

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

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и 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 методом экзистенциальной терапии у лиц с функциональными нарушениями сердечного ритма

Обучающийся

А.И. Кропивянская
(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

канд. психол. наук, С.С. Белоусова
(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретические аспекты коррекционной работы с тревожностью у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма	10
1.1 Психологический статус пациентов с функциональным нарушением сердечного ритма. Важность нормализации психоэмоционального состояния в контексте реабилитации и улучшения качества жизни	10
1.2 Понятие и уровень тревожности. Психогенные и соматические реакции тревожного типа у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма	17
1.3 Обзор методов коррекции тревожных состояний у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма	27
1.4 Экзистенциальная терапия как метод психокоррекции тревожных состояний.....	38
Глава 2 Экспериментальная работа по применению метода экзистенциальной терапии тревожных состояний у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма	48
2.1 Организация и методы исследования.....	48
2.2 Результаты исследования тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма на констатирующем этапе эксперимент	60
2.3 Формирующий этап эксперимента по коррекции тревожных состояний методом экзистенциальной терапии	62
2.4 Результаты исследования уровня тревожности на контрольном этапе эксперимента.....	75
Заключение.....	83
Список используемой литературы	85
Приложение «А» Сценарий вводного группового занятия	92
Приложение «Б» Индивидуальная беседа.....	94

Введение

Актуальность исследования. Состояние тревожности является естественным при возникновении тех или иных психотравмирующих ситуаций, особенно, когда это ситуации, угрожающие жизни, длительные и изматывающие. В частности, речь идет о ситуациях, связанных с нарушением нормального функционирования жизненно важных органов. В таких случаях со временем тревога может даже не столь остро ощущаться, однако, становится стабильным психологическим фоном и предопределяет не только негативные изменения в эмоциональной сфере, но и дальнейшее отношение человека к жизни в целом. Пребывая в постоянном стрессе, человек сначала испытывает ситуативную тревогу в виде самого элементарного страха за жизнь и здоровье, являющуюся способом адаптации к стрессовому фактору. Позже она перерастает в свойство личности, и, наконец, может преобразоваться в невроз. В частности, такое случается у пациентов с функциональным нарушением сердечного ритма, то есть таким, которое не обусловлено какими-либо органическими изменениями сердца.

Так называемое ВСД – распространенное невротическое состояние, которое тяжело поддается медикаментозному лечению и требует своевременной психологической помощи. Как правило, в ее отсутствие реабилитация протекает тяжело и длительно. Ожидание повторных приступов оборачивается усилением тревожной симптоматики и, в конце концов, приводит к усугублению проблемы.

Кроме того, оно оказывает прямое влияние на качество жизни, которое и так страдает в результате постоянного стресса. Высокий уровень тревожности обуславливает риск того, что пациент даже при отсутствии явно выраженных симптомов нарушения сердечного ритма не сможет испытывать прежнюю, существовавшую до болезни, легкость бытия, так и не почувствует себя уверенно.

Таким образом, функциональное нарушение сердечного ритма неизменно влечет за собой возникновение тревожных состояний.

Однако, указанная схема изначально работает и в обратном порядке. То есть, тревожность является не только последствием нарушения сердечного ритма, но и его причиной. Точнее, одной из причин. Ощущение бессмысленности, депрессии и тревоги влечет за собой вполне ощутимые соматические реакции, чаще всего поражающие сердечно-сосудистую систему. И, если последствием уже возникшего нарушения ритма себрдцебиения является тревога ситуативная, то есть связанная с наличием приступов, то причиной – тревога глубинная, имеющая непонятное происхождение и, как правило, неосознаваемая. Только позже, в процессе психотерапии она начинает приобретать какие-то более или менее внятные «очертания». Эта тревога практически всегда связана с фундаментальными понятиями, обуславливающими отношение человека к жизни и своему месту в ней: в чем он видит смысл жизни и понимает ли вообще смысл своего существования, насколько он чувствует себя свободным, ответственным за свой выбор, насколько сильно испытывает экзистенциальное одиночество и т.д. В совокупности перечисленное определяет то, насколько комфортно он ощущает себя в этом мире, видит ли свое место в нём, ощущает ли почву под ногами.

Все эти глубинные, духовные вопросы относятся непосредственно к экзистенциальной сфере, кризис которой неизменно влечет за собой возникновение тревожности. В связи с этим, мы считаем необходимым необходимым в первую очередь обратиться именно к экзистенциальной терапии.

Поскольку это не самый распространенный, малоизученный и недооцененный метод психотерапии, используемый в работе с лицами, имеющими функциональные нарушения сердечного ритма, его исследование является актуальным в целях разработки и усовершенствования комплексных программ психокоррекции.

Объект исследования: тревожные состояния у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма.

Предмет исследования: коррекция тревожных состояний у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма при помощи техник экзистенциальной терапии.

Цель исследования: оценить эффективность коррекции тревожных состояний у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма методом экзистенциальной терапии.

Гипотеза исследования. Применение экзистенциальной терапии способствует значительному снижению уровня тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма.

Выдвигая указанную гипотезу, мы предполагаем, что именно страх смерти, ощущения бессмысленности и изоляции, то есть базовые для работы в рамках экзистенциальной терапии состояния, зачастую являются одним из провоцирующих факторов аритмий неопределенной этиологии. В свою очередь, в обратном порядке, уже возникшие нарушения сердечного ритма ведут к усилению экзистенциального страха и беспомощности, что требует серьезной духовно-ориентированной работы.

Нарушение сердечного ритма в отсутствие органических изменений сердца может являться симптомом невроза. Мы соглашались с позицией В. Франкла относительно того, что невроз – это признак духовного кризиса, и неврозы, возникающие «из духовного», требуют и психотерапии «на основании духовного»[51].

Для достижения поставленной цели исследования предусматривается решение следующих задач:

- провести анализ научных литературных источников по вопросам возникновения и развития тревожных состояний у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма;
- сформировать выборку исследования по критерию наличия функционального нарушения сердечного ритма;

- изучить уровень тревожности участников экспериментальной и контрольной групп;
- разработать и реализовать программу применения метода экзистенциальной терапии у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма;
- сравнить показатели тревожности в контрольной и экспериментальной группах при первичном измерении с показателями после проведенной работы.

Теоретико-методологической основой исследования являются труды по экзистенциальной терапии И. Ялома, Р. Мэя, В. Франкла, а также О. Ранка, заложившего фундамент для дальнейшего развития этого направления; концепции, раскрывающие сущность тревожности (З. Фрейд, К. Изард, М. Кляйн, Р. Мэй, П. Тиллих, В. Франкл, К. Ясперс, А. Адлер, и др.); исследования современных авторов, изучавших влияние тревожности на сердечный ритм (Дж.Ф. Брошо, Э.В. Дейк, Дж.Ф. Тайер, П.Дж. Талли, С.М. Кош, Б.Т. Баун, А. Питтиг, Дж.Дж. Арч, К.В. Лам, М.Г. Краске, А.Б. Николаев, Т.Д. Джебраилова).

Методы и методики исследования.

- Теоретические методы – анализ и обобщение литературных источников по проблеме исследования.
- Клинико-биографический и клинико-анамнестический методы сбора данных.
- Психодиагностические методы: опросник выраженности психопатологической симптоматики (SymptomCheck List-90- Revised - SCL-90-R); шкала тревоги Бека (BAI); шкала тревоги Гамильтона (HARS); шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI); интегративный тест тревожности (ИТТ).
- методы математической статистики

Опытно-экспериментальной базой исследования является Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Городская клиническая больница № 48». В исследовании приняли участие испытуемые в возрасте от 18 до 45 лет, всего 60 человек – по 30 человек в контрольной и экспериментальной группах. У всех испытуемых зафиксировано наличие функционального нарушения сердечного ритма (аритмия, экстрасистолия, тахикардия и т.д.), при этом у всех испытуемых отсутствуют сердечно-сосудистые заболевания органической природы.

Научная новизна исследования состоит в расширении теоретических знаний о применении метода экзистенциальной терапии для коррекции тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма, проверке указанного метода путем экспериментальной работы и формировании выводов относительно эффективности предложенного метода.

Теоретическая значимость. В настоящее время экзистенциальная терапия не является основным методом коррекции тревожности при нарушениях сердечного ритма, и ее возможности до сих пор малоизучены. В связи с этим, сбор данных о ее влиянии на уровень тревожности у пациентов, страдающих функциональным нарушением сердечного ритма, является вкладом в развитие психологии и психотерапии. Полученные результаты могут быть положены в основу дальнейших исследований.

Практическая значимость. Обнаружение эффективности метода экзистенциальной терапии для коррекции тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма позволит в дальнейшем усовершенствовать применение данного метода и вывести его в число наиболее применяемых.

Научная достоверность результатов и обоснованность выводов исследования обеспечены использованием современной методологии научного познания, применением апробированных и валидных методик, репрезентативностью выборки.

Личное участие автора исследования заключается в разработке экспериментального плана, проведении диагностических и коррекционных мероприятий.

Положения, выносимые на защиту:

– Повышенный уровень личностной тревожности влечет за собой возникновение как заболеваний, так и функциональных нарушений работы органов и систем, в частности, сердечно-сосудистой системы. В результате могут возникнуть, в том числе, функциональные нарушения сердечного ритма. Нарушение кардиоритма, в свою очередь, само по себе также является психотравмирующим для пациента, в результате чего уровень ситуативной, а вслед за ней и личностной тревожности повышается еще больше. Это связано с ожиданием тех или иных необратимых органических последствий. В результате пациент «ходит по кругу»: тревожность спровоцировала заболевание – тревожность усилилась в результате возникновения симптомов – усиление тревожности повлекло усиление симптомов и т.д. Указанное обуславливает необходимость коррекции тревожности.

– Функциональное нарушение сердечного ритма изначально может быть спровоцировано глубинной духовной тревогой, которая возникает из осознания конечности жизни, страха перед свободой выбора и, как следствие, перед ответственностью за сделанный выбор, одиночества и бессмысленности. В указанном смысле тревожность можно рассматривать как проявление экзистенциального кризиса, для преодоления которого необходима работа с базовыми понятиями экзистенциальной терапии: страхом смерти, ответственностью, бессмысленностью, свободой воли и изоляцией. В рамках экзистенциального подхода предполагается, что человек способен осознать эти аспекты своего бытия и справиться с ними через принятие ответственности за свою жизнь и осознанное проживание каждого момента. В связи с этим, применение экзистенциального метода психокоррекции является целесообразным.

– Разработанная в рамках настоящего исследования программа психокоррекции тревожности методом экзистенциальной терапии

способствует снижению уровня ситуативной и личностной тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма.

– Психокоррекция тревожности посредством экзистенциальной терапии производится на основе принципов свободы выбора, ответственности за свои решения и поступки, поиска смысла, целей и ценностей, которые важны для человека, а также принятия неопределенности и осознанного присутствия.

– Метод экзистенциальной терапии эффективен для коррекции тревожных состояний.

Структура и объем магистерской диссертации. Диссертация состоит из введения, двух глав, посвященных теоретическому и практическому исследованию, заключения, списка используемой литературы и приложений.

Глава 1 Теоретические аспекты коррекционной работы с тревожностью у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма

1.1 Психологический статус пациентов с функциональным нарушением сердечного ритма. Важность нормализации психоэмоционального состояния в контексте реабилитации и улучшения качества жизни

На протяжении длительного времени традиционная медицина не учитывала психоэмоциональное состояние пациента ни при анализе причин, способствовавших возникновению заболевания, ни при разработке плана лечения уже возникшего заболевания. Однако, на сегодняшний день ситуация изменилась, и влияние психологических и социальных факторов на возникновение, развитие и прогноз лечения сердечно-сосудистых заболеваний не отрицается, а, напротив, вызывает всё больший интерес. Это что касается жизнеугрожающих заболеваний органического происхождения. И, тем более, в медицинской практике уже не отрицается наличие патологических состояний, вызванных преимущественно психогенными факторами. В том числе, функциональные нарушения сердечного ритма считаются органичным неврозом, имеющим именно психологические, но не органические причины [43].

Данное состояние рассматривается условно как вариант проявления так называемой вегетососудистой дистонии. И в настоящее время еще нет определенности в том, как именно можно рассматривать такое состояние, с учетом того, что диагноз «вегетососудистая дистония» (ВСД) отсутствует в Международной классификации болезней в качестве самостоятельной нозологической единицы. Однако, существуют иные названия, как раз и отражающие психоэмоциональную составляющую патологии: F45.3 —

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы; R45.8 – Другие симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию.

И в том, и в другом случае, из МКБ усматривается именно психоэмоциональная причина заболевания, так как имеющиеся признаки и симптомы не должны являться частью психического расстройства, как и вообще быть связаны с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках [72].

Следовательно, в основе функционального нарушения сердечного ритма лежит исключительно психосоматическая причина.

Все нарушения, возникшие ввиду наличия некоей психоэмоциональной причины, относятся к разряду психосоматических.

Психосоматика представляет собой синтез медицины и психологии, учение, основанное на ряде постулатов, основной из которых: возможность влияния психологических причин на физиологическое состояние организма человека. То есть, исходит из того, что любой внутренний конфликт, стресс, неудовлетворительное эмоциональное состояние может повлечь за собой возникновение физиологического нарушения либо способствовать развитию серьезной органической болезни.

Предполагается и обратный процесс. А именно, когда человек начинает работать со своим психологическим состоянием, возвращая его к норме, разрешает внутренние конфликты, устраняет нежелательные эмоции и состояния, здоровье также начинает нормализоваться. При условии, естественно, что к этому моменту в организме не произошли необратимые изменения.

В настоящий момент целый ряд заболеваний частично отнесен к разряду психосоматических (то есть может иметь психологическую причину, но не во всех случаях): мигрени, язвенная болезнь желудка, диабет, дерматологические заболевания, бронхиальная астма и, конечно, сердечно-сосудистые заболевания и функциональные нарушения.

В современной науке прослеживаются различные подходы к взаимосвязи сердечного ритма и психоэмоционального состояния. Но многие авторы, исследовавшие проблему, сходятся во мнении, что именно психосоматические причины лежат в основе развития нарушений сердечного ритма (причем, это относится не только к функциональным нарушениям, но и к развитию сердечно-сосудистых заболеваний в принципе, то есть психоэмоциональное состояние в перспективе влияет даже на органику).

Так, Д.Н. Исаев в числе прочего указывает на влияние на процесс развития заболевания личностных особенностей, психического состояния во время действия психотравмирующих событий [19]; Б. Джонсон и Дж. Фрэнсис при исследовании взаимосвязи стресса и аритмий пришли к выводу о том, что в более чем в 90% случаев выявлена корреляция между психосоциальными причинами и возникновением аритмии [66], и т.д.

Выявлены наиболее общие критерии психологического статуса пациентов с функциональным нарушением сердечного ритма: низкий порог чувствительности к раздражителям, подозрительность, замкнутость, ожидание негативных событий. Такие люди крайне интенсивно реагируют на любые события и долго не могут прийти в себя. Они могут быть враждебно настроены по отношению к окружающим. Еще одна присущая некоторым особенность – неспособность максимально выразить свои эмоции, что заставляет держать их в какой-то степени в себе, провоцируя внутреннее напряжение [24]. И, конечно, это тревожность, стоящая обособленно от всех иных симптомов, так как именно ее принято считать причиной соматических реакций сердечно-сосудистой системы. Уже само по себе состояние тревоги вызывает изменения в сердечно-сосудистой деятельности и влияет на гормональную систему. Если описывать ситуацию упрощенно, то можно сказать, что со временем оно может перерасти в «хроническое» и повлечь за собой уже хаотичные, на первый взгляд, беспричинные приступы аритмий и тахикардий.

Проблема влияния тревожности как обособленной составляющей психологического статуса на сердечный ритм изучалась многими авторами. И в каждом отдельном случае был сделан вывод о том, что взаимосвязь между ее уровнем и возникновением нарушения сердечного ритма всё-таки существует. Так, например, В.А. Вершута совместно с соавторами в работе «Тревожные и депрессивные расстройства у больных с нарушениями сердечного ритма» выявил, что пациенты, обладающие высоким уровнем тревожности, проявляют склонность к нарушениям сердечного ритма. В рамках приведенной работы речь идет преимущественно о тревожных расстройствах как о расстройствах психоэмоциональной сферы, однако, авторы обращаются в своем исследовании и к повышенному уровню тревожности в целом. Влияние тревожности (а именно высокого ее уровня) на сердечно-сосудистую систему они объяснили определенными патофизиологическими механизмами. Например, В.А. Вершута и соавторы показали, что для тревожных состояний характерны активация симпатической нервной системы и изменение вагусного контроля с возможным увеличением вариабельности сердечного ритма при физической нагрузке, а затем и вне её. Соавторы во время исследования опирались на совокупность экспериментов, в том числе, довольно крупных, таких как Framingham Offspring Study (крупное исследование нескольких тысяч человек, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, в том числе, с целью определения факторов риска). В частности, они согласились с данными, установленными указанным крупнейшим исследованием, о том, что нервно-психическое напряжение у мужчин, которое они характеризуют в качестве переживания беспокойства, нервозности, тревоги, невозможности расслабиться, нарушение сна являются перспективными психологическими предикторами риска развития фибрилляции предсердий [12, 46].

При этом, следует отметить, что фибрилляция предсердий опасна для жизни. Следовательно, проведенное исследование опровергает теорию о безопасности для жизни функциональных нарушений, вызванных

тревожными расстройствами. В данном случае, конечно, стоит учитывать, что исследование проводилось в отношении пациентов, изначально страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, то есть не входящих в круг лиц здоровых, которые и участвуют в эксперименте, приведенном в настоящей работе. Считается, что в отсутствие соматических сердечно-сосудистых заболеваний ни стресс, ни тревожность, включая какие-либо ее «обострения»: панические атаки, и т.д., фибрилляцию вызвать не могут. Однако, в контексте настоящего параграфа речь идет не о специфике расстройства здоровья либо психоэмоционального состояния, а о факте влияния повышенного уровня тревожности на сердечную деятельность. Таким образом, лица, в анамнезе которых сердечно-сосудистые заболевания отсутствуют, на фоне повышенной тревожности аккумулируют напряжение, вызывающее впоследствии функциональные нарушения, в то время как лица, у которых данные заболевания есть в наличии, рискуют гораздо больше, вплоть до развития угрожающих жизни состояний. И в том, и в другом случае влияние тревожности на сердечную деятельность очевидно и ощутимо.

