

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

«Психология здоровья»

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему: Влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека

Студент

С.А. Гнып

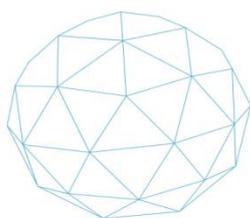
(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

д.псих.н, профессор Г.А. Виноградова

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)



Тольятти 2020



Росдистант

ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННО

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1 Теоретические основы влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека	8
1.1 Анализ понятия здоровье человека	8
1.2 Особенности стрессовых ситуаций	20
1.3 Влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека	25
Выводы по первой главе	29
Глава 2 Методологическая организация исследования влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека	31
2.1 Описание организации исследования влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека	31
2.2 Описание методик исследования	33
Выводы по второй главе	36
Глава 3 Эмпирическое исследование влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека	37
3.1 Результаты корреляционного и общего анализа стрессовых ситуаций на здоровье человека	37
3.2 Рекомендации по развитию навыков снижения стресса и профилактике профессионального стресса	61
Выводы по третьей главе	77
Заключение	80
Список используемой литературы	82

Введение

Стресс является ответной реакцией организма человека на влияния экстремальных факторов, нарушающих привычный жизненный ритм. Любые перемены, будь то серьезные жизненные испытания, или большие радости, связанные с изменениями жизни, несут в себе элементы стресса. Необходимо заметить, что стрессовые ситуации находятся во всех сферах жизнедеятельности человека, и могут быть как положительным, так и отрицательным.

Большинство людей время от времени испытывают стресс, обусловленный различным рядом причин, при этом необходимо заметить, что в современных реалиях распространены болезни, связанных дезадаптацией, личностным длительным переживанием или высоким уровнем стресса, это заставляет думать нас, что стресс - это отрицательное явление, разрушительно влияющее на организм.

Стресс - это не специфическая реакция организма на внешний раздражитель, организм отвечает не только конкретной для каждого воздействия защитной реакцией, но и общим, однотипным комплексным реагированием вне зависимости от того, какой раздражитель действует на организм.

Возникновение стресса и его влияние на человека физиологически обусловлены изменением гормонального баланса. В результате реакции организма сначала появляется чувство тревоги и беспокойства, мобилизуются все силы для решения поставленной задачи.

Затем наступает фаза адаптации и истощения, которая характеризуется ухудшением эмоционального состояния, нервным перенапряжением и хронической усталостью.

Эмоциональный тонус положительно влияет на психическую сферу, но вслед за контролем и повышенной активностью следует истощение жизненных ресурсов.

Противоположная точка зрения заключается в том, что стресс может быть способом мобилизации внутренних ресурсов, направленных на преодоление внутренних и внешних трудностей человека.

Любое развитие невозможно без стресса, личностный рост возможен только тогда, когда мы замечаем собственный дефицит, значит находимся в стрессе.

Хронический длительный стресс несомненно влияет на здоровье отрицательно, это подтверждают достаточно широкие статистические данные. Негативное влияние стресса на состояние здоровья человека выражается в приступах мигрени, мышечной боли, нарушениях концентрации, расстройствах пищеварения, повышенной утомляемости и т. д.

При этом несмотря на большое количество исследований касаемых влияния стресса на организм человека в отрицательном ключе, влияние стресса, в положительном ключе, как средства мобилизации организма является до сих пор недостаточно изученным.

При этом необходимо заметить, что данные исследования могут принести значительную пользу и вклад в развитие теории стресса, и в перспективе может позволить управлять стрессовым состоянием.

На этой основе формируется противоречие, связанное с тем, что на данный момент, при значительном увеличении темпа жизни, расширением информационного пространства в сочетании с низкой психологической культурой населения отсутствует четкая и ясная система работы со стрессом с целью снижения его негативного влияние на здоровье.

Это обусловило выбор темы исследования: «Влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека».

Объект исследования - стрессовые ситуации.

Предмет исследования - влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека.

Цель исследования: изучить влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что уровень стресса проявляется в состоянии дезадаптации личности, при высоком уровне нервно-психической напряженности и психического дискомфорта. Таким образом, мы предполагаем, что чем выше уровень стресса, тем выше давление жалоб и ниже общее состояние здоровья.

Задачи:

1. Провести теоретический анализ научной литературы по проблемам понятия здоровье человека
2. Выявить особенности стрессовых ситуаций и их влияния на здоровье человека
3. Провести эмпирическое исследование и корреляционный анализ стрессовых ситуаций и их влияния на здоровье человека.
4. Разработать рекомендации по развитию навыков снижения стресса и профилактике профессионального стресса.

Методы:

Для решения поставленных задач в работе были использованы теоретические, эмпирические методы, а также методы количественной обработки данных:

- теоретические методы (анализ, сравнение, систематизация психологических сведений по теме исследования);
- эмпирические методы

Методики:

Психодиагностические методы: психодиагностические опросники:

1. Шкала психологического стресса PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона.
2. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.
3. Эмоциональное состояние: Шкала дифференциальных эмоций (ШДЭ) К. Изарда.
4. Гиссенский опросник психосоматических жалоб.

5. Опросник по состоянию здоровья (РНQ-9).

3) Методы математико-статистической обработки данных (описательная статистика, корреляционный анализ).

База исследования: База исследования: сотрудники ООО "Центр Комплексной Безопасности", ООО "Цезарь", ООО «Современные Системы Безопасности», ООО «ПожСтройЭксперт», ООО «СтройЦентр», ООО «ЦАИС», а также ИП Шамота.

Выборка исследования: в исследовании приняли участие 60 человек, респондентов: 30 мужчин и 30 женщин.

Методологическая разработанность: вопросы, связанные со стрессом, рассматривались в работах как отечественных, так и зарубежных ученых (Б.Г. Ананьев, В.Л. Васильев, С.П. Безносков, Л.А. Китаев-Смык, М.И. Марьин, Н.И. Мягких, А.Б. Леонов, М.В. Пряхина, Л.Б. Филонов, В.И. Хальзов, Э.С. Чугунова, С. Фолкман, Р.С. Лазарус, С. Маслач и др.). Можно выделить следующих отечественных и зарубежных авторов, занимающихся проблемой психологического здоровья: В.А. Ананьев, Г.С. Никифоров, О.С. Васильев, Ф.Р. Филатов, И.В. Дубровина, О.В. Хухлаева, С. Киз, Р. Скинер, А. Маслоу, О. Бэкер, Г. Олпорт, А. Эллис.

Новизна полученных результатов.

1. Уточнена связь здоровья человека и стрессового состояния, а также характер связи показателей психосоматических жалоб и эмоционального состояния.

2. Разработаны рекомендации на основании связи стрессовых состояний и психосоматических жалоб.

Достоверность: достоверность исследования была подтверждена методами статистической обработки данных, в программе SPSS.

Практическая значимость полученных результатов.

Получен экспериментальный материал по изучению регуляторных возможностей человека в процессе преодоления стрессовых ситуаций.

Результаты исследования окажут большую помощь практическим психологам в целенаправленном формировании здоровья человека.

Апробация результатов магистерской диссертации. Выводы диссертационного исследования нашли отражение в научных публикациях тезисов докладов международных и всероссийских конференций.

Структура и объем магистерской диссертации. Диссертация представлена введением, двумя главами (теоретической и эмпирической), выводами, заключением, списком используемой литературы, приложением. В тексте представлены рисунки и таблицы.

Глава 1 Теоретические основы влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека

1.1 Анализ понятия здоровье человека

Здоровье человека в континууме его жизни является одним из ведущих факторов, определяющих уровень благосостояния граждан, семьи, общества, а также конкурентоспособность, обороноспособность страны в перспективе ее поступательного развития и выживания в глобальном историческом аспекте [4].

Поэтому сохранение и увеличение потенциала здоровья человека и всего населения страны является приоритетной задачей государства, системы здравоохранения и всех других сфер и секторов общества в целом. В медицине и здравоохранении предложено и обсуждается большое число определений «здоровье». По мере накопления научных биологических и медицинских знаний о здоровье человека, психологии личности, социологии медицины, общественном сознании возникает необходимость развития и наполнения новым содержанием понятия «здоровье».

Феномен «здоровье» является предметом научного исследования различных дисциплин. Это и анатомия, и медицина, и психология, и социология, и философия. Такой широкий спектр научных исследований объясняется тем, что жизнедеятельность человека, обусловленная состоянием его здоровья, проявляется на биологическом, психическом, социальном уровнях. В связи с этим сущность феномена «здоровье» раскрывается посредством различных критериев.

Здоровье — это «состояние полного, физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний и дефектов развития» [Устав (Конституция)... 1995, с. 25]; «оптимальное функционирование организма» [Франкл В., 1990, с. 247]; «полнокровное существование человека» [Смирнов И.Н., 1985, с. 18].

В научной литературе выделяют два подхода к исследованию проблемы психологического здоровья: гуманистический и антропологический. С позиций

гуманистического подхода психологическое здоровье изучали такие зарубежные ученые, как Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс.

Основы антропологического подхода разрабатывались отечественными учеными В.И. Слободчиковым, Е.И. Исаевым, А.В. Шуваловым, Г.А. Цукерман. Человек как высшая форма реализации феномена жизни обладает главным отличием живых систем от неживых, суть которого состоит в способности первых к самоорганизации (саморегулированию, самообновлению, самовосстановлению) [Апанасенко Г.Л., 1992].

В этом заключается биологическая сущность здоровья, которая описывается различными процессами самоорганизации биосистемы — реакциями гомеостаза, адаптации, реактивности, резистентности, репарации, регенерации и т.д. Наряду с биологическими процессами самоорганизации человека как системы человек обладает способностью изучать и преломлять сквозь свой внутренний мир картину мира внешнего, способность самовыражаться посредством социальной активности, определяя свое место среди других людей.

Данные способности являются высшими проявлениями целостности личности человека и определяют психический и духовный аспекты здоровья. Психика и духовность, в свою очередь, могут либо стимулировать, либо тормозить биологический субстрат человека. Таким образом, в концептуальной системе специфических проявлений человеческой природы и общечеловеческих ценностей психологическое здоровье определяет качество индивидуальной жизни человека.

Многоплановый анализ феномена «здоровье» объективно требует, чтобы одним из ведущих принципов моделирования структуры понятия «психологическое здоровье человека» стал системный подход. Методология системного анализа позволяет рассмотреть феномен «психологическое здоровье» со стороны его структурных компонентов, а также со стороны функциональных связей и отношений

Познание сущности здоровья человека, популяции, общества происходит посредством развития системы понятий, фундаментальная роль в которой нами отводится категории качества. Качество рассматривается как основополагающая категория в учении о сущности индивидуального и популяционного здоровья.

Решающее влияние на выбор исследования качества здоровья как предмета и объекта новой научной дисциплины оказала позиция И.А. Ильина: «Верим и знаем: придет час, и Россия восстанет из распада и унижения и начнет эпоху нового расцвета и величия. Но возродится она и расцветет лишь после того, как русские люди поймут, что спасение надо искать в качестве». Эти слова прозвучали как набат в статье И.А. Ильина «Спасение в качестве», опубликованной в «Русском колоколе» (1928, № 4).

Актуальность данного научного направления в медицине обозначена А.В. Решетниковым, который полагает, что полнота и интенсивность жизнедеятельности человека находятся в непосредственной зависимости от «качества» здоровья [6]. Понятие качество использовано нами при разработке гуманитарной модели управления системой здравоохранения [3] и создании единой интегрированной классификации групп качества здоровья [4].

В литературе рассматривается большое число определений «состояние здоровья», в то же время не уделяется внимание его качеству. При формулировании определения «качество здоровья» нами учитывалось содержание официальных определений состояния здоровья.

Наиболее полным и универсальным определением здоровья в настоящее время следует признать вариант, принятый Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ), где здоровье (health) рассматривается как состояние полного физического, психического (mental) и социального благополучия, а не только отсутствие болезни (disease) или немощи, недостаточности (infirmity) [10].

ЕРБ ВОЗ рекомендует использовать также понятие «статус здоровья» (healthstatus), под которым понимается состояние здоровья человека, группы

людей или популяции, оцененное посредством ссылок на общую заболеваемость, заболеваемость от конкретных заболеваний, повреждений, антропоморфологических измерений и смертности, а также индикаторов функционального состояния и качества жизни [10]. В приведенных определениях здоровья и статуса здоровья использованы такие термины, как «благополучие» и «состояние», толкование которых не дано в цитируемых источниках, что затрудняет их однозначное понимание.

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в пункте 1 статьи 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе» дается следующее определение: «1) здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма». В статье 2, пункте 17 настоящего закона, дается следующее толкование термина «состояние»: состояние – изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи».

Такое определение понятия «состояние» находится в противоречии с определением «здоровье» в пункте 1, статьи 2 настоящего Федерального закона, в котором также употреблен термин состояние, несущий другую смысловую нагрузку.

В концепции Б.Г. Ананьева, изложенной в работе «Человек как предмет познания», автор выделяет различные ипостаси существования человека: индивид, субъект, личность, индивидуальность [Ананьев Б.Г., 1969].

При этом целостность человека обнаруживается в единстве его биологических, социальных и душевно-духовных проявлений. Душевные и духовные свойства личности оказывают сильное влияние на реализацию биологических и социальных функций. С другой стороны, чем шире возможности человека в реализации своих биологических и социальных функций, тем более высоким уровнем здоровья он обладает. Соответствие

жизненных установок и личностных притязаний реальным возможностям здоровья человека формирует определенную степень «благополучия» — физического, социального и душевного.

Известный психолог И.В. Дубровина ввела понятие «психологическое здоровье» в психологию. По ее мнению, психологическое здоровье характеризуется тем, что относится к личности, а также взаимосвязано с проявлениями человеческого духа.

По мнению С.Я. Долецкого, такие понятия как «психологическое здоровье», «духовное здоровье», «сила Я» синонимичны. Характерной особенностью является адаптация к различным ситуациям окружающего мира, сохранение внутреннего спокойствия, психоэмоционального характера, а также реализация собственного плана жизни.

Гармоничное взаимодействие с миром неразрывно связано с ориентацией человека на духовные ценности, с осознанным поиском путей самопознания, самопринятия и саморазвития. Таким образом, психологическое здоровье взрослого человека предполагает осознанную потребность в духовном развитии. Как отмечает А. Шувалов, психологическое здоровье, по сути, есть здоровье духовное [Шувалов А., 2009].

Духовность здесь понимается как особый способ жизнедеятельности, проявляющийся в сопряженности мотивов и поступков человека с актуализацией собственно человеческого в человеке. Поэтому теоретической основой проблемы сохранения и укрепления психологического здоровья человека являются работы известных зарубежных (Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл) и отечественных (С.Л. Рубинштейн, Б.С. Братусь, И.В. Слободчиков) ученых гуманистической ориентации.

Человековедческий подход к пониманию психологии здорового человека утвердил образ психологически зрелой [Олпорт Г.В., 1998], самоактуализированной [Маслоу А., 1997], полноценно функционирующей [Роджерс К.Р., 2001] личности. Здоровье рассматривается не как состояние

бытия, а как процесс, направленный на развитие человеческой субъективности [Слободчиков В.И., Исаев Е.В., 1998].

Обобщим вышеизложенное: психологическое здоровье — это умение человека с внутренним спокойствием непрерывно поддерживать динамический баланс с окружающей средой для дальнейшего позитивного личностного развития. Поскольку психологическое здоровье предполагает, прежде всего, устойчивость к стрессовым ситуациям, то целесообразно обратить внимание на психологические свойства, повышающие стрессоустойчивость. Такие свойства были выделены В.А. Бодровым в работе «Психологический стресс: развитие и преодоление»: внутренний локус контроля, адекватная самооценка, критичность [Бодров В.А., 2006].

Внутренний самоконтроль за происходящими событиями, когда их причина связывается с личным участием, справедливо признают свойством, обеспечивающим устойчивость к стрессу.

Чем меньше, по субъективному мнению человека, его успешность или неуспешность в жизни определяются случайными обстоятельствами, тем более успешно он справляется со стрессами. Не менее важна уверенность человека в его способности самостоятельно преодолевать житейские трудности. Чем выше самооценка своих возможностей, тем ниже вероятность интерпретации случившегося события как стрессового.

Кроме того, зачем избегать трудностей, если их несложно разрешить. Оценить степень безопасности происходящих или ожидаемых жизненных событий позволяет критический взгляд на них. Стессоустойчивость предполагает допущение неопределенности потока событий и осознание невозможности осуществления постоянного тотального контроля над жизнью. Поэтому присутствие равновесия между стремлением к риску и стремлением к безопасности, между стремлением к внешним и внутренним изменениям и стремлением к сохранению стабильности является признаком стрессоустойчивости человека. Такое равновесие создает условия для личностного развития на фоне оправданного умеренного риска. Получается,

что основной характеристикой психологически здорового человека является саморегулируемость как способность адекватно приспосабливаться к благоприятным и неблагоприятным условиям внешней среды. Значимо то, что трудности адаптации человек может испытывать в любой жизненной ситуации.

Быстрое достижение социального и экономического успеха (благоприятная ситуация) тоже способно привести к существенным нарушениям психологического здоровья, таким как и социальная неустроенность, отсутствие материального достатка (неблагоприятная ситуация). Необходимо уметь использовать любую ситуацию как средство самоизменения, саморазвития и самосовершенствования. Таким образом, основная функция психологического здоровья проявляется в ситуациях, требующих мобилизации личностных ресурсов, для поддержания динамического гармоничного баланса между внутренней средой человека и окружающей его внешней средой.

Из вышесказанного следует, что внутренние ресурсы для преодоления многочисленных жизненных испытаний нужно искать в осознании необходимости постигать смысл жизни, в ориентации на выполнение жизненной задачи и непрерывный личностный рост, без чего невозможно достижение душевного комфорта, лежащего в основе психологического здоровья.

Состояние эффективного функционирования мозга включает в себя ментальное здоровье. Адаптационная способность к различного рода изменениям, происходящим в окружающей действительности, взаимосвязи и взаимодействия, которые осуществляются в процессе продуктивной деятельности являются результатом данного функционирования.

Для реализации межличностных отношений, благосостояния, благополучия семейного плана, личного плана, сотрудничества в общественном плане одним из главных условий является ментальное здоровье.

Вместе с тем следует отметить, что в толковании и оценке понятия ментальное здоровье американскими учеными доминирует медицинский

подход, что нашло свое отражение в отнесении к ментальному здоровью как его индикатора показателя распространенности депрессивных расстройств и частоты приема антидепрессивных лекарств.

