

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 Исследование психоэмоционального состояния людей с заболеваниями
гастроэнтерологического профиля (на примере женщин с диагнозом хронический
панкреатит)

Обучающийся

М. Илич
(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

к.псх.н. Т.В. Чапала
(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2022

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретический обзор современных представлений об этиологии заболеваний гастроэнтерологического профиля в психологии здоровья.....	14
1.1 Анализ научных исследований психоэмоционального состояния людей с заболеваниями пищеварительной системы...	14
1.2 Психологическое содержание психоэмоциональных состояний в психологии здоровья.....	20
1.3 Социально-психологические характеристики людей с гастроэнтерологическими заболеваниями.....	29
1.4 Особенности психоэмоционального состояния людей с диагнозом «хронический панкреатит».....	33
Глава 2 Эмпирическое исследование психоэмоционального состояния больных женщин с диагнозом «хронический панкреатит».....	41
2.1 Организация и проведение эмпирического исследования.....	41
2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования.....	49
2.3 Рекомендации и предложения по проведению психологической профилактики гастроэнтерологических заболеваний.....	89
Заключение.....	94
Список используемой литературы.....	98
Приложение А Проверка на нормальность распределения данных	109
Приложение Б Результаты корреляционного анализа по Спирмену.....	111
Приложение В Результаты диагностики типа темперамента.....	113

Введение

Актуальность темы исследования определяется непреходящей ценностью здоровья человека как для него самого, так и для общества в целом. Исследование психоэмоциональных состояний людей позволяет проследить закономерности, выявленные исследователями, что необходимо рассматривать как единство здоровья тела и души человека. Сегодня наукой определено особое направление среди психологических наук – психология здоровья.

Проблема исследования определяется необходимостью накопления и обобщения знаний в области психологии здоровья, внедрения тактики раскрывающих особенности превентивных психологических мероприятий. Также отмечен значительный рост заболеваний среди населения Российской Федерации и возникает необходимость исследований по реализации мероприятий федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» утвержденного приказом Роспотребнадзора от 07.05.2018 года на период до 2024 гг., что соответствует целям и задачам современной и молодой отрасли психологической науки – психологии здоровья [34].

По данным мировой статистики, за последние двадцать лет, наблюдается отрицательная динамика и значительный рост болезней гастроэнтерологического профиля. В Российской Федерации отмечается увеличение на 1,6 % больных хроническим панкреатитом на 1000 человек, при этом средний возраст начала заболевания варьируется от двадцати пяти лет до пятидесяти [13, 51, 68]. Панкреатит, относится к опасным для жизни заболеваниям, летальность исхода при приступе панкреатита может составлять от 20 % до 80 %, и зависит от продолжительности и сложности заболевания [17, 49, 50].

Среди заболеваний поджелудочной железы, в 65 % случаев определяется диагноз «другие хронические панкреатиты» (K86.1), по международной классификации болезней (МКБ-10). К данной группе

относятся хронические панкреатиты, за исключением панкреатитов алкогольной этиологии [51, 75].

На этапе подготовки данного исследования, при изучении статистических данных о распространённости заболеваний в федеральных округах Российской Федерации за период 2013-2018 годов, определено: в Приволжском федеральном округе был зафиксирован самый значительный рост заболеваний хроническим панкреатитом 1468 человека на 100 000 населения [16]. По состоянию на 2021 год, в Самарской области город Тольятти вошел в первую тройку по количеству впервые диагностированных заболеваний среди всех групп болезней, а заболеваний желудочно-кишечного тракта в городе Тольятти зарегистрировано больше, чем в других городах области [11].

Множество зарубежных и отечественных ученых описывают взаимосвязь органов пищеварения и нервно-психических процессов. Такая взаимосвязь возникает в онтогенезе развития человека, поэтому исследование причин гастроэнтерологических заболеваний необходимо изучать в комплексе с психоэмоциональным состоянием человека. Выдающиеся ученые врачи Ф.Г. Александер, В.Г. Рагозинская, Е.С. Рысс в своих работах отмечали, что любой психоэмоциональный дискомфорт отражается в первую очередь на работе пищеварительного тракта.

Анализ научно-методологической литературы представленный работами С.А. Кулакова, Е.С. Рысс, В.Г. Рагозинской, С.Л. Соловьевой, H.F Dunbar показал, что изменения психоэмоционального состояния проявляются в повышенной тревожности и склонности развития депрессии. Также в работах П.К. Анохина, С.Л. Рубинштейна, L.S. Babinets, Z.I. Sabat отмечено: возникновение и развитие заболеваний органов пищеварения связаны с типом высшей нервной деятельности и типом темперамента человека. Важность исследований социально-психологических характеристик отмечают Б.Г. Ананьев и М.М. Орлова. По данным исследований Н.В. Ширинской, заболевание «хронический панкреатит

(неалкогольной этиологии)» в два раза чаще диагностируется у женщин [75]. В исследованиях Т.Г. Вознесенской доказано, что женщины, страдающие заболеваниями желудочно-кишечного тракта, более склонны к проявлению негативных эмоциональных состояний, чем мужчины [10]. В работах Ю.Н. Шевченко отмечается, при обострении хронического панкреатита у людей наблюдаются резкие перемены эмоционального фона, высокая тревожность и депрессия [74].

В современных данных Ю.Н. Шевченко подчеркнута немногочисленность психологических исследований с участием пациентов с заболеванием «хронический панкреатит», и важность их проведения в условиях стационарного лечения. Таким образом, подчеркивается актуальность представленной работы, и востребованность исследований психологических причин в этиологии заболеваний гастроэнтерологического профиля.

Несмотря на актуальность темы исследования определяются **противоречия:** для определения «мишеней» психологической работы с людьми страдающих заболеванием «хронический панкреатит», важно исследовать психоэмоциональное состояние больных во время стационарного лечения. На сегодняшний день недостаточно рекомендаций по психологическому сопровождению пациентов с данной нозологической формой заболеваний во время стационарного лечения. Возникает необходимость в мониторинге эмоционального состояния и психологическом сопровождении в условиях стационара [13, 49, 75].

Цель исследования: изучить психоэмоциональные состояния людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта во время лечения в стационаре, на примере женщин с диагнозом «хронический панкреатит» (неалкогольной этиологии).

Объект исследования: высшая нервная деятельность и психоэмоциональное состояние женщин с диагнозом «хронический панкреатит» (неалкогольной этиологии) в условиях лечения в стационаре.

Предмет исследования: ситуативная и личностная тревожность, депрессия, нейротизм, тип темперамента, социально-психологические характеристики и пищевые предпочтения женщин с диагнозом «хронический панкреатит» (неалкогольной этиологии) в условиях лечения в стационаре.

