НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА»

Факультет психотерапии и психологического консультирования

ФИО студента

Тема выпускной квалификационной работы: Когнитивная гибкость людей с тревожными расстройствами, проходящие курс медико-психологической реабилитации

Выпускная квалификационная работа - МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

по направлению подготовки 37.04.01 «Психология»

студента группы

Профиль

Рецензент

_____

_____

Москва 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ …….3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КОГНИТИВНОЙ ГИБКОСТИ ЛЮДЕЙ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРОХОДЯЩИХ КУРС МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ…….8
1.1 Задачи медико-психологической реабилитации в условиях стационара и в амбулаторных условиях……..8
1.2 Описание тревожных расстройств ……17
1.3 Когнитивная гибкость…….31
1.4 Современные аспекты психологической реабилитации людей с тревожными расстройствами…… 41
Выводы по теоретическому исследованию ……...51
2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ ГИБКОСТИ ЛЮДЕЙ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРОХОДЯЩИХ КУРС МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ……53
2.1 Организация и методы исследования ……..53
2.2 Оценка уровня тревожности в группах и подсчет результатов…..……56
2.3 Результаты исследования когнитивной гибкости ……..57
Выводы по эмпирическому исследованию ……66
ЗАКЛЮЧЕНИЕ……..6 7
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ……70
ПРИЛОЖЕНИЕ ……....81

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время одним из основных патогенных факторов является социум (общество) с его ненадежностью и непредсказуемостью. Падение нравственности и деградация культуры, социальная невостребованность и бытовая незащищенность формируют у людей состояние хронического эмоционального дистресса. Весьма часто, особенно у взрослых, наблюдаются стрессиндуцированные и невротические расстройства: тревожные (до 80%) и депрессивные, астенические и соматоформные, нарушение адаптации. Отсутствие адекватного понимания и поддержки в семье укрепляет ангедонию (неспособность радоваться жизни) и провоцирует суицидальное поведение. В

Настоящее время тревожные расстройства признаны самой частой категорией психических расстройств, встречаясь в популяции в 3,7–5,1% случаев. Частота тревожного расстройства оценена в пределах 4,7%. Актуальность терапии тревожных расстройств определяется их распространенностью, дезадаптивностью и высокой коморбидностью: 1) с психическими заболеваниями (личностными, аффективными, бредовыми расстройствами) и 2) соматическими заболеваниями.

Для людей с тревожными расстройствами свойственна ригидность, ведущая к социальной адаптации.

И только квалифицированная психологическая помощь может вернуть таких пациентов к полноценной жизни, повысить их реабилитационный потенциал.

Психологическая реабилитация – это совокупность мероприятий, направленных на восстановление личного и социального статуса человека. Социально-психологические мероприятия связаны с индивидуальными психическими особенностями личности, гендерными и возрастными характеристиками, а также жизненной социальной ситуацией, в которой

оказался человек. В соответствии с этими положениями и складывается программа по психологической реабилитации. Само построение профессиональной деятельности психолога в работе с тревожными расстройствами базируется на диагностике и оценки психоэмоционального состояния личности и соответствующей психотерапевтической работы.

Психотерапия в реабилитации представляет свои глубинные возможности в конкретной жизненной истории человека.

Между тем, мишенью медико-психологической помощи личностям с тревожными расстройствами становится когнитивная гибкость, как способности приспосабливать свое мышление к новым ситуациям, а также способность преодолевать ставшие привычными реакции или мышление и адаптироваться к новым ситуациям.

Своевременное оказание медико-психологической помощи личностям с тревожными расстройствами является чрезвычайно актуальной задачей для благополучия общества.

Степень изученности темы: в литературе можно встретить работы, посвященные изучению видов гибкости: когнитивной (Д. Б. Грэдди, Н. В. Жбанкова, Н. С. Ефимова, Т. Е. Левицкая, А. П. Мерсиянова, Л. М. Митина, Д. Т. Ли, Дж. Д. Тиммонс), эмоциональной (Е. С. Асмаковец, И. А. Курапова, А. В. Казашова, М. В. Наумова, И. В. Саморокова), поведения (К. А. Аветисян, Л. Э. Завкалевич, В. Г. Залевский, Ю. А. Королева, Н. В. Козлова, Л. М. Митина, С. В. Смирнова).

В психиатрии и клинической психологии существуют исследования конституционально-личностных характеристик у пациентов с депрессией и тревогой (Э. Крепелин, Э. Кречмер, З. Фрейд, H. Akiskal; J. Gunderson, K. Phillips, А.Е. Бобров, С.А. Головин, Г.С. Банников).

Вопросы методов психотерапии (групповые и индивидуальные занятия по «технике саморегуляции» - аутогенная тренировка, дыхательная и релаксационная лечебная гимнастика, рационально-поведенческая психотерапия) раскрываются в работах Л.И. Дворецкого Л.И., Е.В. Зелениной,

В.В. Калинина, А.Б. Холмогоровой, и др.

Между тем проблема когнитивной гибкости людей с тревожными расстройствами, проходящие курс медико-психологической реабилитации, остается не изученной, сто обуславливает актуальность темы исследования и формулировку проблемы.

Проблема: какова специфика когнитивной гибкости людей с тревожными расстройствами, проходящие курс медико-психологической реабилитации?

Объект исследования: исследование когнитивной гибкости у людей (среднего возраста); современные аспекты исследования когнитивной гибкости.

Предмет исследования: когнитивная гибкость у людей, проходящих курс реабилитации (телесно-ориентированная терапия).

Цель исследования: изучение особенности когнитивных функций людей, проходящих психологическую реабилитацию.

Задачи исследования:

1 Теоретический анализ исследований тревожных расстройств, медико-психологической реабилитации, когнитивной гибкости.

2 Эмпирическое исследование когнитивной гибкости у женщин с тревожными расстройствами.

3 Эмпирическое сравнение когнитивной гибкости у женщин с тревожными расстройствами, проходящих стационарную и амбулаторную медико-психологическую реабилитацию.

Гипотеза исследования: работа с телом улучшает когнитивную составляющую, снижает тревогу и возвращает человека к решению собственных проблем.

Дополнительная гипотеза:

- увеличение когнитивной гибкости снижает уровень тревоги и увеличивает эффективность психологической реабилитации.

Теоретические подходы к исследованию: Методологической основой

работы служат: био-психо-социальная модель психических расстройств, согласно которой в возникновении и течении психических расстройств соучаствуют биологические, психологические (в том числе личностные) и социальные факторы.

Методы исследования:

1.Теоретический анализ клинических и психологических исследований тревожных расстройств.

2 Психологический – исследование женщин с тревожными расстройствами с помощью адаптированных и валидизированных психологических методик (психологические методики, опросники).

3 Популяционный – исследование выборки испытуемых из общей популяции с помощью апробированных, валидизированных психологических опросников.

4 Статистический – использование методов математической статистики (для статистического сравнения групп использовался критерий U-Mann-Whitney).

Методики исследования:

1. Шкала тревоги Бека
2. Тест Шульте-Горобова (красно-черные таблицы)
3. Тест матрица Равена – Шкала прогрессивных матриц
4. Тест «Образование сложных аналогий»
5. Тест Торренса

Характеристика выборки исследования: в исследовании приняли участие две группы женщин (40 человек), посещающие медико-психологическую реабилитацию:

- группа 1 женщин (20 человек) – проходящие реабилитацию в амбулаторных условиях. Эти женщины занимались принимали участие в телесно-ориентированной терапии средствами йоги. Занятия проходили на базе студии йоги “Практика”;

- группа 2 женщин (20 человек) - проходящие реабилитацию в

амбулаторных условиях. И женщины получали медикаментозное лечение от врача психиатра и клинического психолога.

Эмпирическая база исследования: студия йоги "Практика"".

Практическая значимость исследования: Изучены компоненты когнитивной гибкости женщин с тревожными расстройствами. Доказан эффективность занятиями йога в развитии когнитивной гибкости у женщин с тревожными расстройствами.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КОГНИТИВНОЙ ГИБКОСТИ ЛЮДЕЙ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРОХОДЯЩИХ КУРС МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1.1 Задачи медико-психологической реабилитации в условиях стационара и в амбулаторных условиях

Слово реабилитация в буквальном смысле означает восстановление способностей, возможностей. Выделяют, в частности, судебную, медицинскую, психологическую, социально-трудовую, профессиональную реабилитацию и даже реабилитацию территорий.

Понятие «реабилитация» впервые введено в медицину в 1946 г. в Вашингтоне на конгрессе по реабилитации больных туберкулезом [1]. Однако на практике реабилитация получила распространение еще со времен Первой мировой войны, когда с фронтов к родным очагам возвращалось огромное число солдат, получивших увечья и ставших инвалидами. Не случайно в эти и последующие годы реабилитация применялась главным образом в травматологии и рассматривалась прежде всего как восстановительное лечение. При этом основными методами служили механотерапия, физиотерапия и лечебная физкультура. Спустя полвека уже всем стали очевидны ограниченность и недостаточная эффективность такого подхода. Восстановительное лечение и реабилитация — не синонимы. Задачи реабилитации выходят за рамки максимально возможного восстановления нарушенных функций организма. Понятие «реабилитация» шире понятия «восстановительное лечение» [5]. Главное в реабилитации — борьба за человека, а не борьба против болезни. Конечная цель реабилитационных программ — восстановление личностного и социального статуса больных и

инвалидов.

Современное определение термина «реабилитация». Как не странно, общепринятого определения термина «реабилитация» до сих пор нет [20]. Это связано прежде всего с тем, что в качестве реабилитируемых выступают больные и инвалиды самых разных категорий. Не случайно программы реабилитации после мозгового инсульта, больных туберкулезом, онкологических больных, лиц, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), психически больных, лиц, впервые признанных инвалидами в зрелом возрасте, и инвалидов детства, наконец, наркозависимых лиц, так сильно отличаются друг от друга. При этом, определяя термин «реабилитация», клиницисты подчеркивают основополагающую роль лечения в программах реабилитации, специалисты по лечебной физкультуре нередко под реабилитацией понимают только физическую реабилитацию, сотрудники Министерств здравоохранения указывают на важнейшую роль государственных мероприятий, поскольку планируют и воплощают в жизнь именно государственные программы реабилитации. К тому же реабилитация — это одновременно и цель, и показатель эффективности медицинского вмешательства, и процесс, и программа, и комплекс мероприятий, методов. Поэтому, не претендуя на исключительность и полноту, позволим себе предложить следующее определение, которое подходит для всех категорий реабилитируемых: «Реабилитация — это система мер, направленных на восстановление физического, психологического и социального статуса больных и инвалидов».

Место реабилитации в клинической медицине. Не подлежит сомнению, что процесс ведения больного, включающий лечение, реабилитацию, вторичную и третичную профилактику, един и неделим. Более того, после устранения непосредственной угрозы жизни больного практически на всех этапах этого процесса должны одновременно использоваться и лечебные мероприятия, нацеленные на устранение клинико-биологических проявлений заболевания, и меры, направленные на восстановление функций пораженных органов и систем организма, на восстановление личностного и социального

статуса реабилитанта, на предотвращение прогрессирования заболевания, осложнений и ущерба здоровью и благополучию больного и инвалида.

Вместе с тем не следует смешивать понятия лечения, реабилитации, вторичной и третичной профилактики. Дело в том, что в рамках каждого из этих направлений преследуются разные цели. При этом методы достижения этих целей не только не всегда совпадают, но подчас и вступают в противоречие друг с другом [8].

Вторичная профилактика, как известно, преследует цель увеличения продолжительности жизни — «добавить годы к жизни». А цель реабилитации — «добавить жизни к годам». Казалось бы, ничто не мешает совмещению этих целей в рамках единого процесса ведения больного. Однако некоторые факторы могут способствовать реабилитации и в то же время препятствовать вторичной профилактике.

Четкое понимание того, что лечение, реабилитация, вторичная и третичная профилактика, с одной стороны, составляют единый процесс оказания медицинской помощи больному, но, с другой стороны, имеют разные, подчас трудно совместимые друг с другом, цели, способствует соблюдению оптимального баланса использования разных подходов, достижению наибольших итоговых результатов на благо больного.

Среди других чаще выделяют клинический, физический, психологический и социальнотрудовой аспекты реабилитации. Ясно, что без лечения основного заболевания проводить реабилитацию больных в большинстве случаев не представляется возможным. При многих заболеваниях (прежде всего, поражениях опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистых заболеваниях — ССЗ) добиться успешной психологической и социально-трудовой реабилитации больных без восстановления физической работоспособности и двигательных функций тоже достаточно затруднительно. В свою очередь, если реабилитант испытывает страх перед физическими и трудовыми нагрузками, по его убеждению, способными учинить вред его здоровью, то, скорее всего, он

откажется от участия в программе физических тренировок, будет добиваться перевода на инвалидность. Во многих случаях именно психологические факторы, включая низкую мотивацию [8], а не органическое поражение органа или системы организма являются главной причиной социально-трудовой дезадаптации. В свою очередь возвращение к труду значительно ускоряет и завершает процесс психологической реадаптации (восстановления преморбидного психологического статуса, приспособления к изменившимся в результате болезни условиям жизни).

В настоящее время положение о комплексном характере реабилитации можно считать общепринятым. Однако на практике нередко используются лишь отдельные методы реабилитации. Они тоже позволяют достичь определенных положительных результатов, но эффективность такого подхода к реабилитации недостаточна. Причина этого не только в том, что комплексное воздействие, как правило, дает больший эффект. Реабилитация — не просто комплекс мероприятий, механическая сумма большего или меньшего числа различных методов. В программах реабилитации эффективность каждой составляющей тесно зависит от других составляющих. Включение в программу реабилитации любой важной составляющей (клинической, психологической, физической, социально-трудовой и др.), помимо своего прямого действия, опосредованно повышает эффективность других составляющих. Такого рода синергия приводит к значительному повышению эффективности программы реабилитации в целом. Например, физическая реабилитация позволяет не только повысить физическую работоспособность, но и существенно улучшить психологическое состояние больных разных категорий, например, лиц, перенесших ИМ [7], больных раком [8]. Однако при психических изменениях, возникших в связи с заболеванием (ипохондрические и депрессивные изменения, страх за сердце при выполнении физических нагрузок у больных ССЗ; страх возникновения или усиления боли в спине при физической нагрузке у больных дорсопатией, депрессивные изменения при травматических поражениях позвоночника), в

отсутствие мотивации, низкой самооценке и низкой самоэффективности само участие в занятиях лечебной физкультурой, а тем более в физических тренировках ставится под сомнение [24]. Таких больных без психокоррекции подчас просто не удается вовлечь в программу физической реабилитации и для них ее эффективность (по причине неприменения) фактически сводится к нулю. К тому же, согласно результатам метаанализа результатов исследований по изучению влияния программ физической реабилитации на уровень тревоги и депрессии у больных коронарной болезнью сердца, которых удалось вовлечь в эти программы, несмотря на их положительный эффект, они не могут рассматриваться как средство, достаточное для устранения таких эмоциональных нарушений [26]. Все это доказывает необходимость системного подхода к реабилитации.

В системе реабилитации все звенья взаимосвязаны и необходимы. При этом большинство из них может быть представлено в достаточно простой и доступной практическому здравоохранению форме. Психологическая реабилитация как аспект медицинской реабилитации.

Медико-психологическая реабилитация — неотъемлемая составляющая системы реабилитации больных. Без психологических методов невозможно добиться успешной реабилитации в целом ряде случаев. Это — страхи перед физической нагрузкой у больных, «уход в болезнь» при длительном стационарном лечении, депрессия, отсутствие мотивации к преодолению болезни и ее последствий, низкая приверженность больных к участию в программах медицинской реабилитации, формирование рентных установок у инвалидов.

К этому следует добавить, что соматические заболевания и травмы достаточно часто сопровождаются психическими изменениями, значительно затрудняющими проведение реабилитации. Они не позволяют добиться достойного качества жизни больных и инвалидов — конечной цели реабилитации. К тому же, психические изменения в ряде случаев сопровождаются эмоциональными расстройствами, оказывающими

негативное влияние на основной патологический процесс (например, повышенный уровень тревоги может приводить к усилению коронарной недостаточности при ишемической болезни сердца и церебрально-сосудистой недостаточности у больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения). А это создает дополнительное препятствие на пути к реабилитации. Психологическая реабилитация (ПР) необходима и при психических заболеваниях [20] (лечение, нацеленное на устранение психических нарушений, не всегда приводит к психологической реадаптации), и при органических поражениях мозга (восстановление нарушенных высших психических функций очень важно, но не достаточно для восстановления личностного статуса у больных этой категории). В то же время отсутствие психопатологии, конечно же, не является основанием для отказа от проведения ПР. Показано, что особенности личности и психологической реакции на болезнь, отношение к лечению и реабилитации, к возвращению к труду и при нормальном психическом состоянии оказывает мощное влияние не только на процесс психологической реадаптации, но и на все другие составляющие реабилитации. Больные с нормальным психологическим статусом тоже нуждаются в психопрофилактике, в психологической поддержке, в помощи при формировании адекватных реакций на заболевание и его лечение, в создании установок на активное участие в программах реабилитации. Хотя конечные цели комплексной медицинской реабилитации и ПР совпадают, у последней есть свои задачи, свои объекты и методы диагностики и коррекции.