Итак, авторы пришли к выводу о том, что тревожное расстройство и высокий уровень тревожности оказывает влияние на возникновение наджелудочковых нарушений ритма, нарушений проводимости сердца и желудочковых аритмий [12]. При этом не стоит недооценивать и негативное влияние иных деструктивных психоэмоциональных проявлений. Таких, например, как гнев и враждебность. Как выявлено В.А. Вершутой, они также могут в конечном итоге привести к фибрилляции.

Неоспоримость влияния психогенных факторов на ритм сердца подчеркивают в научной работе Е.А. Караськова и В.Ю. Завьялов. Они полагают, что для достижения наиболее качественного результата необходимо сотрудничество психиатров, психотерапевтов и специалистов в области соматической медицины. Авторы указывают на то, что как для выбора правильного лечения, так и изначально для постановки диагноза необходимо изучить личность пациента, в особенности на наличие тревожных и

панических проявлений. Их нахождение является критерием диагностики психогенного генеза имеющихся сердечных симптомов [21].

В связи с этим невозможно отрицать не только важность нормализации психоэмоционального состояния в контексте реабилитации и улучшения качества жизни таких пациентов, но и первостепенное значение именно работы с психологическим статусом. Без проведения таких мероприятий любая, даже довольно серьезная фармакологическая терапия окажется лишь временной и не будет способствовать окончательному излечению.

Стоит учитывать, что после возникновения нарушений ситуация усугубляется, так как функциональные нарушения сердечного ритма (аритмии) могут оказывать значительное влияние на психологическое состояние пациента. Появляется реакция на возникшее расстройство в виде еще большей тревоги, страха смерти, депрессии. Причем, даже если пациент знает и верит в то, что его состояние связано именно с психоэмоциональными причинами, прошел необходимые обследования и был неоднократно заверен в том, что его жизни ничего не угрожает, в силу уже имеющегося сильнее стресса он всё равно испытывает сильнейшие переживания, порой превосходящие переживания людей, имеющих действительно жизнеугрожающие, органические патологии сердца. А это значит, что своим психоэмоциональным состоянием он еще больше усугубляет ситуацию. В таком мнении сходятся многие современные авторы [17, 21].

Особенно явно у лиц, столкнувшихся с функциональным нарушением сердечного ритма, выражена тревожность. Она возникает вследствие субъективного восприятия пациентом изменений в работе сердца, таких как учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца или ощущение «пропущенных ударов». Всё перечисленное ассоциируется с опасностью для жизни и здоровья. Некоторые лица, страдающие функциональными нарушениями, ожидают во время приступов летального исхода. А, кроме того, во время приступов аритмии организм реагирует выбросом адреналина и кортизола. Это естественная физиологическая реакция. Когда сердце начинает

биться быстрее, будь то в результате физической нагрузки, стресса или какого-либо другого фактора, это воспринимается организмом как сигнал опасности. В ответ на эту угрозу активируется симпатическая нервная система. Она, в свою очередь, стимулирует надпочечники к выделению гормонов адреналина и норадреналина. Адреналин (эпинефрин) быстро попадает в кровоток и приводит к увеличению частоты сердечных сокращений, к сужению сосудов, что приводит к повышению кровяного давления, а также к ряду других реакций, которые присущи состоянию «боевой готовности»: снижается чувствительность к боли, повышается выносливость, подавляется работа пищеварительной системы, расширяются зрачки, что улучшает зрение и восприятие окружающего мира. И, конечно, совокупность перечисленных реакций, как и сам по себе повышенный уровень адреналина вызывает чувство тревоги, нервозности и возбуждения.

Таким образом, если речь идет о пациентах с функциональным нарушением сердечного ритма, то они попадают в некий замкнутый круг, когда их нестабильный психологический статус приводит к возникновению соматического нарушения, а оно, в свою очередь, усиливает и закрепляет имеющееся изначально неудовлетворительное психологическое состояние.

В данном случае всё происходит в несколько этапов:

- предсоматический этап, то есть этап стресса, который впоследствии уже повлечет за собой функциональное нарушение сердечного ритма;
- этап непосредственно возникновения функциональной аритмии;
- этап развития психологической реакции на состояние, воспринимаемое организмом как жизнеугрожающее. Аритмия вызывает беспокойство за жизнь и здоровье, переходящее порой в панический страх, что вполне объяснимо и, в основном, неизбежно, ведь сердце является жизнеобеспечивающим органом;
- этап усиления тревоги и возникновения невроза ожидания. Человек, у которого повторяются приступы аритмии, ждет повторного их наступления, готовится и тревожится заранее. Он всё больше внимания

обращает на работу сердечно-сосудистой системы, «прислушивается», тем самым лишь приближая повторение приступа. Кроме того, вновь созданная им тревожная составляющая, соединяясь с уже изначально имеющейся тревожностью, еще более повышают ее общий уровень, усугубляя болезненное эмоционально-психическое состояние;

– этап возникновения спровоцированных соматических реакций. В состоянии тревоги организм вырабатывает гормоны стресса (адреналин, кортизол), которые ускоряют сердцебиение и могут провоцировать новые эпизоды аритмии. Таким образом, ожидание приступа уже само по себе провоцирует приступ. Кроме того, общее повышение уровня тревожности усугубляет имеющееся расстройство сердцебиения;

– закрепление круга соматических и эмоциональных реакций. Снова и снова тревога провоцирует аритмию, а аритмия вызывает и усиливает тревогу, которая, в свою очередь, снова провоцирует аритмию. Притом, на этом фоне всё больше усугубляется эмоциональное состояние, повышается уровень тревожности личности.

На основании изложенного можно сделать вывод о том, что психодиагностика и работа психолога с пациентом, имеющим функциональное нарушение сердечного ритма, должна быть своевременной, а ее необходимость не может быть проигнорирована.

1.2 Понятие и уровень тревожности. Психогенные и соматические реакции тревожного типа у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма

Феномен тревожности изучали многие авторы. Поскольку тревога является одним из сильнейших психоэмоциональных состояний, ее причины и последствия ее переживания как были предметом рассмотрения ранее, так являются и до сих пор.

С точки зрения З. Фрейда, тревожность является следствием внутреннего конфликта, возникшего в результате того, что негативные переживания, вытесненные из памяти и осевшие в подсознании, пытаются «вырваться» наружу, но активно подавляются. Тревога человека при этом представляет собой функцию Эго, свидетельствующую о надвигающейся угрозе [13].

К. Хорни в объяснении феномена тревожности прибегает также к воспоминаниям прошлого – взаимоотношениям между родителями и ребенком. Согласно ее концепции, если в детстве у человека не заложено чувство безопасности, то во взрослом возрасте это приведет к возникновению тревожности [54].

А. Адлер рассматривал тревожность как невроз, корни которого берут начало еще в детстве. Согласно его теории, тревога развивается как средство борьбы с чувством неполноценности, попытка справиться с угрозой самооценке [55].

А.М. Прихожан пришел к выводу о том, что тревожность имеет свойство к накоплению и последующему сохранению. Это происходит, начиная с детского возраста, и к моменту наступления взрослой жизни человек, уже имеющий значительный отрицательный эмоциональный опыт, можно сказать, использует накопленную тревожность в качестве реакции на происходящие события [35].

Нужно различать тревогу и тревожность. Тревога представляет собой эмоциональное состояние, при котором человек ощущает неопределенную опасность, ожидает наступления неблагоприятных событий. Тревожность, в свою очередь, представляет собой склонность к переживанию тревоги. Это уже не эмоция как таковая, а свойство личности испытывать тревогу даже без повода либо по какому-то незначительному поводу. Удобные для диагностической практики термины, позволяющие различать тревогу и тревожность, были введены К. Спилбергером. Тревогу как состояние, связанную с конкретной жизненной ситуацией, он именовал ситуативной

тревожностью (СТ), в то время как склонность человека испытывать тревогу была поименована личностной тревожностью (ЛТ). Первое представляет собой временное состояние, в то время как второе – стойкое свойство личности [66].

Тревожность в той или иной мере присуща каждому, но в зависимости от психологического состояния и стрессоустойчивости все склонны к ней далеко не в равной степени. В связи с этим различают различные уровни тревожности. Уровень тревожности представляет собой свойство ощущать большое количество ситуаций в качестве жизнеугрожающих. Измеряется он при помощи различных методик, куда входят, например, шкалы Бека, Спилбергера-Ханина, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, и т.д. По итогам их проведения выявляют низкий, умеренный (средний) либо высокий уровни тревожности. Далее будем говорить об этом более подробно.

А для начала необходимо обратить внимание на то, что критерии низкий/средний/высокий не являются единственными для классификации уровней тревожности. Она гораздо более вариативна, как по сферам проявления, так и по осознанности. Так, например, Г.А. Глотова в ее работе «Системный подход к анализу тревожности» предлагает классифицировать уровни тревожности в зависимости от того, каким именно способом она проявляется, на что влияет. Такое разделение позволяет изучать тревожность в различных ее аспектах:

- биологический уровень предполагает изучение физиологических особенностей и реакций организма, а также нахождение отличий между ними в организмах людей с высокими и низкими показателями тревожности;
- на психометрическом уровне производится изучение квазитревожности. Под квазитревожностью автор понимает психометрический заместитель реальной тревожности, который имеет некоторые отличия. Безусловно, он также связан с формированием определенного типа функциональной системы, но она во многом

отличается от функциональной системы, обуславливающей собственно тревожное реагирование. Указанный феномен также требует изучения; – социальный уровень проявления тревожности обращается к определенным жизненным ситуациям, через которые проходит человек, к его социальной жизни и особенностям общения при различных социальных контактах (учебных, профессиональных и т.д.) [17].

Основываясь на такой классификации, мы полагаем, что тревожности присущи некоторые аспекты, которые одновременно можно выделить в качестве уровней проявления тревожности.

Физиологический уровень. На этом уровне тревожность проявляется через физические симптомы: учащенное сердцебиение, потливость, дрожь, напряжение мышц, проблемы с дыханием и т.д. Эти реакции организма являются естественной реакцией на стресс.

Эмоциональный уровень. Здесь тревожность ощущается как беспокойство, страх, нервозность, раздражительность. Человек может испытывать чувство беспокойства, в том числе, и постоянное, и без видимой причины или реагировать остро как на значительные, так и на незначительные события (зависит от количественных показателей тревожности).

Когнитивный уровень. Связан с мыслями и восприятием ситуации. При повышенной тревожности человек склонен к негативным ожиданиям, катастрофизации событий, постоянным сомнениям и размышлениям о возможных негативных исходах.

Поведенческий уровень. Повышенная тревожность может проявляться в изменении поведения человека. Это могут быть избегание определенных ситуаций, чрезмерная осторожность, прокрастинация (откладывание дел), неспособность принимать решения и другие формы пассивного или активного избегания.

Социальный уровень. Социальные аспекты тревожности включают трудности в общении, замкнутость, снижение социальной активности, а также негативное восприятие себя в обществе.

Психосоматический уровень. Тревожность может привести к развитию как расстройств функционального характера, таких как рассматриваемые в рамках настоящего исследования, так и психосоматических заболеваний: язва желудка, гипертония, мигрень и другие заболевания, связанные со стрессом.

При этом, не обязательно тревожность проявляется на всех уровнях сразу, какие-то из них могут отсутствовать. Возможно, даже почти все. Это связано с тем, что в некоторых случаях тревожность не является явно выраженной, что и объясняет необходимость для ее выявления прохождения специальных тестов. В отсутствие данных инструментов диагностики порой невозможно предположить, что уровень тревожности критичен. Человек сам по себе может не осознавать свою тревожность, искренне отрицать ее существование.

Это связано с тем, что она существует на бессознательном уровне и заметить ее можно лишь по отдельным признакам. «Борьба» с выявлением и осознанием тревожности происходит при помощи следующих механизмов:

– Вытеснение (репрессия). Чувство тревоги подавляется, вытесняется в подсознание. Это наиболее частый в отношении тревожности защитный механизм. Теория защитных механизмов была разработана Зигмундом Фрейдом. Он полагал, что, когда человек сталкивается с событиями или мыслями, которые вызывают сильное беспокойство, тревогу или неприятные эмоции, его психика пытается защитить себя, вытесняя эти воспоминания или мысли в бессознательное. Как результат - он не осознает источник своей тревоги, так как травматическое событие или мысль остаются скрытыми от сознания. Однако, несмотря на то что эти воспоминания находятся вне поля сознания, они продолжают оказывать влияние на поведение и эмоциональное состояние человека. Это может проявляться в виде повторяющихся страхов, навязчивых мыслей, снов или даже физических симптомов.

– Иные защитные механизмы. Примеры их реализации различны. В том числе, возможна рационализация (объяснение своих действий

логически, чтобы избежать осознания истинных причин), проекция (перенос своих чувств на других) и отрицание (отказ признавать существование проблемы).

– Адаптация и нормализация. Сводится к тому, что со временем человек может привыкнуть к определенному уровню тревожности и воспринимать его как норму. Ощущение тревожности становится хроническим, человек «забывает», как можно чувствовать себя по-другому.

– Соматизация. В данном случае тревожность перекидывается на соматический уровень и проявляется в организме человека самыми различными способами, от усталости, головных болей и проблем с пищеварением и до развития тяжелых заболеваний (диабет, онкология и т.д.). Конечно, в последнем случае тревожность не является прямой причиной их возникновения в буквальном понимании, однако, ее наличие и, как результат, неправильная работа органов и систем человека создают необходимые физиологические предпосылки для возникновения опасных заболеваний.

Таким образом, отсутствие осознанной тревожности не всегда означает её реальное отсутствие. Поэтому необходимо использовать специальные тесты, причем, желательно делать это комплексно. Указанный подход объясняет проведение нами целого ряда тестов и опросов, направленных на выявление тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма, ведь только таким способом можно сделать диагностическое заключение, отражающее реальную картину, а не ту, которую демонстрирует сознание человека, без учета подсознательных процессов.

Существует множество методов диагностики тревожности, среди которых наиболее распространены:

– Шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина, которая позволяет оценить уровень личностной и реактивной тревожности. Личностная тревожность отражает предрасположенность человека к

тревожным реакциям в целом, тогда как реактивная тревожность связана с текущими ситуациями и обстоятельствами.

- Опросник Бека для оценки тревожности (BAI), который предназначен для измерения тяжести симптомов тревожности. Опросник включает вопросы, касающиеся различных аспектов тревожности, таких как физические симптомы, когнитивные нарушения и поведенческие реакции.

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), которая используется для выявления наличия тревожных расстройств и депрессивных состояний у пациентов в медицинских учреждениях. Она состоит из двух частей: одна оценивает уровень тревоги, другая – уровень депрессии.

- Тест на тревожность Тейлора, который помогает измерить уровень хронической тревожности. Тест содержит утверждения, с которыми испытуемый должен согласиться или не согласиться, основываясь на своем опыте и восприятии.

- Мультимодальный опросник тревожности (MAQ), который оценивает различные аспекты тревожности, включая когнитивную, физическую и социальную составляющие.

- Другие опросники: шкала Гамильтона (HARS) на выявление тревожного расстройства, шкала самооценки тревоги Шихана (SPRAS), опросник ГТР-7 / GAD-7 и т.д.

Основная часть тестов и опросников направлена на выявление количественного уровня тревожности. В частности, по шкале самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина выделяются три количественных уровня: низкий, умеренный и высокий; при оценке результатов опросника Бека для оценки тревожности (BAI) – незначительный, средний и высокий; в тесте Тейлора также низкий, средний и высокий, и т.д.

В связи с этим, при проведении диагностического исследования, ход и результаты которого отражены в следующей главе, результат диагностики

будет получен в количественном показателе. Способ, которым проявляется тревожность (естественно, помимо функционального нарушения сердечного ритма) не играет решающей роли при проведении экспериментальной работы. При этом в процессе ее проведения такой способ учитывается и обсуждается. Экзистенциальная терапия как направление, не ограничивающее «ассортимент» возможных для применения приемов и техник, а также тем для беседы между психологом и клиентом, создает благоприятные предпосылки для открытого обсуждения вариантов проявления тревожности.

Предполагается, что лица, имеющие функциональные нарушения сердечного ритма, изначально обладают высоким уровнем личностной тревожности, что, собственно, и является одной из предпосылок возникновения нарушения. Уже после его возникновения, в свою очередь, их тревожное состояние только усиливается. Характерная особенность тревожности в данном случае состоит в том, что проявляется она не только на эмоциональном, психическом уровне, но и на физическом, собственно, что и выражается в нарушении сердечного ритма, то есть в соматической реакции.

Соматическая реакция тревожного типа представляет собой физиологическую реакцию организма на стресс, в данном случае – на тревогу. Существуют различные разновидности соматических реакций в зависимости от того, о какой сфере органов идет речь: сердечно-сосудистые реакции, диспептические, кожные, а также нехватка воздуха или гипервентиляция, потоотделение, нарушение сна и аппетита, и т.д. То есть, спектр реакций достаточно широкий, как при повышенной тревожности, спровоцировавшей вегетососудистую дистонию, так и при тревожном расстройстве. Функциональное нарушение сердечного ритма относится к сердечно-сосудистым реакциям и может сопровождаться в отдельных случаях иными соматическими реакциями. В частности, у человека может одновременно или попеременно наблюдаться аритмия, тахикардия, потливость, удушье, мигрени, головокружение, как повышение, так и понижение артериального давления, вызывающее опасения обморока, и т.д. Перечень соматических

реакций довольно широк и, в принципе, не ограничен. Единственное ограничение – соматическая реакция тревожного типа не ведет к скоротечным органическим изменениям в органах и тканях.

В целях настоящего исследования преимущественный интерес представляют люди, у которых отсутствуют официально диагностированные тревожные расстройства. Однако, их наличие либо отсутствие, по нашему мнению, не имеет первостепенного значения, поскольку зачастую тревожные расстройства принимают за вегетососудистую дистонию [15], то есть за то, о чем говорилось выше: за соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы либо другие симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию. Как и наоборот, нарушение сердечного ритма может свидетельствовать как о вегетососудистой дистонии, так и о тревожном расстройстве, несмотря на то что оно не диагностировано. На практике перепутать одно с другим крайне легко, так как тревожные расстройства зачастую не проявляют себя слишком бурно. Кроме того, критерии отличия в данном случае, как и во многих иных случаях, имеющих отношение к психической деятельности человека, весьма размыты и условны. Поэтому при проведении психокоррекционной работы с лицом, имеющим нарушение сердечного ритма, важен не формальный диагноз, а именно уровень тревожности. По нашему мнению, именно от него психолог должен отталкиваться в своей работе, допуская возможное (но, с другой стороны, необязательное) наличие у пациента психогенных реакций тревожного типа, то есть расстройств психики по тревожному типу.

