

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА

Кафедра общей и клинической психологии

**Психокоррекция тревожности студентов с чертами пограничного
расстройства личности средствами БОС-тренинга**

Выпускная квалификационная работа

(дипломная работа)

обучающейся по специальности
37.05.01 Клиническая психология
очной формы обучения,
группы 02061103
Баталовой Людмилы Олеговны

Научный руководитель:
кандидат биологических наук,
доцент кафедры общей
и клинической психологии
Ковалёва О.Л.

Рецензент:
кандидат психологических наук
Цуркин В.А.

БЕЛГОРОД 2017

Содержание

Введение	3
Глава 1. Теоретические основы изучения тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности	
1.1. Понятие тревожности в зарубежной и отечественной психологии.....	8
1.2. Исследование пограничного расстройства личности в отечественной и зарубежной литературе.....	20
1.3. Возможности аппаратурных методов психологической коррекции посредством БОС.....	31
Глава 2. Эмпирическое изучение тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности	
2.1. Организация и методы исследования.....	42
2.2. Результаты исследования уровня тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности.....	45
2.3. Психологическая коррекция тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности посредством БОС-тренинга и анализ ее эффективности.....	52
Заключение	58
Список использованных источников	61
Приложения	70

Введение

Исследования последних десятилетий показывают, что пограничное расстройство личности (ПРЛ) составляет около 2—3% общей популяции. Одной из ведущих причин такого существенного распространения выступают изменения в экономической и социально-политической сферах, которые сопровождаются снижением уровня жизни, смещением социальных и нравственных ценностей, повышением уровня безработицы, распадом семей, ростом алкоголизма, наркомании. Всё это приводит к напряжению в обществе, беспокойству, неуверенности и страху. Кроме того, на сегодняшний день, большинство видов трудовой деятельности современного человека связаны с нервным, а так же психическим напряжением, информационными и эмоциональными перегрузками, усиливающими данное напряжение, что способствует развитию пограничного расстройства личности.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), пограничное расстройство личности относится к эмоционально неустойчивому расстройству личности, которое характеризуется эмоциональной неуравновешенностью, импульсивностью, низким самоконтролем. Согласно Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам IV издания (DSM-IV), признаками пограничного расстройства личности являются выраженная нестабильность межличностных отношений, образа Я, эмоциональная неустойчивость. Как показывают результаты исследований, для лиц со склонностью к пограничному расстройству личности в основном характерны депрессивные состояния, отрицательные эмоции, такие как тревога, печаль, гнев и его проявления, тоска. В целом, критерии пограничного расстройства личности отражают паттерн поведенческой, эмоциональной и когнитивной нестабильности и дисрегуляции.

На сегодняшний день большинство лиц с пограничным расстройством личности принадлежат к молодой возрастной категории, и одной из уязвимых

групп являются студенты ВУЗов. Личность студента формируется под воздействием многих факторов: учебные нагрузки, режим труда и отдыха, особенности возраста, изменение социально-бытовой сферы, развитие новых межличностных отношений. Таким образом, адаптация к студенческой жизни – сложный и многогранный процесс, требующий от обучающихся готовности преодолевать различные трудности, которые будут возникать в период обучения. Это может быть информационная насыщенность учебного процесса, наличие особых форм организации учебной деятельности, увеличение учебных нагрузок и т.п. Вполне возможно, что данные аспекты учебной деятельности повышают у студентов вероятность развития склонности к пограничному расстройству личности.

Большой вклад в изучение пограничных расстройств личности внесли такие отечественные ученые, как: В.М. Бехтерев, И.П. Павлов, П.К. Анохин, В.А. Гиляровский, М.В. Мясищева, Е.Т. Соколова и др. А также ряд зарубежных ученых: Б. Карпмен, М.Модзли, М.Стоун и др. Но, несмотря на большое количество исследований в области изучения пограничных расстройств личности, всё же мало изученной остается студенческая популяция. Кроме того, на сегодняшний день в ВУЗе не достаточно внедрены комплексные коррекционные программы по работе с лицами, склонными к пограничному расстройству личности. В этом мы видим **актуальность** нашего исследования. Представляется целесообразным исследование студентов с чертами пограничного расстройства личности в период наибольшей адаптации к среде ВУЗа, а также возможностей новых аппаратных методов, в частности, тренинга с использованием биологической обратной связи. Тревожность, как эмоциональное проявление, сопровождается непосредственным участием вегетативной нервной системы. Исходя из этого, мы можем говорить о протекающем процессе саморегуляции, в основе которого лежит принцип «обратной связи». В свою очередь, метод биологической обратной связи (БОС) позволяет испытуемому, используя определенные методические приемы, вполне самостоятельно, волевыми усилиями, корректировать работу функциональных систем своего организма, улучшать

навыки самоконтроля и саморегуляции с помощью скрытых физиологических резервов. Кроме того, экспериментальный материал, накопленный за последние годы указывает на «экологичность» и высокую эффективность БОС-тренинга в коррекции тревожно-депрессивных расстройств, а также лечении зависимых состояний, соматических расстройств, нарушений функций внимания и т.д. Еще одно преимущество данного метода – возможность дозирования и индивидуальной коррекции нагрузок в процессе занятий.

Таким образом, мы можем наметить **проблему** нашего исследования: каковы возможности БОС - тренинга для коррекции тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности?

Цель: обосновать эффективность БОС-тренинга в психокоррекции тревожности у студентов с чертами пограничного расстройства личности.

Объект: тревожность студентов с чертами пограничного расстройства личности.

Предмет: психокоррекция тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности средствами БОС–тренинга.

Гипотеза: для студентов с высоким уровнем тревожности характерна средняя выраженность черт пограничного расстройства личности; психокоррекционная программа с использованием БОС - тренинга позволит снизить уровень тревожности и выраженность черт пограничного расстройства личности.

Задачи:

1. На основе анализа научной литературы раскрыть понятия: «черты пограничного расстройства личности», «тревожность», «биологическая обратная связь».
2. Исследовать особенности проявления черт пограничного расстройства личности и тревожности студентов.
3. С помощью психокоррекционной программы провести формирующий эксперимент посредством БОС-тренинга для снижения уровня тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности.

4. Проверить эффективность психокоррекционной программы с использованием БОС-тренинга.

Теоретико-методологической основой исследования служат труды О.В. Баженова, В.И. Брутмана, М.Г. Панкратовой, М.С. Родионовой, В.М. Астапова, А.М.Прихожан, Н.Е. Лысенко по изучению тревожности; концепции Ю.А. Александровского, Р.М. Баевского, В.М. Бехтерева, Ф.Ф. Детенгофа по изучению пограничного расстройства личности; публикации А.В. Адамчука, Д.П. Аксенова, Н.Н. Василевского по изучению метода БОС.

Методологической основой послужили идеи и принципы системного подхода психофизиологии адаптационных процессов, а так же исследования А.Б. Холмогоровой, И.Д. Климовой посвященные проблеме исследования пограничного расстройства личности среди студенческой молодежи.

Выбор методов и конкретных методик исследования для получения необходимой информации осуществлялся в соответствии с целями и задачами работы. В исследовании использовались следующие **методы**: эмпирические (тестирование, опросники, наблюдение, беседа), методы математико-статистического анализа данных, интерпретационные методы. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием коэффициента корреляции r Пирсона, параметрического критерия F-Фишера. Математическая обработка данных проводилась с помощью SPSS Statistics.

В исследовании были использованы следующие **методики**:

1. Шкала депрессии А. Бека.
2. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы «S» Т.Ю. Ласовской.
3. Личностная шкала проявления тревоги Дж. Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова).
4. Многоуровневый личностный опросник (МЛЮ) «Адаптивность» (А.Г. Маклаков и С.В. Чермянин).

Опытно-эмпирическое исследование проводилось в два этапа.

Сроки исследования 2016-2017г.

База исследования: «Белгородский государственный национальный исследовательский университете» (НИУ «БелГУ»). Учебная лаборатория психофизиологии и нейрофизиологии факультета Психологии.

Выборка: 65 студентов факультета психологии в возрасте от 18 до 20 лет.

Структура работы: дипломная работа состоит из введения, двух глав, включающих в себя 10 рисунков и 1 таблицу, заключения, списка литературы (91 источник), приложения. Объем работы составляет 61 страницу машинописного текста.

Глава 1. Теоретические основы изучения тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности

1.1. Понятие тревожности в зарубежной и отечественной психологии

В современном обществе наблюдается тенденция к увеличению уровня тревожности, которая вызвана такими факторами, как: изменение социальной и экономической среды, повышение темпов жизни, разрушение традиционных семейных структур, экологические изменения. Таким образом, на сегодняшний день, проблема тревоги и тревожности наиболее разрабатываемая в современной психологии.

Исследования тревожности берут свое начало с работ З. Фрейда. Он рассматривал данный феномен в двух вариациях: 1) как результат разрядки подавленного сексуального влечения; 2) как сигнал о наличии опасной ситуации, что требует от индивида адекватного приспособления. Исходя из этого, «неприятное состояние тревоги является полезным адаптивным механизмом, побуждающим индивида к защитному поведению по преодолению опасности» [76].

В последующем Анна Фрейд, представляет тревожность как «беспредметное состояние ожидания неопределенной угрозы» [76, с.30].

Карен Хорни не считала, что тревога является необходимым компонентом в психике человека. Она указывала, что тревога возникает в результате отсутствия чувства безопасности в межличностных отношениях. В общем, по мнению Хорни «всё то, что в отношениях с родителями разрушает отношение безопасности у ребёнка, приводит к базальной тревоге» [81, с.29].

Альберт Эллис говорит о тревожности как о состоянии, в основе которого лежит негативная самооценка и которое ведет к неадекватному поведению. Тревожность, по мнению автора, делится на два типа: «Я - тревожность»,

связанная с предвосхищением недостаточного уважения и самоуважения и так называемая тревожность дискомфорта» [85, с.31]. В последние годы тревожность описывают как «длющийся страх, когда ситуация опасности не снимается», или как «совокупность трёх составляющих: 1) субъективное переживание «невыразимого и неприятного предчувствия»; 2) восприятие телесных реакций (потение, учащение дыхания и т. п.); 3) поведение, связанное с отстранением или избеганием» [85].

По мнению О. Ранка, рождение состоит из психологических и физиологических испытаний, и именно оно порождает первый страх в бессознательном человека [60]. Данное чувство страха остается на протяжении всей жизни. Когда этот страх становится в полной мере испытанным, то он уже выступает как первая модель восприятия окружающего, которая, в свою очередь, воздвигает барьер на пути повторения первичной ситуации наслаждения. Со временем чувство страха может перерасти в постоянное чувство тревожности.

По словам О.Х. Маурера, тревожность, как и другие предвосхищающие эмоции (надежда, разочарование и облегчение) оказывает решающее влияние на выбор, и как следствие, на последующее закрепление способов поведения [53]. Основными эмоциями подкрепления выступают тревожность и надежда. Автор считает, что сигнализирующая функция является основной функцией тревожности, которая ведет к тому, что подкрепляются определенные формы поведения и реакции, которые ведут к предотвращению переживания наиболее интенсивного страха или же уменьшают уже возникший.

К. Ясперс отмечает: «Тревожность - одна из благотворных сил, которая дает возможность человеку перейти из повседневного бытия («бытия в мире») в экзистенциальный план бытия, мир свободной воли. Тревожность - особо важный элемент, он сталкивает человека с «напряжением пограничной ситуации», т.е. такой, которая только и позволяет человеку прорваться к подлинной свободе как выходу за пределы своего бытия» [90, с.39].

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

Кроме того, Г.С. Салливан отмечает, что, во-первых, тревожность порождается межличностными отношениями; во-вторых, существует равенство между потребностью в избегании или ликвидации тревожности и потребностью в межличностной безопасности и надежности. Таким образом, автор приходит к выводу, что тревожность сопровождает человека везде, где он вступает в контакт с окружающими, а так как человек социален, то она сопровождает его всюду [63]. Тревожность выступает одним из главных источников психической энергии, на ней во многом основывается личностная динамика: «Тревожность начинается в раннем опыте и проходит через всю жизнь как уникальное, значимое эмоциональное переживание. Тревожность связана с другими людьми. Она порождает в нас чувство ненадежности, когда мы портим отношения с другими людьми» [63, с.72].

При этом Г.С. Салливан отмечал, что если с самого начала создать у ребенка чувство межличностной надежности, то оно предотвратит развитие тревожности. Так же ученый считает, что неодобрение значимых людей - это основной источник тревожности [63].

Центральная роль неудовлетворения потребности в межличностной надежности подчеркивается и в работах К. Хорни. Рассматривая в качестве главной цели развития человека стремление к самореализации, К. Хорни оценивает тревогу как основное противодействие этой тенденции [81].

К. Хорни отмечает, что врожденное чувство тревоги лежит в основе сущности человека. Младенец испытывает тревогу с самых первых минут

своего рождения, своего существования вне чрева матери. Данное чувство тревоги закрепляется и становится внутренним свойством психической деятельности – «базальной тревогой» [81]. Внутреннее беспокойство влечет за собой желание избавиться от него, что и выступает основной мотивацией поведения. Стремиться к безопасности, строить свое поведение таким образом, чтобы не увеличивать чувство тревожности, заставляет именно базальная тревога.

В работах К.Хорни существуют различия между пониманием тревожности [81]. Но неизменным в работах автора остается подчеркивание роли среды в порождении чувства тревожности у ребенка. Ведь возможность удовлетворения первостепенных потребностей ребенка зависит от окружающих его людей.

У ребенка есть и межличностные потребности: в любви, заботе, одобрении со стороны других. Если эти потребности не удовлетворяются в раннем возрасте ребенка, если он не чувствует любовь и поддержку окружающих, то у него не разовьется чувство безопасности и сформируется чувство неуверенности в себе. Но очень часто близкие люди не могут создать благоприятную атмосферу для ребенка. Их отношение к ребенку блокируется их собственными искаженными, невротическими потребностями, конфликтами и ожиданиями.

Э. Фромм отмечал: «Переживание отчужденности - основной источник тревожности, который связан с представлением человека о себе как об отдельной личности, чувствующей в связи с этим свою беспомощность перед силами природы и общества» [53, с.92] . Разрешение этой ситуации автор видел в самых различных формах любви между людьми.

В работах Р. Мэя тревожность трактуется как «состояние человеческого существа в конфликте с небытием» [50, с.219]. Данная экзистенциальная тревожность порождается борьбой за подлинное существование и парадоксом существования - свободой человека и конечностью его бытия. По мнению Р.

Мэйя, это и является важнейшим конструктивным началом в жизни человека [50].

Как отмечает Ч. Спилбергер: «Тревожность – это отражение эмоционального состояния или определенная совокупность реакций, которая возникает у субъекта в том случае, если он воспринимает ситуацию как лично угрожающую, опасную и как клинического и патологического симптома» [73, с.101].

Чаще всего тревогу связывают с переживаниями стресса. Так, Ю.Л. Ханин отмечает, что «тревога как состояние – это реакция на различные стрессоры, которой присуща различная интенсивность, изменчивость во времени, наличие осознаваемых неприятных переживаний напряженности, озабоченности, беспокойства и сопровождается выраженной активизацией вегетативной нервной системы» [77, с.151]. Состояние тревоги может изменяться по интенсивности, а так же подвергаться изменениям во времени как функция уровня стресса, которому подвергается индивид. При этом, переживание тревоги, как и тревожности свойственно любому человеку в нормальных ситуациях.

Р. Кэттел и его коллегам в рамках исследования удалось выделить сам феномен тревожности, в отличие от близких ему явлений депрессии, склонности к пессимистическому восприятию жизни, невротизма. Также был определен ряд типичных биохимических и физиологических показателей для состояния тревожности [53].

Польский психолог Я. Рейковский изучал влияние тревоги на уровень притязаний. Он пришел к выводу, что «тревога и тревожность выступают как проявление дефектов в структуре личности» [61, с.16]. Прежде всего, это находит свое отражение в нарушении механизмов саморегуляции, которые проявляются в снижении чувства безопасности, переживании незащищенности.

Таким образом, можно сказать, что в зарубежной психологии понятие тревожности рассматривается с точки зрения динамического подхода, при этом упор делается на бессознательные импульсы.

В отечественной психологии изучением проблемы тревожности занимались такие ученые, как Ф.Б. Березин [18], Л.И. Божович [20], Н.Д. Левитов [45], В.Н. Мясищев [5], Н.И. Наенко [51], Т.А. Немчин [52], А.М. Прихожан [57] и многие другие.

В трудах Ф. Березина, отмечается важная роль тревоги в процессе психической адаптации человека [18]. Тревога ведет к усилению поведенческой активности, побуждает к более интенсивным и целенаправленным усилиям, способствует изменению характера поведения и тем самым выполняет адаптивную функцию. Если же интенсивность и длительность тревоги не соответствуют ситуации, это становится препятствием на пути к формированию адаптивного поведения и ведет к нарушениям поведенческой интеграции, в некоторых случаях и к клинически нарушениям психики и поведения.

Основываясь на клинических наблюдениях и экспериментальных исследованиях, Ф.Березин развил представление о существовании тревожного ряда. Он имеет следующий вид: 1. Ощущение внутренней напряженности, включающее адаптационные механизмы. 2. Гиперестезические реакции, при которых многие события внешней среды становятся значимыми для субъекта, что приводит к появлению ощущения неопределенной угрозы. 3. Собственно для тревоги характерно чувство неясной опасности. 4. Неосознаваемость причин тревоги ведет к возникновению страха, что затрудняет организацию деятельности по устранению или предотвращению угрозы. 5. Нарастание интенсивности тревоги, ощущение необратимости надвигающейся катастрофы, формирует у субъекта представление о невозможности избегания угрозы. 6. Тревожно-боязливое возбуждение характеризуется дезорганизацией поведения, которая достигает максимума, при этом исчезает возможность целенаправленной деятельности [18].

В исследованиях Л.В. Бороздиной, в которых принимали участие люди среднего возраста, было выявлено, что существует связь между особенностями самооценки, уровнем притязаний и повышением тревожности. Тревожность вызывается конфликтом, который выражается в рассогласовании уровней самооценки и притязаний [21]. В трудах К. Сидорова, на материале юности, данный факт находит свое подтверждение. Ученый экспериментально доказал, что «...расхождение высоты самооценки и притязаний сопряжено с ростом личностной тревожности» [74, с.44].

По мнению Н.Д. Левитова: «Тревожность - психическое состояние, выражающееся в состоянии опасения и нарушения покоя, вызываемое возможными неприятностями» [45, с.77].

Г.М. Бреслав рассматривает тревожность как «личностную черту, отражающую уменьшение порога чувствительности к различным стрессовым агентам»[22,с.401]. Тревожность – постоянное ощущение угрозы собственному «я» в любых ситуациях; тревожность – склонность к переживанию тревоги, которая характеризуется низким порогом возникновения реакции тревоги: один из главных параметров индивидуальности.

