

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)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки, специальности)

## **ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)**

на тему **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ  
ПРОЖИВАНИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19**

Студент

М.Ф.к Фараджева

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

к.п.н. Л.Ф. Чекина

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

Тольятти 2021

## Аннотация

Бакалаврская работа посвящена актуальной теме влияние стрессовых ситуаций на психоэмоциональное состояние личности в период проживания пандемии COVID-19.

Целью данной работы является выявление взаимосвязи между проживанием стресса и психоэмоциональным состоянием личности.

В ходе работы решаются задачи: провести анализ научной психолого-педагогической литературы по проблеме проживания стресса; изучить и охарактеризовать специфику влияния стрессовой ситуации на психоэмоциональное состояние личности; подобрать комплекс диагностических методик по изучению влияния стресса на психоэмоциональное состояние личности с учётом особенностей темперамента; организовать и провести эмпирическое исследование влияния стресса на психоэмоциональное состояние личности.

В работе представлен теоретический обзор исследований по проблеме влияния стресса на психоэмоциональное состояние; с помощью подобранных диагностических методик выявлена взаимосвязь между реакциями на стресс и психоэмоциональным состоянием, с учетом определенного типа темперамента.

В бакалаврской работе представлена актуальность исследования, научный аппарат, теоретические положения работы, экспериментальная часть, заключение, список используемых источников (53), 2 приложения. Для иллюстрации текста используются 6 таблиц, 6 рисунков. Основной текст работы составляет – 49 страниц.

## Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические аспекты изучения стресса и психоэмоционального состояния личности в психологических исследованиях.....	7
1.1 Теоретические подходы на проблему психоэмоционального состояния во время стресса.....	7
1.2 Реакция на стресс с биологической точки зрения.....	13
1.3 Психоэмоциональное состояние личности в период проживания стресса.....	17
Глава 2 Эмпирическое исследование психоэмоционального состояния в условиях проживания пандемии COVID – 19.....	30
2.1 Организация и методы исследования.....	30
2.2 Результаты эмпирического исследования особенностей психологического состояния в период пандемии COVID – 19.....	32
Заключение.....	43
Список используемой литературы.....	45
Приложение А Таблицы первичных данных.....	50
Приложение Б Расчет корреляции $r$ – Спирмена.....	57

## Введение

Проблема психоэмоционального состояния во время переживания стресса становится важной в мировой психологической науке и практике. Психологический стресс порой затрагивает самые глубинные стороны человеческого существования и может способствовать серьезным нарушениям адаптации, а также вести к стрессовым расстройствам. Поэтому актуальность проблемы психологического стресса и работы с ним сохраняется на протяжении всего периода существования психотерапии, а специфика современной жизни, переполненной стрессами, лишь обостряет эту актуальность. Особенность современных стрессов состоит в том, что травматические события приобретают все больший масштаб и затрагивают не только отдельного человека, но целые группы людей, народы, страны и даже регионы в мировом масштабе.

Актуальность стресса связана с психологическим, эмоциональным состоянием, которое переживает человек во время стрессовых ситуаций. Психологические переживания во время стресса представляют собой целый спектр эмоций и чувств. Такое состояние оказывает влияние на многие области человеческой жизни: личностные, социальные, соматические. Переживание психотравмирующего события индивидуально в каждом случае и переживается по-разному, при этом необходимо учитывать массовое проявление стрессовых ситуаций.

На сегодняшний день с одной стороны накоплено огромное количество исследований посвященных стрессовым состояниям и их различным видам – стресс жизни, посттравматический стресс и другие. Само понятие стресса было заимствовано из физики канадским психологом Г. Селье. Этот термин означал действие внешней силы, приложенной к объекту, и вызывающей его деформацию. Г. Селье исследовал защитные реакции человека, которые возникают при воздействии раздражителей как внешних, так и внутренних. Стресс, являясь самостоятельным физиологическим, психологическим и

эмоциональным явлением, представляет собой ещё один вид психоэмоционального состояния. С другой стороны, многие авторы подчеркивают, что тема стресса очень сложная и противоречивая. Концептуальный и методологический феномен недостаточно разработан и концептуален. В этом и есть противоречие.

Пандемия, как фактор стресса, оказывает влияние на психоэмоциональное состояние личности. Конечно, влияние пандемии COVID-19 на человеческую психику и её последствия только предстоит оценить, но многочисленные статьи и исследования на данную тему, позволяют сделать предположения об отрицательном влиянии на психологическое здоровье людей, переживших пандемию. В частности, столкнувшимися с её последствиями и такими переживаниями, как страх, неопределенность, тревога, горе и другие сложные состояния.

**Цель** данной работы – исследование психоэмоционального состояния личности в период проживания стрессовой ситуации.

**Объект исследования:** психоэмоциональное состояние личности.

**Предмет исследования:** психоэмоциональное состояние личности в период стресса (в условиях пандемии).

**Гипотеза исследования:** предполагаем наличие взаимосвязи между текущим психоэмоциональным состоянием личности, которые характеризуются повышенной тревожностью и депрессивностью, и субъективными переживаниями в период пандемии COVID-19.

**Задачи исследования:**

- проанализировать зарубежную и отечественную литературу по заявленной проблеме исследования;
- провести эмпирическое исследование с целью изучения влияния стрессовой ситуации на психоэмоциональное состояние личности;
- проанализировать полученные в ходе исследования данные и сделать выводы.

**Теоретико-методологической основой исследования** являются работы зарубежных (Г. Селье, З. Фрейд, Дж. Эверилл, W. Harris) и отечественных (Ю.Л. Александровский, Ф.Е. Василюк, Р. Лазарус, В.Н. Мясищев, М.Н. Русалов) авторов, изучавших влияние стресса на личность.

**Методы исследования:**

- теоретические методы исследования: изучение и анализ психологической литературы по проблеме исследования;
- диагностические методы: «Шкала оценки влияния травматического события»; «Опросник депрессивности» Бэка; «Шкала тревоги и депрессии» (HADS); «Тест-опросник диагностики темперамента Г. Айзенка (EPI)»;
- методы количественной, качественной и математико-статистической обработки данных, интерпретация результатов исследования.

**Научная новизна** исследования состоит в изучении особенностей психоэмоционального состояния личности в условиях пандемии.

**Теоретическая значимость** данной темы заключается в перспективах более точного определения психоэмоционального состояния личности при стрессе при помощи различных психодиагностических методик и его влияния на эмоциональное состояние, которое в свою очередь оказывает влияние на другие важные сферы жизни человека.

**Практическая значимость** исследования состоит в том, что апробированные методики можно будет применять для определения психоэмоционального состояния личности во время проживания стресса, таким образом, определяя, насколько успешно человек справляется с проживанием стресса и как стресс влияет на его эмоциональное состояние.

**Структура работы:** выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (53 наименования) и 2-х приложений. Для иллюстрации текста используются 6 таблиц, 6 рисунков. Основной текст работы составляет – 49 страниц.

# **Глава 1 Теоретические аспекты изучения стресса и психоэмоционального состояния личности в психологических исследованиях**

## **1.1 Теоретические подходы на проблему психоэмоционального состояния во время стресса**

Современная жизнь наполнена различными событиями, которые вызывают такой ответ человеческого организма, как стресс. Стресс влияет на многие факторы человеческого бытия, охватывая физиологические, психологические и эмоциональные изменения. Несмотря на огромную взаимосвязь между физическим и психологическим состоянием, влияние стресса на психоэмоциональное состояние личности, стоит рассматривать отдельно от биологического ответа на стресс [25, с. 6].

Психоэмоциональное состояние личности – это индивидуальная форма психического состояния человека, при котором множество событий окружающей среды становятся значимыми. Это состояние может быть порождено реагированием на какой-либо объект: другого человека, действия ситуацию. Так считает А.Г. Маклаков. Такое состояние охватывает множество психологических и эмоциональных реакций. Человек может переживать как положительные, так и отрицательные эмоции, таким образом, психоэмоциональное состояние может иметь отрицательный и положительный аспект. На психоэмоциональное состояние человека влияет множество факторов, в том числе и стресс [8].

Понятие стресс происходит от англ. stress «нагрузка, напряжение; состояние повышенного напряжения». Впервые этот термин ввел Уолтер Кэнон в своей работе по универсальной реакции «бороться или бежать». Стресс вызывает неспецифический ответ организма на раздражители внешней среды «стресс – факторов», физиологических или психологических. Такие факторы нарушают гомеостаз, состояние нервной

системы и организма в целом. Данный ответ призван к тому, чтобы организм адаптировался к изменившимся условиям и развил защитно-приспособительные реакции [17, с. 343].

Адаптация представляет собой процесс, посредством которого система живого организма, несмотря на изменчивость внешней среды, поддерживает баланс необходимый для обеспечения существования, развития и продолжения рода. Такой ответ организма был выработан в результате длительной эволюции.

Воздействие стресса на психоэмоциональное состояние заключается в переживании чувств и эмоций, приходящих извне. Так в эмоциональном фоне, часто преобладающими чувствами становятся страх и тревога. Эти чувства сопровождаются гормональным подкреплением со стороны организма и зачастую поступающей информацией извне. Комплекс чувств и эмоций, которые испытывает человек во время стресса, подкрепленный физиологически со стороны организма влияет на когнитивные процессы, такие как память и мышление, значительно «сковывая» их [42, с. 2].

В современной литературе под стрессом понимаются не только неблагоприятные факторы окружающей среды, но и субъективная реакция человека, которая отражает внутреннее состояние напряжения. Такое состояние выражается в эмоциональном и внутриличностном переживании, как процессе преодоления стрессовой ситуации [43, с 12-13.].

Г. Селье развивал теорию стресса и в 1936 году предложил концепцию адаптации, основанную на адаптационной энергии, и опубликовал свою первую работу. Ответом организма на воздействие внешней среды является – «адаптационный синдром». Теория стресса Г. Селье рассматривает это явление с точки зрения физиологических, органических и химических факторов.

Каждый живой организм обладает механизмом, поддерживающий баланс всех внутренних систем, который обеспечивается с помощью процессов гомеостаза. Процессы гомеостаза являются жизненно необходимыми для



организма. Любой стрессор, в виде внешнего раздражителя, нарушает равновесие, своим воздействием на организм. Реакцией организма является нарушение баланса, вызванное физиологическим возбуждением, что обуславливает проявление защитно-приспособительной реакции.

Реакция на стресс и адаптация к нему развивается постепенно, проходя несколько стадий. Время и продолжительность этих стадий зависит от особенностей организма, которые индивидуальны и зависят от резистентности, а также от периода и интенсивности воздействия стресс-фактора. Адаптационные возможности индивида, призванные предупредить и снять стресс, – ограничены. Поэтому истощение этих ресурсов может привести к болезни или смерти.

Данная реакция протекает в трех стадиях. Первой стадией, является тревога и мобилизация защитных сил организма. Второй – стадия адаптации и истощения. Третьей – истощение адаптационных возможностей организма. Если первые две стадии считаются нормальными и их проживание даже полезным, то третья стадия наступает в том случае, когда защитных сил организма недостаточно и может привести к соматическим заболеваниям. При этом стоит учитывать, что имеет значение интенсивность потребности в адаптации.

Рассмотрим данные стадии подробнее.

