

Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение  
высшего образования  
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт педагогики, психологии и социологии  
Кафедра психологии развития и консультирования

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_ Е.Ю.Федоренко

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018г.

**БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА**

Динамика тревожности участников программы снижения стресса в когнитивно-  
поведенческом подходе

37.03.01 Психология

Научный руководитель \_\_\_\_\_ доцент каф., канд. психол. наук С.М.Колкова  
подпись, дата      должность, учёная степень

Выпускник \_\_\_\_\_  
подпись, дата

А.А.Петров

Красноярск 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
1 Теоретический аспект программы снижения стресса как средства уменьшения тревожности .....	6
1.1 Теоретический анализ понятия тревожность. Основные подходы к исследованию тревожности в зарубежной и отечественной психологии. Тревожность в когнитивно-поведенческой парадигме .....	6
1.1.1 Исследование тревожности в трудах зарубежных исследователей.....	7
1.1.2 Исследование тревожности в трудах отечественных исследователей	10
1.1.3 Тревожность в когнитивно-поведенческой парадигме .....	13
1.2 Описание программы снижения стресса .....	18
1.2.1 Майндфулнесс как основа программы по снижению стресса.....	21
1.2.2 Основные техники, применяемые при реализации программы и их описание .....	25
2 Эмпирическое исследование динамики тревожности у участников программы снижения стресса.....	35
2.1 Организация и методы исследования .....	35
2.2 Анализ и интерпретация результатов эмпирического исследования .....	38
2.3 Выводы .....	45
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	47
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	48
ПРИЛОЖЕНИЕ А .....	52
ПРИЛОЖЕНИЕ Б .....	57
ПРИЛОЖЕНИЕ В .....	62

## ВВЕДЕНИЕ

В современном мире проблема тревожности стоит как никогда остро. В последние 15 лет многими учёными был отмечен угрожающий рост тревожности, проявляющаяся в склонности индивида переживать тревожное состояние в реальных или воображаемых ситуациях, которые субъективно оцениваются как угрожающие. Среди этих учёных: А. М. Прихожан, Э. В. Зиновьева, Р. С. Немов, А. С. Огнев, Д. В. Ковпак, Роберт Л. Лихи и др.

Немаловажным остаётся аспект изучения программ профилактики и коррекции тревожности. По нашему мнению, таким способом является программа по снижению стресса MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction - Программа Снижения Стресса на основе Практик Осознанности (Майндфулнесс)). В основе MBSR лежит концепция «осознанности» (mindfulness) — безоценочного, отстраненного, непредвзятого, ежемоментного осознания процессов, протекающих в психике. Осознаются и наблюдаются физические ощущения, процессы восприятия, эмоциональные ответы, мысли, работа воображения и т.д. Все эти феномены осознаются без размышления о них, без сравнений, без оценок. По сути осознанность — это форма естественного наблюдения за событиями внутреннего мира, которые обычно протекают бессознательно.

Данная программа предназначена для лиц, страдающих от последствий стрессов, но, в первую очередь, создавалась для пациентов с различными хроническими заболеваниями. Снижение стресса достигается путём развития способности безоценочного наблюдения, за счёт чего человек становится способен более адекватно оценить свои мысли и эмоции.

Основываясь на когнитивной модели, разработанной А. Эллисом, мы полагаем, что данная программа, помимо снижения стресса, также способствует снижению уровня личностной тревожности (при её высоких показателях). Тревожность, когда она завышена, является иррациональным компонентом. Она возникает в ответ на автоматические мысли, которые очень

редко осознаются и объективно оцениваются. Соответственно, развив способность безоценочного осознания процессов, протекающих в уме, и шаблонов психологических ответов на внешние и внутренние стимулы, мы можем снизить показатели тревожности, при её высоких проявлениях. А снижение показателей тревожности происходит благодаря приобретению нового способа реагирования на ситуации, способные вызывать тревогу.

Данная программа уже заслужила доверие в западных странах и даже преподается на медицинских факультетах Стэнфорда и Гарварда.

Основой для вынесения предположения о том, что применение программы MBSR приведёт к снижению уровня тревожности у её участников послужили диссертационные исследования:

- Ф. Голдин, Дж. Гросс «Воздействие Программы Снижения Стресса на основе Практик Осознанности (MBSR) на уровень аффективной регуляции у пациентов, страдающих социальным тревожным расстройством» [1];
- Б. Шульман, Р. Дук, Д. Брю, Д. Райан, И. Садовски, С. Мисри «Осуществление Программы Снижения Стресса на основе Практик Осознанности (MBSR) при в качестве дополнительного лечения послеродовой депрессии и тревожности» [2];
- Б. Шульман, Р. Дук, Д. Брю, Д. Райан, И. Садовски, С. Мисри «Когнитивно-поведенческая терапия, майндфулнесс и гипноз как методы лечения генерализованного тревожного расстройства» [3].

**Цель:** Исследовать динамику тревожности у участников программы снижения стресса (MBSR).

**Объект:** Участники программы снижения стресса (MBSR) с высоким уровнем тревожности.

**Предмет:** Динамика тревожности у участников программы снижения стресса (MBSR).

**Гипотеза:** Применение программы снижения стресса (MBSR) приведёт к снижению уровня тревожности у её участников.

### **Задачи:**

1. Проанализировать и систематизировать теоретические источники в отечественной и зарубежной литературе по проблеме исследования;
2. Изучить и освоить программу снижения стресса MBSR;
3. Реализовать программу MBSR на практике;
4. Проанализировать результаты эмпирического исследования;
5. Сформулировать выводы.

### **Теоретическая база исследования:**

Когнитивная модель А. Эллиса, теоретические положения о тревожности (Ч. Спилбергер, А. М. Прихожан, В. Н. Карандашев, Ю. Л. Ханин и др.), исследования Д. Кабат-Зинна, Ф. Голдина и Дж. Гросса в области применения практик осознанности.

### **Методы исследования:**

Теоретические методы:

- Анализ и систематизация теоретического материала.

Эмпирические методы:

- Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (STAI);
- Шкала тревожности Тейлора (MAS), адаптация Норакидзе.

Количественные методы:

- Т-критерий Уилкоксона.

# **1 Теоретический аспект программы снижения стресса как средства уменьшения тревожности**

## **1.1 Теоретический анализ понятия тревожность. Основные подходы к исследованию тревожности в зарубежной и отечественной психологии. Тревожность в когнитивно-поведенческой парадигме**

Проблема изучения тревоги и тревожности на данный момент является одной из центральных проблем современного общества. Изучением данной проблемы занимается не только психология, но и ряд других наук: психиатрия, социология, философия, физиология и др.

В английском языке термины «тревога» и «тревожность» обозначаются одним словом – «anxiety». Его значение меняется в зависимости от контекста. В русском же языке принято применять разные слова в зависимости от ситуации. Под тревогой принято понимать эмоциональное состояние, состояние беспокойства, возникающее в определённый момент времени и связанное с конкретной угрожающей ситуацией. Тревожность же представляет собой устойчивое свойство личности, предполагающее повышенную склонность к переживанию состояния тревоги.

Психологически тревожность проявляется в ощущениях напряжения, озабоченности, беспокойства, нервозности и переживается в виде чувства неопределенности, беспомощности, бессилия, незащищенности, одиночества, грозящей неудачи, невозможности принять решение и т.д. [4]

На физиологическом уровне тревожность проявляется в виде усиления сердцебиения, учащения дыхания, расширения зрачков, повышения артериального давления, возрастания общей возбудимости, снижения порогов чувствительности, повышения потоотделения, учащения мочеиспускания, появления сухости во рту, покраснения кожи и т. д. [5]

На данный момент выделяют семь основных источников тревожности, которые отображены на Рисунке 1.

В следующих двух параграфах мы рассмотрим основные подходы к исследованию тревоги и тревожности в зарубежной и отечественной психологии.

---

1	Тревога из-за потенциального физического вреда. Этот вид беспокойства возникает в результате ассоциирования некоторых стимулов, угрожающих болью, опасностью, физическим неблагополучием
2	Тревога из-за потери любви (любви матери, расположения сверстников)
3	Тревога может быть вызвана чувством вины, которая обычно проявляется не ранее 4-х лет. У более старших детей чувство вины характеризуется чувствами самоунижения, досады на себя, переживание себя как недостойного
4	Тревога из-за неспособности овладеть средой. Она происходит, если человек чувствует, что не может справиться с проблемами, которые выдвигает среда. Тревога связана с чувством неполноценности, но не идентична ему
5	Тревога может возникнуть и в состоянии фрустрации. Фрустрация определяется как переживание, возникающее при наличии препятствия к достижению желаемой цели или сильной потребности
6	Тревога свойственна каждому человеку в той или иной степени. Незначительная тревога действует мобилизующе к достижению цели. Тревога для человека представляет проблемы, с которыми необходимо справиться. С этой целью используются различные защитные механизмы (способы)
7	В возникновении тревоги большое значение придается семейному воспитанию, роли матери, взаимоотношениям ребенка с матерью. Период детства является предопределяющим последующее развитие личности

---

Рисунок 1 – Источники тревожности

### 1.1.1 Исследование тревожности в трудах зарубежных исследователей

Проблему тревожности как именно проблему психологическую впервые сформулировал З. Фрейд. Он полагал, что тревога лежит в основе

эмоциональных и поведенческих нарушений. В одной из поздних своих статей Фрейд написал, что тревога является «фундаментальным феноменом и центральной проблемой невроза» [6].

Тревожность Фрейд рассматривал как субъективный опыт, сопровождающийся реакциями страха. Он полагал, что состояние тревожности состоит из чувства напряжённости, страха и нервозности. Также Фрейд разделял между собой «объективную» и «невротическую» тревожность.

Объективная тревожность представляет собой реакцию на восприятие внешней опасности. Её можно рассматривать как выражение инстинкта самосохранения. Можно сказать, что это естественная и разумная реакция на стимул, в той или иной степени несущий реальную угрозу для жизни человека – «настоящая» тревожность. «То, в каких случаях человек испытывает тревогу – по отношению к каким объектам и в каких ситуациях, – без сомнения, зависит от интеллекта человека и ощущения своей силы по отношению к внешнему миру» [7]. «Готовность к тревоге» (так Фрейд называл объективную тревогу) является продуктивной и не считается клинической проблемой.

Невротическая тревожность, по мнению Фрейда, является абсолютно бесполезной и даже вредоносной. Её Фрейд называл также «боязливым ожиданием». Данный вид тревожности является непропорционально высоким по отношению к реальной ситуации. Соответственно, лица, страдающие от невротической тревожности испытывают более интенсивные эмоциональные реакции, чем лица, которым свойственна объективная тревожность. Невротическая тревожность возникает даже тогда, когда сама ситуация не является опасной вовсе.

Отто Ранк полагал, что центральной проблемой развития человека является индивидуация. О. Ранк представлял человеческую жизнь как непрерывную череду отделений: рождение, отлучение от груди, поступление в школу, переезд от родителей и т.д. Все эти «отделения», по мнению Ранка, сопровождаются ощущением тревоги. «Тревогу испытывают при изменении предшествующей ситуации, где существовало относительное единство с



окружающей средой, от которой человек зависел: это тревога перед необходимостью стать самостоятельным. Но тревога возникает и в том случае, когда человек сопротивляется отделению от безопасной ситуации: это тревога потери своей самостоятельности» [6].

Иначе проблему тревожности рассматривал Дж. Тейлор [8]. Он изучал тревожность с бихевиоральной позиции и определял её как приобретённое влечение, имеющее стойкий характер. Этому влечению приписывается энергетическая функция, оно имеет направленный, общеактивирующий характер [4]. Именно Тейлор ввёл понятие «уровень тревожности». Также он разработал собственную шкалу проявления тревожности (Manifest Anxiety Scale – MAS), которая по сей день используется для измерения тревожности.

Проблему тревожности, помимо тех, кого мы уже перечислили, изучали и многие другие зарубежные исследователи: А. Адлер, К. Г. Юнг, К. Хорни [9], Г. С. Салливан, Э. Фромм, Р. Мэй [10], Х. Хекхаузен, К. Изард [11] и др.

В прошлом параграфе мы разобрали отличия тревоги и тревожности, сказав, что термин «тревога» мы употребляем, когда говорим о состоянии личности, а термин «тревожность» используем, говоря об её устойчивом свойстве. Однако имеется и иная, более точная терминология. В 1961 г. Р. Кэттел и И. Шейер ввели термины «ситуативная (реактивная) тревожность» (State Anxiety) и «личностная тревожность» (Trait Anxiety). Первый термин может рассматриваться как синоним ранее названному термину «тревога», а второй термин, соответственно, идентичен термину «тревожность».

