баллов ( $t=7,9$ ,  $p<0,001$ ) и стал соответствовать высокой оценке функционального состояния. В контрольной группе показатель активности также достоверно повысился с  $4,2 \pm 0,2$  до  $4,8 \pm 0,2$  баллов ( $t=8,6$ ,  $p<0,05$ ), но остался на уровне средней оценки функционального состояния. Между группами не выявлено достоверных различий динамики активности после курса коррекции ( $t=1,5$ ,  $p>0,05$ ).

Отсутствие статистических различий по показателю активности в экспериментальной и контрольной группах можно объяснить тем, что и в экспериментальной группе после курса коррекции, и в контрольной группе, не проходившей курс коррекции, было выявлено достоверное изменение этого показателя. Достоверное изменение активности в контрольной группе могло произойти по объективным причинам. Так как исследование проводилось в летнее время, а у испытуемых не было обострения соматических заболеваний на момент проведения исследования, они могли увеличивать свою активность в связи с более активными занятиями спортом, увеличением времени пребывания на природе, на прогулках, на дачах. В то же время в экспериментальной группе увеличение показателя активности после курса коррекции было более значимым, чем в контрольной группе. Динамика показателя активности представлена на рисунке 6.

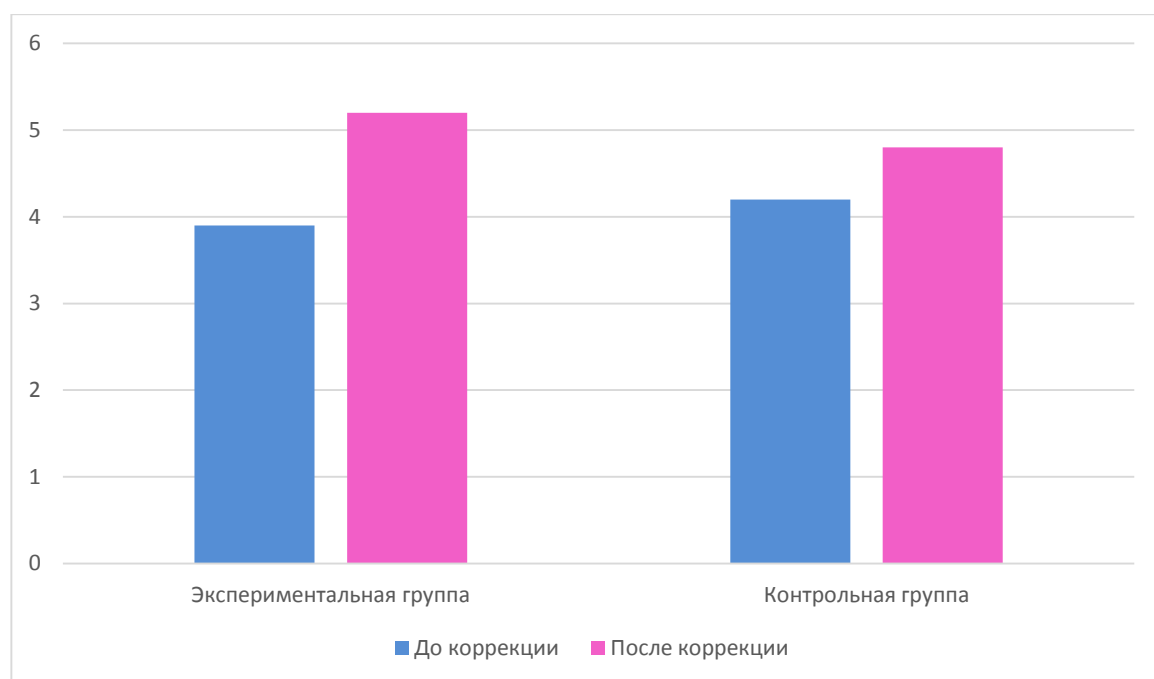


Рисунок 6 – Динамика показателя активности по опроснику САН

Показатель настроения в экспериментальной группе достоверно повысился с  $4,1 \pm 0,2$  баллов до  $5,3 \pm 0,1$  баллов и стал соответствовать высокой

оценке функционального состояния ( $t=7,1$ ,  $p<0,001$ ). В контрольной группе показатель настроения также достоверно повысился с  $4,4\pm0,3$  до  $4,8\pm0,2$  баллов ( $p<0,05$ ), но остался на среднем уровне.

Между группами выявлено достоверное различие динамики настроения ( $t=2,1$ ,  $p<0,05$ ) после курса коррекции. Динамика показателя настроения представлена на рисунке 7.