В.Н. Мясищев первым рассмотрел проблему внутреннего конфликта [5, с.79]. Он определял такой конфликт как некое сочетание объективных и субъективных факторов, которые приводят к нарушению значимых отношений человека и способствуют устойчивому переживанию эмоционального напряжения, интенсивность такого переживания предопределяется субъективной значимостью для личности нарушенных отношений. Противоречия между возможностями личности и предъявляемыми к ней требованиями действительности, с которыми человек в силу различных причин не может справиться, и выступает основой для возникновения тревожности. При этом акцент делается на переживание внешних факторов.

А.М. Прихожан указывает: «Тревожность – это переживание эмоционального дискомфорта, которое связано с ожиданием неблагоприятия, а также с предчувствием грядущей опасности» [57, с.61]. Тревожность, как

своего рода сигнал об опасности, привлекающий внимание к препятствиям для достижения цели, возможным трудностям, способствует мобилизации силы, и тем самым позволяет достичь наилучшего результата.

Тревожность по Р.С. Немову – «ситуативно или постоянно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, которое сопровождается наличием страха и тревоги, и проявляется в довольно специфических социальных ситуациях» [51, с.35].

И.П. Павлов оценивал тревожное состояние как «...показатель слабости нервной системы, хаотичности нервных процессов» [68, с.23]. Ученый отмечал, что состояние тревоги вызывается преобразованиями в условиях жизни, в привычной деятельности, нарушением динамического стереотипа. «При ломке динамического стереотипа возникают отрицательные эмоции, к которым, несомненно, мы можем отнести и тревожное состояние» [68, с.48]. Сюда относится затрудненность совместной деятельности, в ходе которой происходит формирование ожидания угрозы самоуважению, престижу человека; конфликты или другие причины, приводящие к изоляции от окружающего социума. Чувство тревожности может также порождаться отсрочкой, задержкой в появлении ожидаемого объекта или действия. В большинстве случаев тревожность возникает при отсрочке чего-либо значительного или приятного. При этом ожидание неприятного может сопровождаться не столько чувством тревожности, сколько надеждой на то, что неприятность не произойдет.

По мнению Б.Г. Ананьева, большое разнообразие теоретических подходов и терминологическая неоднородность в применении понятий не исключают возможность разработки единой концептуальной системы анализа различных аспектов проявления тревоги и тревожности на основе их функционального назначения [8].

Многие авторы выделяют следующие функции тревоги: функция поиска и обнаружения источников угрозы, функция оценки сложившейся ситуации, управляющая, регулирующая и антиципирующая функции.

Учитывая функциональный аспект исследования личностной тревожности, предполагается изучение ее как системного свойства, проявляющегося на всех уровнях человеческой активности. Так, во многих работах указывается роль данного свойства в социальной сфере, когда тревожность влияет на эффективность в коммуникативной сфере, на социальные и психологические показатели эффективности деятельности руководителей, на взаимоотношения с руководящими лицами, на взаимоотношения с товарищами, порождая конфликты.

Л.В. Бороздина и Е.А. Залученова связывают тревожность с беспокойством сохранности собственной позиции, желанием избежать риска, установку на поведение подстраховки [21].

Российский исследователь М. Литвак считает, что «тревога - это эмоция, которая возникает, если ситуация оценивается как неблагоприятная» [45, с. 80]. При этом, если источник тревоги не поддается ликвидации, то тревога начинает переходить в страх.

Таким образом, можно отметить, что в отличие от зарубежной психологии, отечественная психология рассматривает тревожность с точки зрения ее функций.

В современной психологии тревожность рассматривают и как индивидуальную психологическую особенность, проявляющуюся в склонности человека подвергаться переживанию сильной тревоги по относительно малым причинам.

Нередко термин «тревожность» используется и для обозначения наиболее широкого спектра переживаний, которые могут возникать независимо от определенной ситуации.

В Психологическом словаре Копорулина В.Н. тревога характеризуется как «эмоциональное состояние, а тревожность – свойство личности, которое имеет эмоциональный (ощущение чрезмерности требований, эмоциональная возбужденность), когнитивный (ожидание неудачи, негативная самооценка, чувство собственной некомпетентности), поведенческий аспекты» [35, с.344].

Там же отмечается, что «определенный (оптимальный) уровень тревожности является естественной и обязательной особенностью активной личности, а ее повышенный уровень – субъективным проявлением личностного неблагополучия» [35, с.348].

Исторический аспект исследования тревожности позволяет изучить причины проявления данного свойства личности, которые также могут охватывать психологический, социальный и психофизиологический уровни.

Так, в некоторых трудах одной из причин тревожности выступают социальные проблемы личности, которые связаны с нарушениями в общении.

На психологическом уровне причиной тревожности может выступать искаженное восприятие субъектом самого себя. Так, В. А. Пинчук показал, что тревожность определена конфликтным строением самооценки, когда одновременно актуализируются две противоположные тенденции – потребность высокой оценки субъектом самого себя и чувством неуверенности [55].

На сегодняшний день принято разграничивать тревожность ситуативную и тревожность личностную. Эта идея принадлежит американскому психологу Чарльзу Спилбергеру и нашла свое отражение, как в зарубежной, так и в отечественной литературе [73].

По Ч. Спилбергеру: «Личностная тревожность – устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией» [73, с.35]. Личностная тревожность проявляется в довольно разнообразных ситуациях, затрагивает многочисленные сферы, и возникает особенно там, где человек сталкивается как с реальными, так и с мнимыми трудностями. Такая тревожность сопровождается ощущением страха, угрозы, характеризуется готовностью воспринять любое событие как неблагоприятное и безотчетно опасное.

Человек, испытывающий данное состояние, тяжело находит контакт с окружающими, его настроение подавлено, а мир воспринимается им как враждебный.

Личностная тревожность характеризуется следующими эмоциональными состояниями: агрессия; зависимость; низкая самооценка; пессимизм; неуверенность в себе и своих способностях; изменение уровня притязаний. Данный вид тревожности затрагивает и мотивационную сферу: снижается социальная активность личности, стремление к лидерству, возникает эмоциональная неустойчивость, повышается степень невротизма и интровертированности. Личностная тревожность тесно взаимосвязана с особенностями нервной системы, тем самым она может провоцировать возникновение психовегетативных расстройств, создавать угрозу психическому здоровью личности [73].

Ситуативная или реактивная тревожность, как отмечает Ч. Спилбергер, это «состояние, которое характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Оно возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и различна по интенсивности и динамичности во времени» [73, с.38].

Сферой проявления реактивной тревожности является конкретная ситуация. Она связана со значимостью деятельности, оценкой сложности, а также ожидаемой и реальной оценкой. Ситуативная тревожность может возникнуть под влиянием социально-психологических, экономических стрессоров. Чаще всего это: конфликты, потеря значимых ценностей, нарушение взаимоотношений с близким окружением.

Таким образом, в одном случае, ситуативная тревожность ведёт к потере у человека уверенности в своих возможностях, в других, выступает пусковым механизмом агрессивного поведения, что приводит к конфликтным ситуациям.

Отметим, что тревожным людям свойственны заниженная самооценка и самоуважение, они испытывают чувство одиночества, закрываются в себе, такому человеку тяжело поверить в себя и свои силы. Это ведет к

неполноценному развитию личности и находит свое отражение на ее статусном положении в обществе.

Кроме того, из-за высокого уровня тревожности человек не может действовать эффективно в присутствии других людей и, как правило, без всяких причин приходит к мнению, что его осуждают. Он начинает избегать контактов с людьми и тем самым лишает себя возможности развить социальные навыки и удостовериться в том, что он может успешно вступать во взаимоотношения с окружающими.

При этом в рамках многих исследований, которые проводились на учащихся, доказано, что оптимальный уровень тревожности способствует успешному формированию учебного процесса связи с активизацией внимания, памяти, воображения, мышления, интеллектуальных способностей учащихся. В свою очередь низкий уровень тревожности чаще наблюдается как у уверенных в себе студентов, так и попустительски относящихся к процессу обучения. Рассматривая высокий уровень тревожности (как и чрезмерно низкий) можно говорить о его отрицательном влиянии на благополучие студента, его личностное развитие, успешность в учебной деятельности.

Исходя из всего вышесказанного, мы можем отметить, что многие психологи, как отечественные, так и зарубежные, занимались проблемой тревожности, при этом их позиции в изучении тревожности различны. Однако, обобщая взгляды ученых можно прийти к выводу, что в общем виде тревожность это отрицательное эмоциональное переживание, которое тесно связано с предчувствием опасности, и оказывает на психику человека негативное воздействие. Так же тревожность исследуется многими авторами во взаимосвязи со страхом, который является объективным ее выражением.

1.2. Исследование пограничного расстройства личности в отечественной и зарубежной литературе

История изучения пограничных расстройств личности весьма разнообразна и отличается тенденциями в их понимании. Она берет свое начало еще с изучения невротических расстройств. Так, Ж. Фернель, еще в 1540г. говорил, что нервность зависит от «паров», которые исходят от видоизмененного в своем составе семени или менструальной крови и своим присутствием оказывают неблагоприятное влияние на самочувствие в целом [6, с.19]. Позднее, датский ученый Т. Сиденхем изучил истерию, обнаружив ее взаимосвязь с ипохондрией, и пришел к следующему выводу: «...ипохондрия и истерия сводятся к изменениям в крови, которые приводят к атаксии жизненных духов» [6, с.28].

К. Уайт первый, кто систематизировал вышеперечисленные расстройства и обозначил их как специальные заболевания нервной системы [6].

В. Куллен в 1776 г. употребил термин «невроз» для обозначения этой группы болезней. По В. Куллелу невроз – это «те поражения чувств и движений, которые зависят не от местного поражения самого органа, а от более общего страдания, от которого зависят все вообще движения...» [6, с.39].

Ф.Пинель в своих работах дал оценку и описание патологических личностей. По его мнению, неправильное поведение без признаков психоза определяется как «мания без бреда» [23].

Д.Ж. Ричард изложил отдельные варианты патохарактерологических изменений, которые возникают без манифестной психотической симптоматики, и дал им название «моральное помешательство» [23].

В этот же время отечественный психиатр Ф.И.Герцог сообщил о лицах со странностями характера, гневливостью, раздражительностью, необузданностью влечений [23].

Изучения аномалий личности начали набирать обороты во второй половине 19 века. Французским психиатром Б. Морелем и его последователи

было сформулировано учение о дегенерации, в свете которой предпринимались попытки объяснить природу патологии личности [6]. Значительным шагом в этой области послужили работы В. Гризингера [31], Д. Моудсли [23], Р. Крафта-Эбинга [41], которые позволили выделить психопатические состояния из полиморфной группы дегенеративных психозов.

В разделе «Руководства по психиатрии» В. Гризингер описывает людей со странным характером, раздражительных, некоторых называет оригиналами и чудаками [31]. Как отмечает автор, данные лица всегда реагируют слишком сильно и вовсе по-другому, нежели другие. Д. Моудсли также выделял людей с таким особенным, проявляющимся как в области чувств и мышления, так и в поступках темпераментом [23].

В свою очередь, Р. Крафт-Эбинг рассматривал такие патологические характеры как одно из проявлений психической дегенерации. По мнению автора, «эти загадочные существа, в большинстве своем уже с раннего детства и чувствуют, и мыслят, и поступают по-другому, нежели остальные» и отличаются общей дисгармонией психики, которая часто сочетается с парциальной одаренностью, односторонностью суждений, патологией влечений, наличием склонности к импульсивным поступкам [41, с.81].

Особое место в историческом аспекте понимания пограничных расстройств личности принадлежит анализу оценки неврастенических расстройств, которые являются универсальными показателями любых состояний психической дезадаптации и составляют структуру различных неврозов, психопатии и сходных с ними состояний. Именно Х. Берд, в 1880 г. ввел понятие неврастении, как нозологической единицы [6].

Немецкий психиатр Э. Крепелин сравнивал симптомокомплексы при психических заболеваниях с регистрами своеобразного органа, так как приведение их в действие связано только с силой или распространенностью болезненных изменений и вовсе не связано с конкретными причинами заболевания [42]. При этом автор полагал, что клиническую картину определяют «предпочтительные синдромы», отражающие «предуготовленный

характер реагирования мозга» в зависимости от степени его поражения [42]. Происходит лишь включение симптомокомплексов психических расстройств под действием вредоносных факторов, но не их создание. Для полиэтиологических, психопатологических проявлений, которые присущи пограничным формам психических расстройств, такой вариант представления о характере болезненных нарушений сохраняет свое значение по сей день. В частности, невротические расстройства встречаются в рамках различных видов нарушений психической деятельности, в то время как при пограничных состояниях симптоматики, характерной для остальных психопатологических диапазонов не наблюдается. Другими словами, пограничные психические расстройства менее специфичны и избирательны в сравнении с другими психопатологическими проявлениями.

После классических работ Э. Крепелина многие ученые придерживались жесткой нозологической концепции психических болезней. Так, предлагалось целый ряд случаев психастении, истерии, неврастении рассматривать как проявления нераспознанной шизофрении, а невыраженные колебания настроения — в рамках циркулярного психоза и его особого варианта — циклотимии. По мнению Е. Блейлера, шизофрения, которой характерно своеобразное расщепление единства личности, зачастую протекает «в скрытых формах со слабо выраженными признаками, нежели в формах явных с законченной симптоматологией...» [23, с.19].

В тот период времени, оказание помощи больным с неявно выраженной шизофренической симптоматикой, которая наблюдались вне стен психиатрических больниц, должна была заниматься «малая психиатрия». Со временем, к ее компетенции стали относить и конституциональные реакции, которые возникают в результате воздействия психотравмирующих влияний и определенных обстоятельств, а также, реактивные состояния, наблюдавшиеся во время первой мировой войны, и психоневрозы.

Э. Крепелин в 1920 году, с учетом новых исследований представил на съезде немецких психиатров, так называемую большую схему психических заболеваний, которая значительно отличалась от ранней классификации [42].

С конца 19 века на первый план выходит учение о психопатиях. В.Х. Кандинский [33], В.М. Бехтерев [19], С.С. Корсаков [37] одни из первых отечественных ученых, которые занялись изучением психопатий, и внесли большой вклад в становление такой отрасли психологии, как патопсихология. В. Кандинский в 1883г. выделил основные признаки психопатии [33]. В. Бехтерев в 1886 г. опубликовал первую в мире небольшую книгу, посвященную психопатии, и ее судебно-психиатрической оценке [19]. Впервые термин «психопатии» ввел Ю. Кох в 1891 году. В своей классификации пограничных состояний он отмечал наравне с другими психическими аномалиями варианты конституциональных психопатий, которые не подвергаются на протяжении жизни значимым изменениям [23]. В 1893 г. С. Корсаков описал клинические варианты «психопатической конституции» [37].

Интересный факт, что у лиц, умышленно наносящих себе вред или пытающиеся покончить с собой, и у лиц с пограничным расстройством личности, можно увидеть схожие характеристики. Одним из совпадений является то, что в основном к перечисленным группам относятся женщины. Проработав результаты двадцати шести исследований, Т. Видигер и А. Франсес выявили, что среди лиц с симптомами пограничного расстройства личности 69% составляют представительницы женского пола [6]. Таким же образом, попытки самоповреждения можно наблюдать преимущественно среди женщин. Другим общим фактором является примерно одинаковая возрастная категория, как в случае намеренного членовредительства, так и при пограничном расстройстве личности. Около 64% всех случаев умышленного самоповреждающего поведения без смертельного исхода совершаются субъектами от семнадцати до сорока трех лет. Лица с пограничным расстройством личности также принадлежат к более молодой возрастной

группе. Интенсивность и распространенность пограничного расстройства личности снижается среди людей средних лет.

Русский и советский психиатр П.Б. Ганнушкин впервые описал клиническую динамику основных форм психопатий, которая востребована и на сегодняшний день [29].

В.В. Ковалев первым внес ценное замечание: «обычные неврозы представляют собой не самостоятельные нозологические сущности, а только клинические варианты психогенного заболевания» [34, с.36]. В.Н. Мясищев указывал, что невротические расстройства проявляются за счет возникновения «аффективного напряжения личности» [5].

А.В. Снежневский, учитывая степень полиморфизма и избирательности психопатологических синдромов выделил 6 диапазонов расстройств, которые характерны для маниакально-депрессивного психоза неврозов и психопатий, генуинной эпилепсии, шизофрении, симптоматических психозов, а также для психозов, которые возникают возникающих при грубоорганических поражениях головного мозга [68]. По мнению автора, специфичность синдромов отражает сложные взаимоотношения этиологии и патогенеза каждого из болезненных расстройств.

В свою очередь, Ф. Фридман, исходя из анализа терапевтических возможностей, делил все психопатологические расстройства на 5 основных групп, близких к диапазонам А.В. Снежневского: шизофрения, аффективные нарушения, острые церебральные синдромы, психоневротические расстройства и нарушения поведения [6]. С учетом особенностей пограничных форм нервно-психических расстройств важно отметить, что в обеих упомянутых группировках невротические и психопатические рассматриваются как отдельный диапазон психопатологических проявлений.

Как мы видим, многие ученые, как отечественные, так и зарубежные, внесли большой вклад в изучение пограничных расстройств личности.

На сегодняшний день пограничное расстройство личности также привлекает внимание многих молодых ученых разных областей. Это связано с

ростом числа лиц, которые страдают пограничным расстройством личности. Немаловажным остается и изучение черт пограничного расстройства личности. Как отмечает Т.С. Ласовская: «черты пограничного расстройства личности представляют собой устойчивые, повторяющиеся в различных ситуациях особенности поведения индивида, но при этом, не являющиеся самим заболеванием» [43, с.50].

Российский психиатр В.Д. Менделевич обратил свое внимание на два важных обстоятельства, которые связаны с проблемой диагностики психических отклонений. Первым обстоятельством выступает распространившаяся за последние годы практика заочной постановки врачом диагноза без индивидуальной встречи с предполагаемым пациентом, руководствуясь лишь анализом действий человека, известных понаслышке или из уст некомпетентных специалистов, а также на основе психодиагностических текстов испытуемого [47]. Такой вид практики лишь дескредитирует клинический метод. Таким образом, лишь экспериментальным путем можно обучиться клиническому обследованию и психодиагностике при индивидуальном общении с клиентом.

Глубокая уверенность большинства практических и клинических психологов во «всемогуществе» экспериментальных психологических методик, за счет которых можно выявить психические отклонения и разграничить норму с патологией с применением различных тестов – является вторым обстоятельством. Как отмечает автор, заблуждение такого рода приводит к тому, что психолог, нередко предстает больше как фокусник, гадалка, нежели как специалист своего дела.

Клинические границы расстройств личности не совпадают со значительно более широким кругом личностных девиаций, включающих как крайние варианты нормы, так и различные варианты патологии личности. Диагноз «расстройство личности» неправомерен, если вопрос касается только отдельных характерологических отклонений, которые являются взаимозаменяемыми и приводят к нарушениям поведения только в короткие

периоды, связанные с психическими травмами декомпенсаций. В таких случаях речь идет об акцентуациях характера.

