СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....3
Глава 1 Теоретический анализ проблемы психологической реабилитации женщин с болевым синдромом после развода в психологической литературе….7
1.1 Психологические особенности женщин, переживающих состояние развода.7
1.2 Формы болевого синдрома у женщин после развода.....20
1.3 Методы психологической реабилитация женщин с болевым синдромом после развода.....29
Глава 2 Экспериментальное исследование психологических особенностей личности женщин, переживающих болевой синдром после развода.....40
2.1 Методы и организация исследования.....40
2.2 Анализ результатов исследования психологических состояний и личностных особенностей женщин после развода.....46
2.3 Программа психологической реабилитации женщин после развода.....58
Заключение.....83
Список использованных источников.....83
Приложения.....91

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Социальная ситуация современного общества в отношении развития семейных отношений приобретает совершенно новейшие ценности и формат их построения, но ситуация развода также не перестает быть очень актуальной. Количество браков в России в последние годы снижается, а вот число разводов остается примерно одинаковым. По данным Росстата, в 2022 году в нашей стране было заключено 923553 браков (6,3 на 1000 человек населения). Это почти на 152 тысячи больше, чем в 2021-м. Число разводов в 2022 году тоже увеличилось, причем значительно. Если в 2021 году в стране официально разошлись 564033 пары, то в 2022 узы брака расторгли уже 644207 семьи (4,4 на 1000 человек населения), то есть на 80174 больше. Количество разводов в России уже лет 5 держится примерно на одном уровне – около 600 тысяч в год.

Переживание женщиной ситуации развода сопровождается сильным стрессом, личностной неопределенностью и отрицательными эмоциональными состояниями, иногда склонностью к суициду, а иногда психосоматическими расстройствами и психогенными болями. Проблема выявления психологических особенностей женщин, переживающих состояние развода, рассматриваются многими учеными, такими как О.В. Барсукова, С.И. Голод, О.А. Екимчик, К.О. Ерчихина, Е.А. Ипполитова, В.В. Костарев, Т.А. Родермель, В.А. Смарышева и другими.

Личность женщины в период развода характеризуется стрессом, понижением жизненных ресурсов, тревожностью и неуверенностью, что приводит к понижению самопринятия, самооценки, особенно ярко проявляются переживания болевого синдрома. Вопросы сущности и форм болевого синдрома у женщин после развода изучались в работах В.М. Банщикова, Е.Ю. Васильевой, Б.Д. Карвасарского, Н.Д. Лакосиной, М.С. Лебединского, Б.В. Овчинникова, Ю.Г. Флоровой, О.Н. Якуничевой и других.

Большинство ученых рассматривают и подтверждают важность

психологической реабилитации женщин с болевым синдромом после развода. Вместе с тем, проблема разработки эффективной программы антистрессовой психологической реабилитации женщин с болевым синдромом после развода, на основе выявления психологических особенностей женщин, переживающих состояние развода в современных условиях, остается относительно неразработанной в психологии и психотерапии. Методы психологической реабилитации личности рассматриваются в работах Р.М. Айсиной, Т.Г. Бобченко, М.М. Кашапова, Е.П. Кораблиной, М.С. Мантровой, С.А. Рябченко и многих других.

Анализ современных публикаций по исследуемой проблеме, показал, что вопрос очень актуален для современного научного сообщества. Однако проблема выявления психологических особенностей женщин, переживающих состояние развода и страдающих болевым синдромом, в последние годы с учетом изменившихся экономических и политических ситуаций исследований не проводилось, что и составило проблематику нашего исследования.

Объект исследования – психологические особенности личности женщин, переживающих ситуацию развода.

Предмет исследования – психологические особенности женщин, переживающих болевой синдром после развода.

Цель исследования – изучить психологические особенности личности женщин после развода с болевым синдромом.

Для реализации указанной цели были поставлены следующие **задачи исследования**:

- провести теоретический анализ проблемы психологической реабилитации женщин с болевым синдромом после развода в психологической литературе;

- подобрать методологический инструментарий для изучения психологических особенностей личности женщин после развода;

- провести диагностику психологических особенностей личности женщин, после развода с установленным болевым синдромом и без него;

- на основе проведенного исследования предложить программу психологической реабилитации женщин после развода;

- оценить эффективность реализации программы.

Гипотеза исследования основывается на предположении о том, что:

1) женщины, переживающие развод, характеризуются снижением толерантности к неопределённости, стрессоустойчивости, повышением невротичности, депрессивности и тревожности;

2) женщины с болевым синдромом после развода имеют более низкий уровень стрессоустойчивости, толерантности к неопределённости, а также более высокий уровень тревожности, депрессивности и невротичности, нежели женщины, переживающие развод без болевого синдрома;

3) у женщин после развода, проходящих антистрессовую реабилитацию, повышается толерантность к неопределённости, стрессоустойчивость, снижается тревожность, невротичность, депрессивность.

Методы исследования:

1. Теоретический метод (анализ психологической литературы по проблеме исследования).

2. Психодиагностические методы: опрос, анкетирование.

3. Методы математической статистики обработки данных (анализ описательных статистик, метод сравнительной статистики – критерий различия Манна-Уитни).

Методики исследования:

- методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Раге;

- методика «Шкала толерантности к неопределённости» Д. МакЛейна;

- методика «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга;

- методика «Шкала депрессии» А.Т. Бека;

- методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса.

База исследования и выборка исследования. Эмпирическое исследование проводилось на базе службы психологической помощи населению

г. Москва. В исследовании приняли участие 60 разведенных женщин, из них 30 женщин с установленным медицинским болевым синдромом (R52 по МКБ-10) и 30 разведенных женщин без болевого синдрома, в возрасте от 30 до 60 лет.

Практическая значимость исследования заключается в расширении применения реабилитационных техник по снижению ощущения болевого синдрома.

Структура работы. Работа состоит из введения, двух глав, включающих параграфы, заключения, списка использованных источников, а также приложений.

В первой главе работы проводится теоретический анализ проблемы психологической реабилитации женщин с болевым синдромом после развода в психологической литературе, а, именно, рассматриваются психологические особенности женщин, переживающих состояние развода, формы болевого синдрома у женщин после развода, а также методы психологической реабилитация женщин с болевым синдромом после развода.

Во второй главе работы проводится экспериментальное исследование психологических особенностей личности женщин, переживающих болевой синдром после развода, а именно подобран методологический инструментарий для проведения исследования, проведена диагностика психологических особенностей личности женщин, переживающих развод, на основе проведенного исследования предложена программа психологической реабилитации женщин после развода, а также оценена эффективность реализации программы.

В заключении излагаются выводы и рекомендации, сделанные в работе.

Список литературы включает в себя 60 наименований.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РАЗВОДА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

1.1 Психологические особенности женщин, переживающих состояние развода

Социальная проблема семейных разладов приводит к отсутствию взаимопонимания, взаимоуважения и любого вида взаимности между супругами [60].

Утрата взаимных чувств между супругами способствует возникновению негативных и напряженных отношений, порождающих конфликты и ссоры. Негативными последствиями разрушения отношений является прекращение брака – развод. Ситуация развода не проходит бесследно ни для разводящихся (особенно остро эту проблему переживают женщины), ни для их близких – особенно детей [40].

Развод – это всегда стресс, жизненная ситуация, где мало выражена социальная поддержка друг друга бывшими супругами, где человек теряется и не знает, как пережить развод, часто эта ситуация связана с судом и сложной процедурой оформления развода. При этом статистика разводов неутешительная. Исходя из того, что ситуации принято разделять на идеологические, социальные, стрессовые, культурные саму ситуацию развода можно обозначить как стрессовую, или кризисную [17].

Согласно Е.В. Тихомировой [46], развод является ситуацией неконтролируемого стресса. Развод является сильнейшей стрессовой ситуацией, и даже занимает второе место в списке психологических причин инфарктов.

Доктор Томас Х. Холмс и его коллеги из Медицинского колледжа при Вашингтонском университете разработали подход, измеряющий величину стресса. На основании своего исследования стрессогенных жизненных событий

более чем пяти тысяч пациентов они составили шкалу, в которой каждому важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности. Общее количество баллов всех стрессов ситуаций в жизни человека определяет в шкалах общую величину стресса, которому человек подвергается за определенный период времени. Согласно составленной ими шкале, такому событию в жизни женщины, как развод, было присвоено почти второе по значительности количество баллов стресса – 73 при максимальном значении 100 баллов. Женщина, попав в ситуацию развода, редко бывает к ней готова, и поэтому зачастую не может справиться с этим стрессом. Проблема преодоления стресса в период развода очень актуальна во время и после развода [35].

Как известно, понятие «стресс» ввел Ганс Селье в 1930-х гг. Он обнаружил, что в ответ на любые внешние и внутренние воздействия происходит увеличение коркового слоя надпочечников. Эту одинаковую, «неспецифическую» реакцию он назвал стрессом. Стресс – совокупность неспецифических, стандартных, стереотипных реакций организма на действие чрезвычайных раздражителей – стрессоров, направленных на адаптацию к меняющимся условиям. Стрессор вызывает реакцию во всем организме, и эта его особенность обуславливает еще одно свойство стресса – системность. Это означает, что реакция стресса охватывает все системы организма. Такие компоненты стресса, как поведенческий, эндокринный, психологический, физиологический, иммунный и т.п. – выделяют на стыках различных наук исключительно для удобства изучения [22].

Ганс Селье в развитии стресса выделяет несколько стадий.

I стадия – тревога. Возникает в ответ сразу после начала действия стрессора и развивается в течение первых 6-48 часов. Реакция тревоги проявляется немедленной мобилизацией защитных ресурсов организма и их перераспределением в пользу интенсивно работающих органов. Одновременно происходит угнетение тех функций, которые для выживания организма в данных условиях имеют меньшее значение, таких как рост, регенерация, пищеварение,

репродукция. В этот период формируется инволюция тимико-лимфатической системы, эрозии в желудочно-кишечном тракте, гипотония мышц, гипоксия, гипотермия, увеличивается секреция гормонов надпочечников. Выраженность этих реакций прямо пропорциональна силе и патогенности стрессора. При действии стрессоров небольшой интенсивности и умеренной патогенности не будет формироваться явного угнетения функции органов [18].

В этот период прослеживается различие в реакции организма на непосредственно воздействующие на организм человека стрессоры и психоэмоциональные, к которым и можно отнести развод. Стрессоры повреждают ткани организма, что приводит к изменению метаболизма. Возникает необходимость активировать компенсаторные механизмы для поддержания гомеостаза: увеличивается выработка катехоламинов, которые инициируют проявление ряда адаптивных реакций [28].

При разводе развивается психоэмоциональный стресс, при котором симпатоадреналовая система активируется в отсутствие значимых сдвигов в гомеостазе. Такую реакцию организма отмечал еще предшественник Г. Селье в формировании теории стресса У. Кэннон. Он изучал роль симпатической нервной системы и мозгового вещества надпочечников при напряженных, чрезмерных эмоциональных реакциях организма. Ответ организма в случаях конфликтных, угрожающих ситуаций был охарактеризован ученым как «атакуй или беги». Первыми проявлениями активации симпатоадреналовой системы являются повышение общего периферического сопротивления и увеличение силы и частоты сердечных сокращений. Если мобилизованных резервов организма для противодействия стрессору оказывается достаточно, то адаптация развивается быстро. Выраженность этой стадии зависит от силы и продолжительности действия раздражителя [59].

II стадия – резистентность – характеризуется высоким уровнем синтеза гормонов стресса (их содержание в крови может повышаться в 10-20 раз) и перестройкой систем организма, которые обеспечивают адаптацию к действию стрессора. Резистентность организма поднимается выше исходного уровня и не

только к агенту, явившемуся причиной стресса, но и к другим патогенным раздражителям. Это свидетельствует о не специфичности стресс-реакции. Стресс, дошедший до стадии резистентности, Г. Селье истолковывал как общий адаптационный синдром (ОАС). В случае прекращения влияния стрессора в эту стадию активируются механизмы долговременной адаптации, нормализуется уровень гормонов стресса, происходит восстановление морфологии и функции органов и тканей до нормы, физиологический стресс на этом заканчивается. Сколько-нибудь выраженных патологических последствий не наступает. Если патогенный раздражитель имеет чрезмерную силу или действует длительно, многократно, то адаптационные возможности организма могут оказаться несостоятельными. Это приводит к снижению резистентности и развитию конечной стадии ОАС – стадии истощения [38].

III стадия – истощение. В эту стадию истощается кора надпочечников, наступает ее прогрессирующая атрофия и уменьшается продукция ГК. Также снижается активность симпатоадреналовой системы, угнетаются все защитные процессы в организме. В результате резистентность организма к любым стрессорам падает до минимума. Длительные катаболические реакции приводят к необратимым структурным изменениям в органах и тканях. Стадия истощения характеризует собой переход эустресса в дистресс. Одним из предлагавшихся признаков отличия эустресса от дистресса является отсутствие увеличения надпочечников [19].

В.Е. Петров [26] отмечает, что на стрессоры, особенно, такие мощные, как развод и разрушение семьи, реагирует вся система, весь организм на всех уровнях.

Фактически уже в ситуации вступления в брак присутствует намек о наказании за его разрушение («только смерть разлучит вас»). Если бы субъект мог себе позволить осознать свой страх перед разрушением семьи, возможно, это привело бы к дестабилизации социально-демографической ситуации в целом, так как люди позволили бы себе бояться вступать в брак (что на самом деле уже присутствует, как тенденция, выражающаяся в желании современных молодых

людей «не спешить, пожить для себя, отдельно», не брать на себя ответственность за семью и другого человека) [39].

Достаточно серьезной социальной проблемой при разводе супругов являются его последствия, которые можно условно разделить на три основные группы:

1) последствия для общества;

2) последствия для тех, кто разводится;

3) последствия для детей [24].

Даже тогда, когда брак расторгнут юридически, многие из супругов не уверены в правильности принятого решения. Установлено, что возникают достаточно противоречивые чувства к партнеру от разочарования до жалости. В преддверии развода в каждой пятой семье сохраняют эмоциональную привязанность супругов несмотря на то, что совместное ведение хозяйства, объединение бюджета в подавляющем большинстве случаев прекращено, имущество уже поделено [47].

Психологический кризис развода супругов на эмоциональном уровне может быть объяснен как готовность к действиям, доверие к себе, накопление энергии, самоценность, независимость и автономия. Уровень когнитивно-поведенческий определяет поиск новых отношений для любви и личностной готовности к длительных отношениям, для себя это поиск новой идентичности и окончание психологического развода [50].

Основная проблема в переживании статуса разведенной женщины – одиночество и противоречивые чувства, сопровождающие его: нерешительность, оптимизм, жалость, печаль, любопытство, возбуждение. Поведение женщины приобретает новую направленность: меняется привычная социальная ситуация, которая требует поиск новых контактов, возникает активность или полная апатия, возникает неосознанный новый стиль самоотношения, расписание дня и жизни в целом. Для женщины и всех членов ее семьи изменяются нормы и правила, возникают новые обязанности [7].

D. Gozman и L. Froyland при описании состояния женщин в ситуации

развода воспользовались известной моделью Кублер-Росс:

1. ситуация отрицания. Особенности возникновения реакций проявляются в отрицании того, что развод случился как факт. Защитный механизм рационализации осуществляет функцию объяснения, что «ничего такого не изменилось», «получили то, о чем мечтали», «все в порядке»;

2. стадия озлобленности. Раздражение возникает на неполученные ожидания, возникновение душевной боли и озлобленности по отношению к партнеру. Манипулятивные действия к партнеру достаточно часто совершаются через ребенка, пытаясь привлечь их на свою сторону;

3. стадия переговоров. Можно считать эту стадию более сложной. Используется множество манипуляций по отношению друг к другу, с надеждой возобновить брак, включая сексуальные отношения, угрозу беременности или беременность. Также к влиянию на партнера привлекают посторонних людей;

4. стадия депрессии. Наступает подавленное настроение, когда отрицание, агрессивность и переговоры не приносят желаемых результатов. Длительное состояние депрессии мешают заводить женщине новые интимные отношения. Женщина чувствует себя неудачником, снижается уровень самооценки, женщина начинает сторониться других людей, не доверять им;

5. стадия адаптации – стадия приспособления к новым условиям жизни. Трансформация привычных образов жизни требует поддержки не только женщины, особенно нуждаются в ней дети. Неполная семья предусматривает пересмотр распределения обязанностей и привычек [33].

К.О. Ерчихина подчеркивает, что причины развода возникают не одновременно и кроются в предыдущей семейной жизни. Рутинное существование, привычка повседневной пустоты взаимодействия не способствует улучшению жизни пары в браке. Результаты развода, которые особенно остро переживают женщины, по мнению данного автора, проявляются в – жестких негативных переживаниях, а именно стрессе, адвокатах, разделе имущества, оформлении документов и т.д. [9].

Т.А. Родермель с соавтором анализируя состояние женщины после

развода, указывают, что для женщины (как и ее супруга) открываются следующие возможности: более точное понимание «предыдущим числом» намерений каждой из сторон, то есть так называемое переопределение целей. Этот механизм переопределения схож с эффектом решения задачи выявления субъекта выгоды в той или иной ситуации. Женщина может переживать в своей жизни несколько разводов, считая себя при этом беспомощной перед лицом такой ситуации, называя причинами разводов внешние по отношению к ней самой обстоятельства, к которым относится также и партнер [29].

Е.А. Ипполитова с соавтором указывают, что приблизительно половина разведенных женщин считает, что их собственное понимание причин развода осталось точно таким же через год после него, другая половина говорит об изменениях в своем осознании. Последующий по разводу год проходит под эгидой влияния этого события. После развода с бывшим партнером вспоминают общую жизнь большинство женщин. Одна часть (приблизительно две трети из них) отмечает свою концентрацию на отягощающих периодах жизни, а другая часть говорит о спонтанных воспоминаниях самых светлых сторон совместной жизни и сопутствующих им чувствах сожаления о потерянном [10].

Т.А. Горшенёва в своем исследовании указывает, что некоторые женщины оценивают свое поведение в ситуации развода как правильное. Другие считают, что их поведение должно быть другим, если бы они знали, куда обратиться за юридической и психологической помощью. Нужно было действовать более настойчиво и отстаивать собственные границы и желания и реализовывать свой вариант развития событий, т.е. наказывали себя за мягкости, за игру «на чужом поле». Другие же, напротив, испытывали чувство сострадания по поводу своих директивно-агрессивных поступков, говорили, что если бы «оскорбление тогда не застыло, много дров мог бы не наломать – а теперь уже ничего не исправишь». Однако не нашлось ни одной женщины, кто не отметил бы досаду по поводу отсутствия у нее в то время достаточного количества знаний и опыта психологии о том, как пережить кризисную ситуацию развода, общение в ситуации конфликта и тому подобное [42].

Б.В. Овчинников с соавторами пишет, что развод в переживании женщиной может отражаться в чувстве личного краха. В большинстве случаев развод происходит по инициативе одной из сторон. Отвергнутая женщина особенно тяжело переживает решение о разводе. Инициатор развода даже при явно негативном паттерне чувств и эмоциональных проявлений, связанных с ним, сохраняет контроль над ситуацией, для другого партнера (женщины) характерны переживания блокирующие возможности управлять ситуацией и вызывающие чувство бессилия, безысходности. Особенно остро женщины переживают тревогу и страх потери контроля над ситуацией [24].

Синдром, возникающий у женщин после развода, сопровождается рядом негативных переживаний: утраты смысла жизни; депрессия и безысходность; низкая самооценка; страх и отчаяние [20].

Личный статус «разведенной» представляется женщине через ряд ограничений своих возможностей по отношению к своему будущему. Характерные признаки проявления синдрома постразвода для женщин отличаются нарастанием чувства одиночества, подавленности, растерянности, нарушениями сна, аппетита, снижением интереса к профессиональной деятельности, сексуальными расстройствами. Поэтому можно констатировать, что переживание статуса развода, а именно его глубина и продолжительность у женщин, зависит от того, кто инициатор события и какие стремления за этими событиями стоят [3].

Г.А. Капашева с соавторами выделяют следующие фазы переживания женщиной развода, характеризующиеся конкретными особенностями (рис.1) [43].

А.В. Фефилов с соавтором считают, что особенно остро женщинами переживается развод, причиной которого стала измена мужа. Факт измены очень часто заставляет женщину обратиться к психологу, так как является тяжелой психической травмой для женщины, и способствует возникновению острой, затяжной эмоциональной травмы, болезненных реакций, чувств обиды, унижения, беспомощности. Измена мужчины, ставшая причиной развода,

способствует возникновению у женщин психогенной депрессии и саморазрушительного поведения (попытки суицида), возникновению желания отомстить неверному партнеру [49].

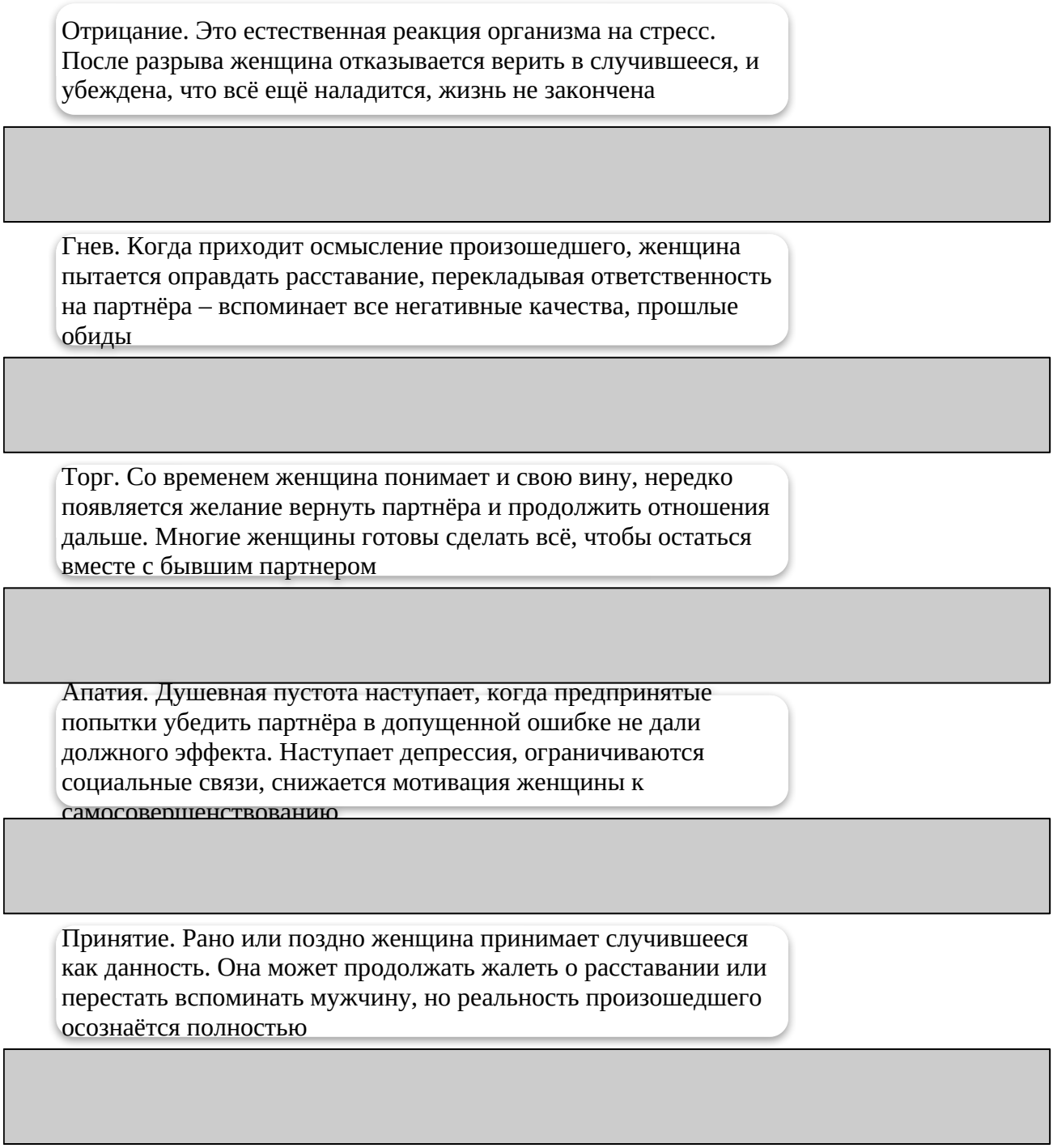

Рисунок 1 – Фазы переживания женщиной развода [49]

А.Г. Галиуллина пишет, что многие женщины после развода характеризуются появлением ненависти к бывшему партнеру, что говорит о потере значимости данного мужчины для женщины. Причинами появления

ненависти к бывшему партнеру у женщины после развода представлены на рисунке 2 [41].