Понятие «психогенный» довольно сложное и подразумевает, в том числе, и невротическую природу реакции, что и имеет место при нарушениях сердечного ритма. Поэтому будем понимать под этим предложенное советским психиатром А.Н. Бунеевым состояние психики, которое является следствием болезненной, патологической переработки травмирующего переживания (переживаний) [8], патологическую, то есть не обоснованную ситуацией тревогу. Притом, наличие психогенных реакций тревожного типа у

людей с функциональным нарушением сердечного ритма изначально может быть и не связано с состоянием здоровья. Реакции такие различны и могут быть паническими, фобическими и т.д. За основу можно взять разделы МКБ-10 F40-F48 «Невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства»:

- тревожно-фобическое расстройство, к категории которого относят как включающее панические расстройства, так и не включающие, а также отдельные изолированные фобии и т.д.;
- паническое расстройство;
- генерализованное тревожное расстройство;
- смешанное тревожно-депрессивное расстройство, выражающееся в сочетании неярко выраженных симптомов необоснованной тревоги и депрессии;
- реактивные ипохондрии – предположения о наличии серьезных заболеваний;
- невроз ожидания (может диагностироваться как «Другое тревожное расстройство»).

В прошлом параграфе настоящего исследования мы говорили об алгоритме взаимовлияния: особенность функциональных нарушений сердечного ритма состоит в том, что от них тревога усиливается, усугубляя психогенные реакции пациента, а это, в свою очередь, ведет к усугублению соматических реакций.

Следовательно, соматические, эмоциональные и психогенные реакции тревожного типа у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма находятся в прочной взаимосвязи, усиленно влияют друг на друга, работая вовсе не в направлении выздоровления.

1.3 Обзор методов коррекции тревожных состояний у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма

Функциональные нарушения сердечного ритма, такие как экстрасистолы, тахикардия, брадикардия, а также иные возможные формы аритмий, требуют внимательного и комбинированного подхода в их лечении, в том числе, когда речь идет отдельно о тревожном аспекте указанных состояний. Необходимо учитывать, что психотерапевтических методов лечения бывает недостаточно, и пациент также прибегает к медикаментозной терапии, принимая препараты группы антидепрессантов, транквилизаторов, бета-блокаторов, а порой и нейролептиков. Таким образом, речь идет о медикаментозном методе коррекции.

Второй метод – психотерапевтический. Он представляется более перспективным при работе с коррекцией тревожности и не может быть заменен медикаментозной терапией. Это связано с тем, что медикаментозная терапия тревожности зачастую оказывает эффект только в момент ее применения и какое-то время после этого. Действительно, лекарственные препараты изменяют баланс нейромедиаторов мозга, и, как следствие, уменьшаются симптомы тревоги. Однако, после окончания приёма, скорее всего, нервные импульсы со временем начнут работать в прежнем режиме, существовавшем до приема препаратов, а, следовательно, существует большой риск возврата симптомов тревоги. Кроме того, эффективность препаратов может снизиться уже во время приема из-за привыкания, то есть развития толерантности; возможно возникновение синдрома отмены, что может проявляться, в том числе, в усилении тревожности, что ставит под угрозу уже полученный эффект от лечения.

Конечно, всё перечисленное индивидуально. Но в подавляющем большинстве случаев лица, прибегнувшие к медикаментозной терапии, вынуждены время от времени возвращаться к такому способу нормализации своего состояния, что, в свою очередь, уже указывает на то, что причина,

являющаяся спусковым механизмом для проявления нарушений на соматическом уровне, остается неустранимой.

Таким образом, если говорить о долгосрочных перспективах коррекции повышенного уровня тревожности у лиц, страдающих функциональными нарушениями сердечного ритма, именно психотерапевтический метод наиболее эффективен. Действительно, острые состояния благополучно могут быть сняты таблетками, но стабильно наладить психоэмоциональное состояние пациента способна только психотерапия.

Степень эффективности лечения нарушений сердечного ритма, возникших на фоне невротических расстройств тревожного типа, методами психотерапии (в основном, не исключающей приема медикаментозных препаратов) изучали многие авторы. Это и Е.А. Караськова, о которой упоминалось выше, пришедшая к выводу о необходимости взаимодействия различных специалистов (и психиатров, и психотерапевтов, и психологов) с целью достижения наиболее положительного результата лечения [21], и В.Е. Шляхто (совместно с Е.А. Цуриновой, Т.В. Трешкур, С.В. Полторак, С.Д. Рудь), опубликовавший исследования о лечении желудочковой аритмии у пациента со структурно нормальным сердцем [57]. Согласно публикации указанного автора, в отношении пациента применялись как индивидуальные, так и групповые психотерапевтические методы: личностно-ориентированная терапия, когнитивно-поведенческая терапия, арт-терапия. Целью их применения являлось, в первую очередь, осознание причин появления функциональных нарушений, а во вторую очередь – разработка адаптивных механизмов реагирования на стресс.

В.Е. Шляхто были сделаны весьма интересные выводы, которые стоит рассмотреть более подробно.

Автор, как и иные исследователи, пришел к однозначному выводу о прямом влиянии стресса на возникновение аритмии, причем, во время исследования были предприняты попытки разоблачить механизм влияния психоэмоционального состояния на сердечный ритм.

Сделанный вывод свидетельствует, в свою очередь, об обязательном участии в реализации программы лечения пациентов с нарушением сердечного ритма (в отсутствие органических изменений органов и тканей) психотерапевта и психолога. Необходимо в обязательном порядке проводить психодиагностику, а также проанализировать жизненные события, которые, предположительно, могли привести к возникновению нарушений.

Однако, автор усомнился в возможности достижения излечения исключительно при помощи психотерапии, ввиду чего пришел к выводу о необходимости также и медикаментозного лечения [57].

Последнее всё же можно подвергнуть сомнению. Однако, стоит учитывать, что возможность нормализации состояния исключительно психотерапевтическими методами доступна далеко не каждому, так как для ее реализации требуется довольно большое количество времени. В отличие от медикаментозных, психотерапевтические методы не дадут мгновенного либо быстрого результата, в то время как не у всех есть в наличии время. В частности, если человеку необходимо ходить на работу, зачастую без медикаментозной поддержки он не сможет сделать это физически, потому как в некоторых случаях нарушение ритма/экстрасистолы присутствуют непрерываемо и провоцируются любым быстрым движением либо движением вообще (имеется в виду обычная нагрузка, которую спокойно переносит любой). Как вывод: не каждый может позволить себе отказ от фармацевтических препаратов по объективным причинам.

Д.Ю. Алексеева, Е.А. Цуринова, С.В. Полторак, В.Н. Солнцев и Т.В. Трешкур в статье «Психосоматический подход в ведении пациентов с желудочковыми аритмиями» также изучали желудочковую аритмию с точки зрения психосоматики человека. В данном случае в программе лечения присутствовала когнитивно-поведенческая терапия, песочная и арт-терапия. Авторы смотрят на возможность обходиться при нарушениях сердечного ритма с минимальным количеством медикаментозных препаратов гораздо более оптимистично, чем В.Е. Шляхно, исследование которого приведено

выше. Они допускают, что именно психогенный фактор может играть не просто ведущую, но решающую роль в развитии нарушения ритма сердца, а, следовательно, это дает возможность обходиться в лечении без применения антиаритмических препаратов (что, тем не менее, не исключает прием психотропных) [1].

В упомянутых исследованиях с заявленной проблемой работа проводится в основной при помощи когнитивно-поведенческой терапии (так как и арт-терапия, и иные творческие методы лечения всё же являются дополнительными по отношению к выбранному центральному направлению). При этом, для коррекции нарушений сердечного ритма, связанных с фактором повышенной тревожности, могут применяться все известные направления психотерапии.

В настоящее время выделяют три основных направления: динамическое; поведенческое (бихевиористское); гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое), которые, в свою очередь, включают в себя иные направления и подходы.

Выбор метода экзистенциальной терапии для коррекции тревожных состояний в рамках формирующего эксперимента, ход и результаты которого отражены в Главе 2 настоящего исследования, произведен с учетом оценки иных наиболее распространенных методов психокоррекции. Проанализировав имеющиеся у данных методов недостатки, мы пришли к выводу о том, что экзистенциальная терапия может быть крайне эффективна, она наиболее глубоко прорабатывает проблемы пациента, а, следовательно, она незаслуженно отодвинута на второй план в терапии нарушений сердечного ритма (как, в принципе, и в терапии иных функциональных расстройств и заболеваний сердечно-сосудистой системы).

Рассмотрим иные существующие методы, помимо выбранного нами для проведения исследования.

Традиционно для проведения работы, направленной на коррекцию тревожных состояний, при нарушениях, связанных с сердечно-сосудистой

системой, в том числе, при функциональных нарушениях сердечного ритма, выбирается метод когнитивно-поведенческой терапии. Он относится к группе поведенческих методов. Его эффективность была отмечена еще основателем метода, Аароном Беком, который отмечал, что он подходит как для психиатрических, так и для соматических расстройств, но на самом деле диапазон его применения выходит далеко за эти рамки. Основатель КПТ отмечал, что первые его пациенты, на которых и был опробован метод, как раз страдали депрессивным и тревожным расстройством [5].

Суть когнитивной модели состоит в том, что психолог старается исправить способ отношения пациента к окружающей его действительности, в том числе, к самой болезни, если речь идет о соматических расстройствах. Хотя проработки требует не только отношение к болезни, также требуется выявить и проработать причины изначальной тревоги, спровоцировавшей заболевание. За основу имеющихся нарушений при этом принимается неадаптивное, искаженное мышление. Оно, в свою очередь, влияет на всё остальное: и эмоции, и действия. Изменение отношения к окружающему и убеждений по цепочке меняет эмоции, и т.д. В том числе, пациент меняет отношение к себе самому, учится больше акцентировать внимание на положительных моментах, спокойно относиться к имеющимся у себя и других недостаткам. В итоге те факторы, которые являлись пусковым механизмом для повышения уровня тревожности, уже не вызывают прежнего эмоционального отклика, а пациент в целом становится более спокойным и расслабленным.

Работа психотерапевта при этом может производиться различными способами, в том числе, с использованием различных методик КПТ. Например:

- метод реципрокной ингибиции: деструктивные когниции заменяются на положительные, вслед за чем меняются и паттерны поведения. Автором данного метода является Джозеф Вольпе, впоследствии метод лег в основу системной десенсибилизации;

- когнитивная реструктуризация: при применении данного метода пациент учится выявить анализировать автоматические негативные мысли (АНТ), являющиеся причиной повышенной тревожности;
- метод парадоксальной интенции: пациент выявляет причину тревожности и принимает ее, после чего ставится задача стремиться к объектам своих страхов, чтобы преодолеть их таким образом. По возможности отношение к проблеме формируется у пациента через призму иронии и юмора;
- гипнотерапия, которая также является частью когнитивно-поведенческого направления: ее целью является изменение подсознательных реакций пациента;
- иные методы.

Ограничений на применение методов, приемов и техник в рамках КРТ не имеется, однако, некоторые из них принято считать наиболее эффективными. Например, считается, что метод парадоксальной интенции особенно хорошо справляется с тревожностью и фобиями. Он направлен на то, чтобы усиливать мысленно свое тревожное состояние, а не бороться с ним. Предполагается, что в данном случае само отношение пациента как к тревоге, так и к заболеванию, начинает меняться, за счет чего и достигается эффект. Необходимо отметить, что данная методика может применяться как в когнитивно-поведенческой терапии, так и в экзистенциальном анализе.

Рационально-эмоционально-поведенческая терапия (РЭПТ), являющаяся еще одной разновидностью когнитивно-поведенческой, также признана крайне эффективной. Она применяется для коррекции тревожных и депрессивных состояний. Данное направление было предложено Альбертом Эллисом в 1955 году. В ходе ее проведения пациент ищет в себе негативные убеждения, анализирует и пытается прийти к изменению их, облачению в рациональную форму, подобрать для себя более адаптивные убеждения и понятия, наладить связь между ними и происходящими в жизни событиями.

Несмотря на признанную эффективность, когнитивно-поведенческий подход имеет, с нашей точки зрения, существенные недостатки, что может поставить под угрозу возможность достижения стопроцентного результата при лечении функциональных расстройств сердечного ритма. Так, когнитивно-поведенческая терапия направлена на работу с мышлением и сознанием человека, его установками и отношением к окружающей действительности. С точки зрения когнитивной теории, повышенная тревожность является следствием искаженного восприятия человеком окружающей его действительности. О бессознательном в данном случае речь не идет. В это же время, тревожные расстройства, как и просто повышенный уровень тревожности пациента, могут иметь бессознательные причины, более глобальные по сравнению с восприятием реальности. Иными словами, если мы не обратимся к самым глубоким переживаниям пациента, причина повышенной тревожности может быть проработана не до конца.

Еще одно направление, которое может использоваться для коррекции тревожности у лиц, имеющих нарушения сердечного ритма – психодинамическое. В основе него лежит психоанализ. В рамках данного направления предполагается, что внутренний конфликт, начавший развиваться еще в детском возрасте, привел к возникновению симптома. И теперь необходимо выявить и осознать имеющийся конфликт, а также пережить заново события, послужившие основой его возникновения. Если упростить указанную схему, то у пациента имеется нереализованная и невозможная к реализации потребность, что и вызывает повышение уровня тревожности, вплоть до патологического.

Каких-либо масштабных исследований по вопросу применения психодинамического подхода в лечении функциональных нарушений сердечного ритма не проводилось, однако, применение указанного метода не исключено в комплексном подходе.

Что касается недостатков психодинамического подхода, основанного на психоанализе, их хорошо можно описать выдержками их работы И. Ялома

«Экзистенциальная психотерапия». В данном труде он описал свое личное отношение к психоанализу и то, почему это не подходит именно для него. В первую очередь, с его точки зрения, психоанализ сам по себе сводится к борьбе с подавленными инстинктами, что не так хорошо, ведь такой подход не способен охватить все данности существования. В частности, Ялом имел ввиду глобальные данности бытия и смерти. Если более обобщить данную точку зрения, то проблема, по мнению И. Ялома, состоит в недостаточной широте психодинамического подхода [61]. Мы с таким пониманием согласны, как и с тем, что в целом, как подчеркивает сам И. Ялом, психодинамический и экзистенциальный подходы имеют много общего, однако, отличаются в причинах внутреннего конфликта.

В данном случае хочется добавить, что поскольку экзистенциальные вопросы сами по себе шире вопросов, связанных с подавленными инстинктами, они могут включать в себя весьма разные составляющие. В целом, тема жизни и смерти не исключает из себя окончательно ни инстинктов, ни каких-либо иных характерных для человека ощущений. Поэтому экзистенциализм в какой-то степени соприкасается и с психоанализом тоже. Тем более, что основатель последнего З. Фрейд очень близко подошел к изучению глубинных вопросов существования. С той разницей, что страх смерти (как, в целом, и к жизни) он именовал влечением к жизни и смерти. Два конфликтующих между собой инстинкта он назвал Эрос и Танатос. Эрос, в свою очередь, уже связан неразрывно с либидо, а также с инстинктом самосохранения. Всё перечисленное было описано З. Фрейдом в его книге «За пределами принципа удовольствия», которая была издана еще в 1920 году.

И, наконец, в целях коррекции тревожности обращаются к экзистенциально-гуманистическому направлению психотерапии, к которому относится и гештальт-терапия, с точки зрения которой тревога сама по себе не рассматривается как проблема или патология. Она понимается как проявление, материализация незавершенных ситуаций, неосознанных чувств

и желаний, отсутствия поддержки со стороны среды и нарушения взаимодействия с ней. Вот это прерывание нормального взаимодействия в системе «человек-среда» – и есть тревога. В гештальт-подходе человек в идеале направляет свою энергию на развитие, действует спонтанно, находится «здесь и сейчас» (один из основных принципов гештальт-подхода), но, когда ему что-то мешает делать это, энергия превращается в тревогу.

Сущность гештальт-подхода хорошо усматривается из книги Ф. Перлза «Гештальт-семинары»:

«Ф: Да. Ты избегаешь вопроса «Отчего эта тревога?» Я полагаю, что ты тревожишься о том, что произойдет на следующий день и не позволяешь себе отрепетировать это событие во сне, подготовиться к нему, то есть тебе не хватает спонтанности действий, тебе нужно подготовиться. Тревога всегда является результатом того, что ты вышел из сейчас» [33].

Для коррекции тревожных состояний у пациентов с функциональным нарушением сердечного ритма используются и иные методы и техники. Например, медитация, гипноз, даже сказкотерапия. Однако, за основу взята именно когнитивно-поведенческая терапия.

Всё перечисленное, вплоть до гипноза, может существовать в разных формах: как в индивидуальной, так и в групповой; как в форме психотерапии, подразумевающей длительный курс занятий, направленный на достижение поставленной коррекционной цели, так и в форме консультирования, то есть более краткого взаимодействия, имеющего целью направить пациента по нужному пути, помочь разобраться в ситуации (консультирование, естественно, не предусмотрено в гипнозе и т.д.). Конечно, следует учитывать, что психологическое консультирование в борьбе с тревожностью не может быть исчерпывающим. Оно способно лишь направить пациента в нужное русло, создать основу для обдумывания причин появления нарушений.

Также стоит отметить, что пациенты с функциональными нарушениями сердечного ритма не рассматриваются отдельно от иных, имеющих нарушения уже органического характера. Весь перечисленный набор методов может

успешно применяться для облегчения состояния человека с кардиологическим нарушением любой этиологии. Однако, когда речь идет о функциональном нарушении, нарушении без болезни как таковой, необходимо помнить о том, что привело к этому именно невротическое состояние, как правило, тревожное. Уровень тревожности в данном случае предполагается как более высокий, возможны какие-либо скрытые тревожные расстройства. И если при органических нарушениях психотерапия является лишь дополнением к фармакологическому лечению, то при нарушениях функционального плана она выходит на первый план, независимо от того, какой метод психотерапии либо психологического консультирования выбран.