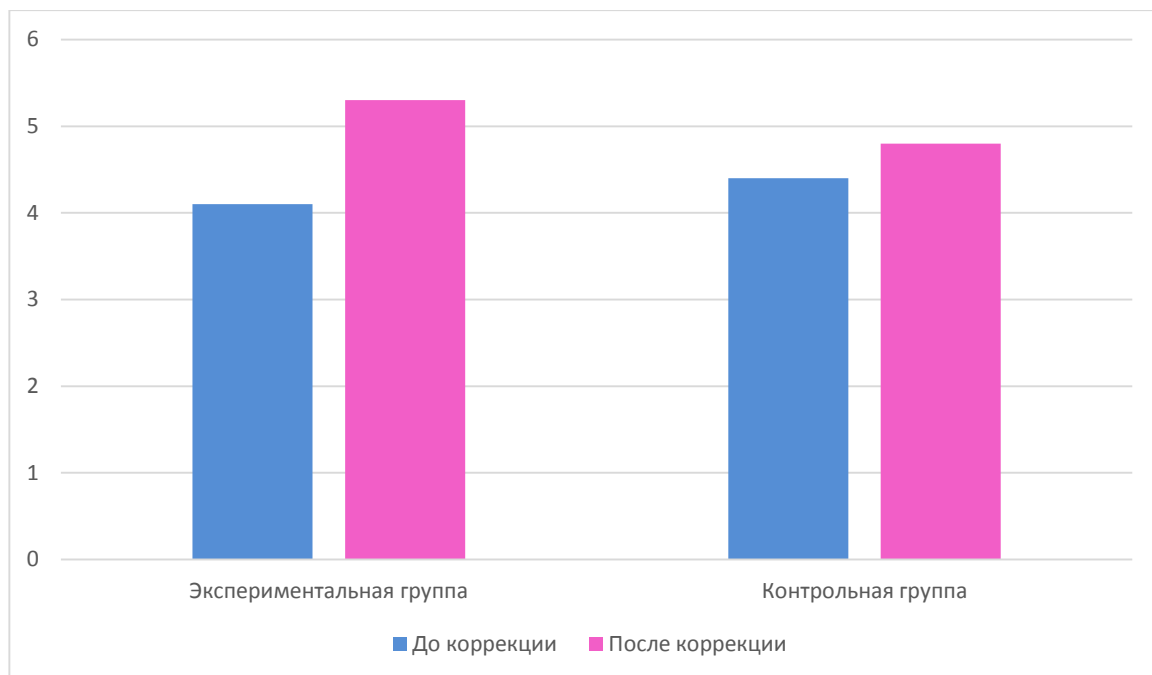


Рисунок 7 – Динамика показателя настроения по опроснику САН

По результатам применения опросника для оценки эффективности коррекции тревоги с применением приемов творческого самовыражения у лиц с соматическими заболеваниями в экспериментальной группе ( $N=40$ ) 34 испытуемых (85%) отметили высокую эффективность, 6 испытуемых (15%) – среднюю эффективность. Показатели опросника для оценки эффективности коррекции тревоги представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Показатели опросника для оценки эффективности коррекции тревоги с применением приемов творческого самовыражения у лиц с соматическими заболеваниями

| Вопросы анкеты                                                                                                                           | N=40 (100%) |       |     |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|-----|-------|
|                                                                                                                                          | Да          | %     | Нет | %     |
| Благодаря нашим творческим занятиям (индивидуальным и в группе) у меня улучшается настроение и самочувствие                              | 40          | 100%  | —   | —     |
| На наших творческих занятиях я научился(лась) конкретным творческим приемам, с помощью которых могу снижать тревогу                      | 40          | 100%  | —   | —     |
| Я способен(на) теперь заметно легче, чем прежде, остановить или смягчить свои переживания о здоровье                                     | 36          | 90%   | 4   | 10%   |
| Я стал(ла) себя значительно лучше чувствовать                                                                                            | 34          | 85%   | 6   | 15%   |
| Благодаря нашим творческим занятиям мое настроение улучшилось настолько, что уже не так, как раньше, зависит от физического самочувствия | 31          | 77,5% | 9   | 22,5% |
| Благодаря участию в наших занятиях мне интереснее стало жить, стало интересным то, о чем раньше и не думал(ла)                           | 39          | 97,5% | 1   | 2,5%  |
| Благодаря нашим занятиям мне стало легче справляться с разными жизненными трудностями                                                    | 36          | 90%   | 4   | 10%   |
| У меня возникла и укрепилась надежда на то, что теперь я смогу чувствовать себя лучше                                                    | 34          | 85%   | 6   | 15%   |

Продолжение таблицы 7

| Вопросы анкеты                                                                                                                   | Да | %     | Нет | %    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|-----|------|
| Благодаря нашим творческим занятиям возникла убежденность в том, что мое самочувствие в определенной мере зависит от меня самого | 36 | 90%   | 4   | 10%  |
| У меня окрепла вера во внутренние силы моего организма                                                                           | 28 | 70%   | 12  | 30%  |
| У меня появились творческие занятия, наполняющие душу чувством вдохновения                                                       | 38 | 95%   | 2   | 5%   |
| Мне хочется помочь подобным образом людям с похожими на мои тревожными переживаниями                                             | 26 | 65%   | 14  | 35%  |
| Считаю, что испытываю (хотя бы временами), благодаря нашим занятиям, радость вдохновения                                         | 39 | 97,5% | 1   | 2,5% |
| У меня появился (или заметно усилился) живой интерес к жизни                                                                     | 39 | 97,5% | 1   | 2,5% |
| Считаю, что, благодаря нашим занятиям, теплее стал(а) относиться к окружающим, лучше понимать их                                 | 34 | 85%   | 6   | 15%  |

Все 40 участников экспериментальной группы (100%) отмечали, что благодаря творческим групповым занятиям у них улучшается настроение и самочувствие, также они научились конкретным творческим приемам, с помощью которых смогли существенно снижать тревогу. Благодаря занятиям 39 участникам исследования (97,5%) стало интересным то, о чем раньше не думали; стали испытывать (хотя бы временами) радость вдохновения (97,5%), стали чувствовать живой интерес к жизни (97,5%). У 38 участников

(95%) появились творческие занятия, наполняющие душу чувством вдохновения. Благодаря занятиям 36 участников (90%) стали способны заметно легче, чем прежде, остановить или смягчить свои переживания о здоровье; стало легче справляться с разными жизненными трудностями (90%); появилась убежденность в определенной зависимости самочувствия от них самих (90%). 34 испытуемых (85%) стали лучше себя чувствовать душевно и физически, возникла и укрепилась надежда на дальнейшее улучшение (85%), проявили более теплое отношение и понимание к окружающим (85%). У 34 участников (77,5%) настроение улучшилось и меньше зависит от физического состояния. 28 испытуемых (70%) отметили окрепшую веру во внутренние силы организма. При этом 26 участников (65%) захотели помочь людям, испытывающим подобные тревожные состояния.

