# Содержание

Введение

1. Влияние болезни на психику человека

1.1 Соматогенное влияние болезни на психику

1.2 Психогенное влияние болезни на психику

1.3 Типы реакции на болезнь

2. Результаты изучения психологических особенностей больных хроническим панкреатитом в отечественной медицине

2.1 Общее представление о хроническом панкреатите

2.2 Личностные особенности больных хроническим панкреатитом

2.3 Изучение тревожных расстройств больных панкреатитом

2.4 Исследование депрессивных реакций у больных хроническим панкреатитом

3. Практическое исследование психологических особенностей больных хроническим панкреатитом

3.1 Организация и методы эмпирического исследования

3.2 Результаты исследования и их анализ

3.3 Рекомендации для психотерапевтической работы с больными хроническим панкреатитом

Заключение

Список литературы

Приложения

Введение

В последнее время всё шире развиваются связи между психологией и соматической медициной. Повседневная практика настоятельно требует комплексного изучения психосоматических корреляций.

Всё большее развитие в медицине получает антропоцентрический подход, направленный на реабилитацию личности. При этом реабилитация призвана не только устранить проявления болезни, но и вырабатывать у больного качеств, помогающих ему адекватно приспособиться к окружающей среде. С этой точки зрения необходимость психологической помощи, способствующей преодолению барьеров, мешающих реабилитации, нивелирующей установку на госпитализацию, не вызывает сомнений.

Однако для осуществления такого корригирующего воздействия, обеспечения его дифференцированности и индивидуализации необходим адекватный инструмент, с помощью которого можно установить степень нарушений в личностной структуре пациента и наблюдать динамику в процессе реабилитации. Таким адекватным методом является экспериментально-психологическое исследование.

Экспериментально-психологическое исследование позволяет выявить личностные особенности в структуре нервно-психических расстройств у больных соматическими заболеваниями, установить психологический аспект нарушений механизмов компенсации, оценить личность больного и систему его значимых отношений.

Используется оно и для получения дополнительных данных о заболевании, а также для диагностики, характеристики течения и определения исхода заболевания.

Экспериментально-психологическое исследование в ряде случаев может иметь также большое значение для распознавания заболеваний. Данные его при диагностических затруднениях нередко являются существенным моментом в той системе клинических факторов, которая должна быть основой дифференциально-диагностического заключения.

Хронический панкреатит – хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы, вызывающее при прогрессировании патологического процесса нарушение проходимости её протоков, и значительное нарушение функций поджелудочной железы.

Хронический панкреатит (ХП) — достаточно частое заболевание: в разных странах заболеваемость хроническим панкреатитом составляет 5–7 новых случаев на 100 000 человек населения. При этом за последние 40 лет произошел примерно двукратный прирост заболеваемости панкреатитом. Это связано не только с улучшением способов диагностики хронического панкреатита, но и с увеличением употребления алкоголя в некоторых странах, усилением воздействия неблагоприятных факторов внешней среды, которые ослабляют различные защитные механизмы.

Исследованиям, направленным на понимание психологическим особенностям больных хроническим панкреатитом, уделялось достаточно мало внимание, таким образом, тема данной курсовой работы является вполне актуальной.

Цель курсовой работы – изучить психологические особенности больных с панкреатитом. Исходя из поставленной цели в работе определены следующие задачи:

- на основании анализа литературных данных изучить влияние соматических заболеваний на психику человека

- провести психологические исследование с целью выявления психологических особенностей больных панкреатитом.

1. Влияние болезни на психику человека

1.1 Соматогенное влияние болезни на психику

Соматогенное влияние болезни на психику связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей (нарушение гемодинамики или интоксикация) и самих интенсивных болевых ощущений. Особенно большую роль соматогенные влияния на психику играют при врожденных пороках сердца и заболеваниях почек. Мучительная боль бывает при метастазах злокачественных опухолей в позвоночнике. Интенсивная боль, накапливающиеся в крови вредные вещества или кислородная недостаточность, непосредственно воздействуя на головной мозг, вызывают нарушения в нервно-психической сфере. Весь комплекс нарушений в нервно-психической сфере при этом часто именуют термином "соматогения". По своей структуре соматогении характеризуются полиморфизмом проявлений — от неврозо-подобных нарушений до психотических (с бредом, галлюцинациями) расстройств.

Психосоматические взаимоотношения

Влияние психических факторов на соматическую сферу

Влияние соматических факторов на психическую сферу

Патогенное влияние

Саногенное влияние

Патогенное влияние

Саногенное влияние

сомагенное

психогенное

Рис. 1.1. Схема психосоматических соотношений

1.2 Психогенное влияние болезни на психику

Следует признать, что интоксикационные воздействия на центральную нервную систему наблюдаются лишь при некоторых соматических заболеваниях, тяжелом их течении и специфическими для клиники внутренних болезней не являются. Основной же формой влияния соматического заболевания на психику человека является психологическая реакция личности на сам факт заболевания и его последствия, имеющиеся при болезни астению, болезненные ощущения и нарушения общего самочувствия.

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием "внутренняя (или аутопластическая) картина болезни". Последняя характеризуется формированием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, СП. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов и другие. Соматопсихическое направление как таковое, в центре внимания которого находится вопрос влияния соматической болезни на личность, в отечественной медицине было заложено в трудах психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина, В.М. Бехтерева.

Болезнь как патологический процесс в организме двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни. Телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями.

Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе. Эти и некоторые другие моменты налагают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют окончательное отношение к своему заболеванию.

Следует отметить, что в механизмах взаимоотношений психики и сомы большую роль играют так называемые механизмы "замкнутого круга". Нарушения, первоначально возникающие в соматической (равно и в психической) сфере, вызывают реакции в психике (соме), а последние являются причиной дальнейших соматических (психических) нарушений. Так по "замкнутому кругу" развертывается целостная картина болезни. Особенно велика роль "замкнутого круга" в патогенезе психосоматических болезней и маскированной депрессии.

В научной литературе для описания субъективной стороны заболевания используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом.

Аутопластическая картина болезни создается самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием ("сенситивный" уровень болезни базируется на ощущениях, а "интеллектуальный" уровень болезни является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии).

Внутренняя картина болезни — в понимании известного терапевта Лурия Р.А. не соответствует обычному пониманию субъективных жалоб больного; структура ее в отношении как сенситивной, так и интеллектуальной части аутопластической картины болезни, по Гольдштейну, находятся в очень большой зависимости от личности больного, его общего культурного уровня, социальной среды и воспитания.

Переживание болезни— общий чувственный и эмоциональный тон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. Переживание болезни тесно связано с понятием "сознание болезни", хотя и неидентично ему. Отношение к болезни вытекает из понятия "сознание болезни", что и формирует соответствующее реагирование на болезнь. Отношение к болезни складывается из восприятия больным своей болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из такого отношения намерений и действий.

### 1.3 Типы реакции на болезнь

Можно выделить три главных типа реакции больного на свое заболевание: стеническая, астеническая и рациональная.

При активной жизненной позиции больного к лечению и обследованию говорят о стенической реакции на болезнь. Есть, однако, и негативная сторона этого типа поведения, так как больной может быть слабо способным к выполнению необходимых ограничений стереотипа жизни, накладываемых заболеванием. При астенической реакции на заболевание у больных имеется наклонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспосабливаются к заболеванию. При рациональном типе реакции имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации.

Рассмотрим различные типы личностной реакции на заболевание

- Содружественная реакция. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся "ассистентами" врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

- Спокойная реакция. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются "солидными" и "степенными", легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

- Неосознаваемая реакция. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

- Следовая реакция. Несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизи-рованы, угнетены, даже депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными.

- Негативная реакция. Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую "двойную ориентировку".

- Паническая реакция. Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

- Разрушительная реакция. Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными.

В типологии реагирования на болезнь Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью. В любом случае, в целях преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни личностью вырабатывается комплекс адаптационных (приспособительных) приемов. Их определяют как реакции адаптации, которые могут быть как компенсаторного (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т.п.), так и псевдокомпенсаторного характера (отрицание и игнорирование болезни).

Другими словами, заболевший на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность и в этом отношении самые разные соматические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства для человека.

Выделяют 5 типов отношения к болезни: избегание дискомфорта с аутизацией (характерен для пациентов с невысоким интеллектом), замещение с нахождением новых средств достижения жизненных целей (лица с высоким интеллектом), игнорирующее поведение с вытеснением признания дефекта (у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем), компенсаторное поведение (тенденции агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих и др.), невротические реакции.

В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и преморбидные (доболезненные) особенности личности больного, его характер и темперамент. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание. Личко А.Е. в своих трудах различает следующие типы отношения к болезни

- Гармонический - трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

- Эргопатический —желание сохранить работоспособность.

- Анизогнозический — активное отбрасывание мысли о болезни.

- Тревожный—беспрерывное беспокойство и мнительность.

- Ипохондрический — крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения.