Техники релаксации и аутогенной тренировки, арт-терапия, телесно-ориентированная терапия также активно используются при любом органическом неврозе. Однако, они применяются совместно с иными методами.

Указанное, однако, не влияет на их эффективность (в комплексе). Данной теме также посвящено множество работ. Так, например, В.А. Семилетова в своем исследовании пришла к выводу о том, что арт-терапевтические сеансы ощутимо улучшают самочувствие испытуемых, что, в первую очередь, отмечают они сами, а впоследствии это подтверждается физиологическими исследованиями. Так, арт-терапия не только вызывает нормализацию состояния, снимая напряжение, но и нормализует следом кардиоритм [38].

Влияние аутогенной тренировки на сердечный ритм у лиц за счет снижения уровня тревожности изучалось А.Ю. Золотухиной и И.В. Козачук. Эти авторы научной статьи отмечают положительное влияние проведения такой тренировки не только на сердечный ритм, но и на артериальное давление. Более того, они приходят к выводу, что систематические длительные занятия не только помогают расслабиться, но и способствуют приобретению пациентом навыков по управлению своим состоянием. То есть, пациент может осознанно наблюдать за работой сердца, но и в какой-то степени способствовать ее нормализации [18].

И, конечно, среди «вспомогательных» методов психокоррекции тревожности нельзя не упомянуть про знаменитый эриксоновский гипноз.

Его эффективность была подчеркнута непосредственно создателем метода. С точки зрения М. Эриксона, гипноз способствует выражению бессознательного, что, в свою очередь, существенно влияет на тревожность, снижая ее. Гипноз помогает пациенту войти в состояние транса, то есть такое состояние, которое является связующим между сознательным и бессознательным. Состояние транса является уникальным и позволяет получить доступ ко многим ресурсам человеческой психики, поэтому именно находясь в нем можно достичь положительных изменений [59].

Работы М. Эриксона ложатся в основу многих современных исследований, в частности, в области регрессионной терапии. Уже современные исследователи доказывают, что данный вид терапии снижает выраженность как тревожных, так и депрессивных (также характерных для лиц, страдающих нарушением сердечного ритма, зачастую тревожность сочетается с депрессией) симптомов. В частности, к такому выводу пришел А.Э. Каминский [20].

Таким образом, методы психокоррекции тревожных состояний у лиц, страдающих функциональным нарушением сердечного ритма, не ограничиваются каким-то единым подходом, а, напротив, существуют в рамках каждого из существующих подходов к психотерапии. Методы психотерапии при функциональных нарушениях сердечного ритма разнообразны и зависят от индивидуальных особенностей каждого пациента. Выбор конкретного метода при этом зависит от конкретных целей лечения, предпочтений пациента и рекомендаций специалиста. В том числе, можно говорить и о целесообразности комплексного подхода, включающего сочетание нескольких методов, что может обеспечить наилучший результат в управлении симптомами и улучшении качества жизни.

1.4 Экзистенциальная терапия как метод психокоррекции тревожных состояний

Перечисленные в предыдущем параграфе методы имеют как достоинства, так и недостатки, но при этом всё же успешно применяются на практике. В то время как существуют методы более «гибкие» при практическом применении, однако, менее изученные применительно к той или иной категории пациентов. В том числе, речь идет о психотерапии экзистенциально-гуманистического направления. В настоящей работе – о классическом экзистенциализме. Недооцененность данного направления не представляется понятной, так как именно оно, по нашему мнению, позволяет работать с первопричиной тревожности, выйти на самый глубинный ее уровень.

На примере КПТ, если взять когнитивные установки, то есть некие мыслительные образы и модели, то они являются результатом накопленного опыта, не затрагивающего глубинную природу человека и его инстинкты, в том числе, его инстинктивные страхи и его духовные, экзистенциальные страхи (указанные два вида страха не считаются однородными, однако, по нашему мнению, это спорный момент). Таким образом, при применении метода КПТ происходит проработка верхних слоев проблемы в виде сложившихся установок. В свою очередь, чтобы затронуть нечто, находящееся гораздо глубже приобретенных установок, необходим иной подход. И им может являться как раз подход экзистенциальный по следующим причинам.

Он исходит из наличия у каждого человека так называемых экзистенциальных проблем. Сам термин «экзистенция» означает «бытие», «существование» (лат. *existentia*, от *existo* – существовать). Она раскрывает фундамент существования человека, его глубинное отношение к самому факту своего существования. Психология, основанная на экзистенциальном подходе, исходит из положения, что у каждого человека существуют фундаментальные проблемы, связанные с его личностной сущностью, которые получили

название экзистенциальных. Их можно разделить на четыре обобщенные категории:

- проблемы, связанные с фактом существования, жизнью и смертью как таковой;
- проблемы, связанные с осмыслением существования;
- проблемы, связанные с выбором, конфликтом между желанием свободы и, наоборот, нежеланием ответственности;
- проблемы, связанные с одиночеством (не в его бытовом понимании, а одиночеством человека в данном мире, оторванность от мира, так называемым экзистенциальным одиночеством).

Указанные категории (данности) были сформулированы И. Яломом в своей книге «Экзистенциальная психотерапия» [61], являющейся своеобразной систематизацией течений в рамках теории данного вида психотерапии. Если проанализировать перечисленные четыре категории проблем, то очевидно, что они являются базовыми и основополагающими. На основании этого экзистенциальный подход исходит из постулата, что за любыми частными психологическими трудностями лежат более глубокие, зачастую неосознаваемые экзистенциальные причины [7]. Таким образом, о каких бы причинах тревожности мы не говорили, в основе них лежат причины экзистенциального характера. Мы согласны с указанным выводом и полагаем, что, исходя из данного предположения, для проработки истинных глубинных причин тревожности метод экзистенциальной терапии можно полагать наиболее актуальным. Однако, указанное требует проверки путем проведения экспериментальной работы.

Феномен тревожности изучался, в том числе, самыми известными представителями экзистенциального направления. Выводы, к которым они приходили в различных работах, весьма схожи: тревога для человека – явление неотъемлемое и побуждающее к развитию, а ее возникновение связано с неопределенностью, неизвестностью, нерешительностью, с которыми человек сталкивается при решении экзистенциальных вопросов.

Так как И. Ялом исходил в своих работах из необходимости разрешения проблем в рамках четырех экзистенциальных вопросов, тревожность также рассматривалась им как естественное состояние, возникающее в процессе решения данных вопросов. При этом, возникшее состояние тревоги требуется преодолевать наряду с экзистенциальными проблемами.

Тема тревоги и тревожности раскрыта И. Яломом в нескольких книгах, в которых, в том числе, предлагается практический подход к работе с этой проблемой, алгоритм и направление действий психотерапевта при работе с клиентом:

- «Экзистенциальная психотерапия» («Existential Psychotherapy», впервые опубликована в 1980 году). Именно в ней как раз и сформированы основные экзистенциальные вопросы, которые для практического психолога являются своеобразными блоками работы [61];
- «Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы» («Love's Executioner and Other Tales of Psychotherapy», год выпуска - 1989). Это книга, содержащая диалоги. Практикум, в котором И. Ялом описывает реальные случаи, в которых пациенты сталкиваются с различными формами тревоги, связанной с экзистенциальными вопросами [62];
- «Мамочка и смысл жизни» («Momma and the Meaning of Life», 1999 год). Книга рассказов о пациентах и процессе проработки ими возникающих проблем, в том числе, касающихся тревожности [63].

Поскольку в исследовании, результаты которого отражены в Главе 2 настоящей диссертации, мы опираемся именно на подход И. Ялома к экзистенциальной терапии, следует более подробно остановиться на раскрытых в его работах причинах тревожности и методах психотерапевтической работы с ней. На том, исходя из каких базовых понятий будет проводиться работа с экспериментальной группой.

Причины тревоги, основанные на работах И. Ялома, следующие:

1. Осознание конечности жизни. То есть, первичный и естественный страх смерти, естественная тревожность.

Первым шагом к преодолению страха смерти является признание того факта, что жизнь конечна, а время – ограничено. Это простое понимание способствует тому, что мы перестаем прятаться за социальными ролями либо выдавать чужие ожидания за свои. Все эти условности теряют свой смысл. Человек должен успеть пожить настоящей жизнью, то есть принять себя, свои цели, ценности и желания.

Как следствие, осознание сковывающего страха превращает этот же страх в стимул. В том числе, И. Ялом предлагает концепцию «жизни как будто», когда человек живет так, как будто у него есть все необходимые ресурсы и возможности для достижения своих целей.

2. Осознание свободы выбора. В этом позитивном моменте, помимо прочего, присутствует и внезапное осознание ответственности за сделанный выбор. Как следствие, появляются сомнения, страх ошибиться, и т.д. Всё это приводит к значительному повышению уровня тревожности, причем, не связанной с каким-то определенным событием/выбором, а иррациональной, которая становится общим эмоциональным фоном. Человек ощущает груз ответственности, постоянное давление и, как следствие – напряжение и тревожность.

Тревожность, связанная со страхом выбора, в первую очередь, как и в случае со страхом смерти и бытия, требует осознания. Клиент должен понимать, что обладает свободой воли и несет полную ответственность за свои решения. Причем, ответственность только перед самим собой. Ни в одном случае выбор не может быть абсолютно правильным либо неправильным, риск ошибиться существует всегда. Поэтому требуется снижать напряжение, связанное с осознанием возможной ошибки, не бояться ошибиться и принимать любой свой выбор.

Также важно попытаться понять, почему вообще осознание необходимости выбора провоцирует повышение уровня тревожности. Возможно, это связано с прошлым опытом или внутренними убеждениями.

И в данном случае необходимо в очередной раз обратить внимание на то, что методы экзистенциальной терапии не ограничены и могут заимствоваться из других направлений. Так, экзистенциальный терапевт, как и когнитивно-поведенческий, может работать с внутренними убеждениями клиента. А может, подобно психоаналитику, обратиться к событиям из детства либо к бессознательному. Особенностью экзистенциальной терапии применительно к работе с тревожностью является то, что, согласно данной теории, истинной, самой глубинной причиной является базовый страх, связанный с одной из данностей бытия. А реализоваться он может, конечно, и через иррациональные убеждения, и посредством возникновения внутренних конфликтов. Поэтому, выбор экзистенциального подхода к работе с клиентом не исключает работу с убеждениями и бессознательным.

3. Следующая причина тревожности – внутренний конфликт, связанный как со стремлением находиться в контакте с другими людьми, так и, одновременно, с осознанием своей уникальности, оторванности от окружающих, изоляции. В итоге возникает чувство двойственности, провоцирующее тревожность.

Первый шаг для решения данной проблемы заключается в том, чтобы признать изоляцию естественной частью человеческого существования. Понять, что экзистенциальное одиночество неизбежно, и попытаться находить в нем смысл. Необходимо осознать свою уникальность, как и наличие уникального жизненного пути, научиться проводить время с собой, не ставя себя в зависимость от окружающих и общения с ними. Период одиночества может стать уникальной возможностью для внутреннего роста, развития, самопознания и творчества. Иными словами, нет смысла отрицать своё одиночество, как и нет смысла переживать о нем, ведь оно первично и неотъемлемо. По аналогии (возвращаясь к самому первому и основному

страху – страху смерти), как нет смысла переживать о конечности бытия, ведь это никак не изменит указанную данность существования.

При этом, И. Ялом подчеркивает и ценность общения. Принятие своей уникальности вовсе не означает уход в себя и отказ от общественной жизни. Напротив, важно понять, что уникальность и изоляция не мешают полноценному общению. В таком случае их гораздо легче принять, осознать, что несмотря на это человек не оторван от жизни и от других людей. Необходимо стремиться к тому, чтобы общение с другими людьми было «настоящим», глубоким, и одновременно – чтобы человек в этом общении был искренен и не скрывал своей уникальности.

4. Невозможность справиться с чувством пустоты и беспомощности, возникающими ввиду незнания человеком своих целей и смысла существования. Многие не могут ответить на вопрос, зачем они живут и чего они хотят достигнуть. Экзистенциальная пустота, как следствие, заполняется тревогой.

Согласно И. Ялому, страх отсутствия смысла можно преодолеть путём активного поиска и создания собственных смыслов. Абсолютно нормально понять то, что жизнь сама по себе не обладает каким-то определенным смыслом, а потому необходимо отыскать такой смысл, который бы действительно был важен самому человеку, а не опираться на какие-то общие понятия.

Таким образом, исходя из изложенного выше, работа в экспериментальной группе в рамках настоящего исследования будет строиться на том (в общих чертах), чтобы каждый исследуемый: мог принять себя, свои ценности и желания; дать себе возможность ошибаться; осознать, что ничего не мешает ему жить полной жизнью и двигаться в выбранном направлении, разрешить себе быть уникальным; перестать скрывать свои истинные желания и ценности.

Указанное приводит к снятию напряжения, вызванного глубинными, порой неосознанными и ничем не обоснованными страхами. Предполагается,

что уровень тревожности в данном случае должен существенно снизиться, а физиологическое состояние – нормализоваться. В следующей Главе настоящего исследования данная гипотеза подлежит проверке.

Ирвин Ялом, конечно, – не единственный представить экзистенциального направления, изучавший тревожность. Позицию, согласно которой любой страх и любая тревога имеют отсылку именно к экзистенциальным страхам, поддерживали и другие известные представители экзистенциализма. Предельно четко сформулировал понятие тревожности Р. Мэй в своих очерках экзистенциальной психологии. Так, согласно Р. Мэю, тревога есть понятие онтологическое, чего нельзя сказать о страхе. Страх можно рассматривать как аффект среди прочих аффектов, как реакцию среди прочих реакций. Но тревогу можно понимать исключительно как угрозу самому бытию [24]. Исходя из этого следует полагать, что сама природа тревожности как феномена экзистенциальна. Р. Мэю также принадлежит высказывание о том, что любая тревога стремится стать страхом, то есть приобрести понятные для человека очертания. Мы всегда знаем, чего боимся, в то время как природа тревожности скрыта от нашего понимания. Поэтому необходимо искать контакта с тревогой для того, чтобы сделать ее очевидной и начать с ней работать.

В 1950 году вышла книга Р. Мэя «Смысл тревоги» («The Meaning of Anxiety»), в которой приведено его масштабное экзистенциальное исследование. В ней содержатся следующие постулаты:

- Тревога является неотъемлемой частью бытия, а в ее основе лежат позитивные факторы: она возникает из осознания конечности жизни, свободы выбора и ответственности за свои действия.
- Существуют различные виды тревоги: нормальная и невротическая. Именно последняя иррациональна, не предполагает наличия какой-либо объективной реальной причины, соответственно, именно данный вид тревоги требует проработки.

– Тревога провоцирует человека на развитие и поиск новых решений. Преодолевая тревогу, мы достигаем личностного роста, становимся более зрелыми и сильными.

Таким образом, с точки зрения Р. Мэя, тревога является естественной и неотъемлемой частью человеческого бытия, и в зависимости от того, как с ней работать (или не работать) может повлечь за собой как негативные последствия, так и личностный рост [31].

Виктор Франкл, австрийский невролог, психиатр и основатель логотерапии, разработал уникальный подход к пониманию тревожности, основанный на его концепции поиска смысла жизни. По мнению В. Франкла, отсутствие смысла ведет к возникновению так называемого экзистенциального вакуума, в котором уже, в свою очередь, образуются нежелательные психоэмоциональные состояния: тревожность, депрессия, апатия [50]. Концепция экзистенциального вакуума В. Франкла впервые представлена и раскрыта в книге «Человек в поисках смысла», изданной в 1946 году. Правда, тогда она вышла еще под предыдущим названием «И всё же сказать жизни «Да!»». Данная работа интересна тем, что создана на основе личного опыта. В. Франкл создал ее, находясь в нацистских концентрационных лагерях Освенцим и Дахау, с 1942 по 1945 годы. Таким образом, все изложенные в ней тезисы проверены на личном опыте, что придает им неоспоримую ценность.

Собственно, само учение логотерапии, созданное В. Франклом, основано на поиске смысла как главной движущей силы существования. Таким образом, на первом месте оказывается лишь одна из четырех экзистенциальных данностей, что обуславливает отличия логотерапии от классического подхода в экзистенциализме. Различен в указанных подходах и метод работы. В рамках логотерапии терапевт помогает пациенту обнаружить смыслы и использовать их для преодоления трудностей, в то время как И. Ялом в классическом подходе предлагал принять экзистенциальные данности, осознать их, перестать с ними бороться и интегрировать в свою жизнь.

Вопросы коррекции тревожности в контексте, в том числе, фобий и панических расстройств, до сих пор раскрываются учеником В. Франкла А. Лэнгле в своих лекциях [71], где он придает осмыслению сущность тревожности как невозможность принять конечность жизни, отсутствие независимости, то есть свободы.

Интересна также теория Сальваторе Мадди, согласно которой стремление в будущее уже само по себе провоцирует тревожность [27]. Чтобы ее не испытывать, можно остановиться в развитии, оставаться на месте, то есть между выбором «прошлое или будущее» выбрать прошлое. Выбор будущего всегда вызывает опасение, ведь это шаг в неизвестность. Но выбор прошлого также не может принести душевного спокойствия, потому что, выбирая прошлое, мы упускаем множество возможностей, в результате чего испытываем чувство вины.

При этом, при выборе человеком прошлого, а не будущего, С. Мадди отмечает возникновение только чувства вины. Данную тему можно развить, выделив феномен возникновения тревожности уже из ранее возникшего чувства вины.

Вина и тревога взаимосвязаны настолько, что могут провоцировать появление друг друга. Чем больше чувство вины – тем больше возникает риска повышения уровня тревожности. Из этого можно сделать вывод о том, что работа с тревожностью всё равно необходима, ибо уйти от нее, не обращать на нее внимания невозможно.

Создатели и яркие представители экзистенциализма не проводили исследований на тему влияния тревожности на сердечный ритм, в том числе, у пациентов, имеющих нарушения ритма. Поэтому в настоящем исследовании нет возможности сослаться дополнительно на какие-либо масштабные исследования в данной области. Однако, такие психотерапевты осуществляли работу с совершенно разными категориями пациентов, среди которых были и те, чьи состояния были вызваны психосоматическими причинами.

По приведенной выше причине влияние метода экзистенциальной терапии на уровень тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма малоизучено, хотя, если исходить из экзистенциальной природы тревожности, обращение к методам экзистенциальной терапии должно быть крайне эффективным. В связи с этим целесообразно провести исследование, направленное на выявление возможностей и пределов психокоррекции тревожности методами экзистенциальной терапии и получение экспериментальным путем сведений о влиянии результатов психокоррекции на сердечный ритм.