Американский психолог Ч. Спилбергер определяет ситуативную тревожность как эмоциональную реакцию, которая характеризуется мрачными предчувствиями, субъективным ощущением напряженности, нервозности, беспокойства и сопровождается активизацией вегетативной нервной системы [12]. Далее отечественный психолог Ю. Л. Ханин выделит ряд признаков, свойственных для ситуативной тревожности, которые мы укажем уже в следующем параграфе.

Личностная тревожность по Спилбергеру является относительно постоянной характеристикой человека, которая выражается в том, что широкий спектр ситуаций ощущается как опасный или угрожающий [12]. Это относительно устойчивая склонность человека воспринимать угрозу своему «Я» в различных ситуациях и реагировать на эти ситуации повышением ситуативной тревожности. Величина личностной тревожности позволяет прогнозировать вероятность возникновения состояний тревоги в будущем. Высокотревожные субъекты будут воспринимать ситуации с наличием стрессоров как более угрожающие и будут испытывать более выраженный уровень ситуативной тревожности [4].

Далее мы рассмотрим взгляды отечественных исследователей на проблему тревоги и тревожности, местами дополняя некоторые вышеперечисленные позиции зарубежных учёных.

### **1.1.2 Исследование тревожности в трудах отечественных исследователей**

Большинство отечественных исследователей также придерживаются идеи о том, что тревожность необходимо подразделять на ситуативную и личностную.

Ю. Л. Ханин [5] выделил ряд признаков, свойственных ситуативной тревоге, которые отображены на Рисунке 2. Также он подразделил личностную тревожность на общую (генерализованную) и специфическую. Общая тревожность проявляется во всех жизненных ситуациях человека и вызывается большим количеством факторов. Имеет характер, не связанный с особенностями ситуации. Специфическая тревожность – это устойчивая тревожность в какой-либо сфере, вызываемая определенным типом ситуаций, связанная с особенностями восприятия специфических стрессоров. Примером специфической тревожности может послужить оценочная тревожность.

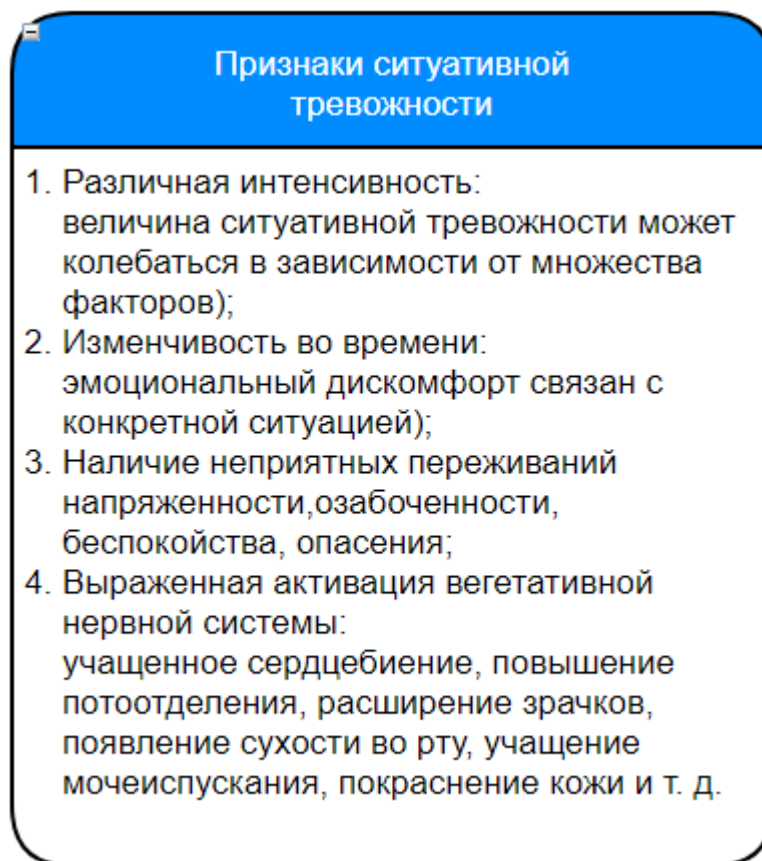


Рисунок 2 – Признаки ситуативной тревожности (Ю. Л. Ханин)

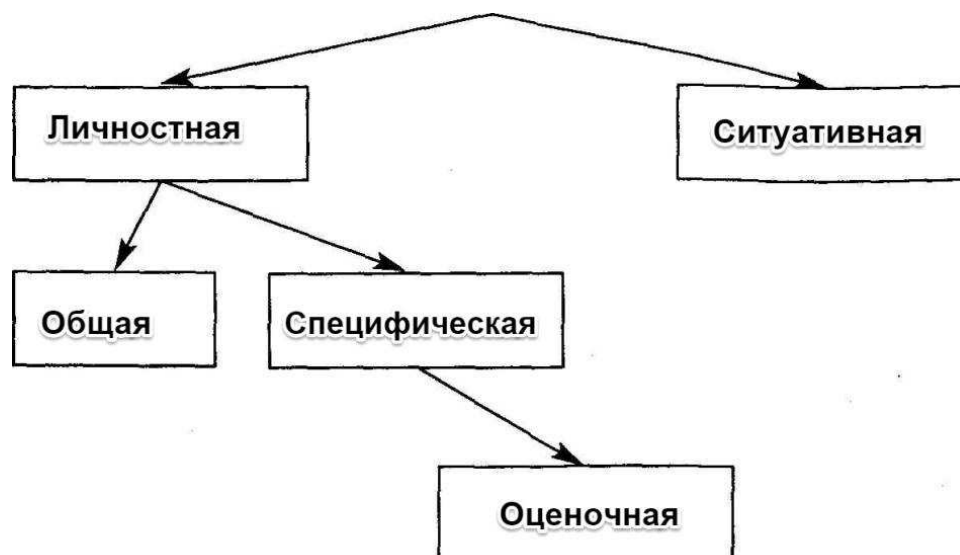


Рисунок 3 – Классификация видов тревожности

А. М. Прихожан даёт своё собственное определение тревожности: «тревожность - это переживание эмоционального дискомфорта, которое связано с ожиданием неблагоприятия и предчувствием грозящей опасности» [13]. Также она выделила и подробно описала возрастные особенности причин и проявлений тревожности в детском и подростковом возрасте. Помимо этого, А. М. Прихожан выделила виды тревожности на основе ситуаций, связанных:

- с процессом обучения – учебная тревожность;
- с представлениями о себе – самооценочная тревожность;
- с общением – межличностная тревожность [14].

Р. С. Немов определял тревожность как «постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях» [15].

По определению Н. Ю. Синягиной, «тревожность – сравнительно мягкая форма проявления эмоционального неблагоприятия, которая выражается в волнении, повышенном беспокойстве в различных ситуациях, в ожидании плохого отношения со стороны окружающих и т.д.» [16]

В.В. Давыдов трактует тревожность как индивидуальную психологическую особенность, состоящую в повышенной склонности испытывать беспокойство в самых различных жизненных ситуациях, в том числе и таких общественных характеристиках, которые к этому не предполагают [17]

И. В. Имедадзе определяет тревожность как переживание неопределенной, безобъектной угрозы преимущественно воображаемого характера [18]. Также он выделяет два уровня тревожности: низкий (адекватный) – необходим для нормального приспособления к среде и высокий (неадекватный). Высокий уровень тревожности вызывает дискомфорт индивида в окружающем его социуме.

В. Р. Кисловская определяет тревожность как свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства (ситуативно или постоянно). Человек испытывает страх и тревогу в особых социальных ситуациях, которые связаны или с экзаменационными испытаниями, или с повышенной эмоциональной или физической нагруженностью, порожденной причинами иного характера [19]

Проблему тревожности также изучали следующие отечественные исследователи: А. В. Петровский, В. М. Астапов, Ф. Б. Берёзин, Л. А. Китеав-Смык, Г.Г. Аракелов, Б.И. Кочубей, А.К. Дусавицкий и др.

### **1.1.3 Тревожность в когнитивно-поведенческой парадигме**

В 60-е годы начинает зарождаться когнитивно-поведенческая (когнитивно-бихевиоральная) психотерапия тревожных расстройств. Тревога рассматривается в когнитивной модели с эволюционистских позиций – как защитная реакция, способствующая биологическому выживанию. Отличие патологической тревоги заключается в том, что она не только не служит этой цели, но, наоборот, способствует дезадаптации. В когнитивно-бихевиоральной психотерапии пока нет детальной концепции генеза патологических тревожных реакций и состояний, тем не менее в ней подчеркивается роль различных факторов – когнитивных, нейрохимических, аффективных, поведенческих, т.е. это интегративная модель.

Создатель когнитивной терапии А. Бек особенно детально разрабатывает представления о когнитивных механизмах тревожных расстройств. Он указывает на антиципирующий (предвосхищающий) характер патологической тревоги, которая начинает свою деятельность по предвосхищению опасности не в связи с угрожающей ситуацией, а уже в связи с возможностью ее наступления. Главное же – тревога, как мобилизация организма против возможной или имеющей место опасности, при тревожных расстройствах возникает там, где этой реальной опасности нет или же она очень сильно

преувеличена в воображении больного. Зачастую больной и сам осознает иррациональность своей тревоги, тем не менее он не в силах контролировать ее. Это говорит о том, что происходит включение каких-то глубинных и плохо осознаваемых схем опасности, которые соответствуют наиболее глубинному, автоматическому и фактически не контролируемому сознанием уровню процесса переработки информации. В терминологии Бека это так называемый уровень «автоматических мыслей» (в терминологии поведенческого подхода происходит рефлекторное включение схем опасности). Включение схемы опасности организует весь процесс переработки информации, значительно искажая как внешнюю ситуацию, так и внутренний опыт (например, больному социальной фобией все люди кажутся враждебными, а больным паническими атаками малейшие неприятные ощущения в сердце могут интерпретироваться как начало сердечного приступа). Таким образом, внешняя информация перерабатывается со значительными искажениями. Вот эти когнитивные искажения и рассматриваются как основной механизм усиления патологической тревоги.

Разработанная А. Беком двухкомпонентная схема включает в себя структурный и процессуальный когнитивные компоненты. Структурный компонент представляет собой сложившиеся в прошлом опыте устойчивые когнитивные схемы, которые могут объединяться в более сложные образования – констелляции. Каждая схема включает в себя определенные правила, убеждения и верования, которые, например, позволяют категоризировать объект или ситуацию как опасную. Если схема дисфункциональна, происходит сильное искажение в переработке информации, и вся информация, не соответствующая подтверждению схемы опасности, блокируется.

Согласно мнению А. Бека и его коллеги по изучению тревоги Г. Эмери, «симптомы тревожных расстройств представляют собой неадекватную автоматическую реакцию, базирующуюся на значительной переоценке степени опасности и недооценке собственной способности справиться с ней». Это

центральная характеристика схемы опасности в когнитивно-бихевиоральной терапии — «Я слаб, мир опасен».

Включение схемы опасности запускает определенные когнитивные процессы. Правила, по которым работает эта схема, не позволяют адекватно перерабатывать информацию, с учетом всей совокупности обстоятельств и фактов, они скорее основаны на прошлом негативном опыте, чем на актуальной ситуации. Это правила, которые способствуют таким искажениям реальности, как генерализация симптомов, т. е. расширение набора стимулов, воспринимаемые как опасные. При этом задействованы такие механизмы, как катастрофизация (максимизация опасности), возможная благодаря селективному абстрагированию (игнорированию одних стимулов и избирательному выбору других) и персонализации (отнесение нейтральных событий к себе и трактовка их в духе подтверждения собственной уязвимости и враждебности окружения).

Эти искажения реальности или нарушения мышления, характерные для тревожных расстройств, в каждом индивидуальном случае осуществляются через определенные правила, которые являются компонентами схемы. Например:

- Каждая незнакомая ситуация должна рассматриваться как опасная.
- Любому человеку ненадежен, пока он не докажет свою надежность.
- Всегда лучше ожидать худшего.
- Я никому не могу доверять своей безопасностью и все должен контролировать.

Другой известный представитель когнитивно-бихевиоральной психотерапии – А.Эллис выделяет два эмоционально-поведенческих стереотипа при тревожных расстройствах: страх-дискомфорт (discomfort anxiety) и «Я-страх» (Ego-anxiety).

Страх-дискомфорт он определяет как эмоциональное напряжение, которое возникает, так как человек считает, что: 1) привычные удобства его жизни в опасности; 2) или он не сможет получить того, чего хочет; 3) наконец,

это ужасно, это катастрофа, если он не получит того, чего хочет, на что рассчитывал. По Эллису, агорофобические пациенты сперва выдвигают следующие абсолютистские требования к себе: «Я ни в коем случае не должен переживать или ощущать дискомфорт, когда я езжу на транспорте или хожу в магазин, и это ужасно, если я все же его переживаю». Эти больные начинают избегать ситуаций, в которых они чувствуют себя дискомфортно, ссылаясь на страх перед этими ситуациями. В результате они боятся почувствовать страх как следствие дискомфорта и развивают страх страха, навязчиво ожидая, что в соответствующей ситуации им придется переживать крайне неприятное состояние. В основе процесса страха, по Эллису, лежит неосознаваемая установка избегать все неприятности и неприятные ощущения в жизни.