- Неврастенический — нетерпеливость и вспышки раздражения, затем — слезы и раскаяние.

- Меланхолический — неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).

- Апатический — полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.

- Сенситивный—чувствительный к межличностным отношениям, боязнь стать обузой для близких.

- Эгоцентрический—"уход в болезнь" с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.

- Паронойяльный — уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.

- Дисфорический — доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем.

В переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике можно наблюдать следующие этапы:

- Предмедицинская фаза — длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

- Фаза ломки жизненного стереотипа - больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания и он полон сомнений и тревог.

- Фаза адаптации к болезни - острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

- Фаза "капитуляции" — больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску "новых" методов лечения и понимает ограниченность возможностей медицины в его полном излечении. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

- Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки).

2. Результаты изучения психологических особенностей больных хроническим панкреатитом в отечественной медицине

### 2.1 Общее представление о хроническом панкреатите

Хронический панкреатит (ХП) – диффузное воспалительное непрерывно прогрессирующее заболевание поджелудочной железы (ПЖ) с развитием необратимых структурных изменений паренхимы и протоков с замещением их соединительной тканью и наличием различной степени выраженности функциональной недостаточности. Широкая распространенность и рост заболеваемости ХП является важной социальной и экономической проблемой и требует усовершенствования методов лечения данного заболевания.

Острый и хронический панкреатит (ОП и ХП) нередко рассматривают, как два отдельных заболевания. Дело в том. что у 60% больных острая фаза панкреатита остаётся нераспознанной или распознанной как пищевая токсикоинфекция, желчнокаменная болезнь и т.д. Поэтому становится понятным, что хронический панкреатит является исходом осторго. Основные причины развития хронического панкреатита - алкогольный и билиарный (желчный) - чаще встречаются в развитых странах с высоким потреблением алкоголя, белка и жира. Выделяют также называемый наследственный панкреатит – аутосомно-доминантный тип наследования с неполной пенетрантностью. Так же по сути наследственным является панкреатит при муковисцидозе.

Клиническая картина хронического панкреатита характеризуется 3 основными синдромами:

1. Болевой синдром при хроническом панкреатите;

2. Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (нарушение переваривания пищи, диарея);

3. Синдром инкреторной недостаточности (нарушение секреции инсулина, сахарный диабет).

Боль - ведущий признак хронического панкреатита. Она ощущается преимущественно в левом боку, может иметь характер "опоясывающих" болей, т. е. захватывать весь левый бок с заходом на спину. Отличие болевого синдрома при остром панкреатите в том, что интенсивность болей такова, что больной корчится и не может даже разогнуться. Чаще такие приступы возникают после злоупотребления алкоголем, особенно низкого качества, или его суррогатами, содержащими большое количество токсических примесей. Однако эти приступы могут провоцироваться и приемом избыточного количества чрезмерно жирной или острой пищи.

Обострение хронического панкреатита характеризуется, во-первых, менее сильными болями, а во-вторых, как правило, такие болевые эпизоды повторяются периодически после погрешностей в диете или злоупотреблений алкоголем. Чаще всего боли появляются после обильной еды, особенно жирной, жаренной, часто боли появляются натощак или через 3-4 часа после еды, что требует исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. При голодании боли успокаиваются, поэтому многие больные мало едят и худеют.

Диспепсический синдром при панкреатите выражается в:

- Гиперсаливации (повышенное слюноотделение), отрыжка воздухом или съеденной пищей, тошнота, рвота, отвращение к жирной пищи, вздутие живота.

- Похудании, вызванном ограничением в еде из-за болей в животе + недостаточная выроботка ферментов поджелудочной железой.

- Панкреатогенных поносах и синдромах нарушения всасывания в полости кишечника - Характерны для тяжёлых и длительно существующих форм хронического панкреатита с выраженным нарушением внешнесекреторной функции (когда функциональная способность поджелудочной железы 10% от исходной).

- Инкреторной недостаточноти, которая проявляется нарушением толерантности к глюкозе, в тяжелых случаях развивается инсулинпотребный сахарный диабет.

В течение хронического панкреатита можно выделить этапы заболевания:

Начальный этап болезни протяженностью в среднем 1-5 лет (до 10 лет). Наиболее частое проявление - боль различной интенсивности и локализации: в верхней части правой половины живота при поражении головки поджелудочной железы, в эпигастральной области при поражении тела, в левом подреберье при поражении хвоста поджелудочной железы; боли опоясывающего характера связаны с парезом поперечно-ободочной кишки и встречаются нечасто. Диспепсический синдром если и наблюдается, то имеет явно сопутствующих характер и купируются при лечении первым.

Развернутая картина болезни выявляется чаще позднее и продолжается в основном 5-10 лет. Основные проявления: боль; признаки внешнесекреторной недостаточности; элементы инкреторной недостаточности (повышение или понижение уровня сахара крови). Признаки внешнесекреторной недостаточности выходят на первое место.

Осложненный вариант течения ХП (в любом периоде). Стихание активного патологического процесса или развитие осложнений чаще возникает через 7-15 лет от начала болезни. У 2/3 больных наблюдается стихание патологического процесса за счет адаптации больного к ХП (алкогольная абстиненция, санация билиарной системы, соблюдение диеты), у 1/3 развиваются осложнения. Изменяется интенсивность болей, или их иррадиация, динамика под влиянием лечения.

Лечением больных с неосложненным хроническим панкреатитом занимается терапевт- гастроэнтеролог, оно направлено на

- устранение болевого синдрома,

- компенсация экзокринной недостаточности,

- компенсация эндокринной недостаточности.

Одной из главных проблем в лечении больных хроническим панкреатитом является своевременная диагностика осложнений и направление больного в специализированный хирургический гастроэнтерологический центр на консультацию и возможное оперативное лечение. Чем раньше больной получит квалифицированную помощь, тем больше шансов сохранить функцию поджелудочной железы и высокое качество жизни.

Возможности консервативного лечения в хронической фазе панкреатита ограничены; медикаментозные препараты, специфически влияющие на развитие хронического панкреатита, практически отсутствуют. Поэтому основные усилия должны быть направлены на смягчение болей, рациональную диетотерапию, коррекцию внешне- и внутрисекреторной недостаточности ПЖ, а также на устранение причин развития панкреатита путем купирования воспалительного процесса в желчных путях, борьбы с алкогольной зависимостью пациента.

### 2.2 Личностные особенности больных хроническим панкреатитом

Представление о предрасположенности определенных типов личности к тем или иным болезням всегда присутствовало в медицинском мышлении. Еще в то время, когда медицина основывалась исключительно на клиническом опыте, внимательные врачи отмечали распространенность определенных болезней у лиц с определенным физическим или психическим складом. Однако, насколько важен этот факт, им было совершенно неизвестно.

В настоящее время преобладает точка зрения, что не существует неопределенной и таинственной корреляции между личностью и болезнью; есть четкая корреляция между определенными эмоциональными факторами и определенными вегетативными иннервациями.

Генез изменений психики у больных хроническим панкреатитом (ХП) обусловлен целым рядом факторов, среди которых значительное истощающее воздействие имеет хронический болевой синдром, в основе которого лежит патологическая интерорецепция из патологического органа, нарушение всех видов обмена и т. д.

Хроническое с постоянными рецидивами течение заболевания неблагоприятно влияет на формирование компенсаторно-приспособительных реакций в период ремиссии, способствует появлению чувства неуверенности в своих силах, снижению психической активности. Указанные особенности препятствуют становлению длительных и полноценных ремиссий у больных ХП и снижают эффективность проводимого лечения. В связи с этим установление варианта личностных изменений с целью их учета при последующей разработке терапевтических и реабилитационных программ представляется в настоящее время необходимым и актуальным.

В исследованиях Евдокимовой Е.М., Липатова В.А. изучались личностных особенностей у больных ХП с использованием следующих методик:

1) опросника Леонгарда-Шмишека для выявления акцентуированных свойств личности;

2) теста Кеттела для установления доминирующих личностных факторов.

В результате исследования Е.М. Евдокимова с сотр. установили, что в группе больных ХП преобладали такие личностные черты как гипертимность (среднее значение по шкале составило 16,1 балла), эмотивность (16,4 балла), возбудимость (15,5 баллов), дистимность (14,4 балла). Полученные результаты подтвердились данными опросника Кеттела, которые свидетельствовали о снижении у больных ХП эмоциональной устойчивости (фактор C - среднее значение 3,97 стенов), повышение экспрессивности (фактор F – среднее значение 4,27 стенов), уровеня тревожности (фактор О – среднее значение 7,7 стенов), эго-напряженности (фактор Q – среднее значение 6,07 стенов). Средний показатель акцентуированности личностных черт несколько превышает нормальное значение (12 баллов) и составляет 13,85 балла.

Анализ доминирующих личностных черт у больных ХП показал, что лишь одно из них – возбудимость, относится к характерологическим чертам, то есть формирование которой обусловлено внешними факторами (в том числе и соматическими заболеваниями) и социальными причинами. Остальные акцентуации – гипертимность, эмотивность, дистимность, относятся к темпераментным, обусловленным преимущественно врожденными свойствами нервной деятельности субъекта.