Этот важный показатель относится к медикобиологической характеристике патологических нарушений качества здоровья. По нашему мнению, ментальное здоровье – это основной интеллектуальный человеческий капитал, понимание сущности которого должно занять особое место в науках о человеке. Само понятие «ментальное здоровье» выходит за общепринятые рамки таких отраслей психологии как: социальная, медицинская, общая, прикладная, а также психосоматической медицины и психиатрии [2, 3].

Еще Д.И. Писарев отмечал: «А разве человек, испорченный в нравственном отношении, – не больной?» Это простые ориентиры для качественной и количественной оценки ментального здоровья. Основополагающий принцип медицины «не вреди» своему здоровью и здоровью окружающих тебя людей, а также благополучию среды обитания приобретает еще большую значимость в аспекте оценки качества ментального здоровья.

В сообществе людей сформировано общественное сознание, такие специфические и свойственные только людям организованные и управляемые институты, как государство, страна, право, труд, образование, наука, экономика, культура и т.д. В эффективном управлении данными институтами ключевая роль отводится нами ментальному здоровью. Ментальное здоровье человека и менталитет нации формируют качество популяционного здоровья [2, 3].

В свое время громадная территория России с суровыми климатогеографическими условиями благодаря естественному отбору была заселена мужественными, сильными духом и крепким здоровьем людьми, талантливым и трудолюбивым народом, который образовал прочный генофонд, обеспечивающий воспроизводство здоровых людей как главный ресурс страны в самых тяжелых социальноэкономических условиях (войны, революции,

экономические кризисы, природные катаклизмы). Высказанное положение носит гипотетический характер.

Физическим здоровьем обладает человек, у которого отсутствуют дефекты развития и болезни. Абсолютно здоровым, по мнению С.Я. Долецкого, нельзя считать того, кто либо от рождения, либо по причине повреждения или перенесенной болезни лишился какого-либо органа [Долецкий С.Я., 1983].

Я.С. Вайнбаум под физическим здоровьем понимает такое состояние человеческого организма, которое обеспечивает устойчивость не только к действию болезнетворных факторов, но и адаптационные возможности организма, т.е. способность сохранять работоспособность при неблагоприятных изменениях внешней среды [Вайнбаум Я.С., 1986].

По мнению Л.П. Гладких, функцией физического здоровья является адаптационная или приспособительная. В своих исследованиях автор указывает на тот факт, что характерными особенностями психического здоровья является система параметров, таких как: коммуникативная компетентность, зрелость нервной системы, социальное семейное благополучие, психоэмоциональное благополучие.

Данное понятие имеет непосредственное отношение к отдельным психическим процессам и механизмам.

Качество функционирования мозга в целом и прежде всего структур высшей нервной деятельности в аспекте ментального здоровья определяет качество физического здоровья.

Под физическим здоровьем мы понимаем систему организма человека, относящуюся к скелетной мускулатуре, мышцам, двигательная активность которых относится к категории управляемых произвольных движений в отличие от систем гладкой мускулатуры.

Ментальное здоровье и физическое здоровье в своем развитии и качестве функционирования неразрывно связаны и взаимодействуют в рамках системы двигательной активности.

Движение, труд, физкультура, спорт, танцы, плавание и т.д. обеспечиваются единой психомоторной системой, понятие о которой было развито отечественными великими учеными И.М. Сеченовым и И.П. Павловым. Двигательная идиомоторная активность оказывает существенное влияние на развитие мозга, а мозг, в свою очередь, на качество двигательной активности. Поэтому физическое здоровье является важным компонентом качества здоровья в целом.

Иногда физическое здоровье трактуется в более широком смысле и отождествляется с соматическим, что вносит элемент неопределенности в понимание сущности физического здоровья. Физическое здоровье и активность определяются тремя основными характеристиками – скоростью, силой и выносливостью, а также зависят от качества обмена структурным веществом (белки и др.), энергией и информацией.

В улучшении и совершенствовании физического здоровья решающее значение имеет ментальное здоровье. Ярким примером этого являются успехи параолимпийцев. Классификация качества здоровья. Для целостной медико-биопсихологической и социологической характеристики качества здоровья человека и популяции необходимо разработать и совершенствовать классификацию, отвечающую следующим принципам [4]:

а) применимость во все возрастные периоды у детей, подростков и взрослых обоего пола;

б) доступность выявления, измерения и стандартной оценки основных поведенческих и биологических факторов риска (ФР) ХНИЗ;

в) доклиническая и ранняя клиническая диагностика структурно-функциональных расстройств и морфологических нарушений;

г) обеспечение качественной доклинической и ранней клинической поэтапной диагностики нозологических форм заболеваний с учетом стадии заболевания (принцип квалификации) и степени тяжести функциональных и морфологических нарушений (принцип квантификации);

д) квалификация и квантификация сочетанной патологии (моно-, би- и полипатии);

е) квалификация и квантификация состояния трудоспособности и адаптивных способностей организма человека;

ж) осуществление профилактического континуума укрепления качества здоровья и профилактики ХНИЗ (первичная, вторичная, третичная) в зависимости от качества здоровья риска и угрозы развития заболеваний и повреждений от внешних причин (травмы, насилие). [4]. В классификации А.Г. Марченко сохранено выделение пяти групп состояния здоровья (I, II, III, IV, V), предложенных в 1976 г. для комплексной оценки состояния здоровья взрослых и детей [5].

Описывая психологическое здоровье человека как систему, В.И. Слободчиков и А.В. Шувалов в своей статье «Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей» выделяют в этой системе три структурных компонента: аксиологический, инструментальный и потребностно-мотивационный, которые взаимообуславливают и дополняют друг друга [Слободчиков В.И., Шувалов А.В., 2001].

Анализируя содержание структурных компонентов психологического здоровья, мы выделили соответствующие каждому из них критерии оценки и основные диагностируемые признаки Аксиологический компонент содержательно представлен экзистенциальными ценностями собственного «Я» человека и «Я» других людей. Данный компонент предполагает абсолютное принятие человеком себя и других людей вне зависимости от их пола, возраста, культурных особенностей и т.п. Безусловной предпосылкой достижения личностной целостности является умение принять самые разные стороны своей личности, вступая в диалог с ними.

Глубокое знание себя обуславливает развитие умения видеть многогранность личности каждого другого человека, позволяя ему быть самим собой в совокупности свойств его личностной целостности. Основные критерии оценки: позитивное отношение к себе, позитивное отношение к окружающим

людям, оптимистическое отношение к миру и диагностируемые признаки данного компонента психологического здоровья (самоуважение, социальная толерантность, чувство личностной безопасности).

Содержание инструментального компонента составляют рефлексивные умения как средства (инструменты) самопознания и самосовершенствования.

Данный компонент предполагает способность концентрировать сознание на своем внутреннем мире и месте в системе взаимоотношений с другими людьми.

Рефлексия причин и последствий своего поведения дает понимание мотивов поступков окружающих людей, обуславливает свободное и открытое проявление своих чувств и действий по удовлетворению своих потребностей без причинения вреда другим, без ущемления чужих интересов.

Основные критерии оценки инструментального компонента: внутренний самоконтроль в деятельности и общении, социальнокоммуникативная компетентность, личностная самоэффективность и диагностируемые признаки (стрессоустойчивость, социальная адаптированность, психологическая адаптивность).

Содержание потребностно-мотивационного компонента составляет потребность человека в саморазвитии. Данный компонент предполагает формирование позиции личности как субъекта своей жизнедеятельности, обуславливающей активность в написании собственной судьбы и принятие всей ответственности за результаты своих действий в направлении саморазвития.

Структура феномена психологического здоровья представлена такими компонентами, как позитивное самоотношение и отношение к другим людям, позитивная личностная рефлексия, потребность в саморазвитии. Эти компоненты находятся в динамическом взаимодействии.

Так, непрерывное саморазвитие личности требует рефлексивного самоанализа. При этом позитивная рефлексия обеспечивает формирование позитивного устойчивого самоотношения, характеризующегося полным

принятием себя на фоне высокой личностной активности и ответственности, адекватной самооценки и широкого спектра стилей межличностного взаимодействия.

Невротическая рефлексия способствует формированию негативного устойчивого самоотношения, характеризующегося глубокой неудовлетворенностью собой, отрицанием значимости собственного «Я», низкой личностной активностью и ответственностью, ограниченным спектром стилей межличностного взаимодействия.

Формирование самоотношения осуществляется в процессе непрерывного саморазвития, психологическим механизмом которого является личностная рефлексия.

Если позитивная рефлексия, позитивное самоотношение и личностное саморазвитие обуславливают психологическое здоровье личности, то невротическую рефлексия, устойчивое негативное самоотношение и отсутствие стремления к саморазвитию справедливо считать личностными предпосылками нарушения психологического здоровья.

1.2 Особенности стрессовых ситуаций

Здоровье населения, по мнению экспертов ВОЗ, зависит от четырех составляющих: наследственности (15 – 20%), окружающей среды (20 – 25%), образа жизни (50 – 55%) и здравоохранения (10 – 15%) [1].

В ряду психических расстройств депрессия занимает одно из первых мест по характеру социально-экономических последствий. На сегодняшний день, по данным Всемирного банка, депрессия занимает четвертое место как причина инвалидности и смерти среди заболеваний человека.

2020–2030 гг. депрессия по этим показателям выйдет на 2 место, уступая только ИБС и значительно опережая дорожно-транспортные происшествия, военные потери, СПИД и онкологические заболевания [2].

В то же время, несмотря на актуальность данной проблемы, в общей медицинской практике, на сегодняшний день, выявляемость депрессии, депрессивных состояний находится на очень низком уровне. В различных странах, люди, страдающие депрессией, не обращаются в медицинские учреждения за помощью, опасаясь страха диагноза психиатрического характера, а также из-за недостаточной информированности.

В качестве методологической основы для понимания данного явления в современной психологии есть психологические концепции и теории, которые являются достаточно существенными для понимания стрессоустойчивости и природы стресса.

Достаточно большое количество исследований, посвященных данной проблеме, дают следующее определение: «...стресс – это реакция человека на различные требования и события, которые превосходят его возможности, но ему предъявляются». Стрессорами называются требования и события, которые вызывают стресс [50].

Принято полагать, что впервые понятие «стресс» появилось в 1936 году в научной работе Г. Селье «Синдром, вызываемый различными повреждающими агентами», в которой автор описал исследование стандартной реакции организма на неблагоприятные воздействия. Однако упоминания о значении стресса с точки зрения психологии прослеживаются и в более ранних трудах В. Вундта и У. Джеймса [148, с. 25].

В рамках разработки проблемы стрессоустойчивости реализуются системный, деятельностный, личностный, динамический, субъектно-деятельностный подходы [27]. Рассмотрим ключевые положения данных подходов применительно к теории стресса:

- Системный подход, предложенный Б.Ф. Ломовым, определяет законы взаимосвязи функций психики, физиологических функций организма, явлений, процессов и объектов внешнего мира с формированием стрессоустойчивости [11].

- Деятельностный подход А.Н. Леонтьева позволяет проникнуть в сущность явлений, определяющих особенности стрессоустойчивости через анализ особенностей включения индивида в процесс деятельности [6].

- Личностный подход рассматривает стрессоустойчивость как качество личности [8].

- Динамический подход Л.И. Анцыферовой [7] ориентированный на изучение психики в процессе ее динамического непрерывающегося развития в пространстве собственных психологических новообразований, возраста и времени, позволяет рассматривать динамику изменения стрессоустойчивости в процессе онтогенеза [18].

- Субъектно-деятельностный подход С.Л. Рубинштейна, рассматривающий человека, как субъекта деятельности, включенного в процесс целенаправленной осознаваемой активности (учеба, игра, общение, работа), в которой человек приобретает особые способности к координации всех психических процессов, состояний и свойств с объективными и субъективными условиями своей активности [19]

Необходимо коснуться темы профессионального выгорания и деформации, как явного фактора стресса, ведущего к снижению уровня здоровья. Профессиональная деформация требует тщательного изучения текущей системы управления персоналом. Профессиональная деформация, иначе говоря, профессиональное выгорание – это синдром, развитие которого происходит на фоне перманентного стресса, и приводит к истощению как эмоционально-энергетических, так и личностных ресурсов сотрудника [2].

Наступает момент, когда работника перестает интересовать содержание его труда. Он становится нервным, раздражительным и вспыльчивым или же противоположная ситуация – неактивность, лень, вялость, частые жалобы на свои проблемы.

Само понятие «выгорание» было введено в 1974 году американским психиатром Х. Фриденбергом. С его точки зрения, выгорание – это физическое

и эмоциональное истощение, абсолютная потеря мотивации, утрата ответственности среди коллектива.

Андреева Н.Ю. считал, что выгорание является следствием «перегруженности проблемами окружающих» [3]

На протяжении длительного времени предполагали, что лишь медицинские работники, педагоги и психологи могут быть подвержены выгоранию.

Стоит рассмотреть вариант корректировки методов управления персоналом взамен избавления от профессионально деформированных респондентов.

Длительные постоянные стрессы становятся фактором профессиональной деформации работников. Когда сотрудники не находят способ для избавления от негативных эмоций, появляется большая вероятность того, что спустя определенное время этот внутренний «груз» может повлечь неприятные последствия в виде потери интереса ко всему вокруг происходящему.

Зачастую профессиональная деформация приводит к тому, что работник перестает воспринимать себя и свои достижения на высоком уровне, он становится резким, ранимым и вспыльчивым, также появляется ощущение полной некомпетентности. Организационные стрессы, можно условно подразделить на 3 вида:

1. Рабочий стресс. Источником его возникновения могут стать условия труда, рабочее место, и прочие факторы, связанные с работой.

2. Профессиональный стресс. Порождается особенностями трудовых функций, видом деятельности.

3. Организационный стресс. Он появляется в том случае, когда особенности организации и ее культуры, а также морально-психологический климат в коллективе перестает устраивать сотрудника [1].

С большой уверенностью можно сказать, что вследствие профессиональной деформации респондентов предприятие может получить

неприятные последствия в виде снижения прибыли и производительности труда.

В психологической литературе существует описание трех стадий проявления стресса. Первая стадия представляет собой стадию тревоги, чувство, которое возникает неосознанно. Вторая стадия представляет собой сопротивление, когда организм человека сопротивляется негативному воздействию извне. Третья стадия – это стадия истощения. Истощение наступает в том случае, когда организм не справляется с негативными влияниями и запускается процесс «выгорания».

Стоит отметить, что проблема стресса до сих пор является весьма актуальной и в настоящее время исследуется на нескольких уровнях – физиологическом, психологическом, социальном.

Реакция на стресс зависит от личностных особенностей человека. У каждого есть индивидуальный временной предел стресса.

У каждого человека есть порог чувствительности к стрессу – это индивидуальный уровень напряженности, достигнув который конструктивный стресс, переходит в деструктивный.

Кроме индивидуальной чувствительности к стрессу у каждой личности есть индивидуальный сценарий стрессового поведения, т.е. модель поведения человека при стрессе. Как правило, эта модель приобретает еще в детстве от самых близких людей. Этот сценарий обладает индивидуальной формой и частотой воспроизведения, а также направленностью, внутрь (на себя) или наружу (окружение).

Независимо на высокий порог чувствительности к стрессу и грамотно выбранный индивидуальный сценарий, слишком долгий стресс в любом случае может привести к синдрому эмоционального выгорания.

Также есть понятие, как индивидуальный временной предел стресса. Это промежуток времени, в течение которого человек может испытывать стресс без негативных последствий.

1.3 Влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека

На вопрос о том, как стресс влияет на здоровье, невозможно дать однозначный ответ. Данное состояние повышает риск развития болезней сердца, ухудшает психологический настрой и может спровоцировать появление депрессии. Однако стресс является естественным защитным механизмом, который помогает быстро мобилизовать силы для преодоления препятствий, поэтому присутствуют и положительные последствия. Влияние стресса на иммунитет В стрессовых ситуациях иммунная система работает хуже.

Зачастую различные факторы оказывают негативное воздействие на здоровье людей опасных профессий. Такие факторы называют экстремальными, а реакции организма на них расценивают как «профессиональный стресс».

Наиболее выражены расстройства центральной нервной системы, связанные с психологическими травмами. Среди них преобладают посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР). Чаще всего они перетекают в бессонницу, раздражительность и тревожность, а последние могут повлечь за собой и патологические нарушения. Частыми нарушениями также являются гностические и сенсорные расстройства.

У более 30% участников активных боевых действий развиваются ПТСР, появляются трудности социальной адаптации в мирной жизни, необходимой становится психологическая помощь. Оказывается влияние и на сердечно-сосудистую систему: в военное время значительно увеличивается число людей, страдающих гипертонической болезнью. Нарушения дыхательной системы включают изменение частоты дыхания (замедление или учащение ЧД) относительно частоты сердечных сокращений (ЧСС). Лица различных силовых ведомств страдают патологией пищеварительной системы: дискинезией желчевыводящих путей, образованием хлопьев желчи с последующим холелитиазом.

Наблюдаются и абдоминальные боли, дискомфорт и вздутие живота. Комбатанты страдают нарушением обмена веществ, не связанным с дисфункцией органов и систем. Показатели липидного и углеводного обменов отклонены от нормы, наблюдается гипокалиемия, приводящая к изменению вязкости крови и дальнейшему изменению формы эритроцитов. В период боевых действий в напряжении находится и иммунная система, клетки которой вынуждены работать и восстанавливаться гораздо быстрее, нежели в привычном режиме. Такое состояние сохраняется в течение полугода по возвращении к нормальной жизни.

Гормональные сбои, связанные с постоянным нахождением человека в опасных для жизни и здоровья ситуациях, приводят к нарушению выработки и функций гормонов, ответственных за устойчивость к стрессу, что приводит к отклонениям от нормы эндокринной системы с последующим изменением гомеостаза всего организма. В половой системе также наблюдаются изменения.

Помимо низкой мотивации к созданию семьи и низкой осведомленности об ИППП, у лиц военного профиля чаще наблюдается ранняя импотенция, эректильные расстройства. Смена среды обитания с последующей адаптацией организма – важнейший негативный фактор, так как в условиях войны зачастую бывает необходимо передвигаться быстро на значительные расстояния в зоны с непривычными климатогеографическими особенностями, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на биоритмах. Все эти нарушения в различных системах органов респондентов силовых ведомств требуют незамедлительного медицинского вмешательства и постоянного наблюдения со стороны медицинских служб.

Специфика системного объекта не исчерпывается особенностями составляющих его компонентов. По мнению В.Н. Садовского, во многом она определяется характером связей и отношений «система – среда» [Садовский В.Н., 1974]. В связи с этим мы проанализировали присущие исследуемой нами системе внутренние и внешние отношения и связи, выделили внутренние

(психологические) и внешние (социальные) факторы, оказывающие влияние на психологическое здоровье человека.