На основании проведенного теоретического исследования можно сделать следующие выводы:

Психосоматические причины, преимущественно тревожность, лежат в основе развития нарушений сердечного ритма.

В рамках каждого из существующих методов психотерапии можно проводить психокоррекцию уровня тревожности. Выбор конкретного метода при этом зависит от конкретных целей лечения, предпочтений пациента и рекомендаций специалиста.

Влияние метода экзистенциальной терапии на уровень тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма малоизучено, хотя, если исходить из экзистенциальной природы тревожности, обращение к методам экзистенциальной терапии должно быть крайне эффективным.

В связи с этим целесообразно провести исследование, направленное на выявление возможностей и пределов психокоррекции тревожности методами экзистенциальной терапии.

Глава 2. Экспериментальная работа по применению метода экзистенциальной терапии тревожных состояний у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма

2.1 Организация и методы исследования

Цель исследования: оценить эффективность коррекции тревожных состояний у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма методом экзистенциальной терапии.

Экспериментальное исследование проводилось в несколько этапов, каждый из которых преследовал определенные цели и задачи.

Основные этапы экспериментального исследования: констатирующий, формирующий и контрольный.

Констатирующий этап является первоочередным. Его основная задача заключается в сборе данных. В нашем случае это уровень тревожности участников эксперимента. Таким образом, нас будет интересовать состояние исходных данных объекта исследования в виде уровня тревожности до начала коррекционного воздействия.

Таким образом, констатирующий этап эксперимента соответствует следующим задачам, сформированным для достижения поставленной цели:

- сформировать выборку исследования по критерию наличия функционального нарушения сердечного ритма;
- изучить уровень тревожности участников экспериментальной и контрольной групп.

Алгоритм реализации констатирующего эксперимента:

- определение цели и задач исследования, формулировка гипотезы;
- выбор объекта и предмета исследования;
- формирование двух групп из участников эксперимента: контрольной группы и экспериментальной группы;

- проведение первичной диагностики объекта исследования для дальнейшего сравнения полученных показателей с аналогичными, но полученными уже после психологического вмешательства.

Таким образом, цель констатирующего этапа – зафиксировать исходное состояние исследуемого явления или процесса.

Для достижения указанной цели использовались различные психодиагностические методы. Диагностика также проводилась в несколько этапов.

Этапы первичной диагностики уровня тревожности:

- Сбор анамнеза – проводились беседы с пациентом, в ходе которых выяснялись жалобы, история болезни, семейная история, факторы стресса и другие важные аспекты, которые могут влиять на уровень тревожности.
- Произведено наблюдение за поведением, в том числе, за вербальными и невербальными проявлениями тревоги, такие как дрожь, потливость, учащенное сердцебиение, избегающее поведение и т.д.
- Были использованы шкалы и опросники.
- Проведено структурированное интервью, направленное на выявление симптомов тревоги и их интенсивности. Респондентом задавались вопросы, касающиеся частоты возникновения тревожных мыслей, физических проявлений тревоги, влияния тревоги на повседневную жизнь и т.д.

Все перечисленные мероприятия проводились с целью дальнейшей реализации формирующего этапа эксперимента.

Настоящее исследование выполнялось в 2023-2024 гг. на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 48». Отбор производился из пациентов, обладающих диагнозами «F45.3 – Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» и «R45.8 – Другие симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию». Пациенты с диагностированными

расстройствами тревожного спектра в выборку не включались. Хотя, как уже было сказано в предыдущей Главе исследования, ввиду схожести симптомов нельзя утверждать, что формальное отсутствие диагноза исключает наличие заболевания. Как и, с другой стороны, в целях исследования нет смысла разделять соматоформную дисфункцию и, например, некоторые расстройства тревожного спектра, в частности «F41.3 – другие смешанные тревожные расстройства», так как симптомы могут быть совершенно одинаковыми.

На первом этапе исследования осуществлялся отбор участников. В исследовании приняли участие 60 человек в равном количестве мужчин и женщин. Возраст – от 19 до 45 лет. При этом, диагноз соматоформная дисфункция хоть и присутствовал у всех, однако, не являлся основным критерием отбора, так как данное состояние не всегда характеризуется нарушением кардиоритма и может протекать без такового. Главным и обязательным критерием отбора являлось наличие нарушений сердечного ритма функционального характера, то есть в отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний.

Были учтены следующие критерии включения:

- наличие диагноза функционального нарушения сердечного ритма (например, аритмии, тахикардии, брадикардии), подтвержденного медицинскими документами (ЭКГ, холтеровское мониторирование и др.);
- возраст старше 18 лет и младше 45 лет;
- согласие на участие в исследовании.

Все испытуемые были ознакомлены с целью проведения и основными положениями исследования, оформлено информированное согласие на участие в проведении исследования.

Критерии исключения:

- отсутствие функционального нарушения сердечного ритма;

- наличие сопутствующих заболеваний, которые могут повлиять на результаты исследования (например, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания и т.д.);
- возраст вне установленного диапазона;
- отсутствие согласия на участие в исследовании.

В целях достижения однородности выборки исключались из выборки лица, в анамнезе которых присутствуют заболевания, которые могут оказать деструктивное влияние на сердечный ритм (заболевания щитовидной железы, диабет, грыжи позвоночника и т.д.). Поскольку возрастные гормональные изменения также могут оказывать влияние на кардиоритм, возраст участников также было решено ограничить. Цель такого подхода – исключить варианты работы с лицами, у которых возможно наличие заболеваний и состояний, влияющих на сердечный ритм, органического характера. В данном случае психотерапия может не иметь существенного результата, и существует риск сделать ошибочные выводы о неподтверждении выдвинутой гипотезы.

Испытуемые были разделены на две группы, одинаковые по численности – по 30 человек. В каждой группе одинаковая численность мужчин и женщин – по 15 человек.

Возрастная характеристика группы: в каждой из групп 5 человек – возраст от 19 до 28 лет; 5 человек – возраст 29 -37 лет; 5 человек – 38-45 лет.

Итого средний возраст участников в экспериментальной группе – 32,5 года в контрольной – 33,4 года.

Помимо возраста и пола, выборка осуществлялась на основании принципа многообразия. Это важный аспект в создании репрезентативной выборки, который направлен на обеспечение включения в выборочную совокупность максимального количества разнообразных характеристик и признаков, присущих генеральной совокупности. Основная цель принципа многообразия заключается в том, чтобы минимизировать риск упущения важных подгрупп или сегментов населения, которые могут существенно отличаться по своим характеристикам.

В этих целях мы попытались подобрать участников таким образом, чтобы каждая из групп демонстрировала разнообразные данные в отношении образования, семейного положения и количества детей, проживания в отдельном жилье или с родственниками, уровню дохода. Указанные характеристики не случайны, так как это всё факторы, влияющие на уровень стресса.

В итоге показатели следующие:

Экспериментальная группа: 16 человек имеет высшее образование, из них четверо – два высших образования; 9 участников – среднее профессиональное; 5 участников имеют общее среднее образования; 16 человек имеют средний доход; 8 – выше этого уровня; 6 – ниже этого уровня; 10 человек состоят в браке; 14 находятся в разводе; 6 – в браке никогда не состояли; детей не имеют 8 человек; один ребенок – у 12 участников; у 10 участников два и более; проживают одни 7 человек.

Контрольная группа: высшее образование имеют 17 участников, из которых два высших образования у двух человек; 7 – среднее; 6 участников с общим средним образованием; контрольная группа: средний доход у 14 участников; 10 – доход ниже среднего уровня; 6 – выше среднего уровня; контрольная группа: в браке – 8 человек; 12 – в разводе и 10 никогда не состояли; контрольная группа: детей не имеют 7 человек; один – у 12 участников; два и более – у 11 участников; 5 человек проживают одни.

Следующий критерий выборки – выраженность и характер симптомов. Указанные характеристики определялись исключительно на основании личного рассказа участника. В каждую из групп было включено:

экспериментальная группа: 13 пациентов с приступами тахикардии, 5 – аритмии/экстрасистолии, 11 человек с сочетанием данных симптомов и 1 имеющий в анамнезе брадикардию; из общего числа 18 человек периодически испытывали панические атаки, шестеро – сопутствующие симптомы иного характера (мигрени, головокружения, и т.д.); медикаментозные средства принимали 19 человек, 11 – от их приема отказались;

контрольная группа: 8 пациентов с приступами тахикардии, 8 – аритмии/экстрасистолы, 12 человек с сочетанием данных симптомов и 2 с брадикардией; из общего числа 24 человека периодически испытывали панические атаки, семеро – сопутствующие симптомы иного характера (мигрени, головокружения, и т.д.); медикаментозные средства принимали 23 человека.

В целях формирования репрезентативной выборки были соблюдены следующие принципы:

- Определение цели исследования. Прежде чем приступать к созданию выборки, были чётко сформулированы цели исследования. Это направлено на выявление параметров генеральной совокупности;
- Идентификация генеральной совокупности, то есть всего набора объектов и необходимых характеристик;
- Представленность всех подгрупп. В выборке должны быть представлены все важные подгруппы генеральной совокупности, поэтому в нашем случае мы подбирали участников с различными характеристиками, перечисленными выше;
- Оценка размера выборки. Размер выборки должен быть достаточно большим, чтобы обеспечить статистическую значимость результатов;
- Выбор метода отбора. В настоящем исследовании произведен стратифицированный отбор, то есть отбор по подгруппам: семейное положение, образование и т.д.
- Непредвзятое проведение отбора. Используя выбранный метод, нами было отобрано необходимое количество элементов из генеральной совокупности.
- Анализ репрезентативности. После формирования выборки проведен анализ её репрезентативности. Это сделано путём сравнения характеристик выборки с характеристиками генеральной совокупности. Существенные расхождения отсутствуют, следовательно, выборка считается репрезентативной.

На формирующем этапе осуществляется непосредственное воздействие на объект исследования согласно разработанной программе эксперимента. Методы, которыми производится воздействие, зависят от избранной тактики и направления психотерапии/психокоррекции. Поскольку нами выбрано направление экзистенциальной терапии, то в данном случае может применяться неограниченный набор методик, так как заимствование методик в рамках указанного направления допустимо.

Следующий этап экспериментального исследования – заключительный, контрольный. Он включает в себя проведение повторной диагностики состояния объекта теми же методами, которые использовались в констатирующем этапе для измерения.

Шаги, предпринятые на контрольном этапе эмпирического исследования:

- Отбор участников по критериям, заявленным выше, где основным критерием является наличие функционального нарушения сердечного ритма.
- Проверка репрезентативности выборки.
- Разделение участников на группы. Различие между контрольной и экспериментальной группой состоит в том, что с участниками контрольной группы не проводится коррекционная работа. Они участвуют исключительно в диагностике уровня тревожности.
- Непосредственно этап диагностики.
- Анализ результатов.

После проведения общих методов диагностики, таких как интервью, сбор анамнеза, произведена диагностика при помощи опросников и тестов.

Были использованы психодиагностические методы измерения уровня тревожности:

- опросник выраженности психопатологической симптоматики (SymptomCheck List-90- Revised - SCL-90-R);
- шкала тревоги Бека (BAI);

- шкала тревоги Гамильтона (HARS);
- шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI);
- интегративный тест тревожности (ИТТ).

Опросник выраженности психопатологической симптоматики Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) является одним из наиболее известных инструментов для оценки психического здоровья. Он был разработан Леонардом Дерогоцки в 1970-х годах и предназначен для выявления и измерения выраженности различных психопатологических симптомов у взрослых пациентов. SCL-90-R содержит 90 вопросов, каждый из которых оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4). Вопросы охватывают широкий спектр психических состояний и симптомов, связанных с различными психическими расстройствами. Опросник разделен на девять основных шкал, пятая из которых (шкала ANX) – шкала тревожности.

Однако, при проведении диагностики мы уделяли внимание и другим шкалам, так как это позволяет составить полную картину психологического состояния испытуемого. Указанное, в свою очередь, благоприятно для разработки программы психокоррекции, которую можно составить с учетом особенностей личности. Так, опросник включает шкалу соматизации, депрессии и т.д [50].

Шкала тревоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) – это метод диагностики, разработанный Аароном Т. Беком и его коллегами в 1988 году для оценки уровня тревожности у пациентов. Тест состоит из 21 вопроса, каждый из которых описывает различные симптомы тревоги. Пациент оценивает степень выраженности каждого симптома по шкале от 0 до 3 баллов.

Среди симптомов тревожности, предложенных опросником, имеются как психические, так и соматические. Примеры вопросов, с которыми участник эксперимента должен либо согласиться, либо опровергнуть их: испытываете ли вы:

- чувство слабости или усталости:

- ощущение нехватки воздуха;
- дрожь в руках или ногах;
- чувство головокружения;
- страх потерять контроль над собой.

Подсчет баллов ответов участников экспериментальной и контрольной группы производился простым суммированием баллов по всем пунктам шкалы ВАІ в соответствии с утвержденной методикой [70].

Следующий проведенный в рамках эмпирического исследования тест – Шкала тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS), также известная как «Гамильтоновская шкала оценки тревоги». Она была разработана М. Гамильтоном в 1959 году. Это инструмент для количественной оценки тяжести тревожных расстройств у пациентов. В отличие от шкалы Бека, которая заполняется самим пациентом, HARS используется психиатром или клиническим психологом во время интервью с пациентом. В связи с этим Шкала заполнялась во время интервью с участниками.

HARS состоит из 14 пунктов, каждый из которых оценивается по шкале Ликкена, предусматривающей стандартизированные ответы. Вопросы также касаются симптомов и проявлений тревожности, как психических, так и физиологических. Например, есть ли у респондента респираторные симптомы, либо сердечно-сосудистые симптомы, либо проявления депрессивного настроения и напряженности, и т.д. [50].

Следующий использованный диагностический метод – Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Это психологическая методика, предназначенная для измерения уровня как ситуативной, так и личностной тревожности. Она была разработана Чарльзом Спилбергером и Юрием Ханиным в 1970-х годах. Шкала включает два самостоятельных подшкалы: шкала текущей (ситуативной, реактивной) тревоги (State Anxiety) и шкала личностной тревожности как черты личности (Trait Anxiety).

Тест состоит из 40 вопросов, соответственно по 20 вопросов приходится на каждую из шкал.

Вопросы, содержащиеся в State Anxiety направлены на текущую тревогу, то есть на состояние в настоящем моменте. На выяснение состояния в конкретном временном периоде. Trait Anxiety, в свою очередь, уже оценивает склонность человека к переживанию тревоги в целом, независимо от конкретной ситуации. Склонность к испытанию тревоги на постоянной основе позволяет сделать о том, что указанное эмоциональное проявления является фактически определенной привычкой и мало коррелирует с объективно напряженными жизненными ситуациями, действительно дающими повод тревожиться. Те ситуации, которые для человека с низким уровнем личностной тревожности не являлись бы напряженными либо вызывающими какие-либо негативные эмоции, для людей с высоким уровнем личностной тревожности являются настоящей проблемой. По наблюдениям создателей методики теста, особенно плохо переносятся такими людьми события, тем или иным образом касающиеся их самооценки, компетенции и т.д., то есть связанные с их личной оценкой и оценкой окружающими их качеств.

В отличие от состояния повышенной личностной тревожности, состояние реактивной (ситуационной) тревоги относится к ситуации, но не к личности в целом. Его возникновение всегда имеет определенную причину и связано с теми или иными событиями. Данные события вызывают стресс и напряжение, запускают негативный импульс. Интенсивность такой реакции зависит от многих факторов. В том числе, и от причины ее возникновения. Так, для реактивной тревожности возможна различная длительность, различная интенсивность проявления, и т.д. Какие-то ситуации переносятся лучше и практически не вызывают эмоционального дискомфорта, в то время как другие – наоборот, крайне тяжело переносятся. Дополнительно возможность оценить актуальные для испытуемого ощущения в настоящий момент

позволяет и сделать вывод о том, находится ли он в стрессовой ситуации сейчас, в период проведения диагностики.

Результаты теста Спилбергера-Ханина подсчитываются по специальным ключам, предусматривающим сумму баллов по прямым и обратным вопросам. Ключи опубликованы в утвержденной методике проведения исследования [70].

Следующая методика, диагностику с использованием которой прошли все 60 участников эксперимента – Интегративный тест тревожности (ИТТ). Это комплексная психодиагностическая методика, направленная на всестороннюю оценку уровня тревожности у испытуемого. Этот тест был разработан российским психологом Л.Н. Собчик и предназначен для использования в клинической психологии, педагогике и других областях, где требуется оценка эмоционального состояния личности.

Особенность Интегративного теста тревожности (ИТТ) состоит в том, что он позволяет определить уровень определенной тревоги, направленность ощущений. В данном случае важен не только количественный, но и качественный показатель. Показатели рассчитываются по пяти субшкалам, каждая из которых соответствует определенному типу тревожности, разъясняя, таким образом, в чем тревога проявляется и чем она вызвана [70].

В рамках настоящего исследования результаты в контрольной и экспериментальной группах оценивались по следующим шкалам:

- субшкала «Эмоциональный дискомфорт» (ЭД) – как правило, это состояние дисбаланса и потери эмоционального равновесия. Также оно характеризуется снижением эмоционального фона, что может проявляться в совершенно различных интерпретациях, как правило, на общем фоне напряженности и неудовлетворенности;
- субшкала «Астенический компонент тревожности» (АСТ) характеризуется общим упадком сил, так называемым выгоранием. В данном случае процесс протекает без возбуждения, как в большинстве

случаев с тревожностью, а в обратную сторону. Типичные признаки – вялость и истощение;

- субшкала «Фобический компонент» (ФОБ) – высокие показатели говорят о том, причиной тревожности является текущая ситуация, а также о том, что в структуре тревожности доминируют фобии;

- субшкала «Тревожная оценка перспективы» (ОП) – высокие показатели по данной шкале наиболее распространены. Респондент с высокими показателями по шкале ОП опасается за те события, которые только должны произойти в будущем, но не по поводу текущего момента (если у него, конечно, отсутствуют дополнительные высокие показатели по шкале ФОБ).

- субшкала – «Социальные реакции защиты» (СЗ) связана с особенностями существования испытуемого в социуме. Тревожность он испытывает в момент и по поводу социальных контактов и нахождения в социальной среде. Он, как правило, неуверен в себе и находясь среди людей испытывает напряжение.