Установленный факт позволяет предположить возможность возникновения ХП на фоне изначальной эмоциональной нестабильности, обусловленной темпераментными особенностями по гипертимному, дистимному и эмотивному типам. Вероятно, что указанные личностные типы предрасполагают к заболеванию ХП. Однако такой вывод требует дальнейшего подтверждения путем проведения сравнительного изучения преморбидных личностных особенностей больных ХП, а так же их сопоставление с результатами обследования здоровых лиц.

Таким образом, учет врачами общей практики личностных особенностей по гипертимному, эмотивному, возбудимому и дистимному типам у больных ХП позволит оптимальным образом наладить продуктивный контакт и настроить активное взаимодействие с больным, ввести в терапевтическую программу методики, стабилизирующие психическое состояние пациента (назначение транквилизаторов, препаратов лития, успокаивающих средств), разработать индивидуальные профилактические программы, направленные на предотвращение рецидивов заболевания.

### 2.3 Изучение тревожных расстройств больных панкреатитом

Опыт работы клиницистов разных направлений медицины, отраженный в публикациях последнего десятилетия, указывает на увеличение частоты психических расстройств у пациентов общесоматической сети. В этой связи диагностика и адекватная терапия состояний с ведущим тревожным аффектом в последние годы приобрели особое значение. Не вызывает сомнений, что тревога принимает участие в патогенезе многих соматических расстройств и существенно осложняет их течение и прогноз.

Проблема тревожно-депрессивных состояний имеет прямое отношение и к заболеваниям желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Этот факт становится все более очевидным, как для психиатров, так и для гастроэнтерологов и терапевтов. От 40 до 60% больных, поступающих в гастроэнтерологические стационары, страдают депрессивными и тревожными расстройствами. Патофизиологическая связь тревоги с патологией ЖКТ достаточна ясна. Как известно, одним из основных патологических процессов при тревожных расстройствах является дисбаланс вегетативной нервной системы с активацией симпатического отдела, что создает предпосылки для возникновения моторных расстройств гастроинтестинальной системы, а также стабилизации нейрогуморальных и местных нарушений. По некоторым данным, стресс усиливает восприятие симптомов заболевания, приводит к снижению порога восприятия.

Депрессивные и тревожные расстройства у больных ХП встречаются в 64,6% случаев и являются провоцирующим фактором заболевания У пациентов с острой формой заболевания в 85% случаев отмечают повышенные уровни тревожности. При этом тревогу можно рассматривать как фактор уязвимости личности к факторам эмоционального стресса и как один из основных психологических механизмов хронизации панкреатита.

В ряде исследований представлено, что показатели личностной тревожности преобладают у пациентов с билиарный панкреатитом, причем структура тревожности в этом случае формируется в основном за счет таких компонентов, как эмоциональный дискомфорт, социальные реакции защиты – за счет астенического, фобического компонентов и тревожной оценки перспективы.

Показатели ситуационной тревожности у всех пациентов с ХП при их интерпретации относятся к высокому уровню тревожности при всех клинических вариантах заболевания. В ряде работ представлено, что у больных ХП имеется взаимосвязь психологических проявлений с особенностями течения заболевания – уровнем боли, степенью тяжести, морфологическими изменениями.

У больных ХП алкогольной этиологии существенное значение принадлежит воздействиям стресс-индуцирующего фактора и характеру личностных особенностей пациента. Психические нарушения, имеющие место у большинства больных, усугубляют тяжесть состояния пациента, снижают его адаптационные возможности, и тем самым влияют на течение и исход основного заболевания, утяжеляя течение и ухудшая прогноз.

Диагностика тревожно-фобических расстройств по традиционной отечественной систематике тревожные расстройства относят к группе невротических расстройств (неврозов), т.е. к психогенно обусловленным болезненным состояниям. Согласно МКБ-10 тревожные расстройства делятся на 2 основные группы: F40 – тревожно-фобические расстройства (агорафобия, социальные фобии, специфические фобии), F41 – другие тревожные расстройства (паническое расстройство, ГТР, смешанное тревожно-депрессивное расстройство).

Также выделяют обсессивно-компульсивные расстройства (F42) и реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации (F43), в структуре которых также преобладают тревожные нарушения. Критериями для диагностики тревожно-фобических расстройств (F 40.0) являются:

1) тревога, обусловленная вполне определенными ситуациями, которые объективно не опасны;

2) эти ситуации вызывают их избегание или страх;

3) тревога может варьировать от легкой степени до ужаса;

4) появление вегетативных симптомов, обусловливающих вторичные страхи;

5) субъективная тревога не зависит от объективной оценки окружающих;

6) тревога предшествует ситуации, способной вызвать страх;

7) страх заболевания, если он связан с конкретной ситуацией, но не страх заражения (нозофобия) или уродства (дисморфобия).

Тревожные расстройства – патологические состояния, основными клиническими признаками которых являются физические и психические симптомы тревоги и которые не являются вторичными по отношению к органическому заболеванию мозга или какому-либо психическому расстройству. Клинические проявления патологической тревоги разнообразны и могут носить приступообразный или постоянный характер, проявляясь как психическими, так и (даже преимущественно) соматическими симптомами.

Последнее обстоятельство особенно важно в общемедицинской практике. Часто эти симптомы замещают у пациента ощущение тревоги как таковой. Умение распознавать возможные соматические симптомы тревоги важно для врачей общетерапевтических специальностей для дифференциальной диагностики тревожных расстройств и соматических заболеваний. Психические симптомы тревоги нередко обнаруживаются лишь при направленном расспросе больного или беседе с его родственниками. Гораздо чаще пациенты предъявляют соматические жалобы, жалобы на нарушение сна, особенно на нарушение засыпания, вызванное "прокручиванием" в голове событий, произошедших за день, ожидание грядущих неприятностей.

Характерен внешний вид больного – лицо напряжено, брови нахмурены, беспокоен, часто вздрагивает, суетлив, что-нибудь теребит в руках. Обычно наблюдаются потоотделение, учащенное дыхание, бледность лица, частые глотательные движения. Врачам общемедицинской практики с целью скрининга предлагается задавать пациенту два вопроса:

1. Чувствовали ли вы большую часть времени за последние 4 недели беспокойство, напряжение или тревогу?

2. Часто ли у вас бывают ощущение напряженности, раздражительность и нарушения сна?

Если хотя бы на один из этих вопросов дан утвердительный ответ, необходим более углубленный расспрос с целью активного выявления тревожных симптомов.

### 2.4 Исследование депрессивных реакций у больных хроническим панкреатитом

Депрессии являются наиболее частым проявлением психической патологии у пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, к числу которых относится и хронический панкреатит (ХП). Так, исследованиями А.Б. Смулевича и др. (1997) было показано, что частота нозоненных депрессий в соматических стационарах достигает 50-80%. Кроме того, манифестация депрессивного расстройства способствует ухудшению течения и исхода соматического заболевания, обеспечивает увеличение частоты рецидивов. Своевременная диагностика и терапевтическая коррекция позволяют повысить качество лечения и качество жизни пациентов.

В недавнем исследовании В.И. Липатова с сотр. изучался уровень депрессии у больных ХП. Для этого была использована версия структуированного интервью для определения уровня депрессии Гамильтона, включающая в себя оценку 21 симптома. Главным показателем шкалы является сумма баллов (общий балл) по которому депрессии разделяют на лёгкие (7-16 баллов), средней тяжести (17-27 баллов) и тяжелые (более 27 баллов). Клинико-психопатологические характеристики депрессий дополнялись данными беседы с больным в ходе которой уточнялись причины, длительность и динамические особенности ухудшения эмоционального состояния.

В результате исследования было установлено, что при хроническом панкреатите наблюдаются депрессивные реакции легкой и средней степени. При этом у 10% пациентов депрессивные симптомы отсутствовали, у 73,3% отмечались депрессивные реакции легкой степени, у 16,67% наблюдались депрессивные реакции умеренной степени.

По эмоциональной направленности, умеренные депрессивные реакции характеризовались тревожной окраской, наличие фобических и тревожно-ипохондрических переживаний, присутствием симптомов, указывающих на соматические проявления тревоги (частое мочеиспускание, обильное потоотделение, головные боли, сухость во рту, бол и ощущение тяжести в эпигастрии, снижение аппетита и т д.), сенесталгическими проявлениями (жжение, давление и т.д.).

Динамическое наблюдение за состоянием больных показало, что депрессивные реакции легкой степени уменьшались по мере улучшения соматического состояния пациента и практически не требовали назначения специального лечения. При депрессивных реакциях умеренной степени отмечалось замедленное развитие терапевтического эффекта от назначенного лечения, сохранение пониженного настроения даже при стабилизации соматического состояния. Таким образом, В.А. Липатовым с сотр. было установлено следующее:

- наличие депрессивных реакций у 90% больных ХП;

- по степени тяжести депрессивные реакции разделялись на незначительно выраженные (73,33%); умеренно выраженные (16,67%); их отсутствие было диагностировано у 10%пациентов ;

- депрессивные реакции носили преимущественно тревожный характер и сопровождались соматическими эквивалентами;

- желательность назначения специального лечения в случаях умеренно выраженных депрессивных реакций (вегетокорректоры, транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики), что будет повышать эффективность назначенного лечения и способствовать профилактики психосоматических осложнений.