Часто вместе со страхом-дискомфортом возникает «Я-страх». Эллис определил «Я-страх» как эмоциональное напряжение, которое возникает при мысли об угрозе самооценке. В основе этого страха лежит опять же неосознаваемая установка, что не добиться блестящих результатов ужасно, что невыносимо быть недостаточно высоко оцененным другими людьми. Так, агорофобические больные требуют от себя раскованного, свободного от страха поведения и чувствуют себя абсолютно ничтожными, если они не следуют этим требованиям.

В настоящее время когнитивно-бихевиоральная модель тревожных расстройств признается большинством авторов как наиболее влиятельная и эмпирически обоснованная, а эффективность когнитивно-бихевиоральной психотерапии при тревожных расстройствах подтверждена большим количеством исследований. Таким образом, когнитивно-бихевиоральная психотерапия является методом первого выбора при лечении тревожных расстройств [20].

Итак, подводя итог, мы можем сказать, что проблема тревоги и тревожности по сей день является актуальной. Внимание к её изучению привлекают как зарубежные, так и отечественные психологи.



Тревогой мы называем эмоциональное состояние, возникающее в определённый момент времени и связанное с конкретной угрожающей ситуацией. Тревожность же представляет собой устойчивое свойство личности, предполагающее повышенную склонность к переживанию состояния тревоги.

Тревожность имеет определённые психологические и физиологические симптомы. Также, на основе разработанных теорий, выделяют семь основных источников тревоги и тревожности, которые мы перечислили в первом параграфе.

Первым проблему тревожности как проблему психологическую сформулировал З. Фрейд. Он, как и многие учёные в дальнейшем, предполагал, что тревога лежит в основе многих психических нарушений. Также Фрейд выделил два вида тревожности: объективную и невротическую.

В дальнейшем Р. Кэттел и И. Шейер введут термины «ситуативная тревожность» и «личностная тревожность». Данные термины сопоставимы с ранее выделенными Фрейдом видами тревожности: объективная тревожность с тревожностью ситуативной, а невротическая тревожность соотносится с личностной.

Российский психолог Ю. Л. Ханин в дальнейшем подробно опишет признаки ситуативной тревожности, а также выделит из личностной тревожности ещё два подвида: общую и специфическую.

Исследования тревоги и тревожности также занимались А. Адлер, К. Г. Юнг, К. Хорни, Э. Фромм, К. Изард, Дж. Тейлор, Ч. Спилбергер, А. М. Прихожан, Р. С. Немов, В. В. Давыдов, И. В. Имедадзе и многие другие учёные.

Мы же подходим к вопросу рассмотрения проблемы тревожности с точки зрения когнитивно-поведенческого подхода. С этой позиции мы можем утверждать, что снизить уровень тревожности можно посредством выработки нового типа реагирования на собственные мысли и эмоции, т.к. иррациональная тревога возникает за счёт искажённого восприятия субъектом информации о внешнем мире или внутреннем опыте. За счёт способности оценивать свои

автоматические мысли и давать на них адекватный ответ мы становимся более способными к объективному восприятию реальности.

## **1.2 Описание программы снижения стресса**

Программа MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) в переводе с английского означает «Программа Снижения Стресса на основе Практик Осознанности (Майндфулнесс)». В основе MBSR лежит концепция «осознанности» или, как её принято называть, «майндфулнесс» (mindfulness). Также слово «осознанность» иногда заменяют на «внимательность». Одним из основателей данной концепции является Джон Кабат-Зинн – американский учёный, доктор в области молекулярной биологии, профессор медицины. Он определяет майндфулнесс как «безоценочную осведомленность, возникающую в результате сознательного направления внимания на настоящий момент развертывающегося опыта». А MBSR – это, собственно, способ привести идеи практики буддизма в теорию и практику медицины и психотерапии.

Программа MBSR – официально утвержденная программа, показавшая хорошие результаты в отношении снижения симптомов стресса, тревожности и депрессии. Считается, что MBSR изменяет тип эмоционального реагирования путём модуляции когнитивных и аффективных процессов.

Данная программа была разработана в Медицинском центре Массачусетского университета в 1970-х годах профессором Джоном Кабатом-Зинном. Изначально MBSR предназначалась для людей, страдающих хроническими или острыми заболеваниями (рак, ВИЧ, синдром раздражённого кишечника и пр.), с целью снижения их физической боли, а также для лиц, страдающих от последствий стресса.

В основе подхода лежит ряд идей:

- Человек в своем обычном состоянии по большей степени неосознанное существо, как правило, большая часть происходящего

в настоящий момент проходит мимо нашего сознания, в повседневной жизни люди живут в режиме «автопилота»

- Мы способны направлять и удерживать внимание на том, что происходит в нашей психике
- Эту способность можно существенно развить, путем постепенной, регулярной практики
- Осознание того, что происходит в каждый момент может значительно обогатить нашу жизнь, делает ее более насыщенной, позволяет перестать слепо, рефлекторно реагировать на вызовы жизни и начать осмысленно отвечать более совершенным образом.
- Безоценочное, постоянное наблюдение за происходящим в уме позволяет более адекватно, более объективно воспринимать жизнь.
- Более точное понимание процессов, протекающих в уме, и своих шаблонов психологических ответов на внешние и внутренние стимулы, автоматически ведет к сбору дополнительной информации о мире, выработке более совершенных решений, что позволят эффективнее действовать в жизни и ведет к чувству большего контроля [21].

Стандартная программа MBSR длится 8 недель (также есть варианты более ускоренного формата – 4 недели, но в этом случае за одну неделю проводится два занятия). Занятия проходят в группах (от 10 до 40 участников) 1 раз в неделю, длительность занятия в среднем 2 часа. На каждом занятии осваивается какое-либо упражнение, даются теоретические сведения по теме майндфулнесс. Предполагается, что участники практикуют майндфулнесс ежедневно дома, по 30 минут под специальные аудиозаписи, ведут специальный дневник, а также выполняют разного рода другие домашние задания, которые могут подбираться индивидуально для каждого участника программы [22].

MBSR - это смесь медитации, осознания тела и йоги: обучение через практику и изучение того, как ваше тело обрабатывает (и может разрешать)

стресс неврологически. В основе данной программы лежат определённые практики:

- фиксация на ощущениях в собственном теле (Body Scan);
- фиксация на дыхании (Sitting Meditation);
- комплекс йоги (Mindful Yoga);
- осознанное питание;
- дополнительные медитативные практики (Soften, Soothe, Allow; RAIN Meditation; Mountain Meditation; Lake Meditation; Lovingkindness; Silent Meditations и др.).

В психологических кругах, как правило, не принято употреблять слово «медитация», особенно если дело касается работы с пациентами. Однако за последние годы было написано множество научных работ, в которых медитация была предметом контролируемых клинических исследований [23]. Было установлено, что активное и регулярное применение медитативных практик имеет ряд благоприятных последствий, таких как снижение стресса, расслабление, улучшение качества жизни в целом. Но крайне важно заметить, что медитация не помогает предотвратить или излечить болезнь, она лишь снимает симптомы [24].

В настоящее время существует огромный массив научных данных, посвященных эффективности программы MBSR. Отдельные мета-исследования (анализ результатов других исследований) оперируют базами в несколько сотен публикаций. Хотя многие исследования не соответствуют строгим требованиям доказательной медицины (отсутствуют контрольные группы, MBSR не единственная переменная в исследовании, «неслучайный» характер набора участников, неадекватный статистический анализ результатов и др.), тем не менее, существует достаточно фактов, подтверждающих эффективность MBSR [25, 26, 27].

Исследования показывают, что в результате практики по программе MBSR достигается:

- значительное сокращение уровня боли и повышение способности справляться с болью, которая не может быть снята;
- значительное уменьшение тревожности, депрессии, враждебности;
- рост способности расслабляться;
- большая энергия в жизни;
- улучшение самооценки;
- улучшение навыков управления стрессом , способность более эффективно справляться, как с краткосрочными, так и долгосрочными стрессовыми ситуациями [28].

В завершении общего обзора данной программы стоит сказать о противопоказаниях, которые также имеются. К ним относятся:

- эпилепсия;
- серьезные психические заболевания (психозы, шизофрения, параноидальный синдром с галлюцинациями);
- истерические реакции;
- внутренние кровотечения и гастриты в стадии обострения (чтобы не вызвать расширения капилляров);
- инсульт в острой форме [29]

### **1.2.1 Майндфулнесс как основа программы по снижению стресса**

Ранее мы уже сказали, что в основе MBSR лежит практика осознанности – «mindfulness». И дали определение этого термина - безоценочная осведомленность, возникающая в результате сознательного направления внимания на настоящий момент развертывающегося опыта (Дж. Кабат-Зинн). Майндфулнесс помогает распознавать наши собственные мысли, чувства и действия в момент их возникновения, не переходя на автоматические реакции. В данном подпункте мы более подробно рассмотрим концепцию «майндфулнесс», перечислим её основные принципы, а также назовём разные виды практики осознанности.

Майндфулнесс предполагает осознанное, глубокое фокусирование внимание на телесном и ментальном опыте, развивает способность осознавать свои намерения, поступки и мысли. Говоря простым языком, майндфулнесс способствует выходу из состояния «автопилота». Оно так и называется – «автопилот» - когда мы автоматически реагируем на всё вокруг происходящее, совершенно не уделяя внимание на те или иные моменты, т.е. выполняем часть наших повседневных задач неосознанно. Сюда могут относиться двигательные задачи, эмоциональные реакции, мыслительные шаблоны.

У данного режима есть как плюсы, так и минусы. Некоторая наша деятельность или происходящие вокруг события не требуют от нас особого внимания – нет необходимости тратить на это лишнюю энергию. Но нас заботит то, что иногда этот режим становится всепоглощающим и мы попросту можем не замечать какие-либо значимые моменты. Ведь именно восприятие и осознание небольших жизненных фрагментов наполняют наше существование смыслом.

Важно уметь переключаться между режимом автопилота и режимом осознанного восприятия. И именно это умение формируется при активной практике майндфулнесс.

Практика майндфулнесс способствует развитию нескольких ключевых навыков:

- Сосредоточение. Направление и удержание внимания
- Навык сенсорной ясности. Чёткость распознавания и отделения мыслей от физических ощущений
- Навык отделения себя от своих эмоциональных реакций. Восприятие происходящего таким, какие оно является

Джон Кабат-Зинн выделяет семь главных принципов майндфулнесс:

- Безоценочность (Non-Judging). В практике мы стараемся выступать в качестве беспристрастного свидетеля собственных ощущений. Мы отказываемся от категорий «хорошо-плохо», «нравится-не нравится» и

т.п. Соответственно, мы не выносим суждения и не присваиваем какие-либо ярлыки.

- Не-стремление (Non-Striving). Отсутствие целеполагания в практике. Практики осознанности не имеют конечной цели. Единственная цель, которая может быть - это оставаться собой «здесь-и-сейчас». Поэтому мы не стремимся к результатам. Невозможно заставить себя полноценно расслабиться, поскольку физиологические механизмы релаксации лежат вне волевого контроля человека. Всё, что можно сделать – это лишь создать условия для запуска физиологических сдвигов и терпеливо ждать результатов. А желание достичь скорейшего расслабления вызывает напряжение, а, значит, отделяет от искомого результата.
- Принятие (Acceptance). Отказ от бессмысленной борьбы с реальностью, признание за реальностью права быть такой, какой она, собственно, и является, будь даже она неприятна или болезненна. И принятие того, что есть. С какими бы переживаниями не столкнулся человек, он способен принять их и действовать.
- Терпение (Patience). Изменения накапливаются незаметно, мы не ждём моментальных результатов. Не стоит прикладывать излишние усилия, дабы почувствовать какие-либо изменения (это, кстати, противоречит нашему второму принципу). Если результат изначально незаметен, это не значит, что его нет. Развитие требует времени и терпения
- Доверие (Trust). Данный принцип говорит нам о том, что всегда стоит полагаться на свои личные оценки, чувства и свой опыт. Даже если в какой-то момент вы ошибаетесь. Доверяйте себе, практикуя, позвольте своему «внутреннему я» вести себя.
- Ум новичка (Beginner's Mind). Стремление воспринимать всё как в первый раз. Мы развиваем в себе «взгляд новичка» в противовес привычным фильтрам «эксперта». В «уме новичка», в отличие от «ума знатока», сокрыто огромное количество возможностей. Отказываясь от

экспертной позиции мы расширяем границы видения объекта и может его увидеть с новых сторон

- Отпускание (Letting Go). Мы не цепляемся за приятный опыт и не стремимся отталкивать неприятный.