Гипотеза исследования состоит в том, что у женщин с диагнозом «хронический панкреатит» во время стационарного лечения, психоэмоциональное состояние будет характеризоваться выраженными проявлениями тревожности и депрессии, с высоким уровнем нейротизма (как характеристика неустойчивости высшей нервной деятельности). Полагаем, что у женщин с диагнозом «хронический панкреатит» (неалкогольной этиологии) во время стационарного лечения, изменяется психоэмоциональное состояние и пищевые предпочтения.

Для достижения поставленной цели нами были определены следующие **задачи исследования:**

- провести теоретический анализ особенностей психоэмоционального состояния людей с заболеваниями гастроэнтерологического профиля на основе изучения зарубежной и отечественной научной литературы;
- определить понятия терминов «состояние», «психоэмоциональное состояние», «эмоциональное состояние», «эмоции», «темперамент» в психологии, а также «тревожность», «депрессия» на примере заболеваний гастроэнтерологического профиля;
- эмпирическими методами определить: психоэмоциональные особенности участников исследования – тип темперамента, нейротизм, уровень тревожности и депрессии, социально-психологические характеристики, и пищевые предпочтения как дополнительный фактор;
- на основании полученных эмпирических данных составить рекомендации и предложения по проведению психологической профилактики развития обострений гастроэнтерологических заболеваний для людей с диагнозом «хронический панкреатит», и как

превентивная мера предупреждения развития заболеваний и укрепления психологического здоровья.

Теоретико-методологическую основу исследования составили положения подходов к исследованию психоэмоциональных состояний, как этиологического фактора заболеваний гастроэнтерологического профиля Ф. Александера, С.А. Кулакова, Л.В. Куликова, С.Л. Соловьевой, С. Васон, Н.Ф. Dunbar; положения подходов к характеристике психоэмоциональных состояний в психологии здоровья, как сложного феномена П.К. Анохина, Л.В. Куликова, А.М. Прихожан, С.Л. Рубинштейн, М.Е. Сандомирского, Г.В. Старшенбаума; положения подходов к изучению тревожности, депрессии, темперамента у людей страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями А. Бека, Э. Кречемера, F. Alexander, N. Breslau, H. Chilcoat, L.R Schultz; представления о роли социально-психологических характеристик больных гастроэнтерологического профиля И.Г. Малкиной-Пых, М.М. Орловой; исследования Ю.Н. Шевченко, Л.Н. Юрьевой, R. Meier, L. Sobotka изучающих психоэмоциональное состояние людей с диагнозом «хронический панкреатит».

Методы исследования: метод теоретического анализа литературных источников по проблеме психоэмоционального состояния (анализ научно-методологической литературы); эмпирические методы (психологическая диагностика, психологическая беседа); методы математической статистики (дескриптивная статистика, критерий Колмогорова-Смирнова для определения нормальности распределения переменных, параметрический критерий Фишера для сравнения групп исследования и коэффициент ранговой корреляции r_s Спирмена); интерпретационный метод.

Методики исследования: авторская анкета «социально-психологические характеристики»; методика определения типа темперамента «Личностный опросник» Г.Ю. Айзенка (в адаптации А.Г. Шмелева); методика определения тревожности Ч.Д. Спилбергера (в адаптации Ю.Л. Ханина); методика определения депрессивных проявлений А.Т. Бека (в

адаптации Н.В. Тарабриной); методика для исследования пищевых предпочтений Д.М. Гарнера (в адаптации О.А. Скугаревского).

Эмпирической базой исследования: гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5» г.о. Тольятти Самарской области. В исследовании приняли участие 95 человек, из них в эмпирическое исследование вошли 30 человек (15 женщин с диагнозом «хронический панкреатит» (неалкогольной этиологии), находящихся на стационарном лечении в стадии обострения; 15 здоровых женщин из числа посещающих больных родственников во время стационарного лечения. Возраст участников исследования от 36 до 75 лет.

Научная новизна исследования заключается в том, что психологическое эмоциональное состояние уровень тревожности и депрессии рассмотрено во взаимосвязи с темпераментом как характеристика особенности высшей нервной деятельности. Выявлены пищевые предпочтения у женщин с заболеванием «хронический панкреатит» во взаимосвязи с психоэмоциональным состоянием.

Теоретическая значимость исследования заключается в дополнении, проведенных ранее исследований, новыми данными об особенностях социально-психологических характеристик, психоэмоционального состояния женщин с диагнозом «хронический панкреатит» (неалкогольной этиологии) находящихся на стационарном лечении, что составляет научный интерес для дальнейших исследований. Интеграция полученных научных знаний даст возможность определять и отслеживать динамику психологического состояния больных с хроническим панкреатитом во время стационарного лечения.

Практическая значимость заключается в разработанном психодиагностическом комплексе, который позволяет провести исследование психоэмоционального состояния как у людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта во время стационарного лечения, так и людей с заболеваниями данной нозологической группы находящихся на

амбулаторном лечении. Полученные результаты исследования могут стать основой для разработки алгоритма психологического сопровождения людей с гастроэнтерологическими заболеваниями в медицинских учреждениях. Также разработан план программы просвещения, психологической профилактики заболеваний желудочно - кишечного тракта. План направлен на формирование и сохранение здоровых привычек как одного из основных и самых значимых составляющих сохранения здоровья. Предложено внедрение современных цифровых технологий при оказании психологической помощи в стационаре.

Научная достоверность результатов и обоснованность основных положений и выводов исследования обусловлена доказательностью и последовательностью реализации теоретико-методологических основ исследования, использованием комплекса надежных, валидных и стандартизованных психологических диагностических методик, применением математико-статистических методов обработки данных. Исследование соответствует российским и международным этическим нормам, прошло экспертизу Комитета по биоэтике при Самарском государственном медицинском университете г. Самара.

Личное участие автора заключается в проведении всех этапов теоретического и эмпирического исследования, в определении теоретико-методологических основ исследования, психологического диагностического комплекса, в сборе эмпирических данных и математико-статистической обработке, в интерпретации и обобщении результатов исследования, в разработке психологического просветительского комплекса.