Вопрос определения психической нормы всегда вызывает определенные трудности. Б.Д. Лысков отмечает: «...реально наблюдается много таких разновидностей форм поведения или состояний психики, где однозначно определить их отношение к норме или патологии очень затруднительно, а при некоторых обстоятельствах и вовсе невозможно» [23,с.20]. Для подтверждения данной идеи, можно отметить, что психически здоровым человеком возможно нарушение социальных и правовых норм, в то время как при психической патологии очень часто можно видеть вполне законопослушное, приемлемое поведение для социума.

В DSM-IV пограничное расстройство личности определяется как «устойчивый паттерн восприятия, отношения и мышления, имеющий проблемы в различных областях, и который включает в себя межличностное взаимодействие, настроение и собственный образ» [91]. Более специфичными особенностями пограничного расстройства личности являются: интенсивность эмоциональных реакций, смена настроения, и большое разнообразие симптомов. У таких людей может резко меняться состояние вплоть от тотальной депрессии до всего лишь легкого уровня тревожности, или же они совершают импульсивные действия, которые спустя время признают непродуктивными и иррациональными. Чаще всего паттерн проблем лиц с пограничным расстройством личности является непредсказуемым, беспорядочным, противоречивым. Такие лица могут эффективно и довольно компетентно проявлять себя в некоторых сферах жизнедеятельности, а в других испытывать серьезные трудности.

Тотальный паттерн нестабильности в переменах настроения, межличностном взаимодействии, и образе Я, возникает в ранней взрослости и проявляется в разнообразных контекстах, на что указывают по пять следующих признаков: 1) паттерн непостоянных и интенсивных межличностных взаимодействий, характеризующийся чередованием крайних

форм чрезмерной идеализации и девальвации; 2) проявление импульсивности хотя бы в двух областях, которые потенциально саморазрушительны; 3) эмоциональная неустойчивость, которая проявляется в частой смене настроения; 4) интенсивное проявление гнева или невозможность его контроля. Это могут быть нередкие проявления вспыльчивости, повторяющиеся драки, частая гневливость; 5) повторяющиеся угрозы самоубийства, суицидные попытки или суицидное поведение; 6) выраженное и постоянное нарушение идентичности, которое характеризуется наличием неуверенности, по крайней мере, в двух пунктах из следующих: образ себя, сексуальная ориентация, долгосрочные цели или выбор карьеры, тип желательных друзей, предпочтительные ценности; 7) хроническое чувство скуки или пустоты; 8) отчаянные попытки избежать реального или предполагаемого отвержения [91].

Следует отметить, что для большинства расстройств личности и невротических расстройств характерно общее расстройство здоровья и наличие вегетативных симптомов. Это могут быть приступы сердцебиения, скачки артериального давления, повышенная потливость, нарушение функционирования внутренних органов. Это и служит причиной обращения многих людей не к психологам, психотерапевтам или психиатрам, а к врачам общемедицинской практики. Тем самым, попытки лечить последствия, а не устранять их причины, не приводят к необходимому результату. Таким образом, расстройства личности остаются недиагностированными. Для пограничных расстройств личности очень важно установить диагноз своевременно.

В последующем, особый интерес представляла эмоциональная сфера лиц с пограничным расстройством личности. Она имеет ряд своих особенностей.

Так, для лиц с чертами пограничного расстройства личности характерны: депрессия, чувство одиночества, опустошенности, раздражительность, агрессия, могут иметь место и пищевые расстройства, а также злоупотребление алкоголем или наркотиками, попытки суицида [6].

Эмоциональная сфера личности с чертами пограничного расстройства личности характеризуется наличием эмоциональной дисрегуляции. При этом эмоциональные реакции отличаются высокой реактивностью. Кроме того, для лиц с пограничным расстройством личности характерна склонность, быть включёнными в напряжённые (неустойчивые) отношения, что может способствовать возобновлению эмоциональных кризисов и сопровождаться актами самоповреждения или серией суицидальных угроз. Неадекватная сильная злоба или отсутствие контроля над гневом, также наблюдаются в эмоциональной сфере лиц с пограничным расстройством личности.

По данным исследований, у лиц с чертами пограничного расстройства личности наблюдается проблема копинг – стратегий. Для них характерно использование эмоционально – направленного копинга в рамках типологии Р.Лазаруса и С.Фолькмана [6]. В том числе, «прибегание к активной пассивности», которая заключается в том, что человек активно пытается заставить решать свои проблемы, окружающих. Сам же, по отношению к этим проблемам, проявляет пассивность. При этом имеет место быть преувеличенное видение своих трудностей и своей некомпетентности. Другие исследования подтверждают, что пограничное расстройство личности связано с низкой самооэффективностью, высокой зависимостью и также, эмоциональной готовностью полагаться на других людей.

Лица, с чертами пограничного расстройства личности часто справляются со своим эмоциональным состоянием, прибегая к самоповреждающему поведению. Это может быть употребление психоактивных веществ, что является также дезадаптивной стратегией, которая выполняет функцию ухода от депрессии, дисфории, апатии, уменьшения чувства одиночества, беспомощности, безнадежности. Другой способ совладания с негативными эмоциями - пищевые срывы, которые приводят к расстройствам пищевого поведения.

Что касается тревожности, как одного из симптомов пограничного расстройства личности, то она может проявляться в разной степени. У

некоторых лиц с пограничным расстройством личности тревожность может переходить в сильное чувство нервозности, напряжения или паники. Тревожность сопровождается беспокойством по поводу негативных последствий, неприятных переживаний прошлого или же неблагоприятных ситуаций в ожидаемом будущем; чувством страха, дурными предчувствиями, ощущением угрозы в ситуациях неопределенности, страхом внутреннего распада или утраты контроля.

Что касается депрессивных состояний, то у лиц с чертами пограничного расстройства личности наблюдаются чувство подавленности, никчемности, безнадежности; трудности преодоления подобных настроений; пессимизм в отношении будущего, преобладающее чувство стыда; сниженная самооценка, мысли о самоубийстве и суицидальное поведение [48]. Такие депрессивные проявления могут переходить в чувство злости, гнева или раздражительности.

При этом, у лиц с чертами пограничного расстройства личности, может иметь место и импульсивность [48]. Она проявляется в действиях под влиянием момента, непродуманными действиями без плана и без понимания последствий, в трудностях в формировании плана действий или в его осуществлении, в ощущении безотлагательности.

Нарушение идентичности у лиц с чертами пограничного расстройства личности характеризуется обедненным, слабо развитым образом своего я, который нередко связан с чрезмерной самокритикой, устойчивым чувством внутренней пустоты. У людей с пограничным расстройством личности наблюдается нарушение саморегуляции, которое проявляется в непостоянстве целей, уровня притязаний, ценностей.

Как уже указывалось выше, для лиц со склонностью к пограничному расстройству личности характерны нарушения в межличностном функционировании. Это могут быть нестабильные и конфликтные близкие отношения, которые характеризуются недоверием, потребностью в эмоциональной поддержке и одобрении, беспокойной поглощенностью

мыслями о возможном или воображаемом уходе партнера. У таких людей восприятие близких отношений, как правило, колеблется между крайними полюсами идеализации и обесценивания, а в самих отношениях человек со склонностью к пограничному расстройству личности проявляет две крайних линии поведения — либо чрезмерную вовлеченность, либо отстраненность.

А.Б. Холмогорова и И.Д. Климова в своем исследовании отмечают, что диагностика черт расстройства и диагностика самого расстройства существенно различаются, а именно, черты пограничного расстройства личности, несомненно, более распространены, чем само расстройство. Отличается и степень выраженности симптомов [80].

Таким образом, подводя итог, хотелось бы отметить, что исследования в области пограничного расстройства личности остаются актуальными и на сегодняшний день. Большой толчок для изучения данного феномена нам дали труды и исследования отечественных и зарубежных психологов, психотерапевтов, психиатров и других ученых. Но, так как общество подвергается различным экономическим, политическим, социальным, природным преобразованиям, то проблема пограничных расстройств личности становится все более актуальной. Тем самым, накопленных знаний становится недостаточно для исследования данного вопроса.

1.3. Возможности аппаратурных методов психологической коррекции посредством БОС.

В настоящее время существует большое количество различных методов психологической коррекции разного спектра. Например, И.П. Булах и С.Б. Бажутина, выделяют следующие: самораскрытие психолога перед клиентом, простое предложение, повтор-перевод, механизм «обратной связи», эмоциональное резюме, открытые и закрытые вопросы, логические цепочки, и другие [15].

Также можно выделить основные группы методов в зависимости от направленности. Это могут быть: 1) методы усиления регулирующих функций психики, развитие самоконтроля, повышение саморегуляции; 2) методы нормативно-ценностной коррекции, объектами которой выступают нормативные комплексы, обуславливающие отказ от подчинения совместным принципам, целям, задачам деятельности [2].

Существует группа симптоматических методов, которая включает в себя: оперантное научение, систему патогенетической психотерапии, аутогенную тренировку, медитацию, метод условных рефлексов и пр. Кроме того, различают методы индивидуальной психокоррекции и групповой [2].

В отдельную группу можно выделить следующие методы: арт-терапия, сказкотерапия, песочная терапия, изотерапия.

На сегодняшний день, в эпоху новых информационных технологий одними из ведущих методов психологической коррекции являются аппаратурные. Это такие методы, как: 1) модели сравнительной оценки индивидуальных вкладов (Арка, Лабиринт, Эстакада); 2) модели суммарного воздействия (Ритмограф, Волюнтограф); 3) модели многосвязанного управления равновесием в системе (Гомеостат); 4) модели многосвязанного управления движущимся объектом (Кибернометр, Групповой сенсомоторный интегратор) [3].

Другой разновидностью аппаратурных методов являются специализированные тренажеры, имитирующие выполнение полета на самолете, управление движением воздушным транспортом, имитаторы езды на автомобиле и прочее.

Но особый интерес вызывают аппаратурные методы нового поколения. Это «БОС», «Эгоскоп», «БОС-Эгоскоп», которые представляют собой реабилитационный психофизиологический комплекс для тренинга с биологической обратной связью. Кроме того, данные методы можно применять в отдельности [3].

Именно БОС является ультрасовременным методом как в психокоррекционной работе, так и для коррекции расстройств регуляторных систем и функциональных нарушений. Метод БОС-терапии применяется при лечении травм, врожденных заболеваний и патологий, а также с целью улучшения течения реабилитационного процесса.

БОС-терапия эффективна в коррекции уровня тревожности, депрессии, эмоциональной подавленности. А так же при стрессовых потрясениях, бессоннице, гипертонии и т.д.

БОС – это метод терапии, который использует скрытые резервы организма, тем самым способствует развитию навыков саморегуляции человека за счет получения информации о собственном функциональном состоянии [2, с.130].

Большой вклад в становлении метода БОС внесли русские физиологи И.М. Сеченов [64] и И.П. Павлов [24] – авторы теории условных рефлексов. В последующем К.М. Быков разработал теорию кортико-висцеральных связей, Н.П. Бехтерев предложил теорию устойчивых патологических состояний [19].

Идеи о физиологических аспектах обратной связи как важнейшем принципе саморегуляции и функционировании живых систем были представлены в теории функциональных систем П.К. Анохина [9]. В своей работе автор отмечает, что «под влиянием обратной связи происходит усиление

мотиваций к достижению поставленной цели и мобилизация дополнительных ресурсов и, как следствие, расширение границ работоспособности человека».

Таким образом, фундаментальная база метода биологической обратной связи в России была создана такими учеными, как П.Н. Анохин [9], К. М. Быков [24], а также и В.Н. Черниговский [82]. Еще в 1955 году М.И. Лисина получила первые результаты по обучению произвольному регулированию просвета кровеносных сосудов [2].

Метод БОС и его аппаратное обеспечение были разрешены и рекомендованы, как способ лечения в детской неврологии, Министерством здравоохранения СССР в 1983 году [2].

Однако большой вклад в развитие данного метода внесли зарубежные ученые. Так, американский психолог-бихевиорист Нил Миллер, в 1957 году сумел доказать возможность произвольной регуляции работы внутренних органов с помощью неординарного опыта [2]. К «центру удовольствия», на подсоединенные электроды, он замыкал показатели работы сердца, желудка и почек. В своих опытах автор использовал обездвиженных крыс, которые могли с помощью изменения целевого показателя получать невероятное наслаждение.

Возможность биоуправления у человека впервые показал Дж. Камия. Он случайно заметил, что если при появлении определенного типа сигналов на ЭЭГ перед испытуемым зажигать зеленую лампочку, то альфа-активность возникает чаще [65]. Своей работе он посвятил более десяти лет, прежде чем понял важность своего открытия и опубликовал полученные экспериментальным путем, результаты. Таким образом, Дж. Камия удалось открыть способность испытуемых произвольно менять параметры своей электроэнцефалограммы при наличии обратной связи об их текущих значениях.

Многие западные ученые разрабатывали методы, в которых устанавливалась биологическая обратная связь с организмом на основе изменения различных параметров. Так Н.Э. Миллер и Л.В. Дикара провели исследования по выработке у животных висцеральных условных рефлексов оперантного типа [72]. М.Б. Стерман разработал исследование о повышении

порогов судорожной готовности после условнорефлекторного усиления сенсомоторного ритма в центральной извилине коры головного мозга, как животных, так и человека [72].

На сегодняшний день метод биологической обратной связи позволяет глубже понять механизмы саморегуляции, роль тех или иных биологических сигналов, их функциональные резервы, участие и роль подкорковых структур и коры головного мозга в модуляции висцеральных и психических процессов.

Как отмечает М.Б. Штарк в основе БОС-технологии лежат принципы современной психофизиологии: 1. Психические процессы реализуются посредством функций головного мозга. Функциональные образования мозга и его автономные структуры обеспечивают протекание простых физиологических процессов и самых сложных видов психической деятельности; 2. Любое психическое расстройство сопровождается нейрофизиологическими изменениями мозговых механизмов, при этом причина нарушений может быть экзогенной; 3. Генетические нарушения лежат в основе тяжелых психических заболеваний. Гены и продукты их экспрессии определяют, насколько эффективна взаимосвязь между нейронами, и за счет этого, могут изменять поведение и индивидуальные особенности человека; 4. Формирование и развитие психологических и поведенческих функций человека протекает в процессе тесного взаимодействия как средовых, так и генетических факторов. Процесс генетического и средового взаимодействия осуществляется через специальные механизмы пластичности синапсов, процессы научения и памяти, систему регуляторных генов; 5. Преобразования системы нейронных связей происходит за счет процессов произвольного и непроизвольного обучения, вызывающих экспрессию определенных генов. Данные изменения зависят от особенностей биохимической природы человека, окружающей среды и неординарности его социального опыта. Индивидуальное своеобразие систем нейронных связей предопределяет индивидуальную специфику поведения и психики человека; 6. Метод биологической обратной связи является своеобразной формой обучения. БОС позволяет прямо влиять на

патологично сложенную систему взаимосвязей между группами нейронов, которые отвечают за реализацию, программирование и контроль какого-нибудь физиологического или психического процесса; 7. Изменение патологично сложенной функциональной системы базируется на возможности коркового управления и контроля мозговыми механизмами разных ступеней организации [83].

Как отмечалось выше, в основе этого метода биологической обратной связи лежит принцип целесообразного саморегулирования произвольных функций с использованием систем внешней обратной связи. БОС-метод используется только в случаях, когда осуществляется обеспечение предъявляемой информации о состоянии физиологических функций для того же субъекта, который накапливает данную физиологическую информацию и выступает ее источником. При обычных условиях точной количественной информации о состоянии физиологических функций (ЧСС, показатели артериального давления) нет. Но, так как, биологическая обратная связь может регистрировать изменения физиологических процессов на очень тонком уровне, можно научиться сознательно, управлять ими.

Методы, основанные на использовании БОС, применяются в различных областях медицины: для управления биоэлектрической активностью мозга у больных эпилепсией, направленного на подавление патологических паттернов ЭЭГ; для повышения эффективности восстановительной терапии постинфарктных больных; при лечении различных видов головной боли.

С.Коэн и его коллеги, опираясь на установленные связи расширения сосудов, которые примыкают к системе наружной сонной артерии, и усиления напряжения мышц головы и шеи и мигренозной боли, использовали в группах специально отобранных больных мигренью метод БОС [83].

Во всех экспериментах обратная связь осуществлялась с помощью тока, который подавался через громкоговоритель, помещенный рядом с головой пациента. Пациенты должны были снижать силу тока при появлении тона-сигнала, что соответствовало снижению амплитуды электромиограммы, и

повышать силу тока, которая соответствовала увеличению разницы температур пальца и лба. Желаемый дифференциал - более теплый палец сравнительно со лбом. При биологически обратной связи тонуса черепных артерий пациентов просили снижать силу тока, что соответствовало повышению сосудистого тонуса.

Результаты данного исследования показали следующее: 1) прямые физиологические изменения исследованных систем не коррелируют с терапевтическим результатом; 2) не имеет значения метод БОС (черепные артерии, электромиограмма, температура). Поэтому механизмы терапевтического эффекта нужно искать не только в изменениях, касающихся физиологических систем. Вероятные объяснения таковы: 1) эффект плацебо благодаря участию пациентов в эксперименте и вниманию к ним со стороны исследователей; 2) процесс регрессии «к середине», так как пациенты ищут помощи в тот момент, когда им особенно плохо; 3) эффект общей релаксации; 4) познавательный эффект от переживания БОС-терапии [3].

Испытуемые утверждали, что у них никогда не было навыков самоконтроля, и что БОС-терапия учит их этим. Таким образом, в качестве критической величины, выступает степень веры пациента в свои силы и возможности осуществлять контроль, а не уровень физиологического изменения.

Необходимость учета психологических факторов при использовании метода биологической обратной связи подтверждают данные отечественных авторов. Так, Н. Л. Артемчук и Л. Н. Лежепекова показали, что клиническое улучшение у наблюдаемых ими больных отмечалось и при отсутствии значительных изменений в изучавшихся физиологических системах [83].

Важно отметить, что в литературе последних лет биологическая обратная связь рассматривается лишь как один вариант из разнообразных подходов к лечению человека в целом и что его необходимо применять в сочетании с другими медицинскими и психотерапевтическими методами.

А.В. Адамчук, в своих работах отмечает, что БОС-технологии обладают рядом преимуществ. Во-первых, высокая скорость обучения; во-вторых - научное обоснование метода (в основе обучения лежат свойства мозга - пластичность, ритмика, системы тормозных и активирующих корково-подкорковых взаимодействий и т.д.); в-третьих, длительное сохранение навыков саморегуляции. Кроме этого, метод БОС индивидуален; активирует защитные механизмы организма против болезней стресса и психоэмоционального перенапряжения; снижает или полностью отменяет лекарственное воздействие на организм; повышает эффективность занятий, делая их простыми и доступными как для детей, так и для взрослых; обладает хорошей сочетаемостью со многими видами лечебных процедур; характеризуется отсутствием побочных эффектов [2].