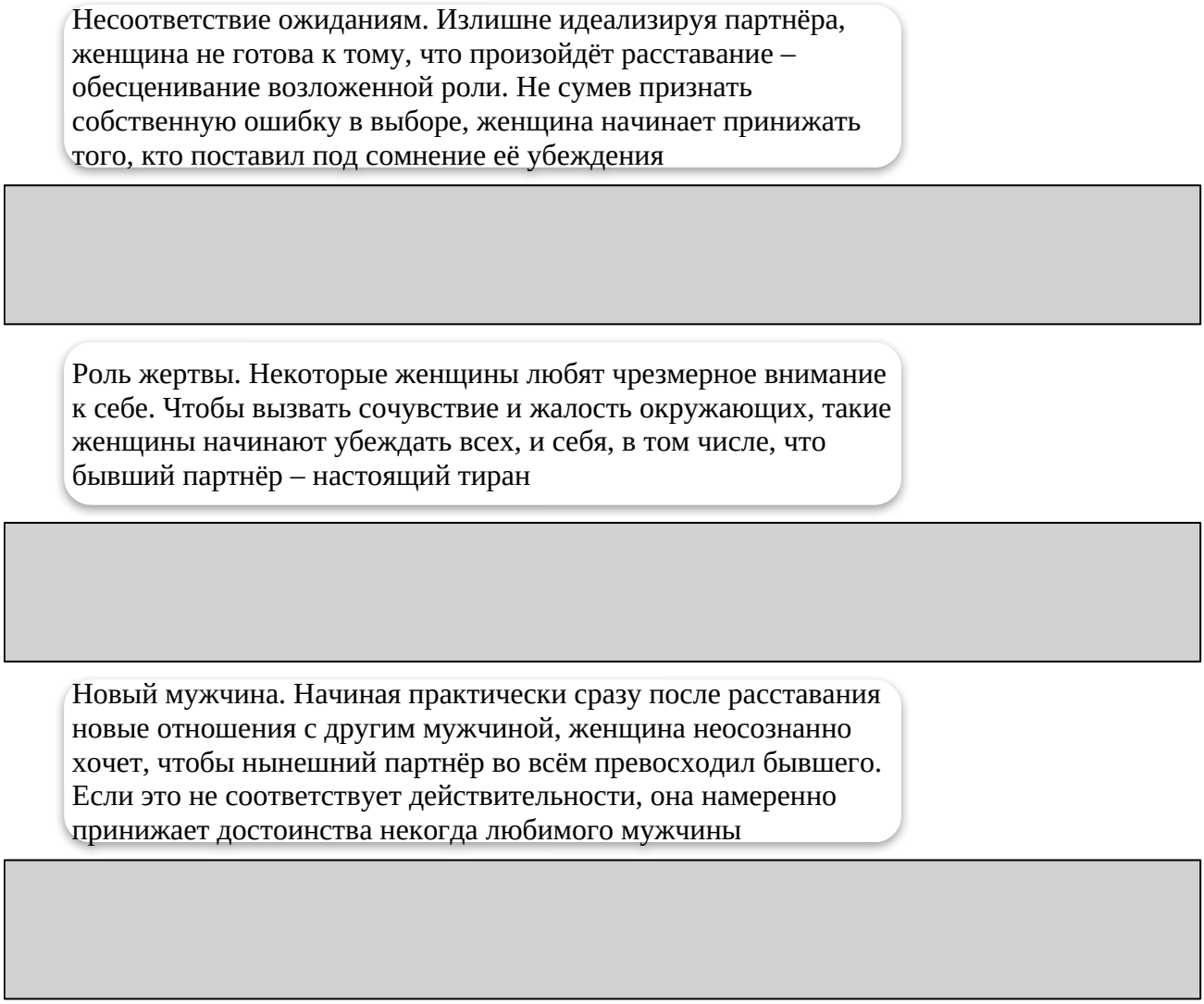

Рисунок 2 – Причины появления ненависти к бывшему партнеру у женщины после развода [41]

И.А. Ральникова в результате проведения исследования пришла к выводу, что одной из тенденций в состоянии переживающих развод женщин в современном мире является поиск социальной поддержки не только в реальной среде, но и в интернет-пространстве, что позволяет не только справиться с текущим состоянием, но и набраться жизненного опыта в процессе реконструкции этого события. Сам процесс реконструкции развода позволяет женщине найти ресурсы, необходимые для его преодоления в настоящем времени, осмысления и оценки развода через некоторое время. Интернет-

коммуникация, в свою очередь, является каналом выражения накопившейся агрессии, негативных эмоций, внутренних переживаний при сохранении чувства психологической защищенности за счет относительной анонимности и чувства сопричастности и общности на фоне схожей жизненной ситуации у других женщин [27].

В.В. Костарев пишет, что представления женщин о разводе, несмотря на индивидуальность ситуации и вне зависимости от того, как давно это произошло, имеют общие тенденции, представленные: когнитивной оценкой женщиной ситуации развода как стрессовой и личностно значимой; полным расставанием с супругом после развода; дистанцированием, ментальной «дистанцированностью» от ситуации и ее позитивной переоценкой в контексте личностного роста и приобретения опыта как копинг-стратегий, сложившихся в ситуации развода. В то же время наблюдаются некоторые отличия и в связи со сроками давности развода: низкая оценка фактора объективно данной ситуации женщинами, недавно пережившими развод; а также особенности выбора копинг-стратегий. Так, для женщин, переживших развод менее 3 лет назад, более характерен поиск эмоционально-информационной социальной поддержки; для переживших развод от 3 до 10 лет назад – «бегство» от проблемы; для женщин, переживших развод более 10 лет назад – положительная переоценка ситуации, придание ей положительного смысла в контексте жизни. На ранних стадиях переживания развода на первый план выходит «работа» с эмоциональным состоянием, совладание с негативными эмоциями, а позже наступает время осмысления, переосмысления прошлого и построения жизни в новых условиях, осознания тех возможностей, которые несет с собой развод [14].

С.Ю. Пономарева указывает, что развод оказывает большее влияние на женщину. Возможности вступления в повторный брак у женщин ниже, чем у мужчин. Затрудняет вступление женщин в повторный брак главным образом то, что дети, как правило, остаются с ней. Мужчины вступают в повторный брак в 3 раза чаще, чем женщины. Большинство разведенных мужчин в возрасте старше 40 лет женятся снова в то время, как только треть разведенных женщин этого

возраста снова выходят. При повторном браке мужчины, как правило, выбирают женщину несколько или значительно моложе себя, поскольку они хотят построить новую полноценную (с детьми) семью. Женщины чаще предпочитают мужчин немного старше себя, или ровесников, однако есть и такие, которые останавливают свой выбор на мужчинах значительно старше себя. Их привлекает зрелость и отлаженность жизненного уклада [25].

Как утверждает В.А. Смарышева, для образования устойчивых, надежных семейных отношений в повторном браке важен первый брак. Некоторые женщины считают, что после неудачного первого брака вероятность создания счастливой семьи невелика. Но, для большинства женщин первый брак все же оказывается хорошим опытом. Она успешно использует свой опыт в новом браке, и его устойчивость становится все более высокой. Но существуют независимые от нашей воли объективные причины для супружеской дисгармонии – кризис в жизни семьи, отношения в ней проверяются на прочность. В одних семьях кризис не разрушает целостность и гармонию, а наоборот, сплачивает и еще больше укрепляет супружеские отношения. В других же семьях кризис нередко заканчивается распадом отношений: разводом супругов, разрывом связей с детьми или родственниками, нарастанием конфликтов [32].

Г. Фигдор изучая душевные проблемы, с которыми сталкиваются родители и дети в результате разводов, анализирует причины несостоятельности супругов, не сумевших сохранить семью и вовремя оказать своим детям необходимую помощь. Автор ищет ответ на следующие вопросы: почему развод потрясает детей и наносит травму, сумеет ли ребенок побороть свой душевный срыв, «зарастут» ли когда-нибудь его раны, как помочь ему пережить кризис после развода. Автор считает ошибочным предположение о том, что хотя с разводом и начинается страдание детей, но с ним заканчивается кризис родителей. На самом деле это совсем не так. Личные проблемы разведенных супругов (особенно женщин) не только не уменьшаются, а наоборот резко возрастают. Развод приносит женщинам дополнительные психические социальные и экономические

проблемы, о которых большинство из них отнюдь не предполагало до этого. Шестьдесят процентов вступающих во второй брак женщин имеют на руках детей от первого брака. А это значит, что в процессе создания новых взаимоотношений принимают участие более двух человек, следовательно, больше вероятность, что не все пойдет гладко. Число вариантов велико, как и число возможных проблем. Есть семьи, в которых у мужа или жены есть дети, и, соответственно, множество вариантов, как они устраиваются с детьми. В известном смысле дети приобретают «двойное гражданство» [34].

Как указывает С.И. Голод, повторные браки сопровождает клубок противоречий, особенно в тех случаях, когда женщина, имеющая ребенка, рождает и в повторном браке. Границы семьи становятся расплывчатыми, характер же отношений женщины с бывшим «мужем-отцом» и актуальным «супругом-отцом», ребенка с матерью, отцом и отчимом, сводных братьев (сестер) между собой – неопределенным и запутанным. Возникает, прежде всего, конфликт между ребенком и «новым отцом», и в его формировании или устранении немаловажную роль играет мать. Выходя повторно замуж, женщина должна помнить, что создание новой семьи для ее ребенка является такой же травмой, какой был в свое время развод родителей. И готовить своего ребенка к такому событию нужно постепенно, помогая ему рассмотреть все достоинства будущего отчима. Интуитивно каждая женщина может найти свой индивидуальный подход к обеим сторонам, всегда помня о том, что первое время ей придется находиться между двух огней [6].

Можем утверждать, что развод является ситуацией неконтролируемого стресса, где мало выражена социальная поддержка друг друга бывшими супругами, где человек теряется и не знает, как пережить развод, часто эта ситуация связана с судом и сложной процедурой оформления развода. Стресс – совокупность неспецифических, стандартных, стереотипных реакций организма на действие чрезвычайных раздражителей – стрессоров, направленных на адаптацию к меняющимся условиям. Стрессоры, особенно, такие мощные, как развод и разрушение семьи, реагирует вся система, весь организм на всех

уровнях. При переживании развода женщины подвержены одиночеству и противоречивым чувствам, сопровождающим его: нерешительности, оптимизму, жалости, печали, любопытству, возбуждению. Поведение женщины приобретает новую направленность: меняется привычная социальная ситуация, которая требует поиск новых контактов, возникает активность или полная апатия, возникает неосознанный новый стиль самоотношения, расписание дня и жизни в целом. Личный статус «разведенной» представляется женщине через ряд ограничений своих возможностей по отношению к своему будущему. Характерные признаки проявления синдрома постразвода для женщин отличаются нарастанием чувства одиночества, подавленности, растерянности, нарушениями сна, аппетита, снижением интереса к профессиональной деятельности, сексуальными расстройствами, психогенными болями. Женщина, попав в ситуацию развода, редко бывает к ней готова, и поэтому зачастую не может справиться с этим стрессом. Проблема преодоления стресса в период развода очень актуальна во время и после развода.

1.2 Формы болевого синдрома у женщин после развода

Болевой синдром у женщин после развода оказывает негативное влияние на организм женщины в любом возрасте, приводя к ухудшению течения физиологических процессов и препятствуя физическому и психологическому выздоровлению, снижая качество жизни женщины и вызывая чрезмерное страдание [48].

Развод, являясь большим стрессом для любой женщины, часто сопровождается возникновением болевого синдрома у женщин, его перенесших [44].

Поэтому вопрос обеспечения эффективной реабилитационной помощи женщинам с болевым синдромом после развода очень актуален.

Болевой синдром, возникающий у женщин после развода, как правило, имеет психогенный характер и носит название психалгия [5].

Психалгии относят к ряду специфических невротических нарушений. Согласно МКБ-10, психогенный болевой синдром можно охарактеризовать, как достаточно тяжелую боль, причиняющую длительные страдания (продолжительностью не менее 6 месяцев, почти ежедневно) в любой части тела, причины которой не могут быть объяснены каким-либо физиологическим процессом или соматическим расстройством, и, которая постоянно концентрирует внимание пациента на себе [2].

Согласно определению Всемирной организации Здравоохранения, под психогенной болью стоит понимать боль, связанную с появлением и протеканием эмоциональных конфликтов или психологических проблем, которых достаточно, чтобы сделать заключение, что именно эти факторы выступают как главная причина болевого синдрома [11].

Н.Д. Лакосиной подчеркивается, что психогенный болевой синдром у женщин, перенесших сильные эмоциональные переживания из-за развода, может развиваться вне зависимости от наличия соматических, висцеральных и нейрональных повреждений, а в большей степени связан с действием психологических факторов [16].

А.И. Медведева отмечает, что психогенный болевой синдром у женщин после развода может возникать в отсутствие или в случае незначительного повреждения тканей, когда фактором его возникновения является неблагоприятное психоэмоциональное состояние женщины после развода (сильная депрессия, психоз, истерия и т.п.). Такой болевой синдром не связан с поражением организма женщины или со степенью тяжести повреждения, а, чаще, «надуманный» женщиной на фоне сильных переживаний из-за развода, однако, боли данного характера сильно ощущаются [21].

О.Н. Якуничева указывает на существование трех теорий, которыми можно объяснить механизм включения психогенных факторов в возникновение болевого синдрома у женщин после развода (рис. 3) [38].

Психогенный болевой синдром у женщин после развода зачастую вызывает нарушения сна, повышенную раздражительность, снижение интереса

и желания к жизни, недостаток энергии, апатию и ангедонию [45].

В работе М.С. Лебединского указывается, что психогенный болевой синдром у женщин после развода, как правило, формируется на фоне таких негативных эмоциональных проявлений, как опустошенность, апатия, внутреннее истощение [17].



Рисунок 3 – Теории включения психогенных факторов в возникновение болевого синдрома у женщин после развода [17]

Причинами возникновения психогенного болевого синдрома у женщин после развода считаются следующие (рис. 4) [15].

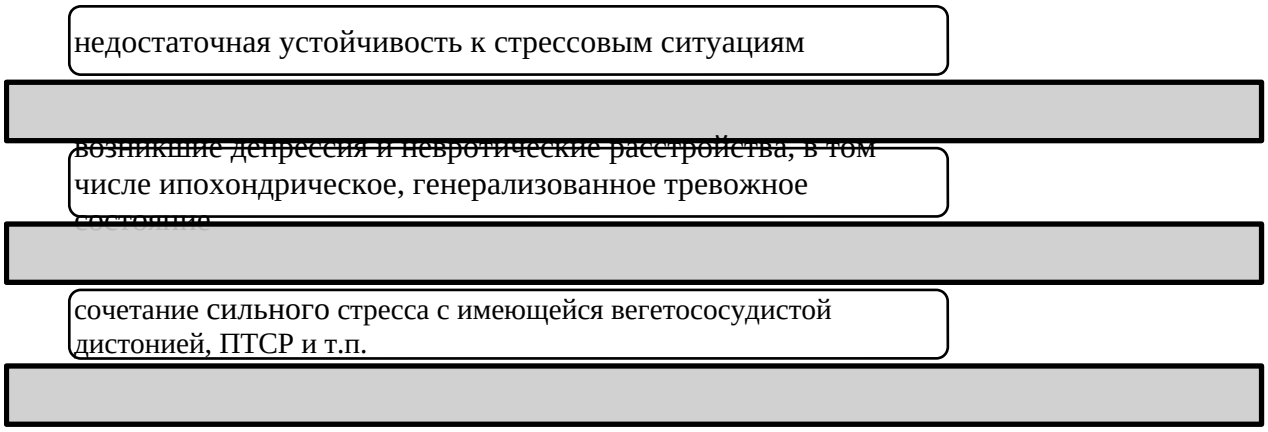

Рисунок 4 – Причины возникновения психогенного болевого синдрома у женщин после развода [15]

Различают следующие формы психогенного болевого синдрома у женщин после развода (рис. 5) [8].

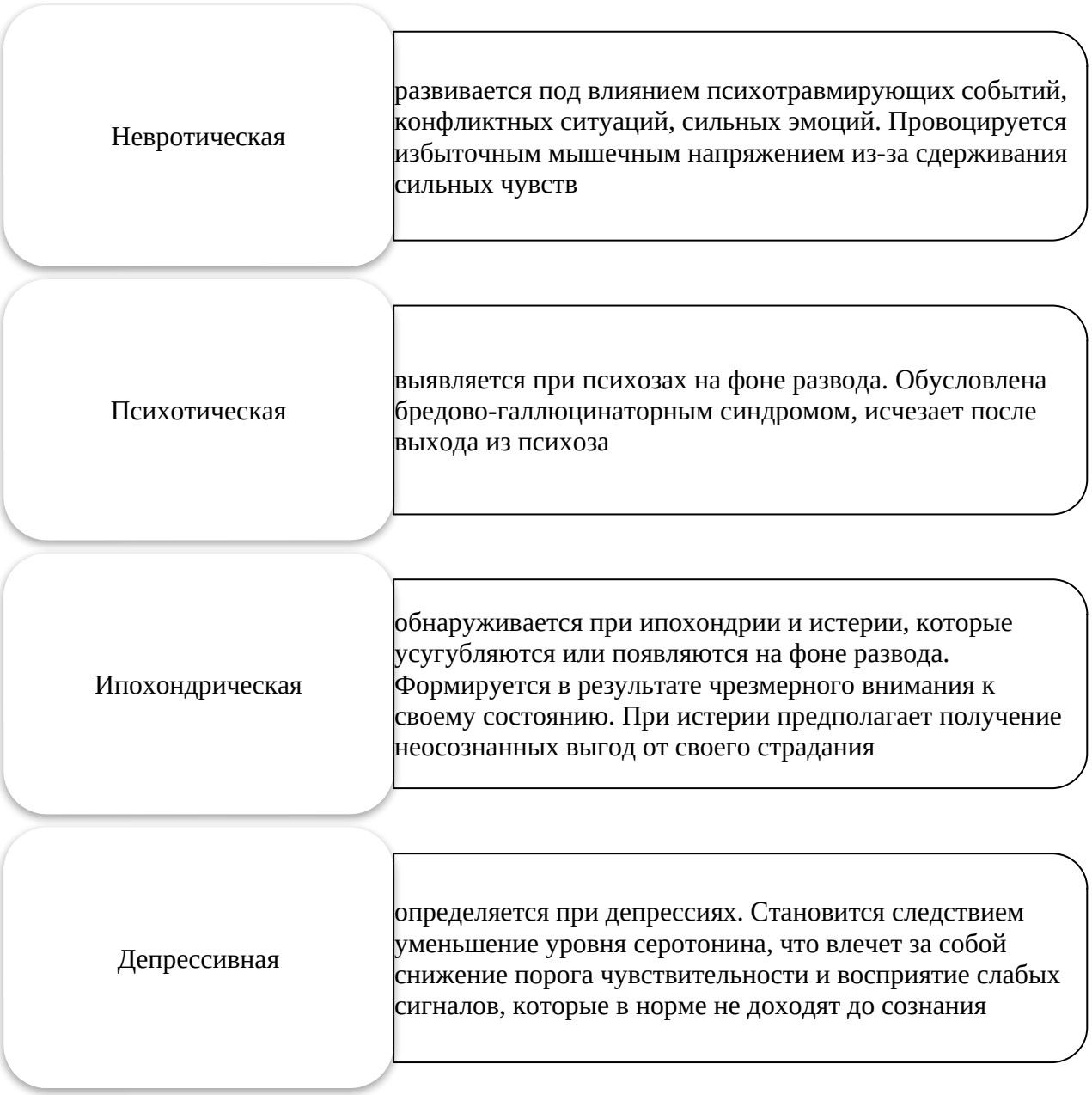

Рисунок 5 – Формы психогенного болевого синдрома у женщин после развода [8]

При всех вышеуказанных формах болевого синдрома у женщин после развода наблюдается отсутствие органической основы болей, то есть у женщин нет ни травм, ни реальных физических болезней, которыми можно бы было дать объяснение формированию болевого синдрома [13].

Как указывает Б.Д. Карвасарский, невротическая форма психогенной боли у женщин после развода носит выраженный функциональный характер. Различные ее виды отличаются степенью включенности в ее структуру объективных периферийных компонентов. При психалгиях невротической формы такой компонент значительно редуцирован. Психогенная боль у женщин после развода вызвана эмоциональным конфликтом и имеет объективный периферийный компонент (мышечный, сосудистый). Соотношение сенсорных и эмоциональных компонентов боли является своеобразным определителем «психогенности боли» женщин, переживающих развод. То есть, континуум психогенности боли у женщин после развода может быть расположен от полюса, где выражены сенсорные качества боли к полюсу психалгий, где сенсорная часть практически отсутствует [11].

В работе Ю.Г. Фроловой указано, что основными признаками невротической формы психогенной боли у женщин после развода являются:

1. особенности локализации (слева, посередине тела, в голове и конечностях);

2. фоновая структура личности женщины, переживающей развод чаще всего шизоидного и психастенического типа;

3. психосемантические описания боли подаются женщиной в виде одной неизменной жалобы, хорошо вербализируются рефлексируются;

4. связь с эмоциональным состоянием и имеющимися у женщины тревожно-депрессивными нарушениями [35].

Психотическая форма психогенной боли у женщин после развода часто может возникать и при незначительной включенности периферийных звеньев. Определяющими в данном случае являются не столько сенсорный, сколько эмоциональный компонент, реакция женщины на болевой синдром (женщина представляет боль как переживаемую так, словно она неразрывно связывается с собственным телесным и психическим «я», отсюда и постоянная изменчивость и диффузность болевого синдрома) [36].

Психотическая форма психогенного болевого синдрома у женщин после

развода имеет следующие характеристики:

1. мигрирующая, нечеткая локализация (изменение границ, глубины боли);

2. фоновая структура личности женщины, переживающей болевой синдром после развода чаще всего истерического круга;

3. психалгии переживаются напрямую, плохо локализуются и подаются в виде переменных жалоб;

4. низкая способность женщин к рефлексии своего состояния и боли [12].

В.М. Банщиков с соавторами считают, что основными признаками ипохондрической формы психогенной боли у женщин после развода являются:

1. особенности локализации (боль постоянная, имеющая четкую локализацию);

2. фоновая структура личности женщины, переживающей развод чаще всего шизоидного типа;

3. психосемантические описания боли подаются женщиной в виде одной неизменной жалобы, хорошо вербализируются и рефлексируются [2].

Депрессивная форма психогенной боли у женщин после развода характеризуется следующими особенностями:

1. не определенная локализация боли;

2. фоновая структура личности женщины, переживающей развод чаще всего депрессивного и психастенического типа;

3. психосемантические описания боли подаются женщиной в виде переменных жалоб, плохо вербализируются и рефлексируются;

4. четкая связь с эмоциональным состоянием и имеющимися у женщины тревожно-депрессивными нарушениями [23].

Итак, принципиальное значение для квалификации болевого синдрома у женщин имеет субъективное отношение к нему самих женщин после развода.

В труде Е.Ю. Васильевой указывается, что возникновение психогенных болей у женщин после развода может наблюдаться в любой зоне женского тела. Наиболее распространены следующие локализации болевого синдрома у женщин после развода (рис. 6) [5].

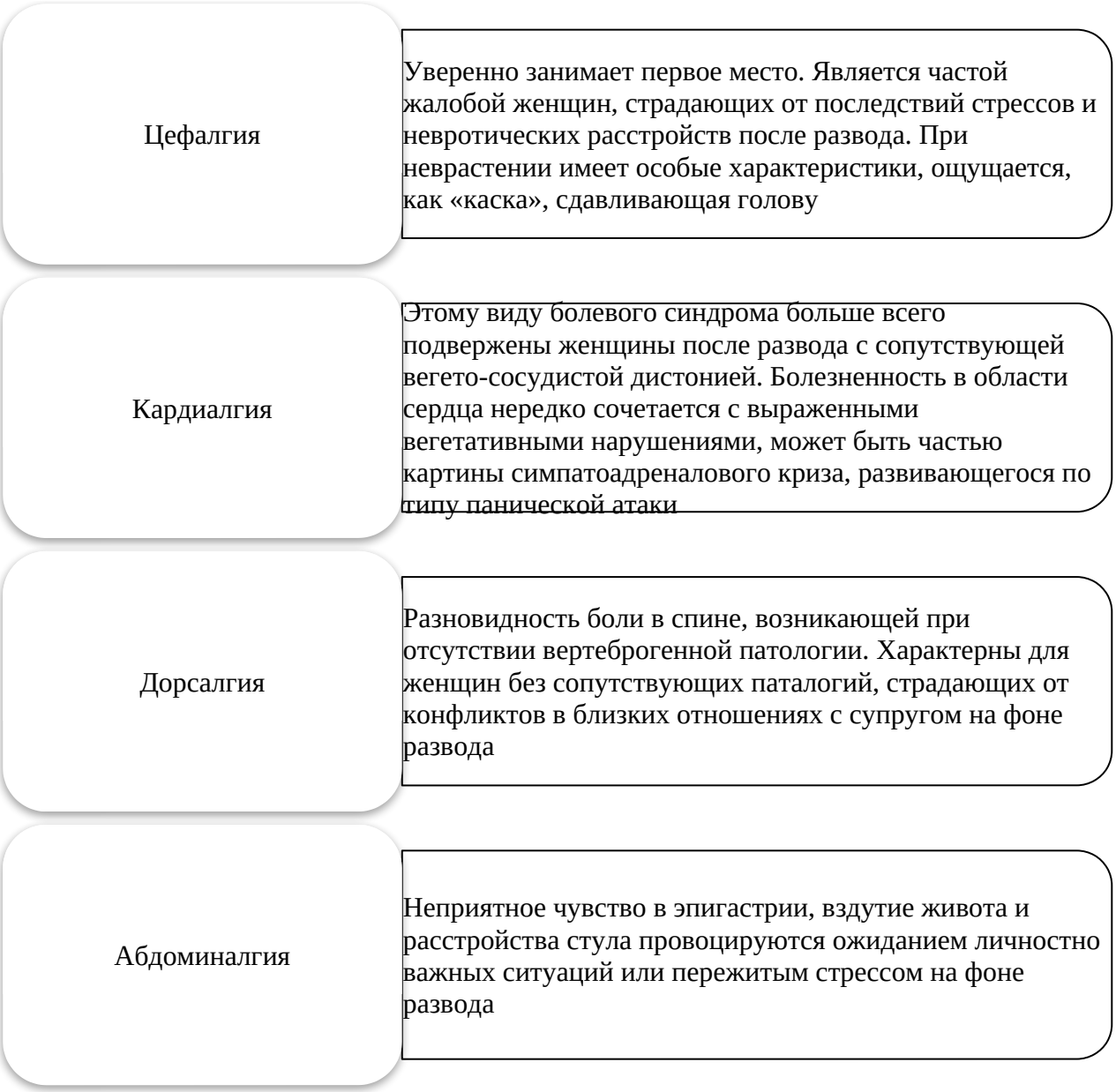

Рисунок 6 – Локализации психогенного болевого синдрома у женщин после развода [5]

М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев справедливо отмечают, что часто из-за боли женщины после развода начинают проходить расширенные обследования, в результате которых обнаруживается наличие соматических патологий, но женщины не способны объяснить характеристики и интенсивность собственных жалоб. Таким образом, основными факторами возникновения всех форм болевого синдрома у женщин после развода всегда выступают психологические. В рамках патофизиологических механизмов болевой синдром

у женщин после развода чаще всего объясняется чрезмерной стимуляцией соответствующих рецепторов в определенной области тела. Причинным фактором, как правило, становится напряжение мышц [17].

О.Н. Якуничевой выделены критерии болевого синдрома у женщин после развода, которые представлены на рисунке 7 [38].