Стадия тревоги – реакция на появление стрессора. Уровень сопротивления организма снижается на короткий срок, могут нарушаться некоторые функции вегетативной нервной системы и физиологические функции. Далее организм запускает защитные процессы, отвечающие за саморегуляцию. Если эти механизмы эффективны, то тревога утихает и организм возвращается к нормальному функционированию. На этой стадии обычно происходят краткосрочные стрессы, которые называют острыми реакциями на стресс. Стрессы, в большинстве случаев, разрешаются именно на этой стадии.

Стадия резистентности – наступает в случае, если стрессовое состояние длится продолжительное время и необходимо поддержание защитных функций организма. На этом этапе происходит баланс адаптационных ресурсов с учетом напряженности функциональных систем организма.

Стадия истощения – происходит на фоне нарушения защитных функций организма вследствие чрезмерного воздействия стрессового фактора. При этом адаптационные ресурсы истощаются, резистентность организма снижается, в организме происходят функциональные и морфологические изменения.

Г. Селье различал два вида адаптационной энергии «поверхностную» и «глубокую». «Поверхностная» всегда доступна и восполняется за счет «глубокой». «Глубокая» требует перестройки механизмов организма, отвечающих за гомеостаз, если она истощается, то это необратимо, и ведет к старению, либо гибели.

Исследования Г. Селье и его последователей подтвердили, что стресс является неспецифической причиной многих заболеваний, так как в стрессовом состоянии снижается продуцирование иммунных клеток. Таким образом, психологический и физический стресс напрямую связан со здоровьем человека и влияют на него [38].

Г. Селье считал, что травматический стресс наступает тогда, когда факторы, породившие его, слишком сильны и продолжаются длительный период времени, нарушая тем самым психологическую защиту и перегружая физиологические, адаптационные возможности человека. Такой стресс вызывает психологические нарушения и психосоматические заболевания. Г. Селье отличал переживание стрессовой ситуации в норме, когда силы человека мобилизуются для приспособления к изменившимся условиям, от травматического стресса, когда наступает истощение адаптационных возможностей [22, с. 33].

Г. Селье отмечал, что причиной психотравмы может стать незначительная угроза социального характера или предполагаемое

стрессовое событие, которые могут запустить комплекс физиологических реакций на событие [15, с. 36].

Несмотря на изучения стресса, которые ведутся с начала XX века до сегодняшнего дня нет единой теории стресса. Ниже будут представлены теории стрессов, существующие на сегодняшний день [25, с. 14].

Генетически-конституциональная теория. Данная теория объясняет, что способности организма к сопротивлению стрессам больше зависит от стратегий, к которым прибегает организм, а не от стресс-факторов. Способность организма к сопротивляемости – индивидуальна, на неё могут влиять факторы генетики и физиологии, снижая её.

Модель предрасположенности – рассматривает взаимосвязь между двумя факторами, влияющими на организм – предрасположенностями, заложенными генетически и факторами внешней среды.

Психодинамическая модель была основана на теории З. Фрейда. В теории описано два вида зарождения тревоги: возникновение тревоги, связанной с предугадыванием реальной опасности, и травматическая тревога, которая возникает из-за воздействия подсознательного импульса. В своей работе «Исследование истерии» он утверждал, что в основе интенсивных эмоциональных проявлений (аффектов) лежат воспоминания об одном или нескольких стрессовых событиях. Он пишет: «Травматическое воздействие может оказать любое событие, которое вызывает чувство ужаса, страха, стыда, душевной боли; и разумеется, от восприимчивости пострадавшего зависит вероятность того, что это происшествие приобретет характер травмы» [44, с. 9].

З. Фрейд определил, что высокое нервное напряжение ищет разрядки в виде соматического симптома, и одновременно с этим в психике образуется специфическое «ментальное ядро», где находятся «атрибуты» стрессового события. Если ситуация по каким-либо признакам напоминает стрессовое событие, она будет служить триггером, запускающим патологические реакции или «навязчивое повторение». З. Фрейд также обнаружил, что

фиксация на травме пациента связана с особой ценностью, которую для него представляют страдания и травматические переживания.

По его мысли, в основе «травматических неврозов» (шоковой травмы) лежит фиксация на моменте стрессового события. Фиксация на болезненных переживаниях активирует психическое возбуждение и затрудняет или делает невозможным переработку таких переживаний. Со временем это приводит к психическому истощению. От потрясения образуется большое количество возбуждения и появляется задача справиться, перенести «непереносимое» для психики возбуждение. Кроме того, важной находкой З. Фрейда являются такие термины, как удержание, подавление и отреагирование [44, с. 19].

Междисциплинарная модель стресса. Данная модель рассматривает стресс, как возникающий под воздействием внешних стимулов фактор, приводящий к изменениям на психологическом, поведенческом и физиологическом уровнях. Эти изменения не всегда травматичны, и в ряде случаев приводят к новым адаптационным возможностям.

Модель D. Mechanik. Эта модель опирается на адаптационные возможности и то поведение, которое выбирает индивид для борьбы с теми чувствами, которые вызывает стрессом. Описываются два проявления: преодоление – когда индивид борется с ситуацией; защита – когда индивид борется чувствами, которые вызвала ситуация.

Интегративная модель описывает стресс, как некий фактор требующий от индивида либо превысить, либо ограничить привычный уровень деятельности. Способность разрешить стрессовую ситуацию зависит от ряда факторов:

- большую роль играет наличие у человека ресурсов и возможностей для преодоления проблемы;
- уровень, отражающий личный энергетический потенциал;
- степень неожиданности и важности проблемы;
- адекватные установки – психологические и физиологические, которые направлены на разрешение проблемы;

– от типа реагирования, которое выбирает человек – агрессивного или защитного [25, с 14-16].

Многие из отечественных исследований посвящены классификации стрессов и травматических ситуаций, а также факторов, оказывающих влияние на психику человека. Среди авторов таких классификаций выделяются В.В. Ковалев, Н.Д. Лакосина, В.Н. Мясищев, Г.К. Ушаков.

Так В.Н. Мясищев делит психологические травмы на две условные группы, в зависимости от важности события в жизни человека:

– на объективно-значимые такие, как внезапная смерть, развод, несчастный случай;

– на условно-патогенные – события, которые становятся психологической травмой в зависимости от иерархической ценности для самого человека [27].

Деятельностно-смысловой подход описывает взаимоотношения человека с миром на субъектно-бытийном уровне, который рассматривается с точки зрения внешних экстремальных условий и личностного отношения к ним. Кризисными, считаются ситуации, которые угрожают удовлетворению некой фундаментальной потребности человека. Такая угроза может быть реальной или потенциальной. Её особенность в том, что от неё невозможно уйти и невозможно решить привычным способом. По мнению Ф.Е. Василюка, такой стресс определяется как парализация жизненно важной потребности в силу недостаточности у человека различных способов активности. Ф.Е. Василюк отмечает, что в процессе поиска смысла, который становится опорой в переживании кризисной ситуации, происходит новое развитие личности [3].

## **1.2 Реакция на стресс с биологической точки зрения**

Любое живое существо имеет способность к адаптации к окружающей среде и ее агрессивным факторам. Среди таких факторов выделяют две

принципиально отличных группы: объективно угрожающие жизни человека и неврогенные, такие, которые только воспринимаются как опасные. В целом у всех млекопитающих, и в том числе у человека, ученые выделяют пять основных реакций на объективную опасность [18].

1) Замирание (freezing) или гипербдительность – первичная реакция, во-время которой, организм исследует опасность, оценивая ее и свой тактический ответ. Оставаясь замершим и неподвижным, животное имеет возможность оставаться незамеченным. Первичное замирание – это остановка, необходимая для того, чтобы осмотреться и «уچуть» опасность.

2) Возбуждение (fidget) – реакция, во время которой сигнал об опасности активизирует возбуждение, результатом чего становится нервное поведение, служащее для мобилизации действий.

3) Бегство (flight) – направлено на обеспечение безопасности. Если угроза серьезная, бегство является единственным способом сохранения жизни.

4) Борьба (fight): если несмотря ни на что опасность приближается, то «включается» защитный механизм – борьба. Мобилизуется энергия для защиты и нападения. Иногда противник атакуется для того, чтобы испугать, выиграть время и скрыться, иногда битва происходит до полной победы.

5) Оцепенение (faint): если хищник приблизился на критичное расстояние и остальные способы защит невозможны, животное замирает и притворяется мертвым. Когда опасность пройдет, животное, скорее всего, возобновит бегство. Существует предположение, что реакция оцепенения – один из самых примитивных и ранних способов защиты от опасности. Для ее воплощения нет нужды ни в остром зрении, ни в обонянии, ни в мускулах и прочих ресурсах.

Человеческая психика уникальна по своей сути. Если организм сохраняет адекватные реакции на стресс, защитные механизмы сменяют друг

друга автоматически, отталкиваясь от угрожающей опасности. Однако иногда в регуляции защитных функций происходит сбой. Некоторые стимулы только воспринимаются психикой как опасные.

Сложно организованная человеческая психика затрудняет нашу адаптацию к стрессовым стимулам. Обладая способностью фиксировать и объединять события в памяти, теоретически наша психика может сохранять и накапливать стрессовые факторы. Оставаясь в памяти, они могут влиять на качество и продолжение нашей жизни.

Приспособляемость организма к стрессу обозначают термином аллостаза – речь идет о «достижении стабильности через изменение» [51, с. 24], особом механизме саморегуляции. Термины аллостатическая нагрузка или перегрузка употребляются для обозначения патологических изменений, а именно – напряжения или истощения организма в результате аллостаза.

Реакции организма в процессе аллостаза определяют следующие факторы: внезапность, острота переживания, новизна события (иными словами, произошло ли стрессовое событие впервые или уже случилось). Выделяют несколько основных физиологических принципов реагирования на стресс [50, с. 665]:

- если человек впервые столкнулся со стрессовым событием, то происходит активация симпатической нервной системы. Организм реагирует повышением секреции гормонов надпочечников;

- человек уже при последующих столкновениях с идентичными событиями возбуждение снижается. Развивается отсроченный во времени ответ;

- в случае, когда человек находится в состоянии хронического стресса и сталкивается с дополнительной стрессовой нагрузкой, секреция надпочечников возрастает до уровня первичной реакции, вызвавшей хронический стресс;

– человек, в последующих столкновениях, с идентичными событиями время возбуждения смещается и пик возбуждения приходится на момент до начала стресса, а не во время него.

До сих пор актуальным остается вопрос, почему одни люди, пережившие травматический стресс, начинают страдать от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), а другие адаптируются, включая это событие в свой жизненный опыт. Специалисты до сих пор работают над выяснением факторов риска развития ПТСР.

Мозг и разум – это разные отделы единой психической системы, которая интегрирует переживаемый опыт человека, управляет реакциями и поддерживает равновесие. Работа психической системы зависит от генетических предрасположенностей, особенностей развития и характера окружающей среды. Схематически факторы, которые оказывают влияние на работу психической системы, можно разделить на три категории.

1) Социально-средовые. К этой категории относятся факторы влияния среды и социума. На переживание стрессовой ситуации влияет такой фактор, как наличие средовой поддержки.

2) Индивидуально-психологические. К этой категории относятся такие личностные особенности как темперамент, чувствительность, сензитивность, вовлеченность человека в социальную жизнь, зависимость, неуверенность, способность переживать нежелательные эмоции.