Объектом (и субъектом) ПР прежде всего являются больные и инвалиды следующих категорий:

— перенесшие внезапные тяжелые, угрожающие жизни и благополучию заболевания (ИМ, инсульт);

— страдающие хроническими заболеваниями с неблагоприятным течением, с угрозой жизни (онкологические заболевания);

— страдающие хроническими заболеваниями с неблагоприятным

течением, с угрозой инвалидности (артрозы);

— перенесшие тяжелые операции;

— получившие тяжелые физические травмы с утратой (частичной или полной) трудоспособности;

— психически больные с неблагоприятным течением заболевания, с угрозой инвалидности;

— наркозависимые;

— лица с девиантным поведением;

— дети с аномалиями развития;

— инвалиды с проявлениями психологической и социальной дезадаптации [24].

В этом списке можно выделить две основные категории лиц, нуждающихся в ПР:

1) медицинские проблемы, представляющие реальную угрозу жизни и благополучию, возникают внезапно, вызывая четко очерченные личностные реакции на болезнь, ее последствия и тяжело переносимое лечение. В части случаев невротические реакции на болезнь трансформируются в патологическое развитие личности;

2) медицинские проблемы связаны с хроническим заболеванием с неблагоприятным течением либо с врожденной патологией. Личностные реакции на болезнь стерты, а порой и не выявляются. Вместо них исподволь (и подчас на первых порах незаметно) может формироваться патологическое развитие личности. Неадекватные психологические реакции на болезнь и патологическое развитие личности становятся серьезным барьером на пути к реабилитации [23].

При проведении ПР важно знать:

а) особенности психологического состояния больных и его динамику при данном заболевании;

б) природу психологических изменений на разных этапах заболевания, его диагностики и лечения;

в) факторы, влияющие на процесс психологической реадаптации.

Различают формы реабилитаци:

- стационарный;
- амбулаторный.

1.Стационарная реабилитация

Проходит в амбулаторных условиях. Пациент регулярно посещает лечащего врача, остается под его наблюдением.

Задачи:

- улучшение самочувствия, физического состояния;
- восстановление трудоспособности;
- противорецидивная терапия;
- профилактика осложнений, повторных обострений заболевания;
- переквалификация, если пациент не может вернуться к прежней работе [36].

После завершения поликлинического этапа пациент должен быть готовым вернуться к нормальной жизни, его проблемы со здоровьем должны быть решены. Для хронических, неизлечимых заболеваний поликлинический этап не завершается: человек всегда находится под наблюдением врачей, выполняет рекомендации по профилактике рецидивов.

На стационарном этапе применяется поддерживающая медикаментозная терапия, возможно курсовое лечение с использованием методов физиотерапии. Врач разрабатывает для пациента набор рекомендаций по физической активности, питанию, образу жизни.

Начинается в острой фазе заболевания или сразу после травмы вместе с основным лечением. Предполагает проведение таких терапевтических мероприятий, которые позволят не только снять острое состояние, но и в перспективе полностью устранить последствия заболевания, перенесенной травмы. Реабилитационная программа в этот период решает задачи:

- купирование дальнейших обострений, достижение стабильной ремиссии, ее удержание;

- профилактика осложнений основного заболевания (травмы), появления пролежней, инфицирования и т.п.;
- восстановление нормальной работы внутренних органов и систем [32].

Корректное проведение реабилитации в раннем периоде сокращает период лечения и продолжительность госпитализации, ускоряет возвращение человека к нормальному образу жизни. Реабилитационные мероприятия начинают с момента стабилизации основных функций организма без перевода пациента в реабилитационное отделение. Он остается в реанимации, интенсивной терапии или стационаре, в который выполнялась первичная госпитализация.

При ранней реабилитации, во время первичного лечения вместе с интенсивной терапией применяют физиотерапевтические и медикаментозные методы восстановления здоровья. От правильности их подбора на 50% зависит результат лечения.

В состав реабилитационной программы, совмещенной с первичным лечением, могут входить:

- физиотерапия;
- ЛФК;
- лечебный массаж;
- медикаментозная терапия для профилактики осложнений, обострений, восстановления здоровья [32].

Программу формируют после диагностики и оценки состояния здоровья:

- если течение болезни является благоприятным, реабилитационные действия направлены на сокращение времени госпитализации, восстановление трудоспособности, нормального самочувствия, профилактику осложнений;
- при тяжелых заболеваниях реабилитацию совмещают с регулярной диагностикой и применяют, чтобы избежать ухудшения состояния

здоровья, рецидивов, повторных обострений.

2. Амбулаторная реабилитация.

Начинается после завершения госпитализации. Его проводят в привычных домашних условиях.

Амбулаторное лечение применимо в случае, когда пациент обладает силой воли, дисциплинирован и по каким-либо причинам не может проводить все время в клинике. Он должен будет посещать процедуры и регулярные консультации лечащего врача без помещения в больничную палату. У этой формы реабилитации очень много плюсов:

- Пациент может жить в обычном ритме, не ограничен в распорядке дня. Единственное условие – вовремя являться на прием к врачу и проходить все необходимые процедуры, назначенные доктором.
- Больной остается в привычной ему среде, где близкие люди быстрее помогут ему адаптироваться к жизни без спиртного. Поддержка друзей и родственников часто играет решающую роль в лечении.

Стационарное лечение будет оптимальным вариантом для тех пациентов, которые не в состоянии самостоятельно обратиться в клинику. Стационар же подразумевает изоляцию пациента (но только с его согласия) на территории клиники с возможностью прогулок, досуга и посещения родными и близкими [45].

Таким образом, реабилитация- это комплекс мер, направленных на борьбу с отрицательными психическими реакциями, возникающими на стресс, тяжелые патологии и другие травмирующие ситуации.

Медико-психологическая помощь -это комплекс медико-психологических, психиатрических и других медицинских мероприятий для купирования острых психотических расстройств, нормализации психического состояния пострадавшего населения.

1.2 Описание тревожных расстройств

Исследования тревожности берут свое начало с работ З. Фрейда. Он рассматривал данный феномен в двух вариациях:

1) как результат разрядки подавленного сексуального влечения;

2) как сигнал о наличии опасной ситуации, что требует от индивида адекватного приспособления. Исходя из этого, «неприятное состояние тревоги является полезным адаптивным механизмом, побуждающим индивида к защитному поведению по преодолению опасности» [76] .

В последующем Анна Фрейд, представляет тревожность как «беспредметное состояние ожидания неопределенной угрозы» [61]. Карен Хорни не считала, что тревога является необходимым компонентом в психике человека. Она указывала, что тревога возникает в результате отсутствия чувства безопасности в межличностных отношениях. В общем, по мнению Хорни «всѐ то, что в отношениях с родителями разрушает отношение безопасности у ребѐнка, приводит к базальной тревоге» [56].

Альберт Эллис говорит о тревожности как о состоянии, в основе которого лежит негативная самооценка и которое ведет к неадекватному поведению.

Тревожность, по мнению автора, делится на два типа: «Я - тревожность», связанная с предвосхищением недостаточного уважения и самоуважения и так называемая тревожность дискомфорта» [85].

В последние годы тревожность описывают как «длящийся страх, когда ситуация опасности не снимается», или как «совокупность трѐх составляющих: 1) субъективное переживание «невыразимого и неприятного предчувствия»; 2) восприятие телесных реакций (потение, учащение дыхания и т. п.); 3) поведение, связанное с отстранением или избеганием» [75].

По словам О.Х. Маурера, тревожность, как и другие предвосхищающие эмоции (надежда, разочарование и облегчение) оказывает решающее влияние на выбор, и как следствие, на последующее закрепление способов поведения [53]. Основными эмоциями подкрепления выступают тревожность и надежда. Автор считает, что сигнализирующая функция является основной функцией

тревожности, которая ведет к тому, что подкрепляются определенные формы поведения и реакции, которые ведут к предотвращению переживания наиболее интенсивного страха или же уменьшают уже возникший.

К. Ясперс отмечает: «Тревожность - одна из благотворных сил, которая дает возможность человеку перейти из повседневного бытия («бытия в мире») в экзистенциальный план бытия, мир свободной воли. Тревожность – особо важный элемент, он сталкивает человека с «напряжением пограничной ситуации», т.е. такой, которая только и позволяет человеку прорваться к подлинной свободе как выходу за пределы своего бытия» [74].

Г.С. Салливан говоря о тревожности, использует психосоматическое понятие. Автор отмечает, что удовлетворение биологических влечений сопровождается снижением физического напряжения, как во внутренних органах, так и в скелетных мышцах, что происходит непроизвольно [63]. За счет действия парасимпатической нервной системы внутренние органы расслабляются (удовлетворение снимает необходимость в дальнейших действиях), и внешняя мускулатура, которая находится под контролем ЦНС, также стремится к снижению напряжения.

Как отмечает Ч. Спилбергер: «Тревожность – это отражение эмоционального состояния или определенная совокупность реакций, которая возникает у субъекта в том случае, если он воспринимает ситуацию как личностно угрожающую, опасную и как клинического и патологического симптома» [78].

В исследовательской зарубежной литературе тревожность разделяется на два размеры признаков; тревожное предчувствие и тревожное возбуждение (Heller et al.), каждая из которых связана с определенной моделью нейронной активности (Engels et al).

Тревожное состояние было описано как черта, отражающая склонность к вовлечению в образец негативного, повторяющегося мышления, такого как беспокойство, и, как было обнаружено,связанного с повышенной активностью в левой нижней лобной извилине (зона Брока). Тревожное

возбуждение – это устойчивая склонность испытывать физическое чувство страха, отмеченное стойким паттерном чрезмерного возбуждения симпатической нервной системы к стрессорам и повышенная бдительность к потенциальной угрозе. Это было связано с повышенной активностью в правой нижней височной области извилина.

Состояние тревоги, описывается как эмоциональное переживание острого беспокойство, паники или страха, вызванного ситуациями повышенной угрозы.

Тревожное опасение — это состояние, тесно связанное с беспокойством и описывается как устойчивый паттерн повторяющихся негативных мыслей о предполагаемых угрозах (Крок). Беспокойство признано явлением, с которым сталкивается большинство людей, и оно различается по интенсивности, становясь патологическим, если воспринимается как неконтролируемое, чрезмерное и негативно влияющее на социальное, профессиональное и семейное функционирование (Davey & Meeten). Беспокойство — это симптом, появляющийся при множественных эмоциональных расстройствах, в частности, центральная особенность диагностических критериев генерализованного тревожного расстройства.

В отечественной психологии изучением проблемы тревожности занимались такие ученые, как Ф.Б. Березин, Л.И. Божович, Н.Д. Левитов , В.Н. Мясищев, Н.И. Наенко, Т.А. Немчи, А.М. Прихожан и многие другие.

В трудах Ф. Березина, отмечается важная роль тревоги в процессе психической адаптации человека [15]. Тревога ведет к усилению поведенческой активности, побуждает к более интенсивным и целенаправленным усилиям, способствует изменению характера поведения и тем самым выполняет адаптивную функцию. Если же интенсивность и длительность тревоги не соответствуют ситуации, это становится препятствием на пути к формированию адаптивного поведения и ведет к нарушениям поведенческой интеграции, в некоторых случаях и к клинически нарушениям психики и поведения.

Основываясь на клинических наблюдениях и экспериментальных исследованиях, Ф.Березин развил представление о существовании тревожного ряда. Он имеет следующий вид:

1 Ощущение внутренней напряженности, включающее адаптационные механизмы.

2 Гиперестезические реакции, при которых многие события внешней среды становятся значимыми для субъекта, что приводит к появлению ощущения неопределенной угрозы.

3 Собственно для тревоги характерно чувство неясной опасности.

4 Неосознаваемость причин тревоги ведет к возникновению страха, что затрудняет организацию деятельности по устранению или предотвращению угрозы.

5 Нарастание интенсивности тревоги, ощущение необратимости надвигающейся катастрофы, формирует у субъекта представление о невозможности избегания угрозы.

6 Тревожно-боязливое возбуждение характеризуется дезорганизацией поведения, которая достигает максимума, при этом исчезает возможность целенаправленной деятельности [30].

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

Генерализованное тревожное расстройство — одно из расстройств, которое может возникнуть в результате неконтролируемого беспокойства. Симптомы длительной или хронической тревоги могут проявляться в форме физических симптомов, таких как головные боли, мышечное напряжение, желудочно-кишечные расстройства и бессонница.

Социальное тревожное расстройство — еще один возможный диагноз неуправляемого беспокойства. Люди с синдромом социальной тревожности боятся общественных ситуаций и контакта с незнакомыми людьми. Им страшно оказаться в неловкой ситуации или быть оцененными окружающими, поэтому они всячески избегают чужого внимания. Даже мысль об этом или ожидание социального взаимодействия провоцируют у них приступы паники. Реакция на стресс приобретает следующие формы: избегание зрительного контакта;

- ступор;
- бегство;
- слезливость;
- тремор конечностей [37].

Существует целый ряд методов лечения социофобии – психотерапевт назначает их в зависимости от тяжести ситуации.

К распространенным клиническим формам тревожных расстройств относят так называемые соматоформные расстройства – органные неврозы, стойко персистирующие болезненные симптомы в рамках топической проекции одного органа или системы на соматически измененной почве. В клинической картине на первый план выходят вегетативные симптомокомплексы, сопоставимые с синдромами соматической патологии при наличии субклинических морфологических аномалий. Эмоциональные проявления в таких случаях принимаются, как правило, за естественную психологическую реакцию на соматическое заболевание. Соответственно, выделяются кардионевроз, кардиоспазм, синдромы гипервентиляции (психогенная одышка), «раздраженного» желудка, «раздраженной» толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря. Сочетание соматоформных и тревожно-депрессивных расстройств достигает 90%. В общесоматической сети частота выявления соматоформных расстройств составляет от 10 до 26% [16].

Другим расстройством, встречающимся в системе первичной

медицинской помощи более, чем в 8,0% случаев, является соматизированное расстройство. К соматизированному расстройству относят болезненные состояния, продолжающиеся более двух лет и характеризующиеся постоянно беспокоящими человека разнообразными симптомами (боль в разных частях тела, дискомфорт в области сердца, перепады артериального давления и другие) [37].

Паническое расстройство (или паническая атака). Пациент испытывает периодические приступы тревоги, которые возникают спонтанно. Это острая и крайняя тревога, при которой страдающий человек верит, что он умрет. Эти внезапные приступы сильного страха не имеют прямой причины. Иногда у пациентов, страдающих от этого расстройства, возникает беспокойство о следующем приступе, появление которого невозможно предвидеть, это так называемое упреждающее беспокойство.

Фобическое расстройство. Заболевание, которое имеет в качестве существенной особенности наличие иррационального страха перед конкретным объектом, деятельностью или ситуацией с последующим избеганием объекта, которого боятся. Например, страх перед полетом, птицами или просторами.

Обсессивно-компульсивное расстройство. Это недобровольные мысли или действия, которые пациент не может перестать думать или делать. В любом случае субъект признает абсурдный характер своих мыслей или действий.

Посттравматическое стрессовое расстройство. Это происходит в тех случаях, когда неприятные психологические последствия возникают после воздействия эмоциональной травмы, войны, изнасилования и т. д. Оно характеризуется постоянными воспоминаниями о травмирующем событии, эмоциональным состоянием с повышенной бдительностью и общим снижением интереса к повседневным событиям.

Специфические фобии – это страхи, которые человек испытывает в отношении определенного объекта или ситуации. Они являются устойчивыми

и вызывают тяжелый стресс. Это может быть боязнь животных (арахнофобия, герпетофобия), определенных ситуаций (акрофобия, клаустрофобия) и даже такие виды страха, как боязнь сна (гипнофобия) или страх погребения заживо (тафофобия). Фобии часто возникают из-за травмирующих переживаний, создающих у людей негативные ассоциации с объектами или ситуациями.

Экспозиционная терапия наиболее эффективна в борьбе с такими расстройствами. Также применяется когнитивно-поведенческая терапия [39].

Симптомы тревожного расстройства становятся активными в социальных ситуациях и имеют тенденцию проявляться эмоциональными, физическими симптомами.

Категория тревожных расстройств традиционно включает в себя состояния различной степени выраженности. Как правило, основным маркером тяжести тревожных расстройств является стойкость избегающего поведения, а также число фобических ситуаций, на которые оно распространяется. Так, выделяется изолированная форма социальной фобии, характеризующаяся 1–2 социальными ситуациями, вызывающими страх и избегание (например, публичные выступления, прием пищи в общественных местах и др.). В случаях агорафобии фобическое избегание также может затрагивать лишь определенные способы передвижения (например, для жителей крупных городов максимально критичной является поездка в метрополитене).

Изолированные формы тревожных расстройств протекают более благоприятно, как с точки зрения незначительного влияния на адаптацию пациентов, так и с точки зрения достаточно хорошей чувствительности к лечебному воздействию. Так, в случаях редких панических приступов, лишь эпизодически сопровождающихся избегающим поведением, купирование острых проявлений тревоги оказывается достаточным для редукции симптомов агорафобии [43].

Однако большинство тревожных расстройств характеризуется хроническим течением именно за счет формирования стойкого избегающего

поведения, полностью нарушающего способность пациентов к самостоятельному передвижению («панагорафобия») либо исключающего большинство социальных контактов (генерализованная социальная фобия). Такие хронические тревожные расстройства приводят к выраженной социальной дезадаптации пациентов вплоть до стойкой потери трудоспособности.