Согласно теории А.Н. Леонтьева о ведущем типе деятельности [Леонтьев А.Н., 1981], получившей свое развитие в работах Д.Б. Эльконина о возрастной периодизации [Эльконин Д.Б., 1997], наиболее значимые изменения в психическом развитии происходят внутри ведущего типа деятельности, соответствующего психологическому возрасту ребенка.

Неблагоприятной считается ситуация устранения отца от общения с ребенком по причине отсутствия единогласия родителей и частых конфликтных столкновений по вопросам воспитания.

Подобные нарушения подрывают базовое доверие к родителям, к окружающим людям и к миру в целом [Эриксон Э., 1996], повышают уровень тревожности [Захаров А.И., 1995], формируют невротическое стремление постоянно получать повышенное внимание к себе и одобрение со стороны окружающих [Хорни К., 2008], что не является чертами психологически здоровой личности.

Позднее нарушения эмоционального развития в младенчестве могут проявиться проблемами в школьном обучении и общении со сверстниками. Получается так, что психологическое здоровье фактически с момента рождения ребенка на свет может быть подвергнуто воздействию неблагоприятных в психолого-педагогическом плане факторов.

Чрезмерная родительская требовательность, сопровождающаяся множеством ограничений и запретов, подавление детской инициативы и самостоятельности, пренебрежение истинными потребностями личности ребенка сковывают его личностное развитие и разрушают психологическое здоровье.

Попустительский стиль воспитания, характеризующийся требованием родителей соблюдать внешние обряды без объяснения дошкольнику их значения и смысла, вынуждает последнего стать внешне послушным и покладистым, приспособливаться к социальной среде, подавляя свои желания.

Негативное влияние на психологическое состояние дошкольника может оказать предупредительный стиль воспитания, когда ребенок занимает центральное положение в семье и интересы взрослых членов семьи ставятся в зависимость от его интересов.

Зачастую такой подход к воспитанию приводит к трудностям социальной адаптации детей в ДООУ [Минияров В.М., 2000]. Условия современной жизни таковы, что родители вынуждены одновременно решать множество различных проблем (социальноэкономических, профессиональных, бытовых и др.), вызывающих психоэмоциональное напряжение.

Следствием чрезмерной загруженности, недостаточной осведомленности о способах совладания с трудными ситуациями жизнедеятельности становится невротизация личности. Подобная личностная дисгармония родителей приводит к дисгармонии семейных отношений и непременно оказывает негативное влияние на детское психическое и психологическое здоровье.

В мировоззренческой структуре личности ценности здоровья, по убеждению Л.С. Драгунской, могут быть «знаемыми» ценностями, признаваемыми ценностями и принятыми к исполнению [Драгунская Л.С., 1989]. С этой точки зрения, для того чтобы стать субъектом собственного здоровья, недостаточно знать правила сохранения и техники его укрепления.

Осознание ценностной сущности здоровья, признание норм и правил здоровьесберегающей жизнедеятельности в качестве руководящего принципа жизни является необходимым условием формирования способности контролировать свое здоровье и нести ответственность за него.

Ответственное отношение к своему здоровью и, как следствие, ответственное отношение к здоровью других людей формируются в системе определенных мировоззренческих установок, волевых качеств, позитивноэмоциональных стремлений к активным действиям по сохранению и укреплению здоровья.

Необходимость сохранять и укреплять психологическое здоровье обусловлена его большой ролью в достижении достаточного для полноценной жизнедеятельности уровня социальной адаптивности личности.

Это может звучать весьма странно, но все же стрессовое напряжение способно положительным образом влиять на ваше здоровье. Во время выброса достаточного количества адреналина ваш организм поможет справиться с непростыми и сложными ситуациями, тем самым находя из них выход, а преодолев их, вы становитесь работоспособнее и выносливее.

Стресс помогает наладить взаимоотношения с близкими людьми, поскольку в крови повышается уровень окситоцина, который часто называют гормоном привязанности. Также кратковременное стрессовое напряжение способно рационализировать рабочую память, которой вы пользуетесь для разрешения всевозможных задач.

Выводы по первой главе

Таким образом, многоплановый анализ феномена «здоровье» объективно требует, чтобы одним из ведущих принципов моделирования структуры понятия «психологическое здоровье человека» стал системный подход. Методология системного анализа позволяет рассмотреть феномен «психологическое здоровье» со стороны его структурных компонентов, а также со стороны функциональных связей и отношений. Психологическое здоровье — это умение человека с внутренним спокойствием непрерывно поддерживать динамический баланс с окружающей средой для дальнейшего позитивного личностного развития.

Длительные постоянные стрессы становятся фактором профессиональной деформации работников. Когда сотрудники не находят способ для избавления от негативных эмоций, появляется большая вероятность того, что спустя определенное время этот внутренний «груз» может повлечь неприятные последствия в виде потери интереса ко всему вокруг происходящему.

В психологической литературе существует описание трех стадий проявления стресса. Первая стадия представляет собой стадию тревоги, чувство, которое возникает неосознанно. Вторая стадия представляет собой сопротивление, когда организм человека сопротивляется негативному воздействию извне. Третья стадия – это стадия истощения. Истощение наступает в том случае, когда организм не справляется с негативными влияниями и запускается процесс «выгорания».

Осознание ценностной сущности здоровья, признание норм и правил здоровье-сберегающей жизнедеятельности в качестве руководящего принципа жизни является необходимым условием формирования способности контролировать свое здоровье и нести ответственность за него. Ответственное отношение к своему здоровью и, как следствие, ответственное отношение к здоровью других людей формируются в системе определенных мировоззренческих установок, волевых качеств, позитивно-эмоциональных стремлений к активным действиям по сохранению и укреплению здоровья.

Глава 2 Методологическая организация исследования влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека

2.1 Описание организации исследования влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека

Реализация эмпирического исследования предполагала исследование влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека.

Для сбора первичных данных была подобрана батарея тестовых психологических методик, сбор информации проводился в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» с использованием платформы «Google Forms».

Проведение эмпирического исследования на платформе «Google Forms» позволило предоставить испытуемым прохождение тестирования в комфортной обстановке в удобное для них время, в удобном режиме, что было бы невозможно при проведении тестирования в очном формате.

Подготовка и реализация эмпирического исследования была проведена в несколько этапов.

На первом – подготовительном этапе, происходило уточнение понятий. В рамках этого этапа были уточнены границы изучаемых явлений, а также проанализированы данные эмпирических исследований, проведенных по схожей проблематике.

На втором – организационном этапе, происходил отбор методик. Основная сложность, связанная с прохождением данного этапа заключалась в необходимости отбора корректного и валидного варианта теста, уточнения методики обработки данных. Все использованные методики есть в открытом доступе, однако, не всегда в открытых источниках присутствует полное описание методик исследования, а также интерпретации полученных данных.

Также на данном этапе, после того, как методики исследования были отобраны, была создана электронная версия опросника в «Google Forms». Для

удобства испытуемых, вопросы тестов были сгруппированы в блоки, в каждом блоке были написаны подробные инструкции по заполнению тестов. В «Google Forms» также было представлено мотивирующее обращение к испытуемым, содержащее гарантии анонимности и возможности обратной связи с автором исследования.

На третьем этапе исследования была произведена обработка собранной первичной информации (ответов испытуемых), создана база в Excel, учитывавшая данные всех участников исследования.

Далее, после сбора всех первичных данных, были произведены необходимые расчеты значений по шкалам диагностических методик, была создана база данных в программе SPSS, которая позволила произвести количественный анализ данных по массиву и рассчитать статистические данные и коэффициенты.

На четвертом этапе исследования все полученные данные были подвергнуты анализу и описаны.

Объем данной выборки не является репрезентативным для генеральной совокупности, но позволяет провести процедуры математического анализа данных и выявить статистически значимые тенденции и зависимости между признаками. Респонденты являются преподавателями колледжа.

Для решения поставленных задач в работе были использованы теоретические, эмпирические методы, а также методы количественной обработки данных:

- теоретические методы (анализ, сравнение, систематизация психологических сведений по теме исследования);

- эмпирические методы

Методики:

Для математической обработки данных использовалась программа SPSS 17.0. Для проверки распределения Критерий Колмогорова-Смирнова.

Так же нами был использован метод ранговой корреляции Спирмена позволяет определить тесноту (силу) и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями (иерархиями) признаков.

2.2 Описание методик исследования

1. Шкала психологического стресса PSM-25 Лемура – Тесье – Филлиона.

Шкала PSM-25 предназначена для измерения феноменологической структуры переживаний стресса.

Респонденту предлагается отметить в 25-ти позициях свое состояние за последнюю неделю с помощью 8-балльной шкалы (от оценки «никогда» до оценки «постоянно»). Сумма баллов является интегральным показателем психической напряженности (ППН). Примерное время тестирования 10-15 минут.

2.Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.

Доктора Холмс и Раге изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней и травм) от различных стрессогенных жизненных событий у более чем пяти тысяч пациентов.

Они пришли к выводу, что 151 психическим и физическим болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека. На основании своего исследования они составили шкалу, в которой каждому важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности.

Отличительной особенностью шкалы является тот факт, что стрессогенность события определяется только интенсивностью переживания, и не имеет знака.

То есть болезнь или вступление в брак считаются практически одинаково стрессогенными.

В соответствии с проведенными исследованиями было установлено, что 150 баллов означают 50% вероятности возникновения какого-то заболевания, а при 300 баллах она увеличивается до 90%.

3. Эмоциональное состояние: Шкала дифференциальных эмоций (ШДЭ) К. Изарда.

Используется для диагностики доминирующего эмоционального состояния с помощью шкалы значимости эмоций. Теория дифференциальных эмоций получила свое название из-за центрации на отдельных эмоциях, которые понимаются как отличающиеся переживательно-мотивационные процессы и имеют центральное значение для мотивации, социальной коммуникации, познания и действия.

Данный тест применяется для обследования подростков и взрослых. Методика предназначена для самооценки интенсивности и частоты возникновения 10 основных эмоций в соответствии со списком шкалы К. Изарда.

Каждая основная эмоция (тестовая шкала) имеет три градации (три пункта опросника).

4. Гиссенский опросник психосоматических жалоб

Гиссенский опросник психосоматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB) представляет собой опросник, предназначенный для регистрации отдельных жалоб, комплекса жалоб и определения суммарной оценки их интенсивности.

GBB не является опросником симптомов соматических заболеваний, в нём перечислены лишь соматические симптомы, встречающиеся в картине психосоматических расстройств.

5. Опросник по состоянию здоровья (PHQ-9)

Шкала депрессии PHQ – модуль, или кластер, касающийся выявления депрессивных симптомов, «Опросника оценки здоровья пациента» (Patient Health Questionnaire, PHQ), который в настоящее время применяется в диагностике отдельно от основного опросника.

Впрочем, шкала депрессии PHQ может также использоваться и в комплексе большого опросника Patient Health Questionnaire, который представляет собой усовершенствованную версию методики PRIME-MD, ныне устаревшей.

Опросник Patient Health Questionnaire, или PHQ был разработан для диагностики пяти различных расстройств командой специалистов в рамках образовательного гранта компании Pfizer Inc.

В создании PHQ принимали участие доктора Роберт Шпицер (Robert L. Spitzer), Джанет Уильямс (Janet B.W. Williams), Курт Кронке (Kurt Kroenke) и др.

Методика оказалась достаточно гибкой и получила распространение. А впоследствии кластер Patient Health Questionnaire, касающийся выявления депрессивных симптомов, был выделен в отдельный опросник, ныне известный как PHQ-9, или шкала депрессии PHQ.

Также использовались методы математической обработки.

Корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена) при помощи статистической программы SPSS 22.0.

Коэффициент корреляции Спирмена – статистический критерий, который наиболее часто используется при обработке эмпирических данных в курсовых, дипломных и магистерских работах по психологии. Этот критерий относится к типу непараметрических и не требует, чтобы данные были распределены по нормальному закону.

Достаточно, если психологические показатели представлены в порядковой шкале, то есть учитывается только тот факт, что один показатель больше или меньше, чем другой.

При проведении эмпирического исследования для расчета коэффициента корреляции Спирмена удобнее пользоваться статистическими программами. Однако, этот критерий нетрудно рассчитать и вручную.

Таблицы и графики, помещенные в тексте, построены при помощи пакета статистических программ Microsoft Office Excel 2007 и SPSS 22.0.

Выводы по второй главе

Реализация эмпирического исследования предполагала исследование влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека.

Для решения поставленных задач в работе были использованы теоретические, эмпирические методы, а также методы количественной обработки данных:

– теоретические методы (анализ, сравнение, систематизация психологических сведений по теме исследования);

– эмпирические методы:

Методики:

Для математической обработки данных использовалась программа SPSS 17.0. Для проверки распределения Критерий Колмогорова-Смирнова.

1. Шкала психологического стресса PSM-25 Лемура – Тесье – Филлиона.

2. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.

3. Эмоциональное состояние: Шкала дифференциальных эмоций (ШДЭ) К. Изарда.

4. Гиссенский опросник психосоматических жалоб.

5. Опросник по состоянию здоровья (PHQ-9).

Также использовались методы математической обработки.

Так же нами был использован метод ранговой корреляции Спирмена позволяет определить тесноту (силу) и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями (иерархиями) признаков.

Таблицы и графики, помещенные в тексте, построены при помощи пакета статистических программ Microsoft Office Excel 2007 и SPSS 22.0.

Глава 3 Эмпирическое исследование влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека

3.1 Результаты корреляционного и общего анализа стрессовых ситуаций на здоровье человека

Шкала психологического стресса PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона. На рисунке 1 нами представлено соотношение распределения респондентов по уровню стресса.

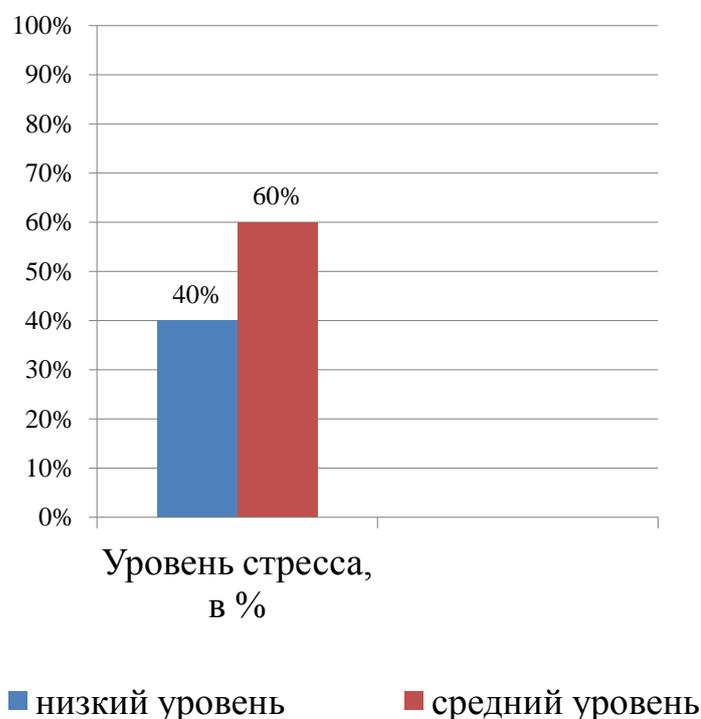


Рисунок № 1 - Соотношение распределения показателей респондентов по уровню стресса, %

Таким образом, 40% респондентов продемонстрировали низкий уровень стресса, оценив свое состояние за последние 5 дней. По шкале стресса ими было набрано минимальное количество баллов, что может свидетельствовать об оптимальном соматическом и психическом состоянии: отсутствием

обеспокоенности, встревоженности, чрезмерной чувствительности, усталости, проблем со сном, проблем с пищеварением и опорно-двигательным аппаратом.

Мы предполагаем, что эти респонденты занимают активную жизненную позицию, следят за своим психическим и соматическим здоровьем, уделяют время саморазвитию, каким-либо увлечениям, которые позволяют им сместить фокус внимания со стрессовой нагрузки. 60% респондентов показали средний уровень стресса.

Для этих респондентов, вероятно, характерно справляться со стрессом самостоятельно или прибегая к помощи специалистов. Они редко, но все же испытывают проблемы со сном, усталостью, раздражительностью и обеспокоенностью в связи с принятием решений, предстоящими событиями. Периодически эти оптанты испытывают головную боль и проблемы с пищеварением.

В то же время в профессиональной деятельности им свойственно демонстрировать чрезмерную внимательность и сосредоточенность, возможно из-за мобилизованности психических и соматических функций.

2.Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.

Использование этого опросника нами объясняется необходимостью определения степени сопротивляемости стрессу, как одной из составляющих на которую будет оказано воздействие в ходе развивающей программы. Результаты опросника позволили распределить респондентов по 4 степеням сопротивляемости стрессу.

Исходя из полученных данных, 28% респондентов показали наличие высокой степени сопротивляемости стрессу. Мы предполагаем, что эти респонденты характеризуются сохранностью показателей психического и соматического состояния, им свойственно ощущение психического комфорта.

Вероятно, им свойственно отсутствие каких-либо болевых ощущений, обычный мышечный тонус, обычная двигательная активность, обычное чувство уверенности в своих силах, нормальный сон, отсутствие каких-либо

переживаний со стороны психики в целом, обычная умственная трудоспособность. Продолжительность состояния напряжения носит у этих респондентов весьма кратковременный (не более нескольких минут) характер, проходящий еще до того, как миновала сложная ситуация.

Также мы смеем предположить, что у этих респондентов отсутствует повышение речевой активности, увеличение громкости голоса, ускорение речи с ухудшением ее качества (логичности, грамотности и т.д.); ухудшение внимания, неспособность сосредоточиться на деле, отвлекаемость.

Высокая степень сопротивляемости стрессу выявлена нами у 42% респондентов. Такие показатели связаны, на наш взгляд, с активизацией функций организма, повышением продуктивности деятельности, ощущением подъема, мобилизованности, готовностью к работе, сдвигом в сторону симпатикотонии.

Для этих респондентов характерно улучшение памяти; состояние собранности; высокий психический тонус; умеренно-выраженные, отчетливые признаки напряжения; повышение умственной работоспособности; приподнятое настроение; умеренное усиление потоотделения; умеренное повышение мышечного тонуса; увеличение скорости и энергичности движений; ощущение усиления сердечной деятельности, не мешающее работе; умеренное повышение восприимчивости к внешним раздражителям, не мешающее работе.

Пороговая степень сопротивляемости стрессу отражающая дезорганизацию, снижение продуктивности деятельности, ощущение физического дискомфорта в ходе исследования диагностирована у 30% опрошенных.