Более 90% испытуемых убеждены в том, что научились применять на практике приемы, помогающие смягчить тревожность, улучшить настроение, и продолжают творческие занятия самостоятельно после окончания цикла.

Необходимо дальнейшее уточнение положительного влияния при самостоятельном длительном использовании приемов творческого самовыражения у лиц с тревогой на фоне соматических заболеваний в зависимости от характера, мироощущения человека, что должно помочь выявить податливость в каждом случае определенным психокоррекционным влияниям, выработать рекомендации по работе с разными характерологическими типами разработанным вариантом коррекции.

### Выводы по второй главе

В настоящем эмпирическом исследовании по разработке программы коррекции тревоги у лиц с соматическими заболеваниями приняли участие 60 человек в возрасте от 20 до 65 лет (49 женщин, 11 мужчин). Испытуемые были разделены на две группы. В экспериментальную группу исследования

вошли 40 испытуемых (34 женщины (85%) и 6 мужчин (15%)). Средний возраст в экспериментальной группе составил  $42,0 \pm 1,7$  лет. В контрольную группу вошли 20 испытуемых (15 женщин (75%) и 5 мужчин (25%)). Средний возраст в контрольной группе составил  $48,0 \pm 3,1$  лет.

На констатирующем этапе эксперимента у всех испытуемых выявлен повышенный уровень личностной тревожности. У испытуемых экспериментальной группы выявлен повышенный уровень ситуативной тревожности. У испытуемых контрольной группы данный показатель находился на уровне средних значений. Показатели депрессии, самочувствия, активности и настроения у представителей обеих групп были в пределах средних значений.

По результатам характерологического тестирования у 26 (43,3%) испытуемых выборки выявлены черты тревожно-сомневающегося (психастеническая акцентуация по А.Е. Личко) характера. Другие характерологические радикалы представлены в меньшем количестве: у 15 испытуемых выявлены черты замкнуто-углубленного (аутистический, шизоидная акцентуация) (25%), у 7 испытуемых – черты синтонного (циклоидная акцентуация) (11,7%), у 6 испытуемых – черты застенчиво-раздражительного (астеническая акцентуация) (10%), у 4 испытуемых – черты авторитарно-напряженного (эпилептоидная акцентуация) (6,7%), у 2 испытуемых – черты демонстративного (истерическая акцентуация) (3,3%) характеров.

Для достижения цели исследования и проверки гипотезы нами была разработана и применена программа коррекции тревожных состояний у лиц с соматическими заболеваниями с использованием приемов терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ). Курс коррекции состоял из 6 занятий. Продолжительность занятия составляла 2 часа. Занятия проводились 1 раз в неделю.

Особенностями программы коррекции тревожных состояний у лиц с соматическими заболеваниями были: краткосрочность курса занятий в связи

с необходимостью получения быстрого положительного результата у пациентов; избегание актуализации психотравмирующих переживаний для исключения провокации обострения соматических симптомов; упрощение методик терапии творчеством для облегчения усвоения приемов и дальнейшего самостоятельного использования; изучение разницы в мироощущениях для дальнейшего поиска созвучного себе; ведущими темами были темы по творческому сравнению и выбору созвучного в картинах, объектах природы, фотографиях; изучение конституциональных (естественных) вегетативных реакций у представителей разных характеров.

На контрольном этапе эксперимента выявлена статистически значимая положительная динамика показателей у испытуемых экспериментальной группы: статистически значимо снизились уровни ситуативной и личностной тревожности, показатель депрессии ( $p < 0,001$ ); показатели самочувствия, активности, настроения достоверно повысились ( $p < 0,001$ ) и стали соответствовать высокой оценке функционального состояния.

В контрольной группе не произошло статистически значимых изменений показателей ситуативной и личностной тревожности, депрессии, самочувствия. Достоверно повысились показатели активности и настроения ( $p < 0,05$ ), но остались на уровне средней оценки функционального состояния.

Между экспериментальной и контрольной группами выявлено достоверное различие динамики после курса коррекции по показателям депрессии ( $p < 0,05$ ), самочувствия ( $p < 0,001$ ), настроения ( $p < 0,05$ ). Не выявлены статистические различия по показателям ситуативной и личностной тревожности, активности между экспериментальной и контрольной группами. Несмотря на недостаточный сдвиг данных показателей для получения достоверной разницы в исследовании ситуативной и личностной тревожности, активности между экспериментальной и контрольной группами, мы видим большой сдвиг показателей средней арифметической после курса коррекции в экспериментальной группе и можем говорить о тенденции к положительным изменениям.

В экспериментальной группе эффективность разработанной программы определялась по опроснику, адаптированному для оценки эффективности коррекции тревоги с применением приемов творческого самовыражения для лиц с соматическими заболеваниями. Программа доказала свою эффективность, об этом свидетельствуют, полученные в ходе реализации, результаты. Считаем, что гипотеза исследования полностью подтвердилась. Эффективность коррекции оценивалась как высокая в 85% случаев, как средняя – в 15% случаев.

Полученные результаты доказывают эффективность разработанной программы коррекции тревожных состояний у лиц с соматическими заболеваниями с применением приемов творческого самовыражения, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

## **Заключение**

Проблема тревожных расстройств сегодня стоит особенно остро. Постоянно возрастающий уровень стресса, ослабление социальной поддержки приводят к психологической дезадаптации. Хронический эмоциональный стресс вызывает нарушение функционирования внутренних органов и систем, приводя к возникновению соматических заболеваний, либо к обострению уже имеющихся. С другой стороны, соматическое заболевание, нарушая привычный ход жизни человека, зачастую становится причиной расстройств адаптации, проявляясь тревожно-депрессивными состояниями.