Как же практиковать майндфулнесс? Есть множество способов, различных техник и методов. Некоторые из них мы разберём в следующем подпункте. Общим в этих техниках является то, что мы стараемся зафиксировать своё внимание на моменте «здесь-и-сейчас», не забывая вышеперечисленные принципы. Зачастую новичкам, которые интересуются практикой майндфулнесс, предлагается делать следующее.

Принять удобную позу (сесть, лечь), закрыть глаза и в течение некоторого времени фиксироваться на настоящем. Как правило, фокус внимания смещается на дыхание. Дыхание – это то, что есть здесь и сейчас. Субъект просто следит за своим дыханием и ни о чём не думает в этот момент. Время практики может различаться. Начинают, как правило, с двух-трёх минут фокусировки, далее постепенно увеличивают количество минут до 10-15 и более.

То, что мы сейчас описали называется формальной практикой майндфулнесс. То есть практика специально организованная. Также существует вариант неформальной практики майндфулнесс. Она подразумевает нахождение в моменте «здесь-и-сейчас» во время выполнения ваших повседневных дел. Это мытьё посуды, прогулка по лесу, приём пищи и т.д.

Например:

Когда я мою кружку, я думаю о том, как мою кружку и не более. Когда я гуляю по лесу, я не планирую свой завтрашний день, а наслаждаюсь красотой деревьев. Когда я обедаю, я не смотрю сериалы, а полностью обращаю своё внимание на еду, стараясь распробовать каждый кусочек.

В завершении хотелось бы сказать об исследовательской базе майндфулнесс. За последние десять лет интерес к практике майндфулнесс вырос в десятки раз (см. Рисунок 3). Данная практика осознанности находит



себе применение всё в новых областях. Особенно популярны исследования в рамках конкретных программ осознанности (MBSR, MBCT и пр.) [30, 31], связи майндфулнесс и питания [32], работы [33], тревожности [34, 35], агрессии [36, 37], сна [38, 39], иммунитета [40, 41], хронических болезней [42, 43] и т.д.

**Научные статьи о интервенциях на основе осознанности  
American Mindfulness Research Association (AMRA)**  
(AMRA database)  
ISI Web of Science database



Рисунок 4 – Статистика публикаций научных статей о майндфулнесс [44]

### 1.2.2 Основные техники, применяемые при реализации программы и их описание

Программа MBSR включает в себя множество различных техник, направленных на развитие осознанности, безоценочного восприятия и принятия действительности. Данные техники практикуются участниками программы как непосредственно на занятиях, так и дома. Мы скажем о некоторых из них, которые в обязательном порядке применяются как минимум на одном из восьми занятий, а именно:

- Сканирование тела (Body Scan);
- Сидячая медитация/Осознание дыхания (Sitting Meditation);
- Осознанная йога/Осознанная растяжка (Mindful Yoga/Mindful Stretching)

– Осознанное питание.

### 1. Сканирование тела (Body Scan)

Освоение осознанности предполагает, что вы учитесь направлять внимание на то, что происходит в данный момент в теле, органах чувств или уме. И данная практика касается непосредственно осознанности в отношении своего тела.

В буддистской созерцательной практике, лежащей в основе западной концепции осознанности, тело является одной из опор (приложений) развития внимательности (осознанности).

Упражнение «Сканирование тела (Сканер)» является превосходным способом развития устойчивого и гибкого внимания. Оно является базовым в восьминедельной программе MBSR, осваивается в первую очередь и практикуется на всем протяжении курса. Особенно интенсивно упражнение практикуется в течение первых 4-х недель программы (ежедневно, 1-2 раза в день, 6 дней в неделю, под аудиозапись). Считается, что это упражнение закладывает основу для всех остальных видов медитации курса MBSR.

Некоторым пациентам именно упражнение «Сканер» дает первое ощущение благополучия и отсутствия времени в практике медитации. Особую пользу упражнение может принести лицам, страдающим от различных заболеваний. Умение устойчиво направлять внимание и «энергию» на конкретную часть тела по желанию может оказать заметную помощь в процессе борьбы с различными заболеваниями. Если болезнь сопровождается болевыми ощущениями то практика сканирования может заметно облегчить переживание боли.

Зачем осознавать тело? Выработывая навык осознанности, мы пытаемся научиться направлять устойчивое внимание на текущий момент, быть «здесь-и-сейчас». Осознание тела — это самый легкий способ закрепиться в настоящем. Действительно, наше тело не может оказаться ни в прошлом, ни в будущем, оно живет только в настоящем. Это своего рода «якорь», за который мы можем уцепиться в вихре мыслей о прошлом и суждений о будущем.

Ребекка Крейн в своей работе «Mindfulness Based Cognitive Therapy» перечисляются 4 навыка, приобретаемые благодаря практике упражнения «Сканер» [45]:

- Научиться вступать в контакт, со своим телом, с непосредственным опытом своих физических ощущений, научиться использовать интуитивный, невербальный метод познания.

«Основная цель практики — выработать навык привнесения осознания и осведомленности в сферу физических ощущений, по мере того, как внимание по очереди фокусируется на различных участках тела. Это позволяет нам оказаться в настоящем моменте — там где и протекают все ощущения (прямо здесь, прямо сейчас). Упражнение учит напрямую «быть с ощущениями», а не смотреть на них со стороны, думать о них или иметь представления о них. Это помогает избежать «отстраненности» от ощущений тела, и вдохновляет нас «чувствовать себя дома» в своем теле»

- Научиться по своему желанию направлять внимание.

«Упражнение «Сканер» учит нас по своей воле направлять и удерживать внимание на любом участке тела, а значит сознательно «подключаться» и «отключаться» от любой части тела. Мы учимся сужать фокус (например осозная один палец ноги) и расширять его (осозная все тело в целом). Практикуя дыхание «через разные участки тела» и наблюдая происходящее там, мы учимся использовать дыхание в качестве инструмента управления вниманием»

- Научиться искусно бороться с блужданием ума.

«Уму свойственно отвлекаться, вступать во внутренний диалог, уходить в прошлое или фантазировать о будущем. Также и мы сами склонны подавлять отдельные мысли и эмоции, судить себя за некоторые чувства. В практике сканирования тела мы учимся искусно обращаться с такого рода паттернами поведения ума: мы просто осознаем их, и мягко возвращаем внимание к телу. Сама по себе,

повторяющаяся практика осознания отвлечения и возвращения ума туда, где мы хотим чтобы он находился, является важнейшим уроком. Мы понимаем, что не на все, происходящее в нашем уме, стоит реагировать или анализировать это»

- Научиться позволять вещам быть такими какие они есть.  
«Упражнение «Сканер» осваивается с целью выработать способность быть осознанным в отношении того, что происходит в теле. Многие надеются, что с помощью этого упражнения они научатся расслабляться. Зачастую так и происходит, но вполне вероятно, что вы столкнетесь со скукой, напряженностью и физическим дискомфортом. Когда наш опыт не совпадает с нашими ожиданиями важно научиться понимать, что это противоречие можно использовать в качестве средства, для того чтобы лучше узнать обычные паттерны нашего ума»

В книге Уильямса, Тисдейла, Сигала и Кабат-Зинна «Выход из депрессии» утверждается, что регулярная практика осознания ощущений в теле позволяет «восстановить связь с собственным телом, что играет ключевую роль в переживании и выражении эмоций», «позволяет разорвать связь между ощущениями в теле и мышлением, ту связь, которая поддерживает цикл навязчивых мыслей и депрессии», а также «учит вносить мудрое внимание к частям тела, даже когда они являются местом проявления интенсивных неприятных ощущений — навык, который может быть перенесен на другие стороны нашей жизни» [46].

Также регулярная практика сканирования тела позволяет освободиться от подавленных эмоций. Психотравмирующие события, начиная с пережитых в раннем детстве, вызывают сильный эмоциональный отклик, который надолго запечатлевается в теле человека в виде физических зажимов, напряжений, дисфункций. Медитация сканирования тела помогает высвободить эти эмоциональные «залежи» [57].

Практика сканирования тела позволяет, в том числе, научиться использовать тело как «эмоциональный барометр». Практикуя сканирование тела вы научитесь осознавать как ваше тело реагирует в различных ситуациях, на те или иные события. Если вас что-то тревожит или нервирует, вы сможете раньше распознать это состояние через реакции своего тела, а значит раньше начать искать адекватный ответ на вызов ситуации.

## 2. Сидячая медитация/Осознание дыхания (Sitting Meditation)

Упражнение в осознании дыхания является одной из самых распространенных практик. Ее можно обнаружить во всех ветвях буддийской традиции, в йоге, в цигуне, в суфийских практиках. Ключевую роль оно играет и в современных системах освоения осознанности. Это ключевое упражнение программы MBSR, осваивается с третьей недели и практикуется ежедневно, до конца курса. Как правило, наблюдение за дыханием осваивается и практикуется в виде формальной сидячей медитации, но есть несколько кратких упражнений, позволяющих наблюдать за дыханием в течение дня.

Зачем медитировать на дыхании? В первую очередь практика наблюдения за дыханием используется, как способ выхода из «режима деятельности» и переключения на режим «просто бытия». Дж. Кабат-Зинн говорит о такой практике, как о «способе восстановить контакт с областью бытия», как о «возможности просто побыть вместе со своим разумом». С ее помощью можно сделать свой ум устойчивым и стабильным.

Петербургский клинический психолог, кандидат философских наук С. А. Замалиева в своё блоге «Майндфулнесс и практика осознанного дыхания» при описании данной практики оперирует теорией о диафрагмальном дыхании. Она пишет [48]:

«Как правило, в процессе переживания стресса наше дыхание неконтролируемо учащается и из глубокого преобразуется в отрывистое и поверхностное. Включается так называемое «грудное» дыхание, которое задействует только верхние части легких.

Искусство осознанного дыхания основывается на знании человеческого тела и развитии способностей его контроля. В моменты приступов паники переход от грудного дыхания к диафрагмальному способствует расслаблению всего организма и успокоению ума. Диафрагма – это мышца, разграничивающая брюшную и грудную полости, граница которой проходит под ребрами. В организме человека она служит для расширения легких. «Брюшное» дыхание чаще всего характерно для сна и периодов релаксации. Таким образом, во время того, как вы осознанно переходите к подобному дыханию, активно используя силу диафрагмы, ваше тело расценивает происходящее как четкий сигнал к расслаблению и умиротворению»

В соответствии с теоретической моделью, предложенной М. Бишопом, осознанность включает в себе 2 ключевых аспекта: 1) навык, по своему желанию направлять и удерживать внимание на настоящем моменте, 2) нереагирующее, принимающее отношение к своему опыту. Медитация на дыхании позволяет тренировать оба эти аспекта. Снова и снова концентрируя внимание на дыхании, мы тренируем навык управления им. А упорно работая с отвлекающими факторами и препятствиями, мы получаем личный непосредственный опыт искусного отношения к своим переживаниям.

### 3. Осознанная йога/Осознанная растяжка (Mindful Yoga/Mindful Stretching)

Осознанная йога (осознанная растяжка) является вторым (после мысленного сканирования тела) базовым упражнением программы MBSR, направленным на осознание тела. За основу взяты упражнения хатха-йоги, направленные на растяжение и укрепление суставов и мышц. Хотя с помощью этой практики и можно развить мускулатуру и гибкость, основная её цель – лучше узнать свое тело в разнообразных ситуациях, почувствовать свою целостность. В восьминедельной программе MBSR рекомендуется заниматься йогой по 45 минут в день, под аудиозапись, начиная с третьей недели курса, чередуя йогу со сканированием тела.

Основные принципы практики:

- Быть здесь-и-сейчас. Осознанность позволяет превратить любую деятельность в медитацию: для этого необходимо напоминать себе о необходимости полностью присутствовать в настоящем моменте
- Отсутствие стремления достичь чего-либо. Упражнения йоги не делаются с целью стать здоровее, гибче, сильнее. В каждом упражнении нужно стремиться лишь достичь идеального баланса между усилием и расслаблением, с сохранением осознания каждого момента. Все эффекты придут как побочные плоды практики. В позах не нужно ничего делать, в них нужно просто пребывать.
- Внимательно читать сигналы тела — ощущения. Условно ощущения можно разделить на: 1) фоновые (незаметны пока специально не обратишь внимание на определенный участок тела); 2) нейтральные (легко осознаются и легко выделяются из фона, но не неприятны); 3) неприятные (настойчиво «лезут» в область сознания); 4) болевые. Практикуя упражнения необходимо всегда оставаться в зоне нейтральных ощущений. Неприятных, и уж тем более болевых ощущений, как бы ни хотелось расширить пределы гибкости или силы, следует избегать.

#### 4. Осознанное питание

Существуют разные варианты этого упражнения. Мы же выбрали вариант с поеданием двух изюмин – «Осознанное поедание 2-х изюмин». Это упражнение используется на первом занятии 8-недельного курса. Время, потраченное на съедение двух изюмин может достигать 45 минут.