Интегративный тест тревожности, а именно предусмотренная им возможность определять особенности тревожности испытуемого играет важную роль в выборе методик дальнейшей психокоррекции, подсказывает, на что необходимо обратить внимание при работе.

Все выбранные нами для первичной и контрольной диагностики методики размещены в утвержденных Минздравом клинических рекомендациях по лечению тревожно-фобических расстройств, однако, это не является препятствием для применения методик при любых видах органического невроза.

Таким образом, обе группы, все 60 участников участвовали в комплексной первичной и повторной контрольной диагностике уровня тревожности. Результаты были зафиксированы и подлежат оценке и анализу на следующем этапе эмпирического исследования.

2.2 Результаты исследования тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма на констатирующем этапе эксперимента

Следующий этап эмпирического исследования подразумевает необходимость подведения итогов проведенной психодиагностики. Было рассмотрено и проанализировано ответы участников обеих групп.

Получено среднее значение баллов для всей группы, которое можно использовать для анализа и сравнения с другими группами или показателями.

В Таблице 1 приведены комплексные показатели результатов тестирования

Таблица 1 – Показатели тестирования тревожности в экспериментальной и контрольной группах на констатирующем этапе эксперимента

№	Метод диагностики	Экспериментальная группа	Контрольная группа	p
1	опросник выраженности психопатологической симптоматики (SymptomCheck List-90-Revised - SCL-90-R) – по шкале тревожности ANX	2,75	2,6	$p>0,05$
2	шкала тревоги Бека	36,8	38,8	$p>0,05$
3	шкала тревоги Гамильтона	30,6	29,9	$p>0,05$
4	шкала тревоги Спилбергера-Ханина – показатель личностной тревожности	62,4	53,4	$p>0,05$
5	шкала тревоги Спилбергера-Ханина – показатель ситуативной тревожности	49,9	45,8	$p>0,05$

В контрольной и экспериментальной группах при комплексном исследовании выявлен повышенный уровень тревожности участников. Ни один из полученных показателей не соответствует хотя бы средним

значениям, за исключением того, что близок к норме показатель ситуативной тревожности по шкале тревоги Спилбергера-Ханина. При этом, уровень ситуативной тревожности значительно ниже уровня личностной тревожности. При этом, и в контрольной, и в экспериментальной группах уровень ситуативной тревожности ниже, чем личностной. Высокая личностная тревожность при низкой ситуативной тревожности вполне возможна, так как человек может обладать высокой склонностью к тревожным реакциям в целом, но в текущий момент времени находиться в относительно спокойной обстановке, которая не вызывает сильного стресса.

Личностная тревожность – это, можно сказать, хроническая тревожность, но не чувство тревоги. Кроме того, ситуативная/реактивная тревожность всё же имеет более выраженный характер, а люди с вегетососудистой дистонией (ВСД), как это ни странно, могут вполне спокойно реагировать на окружающие их события. Зачастую они считают себя спокойными и уравновешенными, совершенно не осознавая, что их симптомы связаны с повышенным уровнем тревожности. Это происходит благодаря процессу соматизации, который заключается в том, что эмоциональные переживания проявляются через физические симптомы, маскируя истинные причины недомогания. Таким образом, симптомы переводятся из эмоциональной формы в физическую. Например, человек, испытывающий сильный стресс или тревогу, может начать чувствовать боль в груди, головную боль, тошноту или другие физические недомогания. Иногда эти симптомы могут отвлекать внимание от эмоциональных переживаний, создавая впечатление, что проблема психологического характера отсутствует.

Со временем возможность осознания своих негативных эмоций может и вовсе пропасть. В то время как реакция организма в виде болезненных проявлений и нарушений нормальной деятельности органов становится автоматической. Человек привыкает не обращать внимания на свои эмоции, сосредотачиваясь только на физических ощущениях. Это приводит к тому, что он не просто не обращает внимания, а и на самом деле теряет способность

распознавать и описывать свои внутренние переживания, что ещё больше затрудняет понимание своей тревожности.

Это, в свою очередь, приводит к хронизации симптомов возникшего заболевания или недомогания и ухудшению качества жизни. Человек продолжает искать медицинские объяснения своим проблемам, проходит многочисленные обследования и лечится от несуществующих заболеваний, в то время как основная причина – тревожность – остается незамеченной.

Дополнительно в рамках интегративного теста ИТТ получены:

высокие показатели субшкалы тревожной оценки перспективы, что говорит о том, что в структуре тревожности доминируют страхи, ориентированные в будущее;

субшкалы социальных реакций защиты, связанных с основными проявлениями тревожности в сфере социальных контактов, с попытками рассматривать социальную среду как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе;

также выявлен повышенный фобический компонент.

2.3 Формирующий этап эксперимента по коррекции тревожных состояний методом экзистенциальной терапии

На предыдущем этапе исследования все участники были разделены на две группы: экспериментальную и контрольную.

Экспериментальная группа – группа, на которую направлено воздействие независимой переменной. В отношении нашего исследования, если мы хотим изучить влияние экзистенциальной терапии на уровень тревожности, экспериментальная группа будет состоять из тех, с кем такая терапия проводится. Измеряя изменения в этой группе, мы можем увидеть, насколько экзистенциальная терапия эффективна по отношению к уровню тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма, то есть

прийти к выводу о подтверждении либо не подтверждении выдвинутой гипотезы.

Контрольная группа необходима для обеспечения достоверности результатов. Она подвергается всем тем же условиям, что и экспериментальная группа, за исключением воздействия независимой переменной. В нашем случае никаких иных условий эксперимента нет. То есть, контрольная группа не будет делать ничего, кроме как участвовать в первоначальной и повторной диагностике уровня тревожности. Большинство участников контрольной группы, конечно, также осуществляют лечение нарушений кардиоритма, но фармакологическим методом. Однако, участники экспериментальной группы делают это в равной степени. Поэтому по данному признаку группы могут считаться равноценными.

Факт приема фармакологических препаратов, однако, будет принят во внимание при анализе повторных результатов диагностики. По динамике контрольной группы, которая принимает в большинстве таблетки, но не проходит никакой психотерапии, будет дополнительно видно, оказывают ли влияние препараты не только на физиологические симптомы, но и на внутреннее психоэмоциональное состояние. Это, в свою очередь, позволит подтвердить (либо опровергнуть) важность психотерапии, в нашем случае – экзистенциальной, при лечении нарушений сердечного ритма.

Сразу необходимо отметить, что экзистенциальная психотерапия представляет собой довольно «специфический» метод психокоррекционной работы, который требует значительного времени для достижения желаемых результатов. Это связано с рядом причин:

- подразумевается основательная глубинная работа: экзистенциальные вопросы касаются самых основ человеческого бытия, и их рассмотрение требует времени. Человеку нужно пройти через этапы осмысления, принятия и интеграции новых знаний о себе и мире;
- индивидуальность: каждый человек уникален, и его путь к пониманию и принятию своих экзистенциальных дилемм индивидуален также.

Терапевт должен учитывать особенности каждой отдельной личности, что также увеличивает продолжительность терапии;

– в процессе психокоррекционной работы происходит изменение мировоззрения и принятие новой философии жизни, а это сложный и длительный процесс. Требуется время, чтобы адаптироваться к новым взглядам и интегрировать их в повседневную жизнь.

Таким образом, программа эмпирического исследования влияния экзистенциальной терапии на уровень тревожности у лиц с нарушением сердечного ритма функционального характера, ограниченная во времени, не гарантирует достижения стойкого и окончательно желаемого результата. Однако, времени, в течение которого проводилось исследование – 11 месяцев – достаточно для того, чтобы оценить уровень влияния психотерапии на тревожность.

Психокоррекция в экспериментальной группе проводилась в соответствии со следующим алгоритмом:

1. Установление контакта и создание доверительной атмосферы. Важно, чтобы было создано безопасное пространство, где каждый участник эксперимента может свободно выражать свои мысли и чувства. Согласие на терапию, готовность к ее прохождению без сопротивления – это важное условия успешности проведения. Указанные условия были соблюдены. Участники эксперимента относились к его проведению положительно. С интересом, были активны и заинтересованы.

Для достижения необходимого эффекта использовались приемы:

– активное слушание: «Я вижу, что вы переживаете трудный период. Вы говорите о чувстве потери и неопределенности...»

– эмпатия и поддержка: «Мне кажется, что вы чувствуете себя очень уязвимо сейчас. Это нормально, учитывая всё, через что вы прошли.»

– открытые вопросы: «Что именно вызывает у вас чувство потерянности? Какие аспекты вашей жизни кажутся вам наиболее неопределёнными?»

– создание безопасного пространства: «Здесь вы можете говорить обо всём, что вас беспокоит. Всё, что мы обсуждаем, останется между нами. Моя задача - помочь вам найти свой путь и почувствовать себя увереннее.»

2. Диагностика текущего состояния.

Цель: исследовать текущее состояние участников экспериментальной группы для определения основных направлений работы.

Реализуется путем индивидуальной встречи с каждым участником (порядка 60 мин., однако, в некоторых случаях данного времени не хватило, поэтому встречи были продлены).

Методы:

– Беседа.

– Проведение теста экзистенциальных мотиваций (ТЭМ).

Тест экзистенциальных мотиваций (ТЕМ) предназначен для оценки системы ценностей и смыслов, которыми руководствуется человек в своей жизни. Этот тест помогает выявить, какие экзистенциальные мотивы (мотивы, связанные с основными вопросами человеческого существования) наиболее важны для конкретного индивида. При помощи теста составлено представление о:

– системе ценностей;

– источниках мотивации;

– степени удовлетворенности жизнью;

– предположительных причинах жизненного кризиса.

– Проведение опроса по Шкале экзистенции (ШЭ).

ШЭ представляет собой опросник, ответы на которые испытуемый дает, оценивая себя и свою сегодняшнюю жизнь по различным аспектам. Итоговый показатель общей исполненности – это сумма промежуточных показателей по четырем субшкалам: Самодистанцирование, Самотрансценденция, Свобода и Ответственность.

– Проведение опроса по опроснику смысловжизненного кризиса» К.В. Карпинского.

Опросник смысловжизненного кризиса К.В. Карпинского – психологический инструмент, предназначенный для оценки степени выраженности смысловжизненного кризиса у респондентов. Этот кризис характеризуется утратой смысла жизни, дезориентацией в системе ценностей и потерей интереса к жизни. Является инструментом для оценки степени выраженности экзистенциальных трудностей.

– Измерение самооценки по методике Дембо – Рубинштейн.

Методика представляет собой инструмент, позволяющий получить сведения о самооценке участников и использовать их для дальнейшего анализа и коррекции.

3. Оценка текущего состояния.

Цель: оценить текущее состояние участников экспериментальной группы для определения основных направлений работы.

На основании информации, полученной от каждого из участников, проведена психодиагностика. Выявлены общие черты и мотивы участников, что необходимо для выбора тем и разработки сценария групповых встреч.

4. Разработка программы психологической интервенции.

Цель: создание систематизированного подхода к психокоррекции тревожности участников экспериментальной группы.

Программа включает в себя индивидуальные и групповые занятия. Разработка программы групповых занятий произведена с учетом индивидуальных особенностей участников, их потребностей и ресурсов.

5. Реализация программы психологической интервенции.

Общая длительность программы – 11 месяцев. Терапия проводилась методом индивидуальных встреч и групповых занятий.

Во время групповых занятий участники собирались вместе для совместного обсуждения и осмысления своих жизненных опытов, ценностей, страхов и тревог. Цель таких занятий - помочь каждому участнику осознать

свою уникальность, свободу и ответственность, а также найти смысл и цель в своем существовании.

Из участников экспериментальной группы (30 человек) на основании ранее проведенной диагностики сформированы три психотерапевтические группы по 10 человек. Принцип формирования – наличие общих проблем.

Группа I – преобладает потеря интереса к жизни.

Группа II – участники преимущественно обладают низкой самооценкой, боятся ответственности, не принимают свободу и не осознают в полной мере свою уникальность.

Группа III – участники демонстрируют по сравнению с остальными особо выраженный страх перед конечностью существования и неизбежностью смерти.

Занятия в группах проводятся с учетом специфики психотерапевтической группы и первоначальных результатов диагностики ведущей экзистенциальной проблемы. Однако, занятия не ограничиваются проблемой, обладающей преимуществом. Работа проводится в рамках всех четырех экзистенциальных данностей.

Всего в каждой группе проведено 10 занятий длительностью 120 мин.

С каждым из участников экспериментальной группы также проведены по 3 индивидуальные встречи (один раз в три месяца) длительностью каждая 90 мин. Специфика выбранного для проведения эксперимента направления не позволяет ограничиться исключительно групповыми занятиями.

Проблемы, существующие в рамках каждой из четырех экзистенциальных данностей, также прорабатывались по определенному алгоритму.

1. Осознание проблемы.

Участник экспериментальной группы Алексей, 40 лет. Чувствует себя уставшим и неудовлетворенным своей жизнью. Он достиг успеха в карьере, но чувствует, что чего-то не хватает.

Т: «Вы говорите о своем чувстве усталости и неудовлетворенности. Вы упомянули, что достигли успехов в работе, но это не приносит вам радости. Давайте попробуем углубиться в эту тему. Какие чувства вы испытываете, когда думаете о своей работе и достижениях? Что конкретно вызывает у вас разочарование?»

А: «Я не знаю, я просто не чувствую удовлетворения.»

Т: «Возможно, дело в том, что вы ищете что-то большее, чем просто карьерный рост? Может быть, вы пытаетесь найти смысл в своей деятельности?»

А: «Не знаю, но мне не интересно больше то, что я делаю».

Т: «Кажется, что ваша усталость связана с тем, что вы потеряли связь с вашими внутренними ценностями и целями. Возможно, стоит задуматься о том, что для вас действительно важно и как вы можете реализовать это в своей жизни. Давайте попробуем обсудить, какие аспекты вашей жизни вы хотели бы изменить и как это могло бы повлиять на ваше чувство удовлетворенности».

Работу, конечно, лучше проводить в индивидуальном порядке, однако, с учетом большого количества участников экспериментальной группы это было проблематичным, а количество индивидуальных встреч было ограничено. В целом, это не привело к ухудшению качества психокоррекционной работы, так как групповые занятия проводились по тому же алгоритму. Когда один из участников группы начинает рассказывать о своих проблемах, остальные участники узнают в них себя и либо наблюдают, делая самостоятельные выводы, либо присоединяются к беседе. Таким образом, на вопросы психотерапевта отвечают сразу несколько участников, а его предположения адресованы сразу всем. Экспериментальная группа демонстрировала активность, участники с готовностью вступали в коллективную беседу.

2. Ее анализ и интерпретация. Участники группы старались глубже понять свои чувства и мысли. Этот процесс, в том числе, включал в себя обсуждение философских концепций и идей, связанных с экзистенциализмом.

Участница экспериментальной группы Ольга, 27 лет. Чувствует себя перегруженной и растерянной, ощущает эмоциональное выгорание. У нее уже двое детей, и она занимается их воспитанием, а помимо этого работает полный рабочий день. Она начала задаваться вопросом о том, что «живет не своей жизнью».

Т: «Вы говорите о чувстве перегрузки и нехватки времени на себя. Вы начали задумываться о своем месте в жизни и своих приоритетах. Давайте попробуем углубиться в эти темы. Какие чувства вы испытываете, когда думаете о своей загруженности? Что конкретно вызывает у вас чувство растерянности?»

О: «Я ничего не успеваю и не знаю, за что мне хвататься. Но, одновременно, что бы я не выбрала, я всё равно чувствую себя виноватой.»

Т: «Возможно, ваша перегрузка связана с чувством, что вы вынуждены выбирать между разными ролями и обязанностями. Возможно, вы испытываете конфликт между желанием заботиться о других и необходимостью уделять время себе?»

О: «У меня нет времени на себя.»

Т: «Вы пытаетесь соответствовать ожиданиям окружающих, забывая о своих собственных потребностях. Найти баланс между этими двумя сторонами - важная задача, которую мы могли бы рассмотреть подробнее. Что для вас важнее всего в данный момент? Какие аспекты вашей жизни вы хотели бы изменить? Давайте для начала поговорим о тех, которые касаются только вас. Что бы вы хотели делать для себя?»

3. Принятие ответственности. В рамках данного этапа также прорабатывалось убеждение, что каждый человек обладает свободой воли и способен менять свою жизнь.

Участник экспериментальной группы Андрей, 30 лет. Чувствует себя «застывшим» в одном месте и не видит перспективы для личного роста. Он работает на нелюбимой работе и боится перемен, хотя понимает, что его нынешняя ситуация его не устраивает.

Т: «Кажется, что ваш страх перед изменениями связан с боязнью ответственности за свои решения. Возможно, вы избегаете перемен, потому что боитесь ошибиться или потерпеть неудачу?»

А: «Да, я думаю, что это так. Мне страшно представить, что я уйду с работы, а новая работа окажется еще хуже. Или что я потрачу время и силы впустую. А то и вообще ничего не найду.»

Т: «Это понятно. Страх перед неизвестностью - естественное чувство. Но подумайте, что если вы продолжите оставаться в той же ситуации, ничего не изменится. Необходимо принять решение, не откладывая его на потом. Хотя бы гипотетически, готовы ли вы попробовать что-то новое, зная, что возможны ошибки, но также и возможности для роста?»

А: «Наверное, да. Я понимаю, что иначе я буду стоять на месте. Но мне нужно знать, куда идти и что делать.»

Т: «Хорошо, давайте начнем с малого шага. Какое одно небольшое действие вы могли бы совершить уже сейчас, чтобы приблизиться к вашим целям?»

А: «Я могу начать искать варианты работы, которые меня интересуют. Даже если я пока не собираюсь уходить с нынешней работы, это будет первым шагом.»

Т: «Отлично! Это хороший старт. Ведь каждое решение, которое вы принимаете, приближает вас к вашему будущему. Маленькие шаги ведут к большим результатам.»

4. Поиск смысла существования, новых смыслов и путей самореализации. Это включало обсуждение личных ценностей, целей и стремлений, а также способов реализации этих смыслов.

Поиск новых смыслов и путей самореализации произведен для каждого участника экспериментальной группы. Участники искали ответы на вопросы:

- Кто я?
- Чего я действительно хочу и что мне действительно нужно?
- То, что я делаю – действительно ли это моё желание?
- Чего бы я хотел на самом деле?