Своевременная диагностика и коррекция тревожных расстройств у лиц с соматическими заболеваниями могла бы разорвать порочный круг соматопсихических и психосоматических взаимоотношений в организме больного человека, существенно улучшить социальную адаптацию и качество жизни. Своевременная диагностика и коррекция тревожных расстройств могла бы выполнять профилактическую функцию, смягчая психоэмоциональные факторы риска возникновения соматических заболеваний или уменьшения частоты обострений симптомов соматических заболеваний.

В разработке методик коррекции тревожных состояний следует учесть выявленную недостаточность лишь симптоматических подходов, их относительно устойчивый эффект. При симптоматическом подходе для коррекции тревоги акцент делается на какой-то отдельный механизм, либо компонент, либо психологическую защиту, что не позволяет воздействовать на весь организм в целом. Для достижения устойчивых состояний ремиссии лечение должно сочетать как быструю симптоматическую помощь, так и долгосрочную терапию.

Целостным подходом, имеющим в своем арсенале как приемы быстрой помощи при различных сложных эмоциональных состояниях, так и каузальную терапию, является отечественный метод клинической

классической психотерапии – Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно. В данной работе была проведена адаптация данного метода к коррекционной работе с лицами, страдающими соматическими заболеваниями и показывающими высокий уровень тревожности, для достижения улучшения эмоционального состояния с опорой на природные конституциональные особенности с познанием сильных и слабых сторон характера, с возможностью компенсации акцентуаций, зачастую формирующих почву для развития соматической и психосоматической патологии.

Имеется положительный опыт использования Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно в коррекции эмоционального состояния у лиц с соматическими заболеваниями кардиологического, гастроэнтерологического, онкологического, фтизиатрического, дерматологического, офтальмологического профиля как в целостном применении классического метода, так и в вариантах с использованием отдельных приемов терапии творчеством. Расширение практики использования приемов терапии творческим самовыражением у лиц с соматическими заболеваниями позволило бы существенно улучшить качество их жизни, сделало бы их равноправными, активными участниками процесса собственного выздоровления или существенного улучшения здоровья, наделило бы смыслом ответственности за свое здоровье и активного созидания собственной творческой жизни.

## Список используемой литературы

1. Аведисова А. С., Ахапкин Р. В. Эффективность и переносимость терапии афобазолом (результаты открытой мультицентровой натуралистической программы) // Русский медицинский журнал. 2007. Т. 15, № 4. С. 259-266.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт Общегуманитарных исследований, 2004. 336 с.
3. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : Руководство для врачей. М. : Медицина, 1993. 398 с.
4. Астапов В. М. Феномен тревоги с позиции функционального подхода : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.13. М., 2002. 284 с.
5. Астапов В. М. Тревога и тревожность : хрестоматия. М. : ПЕР СЭ, 2017. 240 с.
6. Астахов Р. Л. Тревожность как фактор трансформации личности подростка / Психология XX века : Тезисы международной межвузовской научно-практической студенческой конференции. СПб., 2000. С. 168.
7. Артюхова Т. Ю. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Новосибирск, 2000. 197 с.
8. Ахмедов Т. И. Практическая психотерапия: внушение, гипноз, медитация. М. : АСТ; Харьков: Торсинг, 2005. 447 с.
9. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности ; под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб. : Питер, 2002. 544 с.
10. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л. : Наука, 1988. 270 с.
11. Березин Ф. Б., Безносюк Е. В., Соколова Е. Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Российский медицинский журнал. 1998. № 2. С. 43-49.

12. Бобырь М. А. Клинико-эпидемиологические аспекты распространенности симптоматики тревожности, тревоги и депрессии среди населения и у больных артериальной гипертензией : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Великий Новгород, 2007. 24 с.
13. Брызгунов И. П. Психосоматика у детей. М. : Психотерапия, 2009. 480 с.
14. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. М. : Медицина, 1989. 303 с.
15. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. изд. 2-е, доп. и перераб. М. : Академический Проект; Деловая книга, 2006. 800 с.
16. Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников). М. : Академический Проект; Альма Матер, 2009. 719 с.
17. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). 4-е изд., испр. и доп. М. : Академический Проект; Альма Матер, 2012. 487 с.
18. Бурно М. Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). М. : Академический Проект, 2013. 639 с.
19. Бурно М. Е., Орлова Т. В., Новиков Г. А. Краткосрочный вариант Терапии творческим самовыражением в паллиативной онкологии / Краткосрочная Терапия творческим самовыражением (метод М.Е. Бурно) в психиатрии ; под ред. М.Е. Бурно. М. : Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2015. С. 196 - 221.
20. Волков П. В. Психологический лечебник: Разнообразие человеческих миров. Руководство по профилактике душевных расстройств. М. : Этерна, 2013. 630 с.
21. Воробьева О. В., Русая В. В. Тревожные расстройства в общесоматической практике // Атмосфера. Нервные болезни. 2010. № 4. С. 32-36.

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

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

Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1987. Т. 87, вып. 11. С. 1697-1700.

44. Коркина М. В., Марилов В. В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. Т. 98, вып. 11. С. 30-32.

45. Костина Л. М. Психологические аспекты тревожности // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2008. № 1 (9). С. 33-36.

46. Крайг Г. Психология развития. СПб. : Издательство «Питер», 2000. 992 с.

47. Краснов В. Н., Долженко Т. В., Бобров А. Е. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов первичной медицинской сети // Медицинский вестник. 2010. № 11 (516). С. 9-10.

48. Кречмер Э. Строение тела и характер. М. : Академический Проект, 2015. 327 с.