Особенности динамики тревожных расстройств – тенденция к хроническому течению и рецидивированию – во многом обусловливают сложность их лечения.

Когда человек с тревожным расстройством находится в социальной среде, он или она может выглядеть быть застенчивым, тихим и замкнутым. Согласно Stein & Stein, когда человек с тревожным расстройством испытывая симптомы тревоги в различных ситуациях, он или она может испытывать явный дискомфорт (покраснение, потливость, дрожь) или скрытые (страх, учащенное сердцебиение, проблемы с концентрацией внимания) [41].

Тревожные расстройства относятся к широкой группе диагнозов, характеризующихся стойким чрезмерным страхом и беспокойством, дифференцированных по конкретному объекту или ситуации, которые провоцируют тревогу, избегание, поведенческие нарушения и связанные с ними когнитивные функции. Согласно диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам (5-е изд.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), диагнозы тревожное расстройство включают разлуку, селективный мутизм, специфические фобии, социальное тревожное расстройство (социальная фобия), паническое расстройство (с панической атакой), агорафобия и генерализованное тревожное расстройство (ГТР).

Тревожные расстройства являются наиболее распространенными психическими расстройствами в мире и затрагивает каждого седьмого человека (Slade et al.) и 264 миллиона человек во всем мире (Всемирная организация здравоохранения; ВОЗ, 2021г.) [82].

Тревожные расстройства связаны со снижением физического здоровья,

умственного, профессионального, рекреационного и социального функционирования (Chisholm et al.; Olatunji et al.), а также влияет на социально-экономическое и академическое неблагополучие во всем мире. продолжительность жизни (Lochner et al.).

Экономические последствия тревожных расстройств также значительны и далеко идущими, когда, по оценкам, тревожные расстройства обходятся правительству 376 миллионов долларов на здравоохранение, 648 миллионов долларов на упущенный подоходный налог и почти пять миллиардов долларов потерянной производительности каждый год (Lee et al.).

Во всем мире двенадцать миллиардов дней потерянной производительности каждый год связаны с депрессиями и тревожными расстройствами вместе взятыми [77].

По оценкам, тревога занимает шестое место среди причин несмертельных исходов, потери здоровья во всем мире (ВОЗ, 2021г.). Очевидно, что тревожные расстройства представляют собой огромную социальную, экономическую и здравоохранительную проблему.

Тревожные люди, которым трудно воспринимать эмоции могут казаться бесчувственными и оскорбительными для общества.

Исследования, изучающие эмоциональное функционирование людей с тревожными расстройствами, остаются ограниченными, но активно развиваются. Люди с тревогой продемонстрировали дефицит эмоций и слабое регулирование эмоций. Одно исследование выборки людей с тревожными расстройствами показало, что им свойственно плохое понимание эмоций и нежелание выражать отрицательные эмоции (Penza-Clyve & Земан). Другое исследование показало, что осознание эмоций связано с социальной тревожностью и навязчивыми тревожными мыслями (Rieffe, Oosterveld, Miers, Terwogt, & Ly) [64].

Что касается клинических популяций, Саутам-Героу и Кендалл исследовали эмоции, показали, что люди с тревожным расстройством хуже понимают, как скрывать эмоции и использовать эмоции, не используют

стратегии регулирования для изменения своих эмоций, которые могут иметь значимые последствия для полноценного социального функционирования. Например, тревоженный человек, не знающий правил поведения, может оскорбить другого человека, при получении разочаровывающего подарка на день рождения.

Способность распознавать эмоции других людей описывается как фундаментальный аспект понимания эмоций и считается необходимым для эффективного межличностного общения. Оказалось, что люди с тревожно-расстройствами могут свидетельствовать о дефиците этой способности по сравнению с не тревожными людьми. Симонян и др. обнаружили, что люди с социально-фобными расстройствами значительно хуже умеют распознавать аффекты по сравнению с клинически здоровыми. В частности, их просили определить шесть эмоциональных выражений (например, счастье, грусть, гнев, страх, удивление и отвращение) изображенных на картинках лиц, далее оценивали их тревожность до и после выполнения задачи распознавания лиц. Люди с социально-фобными расстройствами показали большее количество ошибок (особенно в счастье, печали и отвращении) и проявили большую посттестовую тревожность по этому заданию по сравнению с клинически здоровыми людьми. Этот недостаток способности маркировать выражения лица может иметь огромные последствия с точки зрения социального функционирования потому что это имеет решающее значение для эффективного общения (Simonian et al.). Здоровая личность должна уметь точно воспринимать эмоциональные проявления окружающих, чтобы адекватно реагировать на них. Следовательно, эта недостаточная способность, проявляющаяся у тревожных личностей, подвергает их еще большему риску негативного взаимодействия с окружающими [58].

Основываясь на дефиците понимания эмоций, который был отмечен у людей с тревожными расстройствами и теория о том, что понимание эмоций необходимо для адаптивных эмоций Сувег и Земан исследовали регуляцию эмоций у людей с тревожными расстройствами и теми, у кого нет такой формы

психопатологии. Результаты показали, что группа тревожных сообщила о более нерегулируемом выражении эмоций (эмоциональное выражение), о том, что испытывают эмоции (беспокойство, гнев) с большей интенсивностью, и демонстрируют более неадекватную регуляцию эмоций, справляясь с беспокойством, гневом и грустью. Родственники людей с тревожным расстройством также воспринимали своих близких как более эмоционально негативных/лабильных и неуравновешенных.

Другие исследования обнаружили, что люди с тревожным расстройством используют меньше стратегий регулирования эмоций при решении проблем и проявляют менее позитивный аффект при обсуждении эмоциональных переживаний и эмоционального опыта (Suveg et al.) [83].

При обзоре исследований социального функционирования людей с тревожным расстройством, было определено, что у людей с тревогой более бедное социальное функционирование, чем у клинических здоровых людей. Используя выборку учеников начальной школы, Штраус,

Фрейм и Форхенд сравнили социальный рейтинг людей, которых оценивали как сильно тревожных и нетревожных. Рейтинги симпатии измерялись с помощью процедур номинации. Тревожные личности имели более низкие рейтинги привлекательности, их не предпочитали в качестве товарищей по деятельности и более застенчивыми и социально замкнутыми по сравнению с не тревожными личностями. Это исследование показывает, что взаимодействие с тревожными личностями, как правило, менее приятно, что отчасти может быть связано с их собственной нервозностью встревоженного. Также представляется вероятным, что тревожные проявления воспринимаются и плохо воспринимаются здоровыми личностями [89].

Меньше исследований изучали социальное функционирование клинической молодежи с тревожными расстройствами.

Штраус, Лахи, Фрик, Фрейм и Хайнд также изучали симпатию личностей к личностям с тревожными расстройствами. Результаты показали, что тревожные личности получили самые низкие баллы социального

воздействия (состоящие из общего количества симпатий и антипатий). Эти исследования показывают, что тревога и ее проявление негативно воспринимается обществом и считается отталкивающей.

Тревожные личности также могут быть менее напористыми и нерешительными в отношении начала общественной деятельности, чем психологически здоровые личности (Гинзбург, Ла Грека и Сильверман), что снижает их возможности для социальных взаимодействий.

Таким образом, при рассмотрении отсутствия позитивной социальной активности, часто присутствующей в у тревожных людей, становится актуальной проблема одиночества таких людей.

Одиночество – это форма социального функционирования, при которой ребенок особенно неудовлетворен своим социальным взаимодействия, отсутствие социальной поддержки и чувствует себя плохо принятым сверстниками (Ашер, Хаймел и Реншоу; Эшер и Уилер) [65].

На фоне тревожности, низкой социальной активности, одиночества возникает низкая социальная самооценка, т. е. мера того, в какой степени тревожные люди видят себя как социально компетентными, хорошо принятыми в обществе или имеющие хорошие социальные отношения). Может проявляться стратегия социального избегания. Тревожные личности могут также проявлять избегающее поведение и действовать как «пугливые кошки», потому что у них нет навыков регуляции эмоций, чтобы справляться с новыми ситуациями.

Лица, страдающие тревогой, могут обратиться за лечением к врачу или другому специалисту, профессионалом, если у них высокий уровень дистресса (Brandelow et al.) [69].

С растущим признанием влияния тревоги на отдельных людей и общество, как национальные, так и глобальные представители здравоохранения уделяют первоочередное внимание усилиям по решению этой проблемы. В национальный обзор международных программ и служб охраны психического здоровья, исследователи подчеркивают важность

раннего вмешательства, экономически эффективного лечения, улучшения распространение услуг и увеличение клинически применимых исследований в области лечения и профилактики проблем с психическим здоровьем (Национальная комиссия по психическому здоровью). Правительство многих стран публично взяло на себя обязательство реформировать сектор психического здоровья посредством внедрения и улучшение доступа к экономически эффективным, основанным на фактических данных услугам, ориентированным на индивидуальные потребности (Министерство здравоохранения Австралии). ВОЗ также призвал к глобальной реформе программ охраны психического здоровья и призвал к расширению вмешательств в условиях сообщества и улучшения исследований в области психического здоровья (ВОЗ). В подтверждение этого экономические оценки лечения тревоги и депрессии расстройств показали, что каждый доллар, потраченный на улучшение лечения этих расстройств, приведет к четырехкратной отдаче за счет снижения нагрузки на службы здравоохранения и расширения участия в сообществе (Chisholm et al.). Призывы к действию со стороны как национальных, так и международных представителей здравоохранения, наряду с эмпирической демонстрацией экономической эффективности, работают над важностью разработки, оптимизации и распространения эффективных методов лечения тревожных расстройств[74].

Медицинские процедуры включают т антидепрессанты и ноотропы. Немедикаментозные методы лечения, такие как когнитивная поведенческая терапия (КПТ) также популярны среди людей, страдающих тревогой. КПТ иногда используется в сочетании с лекарствами для лечения симптомов тревожности. Кодал и др. обнаружили, что когнитивно-поведенческая терапия является эффективной формой долгосрочного лечения тревожных расстройств и призвал к более широкому внедрению этой формы лечения в клиниках.

1.3 Когнитивная гибкость

Понимание феномена гибкости уходит корнями в историю. Древнегреческий философ Демокрит говорил о человеке как животном, которое обладает умственной гибкостью [63]. Сократ заложил основы философской диалектики, основным положением которой стала гибкость мышления субъектов, ее использующих. Исследования физиологов XX века значительно увеличили область гибких конструктов от мышления к психике. Об исключительной пластичности психики человека говорил И. П. Павлов [44]. Определенный вклад в историю изучения гибкости внесла гуманистическая психология в лице К. Роджерса, описывающего состояние гибкости по отношению к Я-концепции.

Феномен «гибкость» стал предметом изучения в работах Д. Б. Богоявленской, Дж. Гилфорда, К. Дункера, Л. Э. Завалкевич, В. Г. Залевского, Г. В. Залевского, З. И. Калмыковой, Н. В. Козловой, Т. В. Кудрявцева, Р. Кэттела, К. Левина, А. Н. Лука, А. М. Мальцевой, В. М. Машкова, Н. А. Менчинской, Л. М. Митиной, В. И. Моросановой, В. А. Петровского, С. В. Смирновой, Т. Ю. Тодышевой, У. Росс Эшби, Л. Хаскелла, но единого толкования его содержания до сих пор не выработано.

Согласно словарю С.И. Ожегова, гибкий - ...способный трезво оценить обстановку, обстоятельства и приноровиться к ним». В психологии данный термин употребляется чаще всего при определении свойства мышления личности. Гибкость – это свойство именно продуктивного мышления, проявляемое в перестройке имеющихся способов действий, в замене методов, престающих быть эффективными, на оптимальные.

Понятие «гибкость» в отечественной психологии рассматривают в двух аспектах: в качестве личностной характеристики и в качестве личностной особенности умственной деятельности. Некоторые авторы выделяют когнитивную и эмоциональную гибкость/ригидность.

Результаты зарубежных исследований свидетельствуют, что гибкость мышления является психологическим феноменом, который, проявляясь в условиях проблемной ситуации, заставляет субъекта выявлять ранее не анализировавшиеся признаки объекта и, переосмысливая их, решать проблему (Х. Вернер, Дж. Гилфорд, К. Гольдштейн), т.е. это свойство, противостоящее ригидности мышления, стереотипности, шаблонности, формализму, а значит, и соответствующее термину «флексибильность» [69].

Когнитивная гибкость может рассматриваться как способность перестраивать концептуальную картину окружающего мира при восприятии новой информации, которая противоречит устоявшейся картине мира.

Опираясь на концепции постмодернизма, личность нового типа должна быть готова к восприятию, усвоению, обработке и анализу большого объема информации, для чего, по нашему мнению, и необходима когнитивная гибкость, которая предполагает возможность восприятия, осознания новой информации и дальнейшего перестраивания картины мира.

К. Левин и Р. Кэттелл рассматривают гибкость как противоположное ригидности свойство. К. Шайе определяет гибкость как возможность отказа от имеющегося способа действий в пользу другого, более экономного. Л. Хаскелл трактует гибкость как личностную способность приспосабливаться к неожиданным преобразованиям [73].

По мнению Л. М. Митиной, понятие гибкости было введено в российскую психологию Н. А. Менчинской, трактующей гибкость мышления как разумное модифицирование способов действия, проявляющееся в простоте преобразования знаний и переходе их из одного действия к новому действию. По мнению Д. Б. Богоявленской, гибкость мышления предусматривает определение важных составляющих преобразований, вероятность отступления от привычного поведения, нестереотипность поведения, нахождение новых возможностей решения проблем, применения имеющегося прошлого опыта [12]. По мнению А. Н. Лука, люди, имеющие хорошую гибкость мышления, обладают большими возможностями

обнаружения новой идеи в процессе решения практической задачи [88]. Как отмечает Н. А. Менчинская, гибкость выражается в определенном варьировании способов действий [40].

Противоположным понятием когнитивной гибкости является понятие ригидности. Согласно Г.В. Залевскому, психическая ригидность - это свойство и состояние личности, характеризуемое затруднённой перестройкой поведенческих актов, а также затрудненным усвоением нового опыта и переменами установок [28].

Ригидность - одна из базовых характеристик личности человека, влияющая на возникновение и проявление более частных личностных черт. В противоположность ей, гибкость является одним из условий, которое предопределяет возможность успешной адаптации к изменяющимся условиям внешней среды и нахождения человеком решений для широкого диапазона жизненных проблем, приводящих его к их благоприятному разрешению.

Ригидное реагирование как устойчивая личностная характеристика мешает формированию психического гомеостаза в ситуации изменения внешней среды. Это происходит за счёт фиксации человека на поведенческих стратегиях неэффективных в новых реалиях.

Ряд авторов [29, 55, 86] указывают на то, что между ригидностью и гибкостью имеется обратная корреляция, а значит, их можно рассматривать как полюса единого целого. Гибкость при оценке собственных личностных характеристик, деятельности и её результатов, умение переоценить под напором опыта систему своих ценностей, сложившуюся ранее, является одним из важнейших условий психической целостности, успешности и, в целом, психического здоровья человека.

Когнитивная ригидность - неспособность изменить представления об окружающей среде в соответствии с действительными изменениями этой среды. Когнитивная ригидность может проявляться, например, в перцептивной ригидности - нарушении способности адекватно воспринимать объект в изменившейся ситуации.

В психологии фиксирование установки (эффект предшествования, прайминг) является эффектом имплицитной (скрытой) памяти. При нём реакция, возникающая на действие определённого стимула, влияет на реакцию, которая возникает в ответ на последующие стимулы, что может осознаваться или не осознаваться человеком [8].

По сравнению с ситуацией, когда фиксирование установки полностью отсутствует, негативное фиксирование установки приводит к замедлению обработки воздействия стимула, а позитивное - к её ускорению [13].

Другой пример когнитивной ригидности - функциональная фиксированность.

Суть этого психологического феномена, который был открыт и описан Карлом Дункером [70], заключается в том, что, начав использовать какой-либо предмет в одном качестве, субъекту сложно переключиться на использование того же предмета в ином качестве в этой же текущей ситуации.

Когнитивная ригидность проявляется в трудностях перестройки восприятия и представлений в ситуации, которая уже изменилась.

В сознании большинства, проявления ригидности оцениваются негативно. Такая оценка не зависит от того проявляется ли ригидность как личностная особенность конкретного человека, или она возникает лишь в определённой ситуации. В целом ряде случаев этим термином определяют способность человека выполнять однотипную, монотонную работу (операторы автоматических линий, диспетчеры и т.д.) [31].

Когнитивная ригидность является одной из главных причин деструктивности не только индивидуального, но и группового поведения. Её влиянию подвержены группы самых разных размеров. Например, предубеждения, социальные стереотипы, связанные с половыми, межконфессиональными, межнациональными и другими противоречиями становятся причиной многих конфликтов, когда они обретают устойчивость и глобальный характер, обусловленный ригидностью массового сознания [40].

О.М. Ермакова рассматривает аналогичное флексибильности свойство -

гибкость, которое связано со сменой интерпретации свойств объекта, с качественным преобразованием объекта в ситуации решения мыслительной задачи.

«Основу гибкости мышления составляет механизм опосредствования, развитие которого рассматривается как становление знаковой функции сознания» [38]. Сущность подхода Н.Е. Вераксы заключается в понимании гибкости мышления как психологического феномена, с помощью которого субъект может отражать различные свойства объекта, в том числе, и противоречивые, что, в свою очередь, характеризует диалектическое мышление. Активизация диалектической гибкости может осуществляться путем формирования соответствующих структур в процессе специального обучения.