3. Практическое исследование психологических особенностей больных хроническим панкреатитом

### 3.1 Организация и методы эмпирического исследования

Настоящее исследование проводилось на базе городской больницы №7. Для исследования были выбраны 30 больных хроническим панкреатитом и 30 здоровых людей (контрольная группа). Целью нашего исследования явилось изучение как личностных особенностей так и уровни депрессии и тревожности у больных ХП. Тестирование производилось анонимно, поэтому вместо имен и фамилий мы приводим условные инициалы. Были использованы следующие методики:

1. Методика определения уровня депрессии (В.А.Жмуров). Эта методика выявляет депрессивное состояние (главным образом тоскливой или меланхолической депрессии). Она дает возможность установить тяжесть депрессивного состояния на данный момент. Тестовый материал и порядок обработки результатов теста приведены в приложении 1.

2. Определение личностно-характерологических акцентуаций (К.Леонгард) в модификации, выполненной С.Шмишеком. Методика предназначена для выявления различных уровней акцентуированности личности. Акцентуации рассматриваются как крайние варианты нормы, а не патологии. Леонгард полагал, что акцентуированные люди не являются ненормальными. Более того, отмечал он, человек без намека на акцентуацию не склонен развиваться как в отрицательном, так, видимо, и в социально-позитивном направлении. По мнению Леонгарда, акцентуированным личностям присуща готовность к особенному, то есть как социально-положительному, так и социально-отрицательному поведению. По данным К.Леонгарда, доля акцентуированных личностей составляет примерно 50% взрослого населения. В силу этого данная методика может быть использована в самых разных психодиагностических и психокоррекционных целях. Тестовый материал и порядок обработки результатов теста приведены в приложении 2.

3. Методика измерения уровня тревожности Тейлора в адаптации Т.А.Немчинова. Эта методика применяется для выявления личностной тревожности Опросник состоит из 50 утверждений. Для удобства пользования каждое утверждение предлагается обследуемому на отдельной карточке. Согласно инструкции, обследуемый откладывает вправо и влево карточки, в зависимости от того, согласен он или не согласен с содержащимися в них утверждениями. Тестирование продолжается 15-30 мин. Тестовый материал и порядок обработки результатов теста приведены в приложении 3. Статистическая значимость полученных результатов исследовалась с помощью расчета t-критерия Стьюдента по формуле:

где  - дисперсии значений результатов тестирования;  - средние значения; n1 и n2 – количество испытуемых в контрольной и экспериментальной группе. Для настоящего исследования число степеней свободы равно: n =30+30-2=58. При вероятности допустимой ошибки, равной 0,05, для получения значимого расхождения, значение t должно быть не меньше чем 2,00.

### 3.2 Результаты исследования и их анализ

Результаты тестирования экспериментальной и контрольной групп представлены в приложении 4. В таблицу 3.1. сведены средние по группам результаты тестов, а также значения дисперсий этих результатов.

Таблица 3.1. Средние по группам результаты тестов, а также значения дисперсий этих результатов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Тест К.Леонгарда | Тревож-ность | Депрес-сия |
| Г | З | Эм | П | Т | Дм | В | Дис | Эк |
| Экспериментальная группа |
| Средние значения | 16,1 | 7,7 | 16,8 | 7,90 | 7,6 | 8,0 | 15,7 | 10,2 | 7,7 | 33,7 | 67,1 |
| Дисперсия | 16,5 | 5,11 | 10,42 | 2,57 | 3,42 | 8,4 | 2,89 | 6,25 | 3,72 | 44,82 | 164,37 |
| Контрольная группа |
| Средние значения | 8,2 | 7,8 | 6,5 | 7,7 | 7,5 | 7,6 | 7,8 | 7,2 | 7,9 | 15,1 | 19,1 |
| Дисперсия | 9,6 | 6,5 | 3,2 | 7,6 | 3,8 | 3,9 | 5,3 | 2,3 | 3,7 | 22,2 | 96,1 |

На рис. 3.1 наглядно представлены различия между средними по группам результаты тестов.

Рис. 3.1 Различия между средними по группам результатами тестов

Как видно из таблицы 3.1 и диаграммы на рисунке 3.1, в характере больных хроническим панкреатитом более ярко выражены такие акцентуации как гипертимность, эмотивность и возбудимость, чем в среде здоровых исследуемых. Кроме того, можно заметить также несколько большее количество дистимных акцентуаций. Эти результаты соответствует данным, полученным в работе Е.М. Евдокимовой с сотр., описанной в предыдущей главе.

Из анализа результатов тестирования следует, что существует значительная разница между распределением по уровням тревожности и депрессии, а также по личностно-характеологическим акцентуациям между обеими группами (таблица 3.2)

Таблица 3.2. Распределение (в %) по акцентуациям и по уровням тревожности и депрессии в экспериментальной и контрольной группе

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | группа | отсутствие акцентуации | средний уровень | выраженная акцентуация |
| гипертимность | Эксперим. | 10,0 | 6,7 | 83,3 |
| Контр. | 60,0 | 23,3 | 16,7 |
| эмотивность | Эксперим. | 3,3 | 3,3 | 93,3 |
| Контр. | 76,7 | 23,3 | 0,0 |
| возбудимость | Эксперим. | 0 | 0 | 100 |
| Контр. | 60,0 | 36,7 | 6,7 |
| дистимность | Эксперим. | 33,3 | 43,3 | 23,3 |
| Контр. | 80,0 | 20,0 | 0,0 |
| уровень тревожности |  | низкий | ниже среднего | выше среднего | высокий | очень высокий |
| Эксперим. | 0 | 0 | 3,3 | 73,3 | 23,3 |
| Контр. | 0 | 53,3 | 40,0 | 6,7 | 0,0 |
| уровень депрессии |  | отсутствие | легкая | умеренная | выраженная | глубокая |
| Эксперим. | 0 | 3,3 | 50,0 | 36,7 | 10,0 |
| Контр. | 86,7 | 13,3 | 0 | 0 | 0 |

Как видно из данных, представленных в таблице 3.2, в группе больных хроническим панкреатитом гораздо большая процентная доля людей с высоким уровнем депрессии и тревожности, чем группе здоровых, а так же большинство больных характеризуются выраженной гипертимностью, эмотивностью, возбудимостью и дистимностью.

Статистическая значимость полученных результатов исследовалась с помощью расчета t-критерия Стьюдента (таблица 3.3)

Таблица 3.3 Значения коэффициентов Стьюдента для различий результатов тестирования контрольной и экспериментальной групп

|  |  |
| --- | --- |
| Характеристика | Коэффициент Стьюдента |
| гипертимность | 2,53 |
| эмотивность | 5,66 |
| возбудимость | 3,38 |
| дистимность | 1.94 |
| уровень тревожности | 3,78 |
| уровень депрессии | 5,04 |

Рассчитанные нами значения коэффициентов Стьюдента позволяют утверждать, что больные хроническим панкреатитом действительно характеризуются высоким уровнем гипертимности, эмотивности и возбудимости. Возможно, именно эти черты характера вызывают предрасположенность к панкреатиту. Различия между контрольной и экспериментальной группой в уровне дистимной акцентуации нельзя признать статистически значимыми. Различия в уровнях тревожности и депрессии между группами также являются статистически значимыми.

### 3.3 Рекомендации для психотерапевтической работы с больными хроническим панкреатитом

Итак, наше исследование еще раз подтвердило, что главным следствием действия панкреатита на личность является усиление степени тревожности и депрессии. Сбор анамнеза, соматический осмотр и лабораторные исследования — неотъемлемая часть лечения. Собирая анамнез, нужно предоставить пациенту возможность высказаться; успокоить его, дав соответствующие разъяснения по поводу любых страхов. Соматический осмотр следует проводить так, чтобы успокоить и ободрить пациента. Наконец, правильно проведённые лабораторные исследования также могут сыграть важную терапевтическую роль, успокаивая пациента и окончательно рассеивая его опасения. Но психологическое влияние этого фактора может быть негативным, если у больного создастся впечатление, будто врачи не в состоянии понять, что с ним происходит. Все тревожные люди нуждаются в совете; мало кто из них изъявляет желание принимать седативные лекарственные препараты, и ещё меньше таких, кто в этом действительно нуждается. Какие же рекомендации можно дать в подобных случаях? В первую очередь, необходимо объяснить пациенту, что имеющиеся у него разнообразные симптомы — составляющие распространённого, хорошо известного врачу синдрома, а вовсе не указывают на проявления какого-то загадочного серьёзного заболевания. Затем следует рассказать, как вести себя во время приступа тревоги: нужно сесть (если обстоятельства позволяют), постараться расслабиться, дышать не глубже, чем обычно, — и признаки тревоги пройдут сами собой, напомнить о целесообразности посещения занятий по обучению релаксации, медитации или йоге — в зависимости от склонностей и интересов больного. Мотивация пациента на дальнейшую работу по его психической и социальной реабилитации должна опираться на выявленные потребности и способности к адаптации пациента. Необходимо избегать обобщений и исходить из качеств индивидуальности и уникальности личности пациента, его физического и психического состояния в данный конкретный момент. Психологическая работа может фокусироваться на любом уровне системы отношений пациента, выбор которого определяется, во-первых, профессиональной ориентацией психолога, а во-вторых, актуальными переживаниями и потребностями пациента, относящимися к конкретному уровню его системы отношений. При этом надо помнить, что работа на одном уровне будет вести к изменениям на остальных ввиду их взаимосвязи в силу системного характера жизнедеятельности личности человека.