49. Левин О. С. Тревожные расстройства в общеклинической практике // Медицинский совет. 2017. № 10. С. 36-40.

50. Левитов Н. Д. Психология характера. изд. 3-е, испр. и доп. М. : Просвещение, 1969. 424 с.

51. Леонгард К. Акцентуированные личности. Ростов-на-Дону : Феникс, 1997. 539 с.

52. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. М. : ООО АПРЕЛЬ ПРЕСС, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. 416 с.

53. Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. Л. : Медицина, 1986. 280 с.

54. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Академический Проект; Екатеринбург : Деловая книга, 2000. 432 с.

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

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

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

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

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

60. Маркова И. П. Развитие отечественной клинической психотерапии психосоматических расстройств: от аретотерапии А.И. Яроцкого к Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ) // Психотерапия. 2019. № 3 (195). С. 83-87.

61. Маркова И. П. А. И. Яроцкий – основоположник отечественной клинической психосоматики // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. 2019. Т. 11. № 2 (55). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 05.01.2021).
62. Маркова И. П. Тревога при соматических заболеваниях и возможность коррекции ее терапией творческим самовыражением // Независимый психиатрический журнал. 2021. № 3 (195). С. 68-69.
63. Маркова И. П. Тревожно-депрессивные состояния на фоне соматических заболеваний и их коррекция с применением методов терапии духовной культурой / Материалы Всероссийского научно-практического конгресса с международным участием (Москва, 4-7 ноября 2021) // Антология Российской психотерапии и психологии. Вып. 9. С. 147.
64. Маркова И. П. О приемах самопомощи творческим самовыражением для коррекции тревожных состояний на фоне соматических заболеваний / Медико-биологические и психолого-педагогические аспекты адаптации, социализации и реабилитации человека : Сборник научных статей по итогам круглого стола со всероссийским и международным участием № 8. 16 февраля 2022 г. М. : ООО «Конверт», 2022. С. 80-82.
65. Медведев В. Э. Взаимосвязь личностных расстройств и сердечно-сосудистых заболеваний: соматоцентрические концепции // Архивъ внутренней медицины. 2014. №1 (15). С. 70-73.
66. Мещеряков Б. Г. Большой психологический словарь ; под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. 4-е изд., расш. М. : АСТ; Санкт-Петербург : Прайм-Еврознак, 2009. 811 с.
67. Морозов П. В. Терапия депрессии и тревожных расстройств в современной психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Т. 7. № 3. С. 166-168.
68. Мэй Р. Смысл тревоги. М. : Класс, 2001. 379 с.

69. Мэй Р. Экзистенциальные основы психотерапии / Экзистенциальная психология. Экзистенция. М. : Апрель Пресс : ЭКСМО-Пресс, 2001. 624 с.
70. Нехорошкова А. Н., Грибанов А. В., Джойс Ю. С. Проблема тревожности как сложного психофизиологического явления // Экология человека. 2014. № 6. С. 47-54.
71. Орлова Т. В. Краткосрочный вариант метода Терапии творческим самовыражением Бурно для применения в паллиативной онкологии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 1 (80). С. 156-177.
72. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М. : Медицина, 1996. 464 с.
73. Пермина С. В. Коррекция тревожных расстройств и психосоматических нарушений техниками арт-терапии // Человеческий фактор : социальный психолог. 2020. № 2 (40). С. 231 - 239.
74. Петровский А. В. Краткий психологический словарь ; под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. 2-е изд., расш., испр. и доп. Ростов-на-Дону : Феникс, 1998. 512 с.
75. Петровский А. В. Психологический лексикон : Энциклопедический словарь в 6-ти томах ; под ред. А.В. Петровского, Л.А. Карпенко / Клиническая психология ; под ред. Н.Д. Твороговой. М. : ПЕР СЭ, 2007. 416 с.
76. Петрушин И. А. Музыкальная психотерапия: Теория и практика. М. : Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999. 176 с.
77. Петухов В. В. Типология индивидуальности [Электронный ресурс] : Psychology Online.Net. URL: <http://psychology-online.net/articles/doc-721.html> (дата обращения: 04.01.2021).
78. Поклитар Е. А., Нерсисян А. О. Метод Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно в комплексе патогенетического лечения больных туберкулезом / Избранные труды Одесской школы Терапии

творческим самовыражением ; под ред. Е.А. Поклитара, М.А. Раскиной. Одесса : «Астропринт», 2007. С. 62.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

88. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Козырев В. Н. и другие Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели

медицинской помощи) // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. Т. 99. вып. 4. С. 4-16.

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

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

91. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю. Психокardiология. М. : Медицинское информационное агентство, 2005. 784 с.

92. Смулевич А. Б., Волель Б. А., Медведев В. Э. и другие Развитие личности при соматических заболеваниях (к проблеме нажитой ипохондрии) // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 2. С. 4-11.

93. Смулевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. М. : МЕДпресс-информ, 2011. 719 с.

94. Собчик Л. Н. Теория ведущих тенденций как основа методологии психодиагностического исследования // Московский психологический журнал. № 3. URL: [http://magazine.mospsy.ru/nomer3/sob\\_03.shtml](http://magazine.mospsy.ru/nomer3/sob_03.shtml) (дата обращения: 02.01.2021).

95. Соловьева С. Л. Тревога и тревожность: теория и практика // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 6 (17). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 02.01.2021).

96. Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги / Стресс и тревога в спорте. М. : Физкультура и спорт, 1983. С. 12-24.

97. Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. М. : Изд-во Высшей школы психологии, 2003. 367 с.