Таким образом, гибкость связана с диалектичностью мышления. Проблема когнитивной гибкости также может быть рассмотрена через понятие «категориальная установка» и подвижность координат субъективного семантического пространства.

Т.Е. Левицкая в своем исследовании показала, что гибкость мышления можно рассматривать не только в качестве компонента креативности, но и в более широком смысле, как важный личностный ресурс, который обеспечивает готовность к адекватному реагированию на новые жизненные ситуации, способствуя сохранению психологического здоровья [38].

Дифференциация типов (на основании методики Лачинза) [84] показала, что в группе «флексибильные» можно выделить подтипы:

- флексибильно-пластичные - при решении задачи, требующей нового способа решения, продолжают решать и другие задачи «этим» новым способом, осознавая его рациональность;

- флексибильно-эластичные – после решения задачи с новыми условиями возвращаются к старому способу. Возникает своеобразная конкуренция способов решения (или установок на разные решения), и все же старый способ спонтанно выходит на первый план.

При исследовании Г.В. Залевский обнаруживает тот факт, что помимо линейно расположенных на континууме «ригидность- гибкость», часть людей обладают особыми характеристиками - промежуточный тип [29]. Действия испытуемых обязало авторов разделить их на три более мелкие группы:

- «гипоригидные»;
- «модификаторы»;
- «субъективисты».

Гипоригидные типы находят иное решение только после нерациональнорешенной задачи с новыми условиями (так называемые «тугодумы»).

Модификаторы решают задачу с новыми условиями правильно, но не простым или прямым способом, а модифицированным привычным способом (предлагаются громоздкие и иррациональные решения).

Испытуемые, возможно, находятся под давлением такого элемента установочного способа решения, как «решать сложным способом» [18].

Субъективисты применяют к решению задачи с новыми условиями способ, который на самом деле не приводит к правильному решению, но они его применяют и записывают требуемый ответ, искренне убежденные, что правильно решили задачу. Налицо иллюзия правильного решения задачи.

Дж. Келли выделяет когнитивно сложных и когнитивно простых людей [40].

Когнитивно сложные люди имеют конструктную систему, содержащую четко дифференцированные конструкты. Они четко отличают себя от других, способны предугадывать действия других и рассматривают по многим категориям.

Когнитивно простой человек имеет конструктивную систему, в которой неясны различия между конструктами. Он затрудняется отличать себя от других, не способен прогнозировать их действия и рассматривает по небольшому числу конструктов.

Исследуя творческое и продуктивное мышление, зарубежные психологи

выделяют гибкость как одну из его причин. В качестве основной меры гибкости мышления выносят такой критерий, как «целесообразное варьирование способов действий». Исследования зарубежных коллег свидетельствуют, что гибкость мышления является таким психологическим исключением, которое выражается в состоянии трудной ситуации, вынуждает субъекта выявлять ранее не реализовавшиеся признаки объекта, решать сложившиеся проблемы.

Когнитивная гибкость определяется как способность человека приспосабливаться к изменяющимся требования ближайшего окружения, распространяющиеся на социальные, академические и эмоциональные сферы жизни (Stange et al.). Когнитивная гибкость позволяет людям преодолевать жизненные проблемы и неожиданные ситуации с большей легкостью, так как позволяет быстрее находить решение проблемы [72].

Деннис и Уол выделили три аспекта когнитивной гибкости: альтернативы общения, готовность адаптироваться к ситуации и самоэффективность в жизни.

Согласно Мартину и Рубину, когнитивная гибкость относится к тому, как человек выбирает, как себя вести. Он состоит из трех концептуальных компонентов: осознания, готовности и самоэффективность. Когнитивно гибкие люди знают об альтернативных поведенческих путях в любой заданной ситуации и они готовы быть гибкими, чтобы приспособиться к ситуации(готовность). Наконец, они обладают самоэффективностью и гибкостью. Когда такие люди сталкиваются с различными дилеммами, они склонны искать альтернативные решения своим проблемам и считают, что стратегии, которые они используют, успешны.

Когнитивная гибкость очень полезна для творческого мышления, потому что помогает человеку избегать жесткого мышления. Другими словами, когнитивно гибкие люди будут рассматривать альтернативные варианты, выборы, когда они решают проблемы. Эта способность приведет их к выбору и участию в творческих процессах при выявлении проблем и их

решении (Isen) [89].

Теории творчества, предложенные Гилфордом и Ранко, упоминают о гибкости творческого мышления. Гилфорд объяснил индивидуальные различия в творчестве, как способности, основанной на следующих факторах: чувствительность к проблемам, беглость мышления, гибкость установок, идейная новизна, способность к синтезу, способность к анализу и способность к оценке. Гибкость (противоположность ригидности) относится к способности рассматривать новые каналы мысли. Касательно гибкости, Гилфорд упоминал дивергентное мышление и преобразования в качестве основных категории в модели структуры интеллекта для творческого мышления. Дивергентное мышление часто требуется для открытых задач (т. е. с несколькими возможными решениями).

Ранко заявил, что творческие люди с большей вероятностью будут гибкими, потому что гибкие люди рассматривают альтернативные варианты и решения при решении проблем. Таким образом, гибкость может сыграть роль, когда люди экспериментируют с альтернативными идеями и новыми вещами (часто нестандартные идеи) для того, чтобы генерировать инициативы по поиску и решению различных проблем [79].

Когнитивная гибкость в основном опирается на два различных типа взаимодействия, а именно взаимодействие различных когнитивных процессов и взаимодействие различных сенсомоторных механизмов, и она полезна для непосредственного решения проблем и получения творческих результатов.

Кроме того, Торранс указывал, что гибкость, способность производить ряд различных категорий, подразумеваемых идеями, является важным фактором в оценке творческого потенциала.

Когнитивная гибкость важна для соединения эмоциональной ясности с регулированием эмоций и уверенностью в собственных намерениях человека. Также было определено, что люди с более высоким уровнем толерантности к стрессу обладают более высокой степенью когнитивной гибкостью и что когнитивно более гибкие люди испытывают меньшие трудности в регуляции

эмоций[83].

Высокая когнитивная гибкость также концептуализируется как способность переключать внимание между несколькими задачами или умственными процессами, желание быть «пластичным» в различных ситуациях [44]. При этом важно, насколько человек готов учитывать обстоятельства и воспринимать варианты работы с определенной ситуацией, какова его эффективность в гибкости, позволяющей «участвовать в целенаправленном и ориентированном на будущее поведении» [76].

Когнитивную гибкость можно измерить различными способами с помощью опросников и опросников и наблюдения за поведением. Опросники измеряют, как люди в целом реагируют на поведенческие реакции.

Наблюдение позволяет исследователям наблюдать за поведением в лаборатории во время выполнения определенных задач.

Опросники строятся на самоотчетах исследуемых о когнитивной гибкости, например когда необходимо оценить тип когнитивной гибкости, необходимый людям для успешного решения неадаптивные тенденции с более адаптивными (Dennis & Wal) [83].

Помимо вопросников, в лаборатории часто используются поведенческие показатели.Существуют различные парадигмы, которые позволяют исследователям наблюдать за интересующим поведением. В таких исследованиях исследователями даются задания на переключение задач, например сортировка карточек. В таких заданиях используются карты стимулов и ответов. Каждая карточка-стимул содержит от одной до четырех фигур или фигур (звезды, кресты, круги, треугольники), отличающиеся по цвету. Каждая карта может быть сопоставлена с ответом карты на основе формы, количества фигур или цвета. В ходе задания участники должны угадать правило соответствия, и правило изменяется в зависимости от указаний экспериментатора или компьютера.

Фигероа и др. использовали другие задания: испытание представлено одно лицо в центре экрана компьютера. Участникам было предложено вести

мысленный подсчет количества лиц, которые они видели, на основе двух категорий: пола и эмоций.

В последние годы технология отслеживания взгляда стала использоваться в сочетании с поведенческими исследованиями[86].

Отслеживание взгляда позволяет исследователям просматривать физиологические функции выбора, такие как движениями глаз, точками фиксации и вниманием во время выполнения участником задания.

Тревога — это нормальная реакция адаптации, которая функционировала на протяжении всего времени, чтобы помочь людям поддерживать жизнь и избегать потенциальных угроз (Park & Moghaddam). Однако, она может выйти из-под контроля и стать неадаптивной. Тревожные расстройства являются наиболее распространенными психическими расстройствами.

Согласно Park & Moghaddam, тревога не только нарушает целенаправленное поведение и когнитивные процессы, но и вызывает отвращение и неприятные чувства, которые побуждать людей избегать потенциальных угроз в их непосредственном окружении[90].

Плохое управление симптомами тревоги может привести к снижению когнитивной гибкости и способности адаптироваться к целенаправленному поведению (Wilson et al.). Дефицит когнитивной гибкости также связан с повышенной тревожностью и беспокойством (Twivy et al). Чем более тревожным или негибким становится человек, тем больше вероятность того, что он или она используют неадаптивные стратегии регулирования эмоций, такие как размышления, для улучшения настроения. Фактически, негибкое познание может быть причиной того, что люди обращаются к неадекватной стратегии регуляции эмоций. Когда человек становится неспособным преодолевать неожиданные жизненные препятствия или приспосабливаться к ситуативных требований, он будет испытывать больше неприятных эмоций (Stange et al.). Например, Холдер и др. изучая сдвиг в отношении эмоциональных и неэмоциональных стимулов и его связи с когнитивной

реструктуризацией у людей с социальной тревожностью, обнаружили, что плохое переключение или настойчивые тенденции во время выполнения задачи предсказывали сниженная способность производить приятные альтернативные мысли негативным чувствам о предстоящее речевое задание[74].

Таким образом, когнитивная гибкость – это один из критериев психологического здоровья, умение под влиянием опыта переоценивать ранее сложившуюся систему ценностей. Это важный личностный ресурс, обеспечивающий готовность к адекватному реагированию на новые жизненные ситуации; освоение стратегий познания и модификаций традиционного способа решения задачи. Когнитивная гибкость связана с эмоциональной сферой личности и снижается при наличии негативных эмоциональных проявлений (тревоги, стресса. депрессии).

1.4 Современные аспекты психологической реабилитации людей с тревожными расстройствами

Терапия тревожных расстройств является одной из наиболее востребованных сфер психотерапии в нашей современной жизни. Это связано с тем, что тревога, страх и нервозность стали постоянными спутниками нашей суетливой жизни и могут оказывать серьезное негативное влияние на наше здоровье и качество жизни в целом.

Тревожное расстройство - это острое или хроническое состояние переживания чрезмерной тревоги, страха и беспокойства, которое может приводить к серьезным проблемам в повседневной жизни, включая социальную изоляцию, препятствия в работе и образовании, проблемы в личных отношениях и т.д.

Важно отметить, что терапия тревожных расстройств может быть продолжительной и интенсивной, и требует постоянного взаимодействия между психотерапевтом и пациентом. Однако, результаты терапии могут быть

весьма значительными, включая уменьшение уровня тревоги и повышение уверенности в себе, что может привести к значительным улучшениям в качестве жизни и общей благополучности.

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в т. ч. панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств. В ряде исследований показана равная эффективность психотерапии и псхофармакотерапии при тревожных расстройствах. В отношении тревожно-фобических расстройств исследования показали приоритетное значение психотерапии по сравнению с фармакотерапией, показывающей меньшую эффективность у этой группы пациентов[64].

Существует несколько различных методов лечения тревожных расстройств, которые могут быть использованы в зависимости от типа расстройства и индивидуальных потребностей пациента. Имеются доказательные исследования в отношении ряда методов психотерапии. Одним из наиболее распространенных методов является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) - психотерапевтический подход, который сосредотачивается на устранении негативных мыслей и поведенческих шаблонов, связанных с тревожным расстройством. Большое количество источников, показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, связано скорее с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определенные техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с паническим расстройством[56].

Для лечения ГТР могут использоваться следующие техники в рамках КПТ.

1 Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций.

Может дополняться экспозицией in vivo для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.

2 Тренировка дыхания. Показана в случае выраженного

гипервентиляционного компонента в структуре тревоги. Тренинг может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке.

3 Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием.

4 Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей).

5 Тренинг, направленный на осознание и преодоление собственной низкой толерантности к неопределенности.

6 Тренинг, направленный на выработку навыков проблемно-решающего поведения[67].

Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а возможно в определенных случаях более эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия. В лечении тревожно-фобических расстройств доказали свою эффективность методы, использующие технологии виртуальной реальности для создания экспозиции и формирования толерантности к фобическим стимулам [].

Противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению:

1) пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;

2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям и очевидной вторичной выгодой от болезни;

3) пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;

4) пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;

5) пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;

6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии

и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью) [66].

При лечении пациентов с тревожными расстройствами применяется краткосрочная психодинамическая психотерапия. Рандомизированные доказательные исследования позволили подтвердить эффективность использования психодинамического подхода в лечении тревожных расстройств, чему способствовало выделение симптоматических мишеней. Это специфическая структурированная форма психоаналитической психотерапии, в фокусе которой находятся панические симптомы и аспекты психодинамики, ассоциированные с проявлениями паники. Лечение направлено на идентификацию значения панических симптомов, привлечение внимания к проявлениям механизмов психологической защиты, которые подавляют осознание отрицаемых, связанных с паникой чувств, конфликтов и фантазий. В качестве основных техник используются прояснение, конфронтация и интерпретация. В терапии выделяются три фазы, которые не обязательно следуют друг за другом и могут иметь различную продолжительность в зависимости от особенностей пациента [4].

Первая фаза направлена на идентификацию специфического содержания и значения панических эпизодов. Проводится анализ анамнеза пациента для выявления специфических уязвимостей, которые могли способствовать манифестации тревожных расстройств, такие как специфические репрезентации родителей, психотравмирующие ситуации, трудности в выражении и регуляции чувств гнева и злости.

Терапевт в нейтральной манере помогает пациенту вербализовать неосознаваемые или трудно толерируемые фантазии и чувства, к примеру, страх быть покинутым или желания мести. Информация используется для формулирования интрапсихического конфликта, связанного с гневом, развитием личной автономии и сексуальностью. Основная цель — редукция

панических симптомов[60].

Вторая фаза направлена на выявление психодинамических компонентов, определяющих уязвимость к манифестации и поддержанию паники. Наиболее частыми являются конфликтные переживания, связанные с признанием и регуляцией чувства гнева, противоречивые переживания, касающиеся зависимости / автономии с проявлениями сепарационной тревоги, а также конфликты, связанные с проявлениями сексуального возбуждения. Особенности динамики этих отношений проявляются как в обсуждении актуальных отношений пациента, так и со значимыми другими в прошлом. В отношениях с терапевтом эти пациенты часто воспроизводят в реакциях переноса свои конфликты, связанные с гневом, сепарацией и независимостью. Лучшее понимание этих конфликтов помогает разорвать порочный круг, связанный с «паникой перед паникой» и снижает уязвимость к паническим симптомам.

Фаза окончания дает возможность проработки конфликтов, связанных с гневом и автономией по мере их проявления в контексте окончания лечения и расставанием. Терапевт помогает пациенту сфокусироваться на переживании и артикуляции чувств, связанных с потерей конкретно с терапевтом. Лучшее осознание и понимание способствует успешной регуляции этих чувств и снижает вероятность развития выраженных панических атак. Способность выражать гнев в социально приемлемой, не вызывающей страх форме является важным достижением терапии. Более высокая ассертивность и способность обсуждать интерперсональные конфликты улучшает психосоциальное функционирование и снижает уязвимость к паническим атакам.

С целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности тревожных и фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков, преодоления ограничительного поведения показано проведение групповой краткосрочной интерперсональной психотерапии — 20 сеансов по 1,5 часа — 5 сеансов

в неделю [53].

Целью этого метода психотерапии являются конструктивные изменения, прежде всего в межличностной сфере. Они достигаются через раскрытие, анализ, осознание и переработку межличностных проблем пациента и коррекцию его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия. В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Вторично наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики.

Задачи психотерапии также фокусируются, в основном, на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект). Использование в лечении больных с тревожными расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данной группы больных — нарастание ограничительного поведения, приводящего к сужению социальных связей, выраженность симптомов социофобического характера, дефицитарность коммуникативной системы и др. Преимущество межличностного подхода заключается в том, что пациент выходит из состояния изоляции, создаются условия для установления контактов с другими людьми, возникает возможность для формирования более адекватной самооценки[52].

Бинауральная терапия, как метод реабилитации тревожных состояний. Суть терапии заключается в том, что вначале проводится электроэнцефалографическая диагностика головного мозга. При этом определяется состояние центральной нервной системы. т.е. с помощью специальной компьютерной программы определяются частотные характеристики правильных доминирующих ритмов головного мозга для

каждого человека. Мозговые ритмы у каждого человека разные, подобно ритмам сердца. После определения частоты мозговых ритмов, и создается коррекционная программа, которая записывается на СД-дисках с фоновой музыкой. В итоге записанные индивидуальные ритмы мозга подаются через наушники ребенку или взрослому. Буквально через 4-5 мин. ребенок так же и взрослый человек начинают расслабляться, так как альфа-ритмы активизируют парасимпатическую нервную систему. Многие испытуемые после 10-15 мин. засыпают. После сеанса через 30-40 мин. они просыпаются, с ощущением словно проспали всю ночь.