Заключение

На основании анализа современных литературных источников, в процессе выполнения данной курсовой работы были сделаны следующие выводы:

Наибольшее значение для практической деятельности врача представляет патогенное влияние соматического состояния на психику, под которым подразумевается не что иное, как нарушение психической деятельности человека в условиях соматической болезни.

На сегодняшний день является достаточно установленным, что имеются два основных вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный и психогенный. Реально оба вида влияний представлены в единстве нарушений психики, однако соматогенный и психогенный компоненты могут выступать в различных соотношениях в зависимости от заболевания.

Хронический панкреатит – хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы, вызывающее при прогрессировании патологического процесса нарушение проходимости её протоков, и значительное нарушение функций поджелудочной железы.

Существует предположение, что ХП возникает на фоне изначальной эмоциональной нестабильности, обусловленной темпераментными особенностями по гипертимному, дистимному и эмотивному типам. Вероятно, что указанные личностные типы предрасполагают к заболеванию ХП.

Показатели ситуационной тревожности у всех пациентов с ХП при их интерпретации относятся к среднему и высокому уровню тревожности при всех клинических вариантах заболевания, причем у больных имеется взаимосвязь психологических проявлений с особенностями течения заболевания – уровнем боли, степенью тяжести, морфологическими изменениями.

В ходе выполнения курсовой работы нами было показано, что в группе больных хроническим панкреатитом гораздо большая процентная доля людей с высоким уровнем депрессии и тревожности, чем в группе здоровых людей. Так же было установлено, что большинство больных характеризуются выраженной гипертимностью, эмотивностью, возбудимостью и дистимностью. Возможно, именно эти черты характера вызывают предрасположенность к панкреатиту.

Нами были также разработаны рекомендации для психотерапевтической работы с больными хроническим панкреатитом.

Список литературы

1. Альманах психологических тестов. – М.: "КСП", 1995. – 438 с.
2. Баженова М. И. Особенности интегральной индивидуальности хронических соматических больных и их связь с отношением к болезни: автореферат дис. кандидата психологических наук: 19.00.01, 19.00.04. – Пермь, 2007. – 23 с.
3. Боженков Ю. Г. Практическая панкреатология.—М.:д: Мед. кн, 2006.—212с
4. Васильев А. Ю., Маев И. В., Дибиров М. Д. Современные методы диагностики и лечения хронического панкреатита. – М.: ВУНМЦ Росздрава 2005. – 78с.
5. Дегтярева И. И. Клиническая гастроэнтерология.—М.: Мед-е информационное агентство, 2004.—616с
6. Евдокимова Е.М., Липатов В.А. Характеристика личностных особенностей у больных хроническим панкреатитом// Российский журнал Гастроэнтерологии, гепатологии и колонопроктологии. – 2007 –№ 2. – С. 20–30.
7. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишки//Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2005. - № 2 (3). – с. 27–31.
8. Коркина М. В., Личико А.Е. Психиатрия.—М.: Медицина, 1995.—607с.
9. Липатов В.А., Евдокимова Е. М. Исследование депрессивных реакций у больных хроническим панкреатитом// Российский биомедицинский журнал. – 2007. – т. 8. – С. 161-168
10. Маев И.В., Казюлин А.Н. Хронический панкреатит. – М.: Медицина, 2007. – 504 с.
11. Методика определения уровня депрессии (В.А.Жмуров) / в кн. Диагностика эмоционально-нравственного развития. /Под ред. И.Б.Дерманова. - СПб.: Питер, 2002. - С.135-139.
12. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство. — Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.
13. Медицинская психология: новейший справ.практ.психолога.—М.;: АСТ:, 2007.—575с.
14. Немов Р.С. Психология. - Кн. 3. – М.: Владос, 1998. - 632 с.
15. Оноприев В. И. Хронический панкреатит. – Краснодар: Группа Б, 2007. - 212 с.
16. Сидоров П. И. Клиническая психология.—М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.—879с.
17. Сидоров П.И., Парников А.В. Введение в клиническую психологию. — М.: Академический Проект, 2007. — 381с
18. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела.—М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2005.—489,
19. Успенский Ю.П., Балукова Е.В. Тревожные расстройства и их коррекция в гастроэнтерологической практике // Consilium Medicum. – 2008. - том 10. - №8. – с.35-43
20. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., 2002.
21. Харькина Д.Н., Мордасова В.И., Ширяев О.Ю. Тревожно-депрессивные расстройства у больных хроническим панкреатитом// Журн. теоретич. и практич. мед. – 2005. - №3. – с.108–10.
22. Ширинская Н.В., Росляков А.Е., Ахмедов В.А., Минеев В.С.. Психологический статус пациентов с хроническим алкогольным и хроническим рецидивирующим панкреатитом.// Сиб. ж. гастроэнтерол. и гепатол. - 2007, - № 16-17. - с. 188-189.
23. Яицкий Н. А. Панкреатит.—М.: МЕДпресс-информ, 2006.—222
24. Яковенко А.В. Клиника, диагностика и лечение хронического панкреатита. // Клиническая медицина. – 2008. – № 9. – С. 15–20.
25. Яковенко А.В., Яковенко Э.П. Хронический панкреатит. Практические подходы к терапии// Русский медицинский журнал. – 2007. - № 2. – с. 48-52

#

# Приложение 1

### [Методика определения уровня депрессии (В.А.Жмуров)](http://vsetesti.ru/340/).

Инструкция к тесту

Читайте каждую группу показаний (их 44) и выбирайте подходящий вариант ответа - a, b, c или d.

Тестовый материал

1.

a.Мое настроение сейчас не более подавленное (печальное), чем обычно.

b. Пожалуй, оно более подавленное (печальное), чем обычно.

c..Да, оно более подавленное (печальное), чем обычно.

d. Мое настроение намного более подавленное (печальное), чем обычно.

2.

a.Я чувствую, что у меня нет тоскливого (траурного) настроения.

b. У меня иногда бывает такое настроение.

c. У меня часто бывает такое настроение.

d.Такое настроение бывает у меня постоянно.

3.

a.Я не чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.

b.У меня иногда бывает такое чувство.

c.У меня часто бывает такое чувство.

d.Я постоянно чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.

4.

a. У меня не бывает чувства, будто моя жизнь зашла в тупик.

b.У меня иногда бывает такое чувство.

c.У меня часто бывает такое чувство.

d.Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь зашла в тупик.

5.

У меня не бывает чувства, будто я состарился(лась).

У меня иногда бывает такое чувство.

У меня часто бывает такое чувство.

Я постоянно чувствую, будто я состарился(лась).

6.

У меня не бывает состояний, когда на душе тяжело.

У меня иногда бывает такое состояние.

У меня часто бывает такое состояние.

Я постоянно нахожусь в таком состоянии.

7.

Я спокоен за свое будущее, как обычно.

Пожалуй, будущее беспокоит меня несколько больше, чем обычно.

Будущее беспокоит меня значительно больше, чем обычно.

Будущее беспокоит меня намного больше, чем обычно.

8.

В своем прошлом я вижу плохого не больше, чем обычно.

В своем прошлом я вижу плохого несколько больше, чем обычно.

В своем прошлом я вижу плохого значительно больше, чем обычно.

В своем прошлом я вижу намного больше плохого, чем обычно.

9.

Надежд на лучшее у меня не меньше, чем обычно.

Таких надежд у меня несколько меньше, чем обычно.

Таких надежд у меня значительно меньше, чем обычно.

Надежд на лучшее у меня намного меньше, чем обычно.

10.

Я боязлив(а) не более обычного.

Я боязлив(а) несколько более обычного.

Я боязлив(а) значительно более обычного.

Я боязлив(а) намного более обычного.

11.

Хорошее меня радует, как и прежде.

Я чувствую, что оно радует меня несколько меньше прежнего.

Оно радует меня значительно меньше прежнего.

Я чувствую, что оно радует меня намного меньше прежнего.

12

У меня нет чувства, что моя жизнь бессмысленна.

У меня иногда бывает такое чувство.

У меня часто бывает такое чувство.

Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь бессмысленна.