Какая от этого упражнения польза? Во-первых, несмотря на то, что слово медитация не звучит в описании практики, это самое что ни на есть медитативное упражнение, и, проделав его, участник понимает, что медитация связана не с непонятным мистическим опытом, а с реалиями его повседневной жизни. И самое главное, не заметив того, он приобрел медитативный опыт исследования своего ума «от первого лица». Во-вторых, по ходу этого упражнения мы успеваем последовательно пройти вниманием по всем органам чувств (зрение, осязания, обоняние, вкус, внутренние ощущения и слух), а

также отметить связанные с этими ощущениями свои эмоциональные реакции и интеллектуальные оценки (ведь еда вызывает очень живой отклик).



Рисунок 5 - «Осознанное поедание 2-х изюмин»

В этом упражнении мы сталкиваемся с ключевым для майндфулнесс-подхода понятием – «автопилот». «Автопилот» (или автоматическое поведение) – это наше поведение в тех ситуациях, когда мы сознательно не принимаем решения о том, как вести себя, а действуем в соответствии с инстинктивными программами, социальными моделями и привычными паттернами. В каких-то ситуациях такое поведение уместно и полезно, но во многих случаях оно ведет нас лишь к проблемам. В целом большинство из нас слишком много времени проводят в состоянии «автопилота» и это не лучшим образом сказывается на качестве жизни. Прием пищи – это одна из ситуаций, когда мы входим в режим «автопилота». Осознано поедая виноград, мы изнутри на собственном опыте пробуем, что такое противоположность «автопилота» – внимательное осознанное состояние – и одновременно получаем возможность оценить, насколько именно моя жизнь подвержена автоматическому поведению.

Второе открытие, которое мы можем сделать благодаря этому упражнению, это то, насколько направление внимания способно «оживить» и трансформировать наш субъективный опыт. Многие люди в обсуждении после практики отмечали, что они никогда не ели такой вкусный изюм, или что их



восприятие изюма кардинально поменялось. Но ведь они не раз до этого ели изюм. Единственный новый ингредиент – любопытное устойчивое внимание к процессу. От этого наблюдения всего один шаг до понимания того, что с помощью осознанности мы можем превратить любое действие в источник яркого, интересного опыта.

Также в ходе этого упражнения мы можем «от первого лица» наблюдать, как наш ум моментально и автоматически связывает сенсорные ощущения с эмоциональными состояниями и концептуальными мыслями. Один вид изюма способен запустить в нашей голове нескончаемый диалог о достоинствах разных сортов винограда или гликемических индексах сухофруктов, а запах способен вызвать мгновенный эмоциональный отклик, связанный с какой-то ситуацией из прошлого.

MBSR может включать в себя ещё множество различных практик. Однако ни одна программа не обходится без практик вышеперечисленных.

Итак, подводя итог, мы можем сказать, что MBSR – это широко распространённая и научно обоснованная практика осознанности, которая эффективна не только при работе с людьми, имеющими острые хронические заболевания или с жертвами стрессовых ситуаций. Данная практика показывает свою эффективность и при работе с тревожностью, пищевым поведением, сном, агрессией, депрессией и пр. Помимо работы с расстройствами и болезнями, она также используется в корпоративной сфере для повышения индивидуальных показателей работников тех или иных корпораций. Т.е. данная программа применяется не только как средство реабилитации, но и как инструмент по повышению эффективности.

MBSR основывается на идеях концепции осознанности – майндфулнесс. Данное понятие имеет множество определений, но если говорить коротко и ясно, то мы можем определить майндфулнесс как режим осознанного безоценочного восприятия. В его основе лежат семь принципов: безоценочность, не-стремление, принятие, терпение, доверие, ум новичка, отпускание.

Программа MBSR включает в себя множество практик, но и среди них есть практики основополагающие: осознанное дыхание, осознанная йога, сканирование тела, осознанное питание. Данные практики помогают сформировать максимально осознанное восприятие реальности, выйти из режима автопилота и вырабатывают способность оценивать свои собственные автоматические мысли.

## **2 Эмпирическое исследование динамики тревожности у участников программы снижения стресса**

### **2.1 Организация и методы исследования**

Для организации исследования с целью выявления динамики тревожности у участников программы MBSR нами были сформированы экспериментальная и контрольная группа. В каждую из них входили 12 человек с высоким уровнем тревожности. Экспериментальной группе предстояло пройти курс MBSR, состоящий из восьми двухчасовых занятий, которые проходили раз в неделю. Контрольная группа не подвергалась экспериментальному воздействию.

План проведения исследования был следующим:

1. Отбор высокотрехотных субъектов при помощи Шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина и Шкалы тревожности Тейлора и формирования экспериментальной и контрольной группы
2. Проведение первых четырех занятий (из восьми) у экспериментальной группы
3. Повторное выявление уровня тревожности у представителей экспериментальной и контрольной группы при помощи тех же методик
4. Проведение оставшихся четырех занятий у экспериментальной группы
5. Заключительное выявление уровня тревожности у представителей экспериментальной и контрольной группы при помощи тех же методик
6. Обработка данных и интерпретация результатов

Применение Шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина и Шкалы тревожности Тейлора трижды необходимо для установления динамики тревожности у участников программы.

Итак, раз в неделю участники программы посещали специальные занятия, на которых они занимались развитием осознанности за счёт, во-первых,

информирования о практике майндфулнесс с нашей стороны, во-вторых, участия в ряде упражнений и практик с их стороны. План реализации программы указан в Таблице 1.

Таблица 1 – План программы MBSR

№ занятия	Практика
1	1. Сканирование тела
2	1. Сканирование тела 2. Осознанное питание
3	1. Осознанная йога (1) 2. Осознанное дыхание
4	1. Осознанная йога (2) 2. Осознанное дыхание
5	1. Медитация в горах 2. Осознанное питание
6	1. Сканирование тела 2. Осознанная йога (1)
7	1. Сканирование тела (без звукового сопровождения) 2. Осознанное дыхание (без звукового сопровождения)
8	Практики отсутствуют, т.к. на последнем занятии время уделяется формированию у каждого участника, личного набора практик исходя из нужд и склонностей.

Участники программы также регулярно получали домашнее задание в виде выполнения некоторых практик самостоятельно и заполнения соответствующих листов практики, просмотра тематических видео и прочтения статей.

Таблица 2 – «Домашние практики»

№ недели	Формальная практика	Неформальная практика
1	Сканирование тела	Осознанное питание
2	Сканирование тела/Осознанное дыхание	Календарь приятных событий
3	Осознанная йога/ Сканирование тела/Осознанное дыхание	Календарь неприятных событий
4	Осознанная йога/Осознанное дыхание	Практика «СТОП»
5	Медитация в горах	Практика «СТОП»
6	Осознанная йога/ Сканирование тела/Осознанное дыхание	Календарь общения
7	Осознанная йога/ Сканирование тела/Осознанное дыхание	Любая из вышеперечисленных практик

\*Формальной практикой является практика, имеющая строгий регламент, указания и рекомендации по её выполнению. Неформальной практикой является привнесение состояния осознанности в повседневную жизнь (находиться в моменте «здесь и сейчас» в момент, когда моем посуду)

Далее мы более подробно остановимся на описании методик для выявления уровня тревожности у участников программы MBSR - Шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина и Шкале тревожности Тейлора.

Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина является информативным способом выявления уровня тревожности как состояния и тревожности как устойчивой характеристики человека. Нас интересует шкала личностной тревожности.

Опросник состоит из 40 высказываний, на которые предлагается ответить одним из четырёх предоставленных вариантов: «Никогда», «Почти никогда», «Часто» и «Почти всегда». Шкала реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) имеет две самостоятельные подшкалы для отдельного измерения той и другой формы тревожности: подшкала оценки РТ с главным вопросом о самочувствии в данный момент и подшкала оценки ЛТ с формулировкой о самочувствии обычно(м). Результаты оцениваются в градациях: до 30 баллов – низкая; 31-45 – средняя; 46... – высокая тревожность. Более подробное описание данной методики находится в Приложении А.

Шкала тревожности Тейлора предназначена для измерения проявлений тревожности. Утверждения шкалы отбирались из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММПИ). Выбор пунктов для шкалы «проявления тревожности» осуществлялся на основе анализа их способности различать лиц с «хроническими реакциями тревоги».

Опросник содержит 60 утверждений, на которые предлагается ответить одним из двух вариантов ответа – «Да» или «Нет». Затем подсчитывается суммарная оценка по шкале тревожности: 40 – 50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги; 25 – 40 баллов - свидетельствует о высоком уровне тревоги; 15 – 25 баллов - о среднем (с тенденцией к высокому) уровню тревоги; 5 – 15 баллов - о среднем (с тенденцией к низкому) уровню

тревоги; 0 – 5 баллов - о низком уровне тревожности. Более подробное описание данной методики находится в Приложении Б.

## **2.2 Анализ и интерпретация результатов эмпирического исследования**

Наше исследование можно разделить на четыре этапа: этап первичной диагностики, промежуточной, заключительной диагностики и этап статистической обработки.

### **I Этап**

Результаты испытуемых по Шкале Спилбергера-Ханина и по Шкале Тейлора.

Таблица 3 – Результаты первичной диагностики экспериментальной и контрольной групп по Шкале Спилбергера-Ханина и Шкале Тейлора

Группа респондентов	Высокий уровень тревожности	
	Шкала Спилбергера-Ханина	Шкала Тейлора
Экспериментальная	100%	100%
Контрольная	100%	100%

### **II Этап**

С целью выявления динамики тревожности нами было проведено промежуточное измерение уровня тревожности у участников программы MBSR. Проанализировав результаты промежуточной диагностики, мы можем заметить, что по результатам полученных за счёт Шкалы Спилбергера-Ханина уровень тревожности у 2 из 12 респондентов (16,7%) изменился с высокого на средний (Рисунок 6). Данные по Шкале Тейлора показывают нам, что у 3 респондентов (25%) уровень тревожности сменился с высокого на средний (Рисунок 7).

По критерию Уилкоксона результаты, полученные за счёт Шкалы Спилбергера-Ханина и Шкалы Тейлора на данном этапе не являются статистически значимыми (Таблица 4).

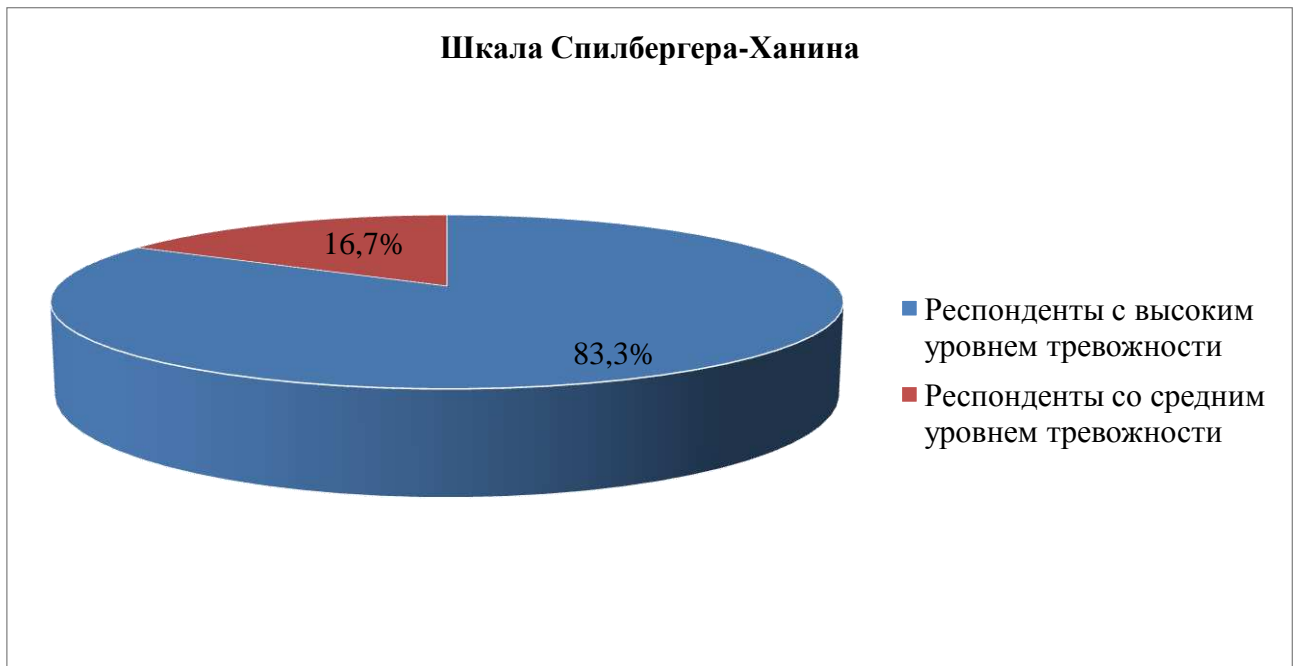


Рисунок 6 – Результаты промежуточной диагностики экспериментальной группы по Шкале Спилбергера-Ханина