Что же происходит с головным мозгом во время коррекции. Доминирующие альфа ритмы затылка начинают резонировать правильные ритмы и через некоторые время патологические и молчащие ритмы начинают принимать импульсы с тех нейронов-пейсмейкеров (их называют ритмоводителями).

Благодаря чему через полчаса активизируются десятки тысяч молчащих нейронов мозга. В последующих сеансах этот процесс продолжается. Коррекцию желательно проводить каждый день перед сном. Это очень удобно. Пациент успокаивается или засыпает крепким сном. Когда человек спит под влиянием своих правильных ритмов у него выделяется антитела и гормоны роста. Через 10 сеансов коррекций поведение детей и взрослых меняется в лучшую сторону, поскольку лобный участок мозга освобождается от патологически медленных волн.

У человека появляется радость, гипоталамус начинает активно вырабатывать гормон радости. Организм сам начинает вырабатывать естественный эндорфин, главное условие для этого - баланс в головном мозге.

Затылочные доли мозга должны работать медленно, а лобные участки быстро. В ходе коррекции восстанавливается межполушарная связь мозга, правое полушарие начинает работать активнее. Человек становится эмоциональным, ведь правое полушарие отвечает за эмоции.

Восстанавливается и улучшается его психосоматика[56].

Телесно-ориентированная терапия (ТОТ) – это форма психотерапии, которая ставит перед собой задачу работать над эмоциональными проблемами, используя доступные телесные ощущения и процессы. Она может быть эффективным способом лечения тревожных расстройств.

Тревожные расстройства – это состояние, при котором человек испытывает сильный страх, тревогу и беспокойство, которые затрудняют ему нормальное функционирование в повседневной жизни. Тревога может проявляться в разных формах – от панических атак до постоянного беспокойства[50].

ТОТ направлена на то, чтобы помочь людям научиться управлять своими эмоциями с помощью телесных ощущений, и наладить более глубокое понимание своих чувств и эмоций. Она включает в себя различные техники дыхания, расслабления, медитации и физических упражнений для снятия напряжения и улучшения самочувствия.

ТОТ также может включать работу с телесными процессами, связанными с тревогой, такими как увеличенное напряжение мышц, повышенное сердцебиение и потливость. Целью этой работы является уменьшение телесных проявлений тревоги и улучшение физических ощущений пациента.

Научные исследования показывают, что ТОТ может быть эффективной формой терапии для лечения тревожных расстройств. Она может помочь пациентам снизить уровень тревоги, улучшить качество сна, улучшить настроение и повысить общее благополучие[47].

Вот несколько техник телесно-ориентированной терапии, которые могут помочь при тревожных расстройствах:

1. Глубокая дыхательная практика

Глубокое дыхание – это отличная техника для регулирования тревоги. При этом важно сосредоточиться на своем дыхании, начинать с медленного и глубокого вдоха через нос, затем задерживать дыхание на несколько секунд и

затем медленно выдыхать через рот.

2. Прогрессивная мышечная релаксация

Прогрессивная мышечная релаксация – это методика, которая включает в себя последовательное напряжение и расслабление мышц тела. Эта техника помогает уменьшить напряжение и расслабиться.

3. Йога

Йога – это прекрасный способ работы с телом, который поможет снизить уровень тревоги и улучшить настроение. Йога также оказывает положительное влияние на физическое и эмоциональное благополучие.

4. Массаж

Массаж – это еще один метод работы с телом, который может помочь уменьшить уровень тревоги. Массаж способствует расслаблению мышц и повышению уровня серотонина, что способствует улучшению настроения.

5. БЕСТ-техника

Быстрая и эффективная Система Тренировки Безопасности – это современный метод психологического воздействия на человека с использованиями техник включения личностно-защитных механизмов для быстрого и эффективного устранения различных тревожных симптомов.

6. Танцевальные терапии

Танцевальные терапии – это методы психотерапии, при которых пациент работает с телом через танцы и движения. Эта техника помогает улучшить эмоциональное и физическое благополучие, а также способствует уменьшению тревожности.

7. Эзотерический массаж

Массаж, который проводят опытные мастера с использованием эзотерических знаний, также может являться эффективным средством борьбы с тревожными расстройствами. Он позволяет улучшить энергетическое состояние пациента, а также помогает ему снизить уровень тревоги[46].

Таким образом, ТОТ представляет собой прогрессивную и эффективную форму терапии для лечения тревожных расстройств. Она направлена на работу

с телесными ощущениями и процессами, что может помочь пациентам лучше понимать и управлять своими эмоциями и повысить качество жизни в целом.

Психотерапия, в особенности если психологические механизмы формирования и поддержания тревожных расстройств играют существенную роль, дает более качественный эффект и более стойкую ремиссию.

Другим методом, который может использоваться в терапии тревожных расстройств, является медикаментозное лечение. Лекарства, такие как антидепрессанты и противотревожные препараты, могут помочь уменьшить уровень тревоги и улучшить настроение, что может помочь пациентам справиться с тревожным расстройством. Однако, важно помнить, что медикаментозное лечение должно применяться только под присмотром врача и в сочетании с психотерапевтическим лечением.

Надо отметить, что в целом псхофармакотерапия дает более быстрое улучшение состояния и требует меньше усилий пациента, временных и экономических затрат, но симптоматика может возобновляться при отмене медикаментов.

В лечении пациентов с тревожными расстройствами рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией для более эффективного и стойкого снижения тревоги, частоты панических атак, интенсивности фобических переживаний, научению релаксации, коррекции иррациональных установок, осознавания глубинных механизмов и противоречий, преодоления ограничительного поведения. Соотношение психофармакотерапии и психотерапии определяется гибко в зависимости от индивидуальных клинических проявлений и психологических характеристик пациента [15].

Таким образом, оптимальным является сочетание психофармакотерпии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств.

Выводы по теоретическому исследованию

1.Медико-психологическая реабилитация является важным и необходимым звеном в системе медико-психологических мероприятий, направленных на оказание помощи и профилактику отдельных психосоматических, клинических, соматических расстройств. Выбор форм и методов медико-психологической помощи определяются преобладанием тех или иных клинических проявлений нервно-психического характера.

Психологический аспект реабилитации тесно примыкает к медицинскому и направлен на коррекцию психического состояния пациента, а также на преодоление отрицательных реакций со стороны психики, возникающих в связи с болезнью. В задачи психологического аспекта входят формирование у больного рационального отношения к болезни, выработка мотивации активного участия в реабилитационном процессе и выполнение реабилитационных мероприятий, преодоление психологического компонента психосоматической патологии и создание условий для психологической адаптации больного к жизненной ситуации.

2. Тревожные расстройства представляют собой группу психических расстройств, характеризующихся чрезвычайно сильным чувством тревоги и страха. Тревога — это беспокойство о будущих событиях, а страх — реакция на происходящее в настоящий момент времени. Эти чувства могут вызвать физические симптомы, такие как учащённое сердцебиение и шаткость. Причиной возникновения тревожных расстройств является сочетание генетических и экологических факторов. Факторы риска включают в себя историю жестокого обращения с детьми, семейную историю психических расстройств и бедность. Тревожные расстройства часто возникают вместе с другими психическими расстройствами, особенно с серьёзными депрессивными расстройствами, расстройствами личности и расстройствами

потребления психоактивных веществ.

3. Когнитивная гибкость - это умение человека адаптироваться к новым обстоятельствам, находить эффективные решения проблем в кризисных ситуациях, проявлять по отношению к новому любознательность, а не враждебность, мыслить творчески. Опри тревожных расстройствах отмечается снижение когнитивной гибкости.

4. Основные современные методы психической реабилитации тревожных расстройств: различные психотерапевтические воздействия (аутогенная тренировка, гипноз и др.), психогигиена и психопрофилактика, физические тренировки, когнитивно-поведенческая терапия, динамическая терапия, телесно-ориентированная терапия, эрготерапия, эстетотерапия, ландшафто-терапия; музыкотерапия, вокалотерапия, арттерапия, биографическая консультация (лечение воспоминаниями) и медикаментозная терапия.

2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ ГИБКОСТИ ЛЮДЕЙ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРОХОДЯЩИХ КУРС МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

2.1 Организация и методы исследования

Цель эмпирического исследования: исследование когнитивной гибкости людей с тревожными расстройствами, проходящих курс медико-психологической реабилитации.

Цель - изучение особенности когнитивных функций людей, проходящих психологическую реабилитацию

ОбЪект - исследование когнитивной гибкости у людей (среднего возраста); современные аспекты исследования когнитивной гибкости

Предмет - когнитивная гибкость у людей, проходящих курс реабилитации (телесно-ориентированная терапия)

Гипотеза исследования: работа с телом улучшает когнитивную составляющую, снижает тревогу и возвращает человека к решению собственных проблем.

Дополнительная гипотеза: увеличение когнитивной гибкости снижает уровень тревоги и увеличивает эффективность психологической реабилитации.

В исследовании приняли участие две группы женщин (40 человек), посещающие медико-психологическую реабилитацию:

- группа 1 женщин (20 человек) – проходящие реабилитацию в амбулаторных условиях. Эти женщины занимались принимали участие в телесно-ориентированной терапии средствами йоги. Занятия проходили на базе студии йоги “Практика”;

- группа 2 женщин (20 человек) - проходящие реабилитацию в амбулаторных условиях. И женщины получали медикаментозное лечение от

врача психиатра и клинического психолога.

Для достижения цели исследования был сформирован пакет диагностических методик, приставлены в таблице 1.

Таблица 1

Обоснование диагностических методик исследования

Название методики	Цель методики
Шкала тревоги Бека	Оценка уровня тревоги
Тест Шульте-Горобова (красно-черные таблицы)	Оценка скорости и переключения внимания
Тест матрица Равена – Шкала прогрессивных матриц	Оценка уровня интеллектуального развития и способности к систематизированной, планомерной, методичной интеллектуальной деятельности (логичность мышления).
Тест «Образование сложных аналогий»	оценка уровня развития логического мышления
Тест Торренса	Оценка гибкости мышления

Представим краткое описание методик:

1.Шкала тревоги Бека.

Тест оценивает уровень тревоги обследуемых. Тест включает 21 вопрос с вариантами ответов.

2.Тест Шульте (красно-черные таблицы)

Тест является одним из самых популярных тестов для оценки скорости переключения внимания. То психологический тест для оценки концентрации внимания и быстрой реакции, который часто применяется в оценке профпригодности. Исследование проводится с помощью специальных бланков, на которых 25 красных и 24 черных числа. Обследуемый должен вначале отыскать черные числа в порядке возрастания, затем красные числа в

убывающем порядке. Третье задание заключается в попеременном поиске черных чисел в возрастающем и красных чисел в убывающем порядке. Основной показатель – время выполнения. Учитывается разница во времени при выполнении серий заданий, количество совершенных ошибок.

3.Тест матрица Равена – Шкала прогрессивных матриц.

Методика была разработана в 1936 году Джоном Равеном. Тест прогрессивные матрицы Равена предназначен для диагностики уровня интеллектуального развития и оценивает способность к систематизированной, планомерной, методичной интеллектуальной деятельности (логичность мышления).

Тест состоит из 60 таблиц (5 серий). В каждой серии таблиц содержатся задания нарастающей трудности. В то же время характерно и усложнение типа заданий от серии к серии. Время прохождения теста ограничено и составляет 20 мин.

4.Тест «Образование сложных аналогий»

Методика позволяет оценить уровень развития логического мышления.

Обследуемому представляется 6 пар логически связанных слов. Затем экспериментатор зачитывает новые пары слов. Нужно соотнести их по смыслу с приведенными парами, и определить их к одной из 6 пар.

Материал: бланк методики (тестовый материал), бланк протокола регистрации ответов.

5.Тест Торренса («Закончи рисунок»).

Тест позволяет оценить творческое мышление. Для выполнения задания обследуемым предлагается лист бумаги и простой карандаш. Участникам исследования необходимо дорисовать предложенные фигуры. Оценка творческого мышления осуществляется по параметрам: беглость, гибкость, оригинальность, разработанность.

Для сравнения результатов исследования был применен статистический критерий Мана-Уитни. Применения данного критерия позволяет сравнить значения тестов двух групп женщин.

2.2 Оценка уровня тревожности в группах и подсчет результатов

Представим результаты исследования тревоги у женщин, проходящих курс медико-психологической реабилитации (рис 1-3).

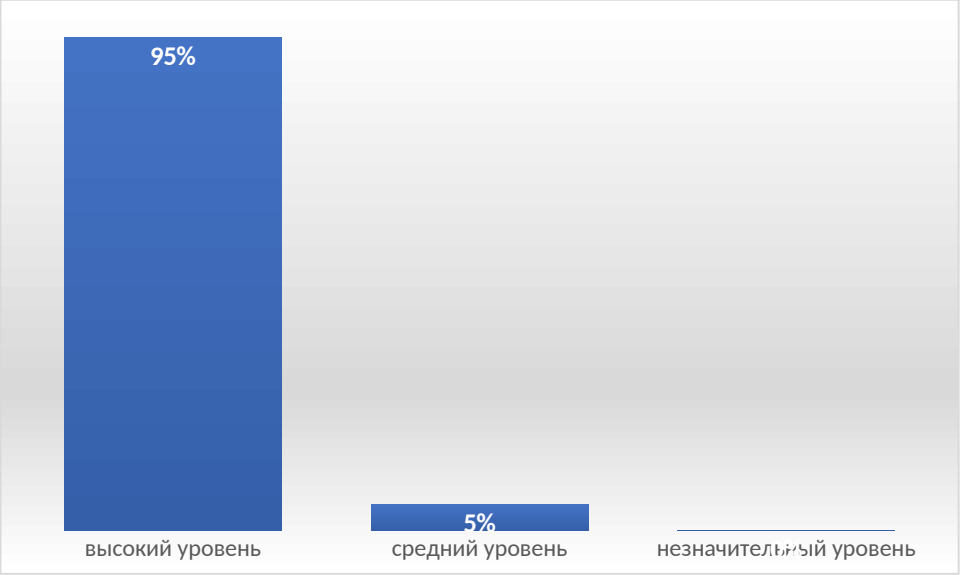


Рис. 1 Уровень тревоги женщин, проходящих амбулаторно курс медико-психологической реабилитации

Согласно данным рисунка 1 видно, что в выборке женщин, проходящих амбулаторно курс медико-психологической реабилитации, у большинства женщин (95%) высокий уровень тревожности. Им свойственны постоянные переживания, беспокойства. У 5% был диагностирован средний уровень тревоги. С низким уровнем тревоги не было выявлено ни одной женщины.

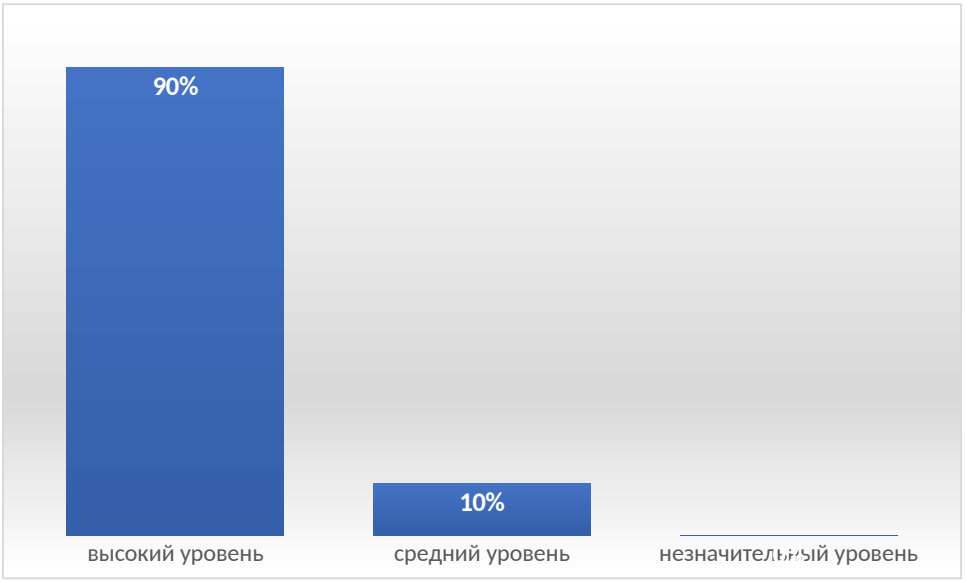


Рис. 2 Уровень тревоги женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации

Согласно данным рисунка 2 видно, что в выборке женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации, выявлен высокий уровень тревожности у большинства женщин (90%). У 10% был диагностирован средний уровень тревоги. С низким уровнем тревоги не было выявлено ни одной женщины.