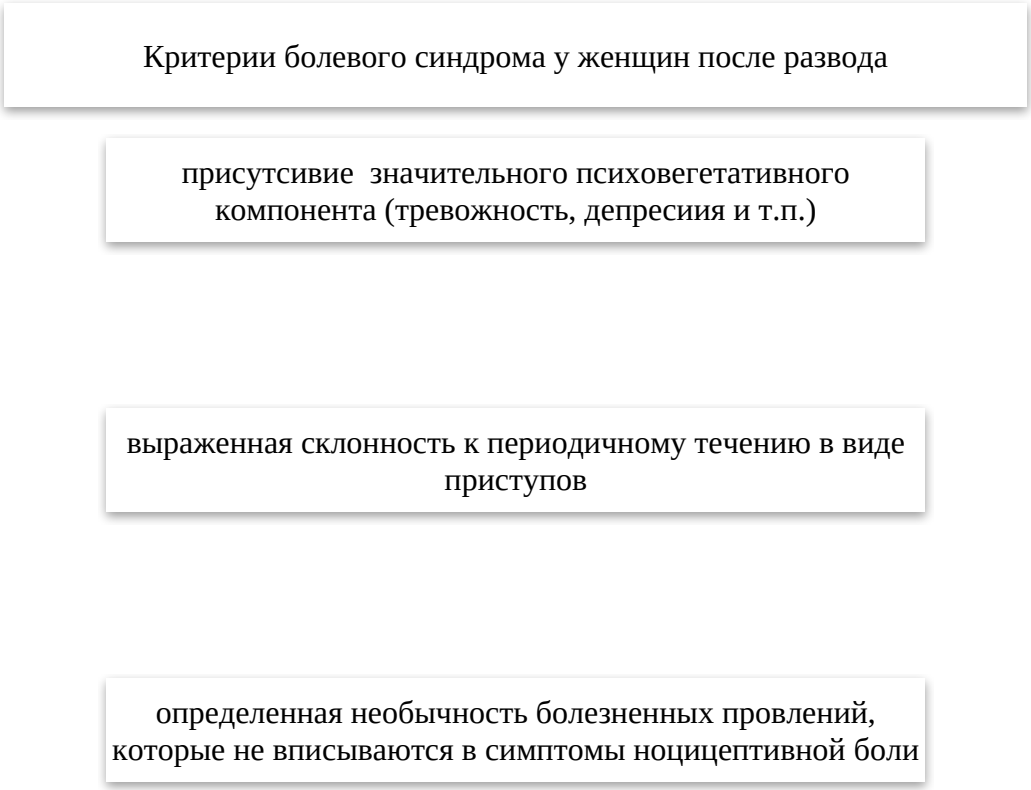

Рисунок 7 – Критерии болевого синдрома у женщин после развода [38]

Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушаковым утверждается, что в осознании женщиной после развода интенсивности болевого синдрома большее значение, чем степень физического повреждения, имеют эмоциональные аспекты травмы. Определяющими являются не столько сенсорные, сколько эмоциональные компоненты, реакция женщины на боль. Известно, что интерпретация человеком болевого ощущения, его эмоциональная реакция и поведение могут не

коррелировать с тяжестью повреждения. Сенсорное восприятие боли физиологично в то время, как эмоциональное чувство боли во многом зависит от свойств личности. В клинико-динамическом плане важно выделить первичное (этиологическое) значение психологических и психопатологических аспектов боли женщин после развода или их вторичный характер, как следствие длительных страданий пациенток от боли [15].

Итак, если систематизировать основные характеристики болевого синдрома у женщин после развода, то их можно представить ниже (рис. 8) [31].

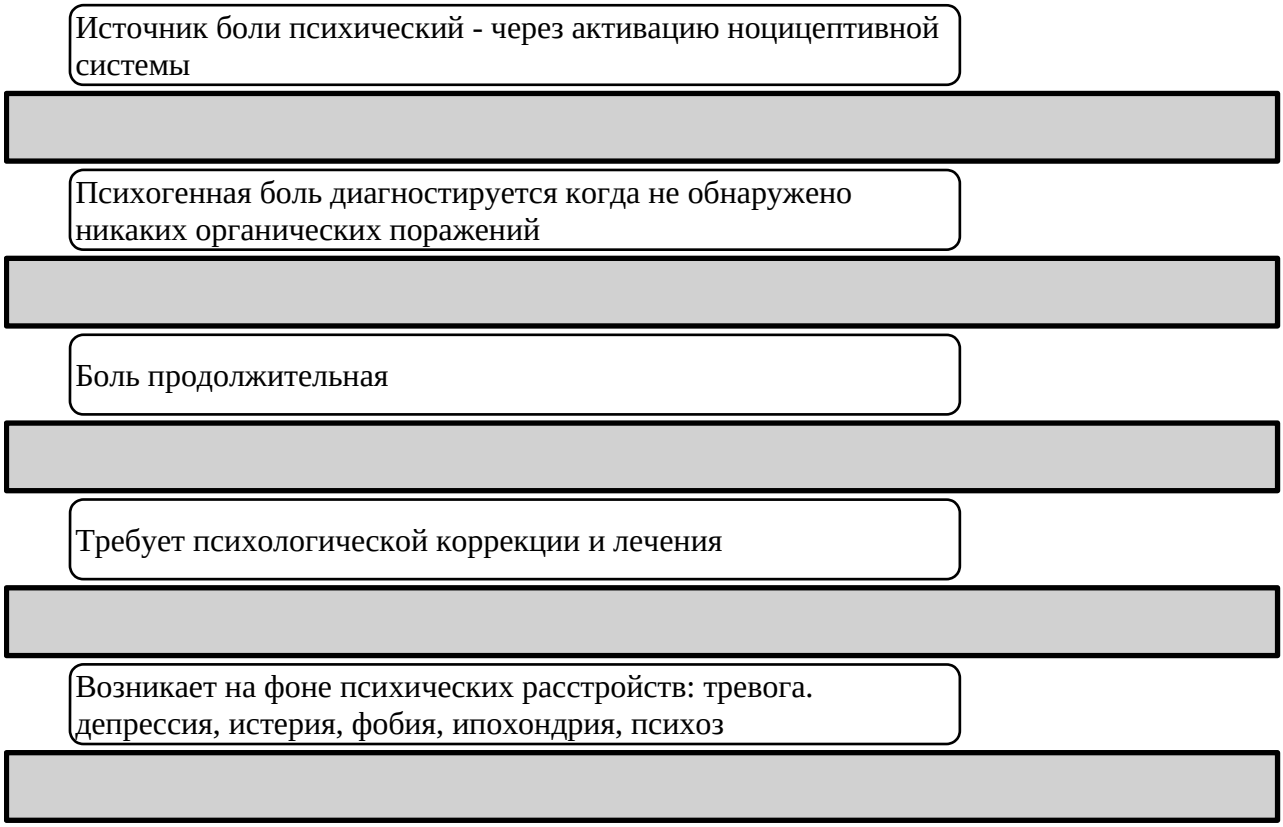

Рисунок 8 – Основные характеристики болевого синдрома у женщин после развода [31]

Обобщая вышесказанное, сделаны следующие выводы. Развод, являясь большим стрессом для любой женщины, часто сопровождается возникновением болевого синдрома у женщин, его перенесших. Болевой синдром, возникающий у женщин после развода, как правило, имеет психогенный характер и носит название психалгия. Психогенный болевой синдром можно охарактеризовать, как достаточно тяжелую боль, причиняющую длительные страдания

(продолжительностью не менее 6 месяцев, почти ежедневно) в любой части тела, причины которой не могут быть объяснены каким-либо физиологическим процессом или соматическим расстройством, и, которая постоянно концентрирует внимание пациента на себе. Психогенный болевой синдром у женщин после развода, как правило, формируется на фоне таких негативных эмоциональных проявлений, как опустошенность, апатия, внутреннее истощение. Различают следующие формы психогенного болевого синдрома у женщин после развода: невротическая, психотическая, ипохондрическая и депрессивная. Возникновение психогенных болей у женщин после развода может наблюдаться в любой зоне женского тела. Болевой синдром у женщин после развода оказывает негативное влияние на организм женщины в любом возрасте, приводя к ухудшению течения физиологических процессов и препятствуя физическому и психологическому выздоровлению, снижая качество жизни женщины и вызывая чрезмерное страдание. Поэтому вопрос обеспечения эффективной реабилитационной помощи женщинам с болевым синдромом после развода очень актуален.

1.3 Методы психологической реабилитация женщин с болевым синдромом после развода

Подбор эффективных методов психологической реабилитация женщин с болевым синдромом после развода являются очень важной проблемой. Развод – серьезная психологическая травма для женщины, оказывающая крайне негативное влияние на ее личность. Такое состояние личности женщины приводит к необходимости использования услуг психологов, оказывающих психологическую помощь в период после развода. Рассмотрим особенности и методы антистрессовой психологической реабилитация женщин с болевым синдромом после развода с целью улучшения качества жизни таких женщин [37].

Подготовка к антистрессовой реабилитационной работе с женщиной в

ситуации развода должна начинаться с первой фазы, называемой фазой знакомства, цель которой – налаживание контакта с пострадавшей женщиной. От тональности этого знакомства, его неформального характера во многом зависит дальнейший прогресс в реабилитации. Без атмосферы открытости, искренности, безоговорочного принятия и понимания никакая психологическая помощь женщине, переживающей последствия развода, не будет успешной. Поэтому психолог-практик должен быть готов к скептицизму, негативизму, отстраненности, а иногда и к агрессии пострадавшей женщины, обесценению ею возможностей специалиста. Важно принимать и понимать сопротивление травмированной, истощенной женщины любым вмешательством, шаг за шагом преодолевая сомнения, растапливая лед недоверия. Следует быть готовым к тому, что глубокие доверительные отношения возникнут далеко не сразу. А только они помогут определить, что сильнее всего травмировало женщину, пережившую развод, и позволят вдвоем отыскать пути возвращения к обыденной жизни [4].

Для атмосферы подлинного доверия совсем не нужны хорошо оборудованные кабинеты, компьютерные диагностики или сложные психотерапевтические интервенции. Только открытый диалог, терпение, понимание, сочувствие помогут в сотрудничестве отыскать эффективные именно для конкретной женщины слова эмоциональной поддержки и формы помощи. Этап знакомства иногда растягивается на дни и недели, но его искусственное сокращение может свести на нет все дальнейшие усилия. Даже после удачного знакомства пострадавшая женщина еще долго будет относиться к психологу-практику подозрительно [30].

Вторая фаза подготовки к реабилитации женщин с болевым синдромом после развода – это углубление доверительных отношений. Для ее успешного прохождения следует учитывать и помогать разрешать такие противоречия, которые часто возникают в ходе общения:

- с одной стороны, женщина всегда хочет, чтобы ее поняли, а с другой – боится, что это действительно невозможно, потому что такое, как ей, кажется,

трудно понять вообще;

- с одной стороны, женщина стремится поделиться с психологом своими сокровенными страхами (беспомощности, ненужности и т.д.), а с другой, она не знает, как замаскировать свой страх;

- с одной стороны, женщина очень надеется, что психолог каким-то чудом поможет ей восстановить утраченное доверие в отношениях с членами семьи, бывшим супругом, а с другой – не хочет делиться наиболее болезненным, потерей взаимопонимания;

- с одной стороны, женщина стремится обсудить с психологом свои проблемы, связанные с разводом, а с другой – она очень встревожена из-за негативных чувств, которые вызывает ситуация развода, и эта тема кажется ей неестественной для разговоров с почти незнакомым человеком [14].

После знакомства и достижения доверия в отношениях, целью третьей фазы становится первичная диагностика. Не стоит предлагать женщине, с которой удалось наладить доверительные отношения, какие-либо стандартизированные методики, батареи тестов. Главный диагностический инструмент для специалиста, настроенного на реабилитацию – это непринужденный разговор, беседа. При наличии опыта даже краткий обмен репликами в коридоре дает психологу ценный материал по поводу переживаний человека, его готовности работать над собой, веры в собственное будущее [19].

Рассмотрим аспекты диагностики, знание которых в дальнейшем могло бы помочь выбрать максимально эффективные для реабилитации женщин с болевым синдромом после развода методы. Следует, прежде всего, определить:

- актуальное состояние, в котором находится травмированная женщина на момент обращения к специалисту (подавленность, страхи, раздраженность, истощенность, отстраненность и т.п.) [55];

- характер травмирования, его особенности, продолжительность, давность;

- предварительные травмы, которые были в течение жизни, их характер, продолжительность, последствия;

- способы преодоления возникавших ранее кризисных ситуаций;

- наличие или недостаток мотивации к восстановлению, готовности к изменениям в собственной жизни;

- вероятность получения поддержки со стороны семьи, друзей, близкого окружения [56].

В результате диагностических интервенций психолог должен понять, с какой личностью он будет иметь дело, какие у нее сильные и слабые стороны, на какие черты ее характера желательно опираться, какие внутренние ресурсы усиливать [30].

Четвертая фаза подготовки к антистрессовой реабилитации после знакомства и первичной диагностики – это обеспечение группы поддержки для женщины, с которой работает психолог. Должен быть переосмыслен и максимально активизирован реабилитационный потенциал детей и других родственников, потому что именно в семье женщина получает столь важные для обновления ее психологического здоровья дозы внимания, принятия, оптимизма [57].

Родственники как нельзя лучше влияют на интенсификацию погасшей активности женщины, которая переживает последствия развода. Готовым к сотрудничеству родственникам и друзьям женщины необходимо объяснять, что именно их терпение, понимание, тактичность, готовность быть рядом являются лучшим средством для реабилитации. Именно так у травмированной женщины восстанавливаются силы, появляется вера в себя, происходит переосмысление травматического опыта в ситуации развода, его не только разрушительные, но и конструктивные последствия [32].

После прохождения всех четырех фаз подготовки к антистрессовой реабилитации, а именно: знакомства, углубления доверительных отношений, первичной диагностики и обеспечения группы поддержки можно переходить непосредственно к реабилитационному процессу с его этапами, технологиями и техниками [54].

Антистрессовая реабилитация не должна останавливаться только на

реадаптации, на возвращении женщины к прежней жизни, которая была у нее до развода. Хотя со стороны пострадавшей именно таковы главные ожидания. Для специалиста сверхцелью становится активизация способности жизнетворения, то есть способности самостоятельно управлять собственной жизнью, перестраивать ее, реализовывать обновленные проекты собственного будущего в семейной, личной, профессиональной сферах [58].

Творческое отношение женщины к собственной жизни предполагает восстановление желания самотрансформаций, готовности к неожиданностям, изменению ценностных ориентаций, характера деятельности, поля общения, форм самореализации [33].

Вспомним индикаторы психологического здоровья личности. Именно на них базируется разработка технологий реабилитации, которые должны действовать синхронно в четырех направлениях (женщин после развода с болевым синдромомьно-инструментально-пространственно-временном). Эти направления должны усиливать друг друга и способствовать восстановлению психологического здоровья женщины после развода. Женщин после развода с болевым синдромомьное направление должно быть направлено на восстановление частично утраченной целостности личности травмированной женщины, ее сбалансированности, самоурегулированности; инструментальный – для восстановления пониженной самоэффективности личности женщины, ее способности самореализовываться в различных видах деятельности; пространственный – повышение коммуникативной компетентности женщины, налаживание отношений, преодоление чувства отчуждения от окружающих, конструктивное разрешение конфликтов; временной – на ценностно-смысловую сферу личности женщины, переоценку ценностей, активизацию поиска новых жизненных ориентиров, новых смыслов после развода [4].

Реабилитационные технологии и методы улучшения психологического состояния личности являются совокупностью техник, интервенций, процедур, используемых для поддержки и восстановления психологического здоровья личности. Формы коллективной коммуникации, в которых практически

используются технологии, могут быть разнообразными: групповая работа, стратегические сессии и т.д. [12].

Процесс социально-психологического обновления личности женщины после развода можно разделить на следующие этапы: подготовительный, базовый и завершающий (поддерживающий). На каждом этапе целесообразно использовать некоторые реабилитационные технологии, состоящие из соответствующих методов [59].

Только органическое сочетание процедурных, технических моментов реабилитации и ценностно-смысловых аспектов поддержки и восстановления психологического здоровья личности травмированной после развода женщины обеспечивает последовательное, успешное прохождение каждого из этапов [21].

Целью подготовительного этапа является как можно более полное и заинтересованное вовлечение женщины, нуждающейся в реабилитации, в совместную работу, пробуждение и усиление ее мотивации. Технологии, которые целесообразно использовать на подготовительном этапе реабилитации представлены: технологией преодоления недостаточной мотивации относительно собственной жизни; технологией поиска эффективных мотиваторов; технологией активизации слепых зон внимания. Рассмотрим каждую технологию в отдельности, сосредотачиваясь на психологических методах, обеспечивающих ее эффективность. Помимо предложенных, каждый практический психолог, безусловно, может нарабатывать собственные методы, опираясь на собственный опыт и ориентируясь на индивидуальные особенности клиента [16].

Технология преодоления недостаточной мотивации, с которой начинается длительная работа на первом этапе обновления, предполагает использование следующих реабилитационных методов:

- метод активизации желания самоизменений, предусматривающий воспоминания женщины о том периоде жизни, который был положительным, удачным, когда хотелось и удавалось чему-то учиться, изменяться, развиваться;

- метод активизации положительных воспоминаний, который базируется на диалоге о ярких и счастливых моментах жизни, значимых отношениях, любимом труде, победах на конкурсах и спортивных соревнованиях и т.п.;

- метод стимуляции положительным примером, предлагающий реальное и виртуальное знакомство с разведенными женщинами, которые успешно преодолели последствия травматизации после развода, и нашли себя вновь [19].

Технология поиска новых мотиваторов основывается на таких реабилитационных методах, как:

- метод грез и фантазий о желаемом будущем, что предполагает диалог, который лучше начинать с детских, юношеских мечтаний и постепенно переходить к мечтам о будущем;

- метод создания киносценария, сказки, рассказа, когда складывается история о жизни женщины через 5-10 лет;

- метод преодоления препятствий, основанный на поощрении ретроспективного взгляда на предыдущие сложные ситуации и способы, которые помогли выстоять, победить;

- метод активизации поддержки окружения, когда кроме привлечения семьи и друзей также практикуется поощрение женщины к участию в тематических группах, создаваемых в социальных сетях, к обсуждению с единомышленниками общих проблем [53].

Технология активизации слепых зон внимания, предполагает использование следующих реабилитационных методов:

- метод описания собственного дня, предусматривающего диалог о способе организации времени жизни, о типичном дне сегодня и до развода, благодаря чему стимулируется осознание изменений в привычках, предпочтениях и т.п.;

- метод создания шаржа, карикатуры на себя, что помогает осознать свое отношение к собственному внешнему виду, изменениям в отношении окружающих после развода;

- метод развития рефлексивности, позволяющей тренировать видение самого себя глазами другого человека [52].

Целью базисного этапа антистрессовой реабилитации женщины после развода является активизация способности женщины самостоятельно направлять, изменять свою жизнь в желаемом направлении, брать на себя ответственность за собственное жизнетворение. Технологии, которые целесообразно использовать на базовом этапе реабилитации включают: технологию проектирования будущего с помощью жизненных выборов; технологию апробаций проектов будущего с помощью жизненных задач; технологию реализации задач с помощью оптимизации практикования [1].

Чтобы обеспечить результативность технологии проектирования будущего с помощью жизненных выборов применяются реабилитационные методы:

- метод пробуждения интереса к новому, основой которого является тренировка гибкости, стимулирование умения переводить внимание, изменять привычную деятельность, способ общения, форму проведения свободного времени;

- метод отсрочки удовольствий, когда человек учится ориентироваться на значимые ценности, сравнивать альтернативы, моделировать возможные последствия;

- метод изменения фокуса автобиографирования, который предлагает создание истории о собственной жизни сначала с акцентом на роли автора во всем происходящем, а затем – на роли друзей и врагов, единомышленников и оппонентов [5].

Технология апробаций проектов будущего с помощью жизненных задач наиболее эффективна в случае использования таких реабилитационных методов, как:

- метод реалистической оценки собственных ограничений, предусматривающий учет имеющегося ресурса, вероятных препятствий на пути решения задач, индивидуально-психологических, возрастных, финансовых и других особенностей собственного статуса;

- метод освобождения будущего от бремени травматических переживаний,

основанный на оказании женщине помощи в осознании собственной роли в редактировании своей жизнеописания после развода;

- метод смены адресатов, ставящий целью поощрение женщины к созданию нескольких версий собственного будущего, которые бы она могла адресовать товарищу, подруге, матери, случайному попутчику и т.д. [11].

Технология реализации задач с помощью оптимизации практикования, использует следующие реабилитационные методы:

- метод преодоления калейдоскопичности воспоминаний, в основе которой лежит помощь в выстраивании целостной жизненной истории, соблюдении не только хронологической, но и смысловой последовательности событий;

- метод изменения акцентов в пережитом, что предполагает стимулирование травмированной женщины к переосмыслению второстепенных аспектов собственной истории, пониманию роли случайных участников;

- метод совместного видения ситуации, согласно которой происходит сочетание опыта участников группы, распределение ответственности, выработка более адекватных способов поведения и т.д. [13].

Целью завершающего (поддерживающего) этапа антистрессовой реабилитации является восстановление психологического здоровья личности женщины, ее способности к личностному росту. Технологии, которые целесообразно использовать на завершающем этапе реабилитации представлены: технологией интеграции травматического опыта; технологией выработки отношения к травме как к ресурсу; технологией улучшения среды жизнедеятельности [22].

Технология интеграции травматического опыта, подразумевает использование следующих основных реабилитационных методов:

- метод восстановления целостности собственной жизни включает переосмысление пережитой травмы развода в причинно-следственных связях с собственным прошлым и будущим;

- метод объединения жизненных событий в гармоническую композицию, суть которой заключается в сравнении версий Я-чувственного и Я-

рефлексивного, снижении интенсивности негативных переживаний, новом взгляде на собственные возможности, качества, умения;

- метод развития толерантности к облегчающему окружению включает принятие других людей с их непохожими позициями, выработку более гибкого отношения к разным, иногда противоположным взглядам на произошедшее и т.д. [26].

Технология выработки нового отношения к разводу как к ресурсу, включает следующие реабилитационные методы:

- метод психоэдукции, предполагающий своевременное информирование пострадавшей женщины о вполне реальной возможности и высокой вероятности посттравматического роста;

- метод повышения оптимистичности, позволяющей сосредотачивать внимание на позитиве, на приятных неожиданностях, ежедневных желаемых переменах;

- метод превращения разрушительной энергии стресса в восстановительную, базирующуюся на диалоге о том, что совсем не обязательно становиться жертвой испытаний, что энергию стресса можно эффективно использовать и т.д. [28].

Технология улучшения среды жизнедеятельности, включает следующие реабилитационные методы:

- метод содействия углубленному взаимодействию человека с природой, предусматривающий организацию систематических посещений пострадавшими женщинами леса, сада, парка, ухода за растениями, участие в групповых и индивидуальных сессиях на свежем воздухе;

- метод включения физической активности в повседневную жизнь, что делает упор на ежедневной физкультуре, дыхательных и релаксационных упражнениях, прогулках, посещении спортзала или бассейна и многие другие методы психологической реабилитации [51].

Можем утверждать, что ситуация развода является серьезной психологической травмой для женщины, и оказывает крайне негативное влияние

на ее личность. Такое состояние личности женщины приводит к необходимости использования услуг психологов, оказывающих психологическую помощь в период после развода. В процессе антистрессовой психологической реабилитации женщин с болевым синдромом после развода целесообразно использовать различные реабилитационные методы, например метод активизации желания самоизменений, метод активизации положительных воспоминаний; метод стимуляции положительным примером, метод реалистической оценки собственных ограничений, метод освобождения будущего от бремени травматических переживаний, метод психоэдукции, метод повышения оптимистичности, метод превращения разрушительной энергии стресса в восстановительную и т.д. Только органическое сочетание процедурных, технических моментов реабилитации и ценностно-смысловых аспектов поддержки и восстановления психологического здоровья личности травмированной после развода женщины обеспечивает последовательное, успешное прохождение реабилитации. Антистрессовая психологическая реабилитация обладает большим потенциалом для восстановления после травматизации женщины в ситуации развода, поскольку создает условия для личного и глубокого взаимодействия женщины с собой, активизирует внутренние ресурсы, способствует снижению тревожности, улучшению сна, появлению бодрости и т.д.

ГЛАВА 2 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВАЮЩИХ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПОСЛЕ РАЗВОДА

2.1 Методы и организация исследования

Объект исследования – психологические особенности личности женщин, переживающих ситуацию развода.

Предмет исследования – психологические особенности женщин, переживающих болевой синдром после развода.

Цель исследования – изучить психологические особенности личности женщин после развода с болевым синдромом.

Гипотеза исследования основывается на предположении о том, что:

1) женщины, переживающие развод, характеризуются снижением толерантности к неопределённости, стрессоустойчивости, повышением невротичности, депрессивности и тревожности;

2) женщины с болевым синдромом после развода имеют более низкий уровень стрессоустойчивости, толерантности к неопределённости, а также более высокий уровень тревожности, депрессивности и невротичности, нежели женщины, переживающие развод без болевого синдрома;

3) у женщин после развода, проходящих антистрессовую реабилитацию, повышается толерантность к неопределённости, стрессоустойчивость, снижается тревожность, невротичность, депрессивность.

Процедура эмпирического исследования:

1 Этап. Осуществление подбора методологического инструментария изучения психологических особенностей личности женщин, переживающих развод.

2 Этап. Проведение диагностики исходного состояния психологических особенностей личности женщин, переживающих болевой синдром после развода.

3 Этап. Реализация программы психологической реабилитации после развода.

4 Этап. Оценка эффективности реализации программы.

5 Этап. Математико-статистическая обработка данных и анализ результатов исследования.

Эмпирическая база исследования. Эмпирическое исследование проводилось на базе службы психологической помощи населению г. Москва. В исследовании приняли участие 60 разведенных женщин, в возрасте от 30 до 60 лет. Женщины были разделены по 30 человек на две группы: группа №1 – женщины с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» и группа № 2 – женщины без болевого синдрома.

Характеристика выборки исследуемых представлена в виде таблицы 1.