3) Биологические. На сегодняшний день учеными признается влияние генетических факторов на удачное преодоление стресса или развитие ПТСР. Вопрос о том, передается ли такая предрасположенность по наследству или она является результатом особенностей родительского поведения и воспитания, остается открытым. Тем не менее, такую предрасположенность относят к биологическим факторам, исходя из того факта, что наличие психопатологий в семейной истории увеличивают вероятность развития ПТСР [11].



Учитывая вышеизложенное, можно утверждать, что человеческий разум способен меняться в результате взаимодействия между нейрофизиологическими процессами и окружением среды. Именно поэтому стрессовые события и межличностные отношения оказывают фундаментальное влияние на работу разума. Разум способен менять работу нейронов, и соответственно влиять на изменения мозга, так считал Kandel.

### **1.3 Психоэмоциональное состояние личности в период проживания стресса**

В современном мире биологического ответа организма на стресс-факторы недостаточно, для обретения равновесия, поэтому появились психологические и эмоциональные реакции на стресс. Необходимо понимать, что физиологический и психологический стресс имеют различия.

Физиологический стресс обусловлен нарушением гомеостаза, при воздействии некоторого стимула на организм, а восстановление происходит с помощью висцеральных и нейрогуморальных механизмов, которые определяют стереотипность реакций.

Психическим проявлением синдрома, описанного Г. Селье, является психологический стресс. Психологический стресс является результатом значимости субъективной оценки ситуации личностью и зависит от интеллектуальных и личностных особенностей [21].

Р. Лазарус определяет психологический стресс, как эмоциональное состояние, которое обусловлено угрозой и оказывает влияние на способность человека осуществлять свою деятельность эффективно [52].

Дж. Эверилл считает стрессовой ситуацией, когда человек утрачивает контроль над происходящим, не имеет возможностей адекватного ответа, при высокой значимости последствий в случае отказа от реагирования. Таким образом, психологический стресс представляет собой состояние тревоги за собственную жизнь, здоровье и благополучие. Психологический стресс в

отличие от биологического, представляет собой разный характер эмоциональных переживаний. В первом случае будет наблюдаться реакция страха, испуга или гнева. В случае психологического стресса индивид будет испытывать беспокойство, тревогу, тоску и депрессию [48, с. 231].

Психологический стресс можно разделить на два вида: информационный и эмоциональный. Информационный стресс возникает в ситуации информационных перегрузок. Эмоциональный стресс, когда личности угрожает опасность. Рассмотрим подробнее эмоциональный стресс.

М.Н. Русалова понимает под эмоциональным стрессом изменения, происходящие на психологическом и поведенческом уровнях, которые сопровождаются изменениями в физиологических реакциях и другими показателями [37].

Эмоциональный стресс, по мнению Ю.Л. Александровского, связан с напряжением барьера психической адаптации, прорыв этого барьера приводит к патологическим последствиям [1].

По мнению В.Л. Вальдмана следует различать несколько составляющих эмоционального стресса:

- комплекс психологических реакций, который представляет собой процессы восприятия и переработки поступившей информации, содержащейся в сигнале внешней среды, представляющей собой «угрозу»;
- процесс психологической адаптации к отрицательному эмоциональному состоянию;
- состояние психологической дезадаптации в следствии нарушения возможностей адаптации, которое приводит к нарушению регуляции поведения личности [2].

Вышеописанные состояния, сближаются с фазами биологического проживания стресса, но описываются не с точки зрения соматических проявлений, а с точки зрения психологических процессов. Перечисленный

комплекс реакций позволяет понять, почему сложно отделить эмоции от психоэмоционального состояния, а последнее от физиологического стресса.

Большое значение на психоэмоциональное состояние личности оказывает характеристика, воздействующих стресс-факторов. Это факторы при воздействии, которых человек оказывается в стрессовом состоянии. W. Harris предложил классифицировать стресс-факторы по их продолжительности:

- кратковременные,
- продолжительно воздействующие.

Так продолжительное воздействие стресса оказывает отрицательное воздействие на организм в целом. Один и тот же стресс-фактор может оказывать различное воздействие на организм. Принято выделять следующие отрицательные последствия стресс-факторов:

- привычное течение жизни становится под угрозу;
- возникают соматические заболевания;
- организм человека находится в пограничном состоянии между нормой и патологией;
- заболевания, возникающие вследствие переживаемого стресса: иммунные нарушения, болезни сердца, аллергические реакции, гипертония [9].

Стрессовая симптоматика разнообразна и проявляется во всех сферах психики. В эмоциональной сфере она характеризуется эмоциональным подъемом или обострением тревоги, депрессии, апатии. Когнитивная сфера оценивает стрессовую ситуацию, как неопределенную и опасную. Мотивационная сфера побуждает к мобилизации сил или капитуляции, которая может выражаться в потере интересов. Поведенческая реакция вызывает активные реакции: агрессивное поведение, приложение усилий для преодоления стрессовой ситуации или попытки избежать её. Поведенческая реакция может быть и более пассивной и выражаться в покорности перед происходящими событиями. Общим для всех этих процессов является

изменение интенсивности переживаний в сторону уменьшения или увеличения [4]. Психологическими критериями стресса можно назвать признаки психологического неблагополучия такие, как усталость, апатия, враждебность, тревога и депрессия. К субъективным показателям можно отнести следующие показатели:

- ощущение потери контроля над собой;
- повышение утомляемости;
- повышение раздражительности, аффективности;
- переживание психологического дискомфорта;
- наличие дискомфорта со стороны соматической системы организма;
- нарушение и снижение когнитивных функций.

Стрессовые ситуации вызывают сильные эмоции. Распространенными реакциями на негативное воздействие стресса являются, два типа эмоций это стенические и астенические. Стенические эмоции представляют собой такие эмоциональные проявления, как злость, гнев. Астенические выражаются в печали, грусти, оцепенении. Стрессовая ситуация, в которой невозможно что-то изменить или действовать чаще вызывает уныние и грусть. Позитивной реакцией на стресс является возбуждение, вызванное выбросом энергии направленной на мобилизацию ресурсов.

Поведенческие реакции связаны с действиями по преодолению стрессовой ситуации, адаптации к ней. Такие действия называются копинг-стратегиями. Как правило, их делят на две большие группы: реакции бегства и борьбы. Такие стратегии охватывают несколько сфер: эмоциональную, поведенческую, когнитивную.

В когнитивной сфере представлены: отвлечением и переключением на другие мысли; принятием неизбежности ситуации; обесцениванием ситуации или снижением её важности; рассмотрением ситуации, как фактора личностного роста; обдумывание стратегии своего поведения.

В эмоциональной сфере представлено: подавлением эмоций; отреагированием эмоций.

В поведенческой сфере: активной защитой, направленностью на изменение ситуации; проявлениями альтруизма; отвлечением на другую деятельность; поиском эмоциональной поддержки [25, с 22-25].

Накопленный и непрекращающийся стресс приводит не только к деформации направленности личности, выражающейся в отгороженности, нежелании вступать в контакт, с другими людьми, но и повышению эмоциональной неуравновешенности [7, с. 192].

Одними из распространенных реакций на стресс являются тревожные и депрессивные переживания.

Тревога является психофизиологическим феноменом, связанным с реакцией на стресс-факторы. Тревога бывает: нормальной – адаптивной и болезненной (патологической). Ситуативная тревожность, характеризуется прежде всего, субъективными эмоциональными переживаниями: беспокойство, напряженность, нервозность, озабоченность. Тревога выражается в ощущениях неопределенной угрозы, в чувстве опасения и ожидания. Тревога может быть различной по длительности и интенсивности переживаний, которые испытывает человек. Тревога является одним из самых сильных по воздействию на личность механизмов психологического стресса. Роль тревоги в ситуации стресса можно сравнить с таким биологическим явлением, как боль. В этом смысле тревога играет охранительную, сигнальную и мотивационную роль, так как способствует возникновению активности, призванной стимулировать оценку ситуации и адаптацию к ней.

Нормальная тревога связана с стрессовой ситуацией и её повышение связано с уровнем субъективной значимости стресс-фактора для человека. Это состояние, проходящее и не нарушающее деятельности человека. Такая тревога проявляется как психологический дискомфорт и напряжение, связанное с неопределенностью перспектив.

Патологическая тревога – представляет собой чувство психологически и физически, истощающее человека, проявляющееся в ожидании опасности, чувстве собственной беспомощности, сомнениях и колебаниях [40].

Тяжесть или длительность стресса могут способствовать развитию депрессивных переживаний. Депрессивные ощущения связаны с чувством длительной тоски, безнадежности, апатии. Человек становится замкнутым, сосредоточенным на своих переживаниях и отгороженным от мира. Депрессивные симптомы характеризуются следующими признаками:

- подавленность настроения, угнетенность;
- заторможенность умственных процессов;
- моторные способности ухудшаются;
- нарушение сна, бессонница [20, с. 56].

Многочисленные исследования показали, что развитие психологического стресса зависит от множества индивидуальных свойств личности: общего состояния здоровья, возраста, типа нервной системы, выносливости, самооценки и прочих факторов. Под психологическими факторами стоит понимать, в том числе и психологическую уязвимость перед стрессовыми событиями, основанную на жизненном опыте личности, предшествующем стрессовой ситуации. Этот опыт может включать не только наличие предыдущих психологических травм, особенно детского периода, но и такие факторы, как текущий уровень стресса, тревожности или депрессии. Наличие проблем с самооценкой, слишком высокими требованиями к себе, трудностями в выражении эмоций, астеническим складом характера.

Возрастной фактор также играет важную роль – в юном и пожилом возрасте сложнее преодолевать ситуации, вызывающие сильный стресс. Интернальный локус контроля помогает преодолеть стрессовые события, так как в поведении человека преобладают стратегии решения задач и поиска выхода из сложившейся ситуации [49, с 50-51].

Таким образом, различная реакция на стресс может характеризоваться усилением стрессовых проявлений или их торможением.

Индивидуальная реакция человека на стресс во многом обусловлена его врожденными свойствами нервной системы. Так, человек со слабой нервной системой более устойчив стрессу при определенных обстоятельствах, чем человек с сильной нервной системой и наоборот.

Понятие типов нервной системы было введено И. Павловым. Было выделено два типа «слабый» и «сильный», а сильный делился в свою очередь на уравновешенный и неуравновешенный, а уравновешенный на подвижный и инертный. Темперамент является совокупностью устойчивых динамических особенностей психических процессов человека: темпа, ритма, интенсивности. Темперамент характеризуется энергетическим резервом личности и скоростью процессов обмена. Если говорить о проблеме достаточности адаптивных ресурсов, которые позволяют противодействовать стрессу, то целесообразно говорить о такой важной составляющей личности, как темперамент, а именно о его качественной составляющей – нейротизме и направленности нервной системы [6].

Темперамент оказывает влияние на способ и эффективность поведения в стрессовой ситуации, активируя врожденные программы своего темперамента, которые требуют минимального регулирования и минимального энергетического уровня. Неверно говорить о том, что представители определенного типа темперамента справляются успешнее других, вопрос в стратегиях, которые они применяют, сталкиваясь со стрессом [33, с. 14].

Разные типы темперамента имеют различную степень эмоциональной уравновешенности и потому прибегают к различным копинг-стратегиям.