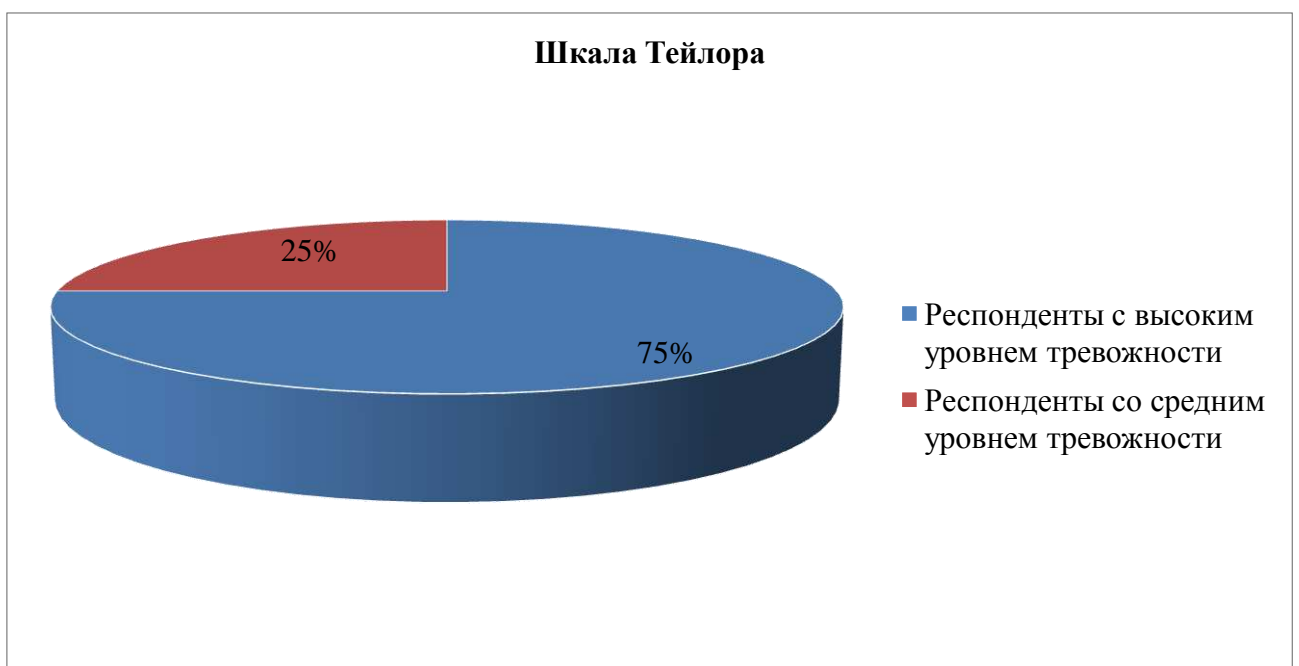


Рисунок 7 – Результаты промежуточной диагностики экспериментальной группы по Шкале Тейлора

Таблица 4 – Результаты определения статистической достоверности различий между показателями исследования первичной и промежуточной диагностик тревожности

Методика	Вероятность допустимой ошибки	Эмпирическое значение показателя (Т критическое 17)	Статистическая достоверность различий (недостоверные/ достоверные)
Шкала Спилбергера-Ханина	0,05	34,5	Недостоверные
Шкала Тейлора	0,05	23,5	Недостоверные

Также промежуточному измерению была подвергнута и контрольная группа, однако динамики уровня тревожности в ней не наблюдалось.

### III Этап

На этапе заключительной диагностики также было проведено измерение уровня тревожности у участников программы MBSR. По результатам Шкалы Спилбергера-Ханина у 3 респондентов (25%) уровень тревожности остался неизменным, т.е. высоким, у 7 (58,3%) респондентов уровень тревожности снизился до среднего, у 2 (16,7%) до низкого (Рисунок 8). Обобщив, мы видим, что динамика тревожности наблюдалась у 9 респондентов (75%) из 12.

Данные, полученные за счёт Шкалы Тейлора говорят нам о следующем: у 3 респондентов (25%) уровень тревожности остался высоким и у 9 респондентов (75%) уровень тревожности изменился с высокого или очень высокого на средний (Рисунок 9).

Среди участников контрольной группы изменений уровня тревожности также не наблюдалось.



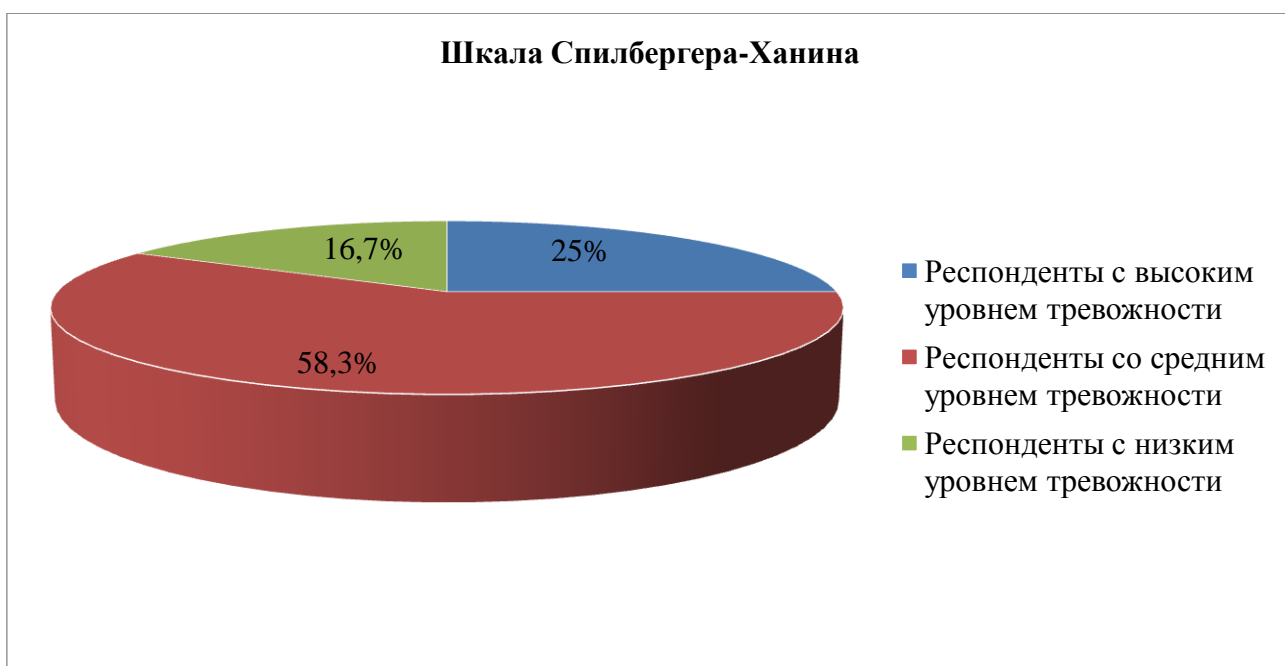


Рисунок 8 – Результаты заключительной диагностики экспериментальной группы по Шкале Спилбергера-Ханина

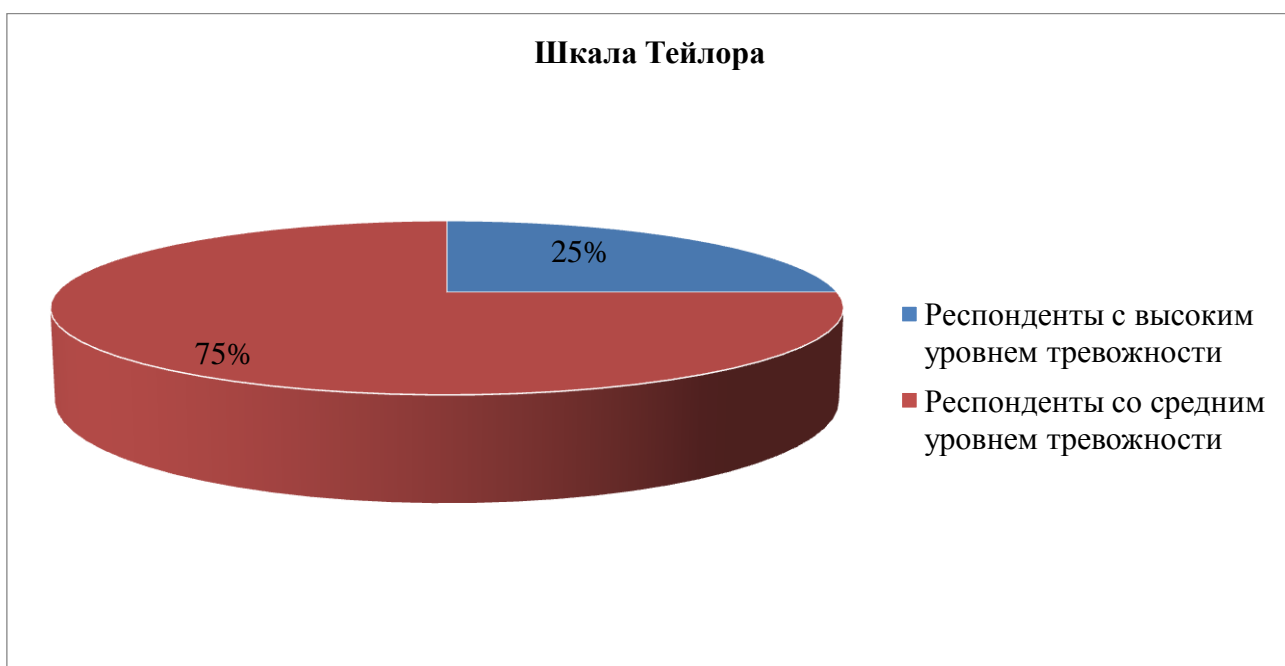


Рисунок 9 – Результаты заключительной диагностики экспериментальной группы по Шкале Тейлора

Итого обе методики выявили динамику тревожности у 75% участников программы. Свод всех полученных данных по Шкале Спилбергера-Ханина и

Шкале Тейлора находится в Таблице 5 и Таблице 6 соответственно. Динамика тревожности у респондентов экспериментальной и контрольной групп в обобщённом виде представлена в Таблице 7.

Таблица 5 – Динамика уровня тревожности участников экспериментальной группы в соответствии с результатами по Шкале личностной тревожности Спилбергера-Ханина

№ испытуемого	Результаты тестирования №1	Уровень тревожности	Результаты тестирования №2	Уровень тревожности	Результаты тестирования №3	Уровень тревожности
1	51	Высокий	52	Высокий	39	Средний
2	63	Высокий	54	Высокий	44	Средний
3	54	Высокий	43	Средний	29	Низкий
4	59	Высокий	49	Высокий	35	Средний
5	71	Высокий	73	Высокий	41	Средний
6	65	Высокий	58	Высокий	40	Средний
7	63	Высокий	63	Высокий	58	Высокий
8	54	Высокий	42	Средний	28	Низкий
9	70	Высокий	63	Высокий	63	Высокий
10	59	Высокий	67	Высокий	61	Высокий
11	58	Высокий	59	Высокий	41	Средний
12	62	Высокий	54	Высокий	33	Средний

Таблица 6 – Динамика уровня тревожности участников экспериментальной группы в соответствии с результатами по Шкале тревожности Тейлора

№	Результаты тестирования №1	Уровень тревожности	Результаты тестирования №2	Уровень тревожности	Результаты тестирования №3	Уровень тревожности
1	31	Высокий	31	Средний	24	Средний
2	34	Высокий	32	Высокий	25	Средний
3	39	Высокий	28	Средний	21	Средний
4	40	Очень высокий	40	Очень высокий	26	Средний

Окончание таблицы 6

№	Результаты тестирования №1	Уровень тревожности	Результаты тестирования №2	Уровень тревожности	Результаты тестирования №3	Уровень тревожности
5	43	Очень высокий	44	Высокий	26	Средний
6	34	Высокий	34	Высокий	28	Средний
7	41	Очень высокий	42	Высокий	38	Высокий
8	27	Высокий	25	Высокий	17	Средний
9	44	Очень высокий	40	Очень высокий	38	Высокий
10	39	Высокий	41	Высокий	36	Высокий
11	36	Высокий	29	Средний	24	Средний
12	36	Высокий	34	Высокий	20	Средний

Таблица 7 – Динамика тревожности у респондентов экспериментальной и контрольной групп в обобщённом виде

Группа респондентов	Снижение уровня тревожности на втором этапе		Снижение уровня тревожности на третьем этапе	
	Шкала Спилбергера-Ханина	Шкала Тейлора	Шкала Спилбергера-Ханина	Шкала Тейлора
Экспериментальная	16,7%	25%	75%	75%
Контрольная	0%	0%	0%	0%

#### IV Этап

Для определения статистической достоверности различий между показателями первичной и повторной диагностик у участников программы снижения стресса нами был взят критерий Уилкоксона для связанных выборок – непараметрический статистический критерий, используемый для сравнения двух связанных (парных) выборок по уровню какого-либо количественного признака, измеренного в непрерывной или в порядковой шкале. Т-критерий Уилкоксона используется для оценки различий между двумя рядами измерений, выполненных для одной и той же совокупности исследуемых, но в

разных условиях или в разное время. Данный тест способен выявить направленность и выраженность изменений - то есть, являются ли показатели больше сдвинутыми в одном направлении, чем в другом. Суть метода состоит в том, что сопоставляются абсолютные величины выраженности сдвигов в том или ином направлении. Для этого сначала все абсолютные величины сдвигов ранжируются, а потом суммируются ранги. Классическим примером ситуации, в которой может применяться T- критерий Уилкоксона для связанных совокупностей, является исследование "до-после", когда сравниваются показатели до и после проведения терапевтических воздействий.