Рисунок 2 наглядно отображает соотношение распределения респондентов по степени сопротивляемости стрессу.

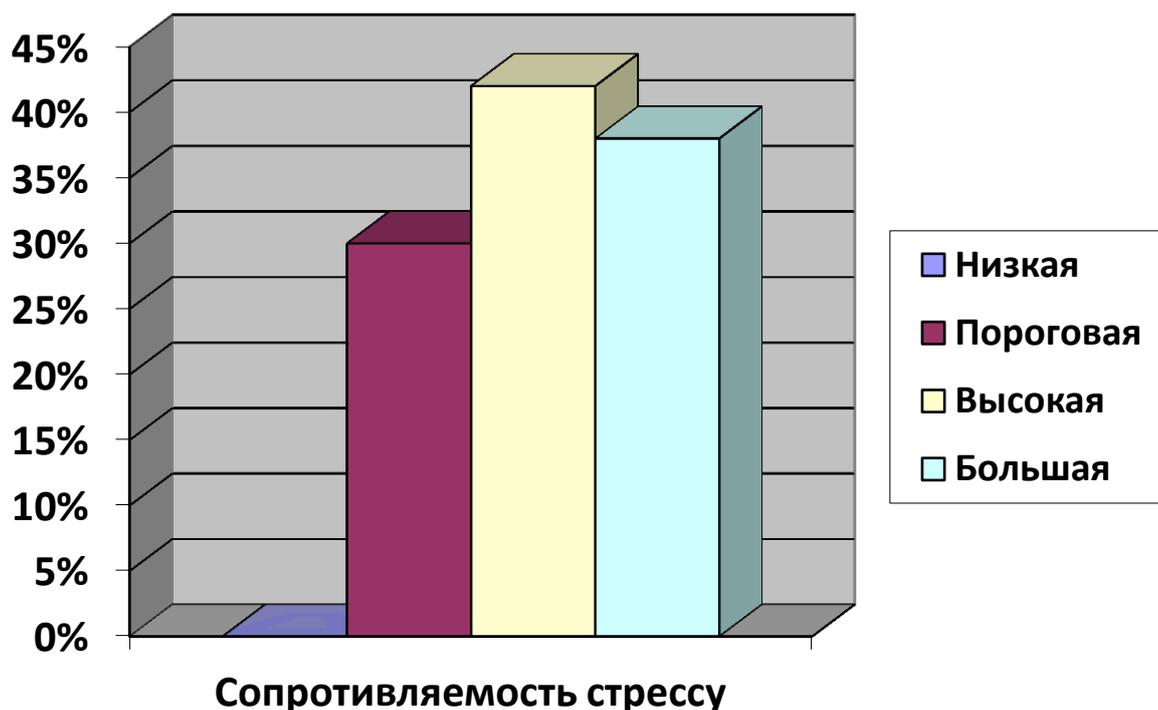


Рисунок № 2 - Соотношение распределения показателей респондентов по степени сопротивляемости стрессу, в %

Результаты, диагностики сопротивляемости стрессу позволяют нам сделать следующие выводы. У 28% из общего числа респондентов был выявлен высокий уровень сопротивляемости стрессу.

На наш взгляд, этот результат отражает высокую резистентность (сопротивляемость) и толерантность (выносливость) к стрессовым воздействиям, функциональная приспособляемость к жизни и деятельности в конкретных экстремальных условиях и способности компенсировать чрезмерные функциональные сдвиги (нарушения) при воздействии стрессов. По нашему мнению, исходя из положительных данных им не присуще эмоциональные напряжения и тревожные состояния, они редко испытывают чувство страха и неопределенности.

Эмоциональное состояние: Шкала дифференциальных эмоций (ШДЭ) К. Изарда. Результаты по методике «Шкала дифференциальных эмоций» (К. Изард, в адаптации А. Б. Леоновой) приведены на Рисунок № 3.

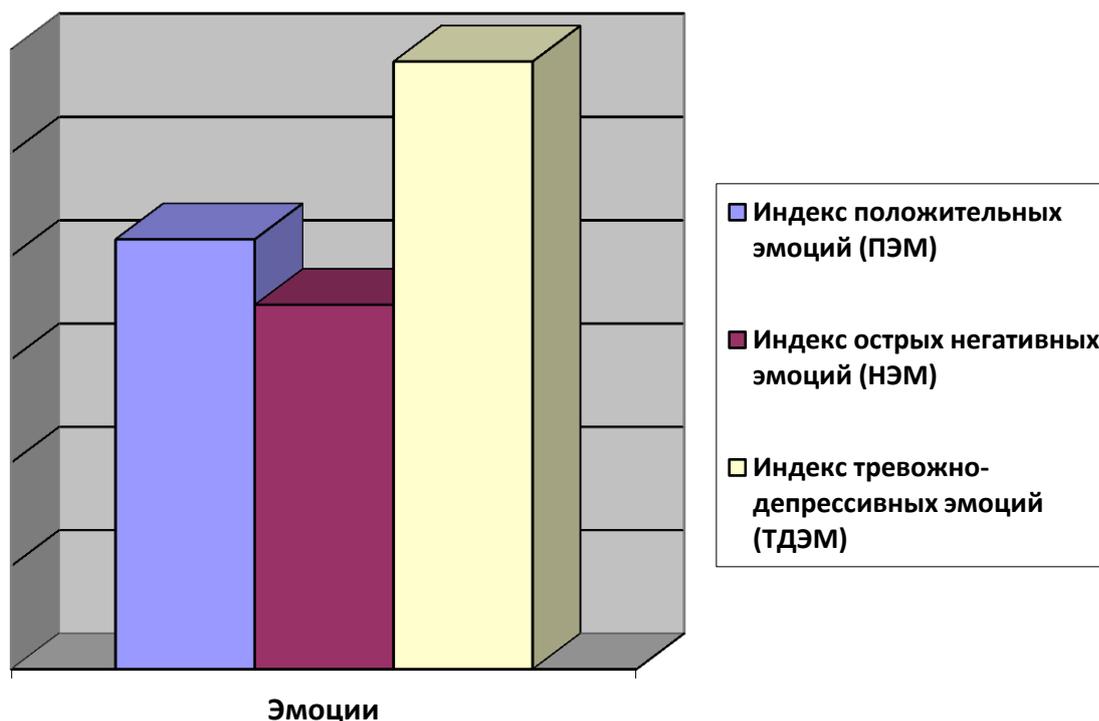


Рисунок № 3 - Результаты по методике «Шкала дифференциальных эмоций» (К. Изард, в адаптации А.Б. Леоновой), в средних баллах

У респондентов высок индекс тревожно-депрессивных эмоций по методике «Шкала дифференциальных эмоций» (К. Изард, в адаптации А.Б.Леоновой). Согласно полученным данным, в группе получены очень высокие показатели по индексу тревожнодепрессивных эмоций, Респонденты очень остро переживают страх, стыд, вину, впадают в депрессию. Также в данной группе получены очень низкие результаты по индексу положительных эмоций. Индекс острых негативных эмоций, включающий подшкалы «Горе», «Гнев», «Отвращение», «Презрение», оказался менее выражен.

Гиссенский опросник психосоматических жалоб. Перейдем к рассмотрению и анализу полученных в результате исследования данных. Для этого мы рассмотрели показатели уровней психосоматических жалоб. Затем провели соответствующее сравнение этих данных для подтверждения выдвинутых в начале исследования гипотезы.

Переведя в проценты «сырые» баллы, полученные в результате исследования, составили таблицы показателей. Последовательно рассмотрим результаты исследования психосоматических. Обратимся к результатам изучения оценки соматических последствий психологической травматизации, представленным в таблице ниже. Для того чтобы оценить степень физических недомоганий отдельного испытуемого, авторы методики предлагают рассматривать ее в сравнении с данными, как выборки респондентов, так и контрольной группы здоровых, а также учитывать возрастные характеристики, так как частота жалоб по различным шкалам существенно зависит от этих параметров. Таким образом, «сырые» данные конкретного испытуемого должны сопоставляться с показателями, полученными в группе респондентов и контрольной группе здоровых с учётом возраста.

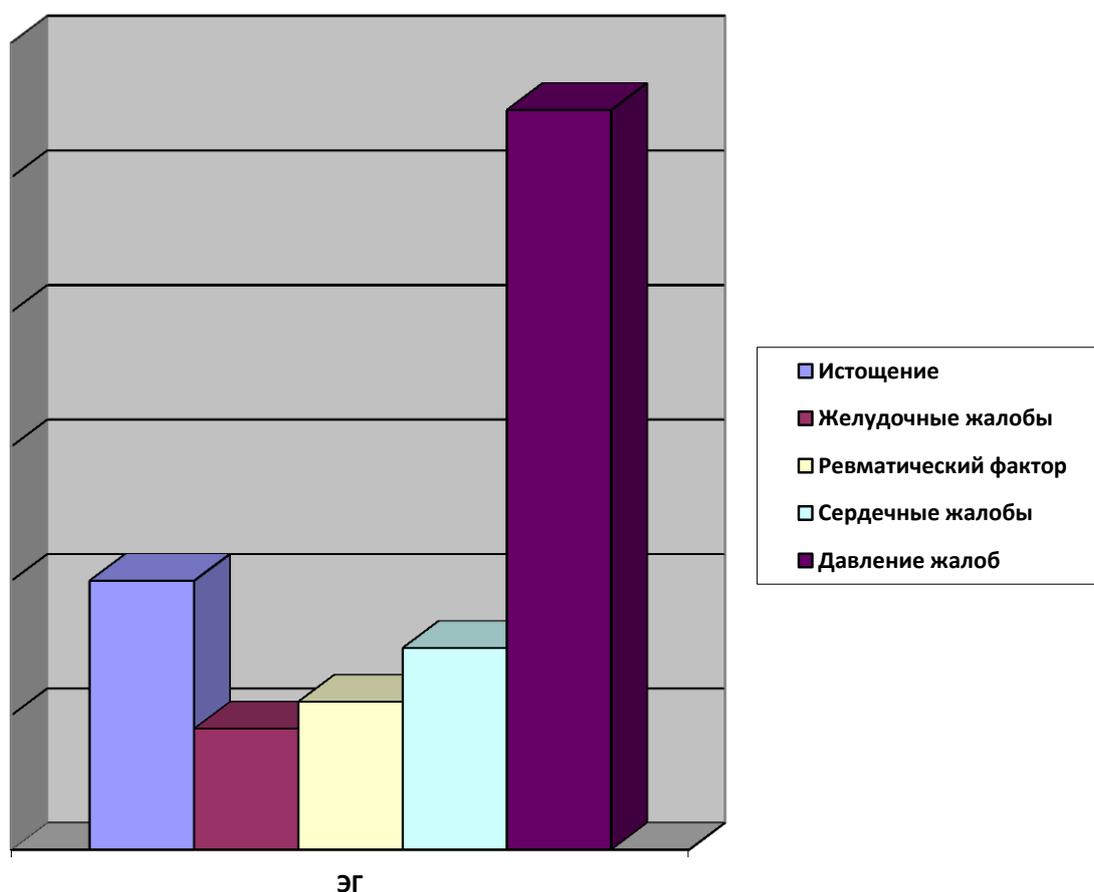


Рисунок № 4 - Сводные данные по опроснику Гиссенская шкала.
(Среднее)

Из таблицы мы видим, что выборка набрала по шкале истощение 20 баллов, что является достаточно высоким результатом. Необходимо подчеркнуть, что данная шкала характеризует неспецифический фактор истощения, который указывает на общую потерю жизненной энергии и потребность пациента в помощи.

Шкала желудочные жалобы, отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий (эпигастральный синдром), в данном случае у респондентов наблюдается показатель в 9 баллов. Однако, сравнивая с процентными показателями лиц в контрольной здоровой группе (К) или в группе респондентов (П), представленных нормативов в самом опроснике, для данной категории респондентов уровень желудочных жалоб на уровне 9 свойственно около 90% опрошенных, в то время как показатель 11, не встречается практически ни у кого из здоровых опрошенных, и 50% больных.

Давление жалоб - характеризует общую интенсивность жалоб, «ипохондричность» не в традиционном понимании этого термина, а с точки зрения психосоматического подхода — как «давление жалоб». Значение равно сумме значений основных шкал. Несмотря на то, что в целом не все шкалы для группы выходят за пределы нормы, общий показатель давления жалоб для этих респондентов крайне высок (55), данный показатель среди опрошенных нормативных процентных показателей не встречается ни у кого.

Таким образом, респонденты чаще всего испытывают ощущение потери жизненной энергии, и чувствуют потребность в помощи со стороны окружающих, им свойственна некоторая ипохондричность.

Опросник по состоянию здоровья (PHQ-9). Из обследованных 77% набрали ≥ 10 баллов, что при наличии клинического подтверждения указывает на диагноз депрессивного эпизода.

По тяжести депрессивного эпизода согласно PHQ-9 больные были распределены следующим образом:

- легкая депрессия (10-14 баллов) – 44% респондентов;

- депрессия средней степени тяжести (15-19 баллов) – 28% респондентов;
- тяжелая депрессия (≥ 20 баллов) – 28% респондентов.

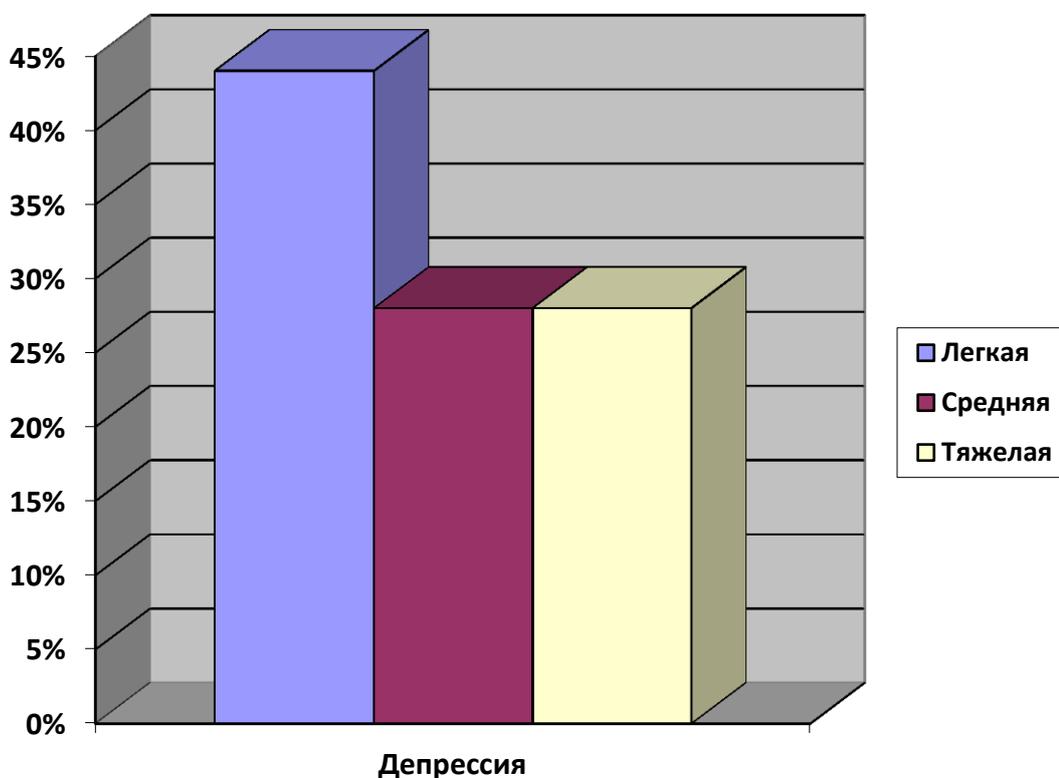


Рисунок № 5 - Опросник по состоянию здоровья (PHQ-9)

Посимптомная оценка респондентами своего состояния по PHQ-9 показала, что наиболее тягостными симптомами, беспокоившими почти каждый день, были чувство усталости, нарушение сна и подавленность. Далее следовали отсутствие заинтересованности и проблемы с концентрацией внимания.

В соответствии с комментариями к опроснику PHQ-9, респонденты с 10-14 баллами нуждаются в наблюдении и психотерапевтической поддержке, а при отсутствии динамики в течение двух недель следует рассмотреть возможность назначения антидепрессивной терапии. В то же время респонденты с ≥ 15 баллами нуждаются в немедленном назначении антидепрессанта.

В исследовании 47% обследованных респондентов (n = 488) набрали ≥ 15 баллов по PHQ-9 и были включены в клиническую часть наблюдения. Средний исходный показатель в группе, вошедшей в клиническую часть, составил 19 баллов по PHQ-9.

Для анализа взаимосвязи между шкалами был использован корреляционный анализ. Использовался коэффициент корреляции Спирмена. Результаты анализа представлены на рисунке 26 и таблице 31.

Таблица № 1 - Корреляционный анализ

	Сердечные жалобы	Давление жалоб	Депрессия	ПЭМ
Уровень стресса	0,842***	0,31	0,509**	0,584
Желудочные жалобы	0,837***	0,447	0,82***	0,487
Сердечные жалобы		0,737***	0,722***	0,775***
Давление жалоб			0,504**	0,856***

Между шкалой «Уровень стресса» и шкалой «Сердечные жалобы» существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ($r=0,842^{***}$, $p<0,001$).

Между шкалой «Желудочные жалобы» и шкалой «Сердечные жалобы» существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ($r=0,837^{***}$, $p<0,001$).

Чем в большей степени выражены показатели по шкале «Желудочные жалобы», тем больше выражены показатели по шкале «Сердечные жалобы».

Существуют значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Сердечные жалобы» и шкалой «Давление жалоб» ($r=0,737^{***}$, $p<0,001$).

Чем в большей степени выражены показатели по шкале «Сердечные жалобы», тем больше выражены показатели по шкале «Давление жалоб». Были выявлены значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «Желудочные жалобы» и шкалой «Депрессия» ($r=0,82^{***}$, $p<0,001$).

Чем в большей степени выражены показатели по шкале «Желудочные жалобы», тем больше выражены показатели по шкале «Депрессия». Были выявлены значимые умеренные отрицательные взаимосвязи между шкалой «Желудочные жалобы» и шкалой «Депрессия» ($r=-0,722^*$, $p<0,05$).

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Сердечные жалобы» и шкалой «Общий показатель самоорганизации» ($r=0,775^{***}$, $p<0,001$). С Уровнем стрессапоказателей по шкале «Сердечные жалобы» также Уровнем стресса показатели по шкале «ПЭМ».

Были выявлены значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «Давление жалоб» и шкалой «ПЭМ» ($r=0,856^{***}$, $p<0,001$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «Давление жалоб», тем больше выражены показатели по шкале «Общий показатель самоорганизации».