Таблица 1

Характеристика выборки исследуемых

№	ФИО (инициалы)	Группы	Возраст
1	ИЭД	с диагнозом «болевой синдром»	38 лет
2	ЕВВ	с диагнозом «болевой синдром»	30 лет
3	ИВВ	с диагнозом «болевой синдром»	40 лет
4	НРВ	с диагнозом «болевой синдром»	44 года
5	ВХМ	с диагнозом «болевой синдром»	35 лет
6	ИСЭ	с диагнозом «болевой синдром»	39 лет
7	ЕМК	с диагнозом «болевой синдром»	31 год
8	ВБВ	с диагнозом «болевой синдром»	48 лет
9	ЕВВ	с диагнозом «болевой синдром»	39 лет
10	ВХГ	с диагнозом «болевой синдром»	32 года
11	ЕНГ	с диагнозом «болевой синдром»	60 лет
12	ИВБ	с диагнозом «болевой синдром»	35 лет
13	ИНД	с диагнозом «болевой синдром»	40 лет
14	НБГ	с диагнозом «болевой синдром»	38 лет
15	ВРН	с диагнозом «болевой синдром»	41 год
16	ЭХН	с диагнозом «болевой синдром»	30 лет
17	ЕКХ	с диагнозом «болевой синдром»	33 года
18	ВВЧ	с диагнозом «болевой синдром»	56 лет

19	МВВ	с диагнозом «болевой синдром»	45 лет
20	ВЕВ	с диагнозом «болевой синдром»	53 года
21	ИНХ	с диагнозом «болевой синдром»	34 года
22	МТВ	с диагнозом «болевой синдром»	35 лет
23	НВВ	с диагнозом «болевой синдром»	54 года
24	НРЕ	с диагнозом «болевой синдром»	57 лет
25	ВРЕ	с диагнозом «болевой синдром»	56 лет
26	ФГР	с диагнозом «болевой синдром»	30 лет
27	ТВГ	с диагнозом «болевой синдром»	58 лет
28	НРЦ	с диагнозом «болевой синдром»	35 лет
29	ВВЧ	с диагнозом «болевой синдром»	38 лет
30	АИИ	с диагнозом «болевой синдром»	30 лет
31	ИВД	без болевого синдрома	38 лет
32	ПРО	без болевого синдрома	30 лет
33	ИИА	без болевого синдрома	40 лет
34	НФВ	без болевого синдрома	44 года
35	ВИЗ	без болевого синдрома	35 лет
36	ВЮШ	без болевого синдрома	39 лет
37	ЕИП	без болевого синдрома	31 год
38	ВАВ	без болевого синдрома	48 лет
39	ЕВЛ	без болевого синдрома	39 лет
40	ВАВ	без болевого синдрома	32 года
41	ЕНИ	без болевого синдрома	60 лет
42	ИВИ	без болевого синдрома	35 лет
43	ИНФ	без болевого синдрома	40 лет
44	НАГ	без болевого синдрома	38 лет
45	ВРЛ	без болевого синдрома	41 год
46	НИХ	без болевого синдрома	30 лет
47	НИМ	без болевого синдрома	33 года
48	ВЭЖ	без болевого синдрома	56 лет
49	МЕП	без болевого синдрома	45 лет
50	ВЗЕ	без болевого синдрома	53 года
51	ИАА	без болевого синдрома	34 года
52	МАА	без болевого синдрома	35 лет
53	НЭА	без болевого синдрома	54 года
54	НФР	без болевого синдрома	57 лет
55	ВТИ	без болевого синдрома	56 лет
56	ФАП	без болевого синдрома	30 лет
57	ТБМ	без болевого синдрома	58 лет
58	МИР	без болевого синдрома	35 лет
59	МЕИ	без болевого синдрома	38 лет
60	ИАВ	без болевого синдрома	30 лет

Для выявления исходного состояния психологических особенностей личности исследуемых женщин, переживающих развод, были использованы следующие **методики**:

1. Методика диагностики уровня стрессоустойчивости Т. Холмса и Р.

Раге.

Цель методики: определение уровня стрессоустойчивости личности взрослого человека.

Инструкция методики. Вам предлагается 43 утверждения. Постарайтесь вспомнить все события, случившиеся с Вами в течение последнего года, и подсчитайте общее число «заработанных» вами очков. Если какая-либо ситуация возникала у вас чаще одного раза, то полученный результат следует умножить на данное количество раз.

Интерпретация результатов. Обработка проводится в форме сложения баллов событий, которые присутствовали в жизни тестируемого за последний год. По сумме набранных баллов определяется степень стрессоустойчивости личности:

- меньше 150 баллов - большая стрессоустойчивость;
- 150-199 баллов - высокая стрессоустойчивость;
- 200-299 балов - пороговая стрессоустойчивость;
- 300 и более баллов - низкая стрессоустойчивость (ранимость).

Стимульный материал методики Т. Холмса и Р. Раге представлен в Приложении 1.

2. Методика «Шкала толерантности к неопределённости» Д. МакЛейна.

Цель методики: определение склонности личности к жёсткой регламентации жизни и полной известности происходящего, либо открытости и неопределённости.

Инструкция методики. В 2010 году методика была адаптирована Е.Н. Осиным. Методика «Шкала толерантности к неопределённости» МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина состоит из 19 вопросов закрытого типа, направленных на измерение склонности личности к жесткой регламентации жизни и полной известности происходящего, либо открытости и неопределенности. При заполнении необходимо оценить верность высказывания относительно себя, это предлагается сделать с помощью 7-балльной шкалы, где: 1 – соответствует

«совершенно не согласен»; 4 – «что-то среднее»; 7 – «полностью согласен.

Интерпретация результатов. Результат вычисляется по ключу с учетом прямых и обратных значений. Опросник представлен 6 субшкалами, которые измеряют деятельностно-смысловой компонент толерантности к неопределенности.

Субшкалы сгруппированы по трем типам стимулов:

- Отношение к новизне (ON).
- Отношение к сложным ситуациям (OSZ).
- Отношение к неопределенным ситуациям (ONS).

И двум типам отношения:

- Предпочитание неопределенности (PN).
- Толерантность к неопределенности (TN).

Общий балл (O).

Стимульный материал методики «Шкала толерантности к неопределённости» Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина представлен в Приложении 2.

3. Методика «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга.

Цель методики: определение уровня тревоги личности взрослого человека.

Инструкция методики. Методика включает в себя 20 пунктов. 5 пунктов оценивают аффективные симптомы, остальные 15 оценивают соматические симптомы. Шкала заполняется пациентом. Заполнение требует около 3 минут после краткого инструктирования пациента. Заполнение шкалы является простой процедурой, требующей 20 минут. Пациента просят проставить крестики в соответствующих ячейках бланка шкалы. Допускается выбор четырех степеней тяжести: «очень редко», «редко», «часто» и «большую часть времени или постоянно», кодирующихся как 1, 2, 3 и 4 (соответственно).

Интерпретация результатов. Балл определяется в соответствии с 4 градациями степени выраженности симптома по каждому пункту. Ответы на пункты 5, 9, 13, 17 и 19 кодируются «зеркально». Максимальный суммарный

балл составляет 80. По сумме набранных баллов определяется степень тревоги личности:

- меньше 50 баллов – низкий уровень тревоги;

- 51-69 баллов – средний уровень тревоги;

- 70-80 балов – высокий уровень тревоги.

Стимульный материал методики «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга представлен в Приложении 3.

4. Методика «Шкала депрессии» А.Т. Бека.

Цель методики: определение уровня депрессии личности.

Инструкция методики. Методика включает в себя 21 пункт и 2 субшкалы. Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А). Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P). Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них.

Интерпретация результатов. Каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 баллов в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 баллов. По сумме набранных баллов определяется степень депрессии личности:

- 0-9 баллов – отсутствие депрессивных симптомов;

- 10-15 баллов – легкая депрессия (субдепрессия);

- 16-19 баллов – умеренная депрессия;

- 20-29 баллов – выраженная депрессия (средней тяжести);

- 30-63 балла – тяжелая депрессия.

Стимульный материал методики «Шкала депрессии» А.Т. Бека представлен в Приложении 4.

5. Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса.

Цель методики: определение уровня невроза личности.

Инструкция методики. Методика включает в себя 40 утверждений. За каждый положительный ответ присваивается 1 балл.

Интерпретация результатов. Подсчитывается количество набранных баллов. Максимальное количество набранных баллов – 40. По сумме набранных баллов определяется степень выраженности невроза личности:

- 24 балла и более – высокий уровень выраженности невроза;
- 11-23 баллов – средний уровень выраженности невроза;
- 0-10 балов – низкий уровень выраженности невроза.

Стимульный материал методики экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса представлен в Приложении 5.

Проверка на нормальность осуществлялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Уровень значимости критерия ниже, чем 0,05, что значит, что распределение выборки является ненормальным, и для обработки данных подходят непараметрические методы. Поэтому для сравнительного анализа использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Расчеты производились при помощи программы Статистика 22.0.

В ходе проведения экспериментального исследования психологических особенностей личности женщин, переживающих развод, использовали диагностический инструментарий, который был подобран в соответствии с поставленной исследовательской целью и задачами эмпирического исследования. Методический инструментарий исследования и его содержание было подобрано, учитывая возрастные и психологические особенности обследуемых, а также учитывая необходимость глубоко и всесторонне изучить психологические особенности личности женщин, переживающих развод.

Итак, подобранные методики позволяют решить поставленные в работе задачи эмпирического исследования и достичь исследовательскую цель.

2.2 Анализ результатов исследования психологических состояний и личностных особенностей женщин после развода

Для определения уровня стрессоустойчивости личности исследуемых женщин после развода использовали методику диагностики уровня стрессоустойчивости Т. Холмса и Р. Раге. Сырые данные определения уровня стрессоустойчивости личности исследуемых женщин после развода по методике Т. Холмса и Р. Раге представлены в Приложении 6.

По результатам диагностики уровня стрессоустойчивости личности исследуемых женщин после развода по методике Т. Холмса и Р. Раге было выявлено следующее. У всех исследуемых женщин после развода уровень стрессоустойчивости понижен.

В группе женщин с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» картина следующая.

Так, у 23 исследуемых женщин после развода с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» (77%) выявлен низкий уровень стрессоустойчивости, что негативно. Для таких женщин характерна высокая степень стрессовой нагрузки и проявление ранимости. Это приводит к тому, что женщина вынуждена почти всю свою энергию и ресурсы тратить на борьбу с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса. У таких женщин при возникновении стресса необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс, поскольку такая женщина близка к нервному истощению.

7 исследуемых женщин после развода с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» (23%) показали наличие пороговой стрессоустойчивости. Для таких женщин характерна средняя сопротивляемость стрессу и степень стрессовой нагрузки. У таких женщин стрессоустойчивость снижается с увеличением стрессовых ситуаций в жизни. Это приводит к тому, что личность вынуждена большую часть своей энергии и ресурсов тратить на борьбу со стрессом.

Ни одна из исследуемых женщин после развода с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» не показала высокий или очень высокий уровень стрессоустойчивости, что является негативной тенденцией.

Что касается группы разведенных женщин без болевого синдрома, то картина следующая.

Так, у 12 исследуемых женщин после развода без болевого синдрома (40%) выявлен низкий уровень стрессоустойчивости. И у 18 исследуемых женщин после развода без болевого синдрома (60%) выявлен пороговый уровень стрессоустойчивости.

Ни одна из исследуемых женщин после развода без болевого синдрома не показала высокий или очень высокий уровень стрессоустойчивости, что является негативной тенденцией.

Процентное соотношение исследуемых женщин после развода с болевым синдромом и без него по уровню стрессоустойчивости представим в виде рисунка 9.

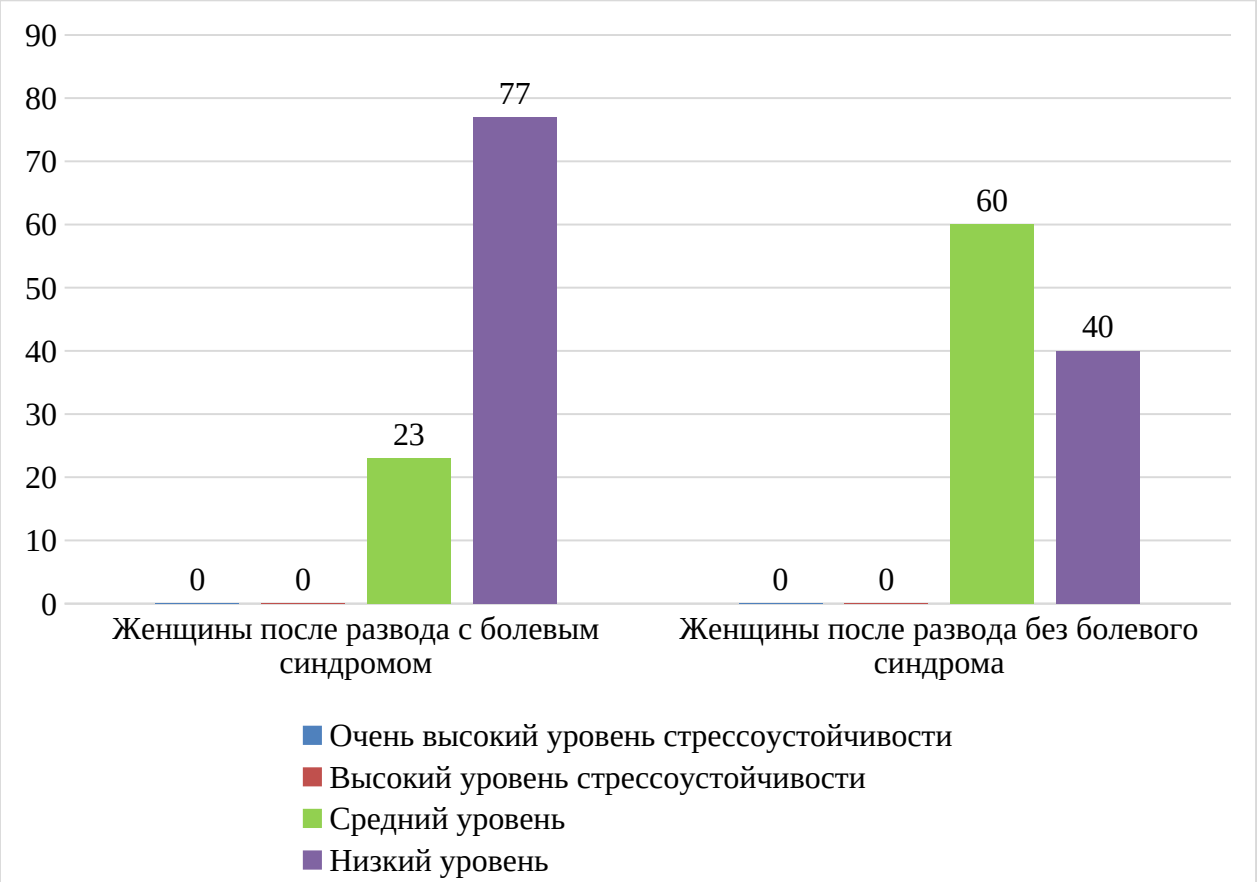

Рисунок 9 – Процентное соотношение исследуемых женщин после развода с болевым синдромом и без него по уровню стрессоустойчивости, %

Результаты сравнительного анализа уровня стрессоустойчивости личности

исследуемых женщин после развода с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» и без болевого синдрома по методике Т. Холмса и Р. Раге представлены в виде таблицы 2.

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа уровня стрессоустойчивости личности исследуемых разведенных женщин

Наименование фактора	Кол-во баллов (ср. значения)		Значение U-критерия Манна-Уитни
	Женщины с диагнозом «болевой синдром»	Женщины без болевого синдрома	
Уровень стрессоустойчивости	297,37	263,93	**0,59***

*Примечание: выявленные различия при уровне значимости $p \leq 0,05$. Выявленные различия отмечены жирным шрифтом. Чем выше балл, тем ниже стрессоустойчивость.

Критериальное сравнение значений уровня стрессоустойчивости личности исследуемых разведенных женщин с болевым синдромом и без него показало наличие значимых различий, а, именно, у женщин после развода с болевым синдромом уровень стрессоустойчивости значительно ниже, чем у женщин после развода без болевого синдрома. При этом, стоит отметить, что у женщин обоих групп диагностирован пониженный уровень стрессоустойчивости.

Для определения особенностей толерантности к неопределенности у исследуемых женщин после развода использовали методику «Шкала толерантности к неопределённости» Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина.

Сырые данные по методике «Шкала толерантности к неопределённости» Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина для исследуемых женщин после развода представлены в Приложении 7.

По результатам методики выявлено, что исследуемым женщинам после развода характерен достаточно низкий уровень толерантности к неопределенности.

В группе женщин с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» картина следующая.

Так, у 24 исследуемых женщин после развода с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» (80%) выявлен низкий уровень толерантности к неопределенности. Таким женщинам после развода свойственно ощущение дискомфорта при возникновении сложной, неоднозначной ситуации, они стараются внести в собственную жизнь больше однозначности, часто за счет искусственного упрощения сложной реальности и закрывания глаз на реально существующую проблему. 6 женщин после развода с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» (20%) показали наличие среднего уровня толерантности к неопределенности. Эти женщины способны к осознанию и принятию сложностей, неоднозначности и непредсказуемости окружающей их реальности, могут принимать происходящее и учитывать это при координации собственных действий.

Что касается группы разведенных женщин без болевого синдрома, то картина следующая. У 18 исследуемых женщин после развода без болевого синдрома (60%) выявлен низкий уровень толерантности к неопределенности. И у 12 исследуемых женщин после развода без болевого синдрома (40%) выявлен средний уровень толерантности к неопределенности.

Процентное распределение исследуемых женщин после развода с болевым синдромом и без него по уровню толерантности к неопределенности представим в виде рисунка 10.

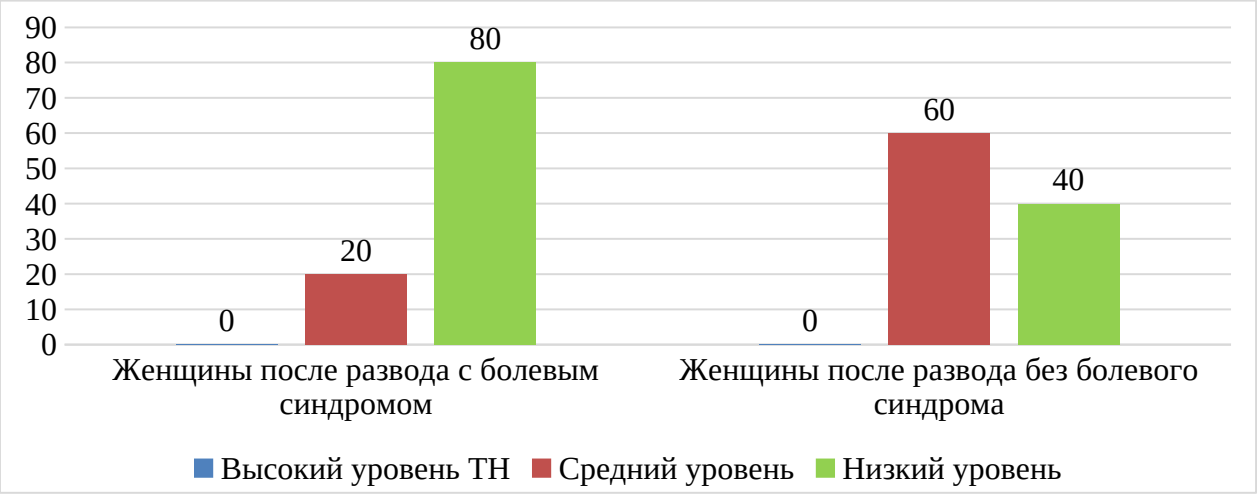

Рисунок 10 – Процентное распределение исследуемых женщин после развода с болевым синдромом и без него по уровню толерантности к неопределенности, %

Результаты сравнительного анализа уровня толерантности к неопределенности личности исследуемых женщин после развода с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» и без болевого синдрома по методике Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина представлены в виде таблицы 3.

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа уровня стрессоустойчивости личности исследуемых разведенных женщин

Наименование фактора	Кол-во баллов (ср. значения)		Значение U-критерия Манна-Уитни
	Женщины с диагнозом «болевой синдром»	Женщины без болевого синдрома	
Отношение к новизне (ON)	11,33	12,77	**0,62***
Отношение к сложным задачам (OSZ)	27,8	29,8	**0,58***
Отношение к неопределенным ситуациям (ONS)	33,37	36,07	**0,55***
Предпочтение неопределенности (PN)	42,87	45,63	**0,61***
Толерантность к неопределенности (TN)	43,03	45,53	**0,56***
Общий уровень ТН	87,57	93,03	**0,34***

*Примечание: выявленные различия при уровне значимости $p \leq 0,05$. Выявленные различия отмечены жирным шрифтом. Чем ниже балл, тем ниже ТН.

Критериальное сравнение значений уровня толерантности к неопределенности личности исследуемых разведенных женщин с болевым синдромом и без него показало наличие значимых различий, а, именно, у женщин после развода с болевым синдромом уровень толерантности к

неопределенности значительно ниже, чем у женщин после развода без болевого синдрома. При этом, стоит отметить, что у женщин обоих групп диагностирован пониженный уровень толерантности к неопределенности.

Для определения уровня тревоги личности исследуемых женщин после развода с болевым синдромом и без него использовали методику «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга. Сырые данные по методике «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга для исследуемых женщин после развода представлены в Приложении 8.

По результатам диагностики уровня тревоги личности исследуемых женщин после развода по методике В. Цунга было выявлено следующее. У всех исследуемых женщин после развода уровень тревоги повышен.

В группе женщин с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» картина следующая.

Так, у 20 исследуемых женщин после развода с болевым синдромом (67%) выявлен высокий уровень тревоги, что негативно. Для таких женщин характерна высокая степень тревожности, раздражительности, пониженный фон настроения, апатия.

10 исследуемых женщин после развода с болевым синдромом (33%) показали наличие среднего уровня тревоги. Для таких женщин характерна средняя тревожность, раздражительность, резкая смена настроения.

Ни одна из исследуемых женщин после развода с болевым синдромом не показала низкий уровень тревоги, что является негативной тенденцией.

Что касается группы разведенных женщин без болевого синдрома, то картина следующая.

У 13 исследуемых женщин после развода без болевого синдрома (43%) выявлен высокий уровень тревожности.

И у 17 исследуемых женщин после развода без болевого синдрома (57%) выявлен средний уровень тревожности.

Ни одна из исследуемых женщин после развода без болевого синдрома не показала низкий уровень тревоги, что является негативной тенденцией.

Процентное соотношение исследуемых женщин после развода с болевым синдромом и без него по уровню тревоги представим в виде рисунка 11.

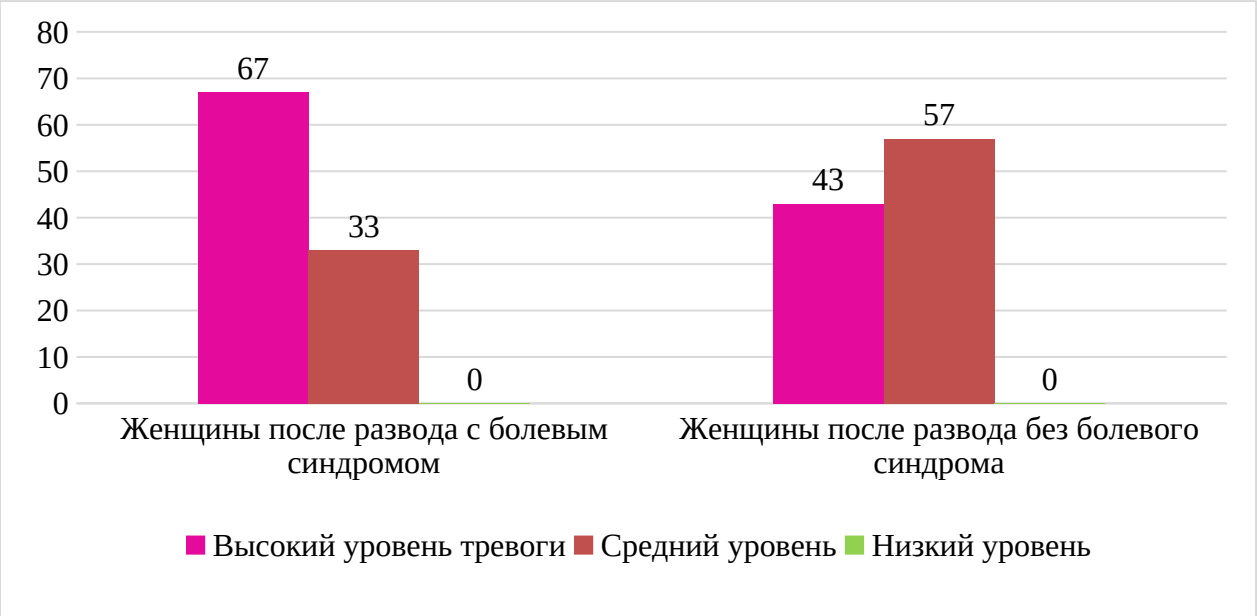

Рисунок 11 – Процентное соотношение исследуемых женщин после развода с болевым синдромом и без него по уровню тревоги, %

Результаты сравнительного анализа уровня тревожности личности исследуемых женщин после развода с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» и без болевого синдрома по методике В. Цунга представлены в виде таблицы 4.

Таблица 4

Результаты сравнительного анализа уровня тревожности личности исследуемых разведенных женщин

Наименование фактора	Кол-во баллов (ср. значения)		Значение U-критерия Манна-Уитни
	Женщины с диагнозом «болевой синдром»	Женщины без болевого синдрома	
Уровень тревожности	71,0	66,5	**0,39***

*Примечание: выявленные различия при уровне значимости p≤0,05. Выявленные различия отмечены жирным шрифтом. Чем выше балл, тем выше тревожность.

Критериальное сравнение значений уровня тревожности личности исследуемых разведенных женщин с болевым синдромом и без него показало наличие значимых различий, а, именно, у женщин после развода с болевым синдромом уровень тревожности значительно выше, чем у женщин после развода без болевого синдрома. При этом, стоит отметить, что у женщин обоих групп диагностирован повышенный уровень тревожности.

Для определения уровня депрессии личности исследуемых женщин после развода использовали методику А.Т. Бека. Сырые данные определения уровня депрессии личности исследуемых женщин после развода по методике А.Т. Бека представлены в Приложении 9.

По результатам диагностики уровня депрессии личности исследуемых женщин после развода по методике А.Т. Бека было выявлено следующее. У всех исследуемых женщин после развода уровень депрессии достаточно высокий.

В группе женщин с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» картина следующая.

Так, у 14 исследуемых женщин после развода с болевым синдромом (47%) выявлена тяжелая депрессия, что крайне негативно. 10 исследуемых женщин после развода с болевым синдромом (33%) показали наличие выраженной депрессии (средняя тяжесть). 6 исследуемых женщин после развода с болевым синдромом (20%) показали наличие умеренной депрессии.

Что касается группы разведенных женщин без болевого синдрома, то картина следующая.

У 7 исследуемых женщин после развода без болевого синдрома (23%) выявлена тяжелая депрессия, что крайне негативно.

14 исследуемых женщин после развода без болевого синдрома (47%) показали наличие выраженной депрессии (средняя тяжесть).

9 исследуемых женщин после развода без болевого синдрома (30%) показали наличие умеренной депрессии.

Процентное соотношение исследуемых женщин после развода с болевым

синдромом и без него по уровню депрессии представим в виде рисунка 12.