Апробация результатов исследования велась на всех этапах исследования. Результаты докладывались на следующих конференциях, конгрессах и конкурсах:

– 68th Congress of Psychologists of Serbia «Psychology Day in, Day Out: Everyday problems in practicing psychology and psychological practices in everyday life» (Belgrade, 2020 г.);

– International conference dedicated to 10th anniversary of Center for Life Sciences «Modern Perspectives for Biomedical Sciences: from Bench to Bedside» (Nur-Sultan, 2020 г.);

– III конгрессе «Психическое здоровье человека XXI века» Дети. Общество. Будущее. (г. Москва, 2020 г., Союз охраны психического здоровья);

– международная научная конференция «Способности и ментальные ресурсы человека в мире глобальных перемен», посвященная 65-летию со дня рождения В.Н. Дружинина (г. Москва, 2020 г., Институт психологии Российской академии наук);

– всероссийская студенческая научно-практическая междисциплинарная конференция «Молодежь. Наука. Общество» (г. о. Тольятти, 2020 г.);

– научно-практическая конференция «Студенческие Дни науки в ТГУ» (г. о. Тольятти, 2020 г., победитель первого этапа, диплом – II место);

– международный учебно-исследовательский конкурс «Студент года – 2020 г.», международный центр научного партнерства «Новая наука» – член Международной ассоциации издателей научной литературы «Publishers International Linking Association» (г. Москва, 2000 г., диплом I степени в номинации – психологические науки);

– VI международный конкурс учебных и научных работ студентов, магистрантов, аспирантов, докторантов (в рамках требований ФГОС) «UNIVERSITY KNOWLEDGE 2021», Международный центр научно-исследовательских проектов» (г. Москва, 2021 г., диплом победителя I место психологические науки, номинация – Профессиональные компетенции);

– 34-й международный конкурс научно-исследовательских работ, Всероссийское общество научно-исследовательских разработок» (г. Москва, 2021 г., диплом – III место);

– San Diego «From Autism to Alzheimer's: New Perspectives in Neuropsychology» (San Diego, 2021 г., International Neuropsychological Society);

– 83-й международный медицинский конгресс молодых ученых «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» (г. Донецк, 2021 г., награждена дипломом I степени за научный доклад);

– XIX научно-практическая онлайн-конференция с международным участием молодых учёных и студентов медицинского факультета КРСУ, «Молодёжное научное творчество – эффективный путь подготовки медико-биологических кадров» (г. Бишкек, 2021 г., награждена дипломом I первой степени за лучший научный доклад и дипломом «Мастерство дискуссии»);

– научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология, пограничная психиатрия и психосоциальная реабилитация: путь в здравоохранение» (г. Караганда, 2021 г.);

– международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы медицины и высшего медицинского образования» (г. Бишкек, 2021 г.);

– научно-практическая конференция «Студенческие Дни науки в ТГУ» (г. Тольятти, 2021 г., победитель первого этапа, диплом – II место);

– III всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: Традиции и перспективы. К 110-летию С.Я. Рубинштейн» (г. Москва, 2021 г.);

– VI всероссийский научный форум «Наука будущего – наука молодых» (г. Москва, 2021 г., Министерство науки и высшего образования Российской Федерации);

– научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы клинической психологии РК» (г. Караганда, 2022 г.);

– международная научно-практическая конференция «Охрана психического здоровья детей, подростков и молодежи» (г. Москва, 2022 г., Союз охраны психического здоровья);

– II международная научно-практическая конференция «Научная инициатива иностранных студентов и аспирантов» (г. Томск, 2022 г., лучший научный доклад в секции «Актуальные проблемы социально-гуманитарных наук» – диплом I степени);

– всероссийской научной конференции с международным участием «Психологические исследования внешности и образа тела» (г. Рязань, 2022 г.);

– всероссийский круглый стол иностранных студентов и аспирантов «Лучшие практики подготовительных факультетов России» (г. Томск, 2022 г.);

– научно-практическая конференция «Студенческие Дни науки в ТГУ» (г.о. Тольятти, 2022 г., победитель первого этапа, диплом – I место и победитель второго этапа, диплом – III место).

В феврале 2022 г. награждена Почетной грамотой в честь Дня российской науки в номинации «Победитель научных мероприятий занявшие призовые места» по итогам 2021 года (г.о. Тольятти, 2022 г.).

По материалам магистерской диссертации опубликовано 18 печатных работ (статей и тезисов), из которых 3 статьи в сборниках ВАК Минобрнауки России, 4 статьи в сборниках РИНЦ, 7 статей – в зарубежных сборниках, три из них на английском языке, 4 статьи в сборниках региональных конференций.

Структура магистерской диссертации содержит введение, две главы, заключение, список используемой литературы и приложения.

Во введении отражена актуальность тематики магистерской диссертации, объект и предмет исследования, цель и задачи, гипотеза, методы, методики и другое.

В первой главе рассматривается теоретический аспект проблем психоэмоционального состояния людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в контексте психологии здоровья. Систематизированы теоретические основы исследований эмоционального состояния, темперамента людей с гастроэнтерологическими заболеваниями, определена проблема исследования.

Во второй главе поэтапно представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи темперамента и тревожности, депрессии качественный и количественный анализ полученных данных.

В заключении обобщены и представлены выводы исследования. По итогам исследования разработаны рекомендации по сохранению и укреплению психологического здоровья населения.

Список литературы содержит научные источники по исследуемой проблеме, используемые в процессе проведенного исследования.

Приложение наполнено данными математической статистики, обработки эмпирических данных, полученных в исследовании.

Основной текст изложен на 97 страницах, работа содержит 4 таблицы, 20 рисунков, 3 приложения, список используемой литературы состоящий из 103 источника из которых 79 отечественных и 24 зарубежных.

Глава 1 Теоретический обзор современных представлений об этиологии заболеваний гастроэнтерологического профиля в психологии здоровья

1.1 Анализ научных исследований психоэмоционального состояния людей с заболеваниями пищеварительной системы

Науке давно известно о влиянии психоэмоционального состояния на возникновение, течение и исход соматических заболеваний о которых писали такие ученые как Ф. Александер, П.К. Анохин, В.Н. Бойко, М. Кляйн.

В связи с этим изучение психоэмоциональных состояний требует комплексного подхода, так как они влияют на соматическое и психологическое здоровье индивида в целом.

Проблема психоэмоционального состояния и заболеваний пищеварительной системы человека актуальна еще с античных времён. В древних рукописях найдены описания процедуры намеренного голодания с целью оздоровления и духовного очищения. В древневосточных источниках философами было рассмотрено «хорошее здоровье» (отсутствие болезни) органов пищеварения как метафора гармонии и взаимодействия души человека с природой.

Древнегреческий врач и целитель Гиппократ, основатель «гуморальной теории», первым заметил взаимосвязь психического и телесного в человеке и сформулировал учение о душе и теле, «учение о темпераментах». Он установил четыре телесных предпосылки реакций человека на происходящее (четыре основных сока жизни), которые легли в основу типологии темперамента: лимфа – флегматик, кровь – сангвиник, желтая желчь – холерик и черная желчь – меланхолик. Последователи гуморальной теории темперамента утверждают, что лицам с высокой эмоциональной лабильностью после сильного эмоционального стресса, требуется дополнительное время для восстановления, и они могут жаловаться на

разные соматические недомогания такие, как нарушение работы пищеварительной системы, головная боль, плохой сон, учащенное сердцебиение. Характерные отрицательные эмоциональные состояния могут проявиться в виде излишнего беспокойства, повышенной тревожности и депрессивных проявлений [56].