Чтобы рассчитать T-критерий Уилкоксона для связанных выборок, необходимо вычислить разность между значениями парных измерений для каждой исследуемой шкалы, определить, какие из разностей являются типичными. Проранжировать разности пар по их абсолютным значениям в порядке возрастания. Рассчитать сумму рангов, соответствующих нетипичным сдвигам. Таким образом, T-критерий Уилкоксона для связанных выборок рассчитывается по следующей формуле:

$$T = \sum Rr$$

где  $\sum Rr$  - сумма рангов, соответствующих нетипичным изменениям показателя.

Таблица 8 – Результаты определения статистической достоверности различий между показателями исследования первичной и заключительной диагностик тревожности

Методика	Вероятность допустимой ошибки	Эмпирическое значение показателя (T критическое 17)	Статистическая достоверность различий (недостоверные/ достоверные)
Шкала Спилбергера-Ханина	0,05	1	Достоверные
Шкала Тейлора	0,05	12	Достоверные

На основании данных, представленных в Таблице 8 можно сделать вывод о том, что сравниваемые значения первичной и заключительной диагностик статистически достоверно различаются с вероятностью допустимой ошибки меньше 0,05 у исследуемых как по Шкале Спилбергера-Ханина, так и Шкале Тейлора. Данный факт свидетельствует об эффективности реализуемой нами программы.

### **2.3 Выводы**

В ходе нашего исследования нам удалось установить, что программа снижения стресса MBSR приводит к снижению уровня тревожности у её участников. Также нами была исследована динамика тревожности.

Мы наблюдали, что по мере прохождения половины занятий у некоторых участников был снижен уровень тревожности, однако данные результаты не были статистически значимы. Уровень тревожности снизился у меньшей части группы – 16,7% и 25% по Шкале Спилбергера-Ханина и по Шкале Тейлора соответственно. Данную динамику мы объясняем тем, что для того, чтобы снижение уровня тревожности было статистически значимым, четырёх недель практики осознанности недостаточно. Майндфулнесс требует регулярной и долгосрочной тренировки, навык пребывания в моменте «здесь и сейчас» развивается постепенно. Чтобы испытать реальные результаты большинству людей недостаточно четырёх недель практики.

Проведя заключительную диагностику по завершении реализации программы, мы наблюдаем совсем иные результаты. У большинства участников экспериментальной группы (75%) уровень тревожности снизился с высокого на средний или низкий. Мы выяснили, что данные результаты являются статистически значимыми, за счёт чего мы сделали вывод, что применение программы снижения стресса (MBSR) приводит к снижению уровня тревожности у её участников.

Если проводить параллель с промежуточным срезом уровня тревожности у участников программы, то можно сказать, что в данном случае время, которое было потрачено на формирование навыков осознанности было в два раза больше – восемь недель. Как мы видим, этого времени достаточно для того, чтобы работать с тревожностью.

Также практики осознанности формируют способность сосредотачиваться, осознавать текущий внутренний и внешний опыт, управлять процессом осознания, за счёт чего субъект может лучше отслеживать и оценивать собственные автоматические мысли, эмоции и реакции. Тревога начинается с мысли. Иррациональная тревога начинается с иррациональной мысли. Соответственно, отследив и оценив такого рода мысль, а также поняв её необоснованность, субъект, как правило, не будет испытывать тревогу, либо будет испытывать тревогу умеренную.

В состоянии осознанности субъект фокусируется на переживании настоящего момента, не отвлекается на события прошлого или мысли о будущем. Он способен более объективно оценивать ситуацию, не давая таким компонентам как тревога доминировать над собой.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время проблема тревожности является как никогда актуальной. Появляется множество различных способов работы с тревогой и тревожностью. И к одному из способов снижения уровня тревожности относится Программа Снижения Стресса на основе Практик Осознанности (Майндфулнесс) – MBSR. И хоть изначально она разрабатывалась для иных целей, а именно для работы с людьми, страдающими хроническими или острыми заболеваниями, для снижения их физической боли, а также для лиц, страдающих от последствий стресса, программа MBSR также показывает эффективные результаты при работе непосредственно с тревожностью.

Целью нашей работы было исследование динамики тревожности у участников программы снижения стресса (MBSR). За счёт поэтапных измерений уровня тревожности при помощи Шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина и Шкалы тревожности Тейлора данная динамика была нами выявлена и исследована. Гипотеза о том, что применение программы снижения стресса (MBSR) приведёт к снижению уровня тревожности у её участников была нами подтверждена.

Данные исследования позволили сконструировать индивидуальные траектории коррекции тревожности для исследуемых. Материал исследования может быть использован в практике психологами и другими специалистами, занимающимися данной проблематикой.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Goldin, P. R. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder / P. R. Goldin., J. J. Gross // *Emotion*. – 2010. – № 10 (4). – p. 83-91.
2. Shulman, B. Feasibility of a Mindfulness-Based Cognitive Therapy Group Intervention as an Adjunctive Treatment for Postpartum Depression and Anxiety / B. Shulman, R. Dueck, D. Ryan, G. Breau // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – № 235. – p. 61-67.
3. Shulman, B. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness, and Hypnosis as Treatment Methods for Generalized Anxiety Disorder / B. Shulman, R. Dueck, D. Ryan, G. Breau // *American Journal of Clinical Hypnosis*. – 2018. – № 61. – p. 57-69.
4. Карандашев, В. Н. Изучение оценочной тревожности. Руководство по использования методики Ч. Спилбергера / В. Н. Карандашев, М. С. Лебедева, Ч. Спилбергер. – СПб. : Речь, 2004. – 80 с.
5. Ханин, Ю. Л. Исследование тревоги в спорте / Ю. Л. Ханин // *Вопросы психологии*. – 1978. – № 6. – С. 94-106.
6. Мэй, Р. Смысл тревоги / Р. Мэй. – М. : Независимая фирма "Класс", 2001. – 384 с.
7. Фрейд, З. Введение в психоанализ: лекции / З. Фрейд. – М. : Владос, 1999. – 256 с.
8. Ивлева, Е. И. Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий / Е. И. Ивлева. – М. : Мысль, 2006. – 311 с.
9. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни. – М. : Прогресс - Универс, 2003. – 480 с.
10. Мэй, Р. Проблема тревожности / Р. Мэй. – М. : Эксмо, 2001. – 431с.
11. Изард, К. Е. Эмоции человека / К. Е. Изард. – М. : Наука, 2010. – 440с.
12. Spielberger, C D. Examination Stress and Test Anxiety / C. D. Spielberger, H. P. Gonzalez // *Stress and Anxiety*. – New York, 1978. – № 5. 1978. – p. 172.
13. Прихожан, А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / А. М. Прихожан // *Психологическая наука и образование*. – 1998. – № 2. – С. 11-17.
14. Прихожан, А.М. Формы и маски тревожности. Влияние тревожности на деятельность и развитие личности / А. М. Прихожан // *Тревога и тревожность*. – СПб., 2001. – С. 143-156.
15. Немов, Р. С. Психология / Р. С. Немов. – М. : Юрайт, 2014. – 640 с.



16. Перре, М. Клиническая психология / М. Перре, У. Бауманн. – СПб. : Питер, 2013. – 985 с.
17. Петровский, А. В. Психология: словарь / А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. – М. : Политиздат, 2002. – 256 с.
18. Имедадзе, И. В. Тревожность как фактор учения в дошкольном возрасте / И. В. Имедадзе. – Тбилиси: Мецнисреба, 1960. – 340 с.
19. Кисловская, В. Р. Зависимость между социометрическим статусом и симптомом тревожности ожиданий в социальном общении (в возрастном плане) : дис. ... канд. псих. наук / В. Р. Кисловская. – Москва, 2001. – 194 с.
20. Холмогорова, А. Б. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гараянн. – М. : МГППУ, 2006. – 112 с.
21. Grossman, P. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis / P. Grossman, L. Niemann, S. Schmidt, H. Walach // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2004. – №57. – p. 35-43.
22. Кабат-Зинн, Дж. Самоучитель по исцелению / Дж. Кабат-Зинн. – Мн. : ООО «Попурри», 2002. – 496 с.
23. Ospina, M. B. Meditation practices for health: state of the research / M. B. Ospina, K. Bond, M. Karkhaneh // *Agency for Healthcare Research and Quality*. – 2007. – № 155. – p. 35-37.
24. Meditation [Электронный ресурс] // *Cancer Research UK*. Retrieved. – Режим доступа: <http://about-cancer.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/complementary-alternative-therapies/individual-therapies/meditation>.
25. Медитация облегчает симптомы синдрома раздраженного кишечника [Электронный ресурс] // *Лаборатория RealMindfulness*. – Режим доступа: <http://realmindfulness.ru/2011/12/meditaciya-osoznannosti-i-sindrom-razdrazhennogo-kishechnika>.
26. Barrett, B. Meditation or Exercise for Preventing Acute Respiratory Infection: A Randomized Controlled Trial / B. Barrett, M. Hayney, D. Muller, D. Rakel // *Ann Fam Med*. – 2012. – №10 (1). – p. 337-346.
27. Creswell, J. D. Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults: A small randomized controlled trial / J. D. Creswell, H. F. Myers, S. W. Cole, M. R. Irwin // *Brain, Behavior, and Immunity*. – 2009. – №23. – p. 184-188.
28. MBSR — Программа снижения стресса на основе осознанности [Электронный ресурс] // *Лаборатория RealMindfulness*. – Режим доступа: <http://realmindfulness.ru/2011/12/mbsr-programma-snizheniya-stressa-na-osnove-osoznannosti>.

29. Каматтари Д. 10+1 методов расслабления / Д. Каматтари, В. Баскаков. –М. : Институт общегуманитарных исследований, 2012. – 160 с.
30. Caldwell K. Developing mindfulness in college students through movement-based courses: Effects on self-regulatory self-efficacy, mood, stress, and sleep quality / K. Caldwell, M. Harrison, M. Adams, R. Quin // *Journal of American College Health*. – 2010. – № 58(5). – p. 433-442.
31. Tacon, A. (2003). Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: A pilot study / A. Tacon, J. McComb, Y. Caldera, P. Randolph // *Family and Community Health*. – 2003. – № 26 (1). – p. 25-33.
32. Kristeller, J.L. An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder / J. L. Kristeller, C. B. Halleh // *Journal of Health Psychology*. – 1999. – № 4. – p. 357-363.
33. Dane, E. Paying attention to mindfulness and its effects on task performance in the workplace / E. Dane // *Journal of Management*. – 2010. – № 37 (4). – p. 997-1018.
34. Goldin, P. Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects / P. Goldin, W. Ramel, J. J. Gross// *Journal of Cognitive Psychotherapy*. – 2009. – № 23. – p. 242-257.
35. Koszycki, D. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive– behavior therapy in generalized social anxiety disorder / D. Koszycki, M. Benger, J. Shlik, J. Bradwejn// *Behavior Research and Therapy*. – 2007. – № 45. – p. 2518-2526.
36. Borders, A. Could mindfulness decrease anger, hostility, and aggression by decreasing rumination? / A. Borders, M. Earleywine, A. Jajodia // *Aggressive Behavior*. – 2010. – № 36 (1). – p. 28-44.
37. Singh, N. N. Soles of the feet: A mindfulness-based selfcontrol intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness / N. N. Singh, R. G. Wahler, A. D. Adkins, R. E. Myers // *Research in Developmental Disabilities*. – 2003. – № 24 (3), – p.158-169.
38. Britton, W. B. Polysomnographic and subjective profiles of sleep continuity before and after mindfulness-based cognitive therapy in partially remitted depression / W. B. Britton, P. L. Haynes, K. W. Fridel, R. R. Bootzin // *Psychosomatic Medicine*. – 2010. – № 72 (6). – p. 539-548.
39. Ong, J. C. Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: A treatment-development study / J. C. Ong, S. L. Shapiro, R. Manber// *Behavior Therapy*. – 2008. – № 39 (2). – p. 171-182.
40. Davidson, R.J. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation / R. J. Davidson, J. Kabat-Zinn, J. Schmacher, M. Rosenkranz // *Psychosomatic Medicine*. – 2003. – № 65. – p. 564-570.