98. Терлецкий А. Р. Терапия творческим самовыражением в комплексном лечении больных соматоформными нарушениями органов пищеварения / Избранные труды Одесской школы Терапии творческим

самовыражением ; под ред. Е.А. Поклитара, М.А. Раскиной. Одесса : «Астропринт», 2007. С. 76-79.

99. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М. : Медицина, 1986. 384 с.

100. Трошин В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика. М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. 784 с.

101. Федотова А. В. Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2008. № 3. С. 83 - 88.

102. Франкл В. Человек в поисках смысла ; под общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева. М. : Прогресс, 1990. 368 с.

103. Хабирова Е. Р. Тревожность и ее последствия / Ананьевские чтения : Б.Г. Ананьев и комплексные исследования человека в психологии (Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2003») ; под общ. ред. Л.А. Цветковой, Л.А. Головей. СПб. : Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2003. С. 301-302.

104. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. СПб. : «Восточно-Европейский Институт Психоанализа» совместно с издательством «Речь», 2002. 784 с.

105. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3. С. 141-163.

106. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных депрессивных и тревожных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. 1999. № 2. С. 61-90.

107. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М. : Айрис-пресс, 2004. 464 с.

108. Чутко Л.С. Тревожный пациент на приеме у невролога // Русский медицинский журнал. 2020. № 9. С. 590 - 594.
109. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход. СПб. : Изд-во СОВА; М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 272 с.
110. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. СПб. : «Речь», 2002. 352 с.
111. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М. : Независимая фирма «Класс», 2005. 576 с.
112. Яроцкий А. И. Идеализм, как физиологический фактор. Юрьев : Императорский Юрьевский университет, 1908. 304 с.
113. Яроцкий А. И. О психотерапии при хронических внутренних болезнях // Русский врач. 1917. № 25-28. С. 433-444.
114. Ader A., Cohen N. Psychoneuroimmunology: conditioning and stress // Annual Review of Psychology. 1993. № 44. P. 53-85.
115. Brewin C. Cognitive-behavior therapy for anxiety and depression // Annual Review of Psychology. 1996. Vol. 47. P. 33-57.
116. Gelenberg. Alan J. Psychiatric and somatic markers of anxiety : Identification and pharmacologic treatment // Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry. 2000. № 2 (2). P. 49-54.
117. Krishnan K.R., Delong M., Kraemer H. et al. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly // Biol Psychiatry. 2002. № 52 (6). P. 559-88.
118. Nielsen O.W., McDonaghb T., Comburnb P. et al. Patient differences related to management in general practice and the hospital : a cross-sectional study of heart failure in the community // Eur. Heart J. 2004. Vol. 25. P. 1718-1725.
119. Olatunji B.O., Cisler J.M., Deacon B.J. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings // Psychiatr Clin North Am. 2010. № 33 (3). P. 557-577.

120. Simon G.E., VonKorff M., Piccinelli M. et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression // N Engl J Med. 1999. № 341 (18). P. 1329-35.

121. Zheng F. Somatic symptoms and their association with anxiety and depression in Chinese patients with cardiac neurosis // Journal of International Medical Research. 2019. Vol. 47 (10). P. 4920-4928.

## Приложение А

### Характеристика выборки по признаку выраженного напряжения психосоматических симптомов

Таблица А.1 – Максимально выраженное напряжение психосоматических симптомов

| Номер испытуемого        | Ведущие психосоматические симптомы согласно анкете | Ведущие психосоматические симптомы согласно Гиссенскому опроснику |
|--------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Экспериментальная группа |                                                    |                                                                   |
| Испытуемый 1             | Вегето-сосудистая дистония                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 2             | Вегето-сосудистая дистония                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 3             | Остеохондроз                                       | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 4             | Остеохондроз, гипертоническая болезнь              | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 5             | Остеохондроз, аллергический поллиноз, тонзиллит    | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 6             | Остеохондроз, вегето-сосудистая дистония           | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 7             | Синдром раздраженного кишечника                    | Желудочные жалобы                                                 |
| Испытуемый 8             | Остеохондроз, вегето-сосудистая дистония           | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 9             | Вегето-сосудистая дистония                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 10            | Вегето-сосудистая дистония                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 11            | Остеохондроз                                       | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 12            | Гастрит, остеохондроз                              | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 13            | Язвенная болезнь 12-перстной кишки, тонзиллит      | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 14            | Вегето-сосудистая дистония                         | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 15            | Вегето-сосудистая дистония                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 16            | Вегето-сосудистая дистония                         | Сердечные жалобы                                                  |
| Испытуемый 17            | Вегето-сосудистая дистония                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 18            | Остеохондроз, артроз                               | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 19            | Вегето-сосудистая дистония                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 20            | Головные боли                                      | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 21            | Вегето-сосудистая дистония                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 22            | Остеохондроз                                       | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 23            | Вегето-сосудистая дистония                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 24            | Остеохондроз                                       | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 25            | Вегето-сосудистая дистония                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 26            | Вегето-сосудистая дистония                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 27            | Гипертоническая болезнь, остеохондроз              | Сердечные жалобы                                                  |
| Испытуемый 28            | Остеохондроз                                       | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 29            | Вегето-сосудистая дистония                         | Сердечные жалобы                                                  |
| Испытуемый 30            | Гипертоническая болезнь                            | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 31            | Остеохондроз, артроз                               | Болевые симптомы                                                  |

## Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1

| Номер испытуемого  | Ведущие психосоматические симптомы согласно анкете          | Ведущие психосоматические симптомы согласно Гиссенскому опроснику |
|--------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Испытуемый 32      | Остеохондроз                                                | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 33      | Панкреатит, гастрит                                         | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 34      | Синдром раздраженного кишечника, вегето-сосудистая дистония | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 35      | Вегето-сосудистая дистония                                  | Сердечные жалобы                                                  |
| Испытуемый 36      | Вегето-сосудистая дистония                                  | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 37      | Синдром раздраженного кишечника, вегето-сосудистая дистония | Желудочные жалобы                                                 |
| Испытуемый 38      | Вегето-сосудистая дистония                                  | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 39      | Гастрит, панкреатит                                         | Желудочные жалобы                                                 |
| Испытуемый 10      | Вегето-сосудистая дистония                                  | Сердечные жалобы                                                  |
| Контрольная группа |                                                             |                                                                   |
| Испытуемый 1       | Остеохондроз, гипертоническая болезнь                       | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 2       | Остеохондроз                                                | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 3       | Язвенная болезнь 12-перстной кишки                          | Желудочные жалобы                                                 |
| Испытуемый 4       | Остеохондроз                                                | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 5       | Остеохондроз                                                | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 6       | Остеохондроз                                                | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 7       | Остеохондроз                                                | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 8       | Остеохондроз                                                | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 9       | Вегето-сосудистая дистония                                  | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 10      | Панкреатит                                                  | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 11      | Гастрит, вегето-сосудистая дистония                         | Желудочные жалобы                                                 |
| Испытуемый 12      | Вегето-сосудистая дистония                                  | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 13      | Панкреатит, гастрит                                         | Желудочные жалобы                                                 |
| Испытуемый 14      | Вегето-сосудистая дистония                                  | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 15      | Остеохондроз                                                | Болевые симптомы                                                  |
| Испытуемый 16      | Вегето-сосудистая дистония                                  | Сердечные жалобы                                                  |
| Испытуемый 17      | Вегето-сосудистая дистония                                  | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 18      | Вегето-сосудистая дистония                                  | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 19      | Вегето-сосудистая дистония                                  | Симптомы истощения                                                |
| Испытуемый 20      | Вегето-сосудистая дистония                                  | Симптомы истощения                                                |

## Приложение Б

### Анкета для сбора социологических данных

- 1) ФИО (можно указать только первые буквы фамилии, имени и отчества) \_\_\_\_\_
- 2) Пол \_\_\_\_\_
- 3) Возраст на момент исследования \_\_\_\_\_
- 4) Место жительства, телефон \_\_\_\_\_
- 5) Состав семьи \_\_\_\_\_
- 6) Образование \_\_\_\_\_
- 7) Профессия, стаж работы \_\_\_\_\_
- 8) Есть ли у Вас хронические заболевания? \_\_\_\_\_
- 9) Чем подтверждается Ваше здоровье (Вашими ощущениями или медицинским заключением)? \_\_\_\_\_
- 10) Беспокоит ли Вас тревожное состояние в последнее время (указать – в течение какого времени)? \_\_\_\_\_

## Приложение В

### **Опросник для оценки эффективности коррекции тревоги с применением приемов творческого самовыражения у лиц с соматическими заболеваниями**

1. Благодаря нашим творческим занятиям (индивидуальным и в группе) у меня улучшается настроение и самочувствие.
2. На наших творческих занятиях я научился(лась) конкретным творческим приемам, с помощью которых могу существенно снижать тревогу.
3. Я способен(на) теперь заметно легче, чем прежде, остановить или смягчить свои переживания о здоровье.
4. Я стал(ла) себя значительно лучше чувствовать душевно и телесно.
5. Благодаря нашим творческим занятиям мое настроение улучшилось настолько, что уже не так, как раньше, зависит от физического самочувствия.
6. Благодаря участию в наших занятиях мне интереснее стало жить, стало интересным то, о чем раньше и не думал(ла).
7. Благодаря нашим занятиям мне стало легче справляться с разными жизненными трудностями.
8. У меня возникла и укрепилась надежда на то, что теперь я смогу чувствовать себя (душевно/физически) лучше.
9. Благодаря нашим творческим занятиям возникла убежденность в том, что мое самочувствие в определенной мере зависит от меня самого.
10. У меня окрепла вера во внутренние силы моего организма.
11. У меня появились творческие занятия, наполняющие душу чувством вдохновения.
12. Мне хочется помочь подобным образом людям с похожими на мои тревожными переживаниями.
13. Считаю, что испытываю (хотя бы временами), благодаря нашим занятиям, радость вдохновения.
14. У меня появился (или заметно усилился) живой интерес к жизни.

## Приложение Г

### Материалы к занятиям по разработанному варианту коррекции тревожных состояний с применением приемов терапии творческим самовыражением

**Занятие 1. О психосоматических расстройствах.**  
**Конституциональные особенности разных характеров, как предпосылки для возникновения психосоматических расстройств.**



Рисунок Г.1 – Материал к занятию на тему: О психосоматических расстройствах. Конституциональные особенности разных характеров, как предпосылки для возникновения психосоматических расстройств

## Продолжение Приложения Г

### **Занятие 1. О психосоматических расстройствах. Конституциональные особенности разных характеров, как предпосылки для возникновения психосоматических расстройств.**

#### **Тревожно-сомневающийся характер**

- вегетативные реакции в виде головокружения, тошноты, предобморочных состояний, сердцебиения, потливости;
- тревога;
- ипохондрия;
- синдром раздраженного кишечника;
- остеохондроз;
- бессонница;
- астенизация;
- истощающие болезненные сомнения по поводу появления «страшной», неизлечимой патологии.



В.А. Серов. Портрет Марии Львовны

Рисунок Г.2 – Материал к занятию на тему: О психосоматических расстройствах. Конституциональные особенности разных характеров, как предпосылки для возникновения психосоматических расстройств

## Продолжение Приложения Г

### **Занятие 1. О психосоматических расстройствах. Конституциональные особенности разных характеров, как предпосылки для возникновения психосоматических расстройств.**

#### **Синтонный характер**

- разнообразные расстройства настроения (тоска, раздражительность);
- тревога;
- вегетативные дисфункции в виде головных болей, сердцебиения, перепадов АД, рвоты;
- ипохондрия;
- навязчивости;
- склонность к ожирению и сахарному диабету.