Участник экспериментальной группы Екатерина, 21 год. Учится в университете, но уже не уверена, какая профессия ей подходит, и сомневается в правильности своего выбора. Но дело в том, что в пользу другого выбора (другой профессии) она также не склоняется. Не хочет ничего.

Т: «Может быть, ваша растерянность связана с тем, что вы ищете что-то большее, чем просто работа. Возможно, вы хотите найти занятие, которое соответствует вашим личным интересам и даёт вам удовлетворение?»

Е: «Да, я думаю, что это так. Я чувствую, что хочу заниматься чем-то, что приносит радость и удовлетворение. Но я не знаю, что это может быть».

Т: «Попробуем подойти к этому творчески. Что делает вас счастливой или вдохновленной? Какие виды деятельности вызывают у вас положительные эмоции?»

Е: «Мне нравится рисовать и читать книги. Иногда я мечтаю о том, чтобы объединить эти два увлечения и заняться иллюстрацией книг».

Т: «Это звучит интересно. Что останавливает вас от того, чтобы попробовать это?»

Е: «Я боюсь, что у меня не получится. Что если мои рисунки никому не понравятся?»

Т: «Ваш страх перед неудачей понятен. Но вспомните, что успех или неудача зависят от вашего восприятия. Ваша уверенность в себе и настойчивость играют важную роль в достижении успеха.»

Е: «Думаю, вы правы. Я могу начать с маленьких шагов. Можно нарисовать одну книгу, а затем попробовать ее издать.»

Терапевт: «Это отличный план. Попробуйте сделать первые наброски, а затем попробуйте связаться с издателями.»

5. Развитие аутентичности. Экзистенциальная терапия стремится помочь человеку жить более аутентичной жизнью, следуя своим истинным желаниям и убеждениям. Важной частью эксперимента было развитие у его участников истинного, не обремененного с страхами, стремления к самоисследованию и самовыражению.

Участник экспериментальной группы Дмитрий, 34 года. Чувствует, что живет чужой жизнью. Он успешен в бизнесе, но ощущает, что его работа и социальная активность основаны на выполнении чужих ожиданий, а не на его собственных предпочтениях.

Т: «Кажется, что ваше чувство диссонанса связано с тем, что вы стараетесь соответствовать внешним ожиданиям, а не своим собственным интересам. Возможно, вы избегаете своих настоящих желаний, боясь их признать и реализовать.»

Д: «Да, я думаю, что это так. Я чувствую, что мой бизнес стал чем-то таким, что я делаю ради других, а не ради себя. Мне хочется вернуться к своим корням и найти, что действительно важно для меня.»

Т: «Это понимание важно. Что делает вас счастливым или вдохновленным? Какие виды деятельности вызывают у вас положительные эмоции?»

Д: «Мне нравится заниматься спортом и природой. Я люблю кататься на велосипеде и гулять в лесу. Это успокаивает меня и заряжает энергией.»

Т: «Это замечательно. Что мешает вам больше времени проводить в природе и заниматься спортом?»

Д: «Я считаю, что моя работа требует моего постоянного присутствия. Боюсь, что если я оставлю работу, то у меня возникнут финансовые проблемы.»

Т: «Ваше мнение о финансовой безопасности понятно. Но подумайте, что ваша работа требует больших затрат энергии и времени. Возможно, смена

приоритетов позволит вам сохранить энергию и направить её на то, что приносит вам настоящее удовлетворение.»

Дмитрий: «Это интересный взгляд. Я никогда не рассматривал ситуацию с этой стороны. Возможно, я смогу сократить рабочие часы и больше времени уделить спорту и природе. Это помогло бы мне восстановить баланс.»

6. Закрепление изменений. Данный этап может включать разработку планов действий и поддержку в их реализации.

Участник экспериментальной группы Светлана, 27 лет. На последнем занятии после прохождения курса экзистенциальной терапии.

Т: «Как вы чувствуете себя сейчас? Что изменилось в вашем поведении и отношении к жизни?»

С: «Вроде спокойнее. Мои отношения с семьей улучшились, и я стала более открытой.»

Т: «Это прекрасно. Ваши изменения заметны и важны. Что вы планируете делать для поддержания этих достижений?»

С: «Я постараюсь помнить о том, что изменения, которые я внесла, сделали мою жизнь более насыщенной и радостной. Я не хочу возвращаться к старым стереотипам. Вместо этого я сосредоточусь на том, что приносит мне счастье и удовлетворение.»

Методы экзистенциальной терапии не ограничены и могут заимствоваться из других направлений.

Они основаны на философии экзистенциализма и направлены на помощь человеку в осознании и принятии своей уникальной жизненной ситуации, свободы выбора, ответственности и поиска смысла. Эти методы способствуют развитию самосознания и самопонимания.

Работа с участниками экспериментальной группы на индивидуальных и групповых встречах проводилась посредством следующих методов:

– Философская дискуссия, обсуждение глубоких вопросов бытия, таких как смысл жизни, свобода, ответственность, изоляция и смерть. Эти дискуссии помогли рассмотреть жизненные ценности и убеждения

участников, а также осознать, как они влияют на поведение и эмоциональное состояние.

– Открытое слушание и поддержка. Это позволило участникам группы свободно выражать свои мысли и чувства, не опасаясь осуждения. Открытое слушание помогает глубже понять себя и свои внутренние конфликты.

– Работа с экзистенциальными дилеммами. Помогло осознать и принять экзистенциальные дилеммы, такие как противоречие между свободой и ответственностью, необходимостью выбора и неопределенностью будущего. Участники группы должны научиться видеть эти дилеммы как естественную часть жизни и находить способы конструктивного взаимодействия с ними.

– Исследование личных ценностей и убеждений. Это помогло понять, каким образом участники группы формируют мировоззрение и поведение. Этот метод включал в себя обсуждение религиозных, культурных и семейных влияний, а также анализ внутренних конфликтов и противоречий.

– Побуждение признания и принятие страха и тревоги. Участники группы научились признавать эти эмоции, жить с ними, используя их как источник мотивации для личного роста и изменений.

– Поддержка стремления к аутентичности. Участники эксперимента поддерживались (и поддерживали друг друга) в стремлении к аутентичности, то есть к жизни в соответствии с собственными внутренними убеждениями и ценностями. Это включает в себя отказ от ролей и масок, которые человек носит в обществе, и принятие своей истинной сущности.

– Создание новых смыслов. Экзистенциальная терапия помогла участникам группы создавать новые смыслы в своей жизни, основываясь на своих уникальных интересах, ценностях и стремлениях.

Осуществлен поиск источников смысла, их интегрирование в повседневную жизнь.

– Работа с изоляцией и отношениями. Участники группы пытались осознать свою уникальную изолированность и одновременно необходимость связи с другими людьми. Метод включал в себя обсуждение трудностей в построении здоровых и глубоких отношений, а также обучение навыкам общения и установления границ.

– Работа с осознанием конечности жизни. Терапия затронула тему смерти и конечности жизни, помогая участникам группы осознать свою смертность и использовать это осознание для переоценки своих приоритетов и более полноценного проживания жизни.

– Метод творческого выражения. Были использованы творческие методы: рисование и письмо, чтобы помочь участникам группы выразить свои внутренние переживания и найти новые способы самовыражения.

– Коллективная медитация использовалась как дополнение к терапии и средство расслабления.

– Практика осознанности через дыхательные упражнения. Дополнительный метод, в процессе групповых встреч помогающий участникам группы понимать свои мысли, эмоции и телесные ощущения. Это способствовало более глубокому осознанию своих внутренних процессов и экзистенциальных проблем.

Таким образом, с помощью перечисленных инструментов и методов в приведенном алгоритме 30 участников экспериментальной группы в течение 11 месяцев прошли терапию экзистенциальным методом.

2.4 Результаты исследования уровня тревожности на контрольном этапе эксперимента

На последнем этапе эмпирического исследования – контрольном – была произведена повторная диагностика уровня тревожности теми же методиками, как и при первичной диагностике.

Самое важное условие данного этапа: повторная диагностика должна производиться строго после прохождения участниками экспериментальной группы экзистенциальной терапии.

В целях исследования повторная психодиагностика выполнила следующие функции:

- оценка прогресса. Повторная диагностика позволила сравнить результаты до и после терапии, чтобы оценить, насколько изменился уровень тревожности;
- поскольку на основании наличия либо отсутствия прогресса можно судить о правильности выдвинутой гипотезы, при помощи повторной диагностики удалось подтвердить выдвинутую гипотезу.

В исследовании также принимали участие экспериментальная и контрольная группы. Исследуя также изменения, произошедшие в контрольной группе, мы смогли прийти к выводу, что выявленный прогресс в экспериментальной группе вызван успешным применением метода экзистенциальной терапии, что подтверждает выдвинутую гипотезу исследования.

Повторная психодиагностика проведена теми же методами, которые применялись на начальном этапе:

- Беседа.
- Наблюдение.
- Проведение структурированного интервью.
- Использование шкал и опросников: опросник выраженности психопатологической симптоматики (SymptomCheck List-90- Revised - SCL-90-R); шкала тревоги Бека (BAI); шкала тревоги Гамильтона (HARS); шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI); интегративный тест тревожности (ИТТ).

Ниже результаты представлены в виде диаграмм.



Рисунок 1 – Результат в контрольной и экспериментальной группах по SymptomCheck List-90-Revised – SCL-90-R, шкале тревожности ANX после проведения в экспериментальной группе экзистенциальной терапии

Таким образом, усматривается прогресс по SymptomCheck List-90-Revised – SCL-90-R, шкале тревожности ANX после проведения в экспериментальной группе экзистенциальной терапии. Уровень тревожности в экспериментальной группе снизился.

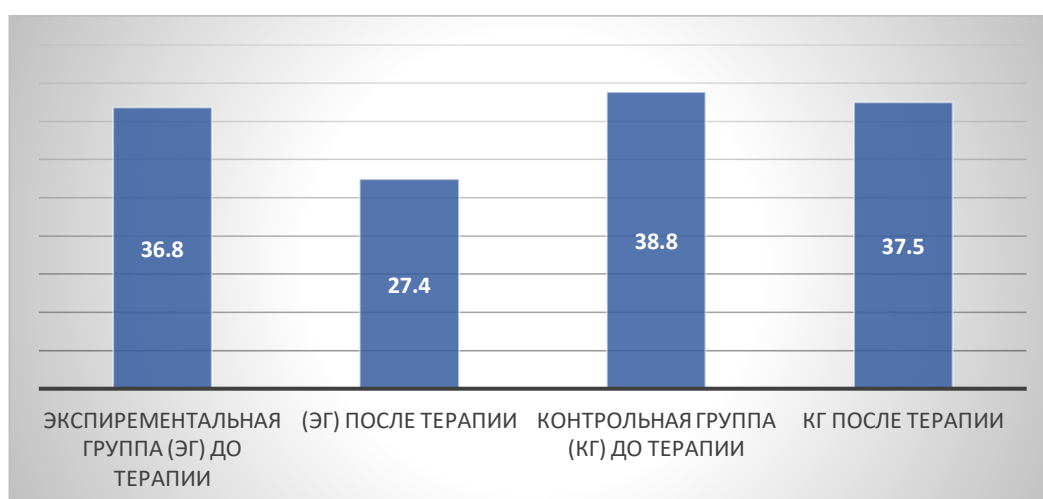


Рисунок 2 – Результат в контрольной и экспериментальной группах по шкале тревоги Бека после проведения в экспериментальной группе экзистенциальной терапии

Аналогичная ситуация при повторном диагностировании по шкале тревоги Бека. Зафиксировано значительное снижение уровня тревожности в экспериментальной группе, в отличие от контрольной.

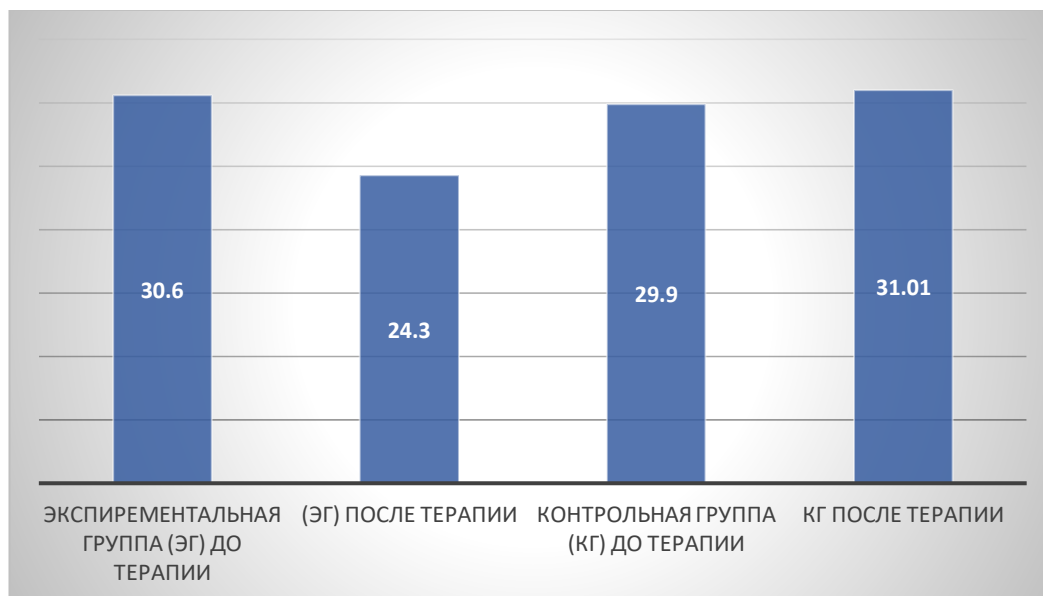


Рисунок 3 – Результат в контрольной и экспериментальной группах по шкале тревоги Гамильтона после проведения в экспериментальной группе экзистенциальной терапии

Аналогичная ситуация наблюдается при повторном тестировании по шкале тревоги Гамильтона. После коррекции тревожности снижение ее уровня в экспериментальной группе значительно интенсивней, чем в контрольной.

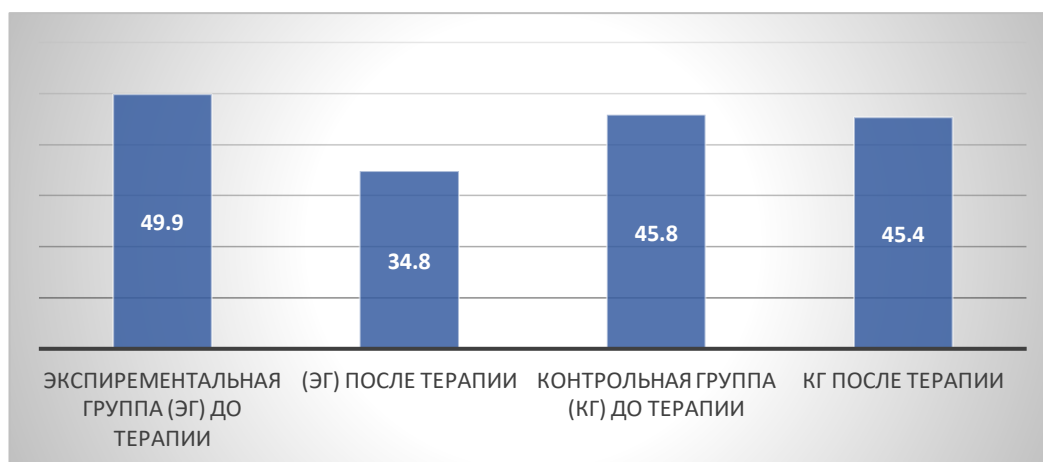


Рисунок 4 – Результат в контрольной и экспериментальной группах по шкале личностной тревожности Спилбергера-Ханина после проведения в экспериментальной группе экзистенциальной терапии

На контрольном этапе исследования также установлено, что в экспериментальной группе уровень личностной тревожности по шкале тревоги Спилбергера-Ханина снизился.



Рисунок 5 – Результат в контрольной и экспериментальной группах по шкале ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина после проведения в экспериментальной группе экзистенциальной терапии

Также установлено наличие прогресса по шкале тревоги Спилбергера-Ханина в отношении показателя ситуативной тревожности. Уровень ситуативной тревожности снижен в экспериментальной группе.

Таким образом, статистический анализ полученных результатов показал, что изменение уровня тревожности после прохождения курса экзистенциальной терапии является статистически значимым ($p < 0,05$). Следовательно, гипотеза о снижении уровня тревожности под влиянием экзистенциальной терапии подтверждена.

В ходе исследования гипотеза подтверждена. Произведено сравнение показателей, полученных при повторной диагностике, с изначальными.

Таблица 2 – Показатели тестирования тревожности в экспериментальной и контрольной группах на контрольном этапе эксперимента

Метод диагностики	Экспериментальная группа			Контрольная группа		
	До терапии	После терапии	Р-значение	На констатирующем этапе	На контрольном этапе	Р-значение
опросник выраженности психопатологической симптоматики (SymptomCheck List-90- Revised - SCL-90-R) – по шкале тревожности ANX	2,75	1,98	$p<0,05$	2,6	2,4	$p>0,05$
шкала тревоги Бека	36,8	27,4	$p<0,05$	38,8	37,5	$p>0,05$
шкала тревоги Гамильтона	30,6	24,3	$p<0,05$	29,9	30,01	$p>0,05$
шкала тревоги Спилбергера-Ханина – показатель личностной тревожности	62,4	44,8	$p<0,05$	53,4	53,4	$p>0,05$
шкала тревоги Спилбергера-Ханина – показатель ситуативной тревожности	49,9	34,8	$p<0,05$	45,8	45,4	$p>0,05$

Поскольку основным критерием отбора участников эмпирического исследования являлось наличие функционального нарушения сердечного ритма, после подсчета статистической значимости изменений, диагностирующихся психологическими опросниками, был оценен прогресс, произошедший непосредственно с самим заболеванием. Для анализа результата использовались медицинские заключения, а также личные наблюдения участников эксперимента.

Согласно заключениям, составленным по результатам аппаратных исследований (ЭКГ и суточное мониторирование по Холтеру), у участников экспериментальной группы наблюдается незначительная положительная динамика. Однако, согласно личной оценке, участники эксперимента

действительно стали чувствовать себя значительно лучше. Приступы нарушений сердечной деятельности/ритма стали гораздо реже, а их интенсивность – слабее.