Кроме того, БОС-терапия рекомендована, как: 1) эффективный, немедикаментозный метод лечения панических атак; 2) психологическая профилактика для поддержания высокой работоспособности, устранения симптомов переутомления, тревоги, предупреждение и защита от последствий стресса; 3) немедикаментозное лечение неврологических заболеваний; 4) как средство при бронхиальной астме, бронхите, рините; 5) для лечения нарушения сна - бессонницы, головной боли, мигрени, нервного тика, неврастении, тревожного и фобического синдрома, панических атак, астено-депрессивных и астено-ипохондрических синдромов; 6) для оздоровления часто и длительно болеющих детей, для обучения детей справляться со стрессами разного происхождения, при детской гиперактивности, для улучшения концентрации внимания и памяти; 7) как метод лечения вегетососудистой дистонии (ВСД), психогенного нарушения сердечного ритма, артериальной гипертензии, постинфарктная психологическая реабилитация; 8) при психофизиологической подготовки беременных к родам, при мигренях и головных болях у беременных, при приступах панических атак у беременных [2].

Немаловажным является тот факт, что для применения метода БОС отсутствуют противопоказания. Альтернативой этому являются требования,

предъявляемые к клиенту: сохранная эмоционально-волевая сфера и интеллект; клиент не должен находиться в остром психотическом состоянии и принимать медикаменты, которые существенно воздействуют на психику; отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Аппаратурный метод БОС способствует регуляции различных психофизиологических процессов, которые не контролируются произвольно.

В основном, психологические и психосоматические нарушения и заболевания вызываются изменениями функциональных систем мозга, которые отвечают за различные функции организма по приспособлению к среде и сохранению гомеостаза. В основе таких нарушений лежат как генетические, так и средовые факторы. В ходе применения БОС-тренингов происходит процесс восстановления нормального функционирования патологичных систем и устранение причины нарушения.

Как уже отмечалось выше, эффективность БОС опирается на фундаментальные свойства мозга, такие как: активация, пластичность, ритмика.

Для объяснения механизмов, за счет которых возможна произвольная регуляция биоэлектрической активности мозга, представлен ряд гипотез. Так, согласно гипотезе Дж. Любара, в зависимости от того, какие кортикальные петли запускаются таламическими пейсмекерами, возникают различные мозговые ритмы [3]. Но при этом, частоту таламических пейсмекеров могут изменять различные модификации в кортикальных резонансных петлях, которые, как правило, вызваны эмоциональным возбуждением, внешней стимуляцией, обучением, стрессовой нагрузкой и т.п.

Между разными резонансными петлями и уровнями нейромодуляторов существуют определенные взаимосвязи. Например, увеличение серотонина приводит к повальным резонансам, которые вызывают более низкие частоты, сонные веретена, тета – и дельта – активность.

Возбуждение локальных и зональных резонансов приводит к увеличению содержания ацетилхолина, норадреналина и дофамина, что вызывает появление

высокочастотной ритмики ЭЭГ. Для различных функциональных состояний обязателен некоторый оптимальный уровень соотношения нейромодуляторов.

Таким образом, сложные системы активирующих и тормозных взаимодействий, находящихся внутри коры и между корой и таламусом – обеспечивают нейрофизиологическую основу для обучения человека произвольно вызывать и удерживать биоэлектрическую активность собственного мозга в необходимом диапазоне частот. В свою очередь, различные частотные режимы прямо отражают уровни активации мозга, которые сопровождают процессы релаксации, обучения, эмоционального реагирования, внимания и т.д.

Согласно гипотезе К.Отмера, основным свойством нервной клетки и нервной системы является пластичность [25]. Она выражается в относительно устойчивых изменениях реакции нейрона и во внутриклеточных его изменениях в ответ на нейромодуляторы, которые приходят к нему по нейронной сети и обеспечивают изменение направленности и эффективности межнейронных связей.

Свойство пластичности нейрона является фундаментальным для процессов научения и памяти целостного организма, которые проявляются и на поведенческом уровне.

К. Отмер отмечает, что: «пластичность - это и структура и функция одновременно» [25, с.43] . За счет пластичности происходят преобразования в нейронных связях, что приводит к изменению их функционирования. После того, как эти изменения произойдут, они закрепляются в структуре.

Изменения функциональных состояний человека можно сопоставить с увеличением возбудимости, лабильности и реактивности нервных структур. Реакция активации включает в себя следующие компоненты: биохимические, вегетативные, моторные изменения, находит свое отражение в смене паттерна электрической активности мозга и поведении человека.

Генерализованная активация охватывает мозг в целом. Локальная активация охватывает ограниченные зоны мозга.

Модулирующая система мозга выполняет функцию регулирования процессов активации в составе различных видов деятельности. Она регулирует цикл бодрствование-сон, стадии и фазы сна, уровни и специфику функциональных состояний во время бодрствования, процессы внимания и памяти через локальные и генерализованные эффекты активации и инактивации.

Реакции активации/инактивации отражаются в смене паттерна электрической активности мозга. В других случаях синхронизации и десинхронизации ЭЭГ обнаруживается корреляция с низким и высоким состоянием активации [26].

Инактивация способствует повышению ритмичности и увеличению амплитуды, когда группы нейронов разряжаются в отсутствие сенсорной стимуляции. Если в результате воздействия стимуляции уровень активации увеличивается, то возникает реакция десинхронизации, т.е. происходит нарушение ритмики мозга и наложение ответа многих ритмических генераторов различных частот на ЭЭГ [26].

Различные состояния активации коррелируют с доминантной частотой ЭЭГ. Степень ритмичности вместе с изменениями в спектре частот ЭЭГ управляет всеми уровнями активации в биоэлектрической сфере. Вся мозговая деятельность базируется в паттернах разряжения нейронов, которые выделяются из шума в силу временного совпадения или хотя бы корреляционно [26].

Существуют различные виды биологической обратной связи. Основными являются: БОС по параметрам дыхания, за счет которого формируется диафрагмальное дыхание; БОС по параметрам вегетативной нервной системы, которая включает в себя кожно-гальванические реакции, частоту сердечных сокращений, кожную температуру; БОС терапия по параметрам активности мышц; БОС терапия по параметрам активности головного мозга, т.е. электроэнцефалограмма [2].

Особый интерес представляет БОС по параметрам ЧСС. Д.П. Аксенов отмечает, что данный метод применяется с целью регуляции частоты сердечных сокращений и variability сердечного ритма для нормализации вегетативного баланса, артериального давления, повышения адаптационных механизмов, снижения выраженности вегетативных дисфункций, повышения работоспособности и улучшения общего самочувствия. Таким образом, данный вид БОС метода позволяет снизить уровень тревожности, повысить адаптационные способности за счет того, что одной из функций вегетативной нервной системы является регулирование частоты сердечных сокращений. В свою очередь такое эмоциональное проявление, как тревожность, также осуществляется при непосредственном участии вегетативной нервной системы [4].

Таким образом, мы видим многие преимущества нового аппаратного метода БОС в рамках психокоррекции. Важно то, что БОС-терапия использует комплексный подход, не затрачивает много времени, имеет широкий диапазон воздействия на различные виды расстройств, не имеет противопоказаний и многое другое. БОС выступает как метод накопления и закрепления информации о соответствии паттернов важнейших физиологических функций определенным функциональным состояниям. На сегодняшний день это наиболее результативный и удобный метод психологической коррекции.

Глава 2. Эмпирическое изучение тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности

2.1. Организация и методы исследования

Теоретические положения, изложенные в первой главе, мы использовали при организации исследования уровня тревожности у студентов с чертами пограничного расстройства личности.

В данном параграфе представлено описание этапов исследования, выборки испытуемых, методов диагностики и способов обработки эмпирического материала.

Исследование проводилось в течение 2016-2017 учебного года в «Белгородском государственном национальном исследовательском университете» (НИУ «БелГУ»). Учебная лаборатория психофизиологии и нейрофизиологии факультета Психологии.

Описание этапов исследования:

На первом этапе (июнь 2016г.) нами была определена актуальность и проблема исследования.

Актуальность нашего исследования определяется вероятностью развития пограничного расстройства личности внутри студенческой популяции. А также не достаточным внедрением комплексных психокоррекционных программ по снижению тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности.

Проблема: каковы возможности БОС-тренинга для коррекции тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности?

На втором этапе (июнь 2016г.) был сформулирован методический аппарат: цель, задачи, объект, предмет, были выдвинуты гипотезы.

Цель: обосновать эффективность БОС-тренинга в психокоррекции тревожности у студентов с чертами пограничного расстройства личности.

Объект: тревожность студентов с чертами пограничного расстройства личности.

Предмет: психокоррекция тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности средствами БОС–тренинга.

Гипотеза: для студентов с высоким уровнем тревожности характерна средняя выраженность черт пограничного расстройства личности; психокоррекционная программа с использованием БОС - тренинга позволит снизить уровень тревожности и выраженность черт пограничного расстройства личности.

Задачи:

1. На основе анализа научной литературы раскрыть понятия: «черты пограничного расстройства личности», «тревожность», «биологическая обратная связь».
2. Исследовать особенности проявления черт пограничного расстройства личности и тревожности студентов.
3. С помощью психокоррекционной программы провести формирующий эксперимент посредством БОС-тренинга для снижения уровня тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности.
4. Проверить эффективность психокоррекционной программы с использованием БОС-тренинга.

На третьем этапе (июль 2016г.) нами была определена выборка испытуемых.

В исследовании принимали участие 65 студентов факультета психологии НИУ «БелГУ» в возрасте от 18 до 20 лет.

Четвёртый этап (июль 2016г.) исследования состоял в подборе методик для проведения обследования. Для решения задач диагностики были использованы:

1. Шкала депрессии А. Бека. (Приложение 1).
2. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы «S» Т.Ю. Ласовской. (Приложение 2).

3. Личностная шкала проявления тревоги Дж. Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова). (Приложение 3)
4. Многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность» (А.Г. Маклаков и С.В. Чермянин). (Приложение 4).
5. Методы математической статистики: коэффициент корреляции Пирсона, параметрический F-критерий Фишера для независимых выборок, группирующая переменная (при помощи пакетов Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics 19). (Приложение 5).

Пятый этап (сентябрь 2016г.) – проведение диагностического обследования студентов. Исследование проводилось в групповой форме.

На шестом этапе (октябрь 2016г.) была проведена обработка первичных данных. Нами были определены количественные показатели выраженности черт пограничного расстройства личности, уровня тревожности, депрессии, адаптации. Проведен статистический и корреляционный анализ данных.

На седьмом этапе (октябрь-декабрь 2016г.) была реализована психокоррекционная программа (Приложение 6) посредством БОС-тренинга, по окончании которой был сделан повторный замер и осуществлена проверка эффективности воздействия.

Методики исследования:

1. Шкала депрессии А. Бека. Предложена А.Т. Беком и его коллегами в 1961 году¹ и разработана на основе клинических наблюдений авторов, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб.

2. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы «S» Т.Ю. Ласовской. Методика представляет собой личностный опросник, разработанный на основе диагностических критериев пограничного расстройства личности согласно DSM-III-R и DSM-IV в 2012 году коллективом авторов (Т. Ю. Ласовская, С. В. Яичников, Ю. В. Сарычева, Ц. П. Короленко). Разработаны две формы опросника: Форма А, состоящая из 80 вопросов, и

более краткая форма S, состоящая из 20 пунктов и предназначенная для скрининговых исследований.

3. Личностная шкала проявления тревоги Дж. Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова). Предназначена для измерения проявлений тревожности. Рассматриваемая шкала состоит из 50 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Утверждения отбирались из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI).

4. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (А.Г. Маклаков и С.В. Чермянин). Разработан А.Г. Маклаковым и С.В. Чермяниным. Предназначен для изучения адаптивных возможностей индивида на основе оценки некоторых психофизиологических и социально-психологических характеристик, отражающих интегральные особенности психического и социального развития.

2.2. Результаты исследования уровня тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности

В ходе изучения уровня тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности нами были выявлены количественные показатели по уровню тревожности, депрессии, адаптации, а так же черт пограничного расстройства личности. Проведён статистический и корреляционный анализ данных с использованием пакетов Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics 19. Также в своей работе мы применили параметрический критерий F-Фишера для выявления значимости различий между выборками и коэффициент корреляции Пирсона с целью подтверждения линейной зависимости между переменными.

На первом этапе нами было организовано психодиагностическое исследование. Изучалась выраженность черт пограничного расстройства личности, уровень тревожности, адаптации, депрессии.

Результаты распределения выборки студентов по выраженности черт пограничного расстройства личности представлены на рис. 2.1.

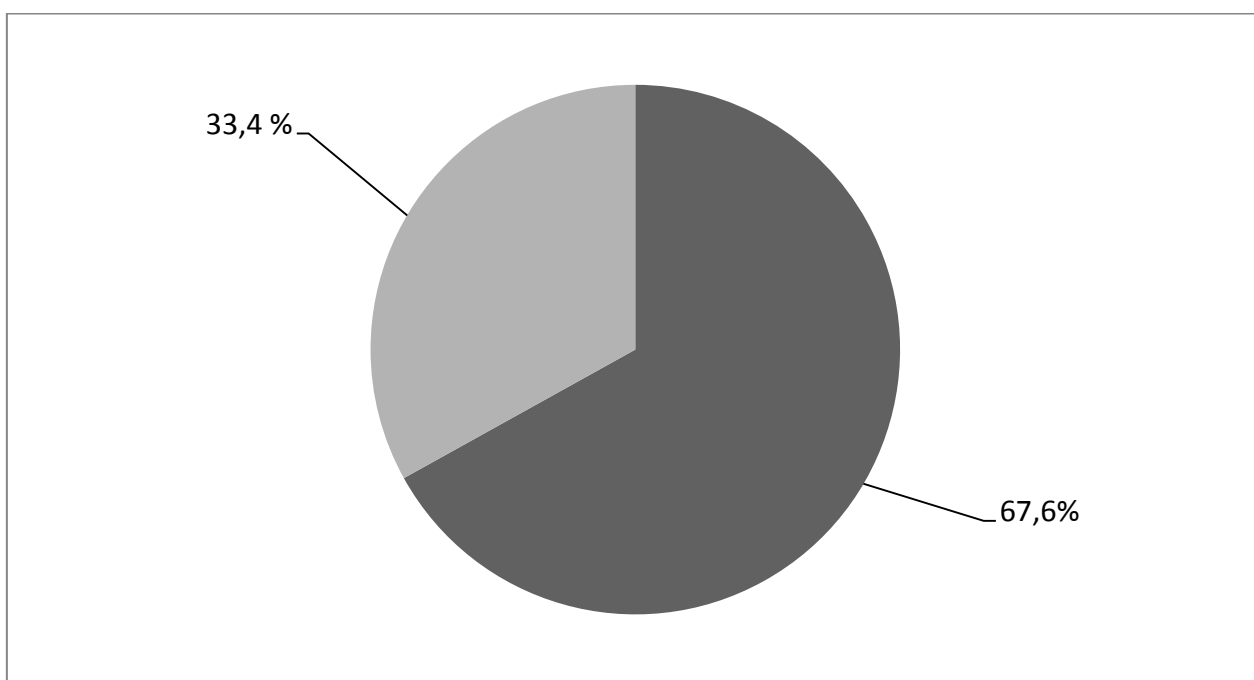


Рис. 2.1. Распределение выборки студентов по выраженности черт пограничного расстройства личности студентов (%)

Руководствуясь полученными данными, мы видим, что у 67,6% студентов низкая выраженность черт пограничного расстройства личности. У 33,4% наблюдается средняя выраженность черт пограничного расстройства личности. Наличие высокой выраженности черт пограничного расстройства личности не выявилось (0%). Таким образом, студенты со средней выраженностью черт пограничного расстройства личности, характеризуются наличием эмоциональной дисрегуляции; проблемой копинг-стратегий, т.е. для таких студентов характерно использование эмоционально-направленного копинга; повышенной межличностной сензитивностью; чувством подавленности, опустошенности; высоким уровнем тревожности и пр. Они тяжело приспосабливаются к окружающей среде, с трудом идут на контакт. Склонны к самоповреждающему поведению, как причина ухода от депрессии, дисфории, апатии, уменьшения чувства одиночества, беспомощности, безнадежности и т.д. У студентов с чертами пограничного расстройства личности

эмоциональные реакции отличаются высокой реактивностью. Им свойственна неадекватная сильная злоба или отсутствие контроля над гневом.

Перечисленные черты характерны для таких пограничных расстройств личности, как эмоционально-неустойчивое, ананкастное расстройство личности, тревожное, расстройство типа зависимой личности, пассивно-агрессивное.

На рис.2.2. представлены результаты распределения выборки студентов по уровню тревожности.

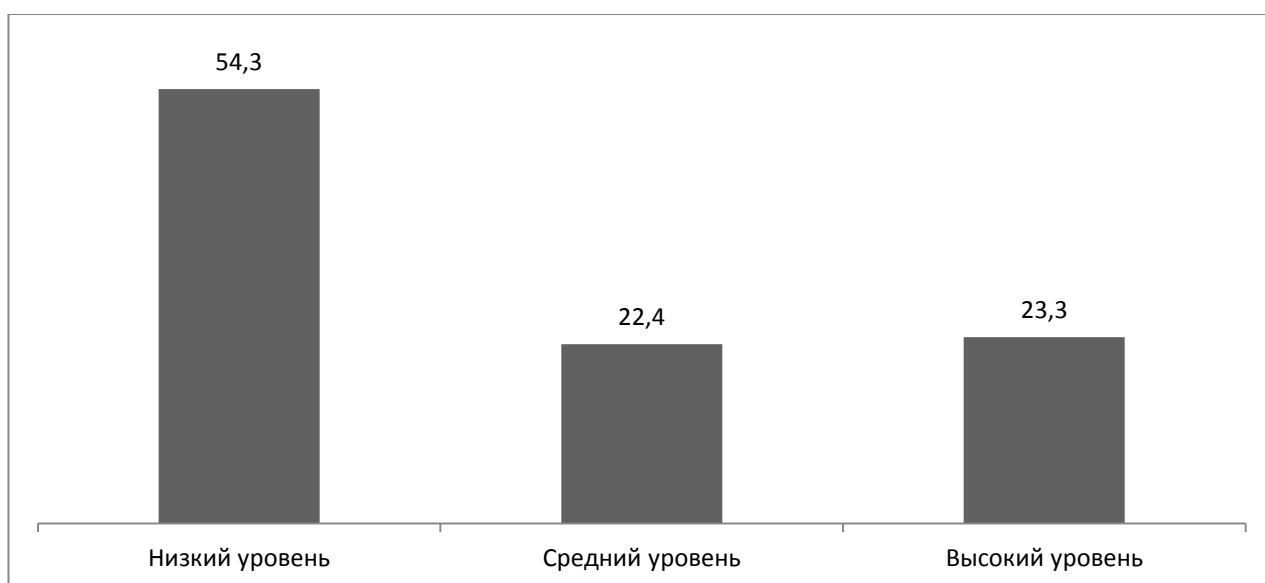


Рис. 2.2. Распределение выборки студентов по уровню тревожности (%)

Как видно из полученных данных, низкий уровень тревожности характерен для 54,3% студентов, средний уровень тревожности имеют 22,4% студентов и у 23,3% студентов высокий уровень тревожности. Таким образом, для большей части студенческой выборки характерны такие проявления тревожности, как: переживание беспомощности, бессилия, незащищенности, амбивалентность чувств, порождающая затруднения в принятии решений и целеполагании. Такие студенты характеризуются несоответствием потребности позитивного отношения к себе и реальным отношением окружающих, а также с заниженной самооценкой. Студентам со средним и высоким уровнем тревожности

свойственны быстрая утомляемость, трудность переключения с одного вида деятельности на другой. Такие студенты могут испытывать повышенную ответственность. Чаще всего прибегают к «избеганию неудач». Лица, подверженные высокому уровню тревожности могут отличаться некоторой замкнутостью, низким уровнем активности.