Для личности с высокой степенью экстраверсии и низкой степенью нейротизма (сангвиник), стресс легче переносим. Они лучше остальных адаптируются к стрессовым ситуациям и справляются с изменившимися условиями жизни, не утрачивая при этом целостность личности. Люди данного типа быстрее прибегают к социальной поддержке, путем объединения людей для решения проблемы, в качестве сотрудничества или

же передадут эту ответственность другому человеку. Люди данного типа более оптимистичны и в большей степени испытывают положительные эмоции, это позволяет им смотреть на возникшую проблему, как на жизненный урок. Они склонны брать ответственность за собственные поступки и регулируют их. Им не свойственна стратегия избегания, кроме случаев, когда ситуация вызывающая стресс кажется им незначительной.

Для людей с низкой степенью экстраверсии и нейротизма (флегматики), характерной чертой является устойчивость к стрессу. Представителей данного типа нервной системы сложно вывести из равновесия, возникшая стрессовая ситуация не подрывает их настрой и мотивацию, что позволяет им решать дальше проблему. Следует заметить, что флегматик не склонен искать социальной поддержки и больше уходит в себя, поэтому он может заикливаться на проблеме и «копить стресс в себе», что приводит к функциональным изменениям в организме. Флегматики склонны избегать стрессовых ситуаций. Флегматикам в силу медлительности темперамента сложно отреагировать на стресс сразу и приспособиться к нему быстро. Поэтому новые формы поведения вырабатываются у них медленно, но держаться дольше, чем у других типов темперамента. В стрессовой ситуации для таких людей характерны спокойствие и выдержка, они редко выходят из себя и не склонны к аффектам [13, с. 64].

Личности с высокой степенью нейротизма и экстраверсии (холерики), применяют активные действия при возникшей стрессовой ситуации, они воспринимают проблему как вызов себе. Холерики не склонны показывать слабость и адекватно оценивать свои силы. Из-за этого их адаптивные ресурсы быстро истощаются. Неудача демотивирует холериков, они переживают их вспышками гнева, как правило, обращенные на окружающих людей. Они больше подвержены влиянию таких черт личности как тревожность и беспокойство. Энергичность данного типа темперамента позволяет реагировать на стресс быстро, ориентируясь в стрессовой ситуации.



Личности с низкой степенью нейротизма и высокой экстраверсией (меланхолики) являются самым неустойчивым типом нервной системы по отношению к стрессу. Меланхолик может приложить много усилий для решения проблемы. В отличие от остальных типов темперамента, люди этого типа, не склонны прибегать к социальной помощи. За поддержкой они обратятся лишь к очень близким людям, которым доверяют. По этой причине, попадая в стрессовую ситуацию, меланхолики склонны испытывать сильное эмоциональное напряжение, тревогу, доходящую до паники, а также агрессию. Внезапный стресс подавляет мотивацию действовать, меланхолики могут легко растеряться и потерять контроль над эмоциями и мыслями. При этом меланхолики все же способны справиться с эмоциями силой воли, и найти решение проблемы. Представители данного типа темперамента склонны к стратегии избегания, так как, погружаясь в своё «я» не всегда способны прибегнуть к конструктивным стратегиям преодоления стресса [39, с. 220].

К неблагоприятным изменениям в организме могут приводить эмоциональные состояния, сопровождающие длительный стресс. Эмоциональная реакция на внешнее воздействие развивается раньше других, она активизирует вегетативную нервную систему и эндокринное обеспечение.

При постоянных стрессовых нагрузках эмоциональное возбуждение застаивается, на что функционирование организма реагирует разлаживанием. Так серия постоянных стрессовых ситуаций может стать психотравмирующей и привести к развитию ПТСР. ПТСР является тяжелым психическим состоянием, которое является отдаленным последствием травмирующих событий, нарушающее психофизиологический и эмоциональный статус человека, проявляющийся в виде воспоминаний, переживаний или кошмаров, связанных с травматическим случаем [46, с. 73].

Стресс становится травмой тогда, когда нарушается «самость» личности и происходят изменения в неврологических и психологических

механизмах. Травматической ситуацией может стать не только экстремальная негативная ситуация, которая обладает мощным воздействием на человека и является угрозой потери жизни его или его близких людей. Но и ситуация нарушающая безопасность тем или иным образом [23].

Современный зарубежный подход рассматривает психотравму как серию неудачных попыток совладать со стрессовым фактором [45, с. 161]. Когда попытки справиться с стрессовой ситуацией были неудачными, личность переживает четыре стадии кризиса, так отмечает Carlan.

Первая стадия характеризуется ростом напряжения, которое запускает привычное поведение и требуется для преодоления стрессовой ситуации.

Вторая стадия характеризуется ростом напряжения, а вместе с ним повышается агрессия, уровень тревоги, появляется нарушения сна.

На третьей стадии происходит ещё большая мобилизация физических и психологических сил. Человек пытается использовать нехарактерную для него стратегию решения проблемы.

Четвертая стадия характеризуется появлением таких симптомов как, депрессия, беспомощность, истощение и декомпенсация, нарастание дезорганизации [22, с. 36].

Одним из определяющих факторов развития психологических проблем в будущем, является блокировка активности во время переживания стрессовой ситуации. Повышение психоэмоционального напряжения зависит от невозможности борьбы в угрожающей ситуации.

Таким образом, чем меньше энергии было израсходовано в стрессовой ситуации, тем больше вероятности, что эта энергия выразиться в виде травматической симптоматики [36].

Деструктивные формы совладания со стрессом выражаются в виде социальной изоляции; эмоциональных, когнитивных, поведенческих и личностных расстройств; психосоматических заболеваний. Конструктивные способы позволяют высвободить внутренний ресурс человека и стать началом личностного роста [16, с. 140].

В ответ на стресс, пережитый человеком, наступает фаза острого кризиса, которая возникает после травматического события и продолжается в течении нескольких дней. Эта фаза может предшествовать возникновению ПТСР. Она характеризуется переживанием интенсивного страха, которое порождает желание бежать или оцепенение. Присутствует реакция диссоциации, невозможность ориентироваться. Психосоматика проявляется в виде тошноты или потери аппетита.

Если стресс перегружает адаптационные возможности организма, как физиологические, так и психологические, то стресс становится травматическим. Такая реакция возникает на взаимодействие человека и окружающего мира, когда обстоятельства, того что переживает человек выходят за рамки обычного и привычного опыта. О переживании травматического стресса можно судить по следующим признакам:

- человек осознаёт воздействие стресса, при котором ухудшается его психологическое состояние;
- то состояние обусловлено внешними причинами (бедствия, катастрофы, смерть близкого человека);
- стресс нарушает привычный образ жизни;
- стрессовое событие вызывает ужас и состояние беспомощности [25].

Пролонгированная травма – это повторяющиеся стрессовые ситуации, которые вызывают у личности чувство беспомощности и ожидание повторения травматического события. Психологические механизмы защиты ведут к тому, что воспоминания об этих событиях отличаются размытостью и неясностью. Последствиями этого вида травмы, чаще, чем в первом случае, является нарушение в отношениях с окружающими, аддикции, отстраненность. Со временем возникает посттравматическая диссоциация, развиваются чувство вины и стыда, изменяются представления о самом себе.

Рассмотрим подробнее две группы защитных механизмов психики.

Конструктивные механизмы позволяют человеку сознательно использовать регуляторную деятельность, которая выражается в активных усилиях по преодолению стрессовой ситуации и нахождения нового смысла.

Для неконструктивных механизмов характерна бессознательная активность. Такие механизмы позволяют временно снизить отрицательные эмоциональные переживания, при этом искажая реальность. При таком способе защиты преодоления стресса не возможно [16].

Исходя из вышеизложенного анализа, можно сделать вывод о том, что стресс как понятие охватывает большой спектр психологических и эмоциональных состояний.

Физиологически и биологически человек устроен так, что воспринимает стрессовые факторы окружающей среды и реагирует на них определенным образом. Организм обладает адаптационными ресурсами и возможностями, которые позволяют ему приходить в равновесие с окружающей средой. Но не всегда этих ресурсов достаточно и их истощение приводит к психологическим и соматическим изменениям.

Современные условия жизни таковы, что одной биологической реакции на стресс не достаточно, чтобы обеспечивать равновесие организма. Таким образом, реакция на стресс трансформировалась и приобрела психологический аспект, такое как напряжение, волнение, тревога и другие.

Во многих случаях «ядром» стресса являются переживаемые или подавленные эмоции такие, как страх, гнев, тревога. Но помимо этих эмоциональных переживаний, стресс охватывает огромный спектр чувств: вины, стыда, печали, безнадежности, ангедонии и многих других. Все эти эмоции и чувства могут проявляться в разной степени и интенсивности, составляя индивидуальную психоэмоциональную реакцию человека на стрессовое событие.

Огромное влияние на психоэмоциональное состояние личности оказывает не только характеристика самого стресса и вызываемых им эмоциональных состояний, но и множество индивидуальных факторов:

физиологических, наличие копинг-стратегий, адаптационное поведение и социальная ситуация.

На психоэмоциональное состояние влияет и состояние личности предшествующее стрессовой ситуации. Это благополучие, эмоциональное состояние, наличие тревожных и депрессивных состояний. Отдельное место занимает наличие в истории личности опыта переживания травматического стресса.

Стоит отметить, что особое место занимают стратегии, к которым прибегает личность, чтобы справиться со стрессовой ситуацией. Психоэмоциональное состояние будет зависеть от того, насколько человек умеет быстро ориентироваться и приспосабливаться, а также от характера социального взаимодействия с другими людьми. Так людям, которые умеют находить помощь и поддержку у других значительно легче проживать стресс.

Стресс влияет на такие важные аспекты психоэмоционального состояния, как тревога и депрессия. Успешность преодоления стрессовой ситуации впоследствии влияет на эмоциональное состояние, усугубляя его в случае невозможности совладания с проблемами. При длительных стрессовых состояниях психологические и физиологические ресурсы человека истощаются, приводя к соматическим заболеваниям или развитию ПТСР.

Анализ теоретических исследований позволяет перейти к эмпирическому исследованию психоэмоционального состояния в условиях проживания пандемии COVID-19. Исследование представим в следующей главе работы.

## **Глава 2 Эмпирическое исследование психоэмоционального состояния в условиях проживания пандемии COVID-19**

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

Стресс, как реакция психики и организма человека на изменившуюся ситуацию представляет собой комплексный психологический феномен и имеет множество характеристик. Объектом исследования является психоэмоциональное состояние людей в период проживания пандемии COVID-19. Взаимодействие с респондентами требует также этического подхода, так как многие пережившие эпидемию столкнулись с отрицательными и травмирующими переживаниями.

В исследовании приняли участие 31 человек в возрасте от 25 до 40 лет, из них 70% женщин и 30% мужчин, средний возраст испытуемых 35 лет.

Исследование было проведено с учетом следующих этапов:

- определение цели, задачи и гипотезы исследования;
- обзор существующих диагностических методик по определению психоэмоционального состояния в стрессовой ситуации;
- подготовка и проведение эмпирического исследования;
- анализ полученных результатов.

В международной практике широко используется ряд, специально разработанных диагностических методик для определения стресса. Многие из этих методик – это наиболее известные и эффективные зарубежные методики, которые были переведены и адаптированы отечественными специалистами [43]. К таким методикам относятся различные диагностические опросники такие, как шкала для оценки влияния травматического события, опросники, диагностирующие депрессию и тревожность.

После анализа возможных методик был сформирован психодиагностический набор, состоящий из четырех стандартизированных

методик. Выбор методик исследования производился на основании поставленных целей и задач с учетом индивидуальных особенностей респондентов.