Современные авторы приводят свидетельства того, что определение меланхолии Гиппократом актуально по сегодняшний день: меланхолики страдают не только плохим настроением (негативными эмоциональными состояниями), но и испытывают интенсивные боли в животе не подтверждающиеся соматическими признаками заболевания. Можно рассматривать это как прямое указание на психологическую основу заболеваний гастроэнтерологического профиля, что позволяет отнести их к психосоматическим расстройствам [37].

Понятие «психосоматика» было введено в 1818 году немецким психиатром Иоганном Хайнротом. С помощью этого термина И. Хайнрот объяснял происхождение телесных болезней, обусловленных психологическими причинами. С его точки зрения, тяжёлые заболевания (туберкулёз, злокачественные новообразования и эпилепсия) поражают только того человека, который находится в подавленном психоэмоциональном состоянии. Болезни органов пищеварения он рассматривал как отражение на телесном уровне душевных страданий человека [46, 54].

В отечественной науке особое внимание следует уделить работам И.М. Сеченова, об исследованиях нервной деятельности и различиях проявлений эмоционального состояния в зависимости от пола и возраста человека, влияющих на физиологические процессы организма такие как кровообращение и пищеварение. Так, он указал, что на физиологию влияет психология, и подчеркнул значимость единства телесного и психического в функционировании разных систем организма [64].

Самый большой сдвиг в исследовании физиологии в России и в мире, был достигнут к началу XX века. В 1904 году первую Нобелевскую премию за изучение физиологии пищеварения – нервной регуляции пищеварения – получил выдающийся ученый И.П. Павлов. Установление взаимосвязи между процессом пищеварения и нервно-психической деятельностью человека стало настоящим прорывом в науке, который привёл в дальнейшем к многочисленным исследованиям американских и европейских учёных [94].

В начале прошлого столетия врач-терапевт Г.Ф. Ланг установил, что психоэмоциональные переживания приводят к заболеваниям органов пищеварения - к язвенной болезни, тем самым показав, что нервная регуляция влияет на работу желудочно-кишечного тракта [8].

Большой вклад в исследование механизмов влияния психологических проблем на возникновение и динамику соматических заболеваний внесли европейские и американские ученые – Ф. Александер, К. Бэкон, Г. Вайнет, Х.Ф. Данбар, Т. Сас, З. Фрейд.

Зигмунд Фрейд в 1894 году впервые использовал термин «конверсия». С помощью этого термина он обозначил попытку человека разрешить сложный психологический конфликт через различные телесные симптомы: соматические, моторные или сенсорные. Смысл проявления соматических симптомов он видел в получении вторичной выгоды, то есть возможности привлечь внимание, либо избежать неприятных событий или обстоятельства. По «конверсионной модели» З. Фрейда, с возникновением соматических проявлений, бессознательные конфликты ослабляются и негативные эмоции отступают [62, 68].

Хайнц Кохут, в созданной им эго-психологии дал трактовку «психосоматической» симптоматики: он рассматривает психосоматические проявления как потребность больного человека в получении признания или уважения со стороны других людей, близкого окружения, семьи. На фоне отрицательных эмоциональных состояний формируется соматическое

заболевание, как способ замещения отсутствия любви от значимых для них людей [21].

Франц Александер объяснял, что психоэмоциональное состояние связано с изменениями работы вегетативной нервной системы и коррелирует с заболеваниями органов пищеварения. Симптомы нарушений работы органов пищеварительной системы обусловлены сдерживанием негативных эмоций – неотраженными эмоциями, что приводит к стимуляции пищевой функции. Ф. Александер различает три таких «симптома» по группам конфликтных ситуаций, как способ разрешения – желудочные расстройства, диарея и запор [1, 80].

Немецкий врач и психолог Эрнст Кречмер, автор широко известной теории «типологии личности», в которой он опирается на закономерное соотношение между конституционным типом телосложения и эндогенным типом психологического реагирования, имеющими биологическую основу. По Э. Кречмеру, телосложение человека соответствует определенному типу темперамента [20].

Авторы Б. Миттельманн и Г. Вульф, исследовали личностные характеристики и эмоциональные реакции у пациентов с заболеваниями пептидной язвой и гастритом и, выявили у них реактивность на текущую ситуацию и аффективность. Ученые считают, что повышенный уровень тревожности лежит в основе развития заболеваний органов пищеварения [40].

В работе «Влияние психосоматических факторов на желудочно-кишечные расстройства», С. Вассон описала взаимосвязь клинических форм заболеваний желудочно-кишечного тракта с типами неразрешенных эмоциональных конфликтов и последствия сильных рецептивных тенденций, ранней оральной депривации, которые приводили к дискомфорту в органах пищеварения [85].

Социально-психологические характеристики у больных с соматическими заболеваниями изучала Х.Ф. Данбар, в том числе и у людей с

заболеваниями, желудочно-кишечного тракта, находящихся на стационарном лечении. В ходе исследования пришла к выводу, что определённые типы личности (сердечный тип, язвенный тип и другие) имеют сходный тип темперамента и сходные эмоциональные состояния. У больных наблюдалось абстрагирование от реальности и нежелание «вникать» в текущую ситуацию, что позволяет сделать вывод о важной роли психоэмоционального состояния и личностных характеристик на течение заболевания [90].

Врач психиатр Manuel Zane, работал в центре лечения тревоги и фобии в больнице «White Plains» и изучал взаимосвязь физиологических и психологических нарушений у пациентов с язвой желудка, интегрируя психосоматическую концепцию, установил, что эмоциональные изменения приводят к нарушению выделения желудочного сока. Также пришел к выводу, что эмоциональные реакции имеют большее значение на течение заболевания в сравнении с диетой или пищевыми привычками пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта [40].

Врач-психиатр T. Szasz, изучал душевные состояния больных и психосоматические заболевания в аспекте ортодоксального психоанализа, сделал вывод, что психоэмоциональные состояния имеют этиологическое значение при дисфункции желудочно-кишечного тракта. При этом им отмечено, что психоэмоциональное состояние имеют большое значение при развитии соматического заболевания [102].

Американские учёные W.J. Grace, D.T. Graham выдвинули гипотезу, согласно которой каждое психоэмоциональное состояние пациентов с заболеваниями органов пищеварения связано с определенным отношением к провоцирующей текущей ситуации. Психоэмоциональное состояние, чаще негативное, является пусковым механизмом в определённой провоцирующей ситуации, для развития заболевания [94].

Автор D. Johnston подчеркивал, что нельзя недооценивать роль психоэмоционального состояния при возникновении заболевания, так как

сама история жизни пациента с заболеваниями органов пищеварения может указывать на эту связь [40].

Проводя наблюдения, в период с 1950 по 1990 годы, Н. Weiner описывает осложнения жизненных ситуации у больных с пептической язвой, ссылаясь на психобиологию заболевания. Характерной чертой заболевания он определял специфичные психологические и социальные характеристики больных людей [103].

По наблюдениям Ф. Александера, длительные негативные эмоциональные состояния и продолжительный стресс наблюдаются у 80 % пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического профиля [1].