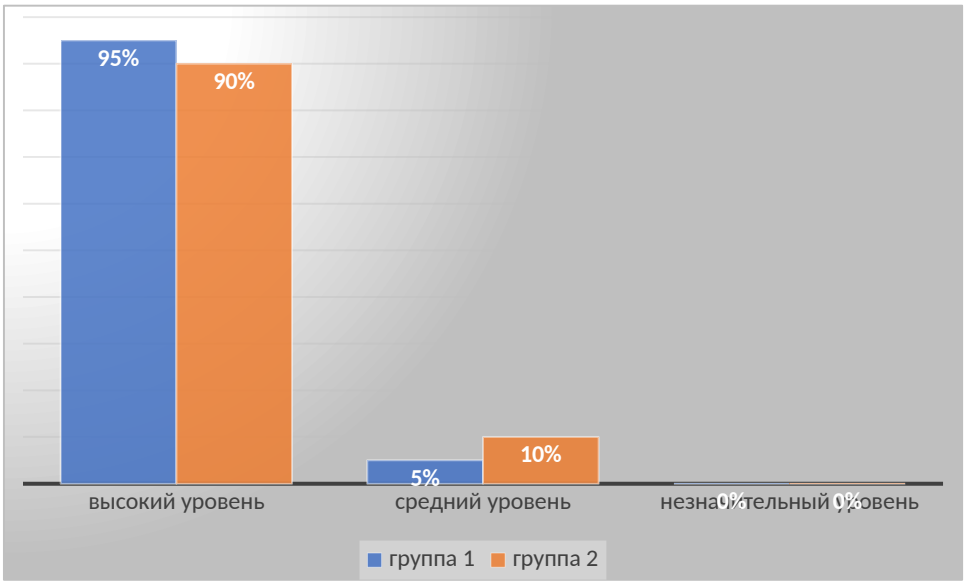


Рис. 3 Сравнение уровня тревоги женщин, проходящих амбулаторно (группа1) и стационарно (группа 2)курс медико-психологической реабилитации

Сравнение уровня тревоги женщин, проходящих амбулаторно и стационарно курс медико-психологической реабилитации, показа, что в обеих группах преобладает высокий уровень тревоги.

2.3 Результаты исследования когнитивной гибкости

Осуществим анализ когнитивной гибкости женщин, проходящих амбулаторно и стационарно курс медико-психологической реабилитации.

Представим результаты исследования по методике Тест Шульте-Горобова (красно-черные таблицы) (рис 4-6).



Рис. 4 Свойства внимания женщин, проходящих амбулаторно курс медико-психологической реабилитации, ср.знач

Анализ данных рисунка 4 показал, что у женщин, проходящих амбулаторно курс медико-психологической реабилитации, средний уровень свойств внимания: распределения, объема, приключения.

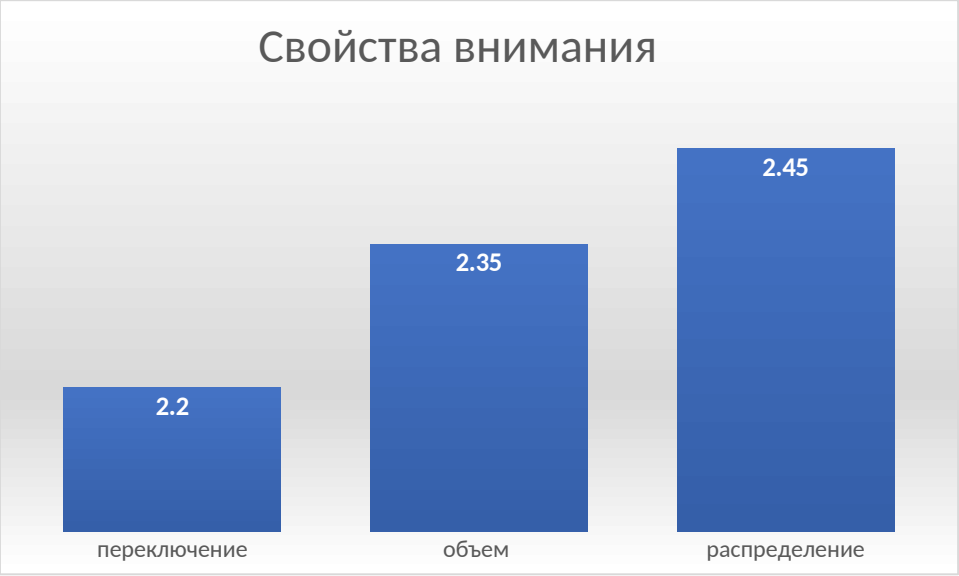


Рис. 5 Свойства внимания женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации, ср.знач

Анализ данных рисунка 5 показал, что у женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации, низкий уровень свойств внимания: распределения, объема, приключения.

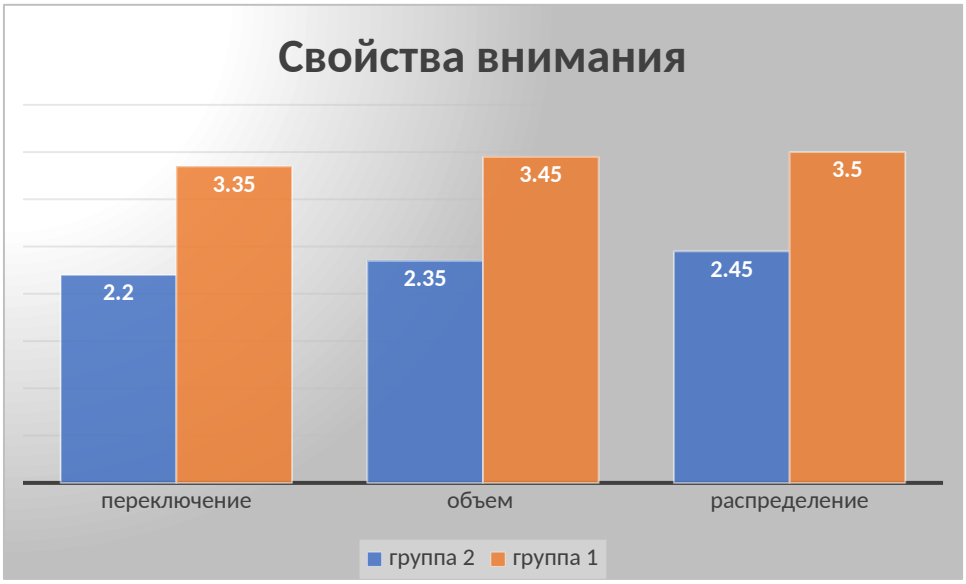


Рис. 6 Сравнение свойств внимания женщин, проходящих амбулаторно (группа1) и стационарно (группа 2)курс медико-психологической реабилитации, ср.знач

Сравнение свойств внимания женщин двух групп, проходящих курс медико-психологической реабилитации, показал, что в выборке женщин,

участвующих в телесно-ориентированной терапии (амбулаторная реабилитация), свойства внимания имеют более высокий показатель.

Далее были проанализированы результаты теста матрица Равена – Шкала прогрессивных матриц (рис 7-9).

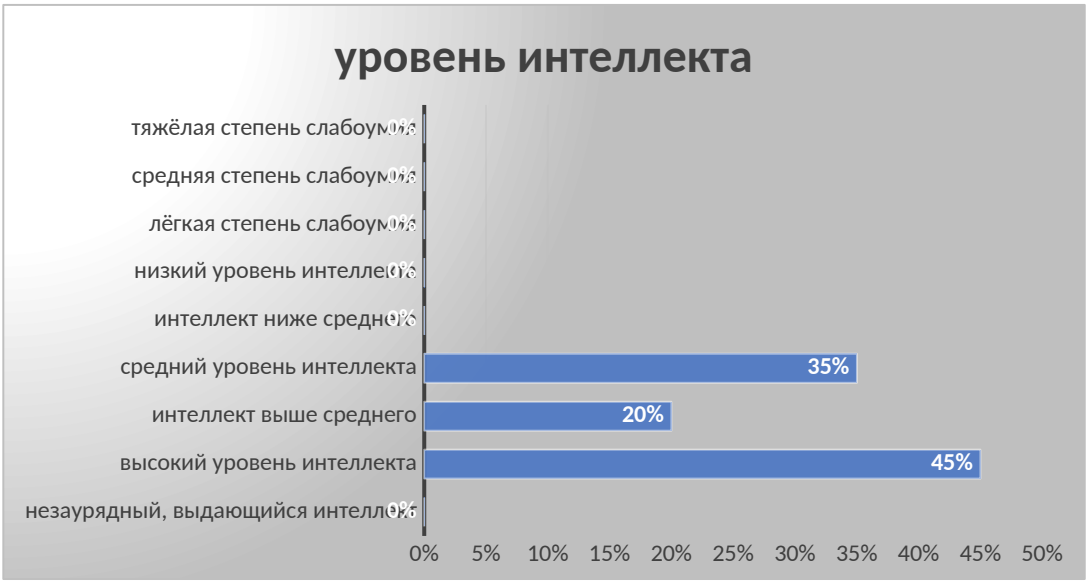


Рис. 7 Уровень интеллекта женщин, проходящих амбулаторно курс медико-психологической реабилитации

Из данных рисунка 7 видим, что в группе женщин, проходящих амбулаторно курс медико-психологической реабилитации, у 45% отмечается высокий уровень интеллекта, у 20% женщин- интеллект выше среднего, у 35% женщин- средний уровень интеллекта.

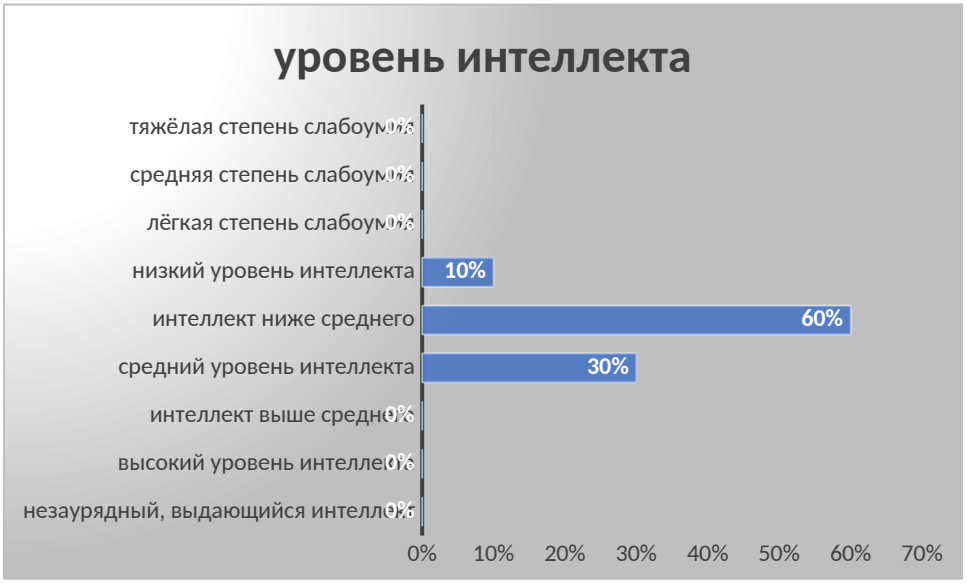


Рис. 8 Уровень интеллекта женщин, проходящих стационарно курс

медико-психологической реабилитации

Из данных рисунка 8 видим, что в группе женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации, у 10% отмечается низкий уровень интеллекта, у 60% женщин- интеллект ниже среднего, у 30% женщин- средний уровень интеллекта.

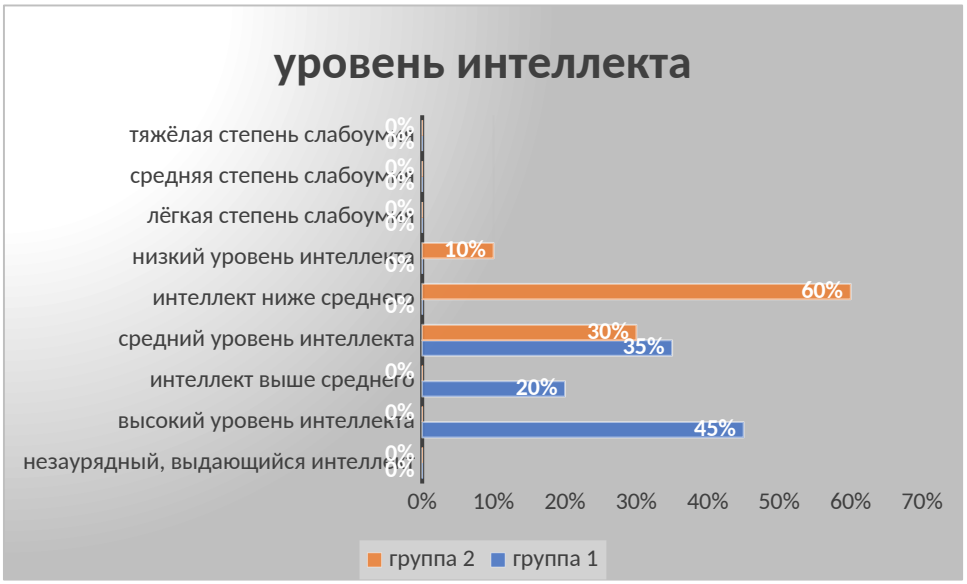


Рис. 9 Сравнение уровня интеллекта женщин, проходящих амбулаторно (группа1) и стационарно (группа 2)курс медико-психологической реабилитации

Сравнение уровня интеллекта внимания женщин, проходящих амбулаторно и стационарно курс медико-психологической реабилитации, показало, что в группе 1 женщин уровень интеллекта выше, чем в группе 2.

Анализ данных по тесту «Образование сложных аналогий» (рис 10).

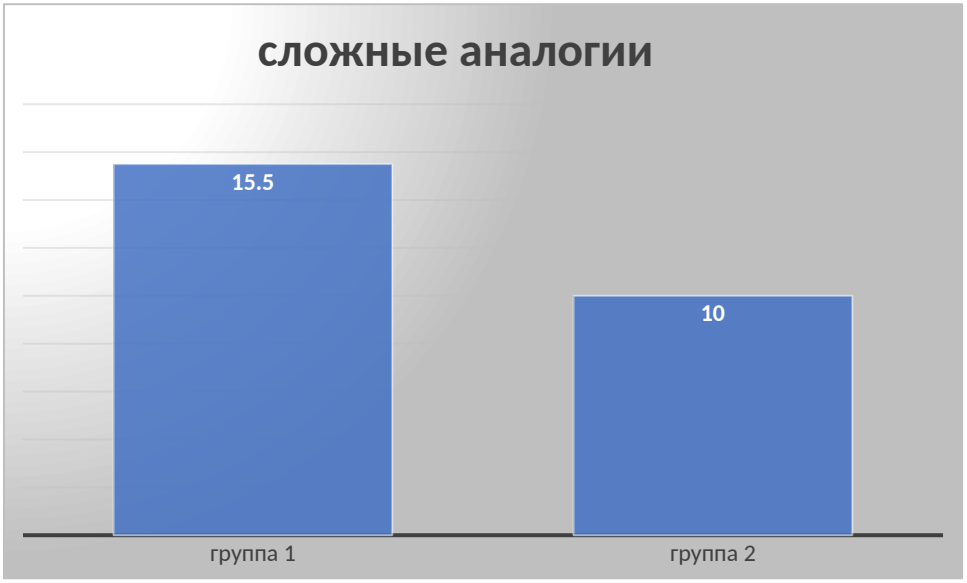


Рис. 10 Сравнение логического мышления женщин, проходящих амбулаторно (группа1) и стационарно (группа 2)курс медико-психологической реабилитации, ср.знач

Из данных рисунка 10 видим, что в группе женщин, проходящих амбулаторно курс медико-психологической реабилитации (группа 1), более высокие средне значения (15,5) по логическому мышлению, чем у женщин, проходящих курс медико-психологической реабилитации стационарно (ср.знач=10).

Результаты исследования по тесту Торренса представлены на рисунках (11-13).

Анализ данных рисунка 11 показал, что в группе женщин, проходящих амбулаторно курс медико-психологической реабилитации, следующие показатели творческого мышления: беглость =7, гибкость =11,9, оригинальность = 13,05, разработанность = 27,35. Показатели по всем параметрам творческого мышления – хороший.

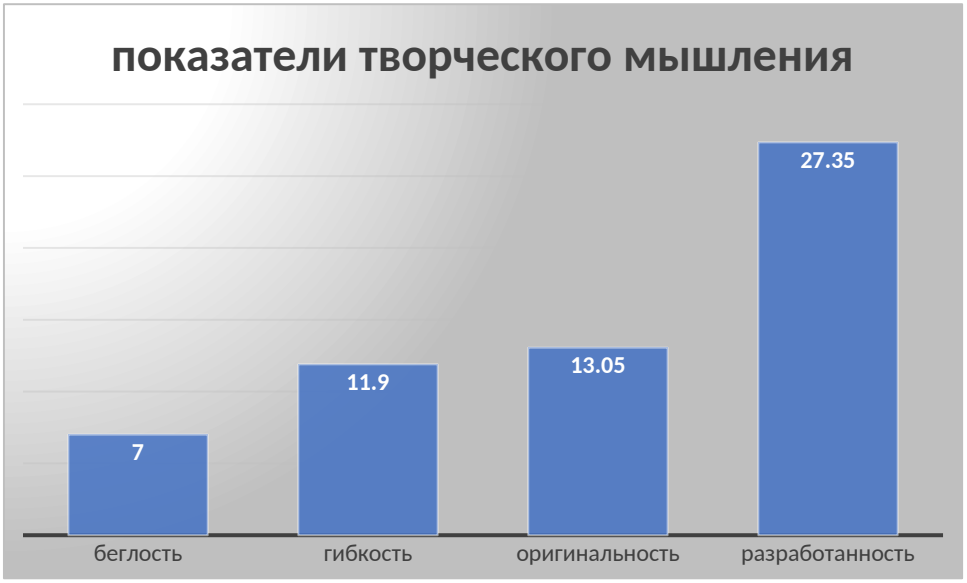


Рис. 11 Уровень творческого мышления женщин, проходящих амбулаторно курс медико-психологической реабилитации, ср.знач



Рис. 12 Уровень творческого мышления женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации, ср.знач

Анализ данных рисунка 12 показал, что в группе женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации, следующие показатели творческого мышления: беглость =3,05, гибкость =6,45, оригинальность = 7,4, разработанность = 21,65. Показатели по всем параметрам творческого мышления – средний.