1) Клиническая методика «Шкала оценки влияния травматического события» (сокр. ШОВТС, англ. Impact of Event Scale, сокр. IES-R) применяется с целью выявления стрессовых симптомов и степени их выраженности. Диагностика представлена тремя шкалами: избегание травматической ситуации, переживание нежелательных воспоминаний и гипервозбуждение. Шкала содержит 22 утверждения, которые позволяют оценить уровень влияния стрессового события. Критерием оценки данной методики являются баллы, набранные по каждому из симптомов: избегание, вторжение, возбудимость и общий балл [43].

2) Методика «Опросник депрессивности» Бэка является одношкальной, применяется с целью диагностики выраженности депрессивных симптомов, учитывая психологические и физиологические признаки. Опросник состоит из 21 вопроса, ответом на которые служат 4 утверждения. Пункты представляют собой оценку выраженности определенных симптомов, связанных с эмоциональными переживаниями и соматическими ощущениями. Критерием оценки данной методики является количество набранных баллов.

3) Методика «Шкала тревоги и депрессии» (HADS) является одношкальной, применяется с целью определения степени тревожности, опираясь на психоэмоциональные признаки. Представляет список из 14 утверждений, которые можно оценить по указанным пунктам. Критерием оценки данной методики является количество набранных баллов.

4) Тест-опросник диагностики темперамента Г. Айзенка (EPI).

Одно из первых мест по частоте использования в определении преобладающего типа темперамента занимает личностный опросник Г Айзенка. Целью методики является определение преобладающего типа темперамента. Методика представляет собой систему из двух шкал

определяющую темперамент: экстраверсия-интроверсия и стабильность-нейротизм.

Экстраверсия – интроверсия, шкала, которая является показателем экстравертированности человека, его направленности во взаимодействии во внешний мир и интровертированности – направленности внутрь себя.

Эмоциональная стабильность – нейротизм, показывает устойчивость нервной системы, её стабильность или нестабильность.

Критериями оценки служит количество баллов, набранное по двум шкалам. Методика представляет из себя бланк, который содержит 57 вопросов. Помимо вопросов, уточняющих ведущий тип темперамента, так же были введены вопросы, проверяющие искренность респондента. Критерием оценки является количество баллов, набранных по двум шкалам – экстраверсия – интроверсия и нейротизм.

Если вышеописанные методики покажут связь между пережитым стрессом при пандемии и сегодняшним психоэмоциональным состоянием.

Для сбора социологических данных была разработана краткая анкета, которая включает следующие сведения: ФИО, возраст, пол и описание субъективного отношения к пандемии.

Для математической и статистической обработки и анализа данных, полученных путем проведения диагностики, использовался табличный процессор Excel.

## **2.2 Результаты эмпирического исследования особенностей психологического состояния в период пандемии COVID-19**

Для оценки выраженности симптомов стресса и стратегий поведения были изучены значения, полученные с помощью методики «Шкала оценки влияния травматического события» (Приложение А, Таблица А.1).



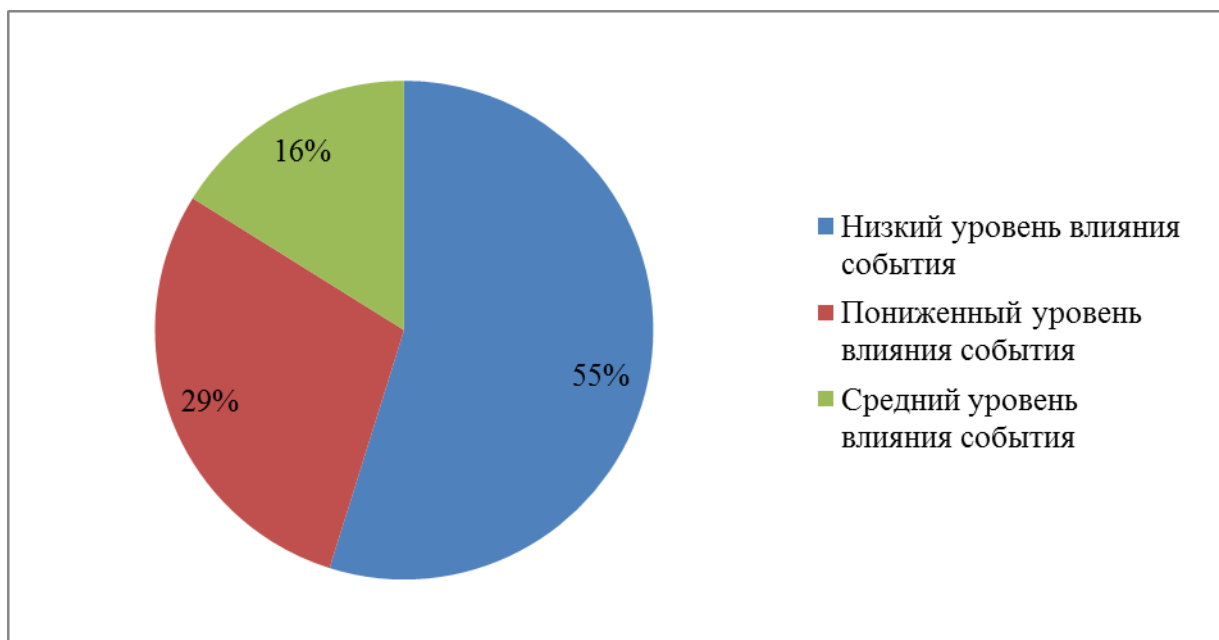


Рисунок 1 – Соотношение среднего уровня значений влияния стрессового события

Как видно из рисунка 1 высокого уровня влияния события на психоэмоциональное состояние выявлено не было. Было выявлено три уровня влияния: низкий, пониженный и средний. Низкий уровень выявлен у 55% респондентов, пониженный у 29% и средний у 16%. Это говорит о том, что такое событие как пандемия COVID-19 оказывает влияние на психоэмоциональное состояние 45% респондентов.

Данная методика представлена тремя шкалами: вторжением, избеганием и гипервозбуждением (физиологическим возбуждением), которые показывают реакцию и поведение в стрессовой ситуации. В данном исследовании были получены данные представленные в Приложении А, Таблица А.2.

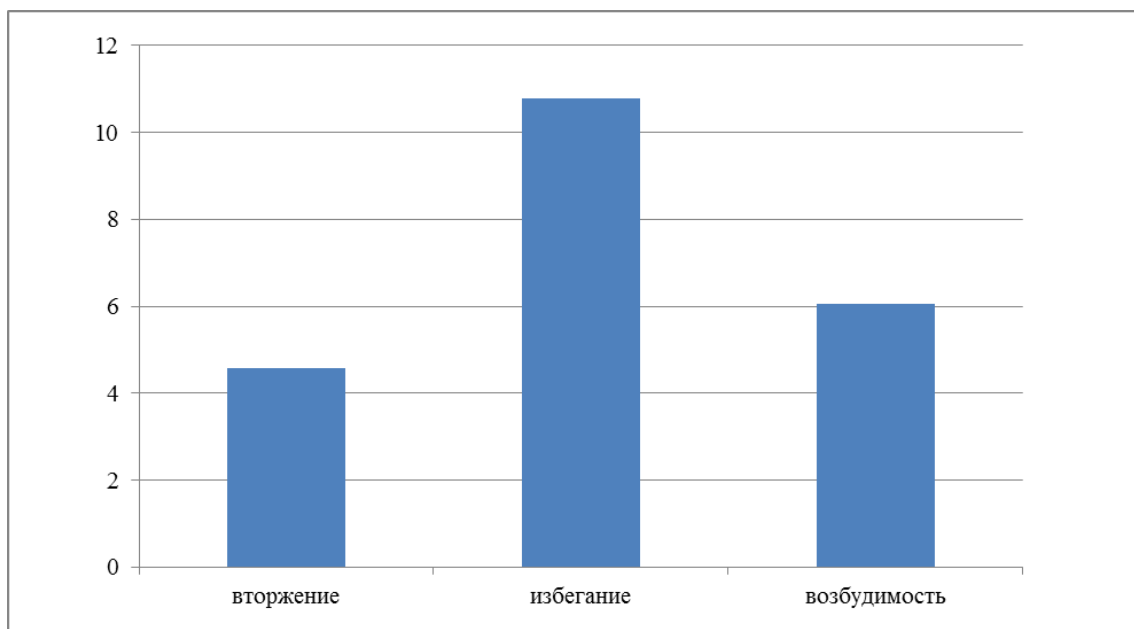


Рисунок 2 – Средние значения уровня реакций по трем шкалам: вторжение, избегание и гиперторможение

На рисунке 2 видно, что расчёт среднего значения по шкалам показал, что из всех реакций преобладает реакция избегания (среднее значение = 10,7). Данная реакция характеризуется избеганием информации, разговоров или воспоминаний, связанных со стрессовой ситуацией. Прибегая к такой реакции, человек позволяет себе не думать о том, что происходит, не расстраиваться. При высоких показателях такое состояние вызывает эффект нереальности происходящего.

Физиологическое возбуждение выражено слабее (среднее значение = 6,06). Данная реакция характеризуется неприятными физическими ощущениями такими, как потливость, учащение дыхания, пульса и другими признаками. Психологически выражается в напряжении, настороженности и ожидании плохих событий, невозможности сосредоточить внимание на чем-либо.

Меньше всего выражена реакция – вторжения (среднее значение = 4,5). Данная реакция характеризуется невозможностью отвлечься от мыслей о происходящем и переключить свое внимание на что-либо другое. Подобная

сосредоточенность на стрессовой ситуации, сопровождается неприятными эмоциональными переживаниями.

Рассмотрим степень влияния реакции избегания, так как она имеет самое высокое значение.

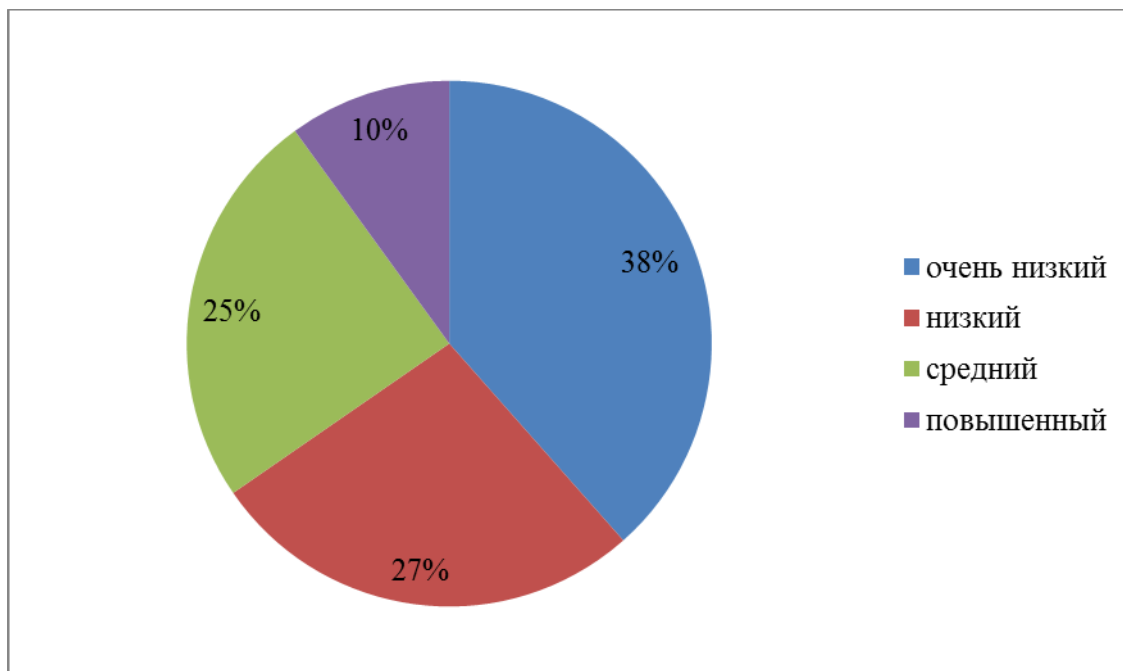


Рисунок 3 – Соотношение уровня реакции избегания в зависимости от интенсивности

На рисунке 3 видно, что 38% респондентов не подвержены такой реакции, как избегание, 27% – имеют низкий уровень, средний – 25%, и повышенный – 10%. Можно сделать вывод о том, что данная ситуация у большинства респондентов не вызывает отрицательных эмоций и переживаний, так как низкий уровень избегания наблюдается у 65%.