С целью подтверждения результатов факторного анализа и выявления связи стрессовых ситуаций на здоровье человека, мы провели кластерный анализ с целью разбиения респондентов на однородные группы.

Порядок агломерации (протокол объединения кластеров) представленных ранее данных приведен в таблице.

Таблица № 2 - Матрица агломерации

Порядок агломерации (кластеров)						
Этап	Объединенный кластер		Коэффициенты	Этап первого появления кластера		Следующий этап
	Кластер 1	Кластер 2		Кластер 1	Кластер 2	
1	91	103	0,000	0	0	13
2	90	102	0,000	0	0	14
3	89	101	0,000	0	0	15
95	37	38	35,519	92	87	100
96	44	45	37,192	91	85	98
97	3	10	38,327	82	48	101
98	1	44	40,421	93	96	99
99	1	6	43,503	98	94	102
100	37	74	46,174	95	79	101

101	3	37	52,011	97	100	102
102	1	3	56,185	99	101	0

Так, в колонке Cluster Combined можно увидеть порядок объединения в кластеры: на первом шаге были объединены наблюдения 9 и 10, они образуют кластер под номером 9, кластер 10 в обзорной таблице больше не появляется. На следующем шаге происходит объединение кластеров 2 и 14, далее 3 и 9, и т.д.

В колонке Coefficients приведено количество кластеров, которое следовало бы считать оптимальным; под значением этого показателя подразумевается расстояние между двумя кластерами, определенное на основании выбранной меры расстояния.

Как видно из таблицы «Порядок агломерации кластеров» наибольшее расстояние наблюдается при переходе с 100 на 101 шаг (5,837), следовательно, количество кластеров может 2 или 3.

В результате можно выделить 3 кластера данных в таблице 3:

Таблица № 3 - Количество испытуемых в каждом кластере

1	21
2	12
3	17
Всего	60

В таблице выше мы видим, что значение поля Coefficients увеличивается скачкообразно, следовательно, объединение в кластеры следует остановить, иначе будет происходить объединение кластеров, находящихся на относительно большом расстоянии друг от друга.

Для исследования особенностей каждого кластера был проведен дисперсионный анализ сочетания кластеров и исследуемых параметров. Данные представлены в таблице 4.

Таблица № 4 - Значения дисперсионного анализа

Название зависимых переменных	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Статистика Ливена	Уровень значимости критерия Ливена	Значение F-отношения	Уровень значимости F-отношения
Уровень стресса	19,9 ± 1,9	32,5 ± 4,0	54,7 ± 10,4	8,032	0,001	95,098	0,001* **
Сопrotивляемость стрессу	3,5 ± 1,0	3,6 ± 1,2	4,5 ± 0,4	14,062	0	16,87	0,001* **
ПЭМ	2,9 ± 1,4	2,6 ± 1,1	4,5 ± 0,9	7,249	0,001	24,495	0,001* **
НЭМ	2,8 ± 1,2	3,2 ± 1,2	4,1 ± 1,1	0,04	0,961*	14,113	0,001* **
ТДЭМ	9,3 ± 3,4	9,5 ± 3,3	12,8 ± 2,2	3,48	0,035	18,068	0,001* **
Истощение	37,5 ± 7,6	28,8 ± 6,4	42,7 ± 5,2	5,551	0,005	19,258	0,001* **
Желудочные жалобы	28,4 ± 4,4	29,7 ± 3,1	33,1 ± 5,5	4,306	0,016	11,397	0,001* **
Ревматический фактор	18,2 ± 3,8	15 ± 1,7	18,5 ± 3,4	2,224	0,114*	3,789	0,026*
Сердечные жалобы	84,1 ± 12,3	73,6 ± 6,6	95,3 ± 10,8	3,601	0,031	19,928	0,001* **
Давление жалоб	15,5 ± 4,6	24,1 ± 6,8	25,4 ± 3,2	5,434	0,006	64,95	0,001* **
Депрессия	30,9 ± 5,8	33,7 ± 7,3	36,8 ± 3,0	8,197	0,001	16,67	0,001* **

Процессу группировки объектов в иерархическом кластерном анализе соответствует постепенное возрастание коэффициента, называемого критерием E. Скачкообразное увеличение значения критерия E можно определить как характеристику числа кластеров, которые действительно существуют в исследуемом наборе данных. Таким образом, этот способ сводится к определению скачкообразного увеличения некоторого коэффициента, который характеризует переход от сильно связанного к слабо связанному состоянию объектов.

Существуют значимые различия по шкале «Уровень стресса» между исследуемыми группами ($F=95,098$, $p < 0,001$). Максимальное значение наблюдается в группе «Кластер 3» (среднее значение = 54,787), минимальное значение в группе «Кластер 2» (среднее значение = 32,556). Такой психологический феномен как количество лет наиболее всего выражен в группе «Кластер 3», а наименее всего в группе «Кластер 2».

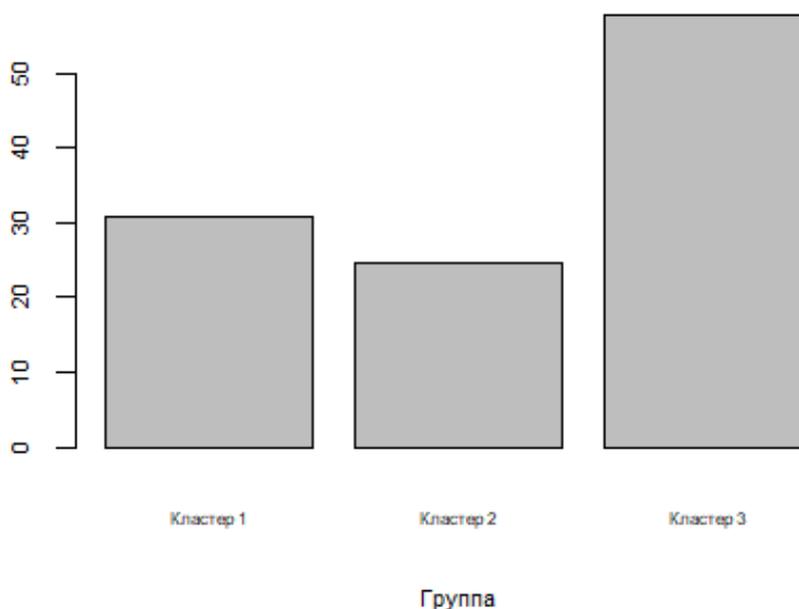


Рисунок № 6 - Различия по шкале «Уровень стресса» между исследуемыми группами

Существуют значимые различия по шкале «Сопrotивляемость стрессу» между исследуемыми группами ($F=16,87$, $p < 0,001$). Максимальное значение наблюдается в группе «Кластер 3» (среднее значение = 4,547), минимальное значение в группе «Кластер 1» (среднее значение = 3,529).

Таким образом, мы можем говорить, о том, что для группы 3-го кластера наиболее характерно работа с деятельностью, связанной сильным стрессогенным характером.

У группы кластера 2 сопротивляемость стрессу снижается с увеличением стрессовых ситуаций.

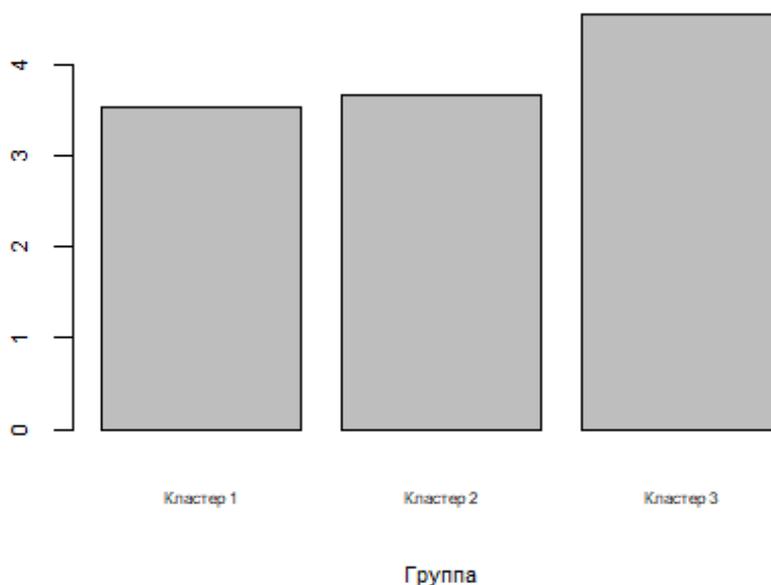


Рисунок № 7 - Различия по шкале «Сопrotивляемость стрессу» между исследуемыми группами

Выявлены различия по шкале «ПЭМ» между исследуемыми группами ($N=24,495$, $p < 0,001$). Максимальное значение наблюдается в группе «Кластер 3» (среднее значение = 4,548), минимальное значение в группе «Кластер 2» (среднее значение = 2,633).

Согласно рисунку мы видим, что у группы кластера 1 сопротивляемость к стрессу самая низкая, это сигнал тревоги, предупреждающий об опасности. Следовательно, вам необходимо срочно что-либо предпринять.

Если сумма баллов свыше 300, то респондентам грозит психосоматическое заболевание, поскольку они близки к фазе нервного истощения.

Группа 3 кластера показывает наиболее высокую сопротивляемость стрессу, поэтому любая деятельность опрошенных данной группы, независимо от ее направленности и характера становится эффективнее, независимо от уровня переживаемого стресса.

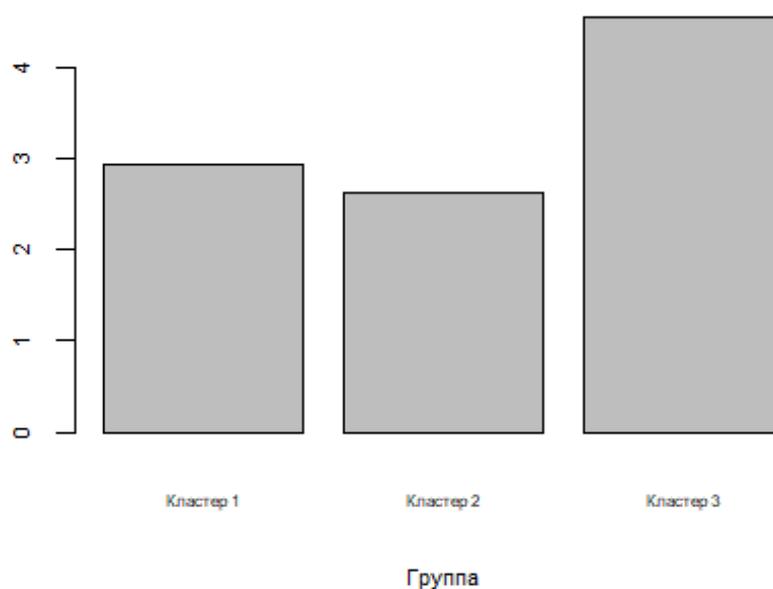


Рисунок № 8 - Различия по шкале «ПЭМ» между исследуемыми группами

Индекс позитивных эмоций (ПЭМ) – характеризует степень позитивного эмоционального отношения субъекта к наличной ситуации. Подсчитывается как сумма баллов по трем первым блокам базовых эмоций.

Между группами существуют значимые различия по шкале «НЭМ» ($F=14,113$, $p < 0,001$). Максимальное значение наблюдается в группе «Кластер

3» (среднее значение = 4,135), минимальное значение в группе «Кластер 1» (среднее значение = 2,827).

В группе кластера 3 уровень позитивного эмоционального отношения субъекта к наличной ситуации достаточно высок, что говорит о позитивном восприятии ситуации.

Крайние низкие значения показывает группа кластера 2, там наиболее низкие показатели позитивного эмоционального отношения субъекта к наличной ситуации.

Группа кластера 1 набирает срединные значения.

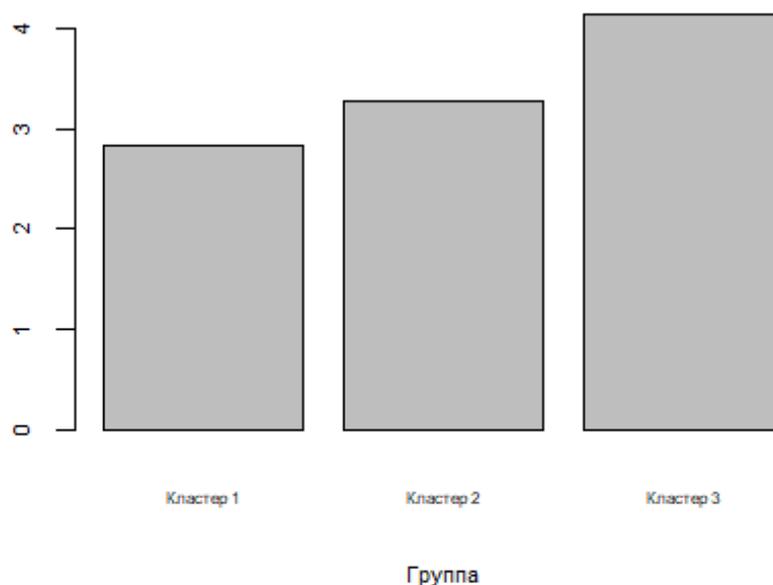


Рисунок № 9 - Различия по шкале «НЭМ» между исследуемыми группами

Индекс острых негативных эмоций (НЭМ) – отражает общий уровень негативного эмоционального отношения субъекта к наличной ситуации. Подсчитывается как сумма баллов по четырем последующим блокам базовых эмоций.

Существуют значимые различия по шкале «НЭМ» между исследуемыми группами ($F=18,068$, $p < 0,001$). Максимальное значение наблюдается в группе

«Кластер 3» (среднее значение = 12,879), минимальное значение в группе «Кластер 1» (среднее значение = 9,346).

В группе кластера 3 уровень негативного эмоционального отношения субъекта к наличной ситуации достаточно высок, что говорит о негативном восприятии ситуации. С учетом высокого позитивного отношения к ситуации данной группы мы можем говорить о некотором внутреннем конфликте.

Крайние низкие значения показывает группа кластера 1, там наиболее низкие показатели негативного эмоционального отношения субъекта к наличной ситуации. Группа кластера 2 набирает срединные значения.

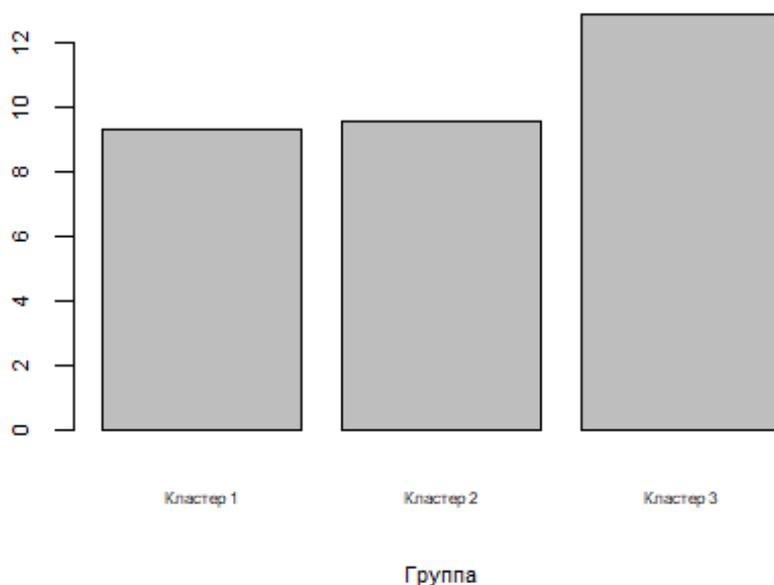


Рисунок №10 - Различия по шкале «ТДЭМ» между исследуемыми группами

Индекс тревожно-депрессивных эмоций (ТДЭМ) – отражает уровень относительно устойчивых индивидуальных переживаний тревожно-депрессивного комплекса эмоций, опосредующих субъективное отношение к наличной ситуации. Подсчитывается как сумма баллов по трем последним блокам базовых эмоций.

Существуют значимые различия по шкале «ТДЭМ» между исследуемыми группами ($F=19,258$, $p < 0,001$). Максимальное значение наблюдается в группе «Кластер 3» (среднее значение = 42,723), минимальное значение в группе «Кластер 2» (среднее значение = 28,889).

В группе кластера 3 уровень устойчивых индивидуальных переживаний тревожно-депрессивного комплекса эмоций. Крайние низкие значения показывает группа кластера 1 и 2, там наиболее низкие показатели устойчивых индивидуальных переживаний тревожно-депрессивного комплекса эмоций.

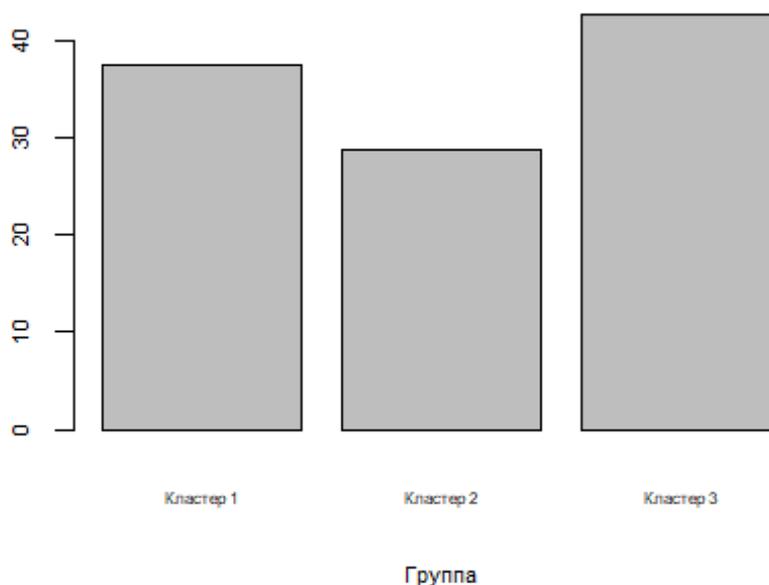


Рисунок №11 - Различия по шкале «Истощение» между исследуемыми группами

Показатель этой шкалы характеризует неспецифический фактор истощения, который указывает на общую порю жизненной энергии потребность человека в помощи.

Существуют значимые различия по шкале «Истощение» между исследуемыми группами ($F=19,258$, $p < 0,001$). Максимальное значение

наблюдается в группе «Кластер 3» (среднее значение = 42,723), минимальное значение в группе «Кластер 2» (среднее значение = 28,889).

В группе кластера 3 уровень неспецифический фактор истощения достаточно высок, любопытно что данная группа в целом переживает бурные крайние появления как негативных так и позитивных шкал.