Результаты распределения выборки студентов по уровню депрессии представлены на рис.2.3.

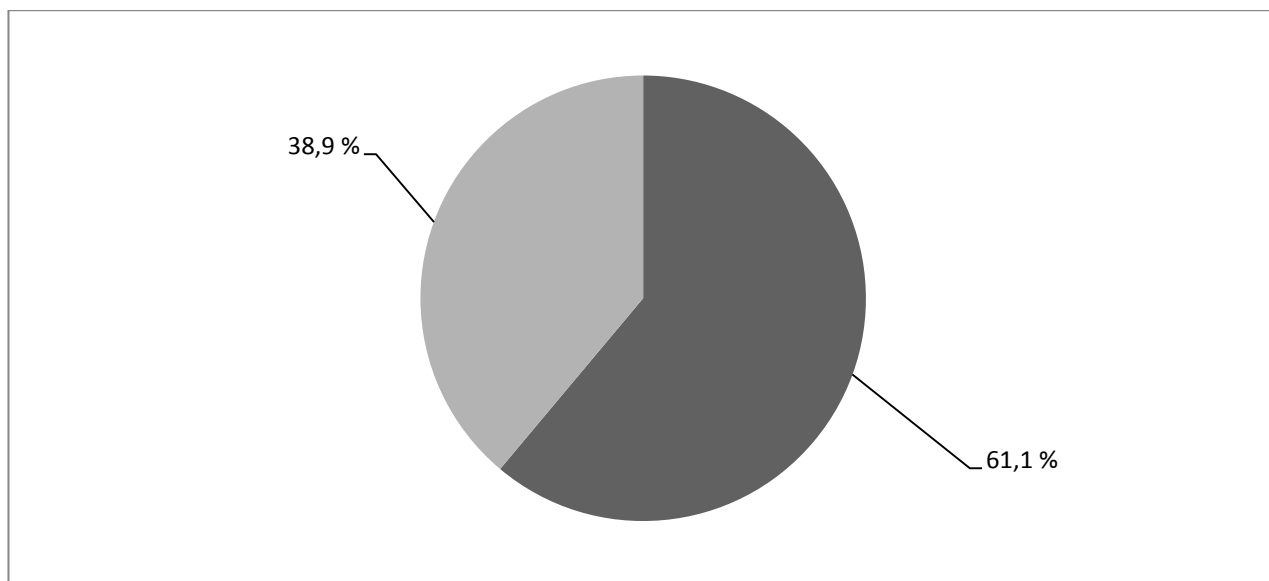


Рис. 2.3. Распределение выборки студентов по уровню депрессии (%)

Руководствуясь полученными данными, мы можем говорить о том, что у 61,1% студентов низкий уровень депрессии, для 38,9% студентов характерен средний уровень депрессии. Высокий уровень депрессии не был обнаружен. Студенты со средним уровнем депрессии отличаются низкой мотивацией, чрезмерной тоской, недостатком позитивных эмоций, чувством несостоятельности. Может иметь место чувство вины, сниженное настроение, чувство печали. Таким студентам свойственна раздражительность, апатия, чрезмерная фиксация на актуальном положении вещей, снижение жизненного тонуса. Могут возникать идеи самообвинения. Все вышеперечисленные признаки влекут за собой невозможность студентом эффективно усваивать учебную программу, адаптироваться в коллективе. У студентов со средним

уровнем депрессии может наблюдаться утрата возможности влиять на события, осознанная потеря контроля. Развивается ощущение бесполезности, ожидание независимости последствий от поведения, в результате чего и возникает состояние пассивности, печаль, безнадежность, заниженная самооценка.

На рис.2.4. представлены результаты распределения выборки студентов по уровню адаптации.

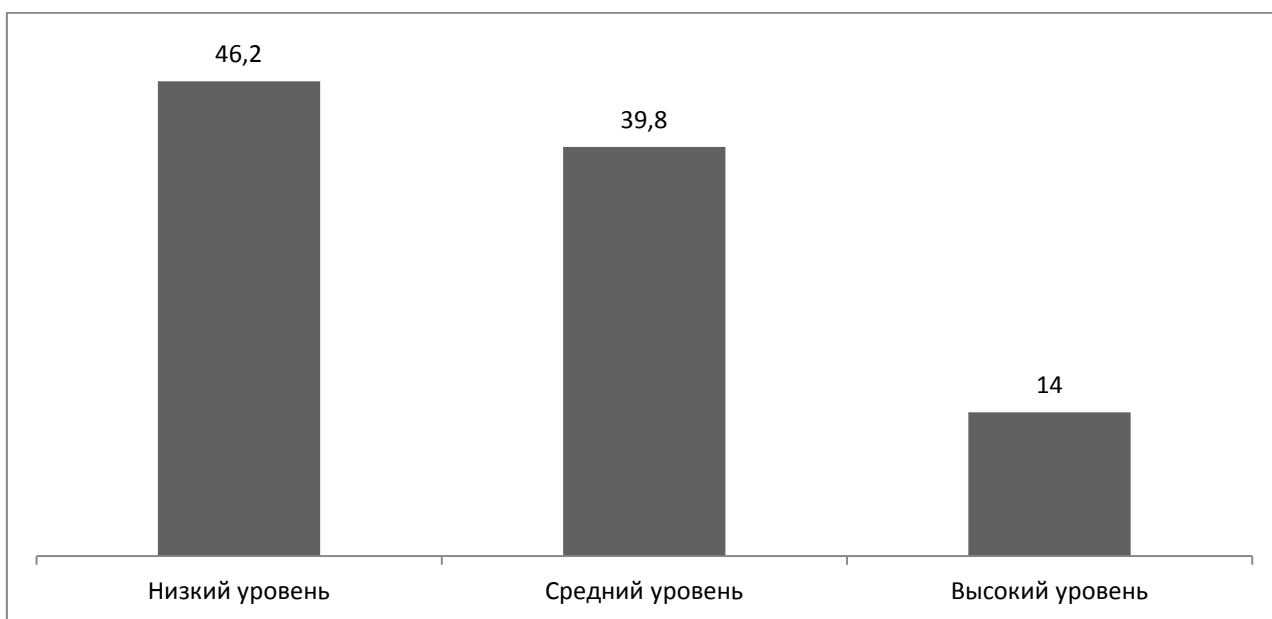


Рис. 2.4. Распределение выборки студентов по уровню адаптации (%)

Как видно из полученных данных низкий уровень адаптации характерен для 46,2% студентов, средний уровень адаптации имеет 39,8% студентов и у 14% студентов высокий уровень адаптации. Таким образом, у большей части студенческой выборки удовлетворительный уровень адаптации. Для лиц с низким уровнем адаптации характерны низкая эмоциональная устойчивость. Процесс социализации осложнён, возможны асоциальные срывы, проявление агрессивности и конфликтности. Для студентов с низким уровнем адаптации характерны неуспеваемость, пониженный интерес к изучаемым предметам, нарушения в коммуникативной сфере. Такой студент, как правило, недисциплинирован, часто отвлекается от учебного процесса, он с трудом усваивает учебный материал. Преобладает подавленное настроение. Самостоятельная работа студентов с низким уровнем адаптации часто бывает

затруднена. Отсутствует регулярность в выполнении учебных заданий, такому студенту постоянно необходим контроль.

Для подтверждения значимости различий между выраженностью черт пограничного расстройства личности, уровнем тревожности, адаптации, депрессии, мы применили параметрический F-критерий Фишера. Данный критерий является параметрическим и позволяет выявить значимость различий между выборками. Таким образом, нами были обнаружены различия с высоким уровнем значимости ($p \leq 0,01$).

С целью подтверждения существования связи между выраженностью черт пограничного расстройства личности, уровнем тревожности, адаптации, депрессии мы произвели расчёт с применением коэффициента корреляции Пирсона. Данный критерий позволяет выявить линейную зависимость между переменными. В результате мы обнаружили, что существует тесная положительная (Taylor; Beck) и отрицательная (AS) корреляция на уровне 0,01 между показателями по методикам у студентов с разным уровнем тревожности.

Корреляционная плеяда показателей выраженности черт пограничного расстройства личности, уровня тревожности, адаптации и депрессии студентов представлена на рис.2.5.

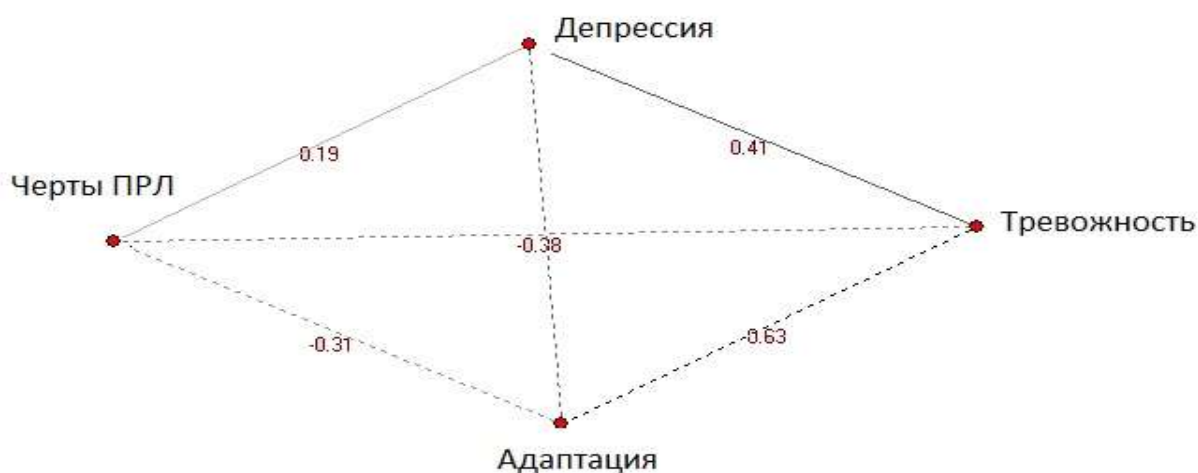


Рис. 2.5. Корреляционная плеяда показателей выраженности черт пограничного расстройства личности, уровня тревожности, адаптации, депрессии студентов

На основании полученных результатов, мы можем сделать вывод, что у студентов с высоким уровнем тревожности наблюдается средняя выраженность черт пограничного расстройства личности, средний уровень депрессии и низкие адаптационные способности.

На основании полученных данных по первому срезу, нами были сформированы контрольная и экспериментальная группы. В обе группы вошли студенты со средней выраженностью черт пограничного расстройства личности, высоким уровнем тревожности, среднем уровнем депрессии и низкой адаптацией. Критерии отбора обусловлены профилактической направленностью данного дипломного исследования. Количество человек в каждой группе составило десять.

Мы применили психокоррекционную программу с использованием БОС-тренинга по частоте сердечных сокращений. Занятия проводились три раза в неделю в объеме десяти сессий на человека в течение 3 месяцев, длительность каждого занятия составляла не менее 35 минут.

На экспериментальную группу было оказано воздействие БОС-тренинга по частоте сердечных сокращений. Контрольная группа не подвергалась воздействию метода БОС.

2.3. Психологическая коррекция тревожности студентов с чертами пограничного расстройства личности посредством БОС-тренинга и анализ ее эффективности

В результате применения психокоррекционной программы с использованием БОС-тренинга, нам удалось обнаружить существенные изменения первоначальных показателей в сторону улучшения.

С каждым занятием частота сердечных сокращений приближалась к норме. Полученные результаты представлены на рисунке 2.6. и в таблице 2.1.

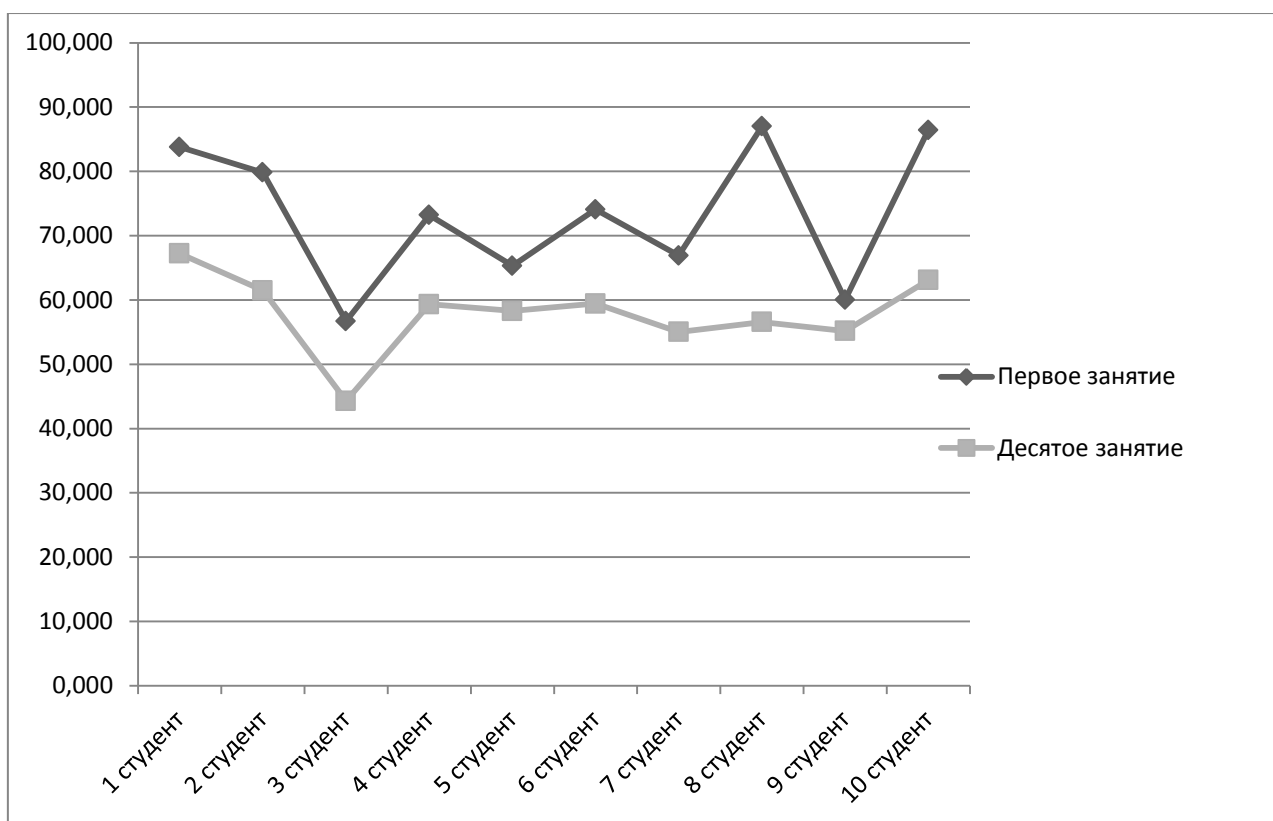


Рис.2.6. Распределение средних показателей частоты сердечных сокращений студентов в промежутке с 1 по 10 занятие

Таблица 2.1.

Распределение средних показателей частоты сердечных сокращений студентов в промежутке с 1 по 10 занятие

Студент	ЧСС во время первого занятия	ЧСС во время десятого занятия
1	84,786	65,226
2	79,816	61,484
3	87,687	68,286
4	73,189	59,343
5	71,301	61,293
6	81,059	64,436
7	88,889	70,016
8	86,991	56,558
9	60,039	55,171
10	86,421	63,081

Анализируя полученные данные, мы видим, что с каждым занятием с применением БОС-тренинга частота сердечных сокращений студентов достигала отметки нормы. Тем самым, произошла нормализация вегетативного баланса, артериального давления, что в свою очередь спровоцировало повышение адаптационно-приспособительных механизмов, работоспособности и улучшения общего самочувствия.

Повторная диагностика производилась путём применения тех же диагностических методик, что и при первом срезе. Применив F-критерий Фишера, мы обнаружили статистически значимые различия между контрольной и экспериментальной группами.

Результаты распределения выборки студентов по уровню тревожности в контрольной и экспериментальной группах представлены на рис.2.7.

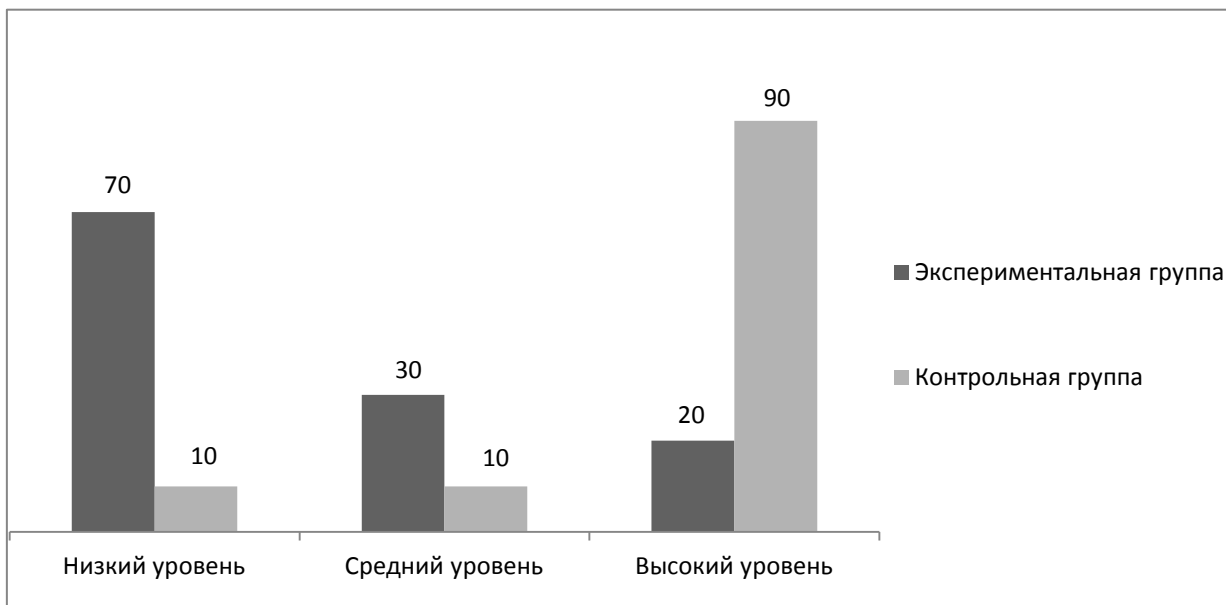


Рис. 2.7. Распределение выборки студентов по уровню тревожности в контрольной и экспериментальной группах (%)

Как видно из полученных данных, уровень тревожности студентов в экспериментальной группе значительно снизился по сравнению с контрольной группой. У студентов увеличилась работоспособность, повысилась самооценка, скорость переключения с одного вида деятельности на другой стала выше. Сформировался адекватный уровень ответственности. Улучшились коммуникативные навыки, повысился уровень активности в целом.