Для определения выраженности депрессивных симптомов была применена методика «Опросник депрессивности» Бэка полученные данные представлены в Приложении А, Таблица А.3.

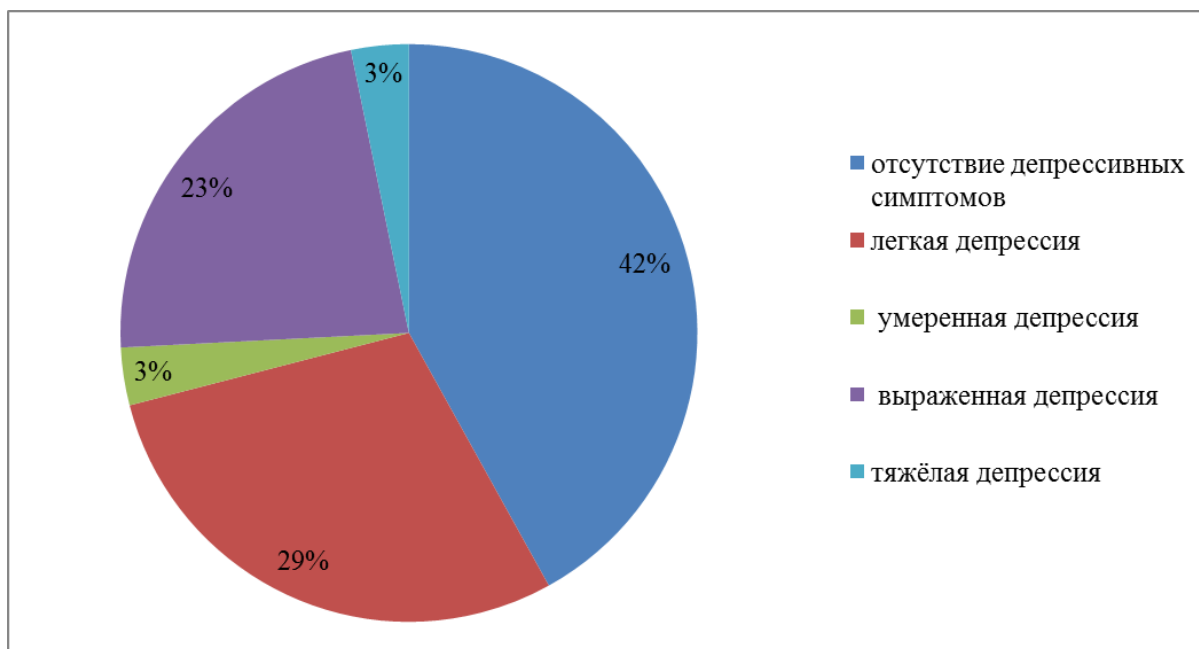


Рисунок 4 – Соотношение уровня депрессивных переживаний

На рисунке 4 видно, что отсутствие депрессивных симптомов наблюдается у 42%. Легкая депрессия отмечается у 29%, выраженная форма у 23%. Умеренные и тяжелые симптомы у 3% соответственно. Таким образом, у значительной доли респондентов – 52% методика показала наличие симптомов депрессии.

Для определения степени уровня тревожности была применена методика «Шкала тревоги и депрессии» (HADS) полученные данные представлены в Приложение А, Таблица А.4.

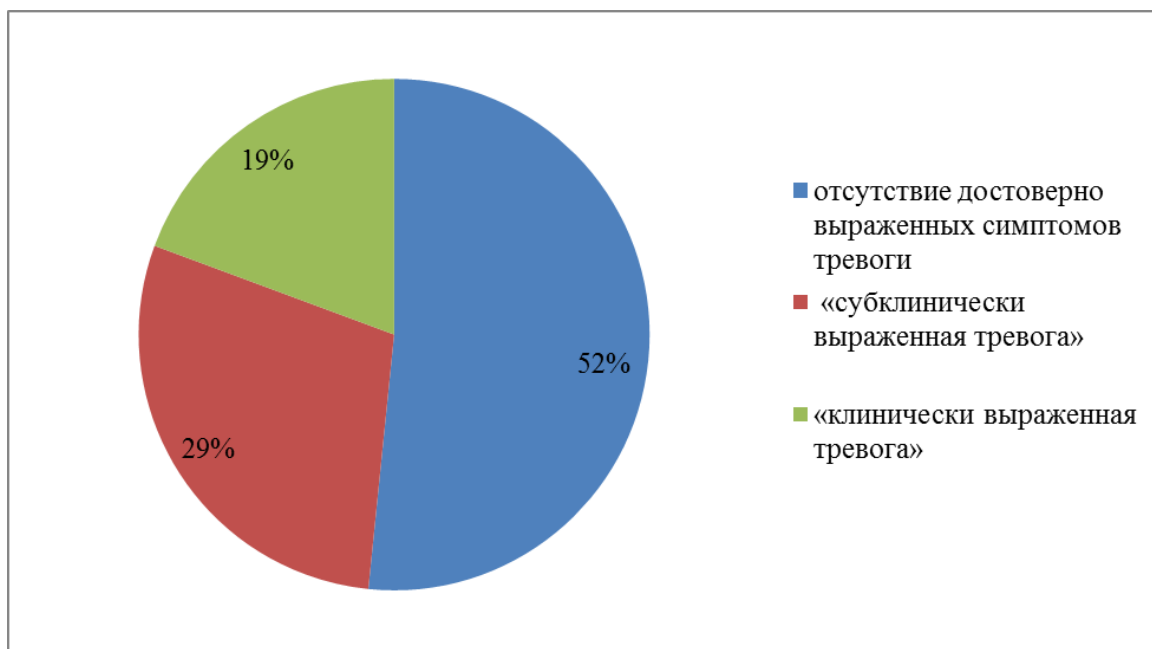


Рисунок 5 – Соотношение уровня симптомов тревоги

На рисунке 5 видно, что отсутствие выраженных симптомов тревожности наблюдается у 52% респондентов, выраженная тревога наблюдается у 48%. Что говорит о наличии тревожных симптомов у респондентов.

Для определения возможной взаимосвязи между реакциями на стрессовое событие, тревожности, депрессивности и типом темперамента был применен личностный опросник Айзенка, полученные данные представлены в Приложении А, Таблица А. 5.

Таблица 1 – Количество респондентов, в зависимости от типа темперамента

тип темперамента	кол-во человек
флегматик	11
холерик	3
меланхолик	16
сангвиник	1

Из таблицы 1 видно, что количество флегматиков преобладает среди респондентов. Так как среди респондентов, сангвиник всего один, в дальнейшем он рассматриваться не будет.

Был проведен анализ для определения взаимосвязи психоэмоционального состояния респондентов, характеризующегося показателями тревожности, депрессивности и субъективной реакцией на стрессовое событие. Для сравнения были выбраны следующие шкалы: тревожности (HADS), депрессивности Бэка и общий показатель по трем шкалам ШОВТС. Так как количество респондентов больше 30, но распределение значений выборки не является нормальным, было принято решение о выборе коэффициента ранговой корреляции r-Спирмена. Таблица, по которой производилось вычисление корреляции r-Спирмена, представлена в Приложении Б, Таблица Б.1. Корреляция составила r-Спирмена= 0,71.

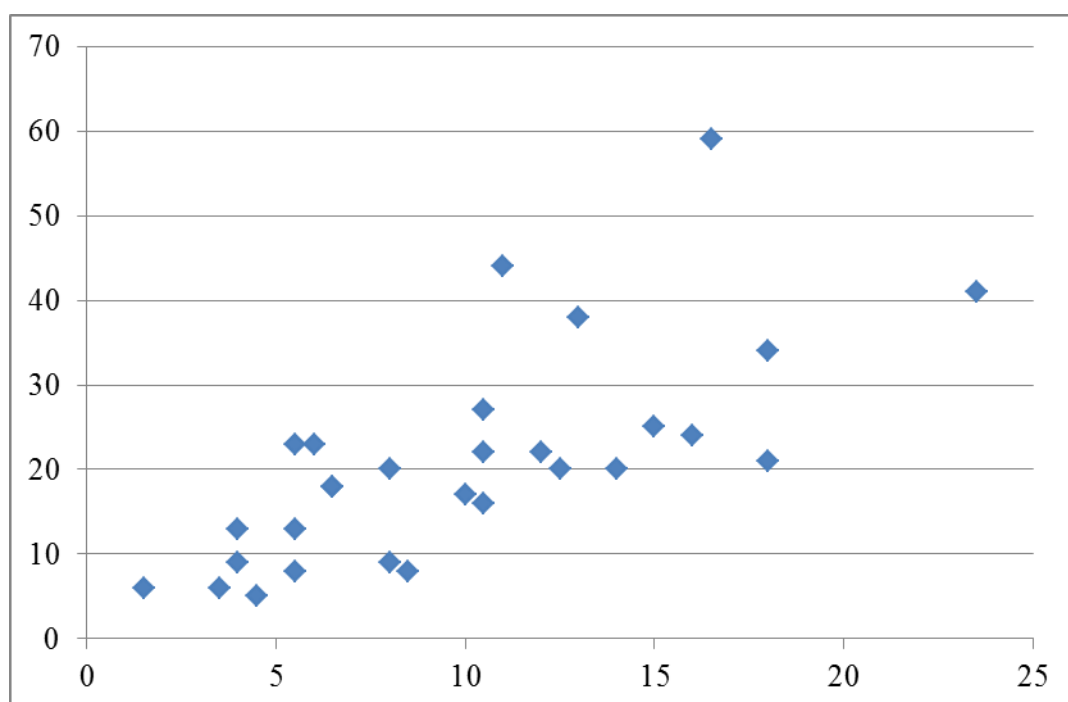


Рисунок 6 – Точечная диаграмма распределения данных

На рисунке 6 видно распределение данных, что подтверждает наличие значимой взаимосвязи между средним значением по шкалам тревожности, депрессивности и реакции на стресс. Исходя из полученных, при анализе, данных можно судить о прямой связи. Психоэмоциональное состояние людей зависит от того насколько они успешно отреагировали на стрессовую ситуацию. Респонденты, на которых пандемия оказала наименьшее влияние,

имеют меньшие показатели симптомов тревожности и депрессивности. С возрастанием силы влияния стрессового события возрастают и показатели симптомов депрессии и тревожности.

Так же был проведен анализ на поиск взаимосвязи между такими характеристиками как тревожность, депрессивность и реакция на стресс.