Рис. 13 Сравнение творческого мышления женщин, проходящих амбулаторно (группа1) и стационарно (группа 2)курс медико-психологической реабилитации, ср.знач

Сравнение творческого мышления женщин, проходящих амбулаторно и стационарно курс медико-психологической реабилитации, позволяет сделать вывод, что в группе женщин 1 более высокие показатели развития творческого мышления.

Для оценки достоверности различий между выборками женщин двух групп был проведен статистический анализ при помощи критерия Манна-Уитни (таблица 2, приложение 1).

Таблица 2

Сравнение показателей когнитивной гибкости женщин, проходящих амбулаторно и стационарно курс медико-психологической реабилитации при помощи критерия Манна-Уитни

Показатели когнитивной гибкости	U	Сумма рангов	
		Группа 1	Группа 2
Тревога	183	393	427
Переключаемость внимания	98,5**	511,5	308,5
Объем внимания	105,5**	504,5	315,5

Распределение внимания	114,5*	495,5	324,5
Уровень интеллекта	52,5**	557,5	262,5
Логическое мышление	42,5**	567,5	252,5
Беглость	19,5**	590,5	229,5
Гибкость	53,5**	556,5	263,5
Оригинальность	46**	564	256
Разработанность	116*	494	326

Уровень значимости p=0,01 U=114, p=0,05 U=138

Согласно значениям, представленным в таблице 2, видим, что существуют значимые различия в когнитивной гибкости у женщин, проходящих амбулаторно и стационарно курс медико-психологической реабилитации:

- у женщин, проходящих амбулаторно стационарно курс медико-психологической реабилитации, более выражены показатели когнитивной гибкости: переключаемость внимания (U=98,5, p=0,01), объем внимания (U=105,5, p=0,01), распределение внимания(U=114,5, p=0,01) т.е. у них лучше развиты свойства внимания, нежели у женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации;

- у женщин, проходящих амбулаторно стационарно курс медико-психологической реабилитации, более выражены показатели когнитивной гибкости: уровень логического мышления (U=42,5, p=0,01), уровень интеллекта (U=52,5, p=0,01), т.е. у них интеллект и логическое мышление лучше развиты, нежели у женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации;

- женщин, проходящих амбулаторно стационарно курс медико-

психологической реабилитации, более выражены все показатели творческого мышления: беглость (U=19,5, p=0,01), гибкость (U=53,5, p=0,01), оригинальность (U=46, p=0,01), распределение (U=116, p=0,05), т.е. у них отмечаются более высокие показатели развития творческого мышления, нежели у женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации.

Таким образом видим, что показатели когнитивной гибкости (свойства внимания, логическое мышление, уровень интеллекта, творческое мышление) имеют более высокие показатели у женщин, проходящих амбулаторно стационарно курс медико-психологической реабилитации.

Выводы по эмпирическому исследованию

Проведенное эмпирическое исследование когнитивной гибкости у женщин проходящих курс медико-психологической реабилитации, позволило сделать следующие выводы:

1.уровень тревоги выражен на высоком уровне у женщин обеих групп, проходящих курс медико-психологической реабилитации.

2. В группе женщин, женщин, проходящих амбулаторно стационарно курс медико-психологической реабилитации, был определен средний уровень свойств внимания: распределения, объема, приключения, высокий уровень интеллекта, высокий уровень логического мышления, хороший уровень творческого мышления.

3. В группе женщин, женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации, был определен низкий уровень свойств внимания: распределения, объема, приключения, уровень интеллекта -ниже среднего, средний уровень логического мышления, средний уровень творческого мышления.

4. Сравнение когнитивной гибкости женщин, проходящих амбулаторно и стационарно курс медико-психологической реабилитации при помощи критерия Мана-Уитни показало, что у женщин, проходящих амбулаторно стационарно курс медико-психологической реабилитации, более выражены показатели когнитивной гибкости: переключаемость внимания, объем внимания, распределение внимания, уровень логического мышления, уровень интеллекта, показатели творческого мышления (беглость, гибкость, оригинальность, распределение).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный теоретический анализ научной литературы и результаты, полученные в ходе исследовательской работы, позволяют сформулировать выводы дипломной работы.

В настоящее время — в период стрессов и перегрузок — распространенность тревожных расстройств в популяции очень велика.

Тревожные расстройства являются важной биомедицинской проблемой в связи с высокой распространенностью, значительным негативным влиянием на качество жизни и течение сопутствующих соматических и неврологических заболеваний. Одним из наиболее активно изучаемых аспектов патологической тревоги являются когнитивные нарушения, что обусловлено взаимоотношениями когнитивных и эмоциональных процессов при аффективных расстройствах. В частности, при тревожных расстройствах выделяют нарушения в сфере внимания и исполнительных функций, памяти, когнитивный дефицит, а также аномальные когнитивные и метакогнитивные установки. При этом лечение тревожных расстройств с помощью наиболее часто применяемых препаратов (антидепрессанты, атипичные нейролептики, антиконвульсанты, транквилизаторы) не приводит к значительному улучшению когнитивных функций, а зачастую и способствует их утяжелению.

На фоне когнитивных нарушений у лиц с тревожными расстройствами отмечается когнитивная ригидность, как тугоподвижность мышления, жесткость когнитивных схем, стереотипия. При решении мыслительных задач ригидность проявляется в привязанности к рутинному способу действия, недостаточной вариабельности реакций, неспособности изменить установку, конкретности мышления.

Необходимость развития когнитивной гибкости лиц с тревожными расстройствами является важной мишенью психотерапии. Так как когнитивная гибкость является важным показателем психического здоровья человека.

Поэтому, проблема изучения когнитивной гибкости и методов ее развития у лиц с тревожными расстройствами в процессе медико-психологической реабилитации является актуальной для рассмотрения.

Медико-психологическая реабилитация строится на постулате первичности психологических факторов в сохранении здоровья, их ведущей роли в развитии психосоматической патологии и возможности восстановления здоровья преимущественно через воздействие на психологическое состояние человека. Исходя из этого, в данной специальности практическая работа проводится с личностью пациента и направлена на формирование здорового образа его жизни. Завершающий этап медико-психологической реабилитации — научно обоснованные индивидуальные рекомендации пациенту относительно характера, объема и интенсивности переносимых психических и физических нагрузок, оптимальных видов деятельности и реальных жизненных целей.

Эмпирическое исследование женщин с тревожными расстройствами. проходящих курс медико-психологической реабилитации, позволило определить специфику когнитивной гибкости.

В группе женщин, женщин, проходящих амбулаторно стационарно курс медико-психологической реабилитации, был определен средний уровень свойств внимания: распределения, объема, приключения, высокий уровень интеллекта, высокий уровень логического мышления, хороший уровень творческого мышления. Отметим, что женщины данной группы проходили курс телесно-ориентированной терапии средствами йоги в течение длительного времени.

В группе женщин, женщин, проходящих стационарно курс медико-психологической реабилитации, был определен низкий уровень свойств внимания: распределения, объема, приключения, уровень интеллекта -ниже среднего, средний уровень логического мышления, средний уровень творческого мышления.

Статистическое равнение когнитивной гибкости женщин, проходящих

амбулаторно и стационарно курс медико-психологической реабилитации выявило наличие значимых различий в когнитивной гибкости между группами женщин. Оказалось, что у женщин, проходящих амбулаторно стационарно курс медико-психологической реабилитации, более выражены показатели когнитивной гибкости: переключаемость внимания, объем внимания, распределение внимания, уровень логического мышления, уровень интеллекта, показатели творческого мышления (беглость, гибкость, оригинальность, распределение).

Полученные данные подтверждают гипотезы о том, что: работа с телом улучшает когнитивную составляющую, снижает тревогу и возвращает человека к решению собственных проблем и что увеличение когнитивной гибкости снижает уровень тревоги и увеличивает эффективность психологической реабилитации.

Таким образом, задачи цель исследования достигнута, задачи решены.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Александровский, Ю.А.* Краткий психиатрический словарь / Ю.А. Александровский [Текст]. - Изд. 2-е. - М: РЛС-2009; 2008. – 230 с.

2. *Александровский, Ю.А.* Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике [Электронный ресурс]: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова – М. : Литтерра, 2014 – 1080 с.

3. *Аухадеев, Э.И.* Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ — новый этап развития реабилитологии / Э.И.Аухадеев [Текст] // Казанский медицинский журнал.—2007.—№ 1, Т.88.—С.5—9.

4. *Аухадеев, Э.И.* Новый этап в методологическом развитии восстановительного лечения, медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов [Текст] / Э.И.Аухадеев // Вертеброневрология.—2006.—Т. 13, № 1.—2.—С.32—37.

5. *Белова, А.Н.* Нейрореабилитация [Текст]/ А.Н.Белова // Руководство для врачей.—М.: Антидор, 2002.—736 с.

6. *Белова, А.Н.* Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации [Текст]/ А.Н.Белова, О.Н.Щепетова.—М.: Анти-дор, 2002.—440 с.

7. *Боголюбов, В.М.* Медицинская реабилитация (руководство): в 3 т. / В.М.Боголюбов; под ред. В.М.Боголюбова.—М., 2007.

8. *Белевский, А.С.* Реабилитация в пульмонологии [Текст] / А.С. Белевский. - Consilium Medicum 2006; 10: 80—82.

9. *Березин, Ф. Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека [Текст] / Ф. Б. Березин – Л., 1988. – 272 с.

10. *Блейхер, В.М.* Клиническая патопсихология [Текст]/ В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК». - 2002. - с.

512.

11. *Бобров, А.Е.* Клинические, личностные и когнитивно-стилевые особенности больных с тревожными расстройствами [Текст]/ А. Е.Бобров, Е. В. Файзрахманова // Российский психиатрический журнал. – 2017 – № 5 – С. 50–58.

12. *Богоявленская, Д. Б*. Интеллектуальная активность как проблема творчества[Текст] / Д. Б. Богоявленская. – Ростов н/Д. : Изд-во Ростовского университета, 1983. – 176 с.

13. *Бызова, В.М.* Гибкость мышления как когнитивный ресурс психологического здоровья молодежи [Текст] / В.М. Бызова, Е.И. Перикова // Здоровье - основа человеческого потенциала: Проблемы и пути их решения. - 2015. - №1. - С. 182-188.

14. *Боголепова, А. Н.* Современные подходы к терапии тревожных расстройств у пациентов пожилого возраста [Текст] / А. Н. Боголепова, Е. А. Коваленко, Е. В. Махнович // Медицинский совет. – 2017.– № 5 – С. 60–64.

15. *Вельтищев, Д. Ю.* Генерализованное тревожное расстройство: проблемы диагностики, прогноза и психофармакотерапии [Текст] / Д. Ю. Вельтищев, А. С. Марченко // Современная терапия психических расстройств. – 2013 – № 1.– С. 17–23.

16. *Вознесенская, Т.Г.* Генерализованное тревожное расстройство: дифференциальный. Диагноз и лечение [Текст] / Т. Г. Вознесенская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013 – № 2 – С. 18–22.

17. *Воробьева, О.В.* Пути повышения эффективности терапии тревожных расстройств в клинике нервных болезней [Текст] / О. В. Воробьева // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2016 – № 1 – С. 34–39.

18. *Волель, Б.А.* Когнитивные нарушения при тревожных расстройствах / Б. А. Волель, Д. С. Петелин, Р. В. Ахапкин, А. А. Малютина [Текст] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018 – Т. 10, № 1 – С. 78–82.

19. *Гордыня, Н.Д.* Исследование ригидности-гибкости познавательного контроля и импульсивности-рефлективности у студентов-авиадиспетчеров [Текст] / Н.Д. Гордыня // «Молодой ученый». - 2013. - №5. - с. 634-638.

20. *Дудко, Т.Н.* Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) [Текст] / Т.Н. Дудко // Психиатр и психофармакотерапия. - 2007. - №1. – С.26—31.

21. Долецкий, А.А. др. Психологическая реабилитация кардиологических больных [Текст] / А.А. Долецкий, А.В. Свет// Кардиол серд-сосуд хирургия.- 2011. - № 1. – С. 31—36.

22. *Давыдкин, Н.Ф.* Реабилитация: современное определение. В кн.: Медицинская терминология и гуманитарные аспекты образования в медицинском вузе [Текст] / Н.Ф. Давыдкин, И.В. Куницын. - Самара: СамГМУ, 1998. – С. 65—68.

23. *Еремина, Н.В.* О становлении концептуальной структуры термина «реабилитация» [Текст] / Н.В. Еремина, Е.В. Бекишева, О.М. Рылкина // Рос оториноларингология. - 2003. – С. 35—38.

24. *Епифанов, В.А.* Медицинская реабилитация: руководство для врачей [Текст] / В.А.Епифанов.—М.: МЕДпресс-ин-форм, 2005.—328 с.

25. *Ермолаев, О. Ю.* Математическая статистика для психологов. Учебник [Текст] / О. Ю. Ермолаев – 7-е изд., стереотипное. – М: Флинт, 2014. – 336 с. – (Библиотека психолога).

26. *Зайцев, В.П.* Психологическая реабилитация больных [Текст] / В.П.Зайцев // Медицинская реабилитация: руководство / под ред. В.М.Боголюбова.—М., 2007.—Т.1.—С.531—568.

27. *Зайцев, В.П. и др*. Влияние интенсивных физических тренировок на психическое состояние больных, перенесших инфаркт миокарда[Текст] / В.П. Зайцев, Д.М. Аронов, Н.А. Белая // Тер арх 1975. – С. 59—64.

28. *Залевский, Г.В.* Томский опросник ригидности Г. В. Залевского [Текст] / Г.В. Залевский // Сибирский психологический журнал. - 2000. - №12.

- С. 129-137.

29. *Залевский, Г.В.* Психическая ригидность в норме и патологии [Текст] / Г.В. Залевский. – Томск: Издательство Томского университета. - 1993. – с. 272.

30. *Залуцкая, Н. М.* Генерализованное тревожное расстройство: современные теоретические модели и подходы к диагностике и к терапии. [Текст] Часть 3 / Н. М Залуцкая //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015 – № 1 – С.45-48.

31. *Зейгарник, Б. В.* Патология мышления [Текст] / Б.В. Зейгарник. – М., 2000. – с. 459.

32. *Кабанов, М.М.* Некоторые методологические и методические вопросы реабилитации больных. [Текст] В кн.: Кабанов М.М., Тонконогий И.М. (ред.) Актуальные вопросы медицинской психологии. - Л: ЛНИПИ, 1974. – С. 26—40.

33. *Кокоева, Р.Т.* Основы психологической реабилитации: учебно-методическое пособие [Текст] / Р.Т. Кокоева. – Ульяновск: Издательство «Зебра», 2020 – 40 с.

34. *Караваева, Т.А.* Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) [Текст] / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полторак // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016 – № 4 – С. 42–51.

35. *Караваева, Т.А.* Холистическая диагностика пограничных психических расстройств [Текст] / Т. А. Караваева, А. П. Коцюбинский. – Санкт-Петербург: Спецлит, 2017 – 340 с.

36. *Клячкин, Л.М.* Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: руководство для врачей [Текст] / Л.М.Клячкин, А.М.Щегольков.—М.: Медицина, 2000.—325 с.

37. *Кувшинова, В. А.* Феномен тревоги [Текст] / В.А. Кувшинова / Научный форум: педагогика и психология - сб. ст. по материалам LI междунар.

науч.-практ. конф. – № 6(51). – М.: Изд. «МЦНО», 2021. – 36-46 с.

38. *Левицкая, Т.Е.* К проблеме творческого мышления учащихся [Текст] / Т.Е. Левицкая, С.А. Богомаз, Г.В. Залевский // Сибирский психологический журнал. 2000. Вып. 12. С. 54-59.

39. *Левин, О.С.* Генерализованное тревожное расстройство: диагностика, коморбидность и лечение [Текст] / О. С. Левин // Современная терапия в психиатрии и неврологии. –2016. – № 2 – С. 4–10.

40. *Менчинская, Н. А.* Мышление в процессе обучения [Текст] / Под ред. Е. В. Шороховой. – М. : Наука, 1996.

41. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности [Текст].— М., 1994.—108 с.

42. *Мосолов, С.Н.* Алгоритм биологической тревожного расстройства [Текст] / С. Н.Мосолов, П. В. Алфимов // Современная терапия психических расстройств. – 2015 – № 2 – С. 24–28.

43. *Незнанов, Н. Г.* Особенности диагностики генерализованного тревожного расстройства российскими психиатрами: результаты исследования с использованием оценки кратких клинических описаний [Текст] /Н. Г. Незнанов, И. А.Мартынихин, С.Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. – 2018 – № 4 – С. 51–59.

44. *Нижарадзе, Г.А.* О двух типах ригидности при решении интеллектуальных задач [Текст] / Г.А. Нижарадзе // Вопросы психологии. - 1987. - №3. - с. 142.