13

Я обидчив(а) не больше, чем обычно.

Пожалуй, я несколько более обидчив(а), чем обычно.

Я обидчив(а) значительно больше, чем обычно.

Я обидчив(а) намного больше, чем обычно.

14

Я получаю удовольствие от приятного, как и раньше.

Я получаю такого удовольствия несколько меньше, чем раньше.

Я получаю такого удовольствия значительно меньше, чем раньше.

Я не получаю теперь удовольствие от приятного.

15

Обычно я не чувствую вины, если нет на это причины.

Иногда я чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).

Я часто чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).

Я постоянно чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).

16

Если что-то у меня не так, я виню себя не больше обычного.

Я виню себя за это несколько больше обычного.

Я виню себя за это значительно больше обычного.

Если что-то у меня не так, я виню себя намного больше обычного.

17

Обычно у меня не бывает ненависти к себе.

Иногда бывает, что я ненавижу себя.

Часто бывает так, что я себя ненавижу.

Я постоянно чувствую, что ненавижу себя.

18

У меня не бывает чувства, будто я погряз(ла) в грехах.

У меня иногда теперь бывает это чувство.

У меня часто бывает теперь это чувство.

Это чувство у меня теперь не проходит.

19

Я виню себя за проступки других не больше обычного.

Я виню себя за них несколько больше обычного.

Я виню себя за них значительно больше обычного.

За проступки других я виню себя намного больше обычного.

20

Состояние, когда все кажется бессмысленным, у меня обычно не бывает.

Иногда у меня бывает такое состояние.

У меня часто бывает теперь такое состояние.

Это состояние у меня теперь не проходит.

21

Чувства, что я заслужил(а) кару, у меня не бывает.

Теперь иногда бывает.

Оно часто бывает у меня.

Это чувство у меня теперь практически не проходит.

22

Я вижу в себе не меньше хорошего, чем прежде.

Я вижу в себе несколько меньше хорошего, чем прежде.

Я вижу в себе значительно меньше хорошего, чем прежде.

Я вижу в себе намного меньше хорошего, чем прежде.

23

Обычно я думаю, что во мне плохого не больше, чем у других.

Иногда я думаю, что во мне плохого больше, чем у других.

Я часто так думаю.

Я постоянно думаю, что плохого во мне больше, чем у других.

24

Желание умереть у меня не бывает.

Это желание у меня иногда бывает.

Это желание у меня бывает теперь часто.

Это теперь постоянное мое желание.

25

Я не плачу.

Я иногда плачу.

Я плачу часто.

Я хочу плакать, но слез у меня уже нет.

26

Я не чувствую, что я раздражителен(на).

Я раздражителен(на) несколько больше обычного.

Я раздражителен(на) значительно больше обычного.

Я раздражителен(на) намного больше обычного.

27

У меня не бывает состояний, когда я не чувствую своих эмоций.

Иногда у меня бывает такое состояние.

У меня часто бывает такое состояние.

Это состояние у меня теперь не проходит.

28

Моя умственная активность никак не изменилась.

Я чувствую теперь какую-то неясность в своих мыслях.

Я чувствую теперь, что я сильно отупел(а), (в голове мало мыслей).

Я совсем ни о чем теперь не думаю (голова пустая).

29

Я не потерял(а) интерес к другим людям.

Я чувствую, что прежний интерес к людям несколько уменьшился.

Я чувствую, что мой интерес к людям намного уменьшился.

У меня совсем пропал интерес к людям (я никого не хочу видеть).

30

Я принимаю решения, как и обычно.

Мне труднее принимать решения, чем обычно.

Мне намного труднее принимать решения, чем обычно.

Я уже не могу сам(а) принять никаких решений.

31

Я не менее привлекателен(на), чем обычно.

Пожалуй, я несколько менее привлекателен(на), чем обычно.

Я значительно менее привлекателен(на), чем обычно.

Я чувствую, что я выгляжу просто безобразно.

32

Я могу работать, как и обычно.

Мне несколько труднее работать, чем обычно.

Мне значительно труднее работать, чем обычно.

Я совсем не могу теперь работать (все валится из рук).

33

Я сплю не хуже, чем обычно.

Я сплю несколько хуже, чем обычно.

Я сплю значительно хуже, чем обычно.

Теперь я почти совсем не сплю.

34

Я устаю не больше, чем обычно.

Я устаю несколько больше, чем обычно.

Я устаю значительно больше, чем обычно.

У меня уже нет никаких сил что-то делать.

35

Мой аппетит не хуже обычного.

Мой аппетит несколько хуже обычного.

Мой аппетит значительно хуже обычного.

Аппетита у меня теперь совсем нет.

36

Мой вес остается неизменным.

Я немного похудел(а) в последнее время.

Я заметно похудел(а) в последнее время.

В последнее время я очень похудел(а).

37

Я дорожу своим здоровьем, как и обычно.

Я дорожу своим здоровьем меньше, чем обычно.

Я дорожу своим здоровьем значительно меньше, чем обычно.

Я совсем не дорожу теперь своим здоровьем.

38

Я интересуюсь сексом, как и прежде.

Я несколько меньше интересуюсь сексом, чем прежде.

Я интересуюсь сексом значительно меньше, чем прежде.

Я полностью потерял(а) интерес к сексу.

39

Я не чувствую, что мое "Я" как-то изменилось.

Теперь я чувствую, что мое "Я" несколько изменилось.

Теперь я чувствую, что мое "Я" значительно изменилось.

Мое "Я" так изменилось, что теперь я не узнаю себя сам(а).

40

Я чувствую боль, как и обычно.

Я чувствую боль сильнее, чем обычно.

Я чувствую боль слабее, чем обычно.

Я почти не чувствую теперь боли.

41

Некоторые расстройства (сухость во рту, сердцебиение, запоры, удушье) у меня бывают не чаще, чем обычно.

Эти расстройства бывают у меня несколько чаще обычного.

Некоторые из этих расстройств бывают у меня значительно чаще обычного.

Эти расстройства бывают у меня намного чаще обычного.

42

Утром мое настроение обычно не хуже, чем к ночи.

Утром оно у меня несколько хуже, чем к ночи.

Утром оно у меня значительно хуже, чем к ночи.

Утром мое настроение намного хуже, чем к ночи.

43

У меня не бывает спадов настроения весной (осенью).

Такое однажды со мной было.

Со мной такое было два или три раза.

Со мной было такое много раз.

44

Плохое настроение у меня бывает, но это длится недолго.

Подавленное настроение у меня может длиться по неделе, до месяца.

Подавленное настроение у меня может длиться месяцами.

Подавленное настроение у меня может длиться до года и больше.

Обработка и интерпретация результатов теста

Ответы переводятся в баллы по следующей схеме:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ответ | a | b | c | d |
| Балл | 0 | 1 | 2 | 3 |

Определяется сумма баллов в соответствии с ключом:

1-9 - депрессия отсутствует либо незначительна;

10-24 - депрессия минимальна;

25-44 - легкая депрессия;

45-67 - умеренная депрессия;

68-87 - выраженная депрессия;

88 и более - глубокая депрессия.

#

# Приложение 2

### Определение личностно-характерологических акцентуаций (К.Леонгард).

Инструкция к тесту.

Вам будут предложены утверждения, касающиеся некоторых особенностей вашего характера и поведения. Если вы согласны с утверждением, рядом с его номером поставьте знак "+", если нет - знак "-". Над вопросами долго не задумывайтесь, правильных и неправильных ответов нет.

Тестовый материал:

1. У вас чаще бывает веселое и беззаботное настроение.

2. Вы чувствительны к оскорблениям.

3. Бывает ли, что у вас навертываются на глаза слезы в кино, театре, в беседе?

4. Сделав что-то, вы сомневаетесь, все ли сделано правильно, и не успокаиваетесь до тех пор, пока не убедитесь еще раз в том, что все сделано правильно.

5. В детстве вы были таким же смелым и отчаянным, как все ваши сверстники?

6. Часто ли у вас резко меняется настроение от состояния безграничного ликования до отвращения к жизни, к себе?

7. Являетесь ли вы центром внимания в обществе, в компании?

8. Бывает ли, что вы без причины пребываете в таком ворчливом настроении, что с вами лучше не разговаривать?

9. Вы серьезный человек?

10. Способны ли вы восторгаться, восхищаться чем-нибудь?

11. Предприимчивы ли вы?

12. Вы быстро забываете, если вас кто-нибудь обидел?

13. Мягкосердечны ли вы?

14. Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало в него?

15. Стремитесь ли вы всегда считаться одним из лучших работников?

16. Бывало ли вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (а может, такое чувство бывает и теперь?)

17. Зависит ли ваше настроение от внешних обстоятельств?

18. Стремитесь ли вы во всем и всюду соблюдать порядок?

19. Любят ли вас ваши знакомые?

20. Часто ли у вас бывает чувство сильного внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности?

21. У вас несколько подавленное настроение?

22. Бывали ли у вас хотя бы один раз истерики или нервные срывы?