Таблица 2 – Показатели корреляции r-Спирмена между уровнем тревожности, депрессивности и реакциями на стресс

	Вторжение	Избегание	Возбудимость
НАДС (тревожность)	r= 0,237	r= 0,739	r= 0,327
Бэка (депрессия)	r= 0,394	r= 0,456	r= 0,275

Данный анализ не выявил значимой взаимосвязью между депрессией и реакцией на стресс. Значимая взаимосвязь была выявлена между показателями тревожности и такой реакцией как избегание, при возрастании тревожности возрастает и избегание. Можно судить о том, что респонденты прибегают к такой реакции, чтобы совладать с возрастающей тревогой.

Таблица 3 – Показатели корреляции r-Спирмена между уровнем тревожности, депрессивности и свойствами темперамента

	Экстраверсия - Интроверсия	Нейротизм
НАДС (тревожность)	r= 0,027	r= 0,508
Бэка (депрессия)	r= 0,084	r= 0,436

При анализе взаимосвязи между шкалами симптомов тревожности, депрессивности и характером, была выявлена средняя взаимосвязь между тревожностью и нейротизмом. Чем менее стабильная и устойчива нервная система, тем выше показатели тревожности. Таким образом, можно косвенно судить о взаимосвязи между нейротизмом, тревожностью и такой реакцией на стресс, как избегание.

При анализе взаимосвязи типов темперамента и реакцией на стресс были получены следующие данные.

Таблица 4 – Показатели корреляции r-Спирмена между свойствами темперамента флегматик и реакцией на стресс

	Вторжение	Избегание	Возбудимость
Экстраверсия- Интроверсия	r= 0,34	r= -0,12	r= -0,75
Нейротизм	r= 0,43	r= -0,22	r= -0,08

Таблица 5 – Показатели корреляции r-Спирмена между свойствами темперамента холерик и реакцией на стресс

	Вторжение	Избегание	Возбудимость
Экстраверсия- Интроверсия	r= 0,08	r= -0,34	r= 0,62
Нейротизм	r= -0,50	r= -0,10	r= -0,90

Таблица 6 – Показатели корреляции r-Спирмена между свойствами темперамента меланхолик и реакцией на стресс

	Вторжение	Избегание	Возбудимость
Экстраверсия- Интроверсия	r= -0,02	r= -0,35	r= -0,12
Нейротизм	r= 0,02	r= 0,15	r= -0,27

При анализе полученных данных был выявлен преобладающий тип реакции в зависимости от темперамента.

Из таблицы 4 видно, что для флегматиков преобладающей реакцией является – вторжение. Чем ниже показатели нейротизма и экстраверсии-интроверсии, которые характерны для флегматика, тем выше реакция вторжения. Флегматики не склонны к такой реакции, как возбуждение, об этом говорит обратная (отрицательная) взаимосвязь между темпераментом и данной реакцией. Это означает, что флегматики склонны сосредотачиваться на стрессовой ситуации и плохо переключаются на другие мысли. Флегматики не склонны к активным действиям.

Из таблицы 5 видно, что для холериков характерна реакция возбуждение, они больше предрасположены к физиологическому и психологическому возбуждению при воздействии стрессовой ситуации, в отличие от представителей других типов темперамента. Самой



незначительной реакцией для данного типа темперамента является избегание. Холерики склонны к активной реакции на стрессовую ситуацию.

Из таблицы 6 видно, что преобладающим типом реакции для меланхоликов является избегание, так как показатели избегания возрастают при уменьшении экстраверсии-интроверсии и увеличении показателей нейротизма, что характерно для преобладающего типа темперамента – меланхолик. Меланхолики предпочитают избегать неприятных мыслей и ощущений, связанных со стрессовой ситуацией. Также для них характерно возбуждение. Менее всего характерно для меланхоликов вторжение.

Такой тип темперамента, как сангвиник не был рассмотрен, так как в выборке был представлен одним респондентом.

Полученные данные показали взаимосвязь не только между симптомами депрессивности, тревожности и уровнем субъективной оценки стрессовой ситуации, но также и зависимость реакций от типа темперамента респондентов. Так для определенных типов темперамента, характера определенная реакция на стресс.

Полученные в исследовании эмпирические данные, позволяют сформулировать следующие выводы.

Как показал анализ, полученных данных, на психоэмоциональное состояние респондентов оказывает влияние пандемия COVID-19. Можно говорить о подтверждении гипотезы. Выраженность симптомов депрессивности и тревожности имеет прямую связь с уровнем влияния стрессовой ситуации. Респонденты, которые более успешно справляются с реакцией на стресс, имеют более низкие показатели симптомов депрессивности и тревожности. Респонденты, имеющие высокий уровень влияния стресса, испытывают отрицательное психологическое состояние, выраженное высоким уровнем симптомов тревоги и депрессии.

Исследование психоэмоционального состояния позволяет говорить о прямой связи симптомов тревожности с такой реакцией на стресс, как избегание. При возрастании интенсивности тревожных переживаний,

усиливается реакция избегания, к которой прибегают респонденты. Такая реакция позволяет «избегать» психологического влияния стресса и информации связанной с ним.

Преобладающий тип темперамента влияет на психоэмоциональное состояние личности и обуславливает реакцию на стрессовую ситуацию, определяя реакцию поведения. От типа темперамента зависит интенсивность переживаний, быстрота реакции, возбудимость и многое другое. Исследование показало, что в зависимости от темперамента респонденты склонны прибегать к определенной реакции: флегматики и меланхолики склонны к избеганию, тогда как холерики к возбуждению.

Полученные результаты еще раз доказывают, что индивидуально типологические особенности личности служат одним из факторов, определяющим реакцию на стресс и поведение человека в стрессовой ситуации.

## Заключение

Психоэмоциональное состояние в стрессовой ситуации представляет собой целый комплекс переживаний. Этот комплекс обуславливается переживаниями и чувствами, приходящими из окружающего мира. Преобладающими в эмоциональном фоне часто становятся тревога и депрессия.

Данное исследование показало, что психоэмоциональное состояние обусловлено воздействием стрессовой ситуации и выражается в проявлении симптомов тревожности и депрессии. Психоэмоциональное состояние под воздействием стрессовой ситуации усугубляется, повышается уровень отрицательных эмоциональных состояний. Поведение выражается в определенных реакциях – избегании, вторжении и возбудимости. Выбранные методики диагностики психоэмоциональных переживаний имеют практическую пользу при определении интенсивности симптомов тревожности и депрессии, а также при выявлении причин их появления и связи со стрессовой ситуацией, которую переживает личность. Это позволит психологу определять и отделять чувства и эмоции присущие человеку от появившихся под влиянием стрессовой ситуации, что повысит эффективность оказываемой психологической помощи.

Выявленная взаимосвязь между тенденцией к избегающей реакции на стресс и повышением уровня тревожности позволяет сделать выводы о преобладании механизмов избегания, как психологической защитой перед стрессом во время проживания пандемии COVID-19. Таким образом, воздействуя на снижение уровня тревожности, психолог может помочь более эффективно адаптироваться к изменившимся условиям.

В частности, в исследовании были проанализированы взаимосвязи между преобладанием определенной реакции на стресс и темпераментом, что говорит об индивидуальности реакции на стрессовую ситуацию. Исследование показало, что для определенного типа нервной системы

характерно определённое проявление в виде избегания, возбуждения или вторжения. Данные выводы позволяют сделать предположение о том, что стратегия работы по оказанию психологической помощи может строиться по-разному с учетом преобладающего типа темперамента и индивидуальных особенностей личности.

Стоит отметить, что влияние стресса сказывается отрицательно не только на психоэмоциональном состоянии, но и на физическом уровне организма. Влечет за собой уменьшение продуктивности, снижение активности в профессиональной, социальной и учебной деятельности. Личность, переживающая негативное влияние стресса, испытывает дискомфорт, нарушающий привычное и активное течение жизни. Влияние пандемии на психоэмоциональное состояние людей ставит перед психологами новые задачи в области оказания психологической помощи. Профилактика стрессовых и постстрессовых состояний должна проводиться с учетом индивидуальных особенностей реакций на стресс.

## Список используемой литературы

1. Александровский Ю. А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация. М. : Наука, 1976. 272 с.
2. Бодров В. А. Информационный стресс. М. : ПЭР СЭ, 2000. 352 с.
3. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. Издательство МГУ, 1984. 200с.
4. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
5. Гаранян Н. Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. С. 46–72.
6. Гипшенрейтер Ю. Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. М. : «ЧеРо», при участии издательства «Юрайт», 2002. 336 с.
7. Дорьева Е. А. Проблема достаточности ресурсов совладающего поведения // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2013. №5. С. 191–194.
8. Изард К. Э. Психологи я эмоций. СПб. : Питер, 2012. 464 с:
9. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб. : Речь, 2005. 400 с.
10. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) : учебник и практикум для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2021. 644 с.
11. Калшед Дональд Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личностного духа. Издательство: Когито-Центр, 2015. 398 с.
12. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М. : Книга по Требованию, 2013. 368 с.
13. Кленова М. А., Лаврентьева М. Ю. Влияние типа темперамента на выбор личностью стратегии преодоления // Альманах современной науки и образования. 2015. №8. С. 63-65.

14. Королева Н. Н. Организация и планирование психологического исследования: методические рекомендации для студентов магистратуры по направлению «Психология». СПб. : Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, 2012. 99 с.
15. Костров Г. Л. Проблемы адаптации людей, подвергшихся психической травме: теоретический аспект // Вестник МГОУ. Серия: Философские науки. 2020. №1. С. 33-39.
16. Кочарян А. С., Лисеная А. М. Психология переживаний : учебное пособие. Х. : ХНУ имени В. Н. Каразина, 2011. 224 с.
17. Краткая медицинская энциклопедия. В 2-х томах / Под ред. В. И. Покровского, изд. 3-е, испр. и доп. М. : НПО «Медицинская энциклопедия», 1994. 544 с.
18. Кровов В. М. Реакция на стресс и нарушения адаптации. Невротические, связанные со стрессом расстройства. Реактивные состояния и психозы. [Электронный ресурс]. URL: [https://www.psyoffice.ru/8/psychology/book\\_o273\\_page\\_12.html](https://www.psyoffice.ru/8/psychology/book_o273_page_12.html) (дата обращения: 19.02.2021)
19. Кулагина И. В. Статистические методы в психологии. ТГУ ; Гуманит.-пед. ин-т ; каф. "Теорет. и прикладная психология". ТГУ. Тольятти : ТГУ, 2017. 91 с.
20. Куралёва О. О., Лушников В. А. Стресс и депрессия в современном мире // Проблемы педагогики. 2020. №2. С. 55-56.
21. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Л.: Медицина, 1970. 209 с.
22. Мазур Е. С. Психическая травма и психотерапия // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 31-52.
23. Малкина-Пых И. Г. Виктимология. Психология поведения жертвы. Издательство: Питер, 2016. 832 с.
24. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. М. : Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.