Результаты распределения выборки студентов по уровню адаптации в контрольной и экспериментальной группах представлены на рис.2.8.

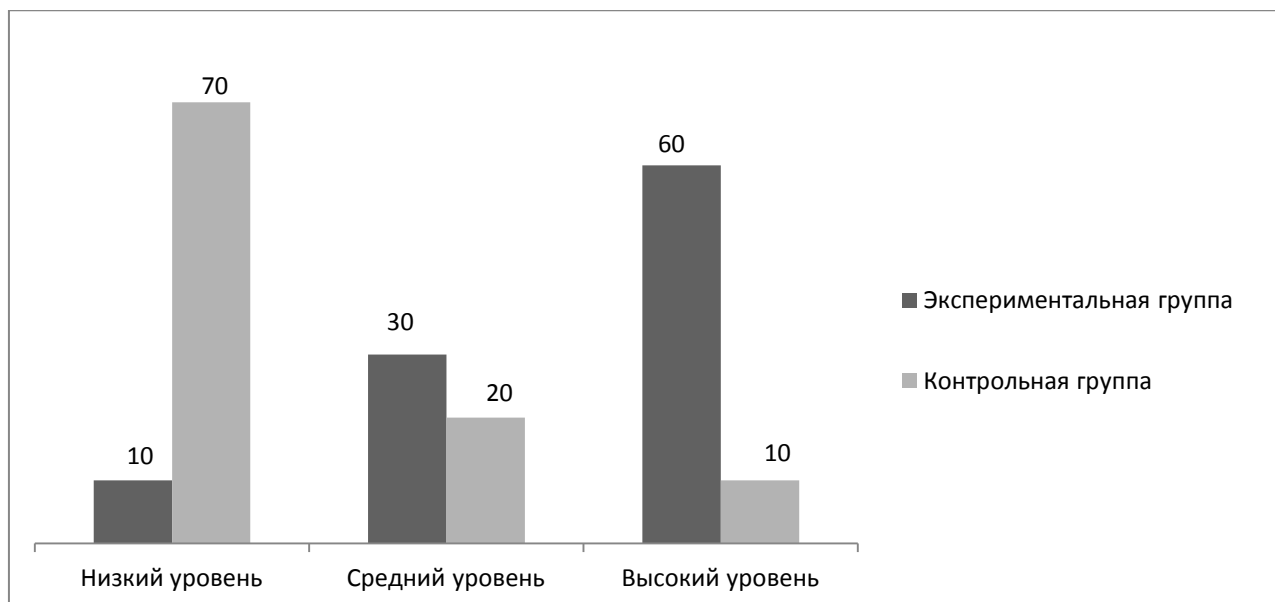


Рис. 2.8. Распределение выборки студентов по уровню адаптации в контрольной и экспериментальной группах (%)

Руководствуясь полученными данными, мы видим, что уровень адаптации студентов в экспериментальной группе значительно снизился по сравнению с контрольной группой. Студенты стали эмоционально устойчивее, снизился уровень агрессивности и конфликтности. Улучшилась успеваемость, повысился интерес к изучаемым предметам, нарушения в коммуникативной сфере. Студенты стали более дисциплинированы. Усвоение учебного материала улучшилось. Преобладает приподнятое настроение.

Результаты распределения выборки студентов по уровню депрессии в контрольной и экспериментальной группах представлены на рис.2.9.

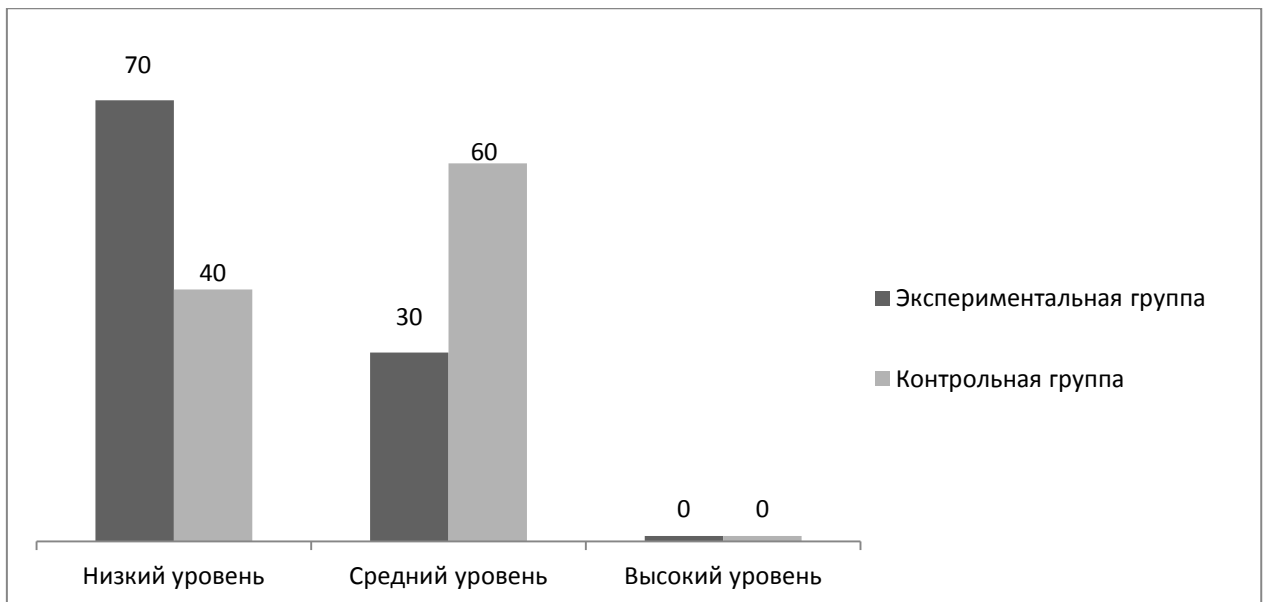


Рис. 2.9. Распределение выборки студентов по уровню депрессии в контрольной и экспериментальной группах (%)

Как видно из полученных данных, уровень депрессии студентов в экспериментальной группе значительно снизился по сравнению с контрольной группой. У студентов повысился уровень мотивации, стали преобладать позитивные эмоции. Снизилась раздражительность, повысился уровень жизненного тонуса. Студенты стали эффективней усваивать учебную программу. Повысился уровень самооценки, адаптационные способности.

Результаты распределения выборки студентов по наличию черт пограничного расстройства личности в контрольной и экспериментальной группах представлены на рис.2.10.

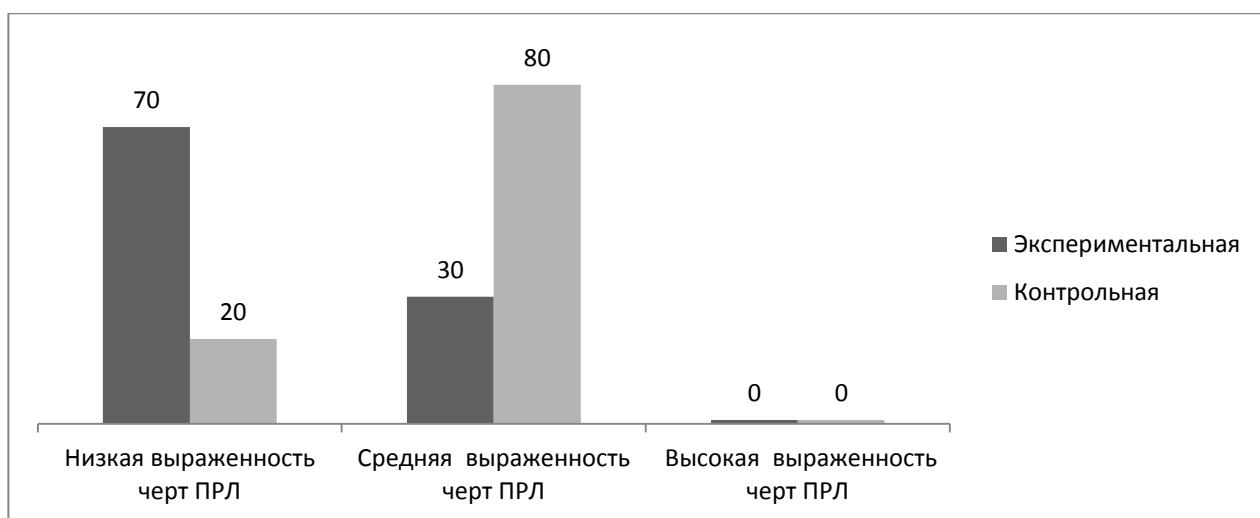


Рис. 2.10. Распределения выборки студентов выраженности черт пограничного расстройства в контрольной и экспериментальной группах (%)

Руководствуясь полученными данными, мы видим, что в экспериментальной группе сократился процент студентов со средней выраженностью черт пограничного расстройства личности по сравнению с контрольной группой.

Достоверные различия во втором срезе были обнаружены с помощью F-критерия Фишера. Таким образом, руководствуясь полученными данными, мы видим, что в результате применения психокоррекционной программы с использованием БОС-тренинга обнаружены статистически значимые различия ($p \leq 0,01$) между контрольной группой (без воздействия БОС) и экспериментальной (воздействие БОС). Уровень тревожности и депрессии снизился (рис. 2.7, 2.9.), повысился уровень адаптационных способностей (рис. 2.8.), что свидетельствует об эффективности психокоррекционной программы с применением БОС-тренинга.

Таким образом, поставленная гипотеза нашла свое подтверждение: для студентов с высоким уровнем тревожности характерна средняя выраженность черт пограничного расстройства личности; психокоррекционная программа с использованием БОС - тренинга позволит снизить уровень тревожности и выраженность черт пограничного расстройства личности.

Заключение

Студенческий возраст – период сложного структурирования интеллекта, активной социализации человека как будущего профессионала, активного развития морально - эстетических чувств, становления и стабильности характера, период принятия и исполнения социальных ролей взрослого человека. Именно студенческая пора является сенситивной не только для развития интеллектуальных, но и физических сил. В этом возрасте учебный вид деятельности и трудовой развиваются параллельно. Исходя из этого, студенты имеют представление о том, что успешность их будущей трудовой деятельности зависит от успешности обучения в ВУЗе. В свою очередь обучение в ВУЗе – процесс сложный и многогранный, он сопровождается информационной насыщенностью учебного процесса, наличием особых форм организации учебной деятельности, увеличением учебных нагрузок и т.п. Данные аспекты учебной деятельности повышают у студентов вероятность развития черт пограничного расстройства личности, которое на сегодняшний день особенно распространено среди молодой популяции.

Для лиц с чертами пограничного развития личности характерны: эмоциональная неуравновешенность, импульсивность, низкий самоконтроль. А также нестабильность межличностных отношений, образа Я, депрессивные состояния, отрицательные эмоции, такие как тревога, печаль, гнев и его проявления, тоска. В целом, критерии пограничного расстройства личности отражают паттерн поведенческой, эмоциональной и когнитивной нестабильности и дисрегуляции, что, конечно же, препятствуют как учебной деятельности в ВУЗе, так и в целом во взаимодействии с социумом.

Что касается тревожности, как одного из симптомов пограничного расстройства личности, то она может проявляться в разной степени. У некоторых лиц с пограничным расстройством личности тревожность может переходить в сильное чувство нервозности, напряжения или паники. Тревожность сопровождается беспокойством по поводу негативных

последствий, неприятных переживаний прошлого или же неблагоприятных ситуаций в ожидаемом будущем; чувством страха, дурными предчувствиями, ощущением угрозы в ситуациях неопределенности, страхом внутреннего распада или утраты контроля

Этот факт говорит о необходимости применения мер психологической превенции, а именно – реализации психокоррекционной программы с применением БОС-тренинга, как одной из эффективных на сегодняшний день. Кроме того, экспериментальный материал, накопленный за последние годы указывает на «экологичность» БОС-тренинга в коррекции тревожно-депрессивных расстройств, а также лечении зависимых состояний, соматических расстройств, нарушений функций внимания и т.д. Еще одно преимущество данного метода – возможность дозирования и индивидуальной коррекции нагрузок в процессе занятий.

В данной дипломной работе был изучен вопрос взаимосвязи черт пограничного расстройства личности с уровнем тревожности, адаптации и депрессии. Мы выяснили, что при высоком уровне тревожности студентов, наблюдается наличие черт пограничного расстройства личности.

Нами была реализована психокоррекционная программа с применением БОС-тренинга по параметрам ЧСС, которая способствовала снижению уровня тревожности, тем самым снизив уровень выраженности черт пограничного расстройства личности студентов.

Выбор данного метода обусловлен тем, что регулирование частоты сердечных сокращений является одной из функций вегетативной нервной системы. В свою очередь такое эмоциональное проявление, как тревожность, также осуществляется при непосредственном участии вегетативной нервной системы. Таким образом, БОС-тренинг позволяет испытуемому, используя определенные методические приемы, вполне самостоятельно, волевыми усилиями, корректировать работу функциональных систем своего организма, улучшать навыки самоконтроля и саморегуляции с помощью скрытых физиологических резервов.

В рамках исследования наша гипотеза подтвердилась: для студентов с высоким уровнем тревожности характерна средняя выраженность черт пограничного расстройства личности; психокоррекционная программа с использованием БОС - тренинга позволяет снизить уровень тревожности и выраженности черт пограничного расстройства личности.

Поставленные нами задачи были решены, заявленная цель достигнута.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Агарков, В.А. Диссоциация и пограничное расстройство личности / В.А. Агарков // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Том 22, № 2. – С.16-27.
2. Адамчук, А.В. Новые возможности немедикаментозной реабилитации с применением методов БОС в комплексе «Реакор» / А.В. Адамчук, А.А. Скоморохов, А.Н. Луцев // Тезисы докладов Всероссийской научно-технической конференции с международным участием «Медицинские информационные системы «МИС-2004». – Таганрог, 2004. – С. 35-94.
3. Аксенов, Д.П. Диагностическая значимость метода биоуправления. Сборник «Биоуправление-4» / Д.П. Аксенов. – Новосибирск, 2015. – 178 с.
4. Аксенов, Д.П. Сборник «Биоуправление-4». Контроль эффективности адаптивного биоуправления и его физиологическая ценность // Д.П. Аксенов, С.М. Захаров, А.А.Скоморохов. – Новосибирск, 2015. – С.89-112.
5. Александров, А.А. От ортодоксального психоанализа к патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева // Интегративная психотерапия. А.А. Александров. – СПб., 2009. – 352 с.
6. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М., 2000. – 348 с.
7. Александровский, Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы / Ю.А. Александровский. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – 111 с.
8. Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – СПб: Питер, 2001. – 288 с.
9. Анохин, П.К. Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы / П.К. Анохин. – М.: Наука, 1978. – 399 с.

10. Аракелов, Н.Е. Психофизиологический метод оценки тревожности / Н.Е. Аракелов, Е.Е. Лысенко // Психологический журнал №2 . – М., 1999.- С. 93-124.
11. Аракелов, Н.Е. Тревожность: методы её диагностики и коррекции // Н.Е. Аракелов, Н.П. Шмикова. – М.: Вестник МУ №1, 1998. – С. 21-56.
12. Астапов, В.Н. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В.Н. Астапов // Психологический журнал. – СПб.: Питер, 1992. - №5. – С. 34-41.
13. Астапова, В.М. Тревога и тревожность / В.М. Астапова. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.
14. Баевский, Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р.М. Баевский. – М.: Медицина, 1973. – 173 с.
15. Бажутина, С.Б. Практическая психология в вузе и школе / С.Б. Бажутина, Г.Г. Воронина, И.П. Булах. – Луганск: Янтарь, 2001. – 133 с.
16. Батаршев, А.В. Диагностика пограничных психических расстройств личности и поведения / А.В. Батаршев. – М: Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 319 с.
17. Бек, А.Т. Когнитивная терапия пограничного расстройства личности / А.Т. Бек, Фримен А.Д. // Журнал практической психологии и психоанализа №2. – М., 2003. – С.74-69.
18. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б.Березин. – М., 1988. – 270 с.
19. Бехтерев, В.М. Психопатия (психонервная раздражительная слабость) / В.М. Бехтерев. – Казань, 1986. – 231 с.
20. Божович, Л.И. Проблемы формирования личности: Избр. психол. тр. / Под ред. Д.И. Фельдштейна; Рос. акад. образования, Моск. психол.-соц. ин-т. - 3-е изд. – М.: МПСИ, Воронеж, 2001. – 349 с.
21. Бороздина, Л.В. Что такое самооценка? / Л.В. Бороздина // Психологический журнал. – М., 2013. – С.38-43.

22. Бреслав, Г.М. Психология эмоций: учебное пособие / Г.М. Бреслав. – М.: Смысл, 2004. – 544 с.
23. Бурцев, А.О. Возникновение и развитие понятия «Психопатия»: отечественные и зарубежные исследования личностных расстройств в 19 столетии / А.О. Бурцев // Психологический журнал № 3. – Рязань, 2014. – С.14-25.
24. Быков, К.М. Учебник физиологии / К.М. Быков, Г.Е. Владимиров, В.Е. Делов, Г.П. Конради, А.Д. Слоним; под ред. К.М. Быкова. - Изд. 3-е, перераб. и доп. – М.: Медгиз, 1995. – 890 с.
25. Вартанова, Т.С. Очерк истории развития биологической обратной связи как метода медицинской реабилитации. Сборник статей «Общие вопросы применения метода БОС» / Т.С. Вартанова, А.А.Сметанкин. – СПб.: ЗАО «Биосвязь», 2008. – 102 с.
26. Василевский, Н.Н. Метод альтернативного биоуправления с обратными связями и критерии эффективности тренинга / Н.Н. Василевский, Н.А. Мигаловская // Биоуправление-2: теория и практика. – Новосибирск, 1993. – С.65-77.
27. Василюк, Ф.Е. Психология переживания (Анализ преодоления критических ситуаций) / Ф.Е. Василюк. – М.: Издательство Московского университета, 1994. – 301 с.
28. Возрастная психология: Учебник пособие для студентов вузов.- 6-е изд.- М.: Академический проект: Альма Матер, 2006 – 702 с.
29. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. – М.: Изд-во НГМА, 2000. – 121 с.
30. Гаранян, Н.Г. Перфекционизм, депрессия и тревога / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева // Московский психотерапевтический журнал № 4. – М., 2001. – С.18-48.
31. Гризингер, В. О распознавании и лечении сумасшествия / В. Гризингер; пер. с нем. под ред Ф. В. Овсянникова. - Изд.4-е. – М.: ЛИБРОКОМ, 2014. – 558 с.

32. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства / Е.П.Ильин. – СПб.: Питер, 2001. – 752 с.
33. Кандинский, В. Х. Клинические и критические изыскания в области чувств / В.Х. Кандинский // «Медицинское обозрение» № 3. – М.,1887. – С. 231-241.
34. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979. – 110 с.
35. Копорулина, В.Н. Психологический словарь / В.Н. Копорулина, М.Н. Смирнова, Н.О. Гордеева и др. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 640 с.
36. Короленко, Ц.П. Личностные и диссоциативные расстройства / Ц.П. Короленко. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2006. – 402 с.
37. Корсаков, С.С. Курс психиатрии / С.С. Корсаков. – М., 2012. – 480 с.
38. Костина, Л.М. Методы диагностики тревожности / Л.М. Костина. – СПб.: Речь, 2002. – 198 с.
39. Краснова, В.В. Социальная тревожность как фактор дезадаптации у студентов / В.В. Краснова // Материалы IX городской научно-практической конференции молодых ученых и студентов учреждений высшего и среднего образования городского подчинения. – М.: МГППУ, 2010. – С. 297-314.
40. Краснова, В.В. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация / В.В. Краснова, А.Б. Холмогорова // Психологическая наука и образование № 1. – М., 2011. – С. 45-51.
41. Крафт-Эбинг, Р. Половая психопатия. / Р. Крафт-Эбинг // Издание журнала «Практическая медицина» (В.С. Эттингер). – СПб., 1909. – С. 57-106.
42. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин. Пер. с нем. / Э. Крепелин. - М.: Бином. Лаб. знаний, 2004. – 492 с.
43. Ласовская, Т.С. Консультативная психология и психотерапия / Т.С. Ласовская // Психологический журнал № 2. Том 22. – М., 2015. – С. 48-77.

44. Лайнен, М. М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / М. М. Лайнен; [пер. с англ. В. В. Кулебы]. – М.: Вильямс, 2015. – 590 с.
45. Левитов, Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги / Н.Д. Левитов. – Москва, 2008 // Тревога и тревожность: хрестоматия: [учебное пособие] / сост. В.М. Астапов. – СПб., 2008. – С. 75-84.
46. Манухина, С.Ю. Экзаменационная тревожность абитуриентов и студентов / С.Ю. Манухина. – М., 2006. – 214 с.
47. Менделевич, В.Д. Психиатрия / В.Д. Менделевич. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2017. – 412 с.
48. МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.
49. Москова, М.В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов / М.В. Москова. – М., 2008. – 156 с.
50. Мэй, Р. Проблема тревоги / Пер. с англ. А.Г. Гладкова. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 432 с.
51. Наенко, Н.И. Психическая напряженность / Н.И. Наенко. – М.: Изд-во Московского университета, 1976. – 111 с.
52. Немчин, Т.А. Состояния нервно-психического напряжения / Т.А. Немчин. – Ленинград: Издательство Ленинградского университета, 1983. – 167 с.
53. Никитина, И.В. Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения / И.В. Никитина, А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия №1. – М., 2010. – С.80-85.
54. Петровский, А.В. О психологии личности / А.В. Петровский. – М., 1980. – 311 с.
55. Пинчук, В.А. Психологический анализ устойчивых особенностей эмоциональности: Автореф. дис. канд. психол. наук. – М., 1986. – 18 с.

56. Польская, Н.А. Акты самоповреждения у пациентов с пограничными психическими расстройствами / Н.А. Польская // Экспериментальная психология. – 2016. – Том. 8, № 3. С. 129–144.

57. Прихожан, А.М. Формы и «маски» тревожности. Влияние тревожности на деятельность и развитие личности / А.М. Прихожан // Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А.М.Прихожан. – М.: Моск. психолого –соц. ин-т; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЕК», 2001. – С. 153- 164.

58. Прихожан, А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / А.М. Прихожан // Психологическая наука и образование. №2. – М., 1999. – С.11-17.

59. Пятницкий, Н.Ю. Психическое здоровье. Номиналистические аспекты клинической психопатологии: понятия диатез и дегенеративное помешательство / Н.Ю. Пятницкий // Психологический журнал №4. – М., 2013. – С. 84-91.

60. Ранк, О. Травма рождения / О. Ранк; [Пер. с англ. О. Лежниной]. – М.: Аграф, 2004. – 398 с.

61. Рейковский, Я. Экспериментальная психология эмоций / Я. Рейковский. – М.: Прогресс, 1979. – 391с.

62. Сагалакова, О.А. Социальные страхи студентов / О.А. Сагалакова, Д.С. Труевцев // Психология обучения № 3. – СПб., 2009. – С. 33–43.

63. Салливан, Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии / Салливан Г.С. – М.: «КСП+, Ювента», 1999. – 546 с.

64. Сеченов, И.М. Избранные произведения / Н.Е. Сеченов. – М.: Изд-во АН СССР, 1952. – 160 с.

65. Свидерская, Н.Е. Особенности ЭЭГ-признаков тревожности у человека / Н.Е. Свидерская, В.Н. Прудников, А.Г. Антонов // Журнал высшей нервной деятельности №2. – СПб., 2001. – С. 158-165.

66. Сидоренко, Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2001. – 350 с.

67. Слободчиков, В.И. Психология развития человека. Развитие субъективной реальности в онтогенезе. / В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев. – М., 2013. – 242 с.
68. Снежневский, А.В. Клиническая психопатология / А.В. Снежневский // Руководство по психиатрии. – М., 1983. – С. 6-97.
69. Собенников, В.С. Соматизация и психосоматические расстройства: монография. / В.С. Собенников. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. – 230 с.
70. Соколова, Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. – М., 1995. – 215 с.
71. Смулевич, А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич. – М.: Медицина, 1987. – 239с.
72. Сохадзе, Э.М., Биологическая обратная связь – мониторинг и произвольный контроль физических параметров физиологических систем с мини-ЭВМ: препринт № 239. – Новосибирск, 1984. – 44 с.
73. Спилбергер Ч. Изучение оценочной тревожности. Руководство по использованию / Ч. Спилбергер, В.Н. Карандашев, М.С. Лебедева. – М.: Речь, 2004. – 80 с.
74. Стрик, О.О. Программа «Коррекция страхов и тревожности» / О.О. Стрик // [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.vseodetkax.ru/publ/7-1-0-76>. - 2004.
75. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
76. Фрейд, З. Торможения, симптом и страх // Ежегодник «Человек: образ и сущность»: Перцепция страха. — М., 1991. – С. 28-37.
77. Ханин, Ю.Л. Стресс и тревога в спорте: Международный сб. научных статей / Ю. Л. Ханин. – М.: Физкультура и спорт, 1983. – 288 с.
78. Хекхаузен, Х. Тревожность / Х.Хекхаузен // Мотивация и деятельность / Х.Хекхаузен. – М.: Педагогика, 1986. – С. 244-250.

79. Холмогорова, А.Б. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии / А.Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия №1. – М., 1998. – С. 94–102.
80. Холмогорова, А.Б. Копинг-стратегии и эмоциональная дезадаптация у студентов с чертами пограничного расстройства личности / А.Б. Холмогорова, И.Д. Климова // Консультативная психология и психотерапия №2. Том 22. – М., 2015. – С. 153–167.
81. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни. – СПб.: Питер, 2003. – 224 с.
82. Черниговский, В.Н. Прогнозы развития науки. Физиология висцеральных систем и механизмы регулирования их деятельности / В.Н. Черниговский. – М., 1972. – 399 с.
83. Штарк, М.Б. Заметки о биоуправлении / М.Б. Штарк // Биоуправление-3. Теория и практика. – Новосибирск, 2001. – С. 4-14.
84. Щербатых, Ю.В. Влияние показателей высшей нервной деятельности студентов на характер протекания экзаменационного стресса / Ю.В. Щербатых // Журнал ВНД им. И.Павлова №6. – М., 2000. – С. 96-113.
85. Эллис, А. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия / А. Эллис, К. Макларен – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 160 с.
86. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис. Пер. с англ. – М.: Флинта, 2006. (Серия: Библиотека зарубежной психологии). – 342 с.
87. Юдеева, Т.Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств / Т.Ю. Юдеева. – М., 2007. – 78с.
88. Яроцкий, А.И. Эмоции человека в нормальных и стрессовых условиях / А.И. Яроцкий, Ф.П. Космополинский, А.К. Попов. - Гродко.: ГрГУ, 2001. – 101 с.
89. Ярошевский, М.Г. Основы теоретической психологии / М.Г. Ярошевский, А.В. Петровский – М.: Инфра-М, 1998. – 525 с.

90. Ясперс, К. Общая психопатология / Пер. с нем. Л.О. Акопяна. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.

91. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV) — диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам IV издания 1994г.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Инструкция: «В этом опроснике содержатся группы утверждений. 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. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе»

1. 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
1 Я расстроен.
2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2. 0 Я не тревожусь о своем будущем.
1 Я чувствую, что озадачен будущим.
2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3. 0 Я не чувствую себя неудачником.
1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4. 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.

5. 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6. 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
1 Я чувствую, что могу быть наказан.
2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
3 Я чувствую себя уже наказанным.

7. 0 Я не разочаровался в себе.
1 Я разочаровался в себе.
2 Я себе противен.
3 Я себя ненавижу.

8. 0 Я знаю, что я не хуже других.
1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9. 0 Я никогда не думал покончить с собой.
1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
2 Я хотел бы покончить с собой.
3 Я бы убил себя, если бы представился случай.
10. 0 Я плачу не больше, чем обычно.
1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
2 Теперь я все время плачу.
3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.
11. 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.
12. 0 Я не утратил интереса к другим людям.
1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
2 Я почти потерял интерес к другим людям.
3 Я полностью утратил интерес к другим людям.
13. 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
3 Я больше не могу принимать решения.
14. 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
3 Я знаю, что выгляжу безобразно.
15. 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.
16. 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.
17. 0 Я устаю не больше, чем обычно.
1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
3 Я не могу ничего делать из-за усталости.
18. 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
3 У меня вообще нет аппетита.

19. 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.

1 За последнее время я потерял более 2 кг.

2 Я потерял более 5 кг.

3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА _____ НЕТ _____

20. 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.

2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.

3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21. 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.

1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.

2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.

3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

ФИО _____
Пол _____
Возраст _____
№ группы, факультет _____
Место жительства (город/село/поселок/деревня) _____
Группа здоровья _____

Инструкция: Прочитайте утверждение и отметьте согласны/не согласны Вы с ним, применительно к Вам (да/нет)

1. Я часто разочаровываюсь в людях, которые казались мне идеальными
2. Меня можно назвать «рисковым парнем» — мне нравится все, что помогает почувствовать яркость мира — вести машину на большой скорости, прокутить большие деньги, поэкспериментировать с алкоголем или наркотиками
3. Я испытываю небывалый подъем настроения, если удастся выиграть хотя бы небольшую сумму денег (например, в карты или казино)
4. У меня бывают эпизоды, когда я могу за короткий срок съесть большое количество пищи (конфет, торт) и вообще все, что находится в холодильнике
5. Мое настроение чаще хорошее, ровное и стабильное
6. Окружающие замечают, что мое настроение может быть очень изменчивым — иногда несколько раз за день
7. Если я действительно зол, то могу легко оскорбить человека или спровоцировать драку
8. Иногда у меня возникает сильная злость, которую трудно сдерживать
9. В моменты тяжелых душевных переживаний у меня возникают мысли о самоубийстве или нанесении себе повреждений
10. Иногда мне внезапно хочется сделать что-то, что может закончиться (или не закончиться) моей смертью, например, принять большую дозу лекарств
11. Временами мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать
12. В моей жизни были эпизоды, когда я наносил себе повреждения (резал бритвой руки, прижигал кожу сигаретой и пр.
13. Окружающие замечают, что я иногда могу совершать необдуманные поступки
14. Иногда случалось так, что я не завершал почти уже готовую работу, так как она переставала интересовать меня
15. Иногда я ощущаю такое чувство тоски и скуки, что готов уйти из жизни
16. Иногда я испытываю такое чувство пустоты, что готов разбить себе пальцы молотком, чтобы почувствовать, что я живой

17. Если мне предстоит провести вечер одному, то я стараюсь избежать этого, например, написавшись в гости к приятелю и пр.
18. Я плохо переношу одиночество, так как на меня «нападает» скука и тоска
19. У меня бывают фантазии, связанные с моей смертью
20. В моей жизни были эпизоды, когда вид истекающей крови (например, при порезах), успокаивал меня

Инструкция: Прочитайте утверждение и отметьте согласны/не согласны Вы с ним, применительно к Вам (да/нет)

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 я 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 испытываю 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.

ФИО _____
 Пол _____
 Возраст _____
 № группы, факультет _____
 Место жительства (город/село/поселок/деревня) _____
 Группа здоровья _____

Инструкция:

Сейчас Вам будет предложен ряд вопросов, на которые Вы должны ответить только "да" (+) или "нет" (—). Вопросы касаются непосредственно Вашего самочувствия, поведения или характера. "Правильных" или "неправильных" ответов здесь быть не может, поэтому не старайтесь долго их обдумывать или советоваться с товарищами — отвечайте исходя из того, что больше соответствует Вашему состоянию или представлению о самом себе.

1. Бывает, что я сержусь.
2. Обычно по утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим.
3. Сейчас я примерно так же работоспособен, как и всегда.
4. Судьба определенно несправедлива ко мне.
5. Запоры у меня бывают очень редко.
6. Временами мне очень хотелось покинуть свой дом.
7. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
8. Мне кажется, что меня никто не понимает.
9. Считаю, что если кто-то причинил мне зло, то я должен ответить ему тем же.
10. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
11. Мне бывает трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
12. У меня бывают часто странные и необычные переживания.
13. У меня отсутствовали неприятности из-за моего поведения.
14. В детстве я одно время совершал мелкие кражи.
15. Бывает, что у меня появляется желание ломать или крушить все вокруг.
16. Бывало, что я целыми днями или даже неделями ничего не мог делать, потому что никак не мог заставить себя взяться за работу.
17. Сон у меня прерывистый и беспокойный.
18. Моя семья относится с неодобрением к той работе которую я выбрал.
19. Бывали случаи, что я не сдерживал обещаний.
20. Голова у меня болит часто.
21. Раз в неделю или чаще я без всякой видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
22. Было бы хорошо, если бы почти все законы отменили.
23. Состояние моего здоровья почти такое же, как у большинства моих знакомых (не хуже).
24. Встречая на улице своих знакомых или школьных друзей, с которыми я давно не виделся, я предпочитаю проходить мимо, если они со мной не заговаривают первыми.
25. Большинству людей, которые меня знают, я нравлюсь.

26. Я человек общительный.
27. Иногда я так настаиваю на своем, что люди теряют терпение.
28. Большую часть времени настроение у меня подавленное.
29. Теперь мне трудно надеяться на то, что я чего-нибудь добьюсь в жизни.
30. У меня мало уверенности в себе.
31. Иногда я говорю неправду.
32. Обычно я считаю, что жизнь стоящая штука.
33. Я считаю, что большинство людей способны солгать, чтобы продвинуться по службе.
34. Я охотно принимаю участие в собраниях и других общественных мероприятиях.
35. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.
36. Иногда я испытываю сильное желание нарушить правила приличия или кому-нибудь навредить.
37. Самая трудная борьба для меня это борьба с самим собой.
38. Мышечные судороги или подергивания у меня бывают крайне редко (или почти не бывают).
39. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.
40. Иногда, когда я себя неважно чувствую, я бываю раздражительным.
41. Часто у меня такое чувство что я сделал что-то не то или даже что-то плохое.
42. Некоторые люди до того любят командовать, что меня так и тянет делать все наперекор, даже если я знаю, что они правы.
43. Я часто считаю себя обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым.
44. Моя речь сейчас такая же, как всегда (ни быстрее, ни медленнее, нет ни хрипоты, ни невнятности).
45. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства моих знакомых.
46. Меня ужасно задает, когда меня критикуют или ругают.
47. Иногда у меня бывает чувство, что я просто должен нанести повреждение себе или кому-нибудь другому.
48. Мое поведение в значительной мере определяется обычаями тех, кто меня окружает.
49. В детстве у меня была компания, где все старались стоять друг за друга.
50. Иногда меня так и подмывает с кем-нибудь затеять драку.
51. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
52. Обычно я засыпаю спокойно и меня не тревожат никакие мысли.
53. Последние несколько лет я чувствую себя хорошо.
54. У меня никогда не было ни припадков, ни судорог.
55. Сейчас мой вес постоянен (я не хуюею и не полнею).
56. Я считаю, что меня часто наказывали незаслуженно.
57. Я легко плачу.
58. Я мало устаю.
59. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности из-за нарушения закона.
60. С моим рассудком творится что-то неладное.
61. Чтобы скрыть свою застенчивость, мне приходится затрачивать большие усилия.
62. Приступы головокружения у меня бывают очень редко (или почти не бывают).
63. Меня беспокоят сексуальные вопросы.
64. Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.
65. Когда я пытаюсь что-то сделать, часто замечаю, что у меня дрожат руки.
66. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как и прежде.