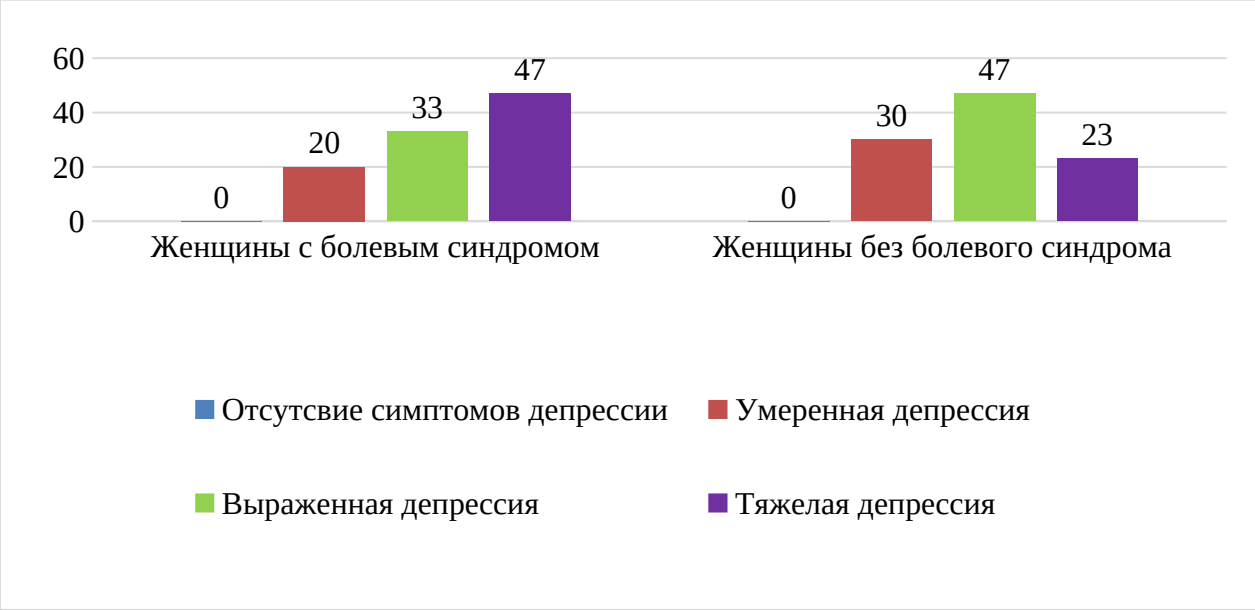

Рисунок 12 – Процентное соотношение исследуемых женщин после развода с болевым синдромом и без него по уровню депрессии, %

Результаты сравнительного анализа уровня депрессии личности исследуемых женщин после развода с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» и без болевого синдрома по методике А.Т. Бека представлены в виде таблицы 5.

Таблица 5

Результаты сравнительного анализа уровня депрессии личности исследуемых разведенных женщин

Наименование фактора	Кол-во баллов (ср. значения)		Значение U-критерия Манна-Уитни
	Женщины с диагнозом «болевой синдром»	Женщины без болевого синдрома	
Уровень депрессии	30,43	26,37	**0,68***

*Примечание: выявленные различия при уровне значимости p≤0,05. Выявленные различия отмечены жирным шрифтом. Чем выше балл, тем выше уровень депрессии.

Критериальное сравнение значений уровня депрессии личности исследуемых разведенных женщин с болевым синдромом и без него показало наличие значимых различий, а, именно, у женщин после развода с болевым синдромом уровень депрессии значительно выше, чем у женщин после развода без болевого синдрома. При этом, стоит отметить, что у женщин обоих групп диагностирован повышенный уровень депрессии.

Для определения уровня невроза личности исследуемых женщин после развода использовали методику экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса.

Сырые данные по методике экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса для исследуемых женщин после развода представлены в Приложении 10.

По результатам диагностики уровня невроза личности исследуемых женщин после развода м по методике К. Хека и Х. Хесса было выявлено следующее. У всех исследуемых женщин после развода уровень невроза повышен.

В группе женщин с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» картина следующая.

Так, у 15 исследуемых женщин после развода с болевым синдромом (50%) выявлен высокий уровень невроза, что негативно. Для таких женщин характерно наличие нервно-психических расстройств, психогенных по своей природе, являющихся следствием длительного или чрезмерного интенсивного эмоционального напряжения.

15 исследуемых женщин после развода с болевым синдромом (50%) показали наличие среднего уровня невроза.

Что касается группы разведенных женщин без болевого синдрома, то картина следующая.

У 6 исследуемых женщин после развода с болевым синдромом (20%) выявлен высокий уровень невроза, что негативно.

24 исследуемых женщин после развода с болевым синдромом (80%) показали наличие среднего уровня невроза.

Процентное соотношение исследуемых женщин после развода с болевым синдромом и без него по уровню невроза представим в виде рисунка 13.

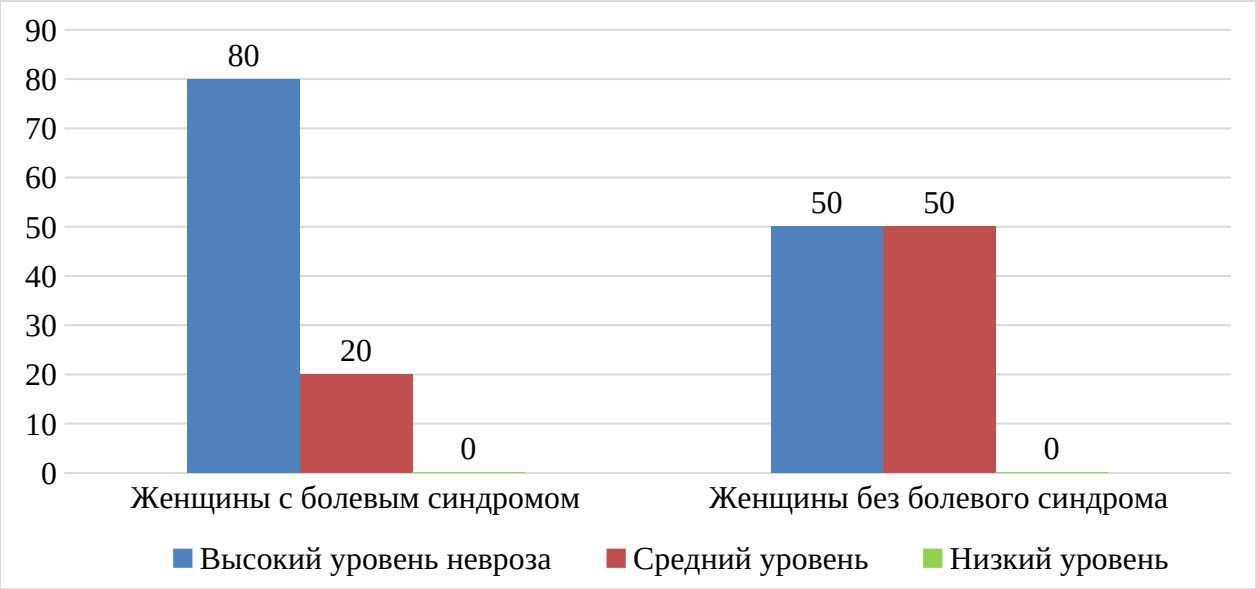

Рисунок 13 – Процентное соотношение исследуемых женщин после развода с болевым синдромом и без него по уровню невроза, %

Результаты сравнительного анализа уровня невроза личности исследуемых женщин после развода с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром» и без болевого синдрома по методике А.Т. Бека представлены в виде таблицы 6.

Таблица 6

Результаты сравнительного анализа уровня невроза личности исследуемых разведенных женщин

Наименование фактора	Кол-во баллов (ср. значения)		Значение U-критерия Манна-Уитни
	Женщины с диагнозом «болевой синдром»	Женщины без болевого синдрома	
Уровень невроза	21,5	17,23	**0,61***

*Примечание: выявленные различия при уровне значимости p≤0,05. Выявленные различия отмечены жирным шрифтом. Чем выше балл, тем выше уровень невроза.

Критериальное сравнение значений уровня невроза личности исследуемых

разведенных женщин с болевым синдромом и без него показало наличие значимых различий, а, именно, у женщин после развода с болевым синдромом уровень невроза значительно выше, чем у женщин после развода без болевого синдрома. При этом, стоит отметить, что у женщин обоих групп диагностирован повышенный уровень невроза.

По результатам исследования были сделаны следующие выводы. У всех исследуемых женщин после развода наблюдается пониженный уровень стрессоустойчивости и толерантности к неопределённости и повышенный уровень депрессии, тревоги и невроза, что очень негативно. Для таких женщин характерна высокая степень стрессовой нагрузки, высокая тревожность, раздражительность, ранимость, а также наличие нервно-психических расстройств, психогенных по своей природе, являющихся следствием длительного или чрезмерного интенсивного эмоционального напряжения. Это приводит к тому, что женщина вынуждена почти всю свою энергию и ресурсы тратить на борьбу с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса. У таких женщин при возникновении стресса необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс, поскольку такая женщина близка к нервному истощению. Таким женщинам после развода свойственно ощущение дискомфорта при возникновении сложной, неоднозначной ситуации, они стараются внести в собственную жизнь больше однозначности, часто за счет искусственного упрощения сложной реальности и закрывания глаз на реально существующую проблему. При этом выявлено, что у исследуемых разведенных женщин с болевым синдромом уровень невроза, депрессии, тревожности выше, а уровень стрессоустойчивости и толерантности к неопределенности ниже, чем у женщин после развода без болевого синдрома.

2.3 Программа психологической реабилитации женщин с болевым синдромом после развода

В рамках работы была предложена и реализована программа психологической реабилитации женщин с болевым синдромом после развода.

С целью снижения уровня стресса, депрессии, тревоги, гармонизации эмоционального состояния и повышения стрессоустойчивости у женщин с болевым синдромом после развода нами был реализован тренинг на тему «Антистрессовая реабилитация», который способен повысить степень стрессоустойчивости, толерантности к неопределенности и благоприятности эмоционального состояния женщин после развода с болевым синдромом, снизить уровень тревоги, депрессии, невроза.

Количество участников тренинга: 30 исследуемых женщин после развода, которые согласились принимать участие в антистрессовой реабилитации.

Время: 2,5-3 часа.

Цель:

1. Проинформировать женщин после развода с болевым синдромом о методах профилактики и борьбы с эмоциональным напряжением, стрессом.

2. Психологическая профилактика негативных личностных образований, которые мешают повышению стрессоустойчивости, адекватности самосознания и снижают уровень социальной, психологической и профессиональной компетентности.

3. Снижение уровня ситуативной и личностной тревожности.

4. Формирование положительной мировоззренческой позиции личности.

5. Формирование практических навыков освоения себя в различных ситуациях, овладеть элементарными приемами релаксации и аутотренинга.

Задание:

1. Создать механизмы конструктивных взаимоотношений с негативными импульсами.

2. Способствовать снижению негативных проявлений (депрессия, невроз, тревога) у женщин после развода с болевым синдромом.

3. Формировать умение самоанализа, контроля над негативными эмоциональными проявлениями.

4. Развивать эмпатийные качества.

5. Создание условий для разработки участниками тренинга собственных проблемных зон и переживания обыденности собственных проблем, способствующих негативным эмоциональным проявлениям.

6. Овладеть методами релаксации, направленными на преодоление негативных эмоциональных проявлений.

7. Повысить уровень стрессоустойчивости и толерантности к неопределенности.

Материалы: маркеры, фломастеры, листы бумаги, бейджи, стикеры, плакаты, доски, раздаточные материалы.

Ход тренинга.

Вступительная часть.

Упражнение – знакомство «Истории из сумки» 3-5 мин.

Цель: настроить участников на работу по теме, активизировать чувство личности.

Ход упражнения.

В начале занятия каждый участник оформляет карточку-визитку, где указывает свое имя. На оформление дается 3-5 мин. Участники садятся в круг и по очереди вытаскивают из сумки, не заглядывая в нее, один из имеющихся там предметов (карандаш, ручка, пуговица, резинка, кубик, катушка ниток, заколка, конфета и т.д.). После того, как все взяли какую-то вещь, каждый по очереди говорит фразу, которая начинается с «Я», представляя то, что досталось с сумки. Например: «Я – конфета, сладкая, смачная, меня все любят». Когда все скажут свои фразы, можно сделать еще один круг: передать свой предмет соседу справа и сказать другую фразу, уже «от имени» нового предмета, но начиная опять с «Я».

Принятие правил работы группы, 7-10 мин.

Тренер обращается к группе с вопросом: «Для чего в нашей жизни существуют разные правила?». После ответов участников он предлагает принять правила работы группы во время тренинга, которые записываются на плакате

«Правила группы».

Обсуждения.

Для того, чтобы наша работа была эффективной, давайте выработаем правила.

- Итак, какие вы предлагаете варианты? Что это правило означает?

- Все согласны?

- Принимаем данное правило?

Ориентировочными правилами тренинга могут быть следующие:

- приходить вовремя, посещать все тренинги;

- участвовать в выполнении упражнений и задач добровольно;

- говорить от своего имени, о себе, выражать свои мысли;

- один говорит – все слушают;

- обсуждать действие, а не личность.

Участники тренинга обсуждают записанные правила, составляют их окончательный вариант. Далее тренер заканчивает работу и записывает последнее правило: эти правила имеют силу в течение всех наших тренингов. Целесообразно вывесить правила на видном месте и начинать каждый тренинг с их повторения.

Введение, 5 мин.

Тренер обращается к участникам: «Сегодня мы с вами собрались, чтобы лучше познакомиться, рассмотреть вопрос: «Что же такое стресс, как мы его переживаем, и как его преодолеть». В этом нам помогут сегодняшняя встреча.

Ознакомление участников с основными вопросами занятия. Тренер рассказывает о содержании тренингового занятия, отмечает, почему сегодня необходимо говорить о стрессе и способах его преодоления.

Упражнение «Песочные часы», 5-7 мин.

Участникам раздают небольшие листы бумаги. Тренер просит написать на них, чего именно участники ждут от тренинга. После этого каждый участник зачитывает свою надпись и прикрепляет лист на подготовленный тренером плакат с изображением песочных часов. (Проговаривания происходит на месте,

а потом все вывешивают листочки).

Тренер обращается к участникам: итак, чего именно вы ожидаете от сегодняшней встречи? На листах бумаги напишите ваши ожидания. Потом поместите свои ожидания на песочные часы.

Тренер обращается к участникам: вы должны знать, что одной из главных причин стресса, является затяжной стресс. Поэтому каждый из вас должен знать, как с ним бороться.

Упражнение «Я переживаю стресс, когда ...», 10 мин.

Цель: привлечь внимание к внутреннему состоянию окружающих.

Ход упражнения: следует продолжить предложение: «Я переживаю стресс, когда ...».

Основная часть. Психо-рисунок «Я к стрессу», «Я во время стресса», «Я после стресса», 15-20 мин.

Цель: привлечь внимание к внутреннему состоянию окружения, выяснить главные стрессоры присутствующих.

Рефлексия: стрессы, возникающие в жизни, можно представить, как коридоры, которыми нужно пройти: кто быстрее, кто медленнее, кто тяжелее, кто легче, однако пройти их все равно придется.

Стресс:

- проблемы на работе;
- личностные проблемы;
- нестабильное материальное положение;
- психическое напряжение;
- неудачи, страхи, срывы;
- ощущение опасности;
- ДТП, аварии и т.д.

Упражнение «Стаканчик».

Цель: выработка психотехник видоизменения, ослабление стрессовых переживаний.

Ход упражнения: ведущий кладет на ладонь мягкий стаканчик и говорит

участникам: «Представьте себе, что этот стаканчик – посуда для ваших самых сокровенных чувств, желаний, мыслей. В него можно положить то, что для вас действительно важно и ценно, то, что любите и чем дорожите». В течение нескольких минут в комнате тишина. И неожиданно ведущий берет себе этот стаканчик.

Рефлексия. Когда возникают такие ощущения? Кто ими управляет?

Упражнение «Автобиография за 45 секунд».

Цель: переживание несоответствия, желаемого и возможного как стрессовых факторов.

Ход упражнения: участникам дается задание написать коротко свою биографию, в которой было бы все о них понятно. Время для рассказа 45 секунд.

Рефлексия: проводится обсуждение результатов и обмен чувствами.

Тест «грозит ли вам нервный срыв?» (10 мин.)

Упражнение «Самопознание».

Инструкция: человек должен уметь самостоятельно поддерживать свою мотивацию на должном уровне и побудить себя к деятельности. Большое значение имеет умение одобрять себя, признавать результаты своей деятельности. Самопризнание, самоодобрение очень полезные методы формирования самоуважения, поскольку вы учитесь замечать что-то положительное в своих действиях и развивать чувство самоуважения. Учитывая принципы и правила, которые использовались для одобрения других, подумайте, как вы одобряли себя и признавали бы определенные конкретные результаты действий и результаты своей деятельности. Отметьте свои сильные стороны (способности), положительные черты характера и то, как они помогали вам в жизни.

Посудите и запишите, как вы может лучшим образом (где именно и как) воспользоваться ими, чтобы добиться успеха.

Задачи прописываются и вывешивают на плакат.

Упражнение «Поступки для позитивного будущего»

Цель: самоанализ, рефлексирование.

Инструкция:

1. Определите и напишите 5 поступков, которые вы ежедневно реализуете и которые, как вам известно, ведут к желаемому будущему.

2. Осознав полезность поступков, определите, как каждый из них является доказательством определенного качества.

3. Представьте себе на некоторое время то позитивное будущее, которое вы создаете.

Упражнение «Ты молодец потому, что ...» 7 мин.

Цель: получить навыки оказания помощи, поддержки человеку в сложной ситуации, осознание наличия этих проявлений из собственного опыта.

Инструкция: разбейтесь, пожалуйста, на пары. Сейчас одному из вас необходимо сказать фразы, которые начинаются словами «Меня не любят за то, что ...». Ваш партнер должен на каждую из них ответить фразою «Все равно, ты молодец потому, что ...». Затем нужно поменяться ролями и повторить упражнение.

Обсуждения. Что вы почувствовали вовремя выполнения этого упражнения? Смогли бы вы отреагировать на слова партнера таким образом? Почему? Понравилось ли вам оказывать помощь другому человеку в такой форме? Что вы чувствовали, когда поддерживали вас? Как часто вы реагируете на проявления других людей таким образом? Часто вы получаете поддержку от других людей?

Вопросы задаются каждой паре.

Упражнение «Австралийский дождь» 5 мин.

Цель: обеспечение психологического расслабления участников.

Участники становятся в круг. Инструкция: знаете ли вы, что такое австралийский дождь? Нет? Тогда давайте послушаем вместе, какой он. Сейчас по кругу цепочкой вы будете передавать мои движения, как только они вернутся ко мне, я передам следующие. Следите внимательно!

В Австралии поднялся ветер. (Ведущий трет ладони).

Начинает накрапывать дождь. (Щелкает пальцами).

Дождь усиливается. (Поочередно хлопки ладонями по груди).

Начинается настоящий ливень. (Хлопки по бедрам).

А вот и град – настоящая буря. (Топот ногами).

Но что это? Буря стихает. (Хлопки по бедрам).

Дождь стихает. (Хлопками ладонями по груди).

Жидкие капли дождя падают на землю. (Щелчок пальцами).

Тихий шелест ветра. (Потирание ладоней).

Солнце! (Руки вверх).

Упражнение «Как преодолеть стресс», 10 мин. Работа в группах. Участники объединяются в 2 группы по принципу: роза, ромашка.

Вопросы тренера «Как вы считаете возможно ли преодолеть стресс?». Поэтому мы объединились в группы, для того чтобы выработать «Советы как преодолеть стресс». У каждой группы для этого есть 10 минут. Тогда определите по участнику, который будет представлять ваши наработки. Происходит обсуждение. После упражнения, всем участникам раздаются памятки «Советы по преодолению стресса».

Тренер: Я предлагаю вам включить советы психолога, которые помогут вам снимать эмоциональное напряжение, менять собственное отношение к различным ситуациям.

Упражнение «Место покоя».

Цель: расслабление.

Материалы: магнитофон, записи релаксационной музыки.

Инструкция: сядьте удобно, закройте глаза. Спокойно вдохните и выдохните. Представьте себе, что вы плывете на лодке морем вдали от дома. Все проблемы и заботы остались дома, вы чувствуете себя свободно, на вас не давит груз ответственности. Ваша лодка свободно плывет на волнах. Вы наслаждаетесь ощущением покоя. Вы то поднимаетесь на волне, то опускаетесь. Вы чувствуете приятное тепло солнечных волн. Вы спокойны и расслаблены. Вы чувствуете свое дыхание: вдох, выдох. Теплый, мягкий покой разливается по всему телу. Вы

все спокойнее, свободнее. Ваш взгляд останавливается на маленьком острове. Вас тянет туда, вы там ищете покоя, защиты, удовольствие. Ваша лодка приближается к острову. Уже можно различить растительность, деревья, песок. И вот вы выходите на берег. Вы ложитесь, вам тепло, расслабляетесь. На губах у вас морская соль. Вы смотрите на облака и чувствуете тепло солнца. Здесь ваша гавань. Наслаждайтесь чувством спокойствия, уверенности, тепла. Сюда вы сможете вернуться в любой момент. Это место даст вам уверенность, силу, безопасность. Попрощайтесь с этим местом, пора возвращаться в реальность. Медленно открывайте глаза.

Упражнения на релаксацию «Простая релаксация».

Основная инструкция.

Располагайтесь поудобнее, пусть вам ничего не мешает, закройте глаза. Сосредоточьтесь на вашем дыхании (30 секунд). В каждом случае, когда мы будем фокусировать внимание на определенной группе мышц, перед началом выполнения упражнения я буду давать подробные объяснения относительно того, как ее надо делать. Поэтому не начинайте упражнение, прежде чем я не скажу: «Готовы? Начали!».

1. Грудина. Расслабление начнем с грудины. Советую вам, но только по моему сигналу, и не раньше, сделать сильный очень глубокий вдох. Попробуйте вдохнуть весь воздух, который вас окружает. Сделаем это сейчас. Готовы? Начали!

Сделайте очень глубокий вдох. Задержите дыхание и расслабьтесь. Теперь выдохните весь воздух из легких и вернитесь к нормальному дыханию. Почувствовали ли вы напряжение в грудине при вдыхании воздуха? Заметили расслабление после выдоха? Давайте запомним это ощущение, осознаем, оценим его, поскольку придется повторить это упражнение. Готовы? Начали!

Вдохните очень глубоко! Глубже, чем когда-либо. Задержите дыхание и расслабьтесь. Быстро вдохните и вернитесь к исходному дыханию. Почувствовали теперь напряжение? Почувствовали расслабление? Попробуйте расслабиться на разнице ваших ощущений, чтобы потом с большим успехом

повторить все сначала (между упражнениями пауза в 10-15 сек.).

2. Кисти рук.

Перейдем к рукам. Сначала я вас попрошу одновременно обе руки сжать в кулаки. Сожмите их настолько сильно, насколько это возможно. Готовы? Начали!

Сожмите кулаки очень крепко. Задержите! И расслабьте. Это прекрасное упражнение для тех, чьи руки устали от писания в течение дня. Теперь давайте повторим. Готовы? Начали! Сожмите кулак очень крепко. Задержите и расслабьте. Для того чтобы расслабить противоположную группу мышц, надо просто растопырить пальцы настолько широко, насколько это возможно. Готовы? Начали!

Растопырьте ваши пальцы широко! Задержите их в этом состоянии. Расслабьте. Повторим еще раз. Готовы? Начали! Растопырьте ваши пальцы широко! Максимально широко! И расслабьте. Обратите внимание на ощущение теплоты или покалывание в кистях рук и предплечье. Запомните эти ощущения (пауза 20 секунд).

3. Плечи.

Теперь давайте поработаем над плечами. Мы несем на наших плечах большой груз напряжения и стрессов. Данное упражнение заключается в обезглавливанием плечами в вертикальной плоскости по направлению к ушам (мысленно попробуйте дотянуться до мочек ушей вершинами плеч). Давайте попробуем. Готовы? Начали!

Поднимите плечи. Поднимите их выше. Еще! Задержите! Расслабьте. Повторим еще раз. Готовы? Начали! Поднимайте ваши плечи как можно выше. И расслабьте. Очень хорошо! Сконцентрируйте внимание на ощущении тяжести в плечах. Опустите плечи, полностью дайте им расслабиться. Пусть они будут все тяжелее и тяжелее (пауза 10 сек.).

Упражнение «Тепло»

Займите удобное положение. Закройте глаза. Расслабьте мышцы лица и тела с помощью упражнения «Я расслабляюсь». Почувствуйте полное

расслабление и тяжесть вашего тела. А теперь представьте, как теплеет ваша правая рука, она становится теплой. Вы будете чувствовать тепло 1-2 минуты. Повторите процедуру с левой рукой. Почувствуйте тепло в обеих руках. Почувствуйте тепло в обеих руках и ногах. Почувствуйте тепло во всем теле. Затем представьте себе, как тепло и тяжесть выходят из рук. Почувствуйте высвобождение и легкость. Повторите процедуру с ногами, со всем телом. Почувствуйте, как тепло и тяжесть оставили тело, мышцы окрепли. Вы в норме. Откройте глаза. Упражнение можно выполнять поэтапно с отдельными частями тела.

Упражнение «Гора с плеч»

Упражнение выполняется стоя. Широко расставьте ноги, поднимите плечи, отведите их назад, слегка напрягая и возводя в лопатках. Держите плечи напряженными 5-10 секунд. После этого резко опустите плечи, «сбросив» гору с плеч. Повторите эту процедуру 5-6 раз.

Упражнение «Пружина», 5 мин.

Цель: овладение навыками быстрого расслабления мышц.

Сначала сядьте, закройте глаза и сделайте несколько вращений головой: сделайте четыре вращения по часовой стрелке, и столько же – против. Затем быстро ложитесь на спину и поднимите вверх, на малое расстояние от пола, правую ногу. Теперь напрягите мышцы так, как вы натягивайте пружину – 5-7 сек., а затем отпустите ногу со всей тяжестью вниз. То же самое – с левой ногой. Максимально напрягите все ее мышцы, полностью переключите на них внимание. Пройдитесь взглядом вдоль ноги. Затем дайте ноге упасть – трудно и медленно. Повторите несколько раз. Упражнение лучше делать с закрытыми глазами. Для достижения полного расслабления определенной группы мышц, надо отключить сознательное внимание.