Так, такие данные личных наблюдений озвучили 19 участников экспериментальной группы. При этом 11 участников – положительной динамики в самочувствии не заметили либо затрудняются дать однозначный ответ на этот вопрос.

При этом, ни аппаратное исследование, ни личные отзывы участников эксперимента не могут на сегодняшний день достоверно указывать на то, что экзистенциальный подход влечет либо не влечет снижение количества нарушений сердечного ритма, так как в настоящем исследовании была выдвинута иная гипотеза: применение техник экзистенциальной терапии способствует значительному снижению тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма. Объектом настоящего исследования является тревожность, в то время как заболевание – лишь критерий.

По этой причине, судить о том, каков прогноз заболевания, мы не можем. Это выходит за рамки настоящего исследования. Однако, положительные отзывы 19-ти участников указывают на необходимость в дальнейшем более детального изучения вопроса алгоритма влияния методов экзистенциальной терапии на кардиоритм.

Участникам дана рекомендация продолжать экзистенциальную терапию для закрепления полученных результатов, дальнейшего снижения уровня тревожности и в перспективе – нормализации кардиологического ритма. Рекомендованы:

- работа со специалистом;
- саморефлексия, направленная на осознание своей личности, аутентичности, выявление скрытых причин тревожности и т.д.;
- ведение дневника саморефлексии;
- участие в группах поддержки и тематических семинарах для развития и обмена опытом;

- практики осознанности;
- постановка целей, ведение дневника целей.

Таким образом, на основании полученных результатов сделаны следующие выводы:

При прочих равных условиях, показатели тревожности участников контрольной группы не изменились (точнее, произошли незначительные изменения, в отношении шкалы тревоги Гамильтона – даже в направлении увеличения). В то же время, уровень тревожности участников экспериментальной группы значительно снизился.

Указанное свидетельствует о следующем: выдвинутая гипотеза о том, что применение техник экзистенциальной терапии способствует значительному снижению тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма, подтверждена экспериментальным путем.

Значительное снижение показателей тревожности свидетельствует об эффективности выбранного метода работы с тревожностью.

Экзистенциальная терапия также благоприятна для снижения ситуативной тревожности.

Заключение

Поскольку функциональное нарушение сердечного ритма, не подразумевающее органических изменений, является исключительно невротическим проявлением и, к тому же, оно обусловлено высоким уровнем личностной тревожности (данное предположение требует экспериментальной проверки), состояние пациентов, обладающих именно этим симптомом, наиболее информативно для изучения того или иного метода психотерапии в контексте коррекции тревожности.

В целях реализации указанного необходимо сформировать выборку исследования по критерию наличия функционального нарушения сердечного ритма и на начальном этапе изучить уровень тревожности участников экспериментальной и контрольной групп.

Далее, поскольку мы полагаем, что эффективным для психотерапии тревожности является метод экзистенциальной терапии, необходимо разработать программу применения указанного метода и провести экспериментальную работу с лицами, имеющими функциональные нарушения сердечного ритма. Эффективность выбранного метода можно подтвердить или опровергнуть путем сравнения показателей тревожности в контрольной и экспериментальной группах при первичном измерении с показателями, полученными после проведенной экспериментальной работы.

В проведенном эмпирическом исследовании по разработке программы коррекции тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма приняли участие 60 человек в возрасте от 19 до 45 лет. Испытуемые были разделены на две группы. В экспериментальную группу исследования вошли 30 испытуемых.

На констатирующем этапе эксперимента у испытуемых из экспериментальной и контрольной групп выявлен повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности.

Особенностью программы коррекции тревожных состояний у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма являлось применение экзистенциального подхода. В течение 11 месяцев проводились индивидуальные и групповые занятия по проработке проблем в рамках четырех экзистенциальных данностей.

На контрольном этапе эксперимента выявлена статистически значимая положительная динамика показателей у испытуемых экспериментальной группы: статистически значимо снизился уровень тревожности. В контрольной группе не произошло статистически значимых изменений. Между экспериментальной и контрольной группами выявлено различие динамики после курса коррекции.

Учитывая тот факт, что иные условия были равными, а отбор участников изначально осуществлялся равномерно (то есть, в каждой группе было примерно одинаковое количество участников схожего возраста, пола, жизненной ситуации, семейного положения и отношения к приему фармакологических средств), выдвинутую гипотезу о том, что применение техник экзистенциальной терапии способствует значительному снижению тревожности у лиц с функциональным нарушением сердечного ритма, можно считать подтвержденной экспериментальным путем.

При этом значительное снижение показателей тревожности свидетельствует об эффективности выбранного метода работы с тревожностью.

Список используемой литературы

1. Алексеева Д.Ю., Цуринова Е.А., Полторак С.В., Солнцев В.Н., Трешкур Т.В. Психосоматический подход в ведении пациентов с желудочковыми аритмиями // «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия». 2015. № 8(6). С. 107-113.
2. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // «Вестник аритмологии». 2011. № 63. С. 45-54.
3. Артюхова Т. Ю. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Новосибирск, 2000. 197 с.
4. Барденштейн Л.М., Беглянкин Н.И. Психогенные расстройства (часть 1). М.: РИО МГМСУ, 2021. 65 с.
5. Бек Джудит С. Когнитивная терапия: полное руководство. М.: ООО «И.Д. Вильямс». 2006. 400 с.
6. Болдуева С.А., Трофимова О.В., Гимнина А.А. Взаимосвязь нарушений психики с состоянием вегетативной регуляции сердечного ритма и внезапной смертью больных, перенесших инфаркт миокарда // «Российский кардиологический журнал». 2008. № 1. С. 26–31.
7. Братченко С.Л. Экзистенциально-гуманистический подход в психологии и психотерапии // «Иматон». 1997. № 1. С. 7.
8. Бунеев А.Н. Психогенные реакции и их судебно-психиатрическая оценка // «Проблемы судебной психиатрии». М. 1946. С. 159–179.
9. Быкова, И. С. Эмоционально-личностная сфера и отношение к болезни у детей младшего школьного возраста с функциональным нарушением ритма сердца // «Мир науки. Педагогика и психология». 2022. Т. 10. № 2.
10. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования связанного со здоровьем качества жизни // «Психологическая диагностика

расстройств эмоциональной сферы и личности». СПб.: «Скифия-принт». 2014. С. 30–42.

11. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Первичная профилактика психосоматических расстройств. Часть III. // «Социальная и клиническая психиатрия». 2006. № 3. С. 114–120.

12. Вершута В.А. Халилова М.А., Гогниева Д.Г., Богданова Р.С., к.м.н. Е.А. Сыркина, к.м.н. Д.Ф. Меситская, д.м.н., проф. Ф.Ю. Копылов, д.м.н., проф. А.Л. Сыркин. Тревожные и депрессивные расстройства у больных с нарушениями сердечного ритма // «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия». 2019, Т. 12. №4. С. 314-320.

13. Глейтман Г., Фридлунд А., Райсберг Д. Основы. СПб.: Речь, 2001. 1247 с.

14. Глотова Г.А. Системный подход к анализу тревожности // Психологический вестник Уральского государственного университета. Вып. 2. – Екатеринбург: изд-во «Банк культурной информации» Екатеринбург. С. 176-222.

15. Головачева В.А., Парфенов В.А. Тревожные расстройства под маской вегетососудистой дистонии // «Медицинский совет». 2017. С. 26-30.

16. 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.

17. Зеленцова А.Ю., Карамышева И.А. Нарушения сердечного ритма: психосоматический взгляд на проблему // «Психосоматические и интегративные исследования». 2021.

18. Золотухина А.Ю., Козачук И.В. Влияние аутотренинга на кардиореспираторную систему человека// «Биология и интегративная медицина». №1 (54). 2002. С.128-136.

19. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 247 с.

20. Каминский А. Э. Регрессионная терапия как метод коррекции тревожных и депрессивных расстройств. Исследования молодых ученых: материалы XVIII Междунар. науч. конф. (г. Казань, март 2021 г.). Казань // «Молодой ученый», 2021. С.38-41.
21. Караськова Е.А., Завьялов В.Ю. Роль тревожных расстройств в генезе нарушений ритма сердца у пациентов аритмологического профиля // «Патология кровообращения и кардиохирургия». 2006. № 4. С.79-87.
22. Костина Л. М. Психологические аспекты тревожности // «Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы». 2008. № 1 (9). С. 33-36
23. Крылов А.А., Крылова Г.С. Аритмии и нарушения проводимости сердца с позиций психосоматики и психотерапии // «Клиническая медицина». 2001. № 12. С. 47–50.
24. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // «Вестник ЧГУ». 2012. С.429-435.
25. Ларева Н.В., Валова Т.В. Тревога и депрессия у больных пожилого возраста, страдающих артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца // «Сибирский медицинский журнал». 2013 № 2. С. 53-56.
26. Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. Л.: Медицина, 1986. 280 с.
27. Мадди С. Теории личности. Сравнительный анализ. СПб.: Издательство «Речь», 2002. 539 с.
28. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 432 с.
29. Медведев В. Э. Взаимосвязь личностных расстройств и сердечно-сосудистых заболеваний: соматоцентрические концепции // «Архивъ внутренней медицины». 2014. №1 (15). С. 70-73.

30. Мэй Р. Открытие бытия. М.: Институт Общегуманитарных Исследований. 2014. 192 с.
31. Мэй Р. Смысл тревоги. М.: Ин-т общегуманит. исследований, 2016. 417 с.
32. Мэй Р. Экзистенциальные основы психотерапии /Экзистенциальная психология. Экзистенция. М.: Апрель Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2001. 624 с.
33. Перлз Ф. Гештальт-семинары. Гештальт-терапия дословно. М.: ИОИ; СПб.: «Университетская книга», 1998. 322 с. С.135.
34. Прибытков А. А., Еричев А. А. Соматоформные расстройства. Часть вторая: методика когнитивно-поведенческой психотерапии // «Обозрение психиатрии и медицинской психологии». 2017. № 2. С. 10 - 16.
35. Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // «Психологическая наука и образование». 1998. № 2. С. 11-17.
36. Рамзия Д. Ф. Тревога и ее влияние на отношение к болезни и лечению у больных хроническим соматическим заболеванием: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. М., 1998. 117 с.
37. Римская Т.Г., Мироненко Т.И. Влияние эффективности эриксоновского гипноза на снижение состояния тревоги в процессе психологического консультирования // «Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований». 2014. №. 11–5. С.811–812.
38. Семилетова Е.А., Волынкина Е.А., Кунгурова Д.М. Исследование variability сердечного ритма человека под влиянием send-art терапии // Инновационные технологии в медицине. Сборник докладов VIII Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов/ Под ред. Р.Е. Калинина, И.А. Сучкова. Рязань: изд-во Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, 2022. С.82-83.
39. Сидоров К. Р. Тревожность как психологический феномен // «Вестн. Удмурт. ун-та». 2013. № 3. С. 42-52.

40. Сидоров И. П., Соловьев А. Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 568 с.
41. Скворцов Ю.И., Кодочигова А.И., Луценко А.В., Емелина Л.П., Хоженко А.О. Нарушения сердечного ритма как психосоматическая проблема // «Российский психиатрический журнал». 2004. № 1. С. 49-54.
42. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // «Психиатрия и психофармакотерапия». М. 2000. № 2. С. 466 – 489.
43. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. 784 с.
44. 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.
45. Собчик Л. Н. Теория ведущих тенденций как основа методологии психодиагностического исследования // «Московский психологический журнал». № 3.
46. Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги / Стресс и тревога в спорте. М.: Физкультура и спорт, 1983. С. 12-24.
47. Тополянский В. Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. 384 с.
48. Трошин В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. 784 с.
49. Федотова А. В. Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике // «Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии». 2008. № 3. С. 83 - 88
50. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 367 с.

51. Франкл В. Теория и терапия неврозов. М.: Манн, Иванов и Фербер. 2024. 304 с.
52. 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.
53. 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.
54. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М.: Айрис-пресс, 2004. 464 с.
55. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер Ком, 1998. 608 с.
56. Шевченко Ю.С., Великанова Л.П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (Часть 1) // «Социальная и клиническая психиатрия». 2005. № 4. С. 79–91.
57. Шляхто Е.В., Цуринова Е.А., Трешкур Т.В., Полторак С.В., Рудь С.Д. Ведущая роль психогенного фактора в генезе желудочковой аритмии у пациента со структурно нормальным сердцем // «Неинвазивная аритмология». 2014. Т. 11. № 1. С.38-46.
58. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход. СПб.: Изд-во СОВА; М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 272 с.
59. Эриксон М. Глубокий гипнотический транс: индукция и использование. М.: «Реноме». 1999. 216 с.
60. Юровская И.И. Роль тревожных и депрессивных расстройств в генезе пароксизмов мерцательной аритмии с учетом оперативного лечения. Автореф. к.м.н. – М, 2013. 23 с.
61. Ялом И.Я. Экзистенциальная психотерапия. М.: Независимая фирма «Класс». 1999. 576 с.

62. Ялом И. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. М.: Независимая фирма «Класс», 2012. 288с.
63. Ялом И. Мамочка и смысл жизни. М.: Бомбора, 2022. 272с.
64. Ader A., Cohen N. Psychoneuroimmunology: conditioning and stress // Annual Review of Psychology. 1993. № 44. P. 53-85.
65. 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.
66. Johnson B, Francis J. Stress and cardiac arrhythmias. Indian Pacing Electrophysiol J. 2014; 14 (5): 230.
67. Spielberger C.D. Anxiety: Current trends in theory and research. N.Y., 1972. Vol. 1. P. 24-55.
68. Idrich, John. Professor A. L. Bowley's Theory of the Representative Method, Journal Electronique d'Histoire des Probabilités et de la Statistique, diciembre de 2008.
69. Eaker ED, Sullivan LM, Kelly-Hayes M, et al. Tension and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study. Psychosomatic Medicine. 2005;67(5):692-696. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000174050.87193.96>
70. Клинические рекомендации Тревожно-фобические расстройства // <https://minzdrav.gov.ru/>, 21.10.2024.
71. Интернет-источник: <https://laengle.info/>.
72. Интернет-источник: <https://mkb-10.com>.

Приложение А

Кейс № 1. Сценарий вводного группового занятия на тему осознания участниками своего отношения к ответственности

Цель беседы: помочь участникам осознать ответственность за свои действия, выборы и жизнь в целом, а также обсудить, как они воспринимают ответственность в разных аспектах своей жизни.

Ход беседы:

- Ведущий приветствует участников и кратко объясняет цель встречи.
- Участники представляются друг другу и делятся своими ожиданиями от беседы.
- Проводится упражнение на осознание текущего состояния. Например, участники могут поделиться одним словом, описывающим их настроение в данный момент.

– Основная часть:

Вопросы для обсуждения:

Что такое ответственность для вас? Как вы понимаете этот термин?

Какие ситуации в вашей жизни заставляли вас чувствовать большую ответственность?

Как вы справляетесь с чувством ответственности? Есть ли у вас стратегии или методы, которые помогают вам справляться с этим чувством?

Как вы относитесь к ответственности других людей? Были ли случаи, когда кто-то не оправдал ваши ожидания в плане ответственности?

Какова роль ответственности в ваших отношениях с другими людьми? Как она влияет на вашу личную жизнь, работу, учебу и т.д.?

Обмен опытом: каждый участник делится своим личным опытом, связанным с ответственностью. Остальные слушают внимательно и поддерживают разговор вопросами и комментариями.

Рефлексия: после каждого выступления ведущий предлагает участникам задуматься над услышанным и выразить свои мысли и чувства.

Продолжение Приложения А

Завершение: подведение итогов. Ведущий обобщает ключевые моменты дискуссии и благодарит всех за участие.

– Обратная связь. Участники делятся своими впечатлениями от беседы и говорят о том, что нового они узнали или поняли.

Результаты: участники экспериментальной группы лучше понимают свое отношение к ответственности и ее место в их жизни. Сформирована база для дальнейшего обсуждения сложных и эмоционально напряженных тем, формирования новых стратегий и подходов к управлению чувством ответственности.

Приложение Б

Кейс № 2. Индивидуальная беседа в рамках работы с потерей смысла

Участник экспериментальной группы: Мария, 27 лет.

М: Я чувствую себя немного потерянной последнее время. Мне кажется, что я живу без цели, без смысла. Всё, что я делаю, кажется бессмысленным.

Т: Потеря смысла – это очень важное чувство. Может быть, вы расскажете мне больше о том, что именно вызывает у вас это ощущение?

М: Ну, я работаю на нелюбимой работе уже много лет. Когда я начинала, думал, что это временно, но прошло десять лет, и ничего не изменилось. Всё это бесполезно.

Т: Похоже, что у вас накопилось много разочарований и неудовлетворённости. Возможно, работа стала символом чего-то большего, чего вам сейчас не хватает. Что вы думаете об этом?

М: Да, наверное, вы правы. Иногда мне кажется, что вся моя жизнь – это просто череда случайных событий, которые никак не связаны друг с другом. Я хочу почувствовать, что мои действия имеют какое-то значение, что я сама управляю своей жизнью.

Т: Иногда мы сталкиваемся с тем, что реальность не всегда соответствует нашим ожиданиям. Как вы думаете, что мешает вам чувствовать себя хозяйкой своей судьбы?

М: Наверное, страх. Страх неудачи, страх перемен. Я боюсь, что если я сделаю шаг в сторону, то потеряюсь окончательно. Или что люди перестанут меня уважать, если я изменю своё поведение.

Т: Страх – это естественная реакция на неопределённость. Но ведь именно через принятие риска и неуверенности мы иногда открываем для себя нечто новое и важное. Как вы думаете, какие возможности могли бы открыться перед вами, если бы вы решились на перемены?

М: Сложно представить. Я думаю, что могла бы попробовать заняться чем-то новым, найти хобби или сменить работу. Но пока это только мечты.

Продолжение Приложения Б

Т: Мечты – это начало пути. Они дают нам направление и мотивацию. Что, по-вашему, могло бы стать первым шагом на этом пути?

М: Думаю, я должна начать с малого. Может быть, записаться на курсы или найти новых друзей. Хотя это звучит банально...

Т: Не стоит недооценивать маленькие шаги. Именно они зачастую приводят к большим изменениям. Главное – начать двигаться вперёд, даже если путь кажется трудным.

М: Вы правы. Нужно перестать бояться и начать действовать. Спасибо за поддержку!

Т: Я рада, что наша беседа помогла вам увидеть новые перспективы.