25. Мельникова М. Л. Психология стресса: теория и практика : учебно-методическое пособие. Екатеринбург. 2018. 111 с.
26. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Издательство: МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
27. Мясищев В. Н. Избранные труды. М. МОДЭК, Институт практической психологии, 1995. 356 с.
28. Одинцова М. А. Преодолевающие стратегии поведения лиц, объединенных схожим травматическим опытом // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2015. № 15. С. 104-110.
29. Падун М. А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс. Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 2003. 25 с.
30. Падун М. А., Тарабрина Н. В. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Консультативная психология и психотерапия. 2003. № 1. С. 121-141.
31. Панин Л. Е. Биохимические механизмы стресса. Новосибирск : Наука. Сиб. отд., 1983. 232 с.
32. Психодиагностика стресса: практикум/ сост. Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина. М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технол. ун-т. Казань : КНИТУ, 2012. 212 с.
33. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / Под общей ред. к. психол. н. Ю. С. Шойгу. М. : Смысл, 2007. 319 с.
34. Пучкова Г. В. Теоретические основы психологического исследования: учеб. пособие. ТГУ ; Гуманит.-пед. ин-т. ; каф. "Теоретическая и прикладная психология". ТГУ. Тольятти : ТГУ, 2013. 183 с.
35. Пятницкая Е. В. Психология травматического стресса : учеб. пособие. Балашов : Николаев, 2007. 140 с.
36. Решетников М. М. Психическая травма. СПб. : Восточно-европейский институт психоанализа, 2006. 322 с.

37. Русалова М. Н. Экспериментальные исследования эмоциональных реакций человека. М. : Наука, 1979. 352 с.
38. Селье Г. Стресс без дистресса. М. : Прогресс, 2002. 336 с.
39. Сергеева М. А. Пройдисвет А. П. Взаимосвязь темперамента человека и копинг-стратегий // Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения. 2017. С. 219-222.
40. Соловьева С. Л. Тревога и тревожность: теория и практика // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 6. С. 45-47.
41. Сорокин М. Ю., Касьянов Е. Д., Рукавишников Г. В., Макаревич О. В., Незнанов Н. Г., Лутова Н. Б., Мазо Г. Э. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2020. № 2. С. 87-94.
42. Станишевская Ж., Станишевский М. Перспективы и значение психопрофилактики и терапии последствий глобальных стрессовых ситуаций в связи с пандемией COVID-19 // Studia Humanitatis. 2020. № 3. С. 84-87.
43. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с.
44. Фрейд З. Предупреждение. О психическом механизме истерических феноменов. Издательство ERGO, 2018. 76 с.
45. Хачатурова М. Р. Совладающий репертуар личности: обзор зарубежных исследований // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. № 3. С. 160–169.
46. Цейликман В. Э., Цейликман О. Б., Фекличева И. В., Масленникова Е. П., Чипеева Н. А., Глухова В. А. Психологические, нейробиологические и нейро-эндокринологические особенности синдрома посттравматических стрессовых расстройств // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2018. № 4. С. 73-86.
47. Черепанова Е. М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку. М. : Академия, 1997. 96 с.



48. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. СПб. : Питер, 2006. 256 с.
49. Brillon P. Se relever d'un traumatisme : réapprendre à vivre et à faire confiance (фр.). – Montréal (Québec): Les Éditions Québec-Livres, 2013. 270 с.
50. Burchfield S. The Stress Response: A New Perspective. In: Psychosom Med. Dec, 41 (8), 1979. pp. 661-672.
51. Sterling P, Eyer J. Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In: Fisher S, Reason J, editors. Handbook of life stress, cognition, and health. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 1988. pp. 629–64.
52. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. N.Y.: Springer Publishing Company, 1984.
53. Maslach C. Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. Journal of Health s Human Resources Administration, 1984. № 7. P. 189-212.

## Приложение А

### Таблицы первичных данных

Таблица А.1 – Результаты, полученные с помощью методики «Шкала оценки влияния травматического события»

вторжение	избегание	возбудимость	общий	
0	10	10	20	Низкий уровень влияния события
4	25	5	34	Пониженный уровень влияния события
6	0	7	13	Низкий уровень влияния события
11	16	17	44	Средний уровень влияния события
0	17	0	17	Низкий уровень влияния события
0	7	2	9	Низкий уровень влияния события
7	24	7	38	Средний уровень влияния события
9	14	4	27	Пониженный уровень влияния события
4	2	16	22	Пониженный уровень влияния события
11	5	5	21	Пониженный уровень влияния события
4	11	10	25	Пониженный уровень влияния события
2	8	6	16	Низкий уровень влияния травматического события
7	8	7	22	Пониженный уровень влияния события
6	10	4	20	Низкий уровень влияния события
6	21	14	41	Средний уровень влияния события
11	3	6	20	Низкий уровень влияния события
3	0	3	6	Низкий уровень влияния события
1	19	3	23	Пониженный уровень влияния события
2	21	1	24	Пониженный уровень влияния события
4	9	5	18	Низкий уровень влияния события

## Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1 – Результаты, полученные с помощью методики  
«Шкала оценки влияния травматического события»

вторжение	избегание	возбудимость	общий	
0	6	2	8	Низкий уровень влияния события
8	6	4	18	Низкий уровень влияния события
16	26	17	59	Средний уровень влияния события
2	2	4	8	Низкий уровень влияния события
1	1	3	5	Низкий уровень влияния события
2	3	4	9	Низкий уровень влияния события
7	13	3	23	Пониженный уровень влияния события
0	5	1	6	Низкий уровень влияния события
3	7	3	13	Низкий уровень влияния события
5	25	10	40	Средний уровень влияния события
0	10	5	15	Низкий уровень влияния события

Продолжение Приложения А

Таблица А.2 – Результаты, полученные с помощью методики «Шкала оценки влияния травматического события» по трём шкалам

вторжение	Уровень	избегание	Уровень	возбудимость	Уровень
0	очень низкий	10	очень низкий	10	очень низкий
4	очень низкий	16	низкий	5	очень низкий
6	очень низкий	0	очень низкий	7	очень низкий
11	очень низкий	16	низкий	17	Средний
0	очень низкий	0	очень низкий	0	очень низкий
0	очень низкий	7	очень низкий	2	очень низкий
7	очень низкий	24	средний	7	очень низкий
9	очень низкий	14	низкий	4	очень низкий
4	очень низкий	0	очень низкий	16	Средний
11	очень низкий	5	очень низкий	5	очень низкий
4	очень низкий	11	низкий	10	очень низкий
2	очень низкий	8	очень низкий	6	очень низкий
7	очень низкий	8	очень низкий	7	очень низкий
0	очень низкий	6	очень низкий	0	очень низкий
6	очень низкий	21	средний	14	Средний
11	очень низкий	3	очень низкий	6	очень низкий
3	очень низкий	0	очень низкий	3	очень низкий
1	очень низкий	19	средний	3	очень низкий
2	очень низкий	4	очень низкий	1	очень низкий
4	очень низкий	9	очень низкий	5	очень низкий
0	очень низкий	6	очень низкий	2	очень низкий
8	очень низкий	6	очень низкий	4	очень низкий
16	средний	26	повышенный	17	Средний

## Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.2 – Результаты, полученные с помощью методики «Шкала оценки влияния травматического события» по трём шкалам

вторжение	Уровень	избегание	Уровень	возбудимость	Уровень
2	очень низкий	2	очень низкий	4	очень низкий
1	очень низкий	1	очень низкий	3	очень низкий
2	очень низкий	3	очень низкий	4	очень низкий
7	очень низкий	13	низкий	3	очень низкий
0	очень низкий	5	очень низкий	1	очень низкий
3	очень низкий	7	очень низкий	3	очень низкий
5	очень низкий	25	повышенный	10	очень низкий
0	очень низкий	10	очень низкий	5	очень низкий

## Продолжение Приложения А

Таблица А.3 – Результаты, полученные с помощью методики «Опросник депрессивности» Бэка

Результат	
20	выраженная депрессия (средней тяжести)
21	выраженная депрессия (средней тяжести)
4	отсутствие депрессивных симптомов
12	легкая депрессия (субдепрессия)
6	отсутствие депрессивных симптомов
3	отсутствие депрессивных симптомов
11	легкая депрессия (субдепрессия)
15	легкая депрессия (субдепрессия)
13	легкая депрессия (субдепрессия)
27	выраженная депрессия (средней тяжести)
24	выраженная депрессия (средней тяжести)
13	легкая депрессия (субдепрессия)
15	легкая депрессия (субдепрессия)
23	выраженная депрессия (средней тяжести)
33	тяжёлая депрессия
10	легкая депрессия (субдепрессия)
0	отсутствие депрессивных симптомов
4	отсутствие депрессивных симптомов
22	выраженная депрессия (средней тяжести)
9	отсутствие депрессивных симптомов
1	отсутствие депрессивных симптомов
10	легкая депрессия (субдепрессия)
20	выраженная депрессия (средней тяжести)
9	отсутствие депрессивных симптомов
4	отсутствие депрессивных симптомов
11	легкая депрессия (субдепрессия)
6	отсутствие депрессивных симптомов
3	отсутствие депрессивных симптомов
6	отсутствие депрессивных симптомов
17	умеренная депрессия
7	отсутствие депрессивных симптомов

Продолжение Приложения А

Таблица А.4 – Результаты, полученные с помощью методики «Шкала тревоги и депрессии» (HADS)

Результат	
5	Норма
15	клинически выраженная тревога
4	Норма
10	субклинически выраженная тревога
14	клинически выраженная тревога
5	Норма
15	клинически выраженная тревога
6	Норма
8	субклинически выраженная тревога
9	субклинически выраженная тревога
6	Норма
8	субклинически выраженная тревога
9	субклинически выраженная тревога
5	Норма
14	клинически выраженная тревога
6	Норма
3	Норма
8	Норма
10	субклинически выраженная тревога
4	Норма
10	субклинически выраженная тревога
3	Норма
13	клинически выраженная тревога
8	субклинически выраженная тревога
5	Норма
5	Норма
5	Норма
4	Норма
5	Норма
11	клинически выраженная тревога
3	Норма

Продолжение Приложения А

Таблица А.5 – Результаты, полученные с помощью личностного опросника Айзенка

Экстраверсия- Интроверсия	Нейротизм	Темперамент
1	9	флегматик
13	19	холерик
15	12	сангвинник
7	13	меланхолик
9	20	меланхолик
8	13	флегматик
6	11	флегматик
7	18	меланхолик
7	12	меланхолик
6	22	меланхолик
20	14	холерик
10	14	меланхолик
7	14	меланхолик
4	14	меланхолик
4	17	меланхолик
7	12	меланхолик
7	11	флегматик
6	5	флегматик
16	19	холерик
11	13	меланхолик
6	21	меланхолик
8	10	флегматик
8	18	меланхолик
8	13	меланхолик
6	11	флегматик
7	17	меланхолик
8	13	флегматик
7	7	флегматик
5	12	флегматик
3	17	меланхолик
7	7	флегматик



Приложение Б  
**Расчёт корреляции г-Спирмена**

Таблица Б.1 – Расчёт корреляции г-Спирмена

HA DS	Бэка	Среднее значение	ШОВТС
5	20	12,5	20
15	21	18	34
4	4	4	13
10	12	11	44
14	6	10	17
5	3	4	9
15	11	13	38
6	15	10,5	27
8	13	10,5	22
9	27	18	21
6	24	15	25
8	13	10,5	16
9	15	12	22
5	23	14	20
14	33	23,5	41
6	10	8	20
3	0	1,5	6
8	4	6	23
10	22	16	24
4	9	6,5	18
10	1	5,5	8
3	10	6,5	18
13	20	16,5	59
8	9	8,5	8
5	4	4,5	5
5	11	8	9
5	6	5,5	23
4	3	3,5	6
5	6	5,5	13
11	17	14	40
3	7	5	15