23. Трудно ли вам долго усидеть на одном месте?

24. Если по отношению к вам несправедливо поступили, энергично ли вы отстаиваете свои интересы?

25. Можете ли вы зарезать курицу, овцу?

26. Раздражает ли вас, если дома занавес или скатерть висят неровно, стремитесь ли вы сразу поправить их?

27. Вы в детстве боялись оставаться один в доме?

28. Часто ли у вас бывает колебание настроения без причины?

29. Всегда ли вы стремитесь быть достаточно сильным работником в своей профессии?

30. Быстро ли вы начинаете злиться или впадаете в гнев?

31. Можете ли вы быть абсолютно беззаботно-веселым?

32. Бывает ли так, что ощущение полного счастья буквально пронизывает вас?

33. Как вы думаете, получится из вас ведущий (конферансье) в юмористическом спектакле?

34. Вы обычно высказываете свое мнение откровенно, прямо и недвусмысленно?

35. Вам трудно переносить вид крови, не вызывает ли он у вас неприятных ощущений?

36. Любите ли вы работу с высокой личной ответственностью?

37. Склонны ли вы выступать в защиту лиц, по отношению к которым поступают несправедливо?

38. Вам трудно, страшно спускаться в темный подвал?

39. Предпочитаете ли вы работу, требующую неторопливости, тщательности, такой работе, где надо действовать быстро, но требования к качеству невелики?

40. Общительный ли вы человек?

41. В школе вы охотно декламировали стихи?

42. Убегали ли вы из дома в детстве?

43. Кажется ли вам жизнь трудной?

44. Бывало ли так, что после конфликта, обиды вы были до того расстроены, что идти на работу было просто невыносимо?

45. Можно ли сказать, что при неудаче вы не теряете чувство юмора?

46. Предприняли бы вы первые шаги к примирению, если бы вас кто-нибудь обидел?

47. Вы очень любите животных?

48. Возвращаетесь ли вы , чтобы проверить, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, что там ничего не может случиться?

49. Преследует ли вас иногда мысль, что с вами или с вашими близкими может что-то случиться?

50. Считаете ли вы, что ваше настроение очень изменчиво?

51. Трудно ли вам доказывать свою позицию (выступать на сцене) перед большим количеством людей?

52. Вы можете ударить обидчика, если он вас оскорбит?

53. У вас очень велика потребность в общении с другими людьми?

54. Вы относитесь к тем, кто при каких-либо разочарованиях впадает в глубокое отчаяние?

55. Вам нравятся работы, требующие энергичной организаторской деятельности?

56. Настойчиво ли вы добиваетесь своей цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?

57. Может ли трагический фильм взволновать вас так, что на глазах выступят слезы?

58. Часто ли вам бывает трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого дня или будущего все время крутятся у вас в голове?

59. В школе вы иногда подсказывали своим товарищам или давали списывать?

60. Потребуется ли вам большое усилие, напряжение воли, чтобы ночью пройти одному через кладбище?

61. Тщательно ли вы следите за тем, чтобы вещи в вашей квартире были точно на своем месте?

62. Бывает ли так, что, ложась спать в хорошем настроении, вы на следующий день встаете с подавленным, недовольным настроением, длящимся несколько часов?

63. Легко ли вы привыкаете к новым ситуациям?

64. Бывает ли у вас головная боль?

65. Вы часто смеетесь?

66. Можете ли вы быть приветливым с тем, кого вы явно не уважаете, не любите, не цените?

67. Вы подвижный человек?

68. Вы очень часто переживаете из-за несправедливости?

69. Вы настолько любите природу, что можете назвать себя ее другом?

70. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли вы, выключен ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери?

71. Вы очень боязливы?

72. Изменяется ли ваше настроение при приеме алкоголя?

73. В молодости вы охотно участвовали в кружках художественной самодеятельности (театр, танцы и т. п.), а может, вы участвуете и теперь?

74. Вы расцениваете будущее несколько пессимистически, без ожиданий радости?

75. Часто ли вас тянет поехать куда-нибудь путешествовать?

76. Может ли ваше настроение меняться так резко, что вы из состояния радости становитесь вдруг угрюмым, подавленным?

77. Легко ли вам удается поднять настроение друзей или в компании?

78. Долго ли вы переживаете обиду?

79. Переживаете ли вы долгое время горести других людей?

80. Часто ли, будучи школьником, вы переписывали страницу своей тетради, если случайно ставили на ней кляксу?

81. Относитесь ли вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверием?

82. Часто ли вы видите страшные сны?

83. Бывает ли так, что вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса поезда, или, стоя у окна многоэтажного дома, остерегаетесь выпасть из окна?

84. В веселой компании вы обычно веселы?

85. Способны ли вы отвлечься от трудных проблем, требующих решений?

86. Вы становитесь менее сдержанными и более свободным, если принимаете алкоголь?

87. В беседе вы щедры на слова?

88. Если бы вам необходимо было играть на сцене, вы смогли бы так войти в роль, чтобы забыть о том, что это только игра?

Ключ к тесту

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Условное название | Наименование шкалы | Знак ключа | № вопросов | Коэффициент выравнивания |
| Г | Гипертимности | + | 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77 | х 3 |
| З | Ригидности | + | 2,15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81 | х 2 |
| - | 12, 46, 59 |
| Эм | Эмотивности | + | 3,13, 35, 47, 57, 69, 79 | х 3 |
| - | 25 |
| П | Педантичности | + | 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83 | х 2 |
| - | 36 |
| Т | Тревожности | + | 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82 | х 3 |
| - | 5 |
| Ц | Циклотимности | + | 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84 | х 3 |
| Дм | Демонстративности | + | 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88 | х 2 |
| - | 51 |
| В | Возбудимости | + | 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86 | х 3 |
| Дис | Дистимности | + | 9, 21,43, 75, 87 | х 3 |
| - | 31, 53, 65 |
| ЭК | Экзальтированности | + | 10, 32, 54, 76 | х 6 |

Обработка и интерпретация результатов теста.

Результаты оцениваются по 10 характерологическим шкалам.

Подсчитайте количество ответов "да" и количество ответов "нет" по каждой шкале с помощью приведенного ключа. Каждое совпадение с ключом равно 1 баллу. Максимальная сумма баллов равна 24. Учитывая неоднозначную количественную представленность исследуемых шкал, вводится коэффициент выравнивания, вследствие чего сумма полученных "сырых" баллов умножается на дифференцированный коэффициент. Так, при 8 утверждениях в шкале полученный результат умножается на 3, при 12 - на 2, при 4 - на 6. Оценивание уровня акцентуированности личности производится по ключевой схеме, показывающей основные границы ее проявления. Чаще всего руководствуются положением о том, что:

- если суммарный результат больше 12 баллов, то это дает основание говорить о наличии акцентуации по той или иной шкале.

- показатели до 8 баллов свидетельствуют об отсутствии акцентуаций,

- от 9 до 11 баллов о средних значениях.

# Приложение 3

### Методика измерения уровня тревожности Тейлора.

Тестовый материал.

1. Обычно я спокоен и вывести меня из себя нелегко.

2. Мои нервы расстроены не более, чем у других людей.

3. У меня редко бывают запоры.

4. У меня редко бывают головные боли.

5. Я редко устаю.

6. Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым.

7. Я уверен в себе.

8. Практически я никогда не краснею.

9. По сравнению со своими друзьями я считаю себя вполне смелым человеком.

10. Я краснею не чаще, чем другие.

11. У меня редко бывает сердцебиение.

12. Обычно мои руки достаточно теплые.

13. Я застенчив не более чем другие.

14. Мне не хватает уверенности в себе.

15. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.

16. У меня бывают периоды такого беспокойства, что я не могу усидеть на месте.

17. Мой желудок сильно беспокоит меня.

18. У меня не хватает духа вынести все предстоящие трудности.

19. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.

20. Мне кажется порой, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.

21. Мне нередко снятся кошмарные сны.

22. Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда пытаюсь что-либо сделать.

23. У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон.

24. Меня весьма тревожат возможные неудачи.

25. Мне приходилось испытывать страх в тех случаях, когда я точно знал, что мне ничто не угрожает.

26. Мне трудно сосредоточиться на работе или на каком-либо задании.

27. Я работаю с большим напряжением.

28. Я легко прихожу в замешательство.

29. Почти все время испытывают тревогу из-за кого-либо или из-за чего-либо.

30. Я склонен принимать все слишком всерьез.

31. Я часто плачу.

32. Меня нередко мучают приступы рвоты и тошноты.

33. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.

34. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.

35. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.

36. Мое материальное положение весьма беспокоит меня.

37. Нередко я думаю о таких вещах, о которых ни с кем не хотелось бы говорить.

38. У меня бывали периоды, когда тревога лишала меня сна.

39. Временами, когда я нахожусь в замешательстве, у меня появляется сильная потливость, что очень смущает меня.

40. Даже в холодные дни я легко потею.

41. Временами я становлюсь таким возбужденным, что мне трудно заснуть.