Поднимите вверх правую руку (сожмите кулак, максимально напрягите мышцы). Подержите ее так, мысленно пробегая вдоль нее взглядом. Затем дайте ей свободно упасть. То же самое сделайте с левой рукой. Также можно напрягать и расслаблять другие группы мышц.

Упражнение «Воздушный шарик», 5 мин.

Цель: достичь быстрого расслабления и ощущения легкости в теле.

Сядьте удобно, расслабьтесь. Закройте глаза, сосредоточьте свое внимание на дыхании. Представьте, что во время вдоха ваше тело как воздушный шарик поднимается вверх, на выдохе – опускается вниз. Вдох – выдох, вдох – выдох. Вдох – выдох, вдох – выдох.

Методический комментарий. Через несколько тренировок можно достичь быстрого расслабления и состояния легкости в теле, вызывая в воображении образ воздушного шарика или любой образ, связанный с состоянием расслабления.

Упражнение «Дымок», 5 мин.

Цель: эмоциональный отдых, быстрое восстановление сил.

Станьте ровно, ноги на ширине плеч, закройте глаза. Начните медленно раскачиваться с ноги на ногу, выберите свой ритм раскачивания. Постепенно начните вращение по спирали, раскачиваясь по кругу в удобном направлении.

Представьте, что вы – струя, легкого, невесомого дыма. Медленно, по спирали вы поднимаетесь вверх, все выше и выше. Вы чувствуете свободу и легкость, вы отдыхаете, запомните это состояние. А теперь медленно, по спирали возвращайтесь назад. Как только вы коснетесь земли, вы можете открыть глаза.

Заключительная часть.

Итог тренинга, 5 мин. Подведение итогов.

Упражнение «Песочные часы»

Цель: осознание участниками того, насколько реализованы их ожидания относительно тренинга.

Материалы: скотч, плакат с изображением песочных часов.

Тренер инструктирует участников: возьмите ваши песчинки и переложите их на дно, если оправдались ваши ожидания от тренинга.

Тренер:

- Осуществились ли ваши ожидания?

- Какие знания вы получили?

- Как эти знания вы используете в своей дальнейшей жизни?

- Что вы взяли из тренинга лично для себя?

- Оцените вашу личную активность во время тренинга?

Упражнение на завершение «Прощание» 5 мин.

Цель: создание позитивной атмосферы, после тренинга.

Тренер: я предлагаю вам стать в круг. Участники группы становятся в широкий круг, держась за руки. Каждый по кругу говорит: «Сегодня я ... (научился, почувствовал, понял и т.п.)», и вся группа делает шаг вперед.

После произнесения всех достижений круг должен стать плотным.

Таким образом, в рамках работы была реализована программа антистрессовой психологической реабилитации женщин после развода. С целью снижения уровня стресса, депрессии, тревоги, гармонизации эмоционального состояния и повышения стрессоустойчивости у женщин после развода нами проведен тренинг на тему «Антистрессовая реабилитация», который способен повысить степень стрессоустойчивости, толерантности к неопределенности и благоприятности эмоционального состояния женщин после развода, снизить уровень тревоги, депрессии, невроза.

Для того, чтобы оценить эффективность реализации программы было проведено повторное исследование женщин после развода, участвующих в программе и отказавшихся участвовать с использованием тех же методик, что и на констатирующем этапе эксперимента.

Для контрольного определения уровня стрессоустойчивости личности исследуемых женщин после развода использовали методику диагностики уровня стрессоустойчивости Т. Холмса и Р. Раге.

Сырые данные контрольного определения уровня стрессоустойчивости личности исследуемых женщин после развода по методике Т. Холмса и Р. Раге представлены в Приложении 11.

По результатам контрольной диагностики уровня стрессоустойчивости личности исследуемых женщин после развода, участвующих в программе антистрессовой реабилитации по методике Т. Холмса и Р. Раге было выявлено

следующее. У всех исследуемых женщин после реализации программы уровень стрессоустойчивости значительно повысился, что указывает на эффективность реализованной программы.

Так, после реализации антистрессовой программы количество исследуемых женщин после развода, имеющих низкую стрессоустойчивость, снизилось с 70% на констатирующем этапе до 10% на контрольном этапе.

Количество женщин с пороговой (средней стрессоустойчивостью) после реализации программы стало 70% против 30 % на констатирующем этапе.

Количество женщин с высокой стрессоустойчивостью после реализации программы равно 20% против 0 % на констатирующем этапе.

Процентное соотношение исследуемых женщин после развода, участвующих в программе антистрессовой реабилитации по уровню стрессоустойчивости на констатирующем и контрольном этапах представим в виде рисунка 14.

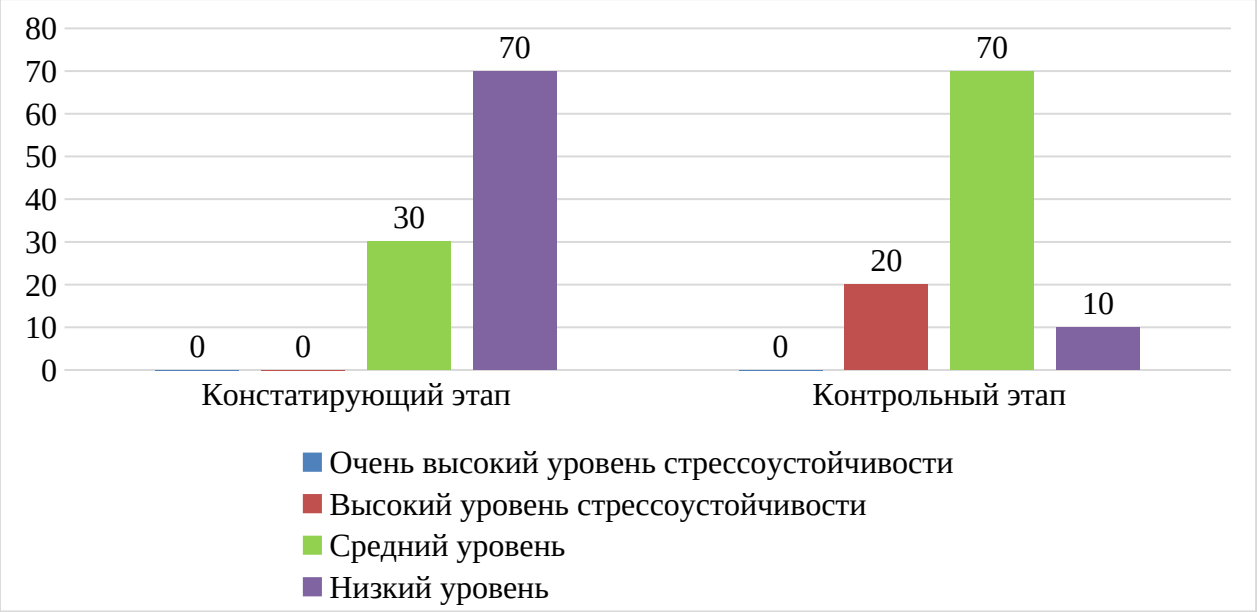

Рисунок 14 – Процентное соотношение исследуемых женщин после развода, участвующих в программе антистрессовой реабилитации по уровню стрессоустойчивости на констатирующем и контрольном этапах, %

Что касается группы женщин после развода, которые отказались принимать участие в программе антистрессовой реабилитации, то у них не

произошло никаких значительных изменений. Распределение женщин по уровню стрессоустойчивости осталось таким же, как и на констатирующем этапе исследования.

Результаты сравнительного анализа уровня стрессоустойчивости личности исследуемых женщин после развода на констатирующем и контрольном этапах исследования по методике Т. Холмса и Р. Раге представлены в виде таблицы 7.

Таблица 7

Результаты сравнительного анализа уровня стрессоустойчивости личности исследуемых женщин после развода на констатирующем и контрольном этапах исследования по методике Т. Холмса и Р. Раге

Наименование фактора	Кол-во баллов (ср. значения)		Значение U-критерия Манна-Уитни
	Констатирующий этап	Контрольный этап	
Женщины, которые участвовали в программе антистрессовой реабилитации	293,33	228,6	**0,59***
Женщины, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации	266,07	267,5	0,012

*Примечание: выявленные различия при уровне значимости $p \leq 0,05$. Выявленные различия отмечены жирным шрифтом. Чем выше балл, тем ниже стрессоустойчивость.

Критериальное сравнение значений уровня стрессоустойчивости личности исследуемых разведенных женщин, участвующих в программе антистрессовой реализации на констатирующем и контрольном этапах показало наличие значимых различий, а, именно, у женщин после развода, проходивших антистрессовую реабилитацию уровень стрессоустойчивости значительно повысился. У женщин же после развода, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации уровень стрессоустойчивости не

изменился и остался пониженным. Все это указывает на эффективность реализации антистрессовой программы.

Для контрольного определения особенностей толерантности к неопределенности у исследуемых женщин после развода использовали методику «Шкала толерантности к неопределённости» Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина.

Сырые данные контрольного определения уровня толерантности к неопределённости личности исследуемых женщин после развода по методике Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина представлены в Приложении 12.

По результатам контрольной диагностики уровня толерантности к неопределенности личности исследуемых женщин после развода по методике Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина было выявлено следующее. У всех исследуемых женщин после реализации программы уровень толерантности к неопределенности значительно повысился, что указывает на эффективность разработанной программы.

Так, после реализации антистрессовой программы количество исследуемых женщин после развода, имеющих низкую толерантность к неопределенности, снизилось с 67% на констатирующем этапе до 7% на контрольном этапе.

Количество женщин с высокой толерантностью к неопределенности после реализации программы равно 93% против 33% на констатирующем этапе.

Процентное соотношение исследуемых женщин после развода по уровню толерантности к неопределенности до и после реализации разработанной антистрессовой программы представим в виде рисунка 15.

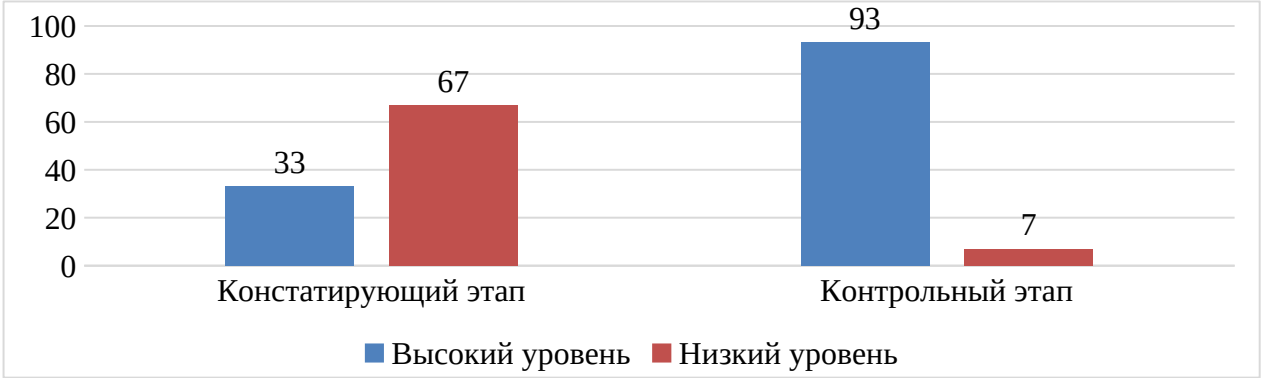

Рисунок 15 – Процентное соотношение исследуемых женщин после развода по уровню толерантности к неопределенности до и после реализации разработанной антистрессовой программы, %

Что касается группы женщин после развода, которые отказались принимать участие в программе антистрессовой реабилитации, то у них не произошло никаких значительных изменений. Распределение женщин по уровню толерантности к неопределенности осталось таким же, как и на констатирующем этапе исследования.

Результаты сравнительного анализа уровня толерантности к неопределенности исследуемых женщин после развода на констатирующем и контрольном этапах исследования по методике Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина представлены в виде таблицы 8.

Таблица 8

Результаты сравнительного анализа уровня толерантности к неопределенности исследуемых женщин после развода на констатирующем и контрольном этапах исследования по методике Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина

Наименование фактора	Кол-во баллов (ср. значения)		Значение U-критерия Манна-Уитни
	Констатирующий этап	Контрольный этап	
Женщины, которые участвовали в программе антистрессовой реабилитации	88,87	82,27	**0,78***
Женщины, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации	91,73	91,9	0,023

*Примечание: выявленные различия при уровне значимости $p \leq 0,05$. Выявленные различия отмечены жирным шрифтом. Чем ниже балл, тем ниже ТН.

Критериальное сравнение значений уровня толерантности к неопределенности исследуемых разведенных женщин, участвующих в программе антистрессовой реализации на констатирующем и контрольном этапах показало наличие значимых различий, а, именно, у женщин после развода, проходивших антистрессовую реабилитацию уровень толерантности к неопределенности значительно повысился. У женщин же после развода, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации уровень толерантности к неопределенности не изменился и остался пониженным. Все это указывает на эффективность реализации антистрессовой программы.

Для контрольного определения уровня тревоги личности исследуемых женщин после развода использовали методику «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга.

Сырые данные контрольного определения уровня тревоги личности исследуемых женщин после развода по методике «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга представлены в Приложении 13.

По результатам контрольной диагностики уровня тревоги личности исследуемых женщин после развода было выявлено следующее. У всех исследуемых женщин после реализации программы уровень тревоги значительно снизился, что указывает на эффективность разработанной программы.

Так, после реализации антистрессовой программы количество исследуемых женщин после развода, имеющих высокую тревожность, снизилось с 60% на констатирующем этапе до 23% на контрольном этапе.

Количество женщин со средним уровнем тревоги после реализации программы стало 53% против 40 % на констатирующем этапе.

Количество женщин с низким уровнем тревожности после реализации программы равно 24% против 0 % на констатирующем этапе.

Процентное соотношение исследуемых женщин после развода по уровню тревоги до и после реализации антистрессовой программы представим в виде

рисунка 16.

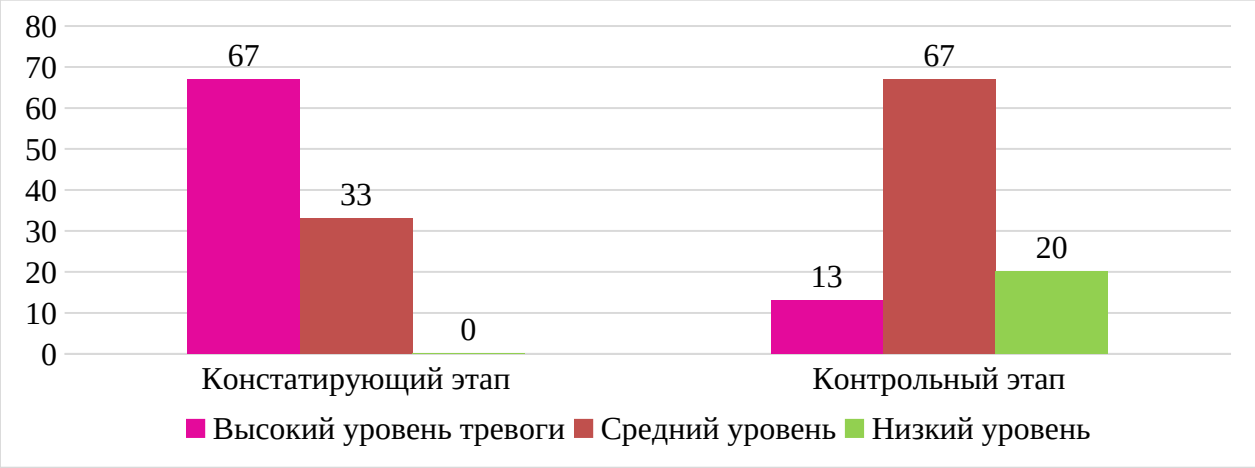

Рисунок 16 – Процентное соотношение исследуемых женщин после развода по уровню тревоги до и после реализации антистрессовой программы, %

Что касается группы женщин после развода, которые отказались принимать участие в программе антистрессовой реабилитации, то у них не произошло никаких значительных изменений. Распределение женщин по уровню тревожности осталось таким же, как и на констатирующем этапе исследования.

Результаты сравнительного анализа уровня тревожности исследуемых женщин после развода на констатирующем и контрольном этапах исследования по методике «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга представлены в виде таблицы 9.

Таблица 9

Результаты сравнительного анализа уровня тревожности исследуемых женщин после развода на констатирующем и контрольном этапах исследования по методике «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга

Наименование фактора	Кол-во баллов (ср. значения)		Значение U-критерия Манна-Уитни
	Констатирующий этап	Контрольный этап	
Женщины, которые	70,6	57,23	**0,73***

участвовали в программе антистрессовой реабилитации			
Женщины, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации	66,9	66,37	0,018

*Примечание: выявленные различия при уровне значимости $p \leq 0,05$. Выявленные различия отмечены жирным шрифтом. Чем выше балл, тем выше тревожность.

Критериальное сравнение значений уровня тревожности исследуемых разведенных женщин, участвующих в программе антистрессовой реализации на констатирующем и контрольном этапах показало наличие значимых различий, а, именно, у женщин после развода, проходивших антистрессовую реабилитацию уровень тревожности, значительно понизился. У женщин же после развода, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации уровень тревожности не изменился и остался повышенным. Все это указывает на эффективность реализации антистрессовой программы.

Для контрольного определения уровня депрессии личности исследуемых женщин после развода использовали методику А.Т. Бека.

Сырые данные контрольного определения уровня депрессии личности исследуемых женщин после развода по методике А.Т. Бека представлены в Приложении 14.

По результатам контрольной диагностики уровня депрессии личности исследуемых женщин после развода после реализации разработанной антистрессовой программы было выявлено следующее. У всех исследуемых женщин после реализации программы уровень депрессии значительно снизился, что указывает на эффективность разработанной программы.

Так, после реализации антистрессовой программы количество исследуемых женщин после развода, имеющих высокий уровень депрессии (тяжелая депрессия), снизилось с 33% на констатирующем этапе до 10% на контрольном этапе.

Количество женщин с выраженной депрессией (средней тяжести) после реализации программы стало 20% против 40 % на констатирующем этапе.

Количество женщин с умеренной депрессией после реализации программы равно 36% против 27 % на констатирующем этапе.

Количество женщин с легкой депрессией после реализации программы равно 26% против 0% на констатирующем этапе.

Количество женщин с отсутствием признаков депрессии после реализации программы равно 8% против 0% на констатирующем этапе.

Процентное соотношение исследуемых женщин после развода по уровню депрессии до и после реализации разработанной антистрессовой программы представим в виде рисунка 17.

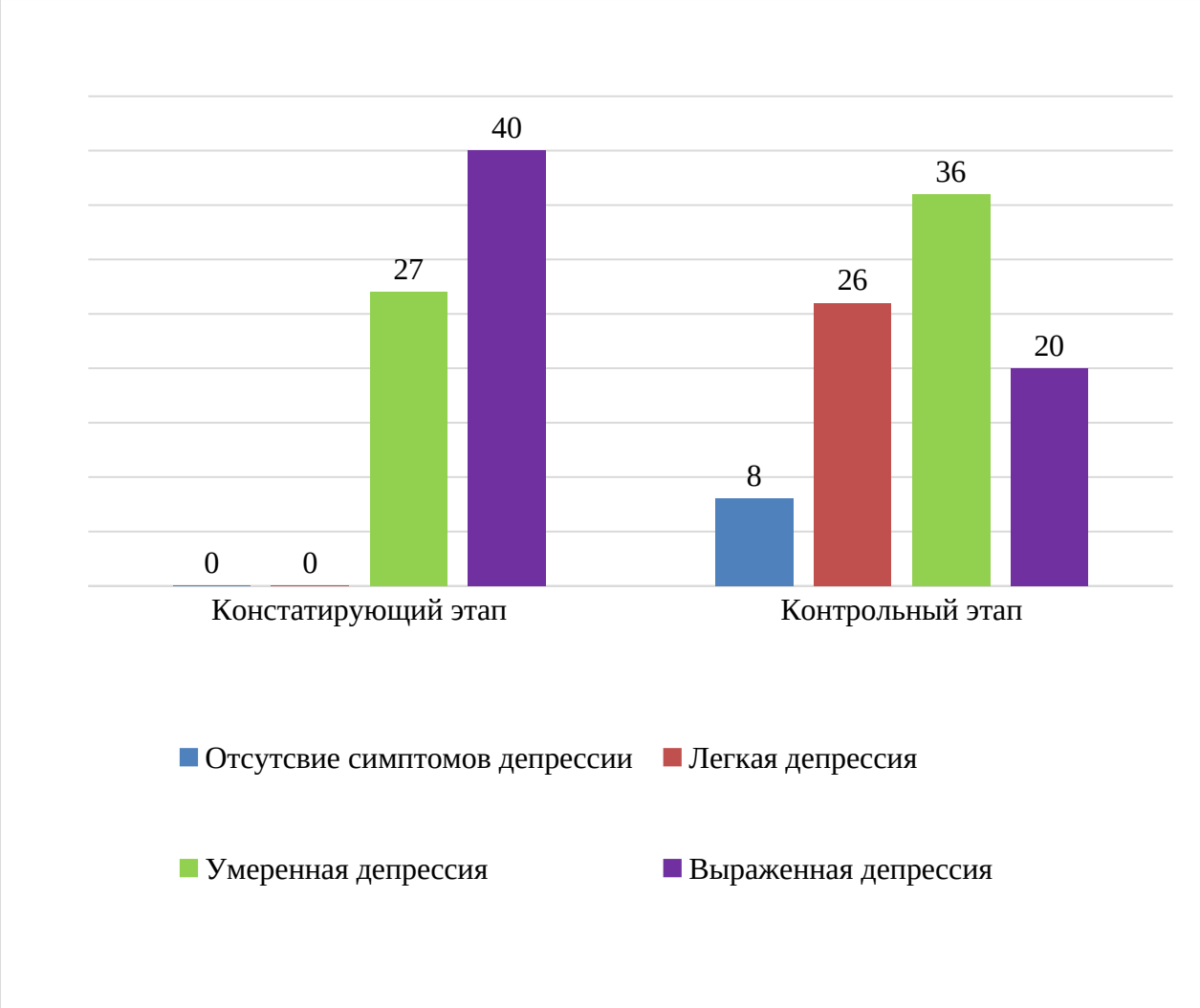

Рисунок 17 – Процентное соотношение исследуемых женщин после развода по уровню депрессии до и после реализации разработанной антистрессовой программы, %

Что касается группы женщин после развода, которые отказались принимать участие в программе антистрессовой реабилитации, то у них не произошло никаких значительных изменений. Распределение женщин по уровню депрессии осталось таким же, как и на констатирующем этапе исследования.

Результаты сравнительного анализа уровня депрессии исследуемых женщин после развода на констатирующем и контрольном этапах исследования по методике А.Т. Бека представлены в виде таблицы 10.

Таблица 10

Результаты сравнительного анализа уровня депрессии исследуемых женщин после развода на констатирующем и контрольном этапах исследования по методике А.Т. Бека

Наименование фактора	Кол-во баллов (ср. значения)		Значение U-критерия Манна-Уитни
	Констатирующий этап	Контрольный этап	
Женщины, которые участвовали в программе антистрессовой реабилитации	28,1	19,03	**0,90***
Женщины, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации	28,7	27,63	0,025

*Примечание: выявленные различия при уровне значимости $p \leq 0,05$. Выявленные различия отмечены жирным шрифтом. Чем выше балл, тем выше уровень депрессии.

Критериальное сравнение значений уровня депрессии исследуемых

разведенных женщин, участвующих в программе антистрессовой реализации на констатирующем и контрольном этапах показало наличие значимых различий, а, именно, у женщин после развода, проходивших антистрессовую реабилитацию уровень депрессии, значительно понизился. У женщин же после развода, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации уровень депрессии не изменился и остался повышенным. Все это указывает на эффективность реализации антистрессовой программы.

Для контрольного определения уровня невроза личности исследуемых женщин после развода использовали методику экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса.

Сырые данные контрольного определения уровня невроза личности исследуемых женщин после развода по методике К. Хека и Х. Хесса представлены в Приложении 15.

По результатам контрольной диагностики уровня невроза личности исследуемых женщин после развода было выявлено следующее. У всех исследуемых женщин после реализации программы уровень невроза значительно снизился, что указывает на эффективность разработанной программы.

Так, после реализации антистрессовой программы количество исследуемых женщин после развода, имеющих высокий уровень невроза, снизилось с 50% на констатирующем этапе до 17% на контрольном этапе.

Количество женщин со средним уровнем невроза после реализации программы стало 53% против 50 % на констатирующем этапе.

Количество женщин с низким уровнем невроза после реализации программы равно 30% против 0 % на констатирующем этапе.

Процентное соотношение исследуемых женщин после развода по уровню невроза до и после реализации разработанной антистрессовой программы представим в виде рисунка 18.

Что касается группы женщин после развода, которые отказались принимать участие в программе антистрессовой реабилитации, то у них не

произошло никаких значительных изменений. Распределение женщин по уровню невроза осталось таким же, как и на констатирующем этапе исследования.