Крайние низкие значения показывает группа кластера 2, там наиболее низкие показатели неспецифического фактора истощения.

Группа кластера 1 набирает срединные значения.

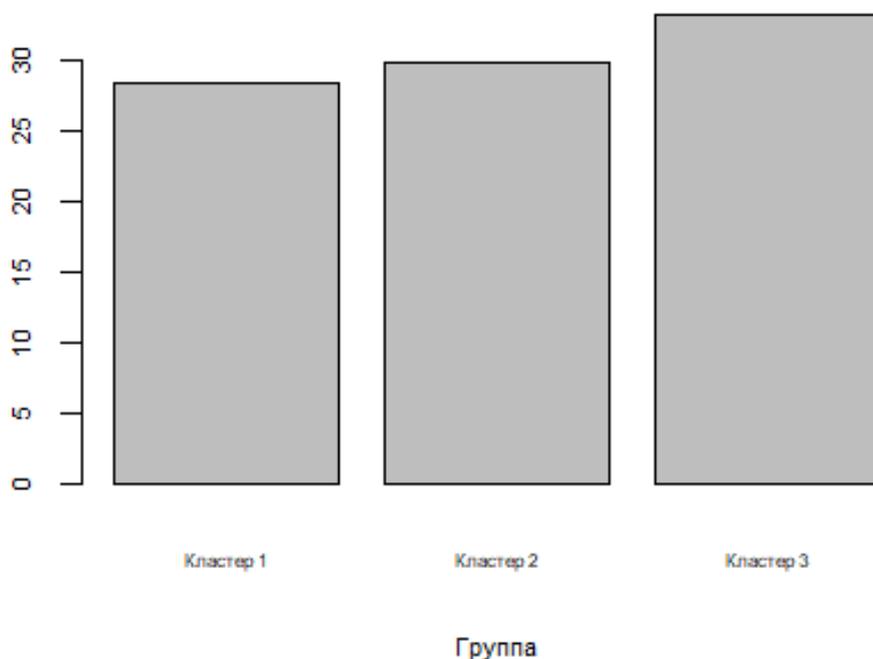


Рисунок № 12 - Различия по шкале «Желудочные жалобы» между исследуемыми группами

Шкала отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий (эпигастральный синдром).

Между группами существуют значимые различия по шкале «Желудочные жалобы» ($F=11,397$, $p < 0,001$). Максимальное значение наблюдается в группе

«Кластер 3» (среднее значение = 33,191), минимальное значение в группе «Кластер 1» (среднее значение = 28,404).

В группе кластера 3 уровень неспецифический фактор нервных (психосоматических) желудочных недомоганий, респонденты данной группы подвержены высокому уровню желудочных психосоматических переживаний ситуации.

Крайние низкие значения показывает группа кластера 1, там наиболее низкие показатели нервных (психосоматических) желудочных недомоганий.

Группа кластера 2 набирает срединные значения.

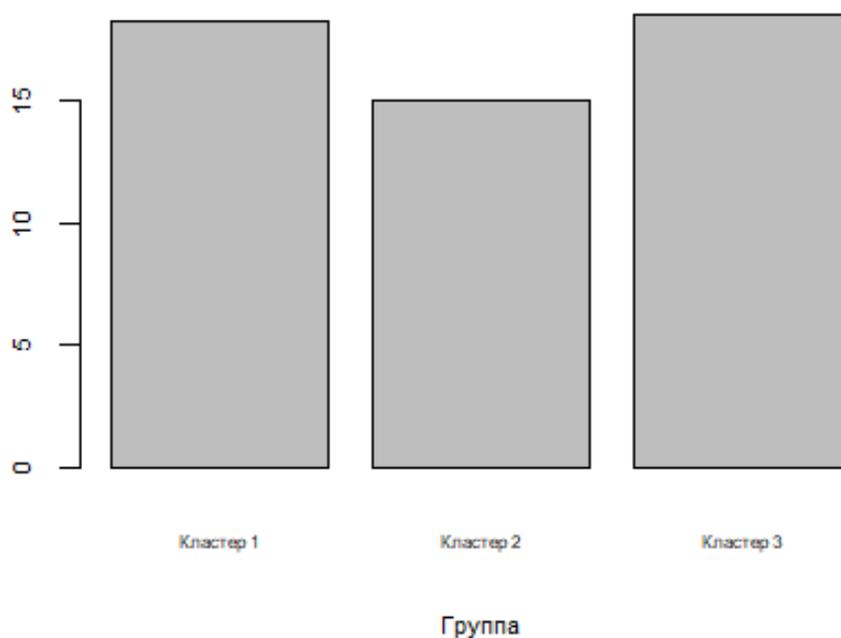


Рисунок № 13 - Различия по шкале «Ревматический фактор» между исследуемыми группами

«Боли в различных частях тела» или «ревматический фактор». Шкала выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер.

Существуют значимые различия по шкале «Ревматический фактор» между исследуемыми группами ($F=3,789$, $p < 0,05$). Максимальное значение наблюдается в группе «Кластер 3» (среднее значение = 18,511), минимальное значение в группе «Кластер 2» (среднее значение = 15).

В группе кластера 1 уровень субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер набрали достаточно высокие показатели, по сравнению с респондентами кластера 3 и 2.

Крайние низкие значения показывает группа кластера 2, там наиболее низкие показатели субъективных страданий пациента, носящие алгический или спастический характер.

Группа кластера 2 набирает срединные значения.

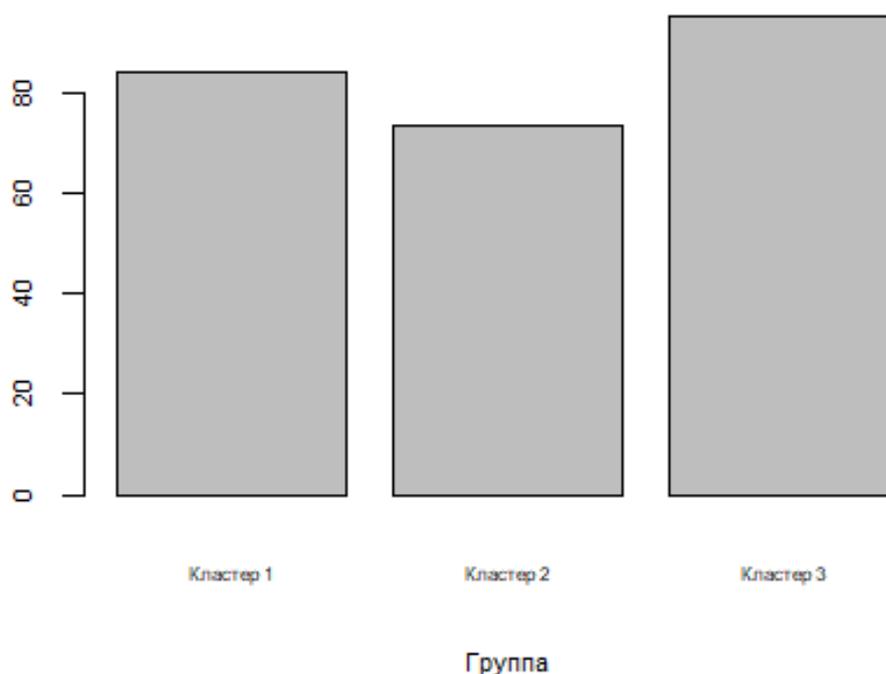


Рисунок № 14 - Различия по шкале «Сердечные жалобы» между исследуемыми группами

«Сердечные жалобы». Шкала указывает на локализацию недомоганий преимущественно – в сосудистой сфере.

Существуют значимые различия по шкале «Сердечные жалобы» между исследуемыми группами ($F=19,928$, $p < 0,001$). Максимальное значение наблюдается в группе «Кластер 3» (среднее значение = 95,383), минимальное значение в группе «Кластер 2» (среднее значение = 73,667).

В группе кластера 3 уровень локализации недомоганий в сосудистой сфере набрали достаточно высокие показатели, по сравнению с респондентами кластера 3 и 2.

Крайние низкие значения показывает группа кластера 2, там наиболее низкие показатели эмоциональных психосоматических переживаний – в сосудистой сфере. Группа кластера 2 набирает срединные значения.

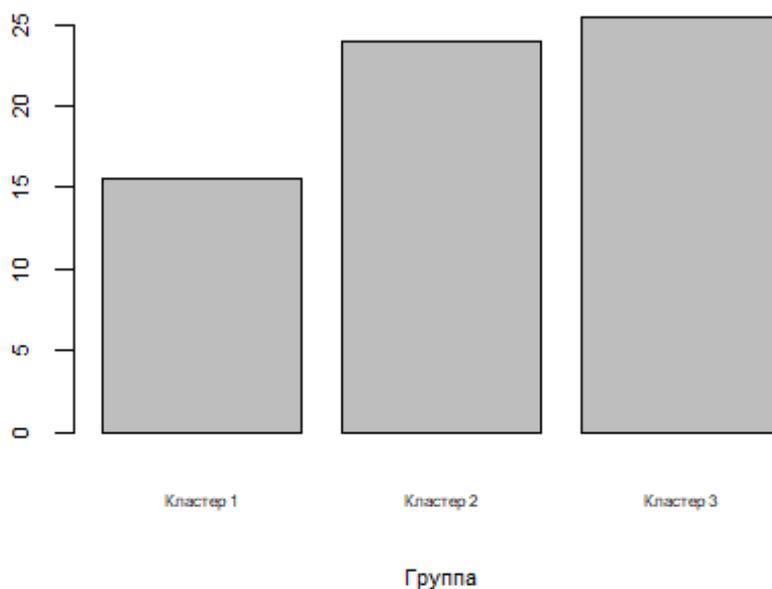


Рисунок № 15 - Различия по шкале «Давление жалоб» между исследуемыми группами

«Давление (интенсивность) жалоб». Эта шкала включает все 24 приведенные выше жалобы представляет собой интегральную оценку 4-х предыдущих шкал. Суммарная оценка интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического состояния образует

самостоятельный и весьма значимый фактор, определяющий психический статус личности.

Выявлены различия по шкале «Давление жалоб» между исследуемыми группами ($N=64,95$, $p < 0,001$). Максимальное значение наблюдается в группе «Кластер 3» (среднее значение = 25,426), минимальное значение в группе «Кластер 1» (среднее значение = 15,553).

В группе кластера 3 уровень наиболее высокий уровень интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического состояния, по сравнению с респондентами кластера 3 и 2. Крайние низкие значения показывает группа кластера 1, группа кластера 2 набирает срединные значения.

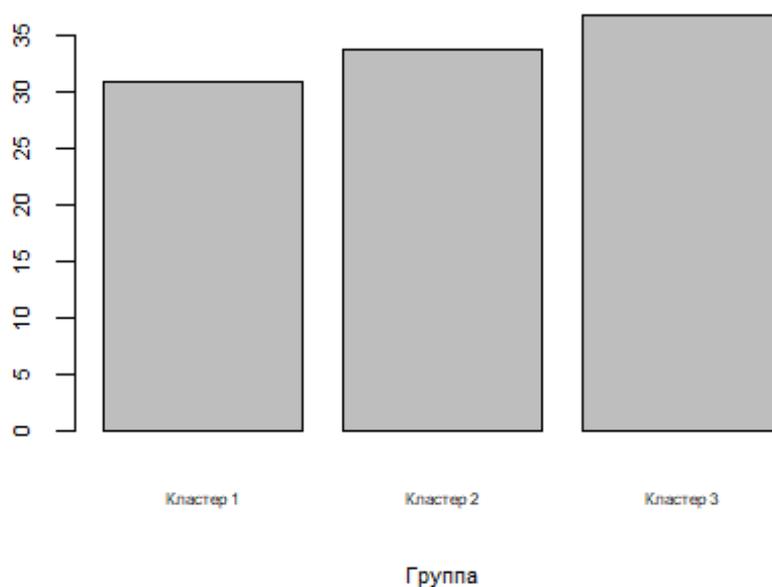


Рисунок № 16 - Различия по шкале «Депрессия» между исследуемыми группами

Между группами существуют значимые различия по шкале «Депрессия» ($F=16,67$, $p < 0,001$).

Максимальное значение наблюдается в группе «Кластер 3» (среднее значение = 36,809), минимальное значение в группе «Кластер 1» (среднее значение = 30,915).

В группе кластера 3 уровень наиболее высокий уровень депрессии, по сравнению с респондентами кластера 3 и 2.

Крайние низкие значения показывает группа кластера 1, группа кластера 2 набирает срединные значения.

Согласно результатам кластерного анализа, статистически достоверно были выделены три группы, основным признаком их распределения стал уровень стресса. Таким образом, в результате кластерного анализа испытуемых мы выделили 3 кластера:

В третий кластер вошли люди с высоким уровнем стресса вошли респонденты с тяжелыми депрессивными состояниями, наиболее тягостными симптомами, беспокоившими почти каждый день, были чувство усталости, нарушение сна и подавленность, индекс тревожно-депрессивных эмоций высок.

Респонденты очень остро переживают страх, стыд, вину, впадают в депрессию.

Для респондентов с высоким уровнем стресса характерно переживание выраженных психосоматических жалоб, таких как желудочные жалобы, отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий (эпигастральный синдром), ревматический фактор выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер. Давление жалоб, отражающее общую интенсивность жалоб, «ипохондричность» жалоб соответственно высокое.

Во второй кластер вошли люди со средним уровнем стресса, для респондентов характерно отсутствие заинтересованности и проблемы с концентрацией внимания.

Получены очень низкие результаты по индексу положительных эмоций. Индекс острых негативных эмоций, включающий подшкалы «Горе», «Гнев», «Отвращение», «Презрение», оказался менее выражен.

Для респондентов характерны сердечные жалобы - указывает, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере.

В первый кластер вошли люди низким уровнем стресса, респонденты переживают легкую депрессию, так же у них был выявлен высокий уровень сопротивляемости стрессу, получены очень низкие результаты по индексу положительных эмоций.

Респонденты чаще переживают позитивные эмоции. В целом давление жалоб низкое.

3.2 Рекомендации по развитию навыков снижения стресса и профилактике профессионального стресса

На основании полученных данных, в ходе теоретического анализа литературы и проведенного эмпирического исследования была разработана антистрессовая программа психологического сопровождения респондентов.

Таким образом, для того, чтобы снизить уровень стресса у респондентов целесообразно проводить работу, направленную на коррекцию стрессового состояния респондентов.

Цель программы: снижение уровня стресса у респондентов целесообразно проводить работу, направленную на коррекцию стрессового состояния респондентов.

Задачи:

- способствовать сплочению коллектива.
- актуализировать личностный потенциал участников для самосовершенствования, саморазвития; показать пути личностного роста.
- развить представления о способах совладающего поведения.

Программу необходимо реализовать в течение одного месяца с периодичностью проведения занятий один раз в неделю.

В работе с респондентами первоочередное внимание должно уделяться развитию представлений о личностном потенциале и его связанностью с профессиональным развитием.

Программа предполагала две формы работы. Для расширения и обогащения представлений о самоорганизованности и личностном потенциале. Оно было организовано в форме трехчасового брифинга.

Для развития эмоционально-оценочной и регулятивной функций и формирования адекватного совладающего поведения был организован тренинг с применением различных упражнений.

Программа развития личностного потенциала у респондентов предполагает включение 4 блока по пять часов.

На рисунке представлена краткая схема направлений работы в ходе программы развития личностного потенциала.



Рисунок № 16 - Направления работы в ходе программы развития личностного потенциала

Далее, в таблице нами представлена структура занятий в рамках программы снижения стресса у респондентов, в которой отражены основные этапы программы развития их назначение и краткое содержание.

Рекомендуемые сроки проведения: 1 месяц.

Таблица № 6 - Структура занятий программы

Этап	Назначение этапа	Содержание этапа
Ритуал «входа»	Создать у респондентов настрой на работу	Коллективное упражнение. Например, «Мы ценим... за ...»
Обсуждение	Обсудить результаты диагностического исследования. Услышать мнение о результатах.	Психолог рассказывает в общем о результатах диагностики, рассказывает, о чем она сообщает. Далее просит участников поделиться своим опытом стрессовых ситуаций, как выходили из них? Чему научились? Участники делятся своими наблюдениями.
Расширение	Расширить представления о стрессе, стрессоустойчивости, возможных стрессовых реакциях и способах адаптивного поведения.	Психолог предлагает презентацию с информационным материалом по теме. Каждому участнику предлагается раздаточный материал для ознакомления с достижениями практической психологии преодоление стресса. В раздаточном материале присутствует рекомендуемая к прочтению литература.
Закрепление	Приобрести новый опыт: закрепить новые представления и способы поведения	На этом этапе реализуются специальные упражнения, направленные на развитие потенциала через ее составляющие.
Интеграция	Связать новые представления и полученные навыки.	Психолог обсуждает совместно с участниками, в каких ситуациях они могут использовать полученные знания и навыки.
Резюмирование	Обобщить новые представления, связать их с уже имеющимися. Получить обратную связь от участников тренинга.	Участники делятся полученным опытом, готовностью применения полученных знаний в профессиональной деятельности.

Ритуал «выхода»	Закрепить полученные знания, подготовить к взаимодействию в привычной профессиональной среде	На этом этапе психолог предлагает провести коллективное упражнение для завершения тренинга в живой, активной, запоминающейся манере. «Сейчас мы разобьёмся на 3 группы. Первая группа подготовит короткое выступление, суммирующее основные пункты, рассмотренные в тренинге. Вторая группа рассмотрит комплекс мер, которые могут быть использованы в реальной стрессовой профессиональной ситуации. Третья группа предложит варианты препятствий, которые могут возникнуть при применении полученных знаний и пути их решения».
-----------------	--	---

Краткое содержание программы

Занятие 1.

«Совещание»

Цель: знакомство, создание настроения на совместную работу, актуализация представлений о стрессе, стрессоустойчивости и ее составляющих, о способах адекватного поведения в стрессовых ситуациях через обсуждение результатов диагностического исследования, расширение представлений, информирование о способах совладающего поведения.

Первоначально, на этом занятии предполагается проведение упражнения «Мы ценим ... за...», так как в группе собраны знакомые между собой респонденты. Мы можем предложить разделение группы (24 человек) на 3 подгруппы по 8 человек. Каждая подгруппа должна подготовить короткий рассказ о тех качествах, за которые она ценит своих представителей.

В этом упражнении могут принимать участие все респонденты.

Далее можно предложить обсудить с респондентами результаты диагностического исследования. Результаты должны быть представлены в

общем виде, безоценочно по отношению к конкретным респондентами. Можно предоставить краткий материал по выявленным показателям в виде презентации. Во время брифинга предполагается обсудить представления участников об интересующих нас явлениях, опыт пребывания в стрессовых ситуациях, а также предпринятые пути решения проблемы и их конструктивность.