45. Основы реабилитации: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» [Текст] / сост. А.А. Соловьева; СанктПетербург: Лань, 2022. – 314 с.

46. *Павличенко, А. В.* Научно обоснованная психофармакотерапия генерализованного тревожного расстройства [Текст] / А. В. Павличенко // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2015 – Т. 17, № 1 – С. 61–66.

47. *Пахомова, И.В.* и др. Эффективность аутогенной тренировки в

восстановительном лечении больных синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров[Текст] / И.В. Пахомова, Т.А. Айвазян, В.П. Зайцев // Вопр курортол физиотер ЛФК, 2008. -№ 1. – С. 24—27.

48. *Прихожан, А. М.* Формы и «маски» тревожности. Влияние тревожности на деятельность и развитие личности [Текст] / А.М. Прихожан // Тревога и тревожность: хрестоматия / сост. В.М. Астапов – СПб, 2008. – 138-150 с

49. *Перминас, А.* и др. Эффективность ранней психологической реабилитации госпитализированных больных ишемической болезнью сердца [Текст] / А. Перминас, Н. Аусманене, А. Гоштаутас // Кардиология 2004; 7: 35—39.

50. Принципы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических 60 расстройств): методические рекомендации [Текст] / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Т.А. Караваева, А.В. Васильева, С.В. Полторак, Е.Б. Мизинова. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – С. 13-17.

51. *Ролло, М.* Смысл тревоги [Текст] / М. Ролло; пер. М. И. Завалова, А. Ю. Сибурина – М.: Независимая фирма "Класс", 2001. – 384 с.

52. *Ромасенко, Л.В.* Генерализованное тревожное расстройство у пациентов медицинской практики: клиника, лечение [Текст] / Л. В. Ромасенко, Ю. Александровский, В. М. Махов и др. // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2015 – № 3 – С. 56–59.

53. *Саякин, В. Ю.* Специфика когнитивно-бихевиорального подхода к проблеме генерализованного тревожного расстройства [Текст] / В. Ю. Саякин // Высшее образование сегодня. – 2018 – № 6 – С. 55–57.

54. Сборник психологических тестов. Часть II: Пособие [Текст] / Сост. Е.Е.Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2006 – 146 с.

55. *Солдатова, Г.У.* Цифровая социализация в культурно-исторической парадигме: изменяющийся ребенок в изменяющемся мире

[Текст] / Г.У. Солдатова // Социальная психология и общество. - 2018. – Т. 9 - №3. - С. 71-80.

56. *Соловьева, С. Л.* Психотерапия: новейший справочник практического психолога [Текст] / сост. С. Л. Соловьева – М: АСТ, 2009. – 704 с.

57. *Сорокин, Г.Г.* Интеграция в интернет-сообщество в третьем возрасте [Текст] / Г.Г Сорокин //Третий возраст: старшее поколение в современной информационной среде: Труды Всероссийской междисциплинарной научной конференции (Москва, Россия, 30 января.) – 2008. – С. 150.

58. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации [Текст] / под ред. М.В.Коробова, В.Г.Помникова.— 2-е изд., испр. и доп.— СПб.: Гиппократ, 2005.—856 с.

59. Физическая реабилитация: учебник для академий и ин-тов физ. культуры[Текст]/ С.Н.Попов, Н.М. Валеев, Л.С.Захаро-ва [и др.]; под общ. ред. С.Н.Попова.—Ростов н/Д.: Феникс, 1999.—604 с.

60. *Холмогорова, А.Б.* Когнитивно-бихевиоральные модели и методы лечения генерализованного тревожного расстройства [Текст] / А. Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. – 2014.– № 1 – С. 19–24.

61. *Шавловская, О.А.* Коррекция тревожных нарушений: фокус на коморбидного пациента [Текст] / О. А. Шавловская, С. Л. Кузнецов // Терапевтический архив. – 2018 – № 4 – С.68-73.

62. *Шхвацабая, И.К.* Реабилитация больных ишемической болезнью сердца [Текст]/ И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. - М: Медицина 1978.

63. *Щекалов, И. А.* Лекции по философии [Электронный ресурс] [Текст] / И. А. Щекалов. – Режим доступа: http://www.gumfak.ru/filos_html/lecture/content.shtml

64. *Юнусов, Ф.А.* Организация медико-социальной реабилитации за

рубежом [Текст] / Ф.А.Юнусов, В.Гайгер, Э.Микус.— М.: Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2004.—310 с.

65. *Юрьева, Р.Г.* Аспекты совершенствования системы медикосоциальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями в Санкт-Петербурге [Текст] / Р.Г. Юрьева // Детская подростков реабилитация. - 2010. - № 1. – С. 45—49.

66. *Юрданов, В.С.* Метод аутогенной тренировки у больных инфарктом миокарда. В кн.: Методические рекомендации по комплексной поэтапной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, в условиях стационара, санатория и поликлиники[Текст] / В.С. Юрданов. - М: Медицина 2007. – С. 64—66.

67. *Языкова, Т.А.* Поведение типа А: проблемы изучения и психологической коррекции [Текст]/ Т.А. Языкова, В.П. Зайцев // Психол журнал. – 1990. -№ 5. -С. 56—59.

68. *Ялтонский, В.М.* Психология совладающего поведения: развитие, достижения, проблемы и перспективы [Текст] В кн: Журавлев А.Л., Крюкова Т.Л., Сергиенко Е.А. Совладающее поведение. - М: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. -С. 21—54.

69. *Яшин, А.А.* Когнитивная ригидность как фактор недостаточной успешности [Текст] / А.А. Яшин // Психология и Психотехника. – 2015. – № 11. – С. 1146 - 1157.

70. Guiryb E., Conroy R. M., Hickey N. et al. Psychological Response to an Acute Coronary Event and Its Effect on Subsequent Rehabilitation and Lifestyle Change. Clin Cardiol 1987; 10: 256—260.

71. Oldervoll L.M., Kaasa S., Hjermstad M.J. et al. Physical exercise results in the improved subjective well-being of a few or is effective rehabilitation for all cancer patients? Eur J Cancer 2004; 40 (7): 951—962.

72. Ades Ph.A. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. N Engl J Med 2001; 345: 892—902.

73. Daly J., Sindone A. P., Thompson D. R. et al. Barriers to Participation

in and Adherence to Cardiac Rehabilitation Programs: A Critical Literature Review. Progr Cardiovasc Nurs 2002; 17 (1): 8—17.

74. Boersma K., Linton S.J. Screening to Identify Patients at Risk: Profiles of Psychological Risk Factors for Early Intervention. Clin J Pain 2005; 21 (1): 38—43.

75. McGrady A., McGinnis R., Badenhop D. et al. Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation. J Cardiopulm Rehab Prev 2009; 29 (6): 358—364

76. Kennedy P., Lude P., Elfström M.L., Smithson E.F. Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. Arch Phys Med Rehab 2011; 92 (4): 597—602.

77. Kugler J., Seelbach H., Krüskemper G.M. Effects of rehabilitation exercise programmes on anxiety and depression in coronary patients: A meta-analysis. Br J Clin Psychol 1994; 33 (3): 401—410.

78. Halford W.K., Hayes R. Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation. Clin Psychol Rev 1991; 11 (1): 23—44. .

79. Wang J.P., Wang Z.F., Ye X.M., Guo S.Y. The psychological characteristics and rehabilitation of enterostomized patients. World J Gastroenterol 2000; 6 (Suppl 3): 34.

80. Chen H., Jiang Ch., Li Ya.-h. et al. Study on effects of coping modes on psychological rehabilitation of cancer patients. Chin J Clin Oncol Rehab 2003; (1). Доступно на: http://en.cnki.com. cn/Article_en/CJFDTotal-ZGZK200301042.htm

81. Visser-Meily A., Post M., Gorter J.W. et al. Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. Disabil Rehab 2006; 28 (24): 1557—1561.

82. Merckaert I., Libert Y., Messin S. et al. Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. Psycho-Oncol 2010; 19: 141—149.

83. Mohtaa M., Sethia A.K., Tyagia A. et al. Psychol Care Trauma Patients. Injury 2003; 34 (1): 17—25. 33. Nguyen T. J., Thaller S. Psychological Rehabilitation of Pediatric Burn Patients. J Craniofac Surg 2008; 19 (4): 882—887.

84. Cuijpers P. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis / P. Cuijpers, M. Sijbrandij, S. L. Koole et al. // World Psychiatry. – 2014 – Vol. 13(1). – P. 56–67. – DOI: 10.1002/wps.20089

85. Turk C. L. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder / C. L.Turk, R. G. Heimberg, J. A. Luterek et al. // Cognitive Therapy and Research. – 2005 – Vol. 29 (1). – P. 89–106. – DOI: 10.1007/s10608-005-1651-1

86. Montero-Marin J. Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis / J.Montero-Marin J., Garcia- Campayo, A. López-Montoyo et al. // Psychol.Med. – 2018 – Vol. 48(9). – P. 1427–1436.

87. Khoury B. Mindfulness-based therapy: a com-prehensive meta-analysis / B. Khoury, T. Lecomte, G. Fortin et al. // Clin. Psychol. Rev. – 2013 – Vol. 33(6). P 763–771.

88. Van Dixhoorn J., White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2005; (12): 193—202.

89. Frizelle D.J., Lewin R.J.P., Kaye, G. et al. Cognitive-behavioural rehabilitation programme for patients with an implanted cardioverter defibrillator: A pilot study. Br J Health Psychol 2006; 9 (3): 381—392.

90. Lewin R.J., Coulton S., Frizelle D.J. et al. A brief cognitive behavioural preimplantation and rehabilitation programme for patients receiving an implantable cardioverter-defibrillator improves physical health and reduces psychological morbidity and unplanned readmissions. Heart 2009; 95: 63—69.

91. Rees K., Bennett P., West R. et al. Psychological interventions for

coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004; Issue 2. Art No: CD002902. DOI: 10.1002/14651858. CD002920.pub2.

92. Roder V., Mueller D.R., Mueser K.T., Brenner H.D. Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? Schizophr Bull 2006; 32 (1): 81—93.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

тревога

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	51	28.5	47	20.5
2	49	25.5	45	17
3	56	35	39	8.5
4	60	39	47	20.5
5	23	1	52	30
6	43	13.5	38	7
7	47	20.5	24	2
8	36	5.5	55	32
9	29	3	46	18
10	47	20.5	43	13.5
11	44	16	48	23.5
12	56	35	36	5.5
13	58	37	43	13.5
14	43	13.5	55	32
15	40	10	51	28.5
16	39	8.5	49	25.5
17	35	4	56	35
18	41	11	60	39
19	50	27	48	23.5
20	60	39	55	32
Суммы:		393		427

Результат: $U_{Эмп}$ = 183

Критические значения

$U_{Кр}$

p≤0.01	p≤0.05
114	**138**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(183) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

переключение

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	4	32	1	4.5
2	3	23.5	2	13.5
3	2	13.5	3	23.5
4	3	23.5	4	32
5	3	23.5	2	13.5
6	4	32	3	23.5
7	5	38	4	32
8	5	38	5	38
9	4	32	1	4.5
10	5	38	1	4.5
11	3	23.5	2	13.5
12	4	32	1	4.5
13	2	13.5	2	13.5
14	3	23.5	1	4.5
15	4	32	3	23.5
16	2	13.5	1	4.5
17	3	23.5	2	13.5
18	5	38	1	4.5
19	2	13.5	2	13.5
20	1	4.5	3	23.5
Суммы:		511.5		308.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 98.5

Критические значения

$U_{Кр}$

p≤0.01	p≤0.05
114	**138**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(98.5) находится в зоне значимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

(объем)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	1	4	1	4
2	2	12	3	22
3	4	31	2	12
4	3	22	3	22
5	5	37.5	2	12
6	4	31	1	4
7	5	37.5	4	31
8	2	12	3	22
9	3	22	2	12
10	4	31	4	31
11	5	37.5	5	37.5
12	2	12	1	4
13	3	22	1	4
14	4	31	3	22
15	5	37.5	2	12
16	3	22	3	22
17	4	31	1	4
18	3	22	1	4
19	5	37.5	2	12
20	2	12	3	22
Суммы:		504.5		315.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 105.5

Критические значения

$U_{Кр}$

p≤0.01	p≤0.05
114	**138**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(105.5) находится в зоне значимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

(распределение)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	3	21.5	2	12
2	5	36.5	3	21.5
3	2	12	4	29.5
4	3	21.5	1	4
5	4	29.5	1	4
6	1	4	2	12
7	2	12	1	4
8	5	36.5	3	21.5
9	3	21.5	4	29.5
10	5	36.5	5	36.5
11	5	36.5	2	12
12	5	36.5	3	21.5
13	5	36.5	4	29.5
14	4	29.5	1	4
15	3	21.5	2	12
16	2	12	3	21.5
17	1	4	2	12
18	3	21.5	3	21.5
19	4	29.5	2	12
20	5	36.5	1	4
Суммы:		495.5		324.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 114.5

Критические значения

$U_{Кр}$

p≤0.01	p≤0.05
114	**138**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(114.5) находится в зоне неопределенности.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

(уровень интеллекта)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	110	30	89	14.5
2	123	33	81	4.5
3	134	39	80	3
4	124	35.5	79	2
5	115	31	91	19
6	104	29	89	14.5
7	96	23	77	1
8	88	11	89	14.5
9	123	33	90	18
10	132	38	93	20
11	89	14.5	94	21.5
12	83	6.5	83	6.5
13	125	37	84	9
14	101	28	84	9
15	97	24.5	97	24.5
16	89	14.5	100	27
17	94	21.5	99	26
18	123	33	89	14.5
19	140	40	84	9
20	124	35.5	81	4.5
Суммы:		557.5		262.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 52.5

Критические значения

$U_{Кр}$

p≤0.01	p≤0.05
114	**138**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(52.5) находится в зоне значимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

(логическое мышление)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	16	33	11	14
2	17	35	7	4
3	18	37	8	7
4	11	14	15	28.5
5	15	28.5	9	9.5
6	13	21	6	2
7	19	39.5	7	4
8	18	37	8	7
9	15	28.5	11	14
10	11	14	15	28.5
11	15	28.5	14	24
12	16	33	11	14
13	18	37	13	21
14	19	39.5	9	9.5
15	12	18.5	8	7
16	14	24	5	1
17	16	33	7	4
18	11	14	11	14
19	14	24	13	21
20	15	28.5	12	18.5
Суммы:		567.5		252.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 42.5

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
114	**138**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(42.5) находится в зоне значимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

(беглость)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	7	30	4	17.5
2	6	25.5	5	21.5
3	7	30	6	25.5
4	8	34.5	3	11.5
5	9	37.5	4	17.5
6	5	21.5	5	21.5
7	6	25.5	2	5
8	7	30	3	11.5
9	10	39.5	3	11.5
10	8	34.5	2	5
11	7	30	3	11.5
12	8	34.5	1	1.5
13	9	37.5	3	11.5
14	10	39.5	2	5
15	8	34.5	4	17.5
16	4	17.5	2	5
17	3	11.5	3	11.5
18	5	21.5	1	1.5
19	6	25.5	2	5
20	7	30	3	11.5
Суммы:		590.5		229.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 19.5

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
114	**138**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(19.5) находится в зоне значимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

(гибкость)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	10	21	4	7.5
2	14	33	6	12.5
3	3	4.5	3	4.5
4	13	30.5	6	12.5
5	1	1	9	18.5
6	11	25	11	25
7	15	36.5	4	7.5
8	11	25	5	9.5
9	16	39.5	6	12.5
10	15	36.5	3	4.5
11	14	33	8	16.5
12	12	28.5	9	18.5
13	12	28.5	10	21
14	10	21	14	33
15	15	36.5	5	9.5
16	15	36.5	6	12.5
17	11	25	7	15
18	13	30.5	8	16.5
19	11	25	2	2
20	16	39.5	3	4.5
Суммы:		556.5		263.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 53.5

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
114	**138**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(53.5) находится в зоне значимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

(оригинальность)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	14	31.5	12	25
2	15	35.5	5	7
3	17	38	7	11.5
4	15	35.5	8	13.5
5	18	39.5	10	19
6	15	35.5	11	21.5
7	13	28.5	15	35.5
8	14	31.5	2	1
9	18	39.5	12	25
10	12	25	5	7
11	13	28.5	4	3
12	10	19	7	11.5
13	11	21.5	8	13.5
14	14	31.5	9	16
15	12	25	9	16
16	14	31.5	4	3
17	12	25	5	7
18	10	19	6	10
19	9	16	4	3
20	5	7	5	7
Суммы:		564		256

Результат: $U_{Эмп}$ = 46

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
114	**138**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(46) находится в зоне значимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

(разработанность)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	21	13	14	3.5
2	23	18.5	25	24
3	24	21.5	14	3.5
4	15	6.5	22	15.5
5	26	27	26	27
6	33	33.5	16	8.5
7	24	21.5	14	3.5
8	13	1	18	11
9	14	3.5	21	13
10	41	39	22	15.5
11	23	18.5	25	24
12	25	24	15	6.5
13	33	33.5	17	10
14	36	37.5	23	18.5
15	26	27	33	33.5
16	33	33.5	36	37.5
17	27	29	32	31
18	31	30	16	8.5
19	35	36	23	18.5
20	44	40	21	13
Суммы:		494		326

Результат: $U_{Эмп}$ = 116

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
114	**138**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(116) находится в зоне неопределенности.