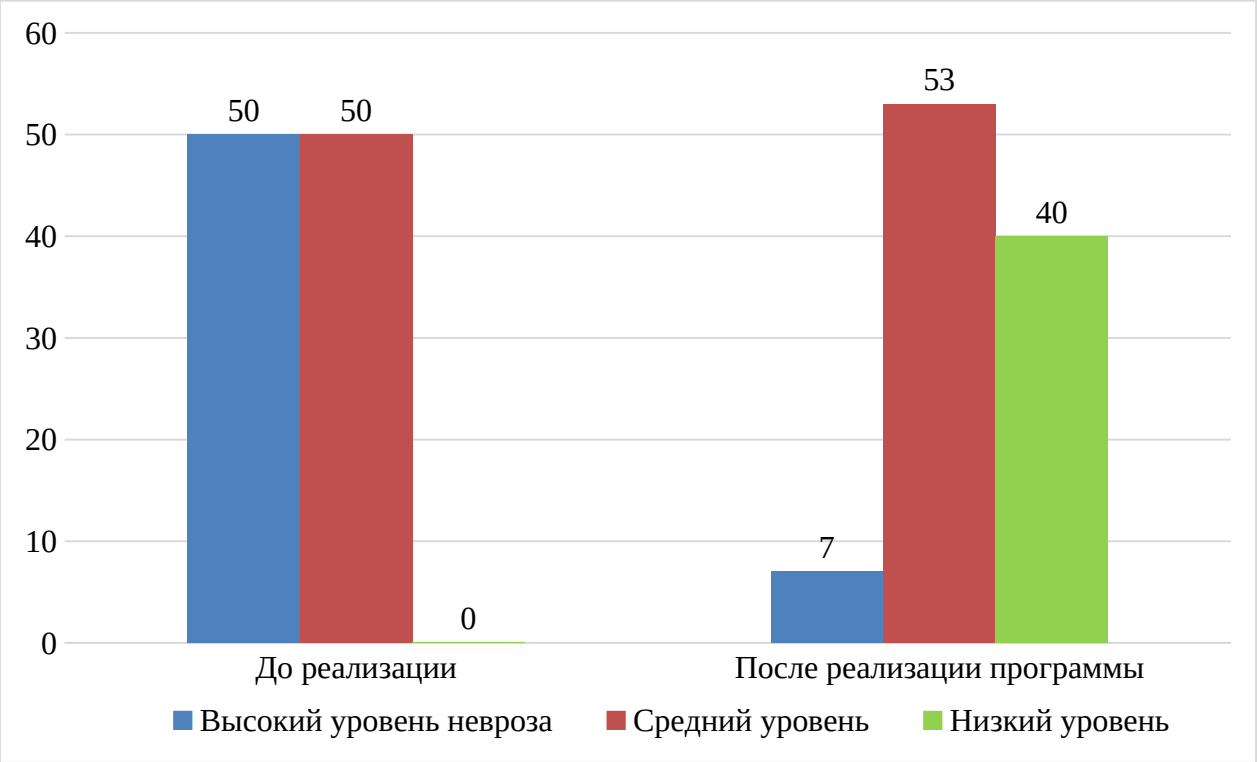

Рисунок 18 – Процентное соотношение исследуемых женщин после развода по уровню невроза до и после реализации разработанной антистрессовой программы, %

Результаты сравнительного анализа уровня невроза исследуемых женщин после развода на констатирующем и контрольном этапах исследования по методике К. Хека и Х. Хесса представлены в виде таблицы 11.

Таблица 11

Результаты сравнительного анализа уровня невроза исследуемых женщин после развода на констатирующем и контрольном этапах исследования по методике К. Хека и Х. Хесса

Наименование фактора	Кол-во баллов (ср. значения)	Значение U-

	Констатирующий этап	Контрольный этап	критерия Манна-Уитни
Женщины, которые участвовали в программе антистрессовой реабилитации	21,67	15,13	**0,83***
Женщины, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации	17,07	16,77	0,028

*Примечание: выявленные различия при уровне значимости p≤0,05. Выявленные различия отмечены жирным шрифтом. Чем выше балл, тем выше уровень невроза.

Критериальное сравнение значений уровня невроза исследуемых разведенных женщин, участвующих в программе антистрессовой реализации на констатирующем и контрольном этапах показало наличие значимых различий, а, именно, у женщин после развода, проходивших антистрессовую реабилитацию уровень невроза, значительно понизился. У женщин же после развода, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации уровень невроза не изменился и остался повышенным. Все это указывает на эффективность реализации антистрессовой программы.

По результатам контрольного эксперимента сделаны выводы, что антистрессовая реабилитация является эффективным методом снижения у женщин негативных последствий, связанных с переживанием развода. У всех исследуемых женщин после развода, которые прошли антистрессовую реабилитацию, значительно повысился уровень стрессоустойчивости и толерантности к неопределённости низкий, а также значительно снизился уровень депрессии, тревоги и невроза, что очень положительно. Все это указывает на эффективность реализации антистрессовой программы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящей работы явилось изучение психологических особенностей личности женщин после развода с болевым синдромом.

По результатам проведенного исследования сделаны следующие выводы.

Развод в жизни женщины, как свидетельствует научный и жизненный опыт – это сложный, очень напряженный период, который приводит к изменениям, и лишь в некоторых случаях – к желаемым, а в большинстве ситуаций к совершенно неожиданным.

У всех исследуемых женщин после развода наблюдается пониженный уровень стрессоустойчивости и толерантности к неопределённости и повышенный уровень депрессии, тревоги и невроза, что очень негативно. Для таких женщин характерна высокая степень стрессовой нагрузки, высокая тревожность, раздражительность, ранимость, а также наличие нервно-психических расстройств, психогенных по своей природе, являющихся следствием длительного или чрезмерного интенсивного эмоционального напряжения. Это приводит к тому, что женщина вынуждена почти всю свою энергию и ресурсы тратить на борьбу с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса. У таких женщин при возникновении стресса необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс, поскольку такая женщина близка к нервному истощению. Таким женщинам после развода свойственно ощущение дискомфорта при возникновении сложной, неоднозначной ситуации, они стараются внести в собственную жизнь больше однозначности, часто за счет искусственного упрощения сложной реальности и закрывания глаз на реально существующую проблему. При этом выявлено, что у исследуемых разведенных женщин с болевым синдромом уровень невроза, депрессии, тревожности выше, а уровень

стрессоустойчивости и толерантности к неопределенности ниже, чем у женщин после развода без болевого синдрома.

В рамках работы была реализована программа антистрессовой психологической реабилитации женщин после развода. С целью снижения уровня стресса, депрессии, тревоги, гармонизации эмоционального состояния и повышения стрессоустойчивости у женщин с болевым синдромом после развода нами был проведен тренинг на тему «Антистрессовая реабилитация», который способен повысить степень стрессоустойчивости, толерантности к неопределенности и благоприятности эмоционального состояния женщин после развода с болевым синдромом, снизить уровень тревоги, депрессии, невроза.

По результатам контрольного эксперимента сделаны выводы, что антистрессовая реабилитация является эффективным методом снижения у женщин негативных последствий, связанных с переживанием развода. У всех исследуемых женщин после развода, которые прошли антистрессовую реабилитацию, значительно повысился уровень стрессоустойчивости и толерантности к неопределённости низкий, а также значительно снизился уровень депрессии, тревоги и невроза, что очень положительно. Все это указывает на эффективность реализации антистрессовой программы.

Цель работы достигнута. Задачи решены. Выдвинутая в начале исследования гипотеза о том, что 1) женщины, переживающие развод, характеризуются снижением толерантности к неопределённости, стрессоустойчивости, повышением невротичности, депрессивности и тревожности; 2) женщины с болевым синдромом после развода имеют более низкий уровень стрессоустойчивости, толерантности к неопределённости, а также более высокий уровень тревожности, депрессивности и невротичности, нежели женщины, переживающие развод без болевого синдрома; 3) у женщин после развода, проходящих антистрессовую реабилитацию, повышается толерантность к неопределённости, стрессоустойчивость, снижается тревожность, невротичность, депрессивность нашла свое полное подтверждение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Айсина Р.М. Индивидуальное психологическое консультирование: основы теории и практики. – М.: ИНФРА-М, 2019. – 148 с.
2. Банщиков В.М. Медицинская психология / В.М. Банщиков, В.С. Гуськов, И.Ф. Мягков. – М.: Медицина, 2022. – 240 с.
3. Барсукова О.В. Психология личности / О.В. Барсукова, Т.В. Павлова, Ю.А. Тушнова. – М.: Феникс, 2021. – 112 с.
4. Бобченко Т.Г. Психологические тренинги. Основы тренинговой работы. – М.: Юрайт, 2020. – 132 с.
5. Васильева Е.Ю. Основы психологии для медицинских вузов. – М.: КноРус, 2020. – 154 с.
6. Голод С.И. Семья и брак: историко-социологический анализ. – СПб: ТОО ТК «Петрополис», 1998. – 272 с.
7. Долотказина Л.Р. Психологические исследования проблемы самоотношения разведенной женщины // В книге: Образование магистров: проблемы и перспективы развития. Челябинск, 2022. – С. 315-316.
8. Екимчик О.А., Крюкова Т.Л. Психология совладания с завершением близких отношений // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2015. – Т. 21. – № 4. – С. 117-124.
9. Ерчихина К.О. Ценностно-смысловая сфера женщин средних лет в постразводный период // Modern Science. – 2020. – № 9-1. – С. 270-273.
10. Ипполитова Е.А., Шведенко Ю.В. Комплексное исследование кризисного состояния женщин, переживающих развод на разных стадиях брачно-семейного цикла // Известия Алтайского государственного университета. – 2012. – № 2-1 (74). – С. 50-53.

11. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – М.: Медицина, 2020. – 272 с.

12. Кашапов М.М. Психологическое консультирование. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: Юрайт, 2020. – 157 с.

13. Кораблина Е.П. Психологическое консультирование / Е.П. Кораблина, И.А. Акиндинова, А.А. Баканова, А.М. Родина; под редакцией Е.П. Кораблиной. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: Юрайт, 2020. – 222 с.

14. Костарев В.В. Психологические предикторы нарушений психического здоровья у супругов в ситуации развода // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 3 (96). – С. 64-70.

15. Лакосина Н.Д. Медицинская психология / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 2021. – 272 с.

16. Лакосина Н.Д. Клиническая психология. – М.: МЕДпресс-информ, 2022. – 448 с.

17. Лебединский М.С. Введение в медицинскую психологию / М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев. – СПб.: Питер, 2020. – 430 с.

18. Леонтьева В.Л. Психология. – М.: Юрайт, 2019. – 152 с.

19. Мантрова М.С. Психологическое консультирование. – 2-е изд. – М.: Флинта, 2017. – 116 с.

20. Махов В.А. Гендерные особенности переживания психотравмы развода // Проблемы современного педагогического образования. – 2020. – № 69-3. – С. 295-298.

21. Медведева А.И. Психологические последствия развода: постановка проблемы // В сборнике: Психолог в эпоху гражданского выбора. – 2017. – С. 73-75.

22. Немов Р.С. Психологическое консультирование. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2020. – 440 с.

23. Обухова А.С. Психология личности. – М.: Юрайт, 2019. – 404 с.

24. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Лытаев С.А. Психическое и профессиональное здоровье. Психологическая диагностика и коррекция. – СПб.:

СпецЛит, 2022. – 295 с.

25. Пономарева С.Ю. Психологическая помощь женщине в период после развода // В сборнике: Психопрофилактика, реабилитация и здоровьесбережение. – 2015. – С. 62-68.

26. Петров В.Е., Сергеев А.Ю., Котельникова Е.В. Психологическая помощь семьям в постразводный период // В сборнике: Инновационная деятельность в Вооруженных Силах Российской Федерации. Труды всеармейской научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2020. – С. 285-293.

27. Ральникова И.А. Динамика адаптивности мужчин и женщин, переживающих переломные события, в процессе психологической коррекции // Научно-педагогическое обозрение. – 2021. – № 2 (36). – С. 170-180.

28. Родермель Т.А., Шамухаметова Е.С. Постразводный период у женщин средних лет, переживающих кризис: диагностическое обследование проблем ценностно-смысловой сферы и психологическое сопровождение // International Journal of Medicine and Psychology. – 2022. – Т. 5. – № 1. – С. 32-38.

29. Родермель Т.А., Шамухаметова Е.С. Рассуждения о ценностно-смысловых аспектах личности женщин, переживающих кризис в постразводный период // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2021. – Т. 10. – № 2-1. – С. 49-58.

30. Рябченко С.А. Психологическое консультирование. – Саратов: Вузовское образование, 2019. – 189 с.

31. Самыгин С.И., Кротов Д.В., Столяренко Л.Д. Психология. – М.: Феникс, 2020. –280 с.

32. Смарышева В.А. Кризисное психологическое консультирование. – СПб.: ЧОУВО «Восточно-европейский институт психоанализа», 2020. – 184 с.

33. Смарышева В.А. Теоретические и прикладные аспекты консультирования по вопросам любовных отношений. – СПб.: ЧОУВО «Восточно-европейский институт психоанализа», 2020. – 122 с.

34. Фигдор Г. Развод. Излечение травмы утраты и предательства. – СПб.:

Питер, 2021. – 400 с.

35. Фролова Ю.Г. Медицинская психология. – М.: Вышэйшая школа, 2021. – 384 с.

36. Шнейдер Л.Б. Психология идентичности. – М.: Юрайт, 2019. – 328 с.

37. Шумский В.Б. Экзистенциальная психология и психотерапия. – М.: Юрайт, 2019. – 156 с.

38. Якуничева О.Н. Медицинская психология. – М.: Лань, 2021. – 197 с.

39. Байтимирова Г.Ф. Современные проблемы адаптации женщин после развода // Academy, 2018. – [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-problemy-adaptatsii-zhenschin-posle-razvoda (дата обращения 22.03.23).

40. Белова Е.В. Субъективное переживание одиночества женщинами с различным семейным статусом // Международный научно-исследовательский журнал, 2022. – [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/subektivnoe-perezhivanie-odinochestva-zhenschinami-s-razlichnym-semeynym-statusom (дата обращения 22.03.23).

41. Галиуллина А.Г. Удовлетворенность жизнью женщин в первый год после развода // Символ науки, 2020. – [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/udovletvorennost-zhiznyu-zhenschin-v-pervyy-god-posle-razvoda (дата обращения 20.03.23).

42. Горшенёва Т.А. Удовлетворенность жизнью женщин после развода на разных возрастных этапах // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика, 2012. – [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/udovletvorennost-zhiznyu-zhenschin-posle-razvoda-na-raznyh-vozrastnyh-etapah (дата обращения 18.03.23).

43. Капашева Г.А., Бурленова С.О., Барикова А.Р. Психологические особенности копинг-стратегий у разведенных женщин // Инновационная наука, 2016. – [Электронный ресурс]. – URL:

https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-koping-strategiy-u-razvedennyh-zhenschin (дата обращения 20.03.23).

44. Лактюхина Е.Г. От брака к разводу и обратно. Исследование постразводного поведения // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2019. – Т. 20. – № 2. – С. 62-81.

45. Стойко Д.Н., Маленова А.Ю. Форма брака как фактор лояльности к разводу у молодых мужчин и женщин // Вестник Омского университета. Серия «Психология», 2021. – [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/forma-braka-kak-faktor-loyalnosti-k-razvodu-u-molodyh-muzhchin-i-zhenschin (дата обращения 25.03.23).

46. Тихомирова Е.В., Самохвалова А.Г., Хазова С.А., Сапоровская М.В., Чичерина Д.А. Современные проблемы адаптации женщин после развода // Acta Biomedica Scientifica, 2022. – [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-perezhivaniya-zhenschinami-situatsii-razvoda (дата обращения 17.03.23).

47. Тихомирова Е.В., Самохвалова А.Г., Хазова С.А., Сапоровская М.В., Чичерина Д.А. Опыт переживания женщинами ситуации развода // Acta Biomedica Scientifica, 2022. – [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-perezhivaniya-zhenschinami-situatsii-razvoda (дата обращения 19.03.23).

48. Трухова Т.С. Особенности ценностно-смысловой сферы у женщин, состоящих в браке и переживших развод // Вестник Сыктывкарского университета. Серия 2. Биология. Геология. Химия. Экология, 2020. – [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-tsennostno-smyslovoy-sfery-u-zhenschin-sostoyaschih-v-brake-i-perezhivshih-razvod (дата обращения 22.03.23).

49. Фефилов А.В., Чиркина Е.А. Психодинамические свойства и эмоциональные состояния женщин среднего возраста различного семейного положения // Общество: социология, психология, педагогика, 2021. – [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihodinamicheskie-

svoystva-i-emotsionalnye-sostoyaniya-zhenschin-srednego-vozrasta-razlichnogo-semeynogo-polozheniya (дата обращения 16.03.23).

50. Чеботарева Е.Ю., Королева Е.В. Психологическое благополучие женщин среднего возраста с разным брачным статусом. Роль сепарации от родительской семьи // Психология и психотерапия семьи, 2019. – [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-blagopoluchie-zhenschin-srednego-vozrasta-s-raznym-brachnym-statusom-rol-separatsii-ot-roditelskoy-semi (дата обращения 25.03.23).

51. Bernstein D.A. Introduction to Clinical Psychology. – Cambridge: Cambridge University Press, 2020. – 698 p.

52. David H. Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual – Vermont: The Guilford Press, 2021. – 822 p.

53. Geoffrey P. Introduction to Clinical Psychology. – London: Pearson, 2022. – 528 p.

54. Llewelyn S., Aafjes-van Doorn K. Clinical Psychology. – Oxford: Oxford University Press, 2019. – 698 p.

55. Llewelyn S. Clinical Psychology. – Oxford: Oxford University Press, 2020. – 144 p.

56. McBride C. Emotional Abuse and Trauma Recovery. – North Charleston: Independently published, 2022. – 160 p.

57. Pomerantz A.M. Clinical Psychology: Science, Practice, and Diversity. – NY.: SAGE Publications, 2019. – 648 p.

58. Scott O. Science and Pseudoscience in Clinical Psychology. – Guilford: The Guilford Press, 2020. – 548 p.

59. Timothy J. Clinical Psychology. – Wadshwort: Cengage Learning, 2020. – 690 p.

60. Vingelli R. Communication & relationship: A Guide to Developing your Potential, Overcoming your Blocks, Achieving your Goals and Living in Harmony. – North Charleston: Independently published, 2022. – 119 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Стимульный материал методики диагностики уровня стрессоустойчивости Т. Холмса и Р. Раге

Постарайтесь вспомнить все события, случившиеся с Вами в течение последнего года, и подсчитайте общее число «заработанных» вами очков.

№	Жизненные события	Баллы
1.	Смерть супруга (супруги).	100
2.	Развод.	73
3.	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером.	65
4.	Тюремное заключение.	63
5.	Смерть близкого члена семьи»	63
6.	Травма или болезнь.	53
7.	Женитьба, свадьба.	50
8.	Увольнение с работы.	47
9.	Примирение супругов.	45
10.	Уход на пенсию.	45
11.	Изменение в состоянии здоровья членов семьи.	44
12.	Беременность партнерши.	40
13.	Сексуальные проблемы.	39
14.	Появление нового члена семьи, рождение ребенка.	39
15.	Реорганизация на работе.	39
16.	Изменение финансового положения.	38
17.	Смерть близкого друга.	37
18.	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы.	36
19.	Усиление конфликтности отношений с супругом.	35
20.	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома).	31
21.	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги.	30
22.	Изменение должности, повышение служебной ответственности.	29
23.	Сын или дочь покидают дом.	29
24.	Проблемы с родственниками мужа (жены).	29
25.	Выдающееся личное достижение, успех.	28
26.	Супруг бросает работу (или приступает к работе).	26
27.	Начало или окончание обучениям учебном заведении.	26
28.	Изменение условий жизни.	25

29.	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения.	24
30.	Проблемы с начальством, конфликты.	23
31.	Изменение условий или часов работы.	20
32.	Перемена места жительства.	20
33.	Смена места обучения.	20
34.	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска.	19
36.	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием.	19
36.	Изменение социальной активности.	18
37.	Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора).	17
38.	Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна.	16
39.	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи.	15 '
40.	Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.).	15
41.	Отпуск.	13
42.	Рождество, встреча Нового года, день рождения.	12
43.	Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения).	11

Приложение 2

Стимульный материал методики «Шкала толерантности к неопределённости» Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина

Инструкция. Оцените, насколько Вы считаете данные высказывания верными в отношении себя. При оценке используйте следующую шкалу:

1_____4_____7

совершенно не согласен || что-то среднее || полностью согласен

Утверждение:	1	2	3	4	5	6	7
1. Я плохо выношу неопределенные ситуации							
2. Мне бывает трудно реагировать на неопределенные события							
3. Меня привлекают ситуации, которые можно по-разному истолковать							
4. Я бы предпочел избежать решения проблем, которые необходимо рассматривать с разных точек зрения							
5. Я пытаюсь избежать неопределенных событий							
6. Я хорошо справляюсь с неопределенными ситуациями							
7. Я предпочитаю привычные ситуации (новым)							
8. Вопросы, которые нельзя рассматривать только с одной точки зрения, несколько пугают меня							
9. Я избегаю ситуаций, которые слишком трудны для моего понимания							
10. Я терпим к неопределенным ситуациям							
11. Мне доставляет удовольствие решение проблем, которые довольно сложны и неопределенны							
12. Я пытаюсь избегать проблем, которые не имеют единственного «лучшего» решения							
13. Я часто ищу что-либо новое и не стараюсь сохранять все по-старому в своей жизни							
14. Я обычно предпочитаю новизну, нежели привычное							
15. Мне не нравятся неопределенные ситуации							
16. Некоторые проблемы так сложны, что попытка понять их доставляет удовольствие							
17. Я вовсе не переживаю, когда приходится искать выход в неожиданной ситуации							
18. Мне нравится заниматься проблемными ситуациями, которые своей сложностью ставят в тупик некоторых людей							
19. Я предпочитаю ситуацию, в которой есть некоторая неопределенность							

Приложение 3

Стимульный материал методики «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга

№	Симтом	Оченьредко	Редко	Значительную часть времени	Большую часть времени
1.	Чувствую себя более нервным и тревожным, чем обычно				
2.	Испытываю чувство страха совершенно без причины				
3.	Легко огорчаюсь или впадаю в панику				
4.	У меня ощущение, что я не могу собраться и взять себя в руки				
5.	У меня ощущение полного благополучия, я чувствую, что со мной не случится ничего плохого				
6.	Мои руки и ноги дрожат и трясутся				
7.	У меня бывают головные боли, боли в шее и спине				
8.	Чувствую разбитость и быстро устаю				
9.	Я спокоен, могу сидеть спокойно без особых усилий				
10.	У меня бывает ощущение учащенного сердцебиения				
11.	У меня бывают приступы головокружения				
12.	У меня бывают приступы слабости				
13.	Я дышу свободно				
14.	Ощущение онемения и покалывания в пальцах рук и ног				
15.	Боли в желудке и диспепсические расстройства				
16.	Частые позывы на мочеиспускание				
17.	Мои руки обычно сухие и теплые				
18.	Мое лицо горит и краснеет				
19.	Я легко засыпаю и сплю глубоким и освежающим сном				
20.	Меня мучают ночные кошмары				

Приложение 4

Стимульный материал методики «Шкала депрессии» А.Т. Бека

1	0 – Я не чувствую себя несчастным. 1 – Я чувствую себя несчастным. 2 – Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства. 3 – Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.
2	0 – Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным. 1 – Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным. 2 – Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем. 3 – Я чувствую, что будущее безнадежно и ничего не изменится к лучшему.
3	0 – Я не чувствую себя неудачником. 1 – Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей. 2 – Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череды неудач. 3 – Я чувствую себя полным неудачником.
4	0 – Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше. 1 – Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше. 2 – Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было. 3 – Я всем неудовлетворен, и мне все надоело.
5	0 – Я не чувствую себя особенно виноватым. 1 – Довольно часто я чувствую себя виноватым. 2 – Почти всегда я чувствую себя виноватым. 3 – Я чувствую себя виноватым все время.
6	0 – Я не чувствую, что меня за что-то наказывают. 1 – Я чувствую, что могу быть наказан за что-то. 2 – Я ожидаю, что меня накажут. 3 – Я чувствую, что меня наказывают за что-то.
7	0 – Я не испытываю разочарование в себе. 1 – Я разочарован в себе. 2 – Я внушаю себе отвращение. 3 – Я ненавижу себя.
8	0 – У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других. 1 – Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки. 2 – Я все время виню себя за свои ошибки. 3 – Я виню себя за все плохое, что происходит.
9	0 – У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой. 1 – У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не делаю. 2 – Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.

	3 – Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.
10	0 – Я плачу не больше, чем обычно. 1 – Сейчас я плачу больше обычного. 2 – Я теперь все время плачу. 3 – Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.
11	0 – Сейчас я не более раздражителен, чем обычно. 1 – Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам. 2 – Сейчас я все время раздражен. 3 – Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.
12	0 – Я не потерял интереса к другим людям. 1 – У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше. 2 – Я почти утратил интерес к другим людям. 3 – Я потерял всякий интерес к другим людям.
13	0 – Я способен принимать решения так же, как всегда. 1 – Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно. 2 – Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде. 3 – Я больше не могу принимать каких-либо решений.
14	0 – Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно. 1 – Я обеспокоен, что выгляжу постаревшим и непривлекательным. 2 – Я чувствую, что изменения, происходящие в моей внешности, сделали меня непривлекательным. 3 – Я уверен, что выгляжу безобразным.
15	0 – Я могу работать так же, как раньше. 1 – Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать. 2 – Я с большим трудом заставляю себя что-либо сделать. 3 – Я вообще не могу работать.
16	0 – Я могу спать так же хорошо, как и обычно. 1 – Я сплю не так хорошо, как всегда. 2 – Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и с трудом могу заснуть снова. 3 – Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.
17	0 – Я устаю не больше обычного. 1 – Я устаю легче обычного. 2 – Я устаю почти от всего того, что делаю. 3 – Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.
18	0 – Мой аппетит не хуже, чем обычно. 1 – У меня не такой хороший аппетит, как был раньше. 2 – Сейчас мой аппетит стал намного хуже. 3 – Я вообще потерял аппетит.
19	0 – Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного. 1 – Я потерял в весе более 2 кг. 2 – Я потерял в весе более 4 кг. 3 – Я потерял в весе более 6 кг.
20	0 – Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно. 1 – Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры. 2 – Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом. 3 – Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем не могу думать.
21	0 – Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах. 1 – Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом. 2 – Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом. 3 – Я совершенно утратил интерес к сексу.

Приложение 5

Стимульный материал методики экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса

1. Считаете ли Вы, что внутренне напряжены?
2. Я часто так сильно во что-то погружен, что не могу заснуть.
3. Я чувствую себя легко ранимым.
4. Мне трудно заговорить с незнакомыми людьми.
5. Часто ли без особых причин у Вас возникает чувство безучастности и усталости?
6. У меня часто возникает чувство, что люди меня критически рассматривают.
7. Часто ли Вас преследуют бесполезные мысли, которые не выходят из головы, хотя Вы стараетесь от них избавиться?
8. Я довольно нервный.
9. Мне кажется, что меня никто не понимает.
10. Я довольно раздражительный.
11. Бели бы против меня не были настроены, мои дела Шли бы более успешно.
12. Я слишком близко и надолго принимаю к сердцу неприятности.
13. Даже мысль о возможной неудаче меня волнует.
14. У меня были очень странные и необычные переживания.
15. Бывает ли Вам то радостно, то грустно без видимых причин?
16. В течение всего дня я мечтаю и фантазирую больше, чем нужно.
17. Легко ли изменить Ваше настроение?
18. Я часто борюсь с собой, чтобы не показать свою застенчивость.
19. Я хотел бы быть таким же счастливым, какими кажутся другие люди.
20. Иногда я дрожу или испытываю приступы озноба.
21. Часто ли меняется Ваше настроение в зависимости от серьезной причины или без нее?
22. Испытываете ли Вы иногда чувство страха даже при отсутствии реальной опасности?
23. Критика или выговор меня очень ранят.
24. Временами я бываю так беспокоен, что даже не могу усидеть на одном месте.