В презентации должна быть представлена информация по теме, раскрывающая тему снижения уровня стресса, опираясь на выделенные нами составляющие. Дополнительно может быть предложен раздаточный материал для ознакомления с достижениями практической психологии преодоления стресса.

Занятие 2.

Цель: закрепить новые представления, рассмотреть и апробировать способы снятия напряжения и уменьшения стрессового воздействия.

На этом занятии может быть предложен ряд упражнений для снижения уровня стресса, через воздействие на выявленные нами составляющие.

Первым этапом можно предложить рассмотреть метод аутогенной тренировки, как один из перспективных действенных для снятия нервно-психического напряжения.

Сначала нужно рассказать о проведении аутогенной тренировки (АТ).

После выполнения дыхательных упражнений участниками тренировки, необходимо обсудить свое самочувствие. Если самочувствие у респондентов хорошее, то можно продолжить работу. Также участники могут поделиться впечатлением от выполнения упражнений.

На этом упражнении тренинговый день подходит к концу. После проведения тренинга предполагается получить краткую обратную связь о самочувствии и настроении.

Занятие 3.

Цель: рассмотреть и апробировать способы снятия напряжения и уменьшения стрессового воздействия, а анализа как кризис может позволить развиваться личности.

Начало занятия можно предложить с резюмирования. Предполагается обсудить самочувствие, настроение и готовность продолжать работу.

Далее мы предлагаем представить положительную формулировку «Я управляю ситуацией уверенно» и продолжать следить за движениями, повторяя эту фразу.

Упражнение - Визуализация

Это упражнение предлагается использовать, так как визуализация желаемого результата, позитивное представление предстоящих событий способно снизить тревожность, напряжение и укрепить веру в положительный исход ситуации.

Выполнять визуализацию хорошо перед сном или в минуты покоя. Нужно занять удобную позу и закрыть глаза.

Дыхание спокойное.

Необходимо представить предстоящее событие так, словно вы смотрите кино. Предельно важно детально представить событие и, как бы предвосхищая результат, его положительный ход и успешное завершение. Во-первых, визуализация позволяет заранее побывать там, что предстоит и, возможно, прочувствовав некоторое волнение, все же увидеть благоприятное течение ситуации.

Таким образом, предстоящие ситуации становятся менее эмоционально-заряженными, повышается нервно-психическая устойчивость.

Уделив достаточно большое внимание упражнениям и техникам, снимающим напряжение, способствующим снижению уровня стресса, мы сочли необходимым включить в программу метод когнитивно-поведенческой терапии А. Бека. продемонстрировав связь между событиями, мыслями и реакциями. АВС-анализ:

А – activating experience – активирующее событие

B – beliefs – рациональные/иррациональные суждения (убеждения) их проявления – автоматические мысли.

C – consequences – последствия – эмоции и поведение.

Цель техники – перевод иррациональных автоматических мыслей в рациональные.

Занятие 4.

Цель: обобщить новые представления, связать их с уже имеющимися. Получить обратную связь от участников тренинга.

Участникам необходимо предложить поделиться полученным опытом, готовностью применения полученных знаний в реальной жизни, в профессиональной деятельности.

Можно предложить провести коллективное упражнение для завершения тренинга в живой, активной, запоминающейся манере. «Сейчас мы разобьёмся на 3 группы.

Первая группа подготовит короткое выступление, суммирующее основные пункты, рассмотренные в тренинге. Вторая группа рассмотрит комплекс мер, которые могут быть использованы в реальной стрессовой профессиональной ситуации. Третья группа предложит варианты препятствий, которые могут возникнуть при применении полученных знаний и пути их решения».

На преобразующем этапе использовались эмпирические методы:

1. Беседа в рамках группового консультирования— психологический вербально-коммуникативный метод, заключающийся в ведении тематически направленного диалога между психологом и клиента с целью получения сведений от последнего.

2. Включенное наблюдение в рамках группового консультирования — метод, при котором психолог в той или иной степени включен в изучаемый объект и находится в непосредственном контакте с наблюдаемыми, принимая участие в их деятельности.

3. Тестирование как метод исследования позволяет с помощью специально разработанных и пролонгированных опросников и тестов объективно измерить изучаемые качественные и количественные характеристики.

Результатами проделанной работы должны стать:

- информированность респондентов о последствиях стресса, на сознание и организм человека; результатами должны стать следующие показатели:

- сформированные представления о последствиях «стресса»
- понимание о роли чувств и потребностей в формировании стресса

- умение респондентов общаться за пределами виртуальной реальности;

- снижение тревожности;
- повышение самооценки;
- снижение проявлений стресса.

Базируясь на представленных концепциях в теоретической главе, а также на подходе Ю.Е. Алешиной, Р. Кочунаса и других авторов, и, следуя, выше представленными методологическим принципам, разработана программа группового психологического консультирования респондентов.

Программа рассчитана на 8 консультаций со респондентами. Продолжительность одной консультации составляет 50 минут. Консультативная сессия строилась по аналогичному подходу как и консультативный процесс.

Консультация включала этапы: знакомство, информирование, двумерное определение проблем, идентификация альтернатив, информационно-коррекционный, трансформирующий, оценка и обратная связь (таблица 7).

Таблица № 7 - Программа психологического консультирования респондентов

Этап	Цель	Психологические методы	Количество сессий
Знакомство, исследование проблем	Знакомство участников группы друг с другом, установление доверительного контакта, исследование проблем респондентов в процессе беседы?	Аналитическая (беседа), развивающие (тренинговые упражнения).	1
Информирование	Знакомство респондентов с понятием «интернет-зависимость».	Аналитический метод (беседа), моделирующий (обсуждение) и трансформирующий (дискуссия).	1
Двумерное определение проблем	Точная характеристика проблем респондентов: эмоциональные, поведенческие и когнитивные компоненты.	Аналитическая (беседа), развивающие (тренинговые упражнения).	2
Идентификация альтернатив.	Выяснение и обсуждение возможных альтернатив решения проблем.	Аналитическая (беседа), трансформирующий (упражнения).	1
Информационно-коррекционный.	Развитие продуктивных стратегий по решению проблем.	Аналитическая (беседа), моделирующий (ролевые игры), развивающие (тренинговые упражнения).	2
Трансформирующий.	Самостоятельная реализация продуктивных стратегий решений проблем респондентом.	Респонденты в жизни реализуют опыт, полученный в процессе группового психологического консультирования.	2 недели

Оценка и обратная связь.	Оценка уровня достижения цели тренинга и обобщение достигнутого результата.	Аналитический (беседа и включенное наблюдение), повторное тестирование.	1
--------------------------	---	---	---

В результате анализа эмпирического материала было определено, что респонденты характеризуются следующими индивидуально-личностными особенностями: имеют высокий уровень эмоционального напряжения, отсутствие инициативы, застенчивость, низкий уровень социальной компетентности и способности к произвольной саморегуляции. Поэтому в целях психологической помощи респондентов необходимо проведения группового консультирования.

Работа с группой проводилась поэтапно, в соответствии с таблицей 4.

Групповое психологическое консультирование состояло из 8 занятий.

Количество участников: 15 человек.

Первый этап «Знакомство. Исследование проблем» состояло из одного занятия. Цель данного занятия заключалась в проведении знакомства участников группы с друг другом, установления доверительного контакта и исследования возможных проблем участников тренинга. На данном этапе использовался метод беседа в качестве аналитического психологического консультирования. Беседа была направлена на выстраивании доверительных взаимоотношений между психологом и консультируемым, установления «консультативного контакта». В процессе психолог выявлял «первичный запрос», для чего респонденты пришли на консультацию; отношение к процессу психологического консультирования. Психолог в ходе работы воздерживался от оценок, подбадривал респондентов к повествованию и самораскрытию.

На данном этапе психологом была получена информация об индивидуальных особенностях участников группы, их установок, манере поведения, ожидания от программы, которая будет использована нами в последующих этапах психологического консультирования.

На этапе знакомства нами использовался развивающий метод, в форме тренинговых упражнений: «Правила нашей группы», «Мы похожи», «Ассоциативные ряды». В данных тренинговых упражнениях цели заключались в создании позитивных эмоциональных отношений между членами группы, снижение тревожности у участников, формирования доверительного стиля общения в процессе налаживания контактов с испытуемыми.

На данном этапе группового консультирования участники в начале вели себя отстраненно, но во время проведения тренинговых упражнений испытуемые вели себя активно. Было вовлечение в совместную работу и даже часть участников проявляли инициативу.

После проведения тренинговых упражнений, часть участников отметили, что им непривычно быть в подобном групповом взаимодействии, что они привыкли быть «аустайдерами и не похожими как все». Эмоционально они взбудоражены, но делились своими переживаниями сдержанно. Остальные участники подробно делились впечатлениями: «Так необычно и весело», «Это был интересный опыт для меня, хочется ещё повторить». В целом можно отметить, что знакомство участников друг с другом прошло успешно.

Второй этап «Информирование» включал в себя одно занятие. Цель данного этапа заключалась в раскрытии понятия ««интернет-зависимость»», что подразумевается под данным видом зависимости, особенности проявления в поведении человека. Использовался аналитический метод (беседа), упражнения: «Как дела?», «Мышечное расслабление».

Во время работы с группой со стороны Дениса М. периодически озвучивались шутки про смерть. Сперва мы посчитали такое проявление юмора признаком психологического сопротивления. При упражнении «Как дела?»,

Денис М. старался предлагать варианты на основе шуток, которые задевали других участников группы.

При обсуждении самого упражнения участники группы высказали свое недовольство к Денису М., отмечая, что он в прошлом занятии вел себя совсем по-иному. На это Денис М. ответил, что он хотел лишь повеселить участников группы и разрядить угнетающую атмосферу, и он был сильно удивлен тому, что группа была недовольна его действиям.

Денису М. были задан вопрос о том, действительно ли для него атмосфера в группе была угнетающей. Молодой человек после задумчивой паузы ответил, что он чувствовал себя подавленным после упоминания стресса. Он поделился, что он читал про это в интернете после прохождения теста на «интернет-зависимость», но когда он оказался среди других зависимых и снова была озвучена данная тема, то ему стало не по себе. Денис М.: «Я больной. И здесь тоже больные. Мне жутко от осознания того, что почти все молча это слушали. Вот я и решил пустить шутку, чтобы всем было легче. Но, судя по возгласам, только я тут так себя ощущал».

Участники группы восприняли положительно раскрытие Дениса М. Мы обсудили про особенности проявления юмора и его назначения.

Последующий этап «Двумерное определение проблем». В данном этапе происходит точная характеристика проблем респондентов: эмоциональные, поведенческие и когнитивные компоненты. Использовались методы аналитический (беседа) и развивающий (упражнения: «Стресс в моей жизни», «Я-реальное» и «Я-идеальное», «Мои ценностные приоритеты»).

Во время проведения групповой консультации на данном этапе было выявление ситуаций, являющиеся для участников группы стрессогенными, осознание субъективности и оценивая уровня стрессогенности в различных ситуациях.

Целью беседы было установление доверительной атмосферы и сотрудничества. В процессе беседы обсуждались проблемы респондентов, которые их волновали, проблемы повседневной жизни. Респондентом

разъяснялось, что от их личной активности и заинтересованности будет зависеть итог консультативной работы.

Во время проведения упражнения «Стресс в моей жизни» респондент Андрей В. рассказал, что у него настолько плохое настроение, из-за этого, что он особо не хочет ни с кем взаимодействовать, а сюда он пришёл. Несколько участников предложили обсудить проблему Андрея В. и пообщаться с ним после консультативной работы.

Упражнение «Я-реальное и Я-идеальное» имело задачи выявить проблемы восприятия себя и помочь участникам выстраивать адекватную самооценку.

Большей части группы тяжелей давалось упражнение направленное на работу с Я-реальным. Некоторые отвлекались на гаджеты или на пространство вокруг себя. Константин П. нарисовал на листе, где должно быть отображено Я-идеальное, точку. На вопрос почему он так себя изобразил, он ответил, что он просто не успел, так как он вошел в ступор как себя изобразить на листе Я-реальное и еле-еле успел себя изобразить. На предложение группы хочет ли он обсудить результат, он отказался. Консультант предположил, что его отказ связан с незаконченной работой над Я-идеальным. На что Константин П. дал положительный ответ. Ведущий предложил закончить рисунок, когда ему будет удобно и по желанию обсудить с консультантом либо с группой.

Респондентка Мария А. под конец задания предоставила пустые листы, аргументируя тем, что она не знает, что из себя представляет. Группе было предложено высказать, что они видят в Марии А. Были озвучены особенности внешнего вида респондентки, ее личные качества. Из всех высказываний Мария А. отметила, что ей всего ближе ассоциация со скромным кустом, так как она очень любит растения и не любит сильно выделяться в обществе. Также респондентка отметила, что ее неожиданно смутило высказывание о том, что она выглядит как учительница. Она отметила, что когда-то в детстве мечтало стать ею, и уточнила, что это для нее не актуально, так как выбрала другое направление, но хотела бы иметь качества как у хорошего учителя. На

предложение попробовать изобразить Я-реальное и Я-идеальное, Мария А. отказалась, сказав, что она хочет просто побыть с осознанием.

Упражнение «Мои ценностные приоритеты» направлено на осмысление своих ценностей и убеждений. В списке предложенных респондентам ценностей не было ничего связано с интернетом, но группа не обратила на это внимание и была вовлечена в процесс.

Во время проведения групповой консультации участники группы говорили о стрессовых ситуациях, с которыми они встречались в повседневной жизни.

Следующим этапом в цикле психологических встреч стал этап «Идентификация альтернатив». Цель данного этапа заключается в выяснении и обсуждении возможных альтернатив решения проблем. На данном этапе использовался аналитический метод (беседа) и трансформирующий (упражнения: «Я тревожусь в ситуациях, когда ...», «Образ будущего», «Я чувствую себя...»).

В начале данного этапа проводилось упражнение «Я тревожусь в ситуациях, когда...». Данное упражнение направлено на выявление настоящих, актуальных проблем, обсуждения полученных результатов и отработки возможных вариантов решения стрессогенных ситуаций.

После выполнения задания было предложено поделиться по желанию своими мыслями и чувствами с группой.

По выполнению упражнения респонденты давали краткие ответы: «Я тревожусь в ситуациях, когда меня не понимают», «Я тревожусь в ситуациях, когда меня о чем-то просят или требуют с меня», «Я тревожусь в ситуациях, когда мне отказывают». Группе было предложено обсудить возможные варианты как можно справиться с стрессом и как участники группы обычно поступают в подобных ситуациях.

Алина Д. предложила поработать с ее случаем. Респондентка продолжила фразу «Я тревожусь в ситуациях, когда меня о чем-то просят или требуют с меня».

Алина Д.: «Я была удобным ребенком. Не говорила с ними, не дралась в школе. Ни с кем не встречалась. Идеал. Когда я поступила в университет, моя успеваемость желала лучшего, так как я стала больше сидеть в интернете и даже на занятиях сидела в соц. сетях. Начались ссоры и скандалы на почве учебы с родителями. Для меня это тяжело. После этих скандалов я что-то начинаю делать, но из-за нервозности, чтобы себя успокоить, я просто сижу в интернете». На вопрос о том, что может она предпринять, чтобы справиться со стрессом, который периодически появляется от взаимодействия с родителями. Она ответила, что проще сделать, что они хотят, но ей это не нравится. На вопрос ведущего чтобы ей хотелось, Алина Д. долго молчала, а потом со слезами сказала, что хочет уйти с работы».

Ведущий и группа поддержали Алину Д. и вместе обсудили как можно выйти из ее ситуации. Что ей ближе всего и чем бы хотелось заниматься. На что Алина Д. не могла дать точного ответа, но поблагодарила группу за возможность задуматься об этом.

Далее с группой проводилось упражнение «Образ будущего». Упражнение направлено на выявление страхов на тему будущего и на формирование у участников его образа. У участников первоначально было сопротивление на отказ от образа себя, это выражалось пессимистическим взглядом на будущее, которое выражалось в фразах: «В следующее пять лет я буду сидеть за компом и меня отчислят», «Наверно, я буду пилить в монитор, а уже жена будет меня пилить», «У меня будет котик и интернет». При возможности высказываний приятных возможных событий группа оживилась.

Дмитрий С. подметил, что можно представить что-то хорошее и даже реальное. Алина Д., продолжая тему своей ситуации, обозначила явное желание увольнения.

Далее группе было предложено представить негативные возможные события, из-за ресурсности положительных представлений, группа не вернулась в подавленное состояние в начале упражнения. Высказывания, связанных с интернетом почти отсутствовали, и были связаны с

межличностным аспектом и личностным. В завершении упражнения были высказаны характеристика будущего, как «светлого», «возможного», «не такого уж и мрачноватое». Под конец упражнения группа с удовольствием делилась между собой впечатлениями и будущими планами.

Для завершения данного этапа консультативной работы, группе было предложено провести упражнение «Я чувствую себя...». Цель данного упражнения – расслабление группы.

Этап «Информационно-коррекционный». Цель данного этапа – развитие продуктивных стратегий по решению проблем. Использовался аналитический метод (беседа) и развивающий (упражнения: «Преувеличение или полное изменение поведения», «Волшебная лавка»; «Письмо в прошлое»). На данном этапе проводилось тестирование для определения динамики Интернет-зависимости у респондентов.

Под конец консультативного этапа проводилось упражнение «Письмо из Будущего». Упражнение направлено на закрепление позитивного влияния консультативной работы, на позитивную установку работы с собой.

Последующий этап консультативной работы в группе был «Трансформирующий». Цель данного этапа – самостоятельная реализация продуктивных стратегий решения проблем респондентом.

Респондентам было предложено вести дневник самонаблюдений. Цель дневника самонаблюдений заключается в отслеживании и дифференцировании чувств, мыслей, ощущений. Определяет желаемое состояние, помогает достичь поставленных целей по схеме: «Хочу - Могу - Делаю».

Заключительный этап «Этап оценки и обратная связь». Цель данного этапа заключается в оценке уровня достижения цели тренинга и обобщение достигнутого результата. Для реализации этого этапа были использованы методы беседы, наблюдения и тестирования для выявления успехов консультативной работы; обобщались достигнутые результаты; при необходимости уточнялся план решения проблемы.

Группа делилась своими впечатлениями. Они отметили, что некоторые упражнения, что проводились в консультативной работе, можно использовать в жизни. Атмосфера в группе была им приятной.

Алина Д. отметила, что стресса стало меньше и что для нее важнее найти себя. Валерия Б. поделилась, что она приобрела здесь новых друзей.