Понимание взаимосвязи психологических и соматических проявлений признано и разрабатывается также в российской науке.

Ученый С.Л. Соловьева, внесла большой вклад в развитие психосоматического направления в психологии. Опираясь на её исследования эмоциональных состояний у пациентов с соматическими заболеваниями, можно сделать вывод: тип высшей нервной деятельности влияет на эмоциональное состояние, определяя «орган поражения». Однако автор подчёркивает, что данная проблематика до сегодняшнего дня недостаточно изучена и требуются дополнительные исследования [53, 60].

Ирина Германовна Малкина-Пых считает, что соматическое заболевание – это реакция человека на событие, актуализированное отрицательными эмоциями. Негативная реакция приводит к изменениям в работе внутренних органов и систем. Предрасположенность к определенным болезням, отягощенная наследственность влияет на орган, который будет «поражён» [26].

В работах М.Е. Сандомирского отмечается, что многие соматические заболевания берут начало в психологических проблемах. По мнению исследователя, заболевший человек в течение длительного времени переживает неразрешимые психоэмоциональные проблемы. Со временем

тяжёлые психологические нагрузки приводят к соматическим нарушениям, к примеру, нарушениям работы пищеварительной системы [51,54].

В своих работах О.В. Бойко показывает, что на возникновение, а также на течение соматических заболеваний влияют личностные особенности человека. Вопрос, стоящий перед наукой – как изменяется психоэмоциональное и физическое состояние человека, когда на него воздействует психотравмирующее событие, вызвавшее страх и сильную тревогу? О.В. Бойко отмечает, что психоэмоциональный стресс затрудняет выбор адекватной стратегии поведения, а также уже при возникшем заболевании осложняет его течение и лечение [7].

В XXI веке интенсивно проводятся исследования психоэмоционального состояния человека в контексте психосоматики, факторов влияющих на возникновение заболеваний. Перед наукой ставятся множество проблем, решение которых должно способствовать формированию психологического и физического здоровья человека [17, 49, 50].

1.2 Психологическое содержание психоэмоциональных состояний в психологии здоровья

Для дальнейшего исследования темы магистерской диссертации возникает необходимость рассмотреть один из главных психологических феноменов, описываемых в таких терминах как «высшая нервная деятельность», «состояния», «психоэмоциональное состояние», «эмоциональное состояние» и «эмоции».

Высшая нервная деятельность (ВНД) – это основная психическая деятельность, представляет совокупность нейрофизиологических процессов. Относится к индивидуальным характеристикам и врождённым свойствам центральной нервной системы, сформированных в процессе онтогенеза человека [94].

Отличительной чертой свойств ВНД являются показатели подвижности, которые инициируются типологическими различиями, и принадлежат физиологической основе темперамента.

В психологии понятие «темперамент» определяется как черта личности и как характеристика каждого человека, что заложено от рождения и проявляется в поведении нервно-психической конституции (изменчивая и динамическая характеристика психической деятельности человека). К основным свойствам темперамента относятся: устойчивость нервных процессов, активность и реактивность, экстраверсия и интроверсия, интенсивность эмоциональных проявлений и возбудимости индивида [30].

Основные четыре типа темперамента делегируются личностными свойствами и психологическими характеристиками, которые взаимосвязаны с эмоциональным комплексом человека.

Сангвинический тип темперамента отличается эмоциональной устойчивостью и направленностью личности на внешний мир, проявлением экстраверсии и высокой нервно-психической активацией. Сангвиники имеют постоянную потребность в мобильности и быстро адаптируются к новым условиям жизни. Без затруднения и с лёгкостью контролируют свои эмоции, хотя эмоциональные проявления не глубокие и часто могут быть поверхностными.

Флегматический тип темперамента эмоционально устойчивее, склонный к самоанализу, застенчивости и спокойствию. Интровертивный тип личности, с пессимистическим уклоном. Флегматиков нужно мотивировать и вовлекать в активную деятельность, они часто испытывают трудности переключения, отличаются медлительностью, вялостью и бедностью эмоциональных проявлений, что связано с низкой подвижностью нервных импульсов и высокой выработкой сдерживания чувств.

Холерический тип темперамента – это чаще эмоционально лабильные личности, ориентированные и направленные на внешний мир. Отличается своей энергичностью в действиях и ярко выраженной и высоко подвижной

нервно-психической активацией. У них отмечается выраженная экстраверсия эмоциональных переживаний, проявление неуравновешенности и импульсивности, резкость в своих действиях. Из-за своей нервной возбудимости они теряют способность объективного рассуждения, и могут попадать в конфликтные ситуации, как на работе, так и в семейном окружении.

Меланхолический тип темперамента – отличается слабой нервно-психической активацией, эмоциональной изменчивостью и неустойчивостью. У них выраженные глубокие интровертивные эмоциональные переживания со слабым внешним проявлением и длительностью. Они пассивные, малоподвижные, плохо реагирует на внешние стимулы, что обусловлено замедленной и слабой нервно-психической активностью. Из-за склонности к тяжёлым внутренним переживаниям и неотрагированным эмоциям, у меланхоликов чаще, чем у других типов темперамента наблюдаются разные виды соматических и психосоматических заболеваний.

По У. Джемсу, изучение «состояний» должно быть основным предметом исследования психологической науки. И он призывал учёных исследовать «состояния» человека как целостное психологическое явление, а не как его отдельный элемент или часть объекта исследования в психологии как науке [24].

Согласно методологическому словарю, термин «состояние» можно обозначить как «устойчивость значений переменных параметров объекта» [33]. Под устойчивостью подразумевается постоянство, пока над объектом не произведется определенное действие, которое может привести к его изменению.

Опираясь на экзистенциальный подход термин «состояние» можно трактовать как «исходное состояние существования человека», которое определяет его чувства в данный момент, на которое сам человек может повлиять. Другими словами, это то, что происходит с чувствами и мыслями человека в настоящем [24].

По В. Вунду, «психологические состояния» изменяются согласно изменениям психологических и физиологических переменных и отражаются психофизиологическими изменениями в работе нервной системы. К примеру, возбудимость заменяется успокоением, а напряжение – расслаблением. Психологические состояния, согласно В. Вунду, имеют полярные характеристики [24].

Если рассмотреть психологические состояния по С.Л. Рубинштейну, то приходим к выводу, что можно обозначить их как организацию психологических процессов в определённом периоде времени в динамике деятельного процесса, которые изменяют психологические состояния конкретного человека [24, 52].

Автор Б.А. Вяткин считает, что психологические состояния обуславливаются свойством и направленностью нервной системы, и типом темперамента человека, и у каждого человека есть свои врожденные предрасположенности и склонности к определённым состояниям. Психические процессы и их свойства находятся в тесной взаимосвязи и образуют единство деятельности в зависимости от особенности нервных процессов, подкрепляют психологические состояния [24].