25. Беспокоитесь ли Вы иногда слишком сильно из-за незначительных вещей?

26. Я часто испытываю недовольство.

27. Мне трудно сконцентрироваться при выполнении какого-либо задания или работы.

28. Я делаю много такого, в чем приходится раскаиваться.

29. Большей частью я счастлив.

30. Я недостаточно уверен в себе.

31. Иногда я кажусь себе действительно никчемным.

32. Часто я чувствую себя просто скверно.

33. Я много копаюсь в себе. •

34. Я страдаю от чувства неполноценности.

35. Иногда у меня все болит.

36. У меня бывает гнетущее состояние.

37. У меня что-то с нервами.

38. Мне трудно поддерживать разговор при знакомстве.

39. Самая тяжелая борьба для меня - это борьба с самим собой.

40. Чувствуете ли Вы иногда, что трудности велики и непреодолимы?

Приложение 6

Сырые данные определения уровня стрессоустойчивости личности исследуемых женщин после развода по методике Т. Холмса и Р. Раге

Номер исследуемого	Набранные баллы	Уровень стрессоустойчивости
Женщины с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром»		
1	301	Низкая стрессоустойчивость
2	299	Низкая стрессоустойчивость
3	271	Пороговая стрессоустойчивость
4	305	Низкая стрессоустойчивость
5	300	Низкая стрессоустойчивость
6	303	Низкая стрессоустойчивость
7	301	Низкая стрессоустойчивость
8	310	Низкая стрессоустойчивость
9	308	Низкая стрессоустойчивость
10	303	Низкая стрессоустойчивость
11	302	Низкая стрессоустойчивость
12	301	Низкая стрессоустойчивость
13	280	Пороговая стрессоустойчивость
14	304	Низкая стрессоустойчивость
15	265	Пороговая стрессоустойчивость
16	303	Низкая стрессоустойчивость
17	301	Низкая стрессоустойчивость
18	304	Низкая стрессоустойчивость
19	306	Низкая стрессоустойчивость
20	310	Низкая стрессоустойчивость
21	281	Пороговая стрессоустойчивость
22	301	Низкая стрессоустойчивость
23	303	Низкая стрессоустойчивость
24	310	Низкая стрессоустойчивость
25	274	Пороговая стрессоустойчивость
26	281	Пороговая стрессоустойчивость
27	307	Низкая стрессоустойчивость
28	305	Низкая стрессоустойчивость
29	301	Низкая стрессоустойчивость
30	281	Пороговая стрессоустойчивость
Женщины без болевого синдрома		
31	219	Пороговая стрессоустойчивость
32	300	Низкая стрессоустойчивость
33	270	Пороговая стрессоустойчивость
34	304	Низкая стрессоустойчивость
35	301	Низкая стрессоустойчивость
36	209	Пороговая стрессоустойчивость

37	212	Пороговая стрессоустойчивость
38	259	Пороговая стрессоустойчивость
39	234	Низкая стрессоустойчивость
40	259	Пороговая стрессоустойчивость
41	300	Низкая стрессоустойчивость
42	219	Пороговая стрессоустойчивость
43	279	Пороговая стрессоустойчивость
44	305	Низкая стрессоустойчивость
45	268	Пороговая стрессоустойчивость
46	211	Пороговая стрессоустойчивость
47	209	Пороговая стрессоустойчивость
48	289	Пороговая стрессоустойчивость
49	307	Низкая стрессоустойчивость
50	312	Низкая стрессоустойчивость
51	276	Пороговая стрессоустойчивость
52	300	Низкая стрессоустойчивость
53	200	Пороговая стрессоустойчивость
54	237	Низкая стрессоустойчивость
55	270	Пороговая стрессоустойчивость
56	280	Пороговая стрессоустойчивость
57	305	Низкая стрессоустойчивость
58	308	Низкая стрессоустойчивость
59	213	Пороговая стрессоустойчивость
60	263	Пороговая стрессоустойчивость

Приложение 7

Сырые данные по методике «Шкала толерантности к неопределённости» Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина для исследуемых женщин после развода

№ исследуемого	Отношение к новизне (ON)	Отношение к сложным задачам (OSZ)	Отношение к неопределенным ситуациям (ONS)	Предпочтение неопределенности (PN)	Толерантность к неопределенности (TN)	Общий балл (O = ON+ OSZ+ ONS)
Женщины с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром»						
1	9	25	33	44	41	85
2	10	25	30	39	41	80
3	11	28	33	43	42	85
4	10	25	30	39	41	80
5	11	28	33	43	42	85
6	10	25	30	39	41	80
7	11	26	31	42	42	84
8	19	37	46	50	58	118
9	8	23	28	35	32	77
10	15	37	43	58	54	112
11	11	20	25	30	35	75
12	10	25	30	39	41	80
13	11	28	33	43	42	85
14	14	36	45	57	54	111
15	10	25	30	39	41	80
16	14	34	42	50	51	101
17	12	27	32	40	42	82
18	11	28	33	43	42	85
19	10	26	31	42	42	84
20	11	28	33	43	42	85
21	15	37	46	58	55	113

22	11	28	33	43	42	85
23	10	25	30	39	41	80
24	8	26	28	35	33	78
25	10	25	30	39	41	80
26	15	37	43	58	54	112
27	13	28	30	41	45	86
28	8	23	28	35	32	77
29	12	27	32	40	42	82
30	10	24	30	40	40	80
Женщины без болевого синдрома						
31	9	26	33	45	41	87
32	11	25	30	40	40	81
33	18	38	47	59	56	114
34	15	34	41	50	51	100
35	11	28	33	44	42	86
36	12	25	30	40	41	83
37	11	24	31	42	40	80
38	18	35	45	48	56	110
39	8	23	28	36	32	78
40	15	37	43	56	54	110
41	12	20	25	31	35	77
42	10	26	31	39	42	83
43	11	29	33	43	42	87
44	14	36	45	56	55	110
45	10	25	30	39	40	81
46	14	34	42	50	50	100
47	12	27	32	40	43	83
48	11	28	33	44	42	86
49	10	27	32	43	43	88
50	11	28	33	44	42	86
51	15	36	46	57	54	110
52	18	38	47	58	56	113
53	15	34	41	51	51	101
54	19	38	47	50	57	117
55	15	34	41	50	51	100
56	15	37	43	57	53	110
57	13	28	30	40	44	88
58	8	23	28	35	31	78
59	12	27	32	41	42	83
60	10	24	30	41	40	81

Приложение 8

Сырые данные по методике «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга для исследуемых женщин после развода

Номер исследуемого	Набранные баллы	Уровень тревоги
Женщины с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром»		
1	52	Средний уровень тревоги
2	70	Высокий уровень тревоги
3	60	Средний уровень тревоги
4	74	Высокий уровень тревоги
5	69	Средний уровень тревоги
6	75	Высокий уровень тревоги
7	72	Высокий уровень тревоги
8	79	Высокий уровень тревоги
9	77	Высокий уровень тревоги
10	72	Высокий уровень тревоги
11	76	Высокий уровень тревоги
12	70	Высокий уровень тревоги
13	69	Средний уровень тревоги
14	75	Высокий уровень тревоги
15	68	Средний уровень тревоги
16	51	Средний уровень тревоги
17	59	Средний уровень тревоги
18	54	Средний уровень тревоги
19	80	Высокий уровень тревоги
20	82	Высокий уровень тревоги
21	85	Высокий уровень тревоги
22	80	Высокий уровень тревоги
23	82	Высокий уровень тревоги
24	81	Высокий уровень тревоги
25	63	Средний уровень тревоги
26	58	Средний уровень тревоги
27	75	Высокий уровень тревоги
28	78	Высокий уровень тревоги
29	73	Высокий уровень тревоги
30	71	Высокий уровень тревоги
Женщины без болевого синдрома		
31	53	Средний уровень тревоги
32	71	Высокий уровень тревоги
33	61	Средний уровень тревоги
34	73	Высокий уровень тревоги
35	68	Средний уровень тревоги
36	76	Высокий уровень тревоги
37	71	Высокий уровень тревоги

38	60	Средний уровень тревоги
39	62	Средний уровень тревоги
40	63	Средний уровень тревоги
41	58	Средний уровень тревоги
42	61	Средний уровень тревоги
43	70	Средний уровень тревоги
44	74	Высокий уровень тревоги
45	69	Средний уровень тревоги
46	52	Средний уровень тревоги
47	58	Средний уровень тревоги
48	55	Средний уровень тревоги
49	79	Высокий уровень тревоги
50	71	Высокий уровень тревоги
51	76	Высокий уровень тревоги
52	79	Высокий уровень тревоги
53	73	Высокий уровень тревоги
54	74	Высокий уровень тревоги
55	64	Средний уровень тревоги
56	59	Средний уровень тревоги
57	76	Высокий уровень тревоги
58	57	Средний уровень тревоги
59	60	Средний уровень тревоги
60	72	Высокий уровень тревоги

Приложение 9

Сырые данные определения уровня депрессии личности исследуемых женщин после развода по методике А.Т. Бека

Номер исследуемого	Когнитивно-аффективная субшкала (С-А)	Субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)	Набранные баллы	Уровень депрессии
Женщины с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром»				
1	10	9	19	Умеренная депрессия
2	15	14	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
3	8	8	16	Умеренная депрессия
4	15	27	42	Тяжелая депрессия
5	13	22	35	Тяжелая депрессия
6	10	12	22	Выраженная депрессия (средней тяжести)
7	14	14	28	Выраженная депрессия (средней тяжести)
8	12	14	25	Выраженная депрессия (средней тяжести)
9	14	14	28	Выраженная депрессия (средней тяжести)
10	15	14	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
11	15	27	42	Тяжелая депрессия
12	12	12	24	Выраженная депрессия (средней тяжести)
13	10	9	19	Умеренная депрессия
14	10	15	25	Выраженная депрессия (средней тяжести)
15	10	8	18	Умеренная депрессия
16	15	27	42	Тяжелая депрессия
17	13	21	34	Тяжелая депрессия
18	15	27	42	Тяжелая депрессия
19	15	23	38	Тяжелая депрессия
20	15	26	41	Тяжелая депрессия
21	14	16	30	Тяжелая депрессия
22	15	27	42	Тяжелая депрессия
23	15	25	40	Тяжелая депрессия
24	10	15	25	Выраженная депрессия (средней тяжести)
25	9	10	19	Умеренная депрессия
26	10	9	19	Умеренная депрессия

27	10	13	23	Выраженная депрессия (средней тяжести)
28	15	27	42	Тяжелая депрессия
29	13	20	33	Тяжелая депрессия
30	15	27	42	Тяжелая депрессия
Женщины без болевого синдрома				
31	10	8	18	Умеренная депрессия
32	15	14	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
33	8	9	17	Умеренная депрессия
34	11	15	26	Выраженная депрессия (средней тяжести)
35	15	14	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
36	11	12	23	Выраженная депрессия (средней тяжести)
37	14	15	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
38	12	14	26	Выраженная депрессия (средней тяжести)
39	14	15	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
40	13	14	27	Выраженная депрессия (средней тяжести)
41	15	25	40	Тяжелая депрессия
42	12	12	24	Выраженная депрессия (средней тяжести)
43	9	9	18	Умеренная депрессия
44	10	14	24	Выраженная депрессия (средней тяжести)
45	10	7	17	Умеренная депрессия
46	9	9	18	Умеренная депрессия
47	7	9	18	Умеренная депрессия
48	6	9	17	Умеренная депрессия
49	15	20	35	Тяжелая депрессия
50	14	26	40	Тяжелая депрессия
51	14	16	30	Тяжелая депрессия
52	10	16	26	Выраженная депрессия (средней тяжести)
53	15	25	40	Тяжелая депрессия
54	10	14	24	Выраженная депрессия (средней тяжести)
55	8	10	18	Умеренная депрессия
56	10	9	19	Умеренная депрессия
57	10	13	23	Выраженная депрессия (средней тяжести)
58	15	28	43	Тяжелая депрессия
59	13	21	34	Тяжелая депрессия
60	15	15	30	Выраженная депрессия (средней тяжести)

Приложение 10

Сырые данные по методике экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса для исследуемых женщин после развода

Номер исследуемого	Набранные баллы	Уровень невроза
Женщины с установленным по МКБ диагнозом «болевой синдром»		
1	12	Средний уровень
2	30	Высокий уровень
3	11	Средний уровень
4	24	Высокий уровень
5	11	Средний уровень
6	19	Средний уровень
7	30	Высокий уровень
8	29	Высокий уровень
9	27	Высокий уровень
10	24	Высокий уровень
11	26	Высокий уровень
12	15	Средний уровень
13	19	Средний уровень
14	25	Высокий уровень
15	18	Средний уровень
16	11	Средний уровень
17	19	Средний уровень
18	14	Средний уровень
19	29	Высокий уровень
20	28	Высокий уровень
21	29	Высокий уровень
22	28	Высокий уровень
23	29	Высокий уровень
24	27	Высокий уровень
25	20	Средний уровень
26	18	Средний уровень
27	25	Высокий уровень
28	19	Средний уровень
29	15	Средний уровень
30	14	Средний уровень
Женщины без болевого синдрома		
31	13	Средний уровень
32	27	Высокий уровень
33	12	Средний уровень
34	18	Средний уровень
35	12	Средний уровень
36	19	Средний уровень
37	16	Средний уровень

38	28	Высокий уровень
39	12	Средний уровень
40	17	Средний уровень
41	15	Средний уровень
42	14	Средний уровень
43	18	Средний уровень
44	26	Высокий уровень
45	17	Средний уровень
46	12	Средний уровень
47	13	Средний уровень
48	15	Средний уровень
49	25	Высокий уровень
50	12	Средний уровень
51	24	Высокий уровень
52	12	Средний уровень
53	13	Средний уровень
54	15	Средний уровень
55	19	Средний уровень
56	18	Средний уровень
57	26	Высокий уровень
58	18	Средний уровень
59	16	Средний уровень
60	15	Средний уровень

Приложение 11

Сырые данные контрольного определения уровня стрессоустойчивости личности исследуемых женщин после развода по методике Т. Холмса и Р. Раге

Номер исследуемого	Набранные баллы	Уровень стрессоустойчивости
Женщины, которые участвовали в программе антистрессовой реабилитации		
1	300	Низкая стрессоустойчивость
2	209	Пороговая стрессоустойчивость
3	171	Высокая стрессоустойчивость
4	300	Низкая стрессоустойчивость
5	300	Низкая стрессоустойчивость
6	245	Пороговая стрессоустойчивость
7	202	Пороговая стрессоустойчивость
8	270	Пороговая стрессоустойчивость
9	208	Пороговая стрессоустойчивость
10	233	Пороговая стрессоустойчивость
11	258	Пороговая стрессоустойчивость
12	281	Пороговая стрессоустойчивость
13	180	Высокая стрессоустойчивость
17	221	Пороговая стрессоустойчивость
18	264	Пороговая стрессоустойчивость
19	256	Пороговая стрессоустойчивость
20	210	Пороговая стрессоустойчивость
21	181	Высокая стрессоустойчивость
22	222	Пороговая стрессоустойчивость
23	208	Пороговая стрессоустойчивость
24	266	Пороговая стрессоустойчивость
25	154	Высокая стрессоустойчивость
26	201	Пороговая стрессоустойчивость
32	210	Пороговая стрессоустойчивость
33	196	Высокая стрессоустойчивость
34	234	Пороговая стрессоустойчивость
42	216	Пороговая стрессоустойчивость
43	209	Пороговая стрессоустойчивость
44	255	Пороговая стрессоустойчивость
45	198	Высокая стрессоустойчивость
Женщины, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации		
14	300	Низкая стрессоустойчивость
15	264	Пороговая стрессоустойчивость
16	302	Низкая стрессоустойчивость
27	300	Низкая стрессоустойчивость
28	305	Низкая стрессоустойчивость

29	301	Низкая стрессоустойчивость
30	281	Пороговая стрессоустойчивость
31	219	Пороговая стрессоустойчивость
35	300	Низкая стрессоустойчивость
36	208	Пороговая стрессоустойчивость
37	212	Пороговая стрессоустойчивость
38	259	Пороговая стрессоустойчивость
39	234	Низкая стрессоустойчивость
40	256	Пороговая стрессоустойчивость
41	300	Низкая стрессоустойчивость
46	211	Пороговая стрессоустойчивость
47	209	Пороговая стрессоустойчивость
48	288	Пороговая стрессоустойчивость
49	306	Низкая стрессоустойчивость
50	309	Низкая стрессоустойчивость
51	276	Пороговая стрессоустойчивость
52	300	Низкая стрессоустойчивость
53	200	Пороговая стрессоустойчивость
54	237	Низкая стрессоустойчивость
55	272	Пороговая стрессоустойчивость
56	260	Пороговая стрессоустойчивость
57	305	Низкая стрессоустойчивость
58	308	Низкая стрессоустойчивость
59	210	Пороговая стрессоустойчивость
60	250	Пороговая стрессоустойчивость

Приложение 12

Сырые данные контрольного определения уровня толерантности к неопределённости личности исследуемых женщин после развода по методике Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина

№ исследуемого	Отношение к новизне (ON)	Отношение к сложным задачам (OSZ)	Отношение к неопределенным ситуациям (ONS)	Предпочтение неопределенности (PN)	Толерантность к неопределенности (TN)	Общий балл (O = ON+ OSZ+ ONS)
Женщины, которые участвовали в программе антистрессовой реабилитации						
1	9	22	30	42	39	75
2	10	25	30	39	41	80
3	11	28	33	43	42	85
4	10	25	30	39	41	80
5	11	28	33	43	32	75
6	10	25	30	39	41	80
7	11	26	31	42	42	84
8	19	37	46	50	48	108
9	8	23	28	35	32	77
10	15	37	43	50	50	100
11	11	20	25	30	35	75
12	10	25	30	39	41	80
13	11	28	33	43	42	85
17	10	22	30	42	39	76
18	11	28	33	43	42	85
19	10	26	31	42	42	84
20	11	28	33	43	42	85
21	15	37	36	48	45	83
22	11	28	33	43	42	85
23	10	25	30	39	41	80
24	8	24	26	32	30	70
25	10	25	30	39	41	80
26	15	37	43	38	42	80
32	11	25	30	40	40	81
33	18	38	37	49	46	84
34	15	34	41	40	41	80
42	10	26	31	39	42	83
43	11	29	33	43	42	87

44	14	36	45	36	45	80
45	10	25	30	39	40	81
Женщины, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации						
14	14	36	45	57	53	110
15	10	25	30	39	41	80
16	14	34	42	50	51	101
27	13	28	30	41	45	86
28	8	23	28	35	32	77
29	12	27	32	40	42	82
30	10	24	30	40	40	80
31	9	26	33	45	41	87
35	11	28	33	44	42	86
36	12	25	30	40	41	83
37	11	24	31	42	40	80
38	20	35	45	48	56	112
39	8	23	28	36	32	78
40	15	37	43	56	54	110
41	12	20	25	31	35	77
46	14	34	43	50	51	102
47	12	27	32	40	43	83
48	11	28	33	44	42	86
49	10	27	32	43	43	88
50	11	28	33	44	42	86
51	15	36	46	57	54	110
52	18	38	47	58	56	113
53	15	34	41	51	51	101
54	19	38	47	50	57	117
55	15	34	41	50	51	100
56	15	37	43	57	53	110
57	13	28	30	40	44	88
58	8	23	28	35	31	78
59	12	27	32	41	42	83
60	10	24	31	42	40	83

Приложение 13

Сырые данные контрольного определения уровня тревоги личности исследуемых женщин после развода по методике «Шкала самооценки тревоги» В. Цунга

Номер исследуемого	Набранные баллы	Уровень тревоги
Женщины, которые участвовали в программе антистрессовой реабилитации		
1	47	Низкий уровень тревоги
2	55	Средний уровень тревоги
3	50	Средний уровень тревоги
4	54	Средний уровень тревоги
5	39	Низкий уровень тревоги
6	71	Высокий уровень тревоги
7	52	Средний уровень тревоги
8	75	Высокий уровень тревоги
9	57	Средний уровень тревоги
10	72	Высокий уровень тревоги
11	56	Средний уровень тревоги
12	70	Высокий уровень тревоги
13	49	Низкий уровень тревоги
17	52	Средний уровень тревоги
18	44	Низкий уровень тревоги
19	50	Средний уровень тревоги
20	77	Высокий уровень тревоги
21	75	Высокий уровень тревоги
22	62	Средний уровень тревоги
23	62	Средний уровень тревоги
24	59	Средний уровень тревоги
25	63	Средний уровень тревоги
26	58	Средний уровень тревоги
32	61	Средний уровень тревоги
33	60	Средний уровень тревоги
34	53	Средний уровень тревоги
42	41	Низкий уровень тревоги
43	40	Низкий уровень тревоги
44	70	Высокий уровень тревоги
45	43	Низкий уровень тревоги
Женщины, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации		
14	74	Высокий уровень тревоги
15	67	Средний уровень тревоги
16	51	Средний уровень тревоги
27	75	Высокий уровень тревоги
28	78	Высокий уровень тревоги

29	73	Высокий уровень тревоги
30	71	Высокий уровень тревоги
31	53	Средний уровень тревоги
35	68	Средний уровень тревоги
36	76	Высокий уровень тревоги
37	70	Высокий уровень тревоги
38	60	Средний уровень тревоги
39	62	Средний уровень тревоги
40	63	Средний уровень тревоги
41	58	Средний уровень тревоги
46	52	Средний уровень тревоги
47	58	Средний уровень тревоги
48	55	Средний уровень тревоги
49	79	Высокий уровень тревоги
50	71	Высокий уровень тревоги
51	76	Высокий уровень тревоги
52	70	Высокий уровень тревоги
53	73	Высокий уровень тревоги
54	70	Высокий уровень тревоги
55	64	Средний уровень тревоги
56	59	Средний уровень тревоги
57	76	Высокий уровень тревоги
58	57	Средний уровень тревоги
59	60	Средний уровень тревоги
60	72	Высокий уровень тревоги

Приложение 14

Сырые данные контрольного определения уровня депрессии личности исследуемых женщин после развода по методике А.Т. Бека

Номер исследуемого	Набранные баллы	Уровень депрессии
Женщины, которые участвовали в программе антистрессовой реабилитации		
1	9	Отсутствие депрессии
2	16	Умеренная депрессия
3	12	Легкая депрессия
4	17	Умеренная депрессия
5	35	Тяжелая депрессия
6	17	Умеренная депрессия
7	14	Легкая депрессия
8	25	Выраженная депрессия (средней тяжести)
9	15	Легкая депрессия
10	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
11	18	Умеренная депрессия
12	15	Легкая депрессия
13	8	Отсутствие депрессии
17	30	Тяжелая депрессия
18	22	Выраженная депрессия (средней тяжести)
19	18	Умеренная депрессия
20	36	Тяжелая депрессия
21	17	Умеренная депрессия
22	18	Умеренная депрессия
23	20	Выраженная депрессия (средней тяжести)
24	13	Легкая депрессия
25	19	Умеренная депрессия
26	13	Легкая депрессия
32	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
33	17	Умеренная депрессия
34	26	Выраженная депрессия (средней тяжести)
42	16	Умеренная депрессия
43	14	Легкая депрессия
44	18	Умеренная депрессия
45	15	Легкая депрессия
Женщины, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации		
14	22	Выраженная депрессия (средней

		тяжести)
15	16	Умеренная депрессия
16	40	Тяжелая депрессия
27	23	Выраженная депрессия (средней тяжести)
28	40	Тяжелая депрессия
29	30	Тяжелая депрессия
30	42	Тяжелая депрессия
31	18	Умеренная депрессия
35	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
36	20	Выраженная депрессия (средней тяжести)
37	25	Выраженная депрессия (средней тяжести)
38	23	Выраженная депрессия (средней тяжести)
39	25	Выраженная депрессия (средней тяжести)
40	27	Выраженная депрессия (средней тяжести)
41	40	Тяжелая депрессия
46	18	Умеренная депрессия
47	18	Умеренная депрессия
48	17	Умеренная депрессия
49	35	Тяжелая депрессия
50	40	Тяжелая депрессия
51	30	Тяжелая депрессия
52	25	Выраженная депрессия (средней тяжести)
53	40	Тяжелая депрессия
54	24	Выраженная депрессия (средней тяжести)
55	18	Умеренная депрессия
56	19	Умеренная депрессия
57	20	Выраженная депрессия (средней тяжести)
58	43	Тяжелая депрессия
59	32	Тяжелая депрессия
60	30	Выраженная депрессия (средней тяжести)

Приложение 15

Сырые данные контрольного определения уровня невроза личности исследуемых женщин после развода по методике А.Т. Бека

Номер исследуемого	Набранные баллы	Уровень невроза
Женщины, которые участвовали в программе антистрессовой реабилитации		
1	8	Низкий уровень
2	26	Высокий уровень
3	11	Средний уровень
4	24	Высокий уровень
5	11	Средний уровень
6	8	Низкий уровень
7	14	Средний уровень
8	19	Средний уровень
9	17	Средний уровень
10	16	Средний уровень
11	11	Средний уровень
12	10	Низкий уровень
13	9	Низкий уровень
17	10	Низкий уровень
18	7	Низкий уровень
19	24	Высокий уровень
20	25	Высокий уровень
21	16	Средний уровень
22	21	Средний уровень
23	17	Средний уровень
24	15	Средний уровень
25	7	Низкий уровень
26	10	Низкий уровень
32	27	Высокий уровень
33	12	Средний уровень
34	18	Средний уровень
42	14	Средний уровень
43	18	Средний уровень
44	19	Средний уровень
45	10	Низкий уровень
Женщины, которые отказались участвовать в программе антистрессовой реабилитации		
14	26	Высокий уровень
15	18	Средний уровень
16	11	Средний уровень
27	25	Высокий уровень
28	15	Средний уровень
29	14	Средний уровень
30	14	Средний уровень

31	13	Средний уровень
35	12	Средний уровень
36	19	Средний уровень
37	16	Средний уровень
38	28	Высокий уровень
39	12	Средний уровень
40	17	Средний уровень
41	15	Средний уровень
46	12	Средний уровень
47	13	Средний уровень
48	15	Средний уровень
49	25	Высокий уровень
50	12	Средний уровень
51	26	Высокий уровень
52	12	Средний уровень
53	13	Средний уровень
54	15	Средний уровень
55	19	Средний уровень
56	18	Средний уровень
57	26	Высокий уровень
58	14	Средний уровень
59	14	Средний уровень
60	14	Средний уровень