42. Я – человек легко возбудимый.

43. Временами я чувствую себя совершенно бесполезным.

44. Порой мне кажется, что мои нервы сильно расшатаны, и я вот-вот выйду из себя.

45. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.

46. Я гораздо чувствительнее, чем большинство других людей.

47. Я почти все время испытываю чувство голода.

48. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяков.

49. Жизнь для меня связана с необычным напряжением.

50. Ожидание всегда нервирует меня.

Оценка результатов исследования.

Оценка результатов по опроснику производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о тревожности.

Каждый ответ "да" на высказывания 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 и ответ "нет" на высказывания 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 оценивается в 1 балл.

Суммарная оценка:

40-50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги;

25-40 баллов свидетельствует о высоком уровне тревоги;

15-25 баллов – о среднем (с тенденцией к высокому) уровню;

5-15 баллов – о среднем (с тенденцией к низкому) уровню

0-5 баллов – о низком уровне тревоги.

#

# Приложение 4

Результаты тестирования экспериментальной группы

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Иниц. | Тест К.Леонгарда | Тревож-ность | Депрес-сия |
| Г | З | Эм | П | Т | Дм | В | Дис | Эк |
| А..М. | 16 | 10 | 16 | 8 | 8 | 9 | 17 | 11 | 8 | 29 | 61 |
| А.Н. | 15 | 7 | 17 | 8 | 5 | 7 | 16 | 10 | 9 | 35 | 76 |
| Б.Н. | 22 | 4 | 23 | 7 | 11 | 9 | 15 | 8 | 6 | 46 | 88 |
| Б.Т. | 8 | 8 | 17 | 7 | 9 | 13 | 13 | 9 | 10 | 38 | 59 |
| Б.Ш. | 14 | 8 | 15 | 6 | 9 | 8 | 14 | 13 | 11 | 35 | 60 |
| В.В. | 15 | 8 | 11 | 11 | 8 | 12 | 15 | 11 | 9 | 26 | 54 |
| В.Г. | 6 | 5 | 9 | 10 | 9 | 13 | 15 | 10 | 6 | 25 | 55 |
| Д.П. | 15 | 6 | 15 | 9 | 10 | 9 | 17 | 7 | 8 | 27 | 56 |
| Д.Т. | 20 | 7 | 19 | 8 | 7 | 9 | 19 | 14 | 11 | 24 | 45 |
| Д.Ш. | 18 | 8 | 17 | 7 | 6 | 8 | 17 | 11 | 5 | 37 | 72 |
| И.К | 7 | 5 | 16 | 9 | 4 | 6 | 15 | 9 | 10 | 29 | 59 |
| К.П. | 16 | 9 | 14 | 7 | 9 | 6 | 16 | 8 | 8 | 28 | 60 |
| К.Р | 12 | 10 | 13 | 6 | 11 | 8 | 15 | 8 | 5 | 26 | 58 |
| Л.Б. | 17 | 7 | 18 | 4 | 6 | 6 | 15 | 12 | 9 | 29 | 61 |
| Л.Р. | 20 | 11 | 21 | 11 | 7 | 7 | 16 | 11 | 5 | 43 | 89 |
| М.Г. | 15 | 12 | 14 | 9 | 5 | 5 | 17 | 8 | 8 | 26 | 49 |
| Н.М. | 12 | 5 | 16 | 9 | 9 | 13 | 17 | 8 | 10 | 27 | 51 |
| П.Ж. | 17 | 7 | 15 | 8 | 8 | 7 | 19 | 7 | 10 | 41 | 78 |
| П.Ю. | 15 | 11 | 15 | 7 | 8 | 5 | 18 | 15 | 9 | 39 | 75 |
| Р.В. | 19 | 9 | 17 | 9 | 6 | 5 | 13 | 4 | 5 | 37 | 73 |
| Р.Д. | 19 | 7 | 20 | 7 | 7 | 7 | 15 | 11 | 4 | 43 | 80 |
| С.Ж. | 15 | 8 | 16 | 9 | 7 | 4 | 14 | 14 | 8 | 32 | 71 |
| С.О. | 17 | 10 | 21 | 7 | 5 | 7 | 14 | 11 | 6 | 35 | 73 |
| С.Ф. | 22 | 12 | 23 | 8 | 8 | 5 | 16 | 14 | 8 | 45 | 87 |
| С.Я. | 23 | 7 | 21 | 9 | 8 | 5 | 15 | 11 | 8 | 42 | 89 |
| Т.Ш. | 19 | 6 | 20 | 8 | 9 | 13 | 15 | 12 | 7 | 40 | 83 |
| Т.Ю. | 16 | 5 | 17 | 7 | 4 | 5 | 17 | 12 | 9 | 31 | 73 |
| Ф.П. | 17 | 4 | 18 | 7 | 8 | 7 | 19 | 8 | 7 | 27 | 64 |
| Ф.Х. | 17 | 9 | 15 | 5 | 8 | 14 | 13 | 11 | 6 | 32 | 53 |
| Э.К. | 18 | 6 | 16 | 10 | 9 | 8 | 15 | 9 | 7 | 38 | 61 |

Результаты тестирования контрольной группы

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Иниц. | Тест К.Леонгарда | Тревож-ность | Депрес-сия |
| Г | З | Эм | П | Т | Дм | В | Дис | Эк |
| А.Г. | 9 | 12 | 10 | 12 | 9 | 11 | 9 | 9 | 9 | 17 | 17 |
| А.Л. | 16 | 13 | 9 | 14 | 7 | 9 | 10 | 8 | 11 | 27 | 35 |
| А.Н. | 8 | 9 | 8 | 11 | 7 | 9 | 11 | 8 | 9 | 14 | 25 |
| Б.К. | 4 | 8 | 7 | 8 | 6 | 8 | 10 | 4 | 9 | 15 | 28 |
| Б.Ш. | 10 | 8 | 7 | 9 | 7 | 6 | 9 | 6 | 8 | 18 | 31 |
| Б.В. | 9 | 10 | 5 | 9 | 8 | 6 | 4 | 6 | 9 | 15 | 23 |
| В.А. | 5 | 5 | 5 | 9 | 4 | 7 | 5 | 4 | 6 | 10 | 10 |
| В.П. | 12 | 4 | 6 | 6 | 9 | 5 | 12 | 8 | 5 | 12 | 29 |
| В.Т. | 5 | 6 | 5 | 5 | 6 | 4 | 5 | 9 | 9 | 9 | 26 |
| Д.В. | 6 | 5 | 7 | 4 | 5 | 6 | 9 | 8 | 11 | 14 | 31 |
| Е.К | 8 | 7 | 5 | 6 | 9 | 4 | 8 | 7 | 9 | 9 | 9 |
| И.П. | 7 | 9 | 5 | 7 | 9 | 9 | 7 | 7 | 9 | 8 | 8 |
| К.Р | 13 | 11 | 5 | 5 | 4 | 9 | 7 | 5 | 10 | 24 | 23 |
| К.Б. | 8 | 9 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 5 | 7 | 11 | 10 |
| Л.П. | 6 | 9 | 9 | 8 | 6 | 8 | 5 | 7 | 6 | 12 | 11 |
| М.Р. | 9 | 5 | 9 | 5 | 9 | 6 | 8 | 7 | 6 | 14 | 12 |
| Н.А. | 8 | 8 | 7 | 5 | 12 | 9 | 9 | 6 | 9 | 12 | 15 |
| П.И. | 7 | 10 | 6 | 8 | 6 | 9 | 8 | 7 | 4 | 13 | 12 |
| П.П. | 7 | 11 | 6 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 9 | 14 | 12 |
| Р.А. | 5 | 11 | 4 | 12 | 8 | 7 | 13 | 8 | 5 | 11 | 11 |
| Р.Р. | 12 | 4 | 9 | 6 | 7 | 12 | 9 | 8 | 8 | 17 | 37 |
| С.В. | 5 | 8 | 6 | 5 | 6 | 9 | 9 | 9 | 9 | 12 | 10 |
| С.Р. | 6 | 5 | 7 | 5 | 9 | 9 | 4 | 5 | 4 | 14 | 9 |
| С.П. | 4 | 9 | 6 | 8 | 9 | 8 | 8 | 9 | 9 | 15 | 10 |
| Т.А. | 5 | 6 | 5 | 5 | 7 | 9 | 6 | 6 | 8 | 16 | 9 |
| Т.М. | 8 | 4 | 9 | 5 | 9 | 7 | 4 | 9 | 9 | 16 | 14 |
| Т.Н. | 9 | 6 | 5 | 9 | 9 | 7 | 7 | 7 | 8 | 19 | 12 |
| Х.А. | 11 | 9 | 4 | 11 | 8 | 7 | 8 | 9 | 9 | 21 | 26 |
| Ц.И. | 15 | 5 | 9 | 12 | 7 | 9 | 6 | 8 | 5 | 25 | 32 |
| Я.Н. | 9 | 9 | 6 | 8 | 11 | 6 | 9 | 8 | 8 | 20 | 36 |