Согласно Л.В. Куликову, состояния могут отличаться устойчивостью нервных процессов и имеют временный характер (временные ограничения), в зависимости от свойств нервной системы имеют определённую доминанту, характерную для каждого отдельного человека [45].

Далее мы рассмотрим термины «психоэмоциональное» и «эмоциональное состояние». К.С. Карташова отмечает, что психоэмоциональным состоянием человека называют психическое состояние человека, значимую роль в котором играет его эмоциональное реагирование на те или иные события [37].

Ученый П.К. Анохин, трактует психоэмоциональное состояние «как один из видов психических состояний, которые классифицируются в группу

психологических состояний», включая эмоциональную сферу личности человека [4].

Эмоциональные состояния можно отнести к части эмоциональных процессов человека, которые ограничены во времени, продолжительности, интенсивности.

По классификации психологических состояний по В.А. Ганзену, В.Д. Юрченко, эмоциональные состояния как кластер аффективных состояний условно можно разделить на положительные и отрицательные [24].

Однако Л.В. Куликов отмечает, что существуют трудности в их классификации и систематизации, так как «состояния» многокомпонентные, и нужно учитывать психологические и нейрофизиологические характеристики для точного определения принадлежности состояния человека к тому или иному классу [45].

Эмоциональные состояния можно разделить на четыре группы: настроение, аффект, фрустрация и стресс. Необходимо выделить стресс как самое «опасное» эмоциональное состояние, которое может негативно повлиять на здоровье человека [55].

Под понятием «эмоции» в психологии понимается и определяется психическое состояние, в котором субъект демонстрирует в виде переживания своё отношение к окружающей действительности и личной значимости. Другими словами, эмоции – это реакция человека на определенные события или действия [12].

Эмоции условно можно разделить на следующие:

- положительные – радость, счастье, симпатия;
- отрицательные – страх, гнев, грусть, злость, скука;
- нейтральные – безразличие, любопытство, удивление.

Негативные жизненные обстоятельства – стрессовые ситуации, вызывающие у человека повышение уровня стресса, проявляются в виде отрицательных эмоциональных состояний, и они могут иметь ключевую роль

в формировании заболеваний органов пищеварения. У многих людей возникают всем знакомые чувства перед важным событием – переживание, чувство неизвестности, повышенная тревожность. В таких ситуациях может нарушаться работа органов пищеварения, и проявляться: на соматическом уровне (диарея, запоры, отсутствие аппетита или, наоборот, усиление аппетита, вздутие живота), на психологическом уровне – когнитивно-аффективные проявления (раздражительность, эмоциональная неустойчивость, апатия, депрессивные состояния, тревожность, плохая концентрация внимания) [92].

Личность человека, которая склонна к эмоциональной лабильности в условиях повышенного стресса, может проявлять следующие характерологические признаки: слабый тип нервной системы, склонность к повышенной личностной тревожности и депрессивности, низкая психологическая адаптационная способность, слабая выраженность или отсутствие копинг-стратегий, низкая социальная активность [89].

Необходимо подчеркнуть, как отмечают авторы М. Кляйн и И.Г. Малкина-Пых, стрессовые ситуации и негативные психологические состояния в 80 % случаев могут способствовать возникновению соматических болезней и патологических состояний в целом [18, 25].

Для определения и дифференциации негативного и позитивного психологического состояния, необходимо опираться на отрасль психологической науки – на психологию здоровья. Хорошее психологическое здоровье человека помогает сохранять стойкость к неблагоприятным обстоятельствам жизни. Психологически здоров тот человек, который ощущает душевный комфорт, хорошо адаптируется к новым условиям жизни, гармонично взаимодействует с социальной средой, у которого отсутствуют серьёзные проблемы с соматическим здоровьем. Это означает, что «все составляющие здоровья – психологические, социальные и биологические – должны быть в равновесии», на что и опирается новое направление психологии, психология здоровья [44, 69].

Авторы современных отечественных исследований указывают на то, что у людей с заболеваниями органов пищеварения могут проявляться выраженные тревожные состояния и депрессивные проявления. В связи с чем необходимо провести дифференциацию понятии эмоциональных состояний («тревожность» и «депрессивные состояния») и определить значения терминов, сделав уклон на примере людей с гастроэнтерологическими заболеваниями [31, 48, 78].

Тревожность – это одно из психологических состояний, о котором в науке с течением времени менялось представление. Одним из первых, кто исследовал состояние тревожности, был З. Фрейд. Он утверждал, что переживание, проявление сильной тревожности мобилизует и вытесняет первоначальное событие из памяти, которое уходит из сознания для того, чтобы их появление не возобновлялось у индивида [32].

По Ч.Д. Спилбергеру выделяют два вида тревожности, «личностная тревожность» и «ситуативная тревожность» [101].

Личностной тревожностью обуславливается стабильная склонность к восприятию значительного круга различных ситуаций, а ситуативную тревожность можно определить, как состояние некоторой взволнованности, беспокойства или напряжения. Ряд исследователей выделяет так называемое переходное состояние тревожности с последующей ее динамикой [1].

Личностная тревожность может определяться характером человека, его темпераментом, типом высшей нервной деятельности, а также его воспитанием. В отличие от личностной, ситуативная тревожность в большей степени зависит от внешних событий, и, следовательно, отличается непостоянством. Большинство ученых связывают личностную тревожность с большой чувствительностью к неоднозначным и неопределенным условиям.

Ситуативная тревожность проявляется в обеспокоенности, напряжении, возникающих в стрессовых ситуациях, и характеризуется разной интенсивностью и динамикой.

Отметим также, что некоторые исследователи, например, А.М. Прихожан, отмечают, что определённая степень тревожности не только присуща каждому индивиду, но и необходима для нормальной жизнедеятельности, чтобы человек смог максимально быстро адаптироваться к окружающей его действительности [39].

Авторы О.В. Минаева и В.Р. Шолохова моделируют психологический портрет человека, страдающего от язвенной болезни желудка. Одной из первых характерных черт авторы называют страх «язвенника» не соответствовать ожиданиям. Это характерная черта высоко тревожного человека. Описывая клиническую картину язвенной болезни, авторы в числе предрасполагающих к патологии факторов называют стресс и реактивность организма человека. Типы и формы заболевания также зависят от психологических особенностей пациента [29].

В работе Н.А. Смирновой, рассматриваются теоретические аспекты изучения депрессии в психологии, автор приводит несколько подходов. Как пишет Н.А. Смирнова, под «депрессией» понимается подавленное настроение человека, для которого характерны вялость, быстрая утомляемость, унылая оценка того, что происходит вокруг него [59]. Главный признак наличия депрессивного состояния выделяется как подавленное настроение человека. Исследователь R.J. Comer, выделяет симптомы из пяти функциональных областей: эмоциональной, мотивационной, поведенческой, когнитивной и физической [87].