41. Smith, J.C. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation / J. C. Smith, R. J. Davidson, J. Kabat-Zinn // *Psychosomatic Medicine*. – 2004. – № 66. – p. 148-152.
42. Kabat-Zinn, J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients, based on the practice of mindfulness meditation / J. Kabat-Zinn// *General Hospital Psychiatry*. – 1982. – № 7(1). – p. 71-72.
43. Kabat-Zinn, J. The Clinical Use of Mindfulness Meditation for the Self-Regulation of Chronic Pain / J. Kabat-Zinn, L. Lipworth // *Journal of Behavioral Medicine*. – 1985. – № 8(2). – p. 163-190.
44. Замалиева, С. А. Майндфулнесс-подход: научно-исследовательские статьи [Электронный ресурс] / С. А. Замалиева // Студия Mindfulness Снежаны Замалиевой. – Режим доступа: <https://zamalieva.ru/blog/majndfulness-podhod-nauchno-issledovatelskie-stati>
45. Crane, R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy / R. Crane. – UK. : University of Oxford, 2012. p. 111.
46. Уильямс, М. Выход из депрессии. Освободи себя от хронической неудовлетворенности / М. Уильямс, Дж. Тисдейл, З. Сигал, Й. Кабат-Цинн. – СПб. : Питер, 2011. С. 288.
47. Hussain, D. Psychology of Meditation and Health: Present Status and Future Directions / D. Hussain, B. Bhushan // *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. – 2010. – № 10 (3). – p. 431-451.
48. Замалиева, С. А. Осознанное дыхание: как раз и навсегда избавиться от беспокойства [Электронный ресурс] / С. А. Замалиева // Студия Mindfulness Снежаны Замалиевой. – Режим доступа: <https://zamalieva.ru/blog/osoznannoe-dyhanie-kak-raz-i-navsegda-izbavitsya-ot-bespokoystva>.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI)

Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) - является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработана Спилбергером Ч.Д.и адаптирована Ханиным Ю.Л.

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Таблица А.1 – Бланк утверждений по шкале реактивной тревожности

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4

Окончание таблицы А.1

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала личной тревожности

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Таблица А.2 – Бланк утверждений по шкале личностной тревожности

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4

Окончание таблицы А.2

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Интерпретация результатов

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

Уровень реактивной тревожности вычисляется по формуле:

$Tr = Erp - Eро + 50$ , где:

Tr - показатель реактивной тревожности;

Erп - сумма баллов по прямым вопросам (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

Еро - сумма баллов по обратным вопросам (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19,20).

Для исчисления уровня личностной тревожности применяется формула:

$Tл = Eлп - Eло + 35$ , где:

Tл - показатель личностной тревожности;

Eлп - сумма баллов по прямым вопросам (22, 23, 24, 25, 28,29,31,32,34,35,37,38,40);

Eло - сумма баллов по обратным вопросам (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

до 30 баллов – низкая,

31 - 44 балла - умеренная;

45 и более - высокая.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом,

напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого. Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.



## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Шкала тревожности Тейлора (MAS) в адаптации Норакидзе

Шкала «проявления тревожности» (Manifest Anxiety Scale, MAS) — личностный опросник. Предназначен для измерения проявлений тревожности. Опубликован Дж. Тейлор в 1953 г. Утверждения шкалы отбирались из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI). Выбор пунктов для шкалы «проявления тревожности» осуществлялся на основе анализа их способности различать лиц с «хроническими реакциями тревоги».

Обработка результатов исследования осуществляется аналогично процедуре MMPI. Индекс тревожности измеряется в шкале Т-баллов. Шкала «проявления тревожности» нередко используется в качестве одной из дополнительных шкал MMPI. При этом результат измерения тревожности не только дополняет данные по основным клиническим шкалам MMPI, но и в некоторых случаях может быть привлечен к интерпретации профиля в целом. Как показывают данные исследований (Дж. Рейх и др., 1986; Дж. Хенсер, В. Майер, 1986), состояние тревоги связано с изменением когнитивной оценки окружающего и самого себя. При высоких показателях уровня тревожности необходимо соблюдать известную осторожность в интерпретации данных самооценки.

Опросник содержит 60 утверждений и предназначен для оценки уровня тревожности как одного из показателей адаптированности работника профессиональной деятельности.

Более известны варианты методики в адаптации Т. А. Немчинова и В. Г. Норакидзе, который в 1975 г. дополнил опросник шкалой лжи, позволяющей судить о демонстративности, неискренности в ответах. Оба варианта опросника используются при индивидуальном и групповом обследовании, способны решать как теоретические, так и практические задачи и могут быть включены в батарею других тестов.

Инструкция: Прочитайте первое высказывание в опроснике. Если вы согласны с данным высказыванием, то проставьте знак «X» в графе «Да» бланка ответов, если вы не согласны – знак «X» в графе «Нет». Оцените таким образом все 60 высказываний опросника. Старайтесь работать как можно быстрее, особенно над ответами не задумывайтесь, так как первый пришедший в голову ответ, как правило, бывает наиболее верным. Исправлений в записях делать нельзя.

#### Тестовый материал

1. Я могу долго работать не уставая.
2. Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет.
3. Обычно руки и ноги у меня теплые.
4. У меня редко болит голова.
5. Я уверен в своих силах.
6. Ожидание меня нервирует.
7. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
8. Обычно я чувствую себя вполне счастливым.
9. Я не могу сосредоточиться на чем-то одном.
10. В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали.
11. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
12. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
13. Я думаю, что я не более нервный, чем большинство людей.
14. Я не слишком застенчив.
15. Жизнь для меня почти всегда связана с большим напряжением.
16. Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь.
17. Я краснею не чаще, чем другие.
18. Я часто расстраиваюсь из-за пустяков.
19. Я редко замечаю у себя сердцебиение или одышку.

20. Не все люди, которых я знаю, мне нравятся.
21. Я не могу уснуть, если меня что-то тревожит.
22. Обычно я спокоен и меня не легко расстроить.
23. Меня часто мучают ночные кошмары.
24. Я склонен все принимать слишком серьезно.
25. Когда я нервничаю, у меня усиливается потливость.
26. У меня беспокойный и прерывистый сон.
27. В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать.
28. Я более чувствителен, чем большинство людей.
29. Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех.
30. Я хотел бы быть так же доволен своей жизнью, как, вероятно, довольны другие
31. Мой желудок сильно беспокоит меня.
32. Я постоянно озабочен своими материальными и служебными делами.
33. Я настороженно отношусь к некоторым людям, хотя знаю, что они не могут причинить мне вреда.
34. Мне порой кажется, что передо мной нагромождены такие трудности, которых мне не преодолеть.
35. Я легко прихожу в замешательство.
36. Временами я становлюсь настолько возбужденными, что это мешает мне заснуть.
37. Я предпочитаю уклоняться от конфликтов и затруднительных положений.
38. У меня бывают приступы тошноты и рвоты.
39. Я никогда не опаздывал на свидание или ра боту.
40. Временами я определенно чувствую себя бесполезным.
41. Иногда мне хочется выругаться
42. Почти всегда я испытываю тревогу в связи с чем-либо или с кем-либо
43. Меня беспокоят возможные неудачи.
44. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.

45. Меня нередко охватывает отчаяние.
46. Я - человек нервный и легко возбудимый.
47. Я часто замечаю, что мои руки дрожат, когда я пытаюсь что-нибудь сделать.
48. Я почти всегда испытываю чувство голода.
49. Мне не хватает уверенности в себе.
50. Я легко потею, даже в прохладные дни.
51. Я часто мечтаю о таких вещах, о которых лучше никому не рассказывать.
52. У меня очень редко болит живот.
53. Я считаю, что мне очень трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
54. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я не могу долго усидеть на одном месте.
55. Я всегда отвечаю на письма сразу же после прочтения.
56. Я легко расстраиваюсь.
57. Практически я никогда не краснею.
58. У меня гораздо меньше опасений и страхов чем у моих друзей и знакомых.
59. Бывает, что я откладываю на завтра то, что следует сделать сегодня.
60. Обычно я работаю с большим напряжением.

Интерпретация: Вначале следует обработать результаты по шкале лжи. Она диагностирует склонность давать социально желательные ответы. Если этот показатель превышает 6 баллов, то это свидетельствует о неискренности испытуемого.

#### Шкала лжи

- В 1 балл оцениваются ответы «Да» к пунктам: 2, 10, 39, 55
- Ответы «Нет» к пунктам: 16, 20, 28, 29, 41, 51, 59

#### Шкала тревоги

- В 1 балл оцениваются ответы «Да» к пунктам: 6, 7, 9, 11, 12, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 56, 60
- Ответы «Нет» к пунктам: 1, 3, 4, 5, 8, 13, 14, 17, 19, 22, 43, 52, 57, 58.

Затем подсчитывается суммарная оценка по шкале тревоги:

- 40 – 50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги;
- 25 – 40 баллов - свидетельствует о высоком уровне тревоги;
- 15 – 25 баллов - о среднем (с тенденцией к высокому) уровню тревоги;
- 5 – 15 баллов - о среднем (с тенденцией к низкому) уровню тревоги;
- 0 – 5 баллов - о низком уровне тревоги.

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### Т-критерий Уилкоксона

Критерий Уилкоксона для связанных выборок (также используются названия Т-критерий Уилкоксона, критерий Вилкоксона, критерий знаковых рангов Уилкоксона, критерий суммы рангов Уилкоксона) – непараметрический статистический критерий, используемый для сравнения двух связанных (парных) выборок по уровню какого-либо количественного признака, измеренного в непрерывной или в порядковой шкале. Суть метода состоит в том, что сопоставляются абсолютные величины выраженности сдвигов в том или ином направлении. Для этого сначала все абсолютные величины сдвигов ранжируются, а потом суммируются ранги. Если сдвиги в ту или иную сторону происходят случайно, то и суммы их рангов окажутся примерно равны. Если же интенсивность сдвигов в одну сторону больше, то сумма рангов абсолютных значений сдвигов в противоположную сторону будет значительно ниже, чем это могло бы быть при случайных изменениях.

Условия и ограничения применения Т-критерия Уилкоксона:

- Критерий Уилкоксона является непараметрическим критерием, поэтому, в отличие от парного t-критерия Стьюдента, не требует наличия нормального распределения сравниваемых совокупностей.
- Число исследуемых при использовании Т-критерия Уилкоксона должно быть не менее 5 и не более 50.
- Изучаемый признак может быть измерен как в количественной непрерывной (артериальное давление, ЧСС, содержание лейкоцитов в 1 мл крови), так и в порядковой шкале (число баллов, степень тяжести заболевания, степень обсемененности микроорганизмами)
- Данный критерий используется только в случае сравнения двух рядов измерений. Аналогом Т-критерия Уилкоксона для сравнения трех и более связанных совокупностей является Критерий Фридмана.

Рассчитать T-критерий Уилкоксона для связанных выборок можно следующим образом:

Таким образом, T-критерий Уилкоксона для связанных выборок рассчитывается по следующей формуле:

$$T = \Sigma R_r$$

где  $\Sigma R_r$  – сумма рангов, соответствующих нетипичным изменениям показателя.

Полученное значение T-критерия Уилкоксона сравниваем с критическим по таблице для избранного уровня статистической значимости ( $p=0.05$  или  $p=0.01$ ) при заданной численности сопоставляемых выборок  $n$ :

- Если расчетное (эмпирическое) значение  $T_{\text{эмп.}}$  меньше табличного  $T_{\text{кр.}}$  или равно ему, то признается статистическая значимость изменений показателя в типичную сторону (принимается альтернативная гипотеза). Достоверность различий тем выше, чем меньше значение  $T$ .
- Если  $T_{\text{эмп.}}$  больше  $T_{\text{кр.}}$ , принимается нулевая гипотеза об отсутствии статистической значимости изменений показателя.

Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение  
высшего образования  
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт педагогики, психологии и социологии

Кафедра психологии развития и консультирования

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

Б.Ю. Федоренко

« 27 » 2018г.

### БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

Динамика тревожности участников программы снижения стресса в когнитивно-  
поведенческом подходе

37.03.01 Психология

Научный руководитель С.М. Колкова - доцент каф., канд. психол. наук С.М. Колкова  
подпись, дата должность, учёная степень

Выпускник

А.А. Петров 27.06.2018  
подпись, дата

А.А. Петров

Красноярск 2018