Эдуард фон Грютцнер. Фальстаф

Рисунок Г.3 – Материал к занятию на тему: О психосоматических расстройствах. Конституциональные особенности разных характеров, как предпосылки для возникновения психосоматических расстройств

**Занятие 2. Теория стресса Г. Селье. Целительная сила эмоционального стресса. О целебной силе творчества. «Меланхолия» А.Дюрера**



*«Стресс -- это аромат и вкус жизни. Поскольку стресс связан с любой деятельностью, избежать его может лишь тот, кто ничего не делает».*

*«...Упорная работа ради того, к чему вы действительно стремитесь, не принесёт вреда. Но удостоверьтесь, что к этому стремитесь именно вы, а не только ваше общество, родители, учителя или соседи и что вы в состоянии выйти победителем...»*

*«Куда важнее совершенствовать самого себя и гарантировать свою полезность при любых поворотах судьбы».*



**Меланхолия  
Альбрехт Дюрер.**

Рисунок Г.4 – Материал к занятию на тему: Теория стресса Г. Селье. Целительная сила эмоционального стресса. О целебной силе творчества. «Меланхолия» А.Дюрера

**Занятие 3. Два полюса мироощущения (реалистический и идеалистический). Творческое общение с искусством.**

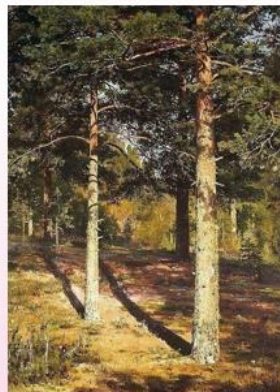


Сandro Боттичелли.  
Портрет молодой женщины



З. Серебрякова.  
Автопортрет

И. Шишкин.  
Сосны, освещенные  
солнцем



Ю. Анненков.  
Лес



Рисунок Г.5 – Материал к занятию на тему: Два полюса мироощущения (реалистический и идеалистический). Творческое общение с искусством

**Занятие 3. Два полюса мироощущения (реалистический и идеалистический). Творческое общение с искусством.**



**А. Рублев.  
Богоматерь  
Владимирская**



**Рафаэль Санти.  
Мадонна Темпи**

**В. Пукирев.  
Неравный брак**



**К. Малевич.  
Свадьба**



Рисунок Г.6 – Материал к занятию на тему: Два полюса мироощущения (реалистический и идеалитический). Творческое общение с искусством

## Продолжение Приложения Г

### **Занятие 4. О защитно-приспособительной работе природы, о смягчении тревожно-депрессивной напряженности в творчестве (целебный психотерапевтический дневник, творческий поиск одухотворенности в повседневном)**

#### *Приемы ведения психотерапевтических дневников и записных книжек*

- отнестись к написанию дневника как к разговору с лучшим другом;
- записывать в подробностях события жизни;
- делиться своими чувствами, страхами, запутанными переживаниями;
- разъяснить себе свое настроение;
- осудить себя, дать нравственный совет;
- записывать автобиографические воспоминания;
- записывать цитаты, важные фрагменты из книг, газет;
- записывать о взволновавшем необычном в повседневной жизни;
- записывать впечатления о природе, посещении музея;
- читать дневники известных людей.

Рисунок Г.7 – Материал к занятию на тему: О защитно-приспособительной работе природы, о смягчении тревожно-депрессивной напряженности в творчестве (целебный психотерапевтический дневник, творческий поиск одухотворенности в повседневном)

## Продолжение Приложения Г

### **Занятие 4. О защитно-приспособительной работе природы, о смягчении тревожно-депрессивной напряженности в творчестве (целебный психотерапевтический дневник, творческий поиск одухотворенности в повседневном)**



Фото Б.

Пока сухие-они все кажутся серыми. Но стоит морской воде их намочить, и это уже не те камни. Так и с людьми, узнать что за человек рядом иногда помогает случай..

Фото Ш.

Удивительно, как из-под сухих листьев пробивает себе дорогу цветок, стремясь жить. Весна! Все возрождается, обновляется.



Рисунок Г.8 – Материал к занятию на тему: О защитно-приспособительной работе природы, о смягчении тревожно-депрессивной напряженности в творчестве (целебный психотерапевтический дневник, творческий поиск одухотворенности в повседневном)

**Занятие 5. Целебно-творческое общение с природой, творческое фотографирование.**

*Целебно-творческие фотографии участников*



Рисунок Г.9 – Материал к занятию на тему: Целебно-творческое общение с природой, творческое фотографирование

## Продолжение Приложения Г

### **Занятие 6. Обучение приемам самопомощи при тревожных состояниях (прогрессивная мышечная релаксация (по Эдмунду Джекобсону), дыхательные упражнения).**

Прогрессивная мышечная релаксация (по Эдмунду Джекобсону)

#### ***Механизм самопомощи:***

Напряжение мышц — Расслабление мышц — Уменьшение эмоционального напряжения (тревоги, гнева)

#### ***Схема выполнения упражнений:***

- сначала нужно напрячь определённые мышцы;
- затем прочувствовать это напряжение;
- расслабить эти мышцы;
- обратить внимание на контраст между состоянием покоя и напряжением.

Рисунок Г.10 – Материал к занятию на тему: «Обучение приемам самопомощи при тревожных состояниях (прогрессивная мышечная релаксация (по Эдмунду Джекобсону), дыхательные упражнения)»