Ученый Л.И. Фусу, обращает внимание на статью З. Фрейда, в которой её автор классифицирует депрессию на «ситуационную», которая связана с утратами, и «патологическую», когда она возникает в ситуации переживания потери. Автор работы отмечает актуальность наблюдений З. Фрейда, утверждая, что «неоплаканное» горе часто приводит к соматизации, имеющей необратимые последствия, что и наблюдается у пациентов гастроэнтерологического профиля [66].

В современных исследовательских работах последних лет, В.Г. Рагозинская отмечает, что в основе многих заболеваний на первом месте, из различных психоэмоциональных состояний, находятся депрессивные состояния. Автор работы утверждает, что депрессивным людям свойственно «создавать» стрессовые ситуации, что приводит к специфичным психофизическим сдвигам. Такие люди не обращаются вовремя за медицинской помощью, не сотрудничают с врачом, что усугубляет лечение [47].

По А.Т. Беку, депрессивные состояния могут проявляться в двух формах. Первая – как когнитивные (познавательные) и аффективные (эмоциональные) проявления. И вторая – как соматические проявления (телесные проявления) [19, 81].

Следует выделить работы отечественных и зарубежных исследователей, изучающих тревожность и депрессивные состояния у людей с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Исследования коллектива авторов М.Г. Мнацаканян, А.П. Погромова, Г.М. Дюкова и О.В. Ташян – выявили, что личностная, ситуативная тревожность и уровень депрессии значительно выше нормы у пациентов с заболеваниями органов пищеварения. Самые высокие значения по показателям эмоционального состояния были определены в группе испытуемых возраста 45 лет, заболевание воспринималось пациентами как крайне тяжелое [76].

Авторы научных исследований М. Пайлот, А. Муджия, Г. Шпиро отмечают, что с возрастом у женщин с заболеваниями гастроэнтерологического профиля увеличиваются показатели тревожности. Это означает, что женщины пенсионного возраста с заболеваниями органов пищеварения при сравнении с женщинами среднего возраста более склонны к тревожным проявлениям [40].

Из современных зарубежных исследований можно выделить работы японских учёных, обследовавших пациентов с заболеваниями органов

пищеварения. Они выделили наличие отрицательных эмоциональных состояний, вызванных стрессовыми ситуациями, и корреляцию депрессивных состояний со стационарным лечением [99].

Исследователь К. Миттермайер с соавторами в лонгитюдном исследовании установил, что у пациентов с заболеваниями кишечника определяется высокий уровень тревожности и депрессивных проявлений. Тревожность коррелирует с социальными характеристиками больных, со снижением социальных показателей возрастает тревожность и частота рецидивов заболевания у больных с заболеваниями данной нозологической группы [40].

1.3 Социально-психологические характеристики людей с гастроэнтерологическими заболеваниями

Если рассматривать термин «социально-психологические характеристики» по Б.Г. Ананьеву, то можно определить его как сложную структуру жизнедеятельности и развития человека, что влияет на формирование человека как личности в целом, и тесно связано с внешними и внутренними факторами бытия человека. По Б.Г. Ананьеву, нужен комплексный подход к изучению человека. Выделяется три важных составляющих компонента, влияющих на социально-психологические характеристики человека: условия детерминации развития человека (социально-экономические, педагогические, биотические, идеологические); характеристики развития человека (от раннего онтогенеза с совокупными аспектами жизни, включая инволюцию развития); компоненты структуры человека (жизненный путь становления человека и его личностные особенности) [2].

Из вышеперечисленного следует, что социально-психологические характеристики охватывают совокупность жизни человека: свойства и особенности личности, социальные характеристики (пол, возраст,

образование, трудовая деятельность), условия развития, социальную среду, факторы внешней среды и психологические факторы, влияющие на жизнь человека.

Исследователи, изучающие проблему психологического здоровья, обращают внимание на «социальное» здоровье человека. Подчеркивая особую значимость поддержания психической деятельности и профилактику соматического, психологического и социального здоровья, выделяют два значимых подхода: «субъективно деятельностный» у С.Л. Рубинштейна [52] и «системно деятельностный» у К.П. Анохина, А.Н. Леонтьева [4, 23]. Это означает, что здоровье человека взаимосвязано со всеми аспектами его жизни [44, 69].

По данным научных исследований, социально-психологические характеристики могут иметь большое влияние как на соматическое, так и на психологическое здоровье человека. В связи с чем далее в работе рассмотрим социально-психологические характеристики и их влияние на гастроэнтерологические заболевания.

В современной науке выделяют две группы социальных характеристик, которые могут повлиять на соматическое здоровье человека: микросоциум, семья, родственники, друзья – близкое окружение; макросоциум, учеба или работа, средства массовой информации и другие. Следовательно, в совокупности и взаимообусловленности они могут повлиять и на уровень здоровья человека.

На социальные характеристики, в том числе и на социальное здоровье, в большой степени влияет взаимосвязь с социумом, материальная обеспеченность, уровень образования, трудовая деятельность человека. Так, например, на выбор качественных продуктов питания могут непосредственно влиять социальные условия обитания – размер семейного бюджета (материальная обеспеченность), уровень образования и информированность человека.

Необходимо подчеркнуть, что недостаточная осведомлённость, частые стрессовые ситуации, негативные эмоциональные состояния и неправильные привычки питания могут привести к формированию заболеваний органов пищеварения [71].

Семья, как самый значимый микросоциум, закладывает важные жизненные привычки, которые во многом могут в дальнейшем повлиять на социальную идентификацию и жизнь взрослого человека. Полезные и здоровые привычки – это главный и основной источник психологического, социального и телесного здоровья человека [25, 69].

Научное исследование коллектива авторов, изучающих медико-социальные проблемы людей с заболеваниями гастроэнтерологического профиля (на примере хронического панкреатита) показало, что на проблему заболеваний органов пищеварения необходимо смотреть как на междисциплинарную проблему – медицинскую, социальную, психологическую и экономическую. На формирование заболевания влияет социальное поведение: «неодобренное» – склонности к употреблению наркотических веществ; «одобренное» – употребление табачных изделий; социально «приемлемое» – употребление нездоровых продуктов питания, а также психоэмоциональное состояние и личностные характеристики больного человека [67].

Автор М.М. Орлова, рассматривая проблему с позиции деятельного подхода, предлагала выделить семью как самую значимую социально-психологическую характеристику, которая может повлиять на «социальное самочувствие» (эмоционально-оценочное отношение индивидов к окружающей социальной реальности) и детерминирует с личностными свойствами человека. Сплочённость семьи особо важна для больного в своем субъективном представлении в трудных жизненных ситуациях. У больных адаптивные способности имеют пассивный характер, требуется психологическая поддержка близких людей для выработки новых стратегий и приспособления к текущей жизненной ситуации, болезни [35, 36].