67. Большую часть времени я испытываю общую слабость.
68. Иногда, когда я смущен, я сильно потею, и меня это очень раздражает.
69. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.
70. Думаю, что я человек обреченный.
71. Бывали случаи, что мне было трудно удержаться, чтобы что-нибудь не стащить у кого-нибудь или где-нибудь, например в магазине.
72. Я злоупотреблял спиртными напитками.
73. Я часто о чем-нибудь тревожусь.
74. Мне бы хотелось быть членом нескольких кружков или обществ.
75. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.
76. Всю свою жизнь я строго следую принципам, основанным на чувстве долга.
77. Случалось, что я препятствовал или поступал наперекор людям просто из принципа, а не потому, что дело было действительно важным.
78. Если мне не грозит штраф и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.
79. Я всегда был независимым и свободным от контроля со стороны семьи.
80. У меня бывали периоды такого сильного беспокойства, что я даже не мог усидеть на месте.
81. Зачастую мои поступки неправильно истолковывались.
82. Мои родители и (или) другие члены моей семьи придираются ко мне больше, чем надо.
83. Кто-то управляет моими мыслями.
84. Люди равнодушны и безразличны к тому, что с тобой случится.
85. Мне нравится быть в компании, где все подшучивают друг над другом.
86. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.
87. Я вполне уверен в себе.
88. Никому не доверять самое безопасное.
89. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.
90. Когда я нахожусь в компании, мне трудно найти подходящую тему для разговора.
91. Мне легко заставить других людей бояться себя, и иногда я это делаю ради забавы.
92. В игре я предпочитаю выигрывать.
93. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать.
94. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
95. Я ежедневно выпиваю много воды.
96. Счастливее всего я бываю, когда один.
97. Я возмущаюсь каждый раз, когда узнаю, что преступник по какой-либо причине остался безнаказанным.
98. В моей жизни был один или несколько случаев, когда я чувствовал, что кто-то посредством гипноза заставляет меня совершать те или иные поступки.
99. Я редко заговариваю с людьми первым.
100. У меня никогда не было столкновений с законом.
101. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей это как бы придает мне вес в собственных глазах.
102. Иногда, без всякой причины у меня вдруг наступают периоды необычайной веселости.
103. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.
104. В школе мне было очень трудно говорить перед классом.
105. Люди проявляют по отношению ко мне столько сочувствия и симпатии, сколько я заслуживаю.

106. Я отказываюсь играть в некоторые игры, потому что у меня это плохо получается.
107. Мне кажется, что я завожу друзей с такой же легкостью, как и другие.
108. Мне неприятно, когда вокруг меня люди.
109. Мне, как правило, везет.
110. Меня легко привести в замешательство.
111. Некоторые из членов моей семьи совершали поступки, которые меня пугали.
112. Иногда у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
113. Мне бывает трудно приступить к выполнению нового задания или начать новое дело.
114. Если бы люди не были настроены против меня, я в жизни достиг бы гораздо большего.
115. Мне кажется, что меня никто не понимает.
116. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
117. Я легко теряю терпение с людьми.
118. Часто в новой обстановке я испытываю тревогу.
119. Часто мне хочется умереть.
120. Иногда я бываю так возбужден, что мне бывает трудно заснуть. .
121. Часто я перехожу на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с тем, кого я увидел.
122. Бывало, что я бросал начатое дело, так как боялся, что я не справлюсь с ним.
123. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
124. Даже среди людей я чувствую себя одиноким.
125. Я убежден, что существует лишь одно-единственное правильное понимание смысла жизни.
126. В гостях я чаще сижу в стороне и разговариваю с кем-нибудь одним, чем принимаю участие в общих развлечениях.
127. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
128. Бывает, что я с кем-нибудь посплетничаю.
129. Часто мне бывает неприятно, когда я пытаюсь предостеречь кого-либо от ошибок, а меня понимают неправильно.
130. Я часто обращаюсь к людям за советом.
131. Часто, даже тогда, когда для меня все складывается все хорошо, я чувствую, что мне все безразлично.
132. Меня довольно трудно вывести из себя.
133. Когда я пытаюсь указать людям на их ошибки или помочь, они часто понимают меня неправильно.
134. Обычно я спокоен и меня нелегко вывести из душевного равновесия.
135. Я заслуживаю сурового наказания за свои проступки.
136. Мне свойственно так сильно переживать свои разочарования, что я не могу заставить себя не думать о них.
137. Временами мне кажется, что я ни на что не пригоден.
138. Бывало, что при обсуждении некоторых вопросов я, особо не задумываясь, соглашался с мнением других.
139. Меня весьма беспокоят всевозможные несчастья.
140. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
141. Я думаю, что можно, не нарушая закона, попытаться найти в нем лазейку.

142. Есть люди, которые мне настолько неприятны, что я в глубине души радуюсь, когда они получают нагоняй за что-нибудь.
143. У меня бывали периоды, когда я из-за волнения терял сон.
144. Я посещаю всевозможные общественные мероприятия, потому что это позволяет побывать среди людей.
145. Можно простить людям нарушение правил, которые они считают неразумными.
146. У меня есть дурные привычки; которые настолько сильны, что бороться с ними просто бесполезно.
147. Я охотно знакоюсь с новыми людьми.
148. Бывает, что неприличная и даже непристойная шутка у меня вызывает смех.
149. Если дело у меня идет плохо, мне сразу хочется все бросить.
150. Я предпочитаю действовать согласно собственным планам, а не следовать указаниям других.
151. Люблю, чтобы окружающие знали мою точку зрения.
152. Если я плохого мнения о человеке или даже презираю его, почти не стараюсь скрыть это от него.
153. Я человек нервный и легко возбудимый.
154. Все у меня получается плохо, не так, как надо.
155. Будущее кажется мне безнадежным.
156. Люди довольно легко могут изменить мое мнение, даже если до этого оно казалось мне окончательным.
157. Несколько раз в неделю у меня бывает чувство, что должно случиться что-то страшное.
158. Чаще всего я чувствую себя усталым.
159. Я люблю бывать на вечерах и просто в компаниях.
160. Я стараюсь уклониться от конфликтов и затруднительных положений.
161. Меня часто раздражает, что я забываю, куда кладу вещи.
162. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем о любви.
163. Если я захочу сделать что-то, но окружающие считают, что этого делать не стоит, я легко могу отказаться от своих намерений.
164. Глупо осуждать людей, которые стремятся взять от жизни все, что могут.
165. Мне безразлично, что обо мне думают другие.

F – критерий Фишера

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,691 ^a	28	,004
Likelihood Ratio	46,970	28	,014
Linear-by-Linear Association	19,706	1	,000
N of Valid Cases	68		

a. 58 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,030 ^a	24	,003
Likelihood Ratio	33,510	24	,004
Linear-by-Linear Association	7,146	1	,005
N of Valid Cases	68		

a. 50 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,578 ^a	4	,004
Likelihood Ratio	12,858	4	,002
Linear-by-Linear Association	9,793	1	,002
N of Valid Cases	68		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,000 ^a	15	,001
Likelihood Ratio	27,726	15	,000
Linear-by-Linear Association	16,831	1	,000
N of Valid Cases	20		

a. 32 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,000 ^a	14	,000
Likelihood Ratio	27,726	14	,001
Linear-by-Linear Association	16,800	1	,000
N of Valid Cases	20		

a. 30 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,800 ^a	3	,001
Likelihood Ratio	22,722	3	,000
Linear-by-Linear Association	11,930	1	,001
N of Valid Cases	20		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

Корреляции r Пирсона

		Taylor	Beck	AS	PRL
Taylor	Корреляция Пирсона	1	,412**	-,626**	,336**
	Знач. (двухсторонняя)		,000	,000	,005
	N	68	68	68	68
Beck	Корреляция Пирсона	,412**	1	-,378**	,190**
	Знач. (двухсторонняя)	,000		,001	,121
	N	68	68	68	68
AS	Корреляция Пирсона	-,626**	-,378**	1	-,306**
	Знач. (двухсторонняя)	,000	,001		,011
	N	68	68	68	68
PRL	Корреляция Пирсона	,336**	,190**	-,306**	1
	Знач. (двухсторонняя)	,005	,121	,011	
	N	68	68	68	68

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Психооррекционная программа
с использованием БОС - тренинга по параметрам ЧСС

Цель: регуляция ЧСС и variability сердечного ритма для нормализации вегетативного баланса, артериального давления, снижения выраженности вегетативных дисфункций, повышения адаптационно-приспособительных механизмов, повышения работоспособности, снижения уровня тревожности и улучшения общего самочувствия.

Мишени коррекции: психофизиологическое состояние

Принципы:

1. Принцип наглядности, доступности, сознательности
2. Принцип систематичности обуславливает последовательность изложения материала всего курса.
3. Принцип доступности и индивидуального дифференцированного подхода предусматривает учет возрастных особенностей и возможностей студентов.
4. Принцип активности и сознательности обучения реализуется через систему игровых приемов, которые способствуют выработке у студентов активной позиции
5. Принцип поэтапности – сначала формируются условия коррекции, затем осуществляется система упражнений для преодоления нарушения.

Структура: продолжительность занятий 30 – 35 мин. в течение 3-х месяцев, 3-4 раза в неделю.
Количество испытуемых – 10.

Занятие 1. «Биологическая обратная связь - зеркало здоровья».

Цель: Познакомить студента с методом БОС и с новым типом дыхания.

Оборудование: диапроектор, диапозитивы.

Обсуждение вопросов здоровья, работы дыхательной и сердечно-сосудистой системы, правильного дыхания и т.д. с использованием презентаций, слайдов, лекционного материала.

Занятие 2. «Столбик»

Цель: Освоить процесс диафрагмально-релаксационного типа дыхания под контролем программы; научиться выдыхать так, чтобы пульс при этом снижался.

Оборудование: датчики, прибор БОС.

На экране расположен цветной столбик переменной высоты (сигнал зрительной обратной связи). Высота столбика изменяется в зависимости от изменений пульса. 10 Когда величина пульса достигает верхнего порога, высота столбика равна высоте окна (столбик заполняет окно целиком); когда величина пульса снижается, соответственно снижается цветной столбик, а при достижении нижнего порога высота столбика равна нулю (окно пустое). Одновременно с перемещением столбика звучит тональный сигнал – звуковая обратная связь. Высота тона изменяется соответственно изменяющейся величине пульса от низкого до высокого при росте ЧСС и от высокого до низкого при снижении ЧСС.

Занятие 3. «Забор»

Цель: Освоить процесс диафрагмально-релаксационного типа дыхания под контролем программы; научиться выдыхать так, чтобы пульс при этом снижался

Оборудование: датчики, прибор БОС.

Забор закрашивается полосками в вертикальном направлении снизу вверх и сверху вниз, в зависимости от изменения частоты пульса; полностью закрашенный забор далее снова предстает в первоначальном виде, и сюжет повторяется.

Занятие 4. «Окно»

Цель: Освоить процесс диафрагмально-релаксационного типа дыхания под контролем программы; научиться выдыхать так, чтобы пульс при этом снижался

Оборудование: датчики, прибор БОС.

Экран открывается аналогично сюжету «Забор» (по полосам) в различных режимах: за 4 полосы, за 6 полос, за 8 полос. Как только окно полностью открылось, сюжет повторяется с новым слайдом, и т.д. простой тематический слайд становится фоном, на котором в каждой полосе открывается небольшое дополнительное изображение. Алгоритм перемещения вертикальных полос в сюжетах аналогичен алгоритму сюжета «Столбик». Когда ЧСС уменьшается, полоса открывается сверху вниз; при снижении ЧСС ниже заданного нижнего порога, происходит переход к следующей полосе. ЧСС начинает увеличиваться и полоса открывается снизу вверх; при повышении ЧСС выше заданного верхнего порога, происходит переход к следующей полосе. И так далее, по циклу. После того, как весь экран открыт, слайд сменяется следующим.

Домашнее задание после прохождения трех практических занятий.

2-3 раза в день по 10-15 мин выполняйте следующие упражнения:

- Займите удобное, комфортное положение (лежа, сидя).
- В положении сидя - плечи расслаблены и опущены, руки лежат на коленях.
- Сделайте неглубокий медленный вдох через нос с закрытым ртом и постарайтесь

при этом надуть живот.

- Затем сделайте плавный, медленный выдох через рот, губы должны быть полусомкнуты (сложены трубочкой).
- Воздух свободно покидает легкие. Вы лишь создаете небольшое сопротивление полусомкнутыми губами.
- При выдохе живот возвращается в исходное положение.
- Следите за тем, чтобы мышцы груди и плечевого пояса не участвовали в дыхании.
- Для контроля одну руку можно положить на грудь, а другую на живот. Должна двигаться только рука, находящаяся на животе. Грудная клетка находится в покое.
- Старайтесь, чтобы выдох был, по крайней мере, в два раза дольше вдоха. Например, вдох на «раз-два», а выдох на «раз-два-три-четыре».
- Ни в коем случае не выдыхайте через силу, постарайтесь полностью расслабиться, никаких неприятных ощущений быть не должно.
- При правильном выполнении частота дыхания должна составлять 8-12 дыхательных движений в 1 мин. Диафрагмальное дыхание станет обычным типом дыхания при условии постоянных тренировок.
- Завести дневник самостоятельных занятий

Занятие 5. «Столбик»

Цель: Постановка диафрагмально-релаксационного дыхания; закрепление навыка диафрагмально-релаксационного дыхания,

Оборудование: датчики, прибор БОС.

Внимание должно быть акцентировано на запоминании собственных ощущений, возникающих у студента во время правильного выполнения диафрагмального вдоха-выдоха. Это необходимо для того, чтобы тренирующийся мог без труда воспроизводить подобное состояние в моменты ухудшения самочувствия без сигналов БОС. Во время формирования нового стереотипа дыхания, главным является выдох.

В конце каждого выдоха в сюжете «РАБОТА» столбик должен полностью опускаться.

Занятие 6. «Забор»

Цель: Постановка диафрагмально-релаксационного дыхания; закрепление навыка диафрагмально-релаксационного дыхания,

Оборудование: датчики, прибор БОС.

Внимание должно быть акцентировано на запоминании собственных ощущений, возникающих у студента во время правильного выполнения диафрагмального вдоха-выдоха. Это необходимо для того, чтобы тренирующийся мог без труда воспроизводить подобное состояние в моменты ухудшения самочувствия без сигналов БОС. Во время формирования нового стереотипа дыхания, главным является выдох.

В конце каждого выдоха в сюжете «РАБОТА» забор должен быть «покрашен» кистью до самого низа.

Занятие 7. «Окно»

Цель: Постановка диафрагмально-релаксационного дыхания; закрепление навыка диафрагмально-релаксационного дыхания,

Оборудование: датчики, прибор БОС.

Внимание должно быть акцентировано на запоминании собственных ощущений, возникающих у студента во время правильного выполнения диафрагмального вдоха-выдоха. Это необходимо для того, чтобы тренирующийся мог без труда воспроизводить подобное состояние в моменты ухудшения

самочувствия без сигналов БОС. Во время формирования нового стереотипа дыхания, главным является выдох.

В конце каждого выдоха в сюжете «РАБОТА» картинки должны открываться полностью.

Домашнее задание после прохождения трех практических занятий.

2-4 раза в день по 10-15 мин выполняйте следующие упражнения:

- Займите удобное, комфортное положение (лежа, сидя).
- В положении сидя - плечи расслаблены и опущены, руки лежат на коленях.
- Сделайте неглубокий медленный вдох через нос с закрытым ртом и постарайтесь при этом надуть живот.
- Затем сделайте плавный, медленный выдох через рот, губы должны быть полусомкнуты (сложены трубочкой).
- Воздух свободно покидает легкие. Вы лишь создаете небольшое сопротивление полусомкнутыми губами.
- При выдохе живот возвращается в исходное положение.
- Следите за тем, чтобы мышцы груди и плечевого пояса не участвовали в дыхании.
- Для контроля одну руку можно положить на грудь, а другую на живот. Должна двигаться только рука, находящаяся на животе. Грудная клетка находится в покое.
- Старайтесь, чтобы выдох был, по крайней мере, в два раза дольше вдоха. Например, вдох на «раз-два», а выдох на «раз-два-три-четыре».
- Ни в коем случае не выдыхайте через силу, постарайтесь полностью расслабиться, никаких неприятных ощущений быть не должно.
- При правильном выполнении частота дыхания должна составлять 8-12 дыхательных движений в 1 мин. Диафрагмальное дыхание станет обычным типом дыхания при условии постоянных тренировок.
- Продолжать вести дневник самостоятельных занятий

Занятие 8. «Столбик»

Цель: Закрепление полученного навыка

Оборудование: датчики, прибор БОС.

Внимание должно быть акцентировано на запоминании собственных ощущений, возникающих у студента во время правильного выполнения диафрагмального вдоха-выдоха. Это необходимо для того, чтобы тренирующийся мог без труда воспроизводить подобное состояние в моменты ухудшения самочувствия без сигналов БОС. Во время формирования нового стереотипа дыхания, главным является выдох.

В конце каждого выдоха в сюжете «РАБОТА» столбик должен полностью опускаться.

Занятие 9. «Забор»

Цель: Закрепление полученного навыка

Оборудование: датчики, прибор БОС.

Внимание должно быть акцентировано на запоминании собственных ощущений, возникающих у студента во время правильного выполнения диафрагмального вдоха-выдоха. Это необходимо для того, чтобы тренирующийся мог без труда воспроизводить подобное состояние в моменты ухудшения самочувствия без сигналов БОС. Во время формирования нового стереотипа дыхания, главным является выдох.

В конце каждого выдоха в сюжете «РАБОТА» забор должен быть «покрашен» кистью до самого низа.

Занятие 10. «Окно»

Цель: Закрепление полученного навыка

Оборудование: датчики, прибор БОС.

Внимание должно быть акцентировано на запоминании собственных ощущений, возникающих у студента во время правильного выполнения диафрагмального вдоха-выдоха. Это необходимо для того, чтобы тренирующийся мог без труда воспроизводить подобное состояние в моменты ухудшения самочувствия без сигналов БОС. Во время формирования нового стереотипа дыхания, главным является выдох.

В конце каждого выдоха в сюжете «РАБОТА» картинки должны открываться полностью.

Домашнее задание после прохождения трех практических занятий.

2-5 раза в день по 10-15 мин выполняйте следующие упражнения:

- Займите удобное, комфортное положение (лежа, сидя).
- В положении сидя - плечи расслаблены и опущены, руки лежат на коленях.
- Сделайте неглубокий медленный вдох через нос с закрытым ртом и постарайтесь при этом надуть живот.
- Затем сделайте плавный, медленный выдох через рот, губы должны быть полусомкнуты (сложены трубочкой).
- Воздух свободно покидает легкие. Вы лишь создаете небольшое сопротивление полусомкнутыми губами.
- При выдохе живот возвращается в исходное положение.
- Следите за тем, чтобы мышцы груди и плечевого пояса не участвовали в дыхании.
- Для контроля одну руку можно положить на грудь, а другую на живот. Должна двигаться только рука, находящаяся на животе. Грудная клетка находится в покое.
- Старайтесь, чтобы выдох был, по крайней мере, в два раза дольше вдоха. Например, вдох на «раз-два», а выдох на «раз-два-три-четыре».
- Ни в коем случае не выдыхайте через силу, постарайтесь полностью расслабиться, никаких неприятных ощущений быть не должно.
- При правильном выполнении частота дыхания должна составлять 8-12 дыхательных движений в 1 мин. Диафрагмальное дыхание станет обычным типом дыхания при условии постоянных тренировок.
- Продолжать вести дневник самостоятельных занятий

Занятие 11. Заключительная сессия

Цель: воспроизведение полученного навыка без приборов БОС

Оборудование: дневник самостоятельных занятий по ДРД

Студент предоставляет дневник самостоятельных занятий по ДРД, повторно выполняет данные упражнения в аудитории. Демонстрирует выработанный стойкий навык диафрагмально-релаксационного дыхания без приборов БОС. Обсуждение достигнутых результатов.