Константин П. сказал, что он стал испытывать меньше стресса, но пока не может однозначно сказать.

В завершении работы мы благодарим респондентов за участие в работе, хвалим их за достижения, проявленные в ходе работы, высказываем напутствие о дальнейшей самостоятельной работы испытуемых в дальнейшем направлении, предлагаем свою помощь в случае необходимости.

Спустя два месяца после проведения процесса проведения группового консультирования нами было проведено итоговое диагностическое исследование для проявления уровня динамики стресса.

Выводы по третьей главе

У 40% респондентов продемонстрировали низкий уровень стресса, оценив свое состояние за последние 5 дней. 60% респондентов показали средний уровень стресса. У 28% из общего числа респондентов был выявлен высокий уровень сопротивляемости стрессу. Респонденты очень остро переживают страх, стыд, вину, впадают в депрессию.

Также в данной группе получены очень низкие результаты по индексу положительных эмоций. Индекс острых негативных эмоций, включающий подшкалы «Горе», «Гнев», «Отвращение», «Презрение», оказался менее выражен.

Выборка набрала по шкале истощение 20 баллов, что является достаточно высоким результатом. Необходимо подчеркнуть, что данная шкала характеризует неспецифический фактор истощения, который указывает на общую потерю жизненной энергии и потребность пациента в помощи.

Респонденты чаще всего испытывают ощущение потери жизненной энергии, и чувствуют потребность в помощи со стороны окружающих, им свойственна некоторая ипохондричность.

47% обследованных респондентов набрали ≥ 15 баллов по RHQ-9 и были включены в клиническую часть наблюдения. Средний исходный показатель в группе, вошедшей в клиническую часть, составил 19 баллов по RHQ-9.

Между шкалой «Уровень стресса» и шкалой «Сердечные жалобы» существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ($r=0,842^{***}$, $p<0,001$). Между шкалой «Желудочные жалобы» и шкалой «Сердечные жалобы» существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ($r=0,837^{***}$, $p<0,001$). Существуют значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Сердечные жалобы» и шкалой «Давление жалоб» ($r=0,737^{***}$, $p<0,001$). Были выявлены значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «Желудочные жалобы» и шкалой «Депрессия» ($r=0,82^{***}$, $p<0,001$). Были выявлены значимые умеренные отрицательные взаимосвязи между шкалой «Желудочные жалобы» и шкалой «Депрессия» ($r=-0,722^*$, $p<0,05$). Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Сердечные жалобы» и шкалой «Общий показатель самоорганизации» ($r=0,775^{***}$, $p<0,001$).

С целью подтверждения результатов анализа и выявления связи стрессовых ситуаций на здоровье человека, мы провели кластерный анализ с целью разбиения респондентов на однородные группы. В результате можно выделить 3 кластера.

В результате кластерного анализа испытуемых мы выделили 3 кластера:

В первый кластер вошли люди с высоким уровнем стресса вошли респонденты с тяжелыми депрессивными состояниями, наиболее тягостными симптомами, беспокоившими почти каждый день, были чувство усталости, нарушение сна и подавленность, индекс тревожно-депрессивных эмоций высок.

Во второй кластер вошли люди со средним уровнем стресса, для респондентов характерно отсутствие заинтересованности и проблемы с

концентрацией внимания. Для респондентов характерны сердечные жалобы - указывает, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере.

В третий кластер вошли люди низким уровнем стресса, респонденты переживают легкую депрессию, так же у них был выявлен высокий уровень сопротивляемости стрессу, получены очень низкие результаты по индексу положительных эмоций. Респонденты чаще переживают позитивные эмоции. В целом давление жалоб низкое.

На основании полученных данных, в ходе теоретического анализа литературы и проведенного эмпирического исследования была разработана антистрессовая программа психологического сопровождения респондентов. Таким образом, для того, чтобы снизить уровень стресса у респондентов целесообразно проводить работу, направленную на коррекцию стрессового состояния респондентов.

Заключение

Влияние стресса на здоровье неопределенно, и, естественно, негативных последствий значительно больше, нежели позитивных. Поэтому вам следует быть настроенным на позитив и стараться не принимать все достаточно близко к сердцу, старайтесь правильно и полноценно отдыхать и воздерживайтесь от стрессовых ситуаций во всяких его проявлениях.

Реализация эмпирического исследования предполагала исследование влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека.

Для решения поставленных задач в работе были использованы теоретические, эмпирические методы, а также методы количественной обработки данных:

- теоретические методы (анализ, сравнение, систематизация психологических сведений по теме исследования);

- эмпирические методы

У 40% респондентов продемонстрировали низкий уровень стресса, оценив свое состояние за последние 5 дней. 60% респондентов показали средний уровень стресса. У 28% из общего числа респондентов был выявлен высокий уровень сопротивляемости стрессу. В данной группе получены очень низкие результаты по индексу положительных эмоций. Выборка набрала по шкале истощение 20 баллов, что является достаточно высоким результатом. Респонденты чаще всего испытывают ощущение потери жизненной энергии, и чувствуют потребность в помощи со стороны окружающих, им свойственна некоторая ипохондричность. 47% обследованных респондентов были включены в клиническую часть наблюдения.

В результате кластерного анализа испытуемых мы выделили 3 кластера:

В первый кластер вошли люди с высоким уровнем стресса вошли респонденты с тяжелыми депрессивными состояниями, наиболее тягостными симптомами, беспокоившими почти каждый день, были чувство усталости, нарушение сна и подавленность, индекс тревожно-депрессивных эмоций высок.

Во второй кластер вошли люди со средним уровнем стресса. Для респондентов характерны сердечные жалобы - указывает, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере. В третий кластер вошли люди низким уровнем стресса. Респонденты чаще переживают позитивные эмоции. В целом давление жалоб низкое.

На основании полученных данных, в ходе теоретического анализа литературы и проведенного эмпирического исследования была разработана антистрессовая программа психологического сопровождения респондентов.

Список используемой литературы

1. Асриев С. А. Сущность и специфика педагогической деятельности преподавателя // Новая наука как результат инновационного развития общества сборник статей Международной научно-практической конференции: в 17 частях. 2017. С. 6-11.
2. Бергис Т. А., Азизова Л. Р. Факторы стрессоустойчивости респондентов в условиях уровня стресса // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2008. № 4. С. 80–86.
3. Бодров В. А. Профессиональное утомление: Фундаментальные и прикладные проблемы. М.: Институт психологии РАН, 2009. 251 с.
4. Бодров В. А. Информационный стресс. М.: ПЕР СЭ, 2014. 382 с.
5. Болотова А. К. Настольная книга практикующего психолога: практ. пособие. М.: Издательство Юрайт, 2017. 375 с.
6. Брехман И. И. Введение в валеологию – науку о здоровье. Л. : Наука, 1987. 234 с.
7. Бурчакова М. А., Сардарян А. Р. Стресс в организации: управление в контексте социально-ориентированной экономики // Российское предпринимательство. 2012. Т. 13. № 20. С. 79 – 84.
8. Вассерман Л. И. Опыт использования теста интеллектуального потенциала у здоровых детей и детей с задержкой психического развития // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. 1996. № 3-4. С. 122-125.
9. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2006. 251 с.
10. Гильяшева, И. Н. Интеллект и личность при неврозах // Исследование личности в клинике и экстремальных условиях. 2007. № 1. С. 80–86.

11. Голмен Д. Многообразие медитационного опыта. Киев: Юнити, 2016. 461 с.
12. Грабе М. Синдром выгорания - болезнь нашего времени. Почему люди выгорают и что можно против этого предпринять // СПб.: Труд и его субъект в изменяющейся России. 2008. 96 с.
13. Гроф С. За пределами мозга. М. : Мысль, 2014. 403 с.
14. Гусева А. С. Развитие аутопсихологических способностей личности. Методы и технологии. М. РАГС, 2000. 296 с.
15. Деркач А. А. Оптимизация устойчивости психического здоровья государственных служащих к экстремальным ситуациям // Сев.-Кавказ. акад. гос. службы. Ростов н/Д ; Пятигорск, 2008. 220 с.
16. Зелинченко А. И. Психология духовности. М., 1996. 234 с.
17. Иваненко А. В. Влияние физических упражнений на когнитивные способности студентов гут им. М.А. Бонч-Бруевича // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2017. № 12 (154). С. 106- 109.
18. Иваненко А. В. Интерактивные технологии подготовки спортсменов-стрелков // Перспективы науки. 2017. № 10 (97). С. 70-74.
19. Иваненко Т. А. Взаимосвязь педагогической культуры и педагогического мастерства // Глобальный научный потенциал. 2017. № 10 (79). С. 12-15.
20. Казаков Ю. Н. Санапсихология самости преодоления фрустрирующих состояний и соматической интеграции феномена «акме» безопасности в здоровьеориентированной медицинской педагогике. М.: РАСН, 2011. 446 с.
21. Казаков Ю. Н. Теория личностного здоровья: санационного мышления превентивной безопасности. М.: МПГУ, 2013. 543 с.
22. Казаков Ю. Н. Ресурсы стимуляции психологических резервов превентивной безопасности личностного здоровья. М.: РАСН, 2014. 83 с.
23. Казаков Ю. Н. Медицинская акмеология. М.: Парламентский центр «Комплексная безопасность отечества», 2016. 268 с.

24. Казаков Ю. Н. Превентивная безопасность здоровья личности в служебной деятельности : учебник. М.: Парламентский центр «Комплексная безопасность отечества», 2017. 358 с
25. Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа. М.: Академический Проект, 2001. 368 с.
26. Катаны И. А. Концептуальные основы формирования общекультурных компетенций у тренеров-респондентов физической культуры // Глобальный научный потенциал №12 (81) 2017. С. 13-17.
27. Катаны И. А. Средства обучения, технология их комплексного использования в физическом воспитании Катаны И.А. // Новое слово в науке: стратегии развития. Сборник материалов II Международной научно-практической конференции. 2017. С. 79-83.
28. Корнеева Я. А., Симонова Н. Н. Оптимальный личностный ресурс как детерминанта адаптационных стратегий вахтовых респондентов на Крайнем Севере // Медицина труда и промышленная экология. 2015. № 7. С. 42 - 46.
29. Костылева М. В. Психологическое здоровье педагога как фактор безопасности образовательной среды // Молодежный научный форум: гуманитарные науки. №5 (44). 2017. С. 47-50.
30. Кошурников Д. Н. Динамическая оценка риска для здоровья населения крупного промышленного города в результате шумового воздействия // Сборник докладов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, СПб. 2015. С. 453-489.
31. Краева К. В. Субъектность как фактор преодоления экзаменационного стресса // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология № 4(7). 2011. С. 53-59.
32. Ларинова, М.А. Психологическое здоровье педагога российской образовательной системы // Наука о человеке: гуманитарные исследования. №4 (30). 2017. С. 99-103.

33. Николаев В. Г. Проблема маргинальности: ее структурный контекст и социальнопсихологические импликации // Социальные и гуманитарные науки. М., 1998. № 2. С. 109-111.
34. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал. 2011. № 1. С. 90-101.
35. Петленко В. П. Валеология человека. 1-5 т., 1976. 341 с.
36. Петренко В. Ф. Психосемантика сознания. М.: Вентана - Граф, 2015. 342 с.
37. Петрушин В. И. Валеология. Изд-во Гардарики, 2002. 200 с.
38. Попова И. П. Маргинальность. Социологический анализ: учебное пособие. М., 1996. 271 с.
39. Попова Л. М., Соколов И. В. Стресс жизни: Понять, противостоять и управлять им, СПб.: ТОО «Лейла», 2013. 343 с.
40. Психосоматика и психотерапия в XXI веке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 2 (59). С. 7-8.
41. Путинцева Е. В. Производственный стресс: тихий убийца или двигатель прогресса // Концепт, 2017. Т. 2. С. 463-471.
42. Решетников М. М. Психическая саморегуляция. Первая и вторая ступени: учебное пособие для бакалавриата, специалитета и магистратуры. М.: 2018. 238 с.
43. Сайко Э. В. Индивид, субъект, личность, индивидуальность в дифференцированной представленности и интегральном определении человека // Мир психологии. 2007. № 1. С. 3-12.
44. Сайко Э. В. Развитие в выполнении социальной эволюции и саморазвитие в развитии человека // Мир психологии. 2012. № 2. С. 3-14.
45. Сайко Э. В. Развитие как определенность бытия и специфика его в осуществлении человека // Мир психологии. 2007. № 2. С. 3-10.

46. Састамойнен Т.В. Восточные оздоровительные системы: психофизическое и духовное совершенствование человека. СПб.: СПб. ГАФК им. П.Ф. Лесгафта. 2003. 247 с.
47. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979. 124 с.
48. Симонова Н. Н. Адаптация к экстремальным условиям профессиональной деятельности работающих вахтовым методом на Крайнем Севере. Учебное пособие. Архангельск. 2012. 54 с.
49. Системная оценка стрессреактивности при комплексном воздействии факторов окружающей среды // Медицинская наука и образование Урала. 2014. № 4. С. 97-103.
50. Стародубцев М.П. Профессионально-личностное развитие педагога физической культуры: научно-теоретический аспект // Перспективы науки. 2018. № 5 (104). С. 102-107.
51. Стародубцев М. П. Диагностический комплекс оценки уровня сформированности готовности респондентов в области физической культуры и спорта к реализации научноисследовательской деятельности // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2017. № 12. С. 79-81.
52. Стародубцева О. М. Уровни развития и закономерности формирования физической культуры личности // Проблемы и перспективы развития образования в России. 2015. № 33. С. 99-105.
53. Султанова И. В Результаты диагностики свойств личности, рассматриваемые в качестве факторов эмоциональной устойчивости // Гуманитарные науки. Научнопрактический журнал №1 (33)/2016. С. 9-12.
54. Томилова Е. А. Взаимосвязь психофизиологического и вегетативного статуса у детей младшего школьного возраста различных функциональных типов конституции // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Югра-за здоровый образ жизни». Ханты-Мансийск, 2012. С. 268-271.
55. Томилова Е. А. Прогностическая оценка ранних отклонений артериального давления и выделение групп риска с адаптационно-

компенсаторной дисфункцией детей с низким и высоким уровнем ПДА. «Печатник», Тюмень, 2017. 159 с.

56. Томилова Е. А. Системная (конституциональная) оценка психофизиологического статуса детей в норме и при адаптационно-компенсаторной дисфункции сердечно-сосудистой системы // Медицинская наука и образование Урала. 2016. № 4. С.86-92.

57. Фельдштейн Д. И. Мир детства в современном мире. М.: 2012, 247 с.

58. Фельдштейн Д. И. Психология взросления: структурно-содержательные характеристики процесса развития личности. М.: МПСИ : Флинта, 1999. 672 с.

59. Фельдштейн Д. И. Психология развития человека как личности. М.; Воронеж, 2009. Т. 1. 568 с.

60. Филимоненко Ю. И. Показатели успешности психической саморегуляции // Вестник ЛГУ. Экономика. Философия. Право. 2012. № 23. С. 78-80.

61. Фролова П. И. Управление развитием персонала на основе профессиональных стандартов // Ученые записки ИУО РАО. 2016. № 59. С. 165-168.

62. Штрахова А. В. Современная психосоматика: методологические проблемы и возможности их преодоления // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2009. № 42 (175). С. 86-90.

63. Щербатых Ю. Психология стресса и методы коррекции. СПб., 2015. 247 с.

64. Якубенко О. В. Роль руководителя дошкольного образовательного учреждения в организации профилактики эмоционального выгорания педагогов // Ученые записки ИУО РАО. 2016. № 59. С. 184-187.

65. Altintas B.E., Grebot E., Lesage F.-X. Burnout risk profiles among // French psychologist. December 2017, P. 122-126.

66. Gallagher P., MacLachlan M. Psychological Adjustment and Coping in Adults with Prosthetic Limbs. // Behavioral Medicine, 2011. 25(3).P. 117-120.
67. Hakanen J.J, Peeters M.C.W., Schaufeli W.B. Different Types of Employee Well-Being Across Time and Their Relationships With Job Crafting Online// Journal of Occupational Health Psychology. First Publication, February 13, 2017. P. 67-72.
68. Lazarus R.S. (1996). Psychological stress and the coping process // New York: McGraw-Hill. 2016, vol. 22, no 3, pp. 14-19.
69. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. // New York: Springer. 2016, vol. 22, no 3, pp. 83-101.
70. Rusinova N. L., Safronov V. V. Sotsial'nye riski depressii v Evrope i Rossii: znachenie demografii, obrazovaniya i sotsial'nogo capitala. // Sotsiologicheskiy zhurnal, 2016, vol. 22, no 3, pp. 82-106.
71. Rusinova N. L., Safronov V. V. Vliyanie bezrobotitsy na zdorov'e v stranakh Evropy: znachenie sotsial'nogo gosudarstva. // Sotsiologicheskiy zhurnal, 2017, vol. 23, no 2, pp. 28-50.
72. Rusinova N. L., Safronov V. V. Zdorov'e v stranakh Evropy: statusnye neravenstva i vliyanie sotsial'nogo capitala. // Sotsiologicheskiy zhurnal, 2015, vol. 21, no 4, pp. 34-60.
73. Rusinova N. L., Safronov V. V. Znachenie sotsial'nogo capitala dlia zdorov'ya v stranakh Evropy. // Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii, 2014, vol. 17, no 3, pp. 112-133.
74. Ryff C. D., Radler B. T., Friedman E. M. Persistent Psychological Wellbeing Predicts Improved Self-Rated Health Over 9-10 // Years: Longitudinal Evidence from MIDUS. Health Psychology Open, 2015, vol. 2, no 2.
75. Schöllgen I., Huxhold O., Schüz B., Tesch-Römer C. Resources for Health: Differential Effects of Optimistic Self-Beliefs and Social Support According to Socioeconomic Status.// Health Psychology, 2011, vol. 30, no 3, pp. 326-335.
76. Social Capital and Health. Ed. by I. Kawachi, S. V. Subramanian, D. Kim. New York, Springer, 2008. 292 p.

77. Social Determinants of Health. Ed. by M. Marmot, R. G. Wilkinson. Oxford, Oxford University Press, 2006. 376 p.
78. Szreter S., Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. // International Journal of Epidemiology, 2004, vol. 33, no 4, pp. 650-667.
79. Turiano N., Chapman B. P., Agrigoroaei S., Infurna F. J., Lachman M. Perceived control reduces mortality risk at low, not high, education levels. // Health Psychology, 2014, vol. 33, no 8, pp. 883-890.
80. Webe H. Belastungsverarbeitung // Z. für Klinische Psychologie. 1992. Bd. 21. H. 1. S. 17-27.