Коллектив авторов Л.А. Лебединцев, П.П. Дерюгин и А.А. Смелов провели крупное социальное исследование жителей города Санкт-Петербург, в исследовании приняли участие только женщины. Обобщая результаты, авторы пришли к выводу: 90 % женщин ежедневно употребляет хлеб, 78 % в ежедневный рацион включают «чистый» сахар и добавление сахара в блюдо без «невидимого» сахара из готовых продуктов питания. С необходимостью соблюдать режим питания как основу сохранения здоровья согласны почти все женщины: 85 % женщин в возрасте 16 – 29 лет, и 89 % пенсионного возраста. Из чего следует, что питание женщин в России значительно отличается от «здорового питания» – это и отражает основные социальные характеристики граждан. Пищевой рацион респондентов указывает на высокий риск развития соматических заболеваний таких, как заболевания гастроэнтерологического профиля, а также заболеваний других органов и систем [13, 22].

Ученый W.E. Balliet с соавторами провел исследование социально-психологических характеристик пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического профиля. Было выявлено, что социальные и психологические характеристики такие, как уровень образования, семейное положение, преимущественно проживание в одиночестве, эмоциональное состояние имеют высокое влияние на качество жизни, что влияет на течение и исход заболевания у данной группы пациентов [88].

В своих научных трудах С. Левенштейн утверждала, что для установления этиологии заболевания нужно подходить к проблеме с биопсихосоциальной моделью, так как ошибочно учитывать только эмоциональный компонент без включения социально-экономического статуса пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Автор считает, что «рискованное поведение», неблагополучная семья (или неполная), нездоровое питание, чрезмерное употребление спиртных напитков, употребление табачных изделий – все имеет привычное значение для формирования гастроэнтерологического заболевания [40].

Авторы R. Meier, L. Sobotka, выделили значимость изучения социальных характеристик, так как они напрямую могут повлиять на психологическое здоровье людей с заболеваниями органов пищеварения. Также, как значимый социальный фактор, авторы выделяют качество продуктов питания, которое взаимообусловлено материальным обеспечением. И отмечают необходимость соблюдения режима питания как во время болезни, так и во время ремиссии хронического заболевания желудочно-кишечного тракта [96].

Изучение коррелятов социально-демографических характеристик и тревожности отражает нарастание риска заболеваний органов пищеварения (на примере пептидной язвы), а также увеличение риска проявлений выраженной тревожности у людей с низким социальным статусом [40].

По данным научных исследований, социально-психологические характеристики человека оказывают влияние на формирование, течение и исход заболевания органов пищеварения – из вышесказанного можно заключить, что социально-психологические характеристики, тесно связанные со всеми жизненными аспектами, могут повлиять на здоровье человека [43].

1.4 Особенности психоэмоционального состояния людей с диагнозом «хронический панкреатит»

На сегодняшний день были проведены многочисленные научные психологические исследования, посвященные изучению заболеваний органов пищеварения на примере синдрома раздраженного кишечника, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и других заболеваний.

Однако, психологические исследования, посвященные изучению психоэмоциональных состояний людей с заболеваниями поджелудочной железы (хронический панкреатит), проводились редко. При этом интерес за несколько лет значительно вырос по причине двукратного роста числа

больных за последние двадцать лет как в России, так и в странах дальнего и ближнего зарубежья [16].

Согласно данным медицинской науки, хронический панкреатит – это «воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы, связанное с нарушением секреторной и инкреторной функции (внутренней секреции)» [57, с.78].

Полноценное восстановление функции поджелудочной железы после лекарственного лечения мало возможно, так как это хроническое необратимое заболевание. Основная задача медицинского лечения не допустить прогрессирования заболевания и минимизировать число обострений. Лекарственная терапия хронического панкреатита пожизненная.

Этиологические причины возникновения заболевания «хронический панкреатит» могут быть многочисленными, также на сегодняшний день обозначенная многофакторная классификация M-ANNHEIM [100].

Из самих распространённых этиологических причин можно выделить следующие: чрезмерное и ежедневное употребление спиртных напитков; неумеренное употребление табачных изделий; длительное употребление лекарственных препаратов; генетические факторы и неправильные привычки питания. Однако, одной из выделяющихся причин, по современным научным данным, может быть неправильное питание – нездоровое питание, с тенденцией к нарушениям пищевого режима [57].

По данным современных исследований, у больных с диагнозом «хронический панкреатит», при сравнении с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, самые низкие социальные показатели жизни (уровень образования, плохие условия труда, проживание в одиночестве, скудное питание). По выводам авторов, со временем это может привести к социальному отчуждению больных с данным заболеванием [47, 82].

Болезнь «хронический панкреатит» как деструктивное и необратимое заболевание поджелудочной железы, по превозносимой причине, кажется малозначимым – с психологической научной позиции.

В изучении этиологии и характеристики возникновения заболевания можно сделать вывод, что житейские привычки и социальные характеристики могут иметь большое значение на формирование заболевания хронический панкреатит и быть первичными причинами. Вторичными причинами заболевания являются психологические, однако современные научные исследования подтверждают обратное (различные психогенные воздействия: нервно-психическое перенапряжение, экстремальные условия и стрессовые ситуации) [70, 88, 97].

У больных с диагнозом «хронический панкреатит», кроме медицинского лечения также наблюдается необходимость в профессиональном психологическом сопровождении. Если рассматривать с позиции психологии здоровья, помощь заключается в сохранении благополучия и укреплении адаптационного потенциала личности больного человека [43, 47].

На течение и исход заболевания, большое значение оказывает эмоциональное состояние больного. Оно может ухудшаться на фоне обострения заболевания и нарастания симптомов соматического хронического заболевания.

Ранее проведенные исследования показывают, что существует корреляционная взаимосвязь нарастания симптомов болезни и ухудшения эмоционального состояния, как и взаимосвязь эмоционального состояния и пищевых предпочтений. Пациенты часто игнорируют рекомендации врача о необходимости дробного питания. На фоне эмоционального дискомфорта употребляют «запрещенные» продукты питания, противопоказанные для больных с хроническим панкреатитом. Как правило, после эпизодов компульсивного употребления еды наступает обострение с ухудшением физического и психического состояния больного [1, 14].

Из вышеперечисленного можно сделать вывод, что пусковой механизм заболевания имеет психологическую основу, а эмоциональное состояние больного человека имеет большое влияние на течение заболевания.

У больных с диагнозом хронический панкреатит сильная боль сопровождается недомоганием и общей слабостью в виде астении, ухудшением психоэмоционального состояния (высокий уровень тревожности и депрессивные проявления) и фиксацией внимания на телесных ощущениях [84, 99].

У больных могут наблюдаться отрицательные эмоциональные проявления с выраженной тревожностью и беспокойством из-за «страшного» диагноза и сомнений в положительном исходе заболевания. В связи с этим пациенты проходят дополнительные самоинициируемые обследования.

Часто у больных с хроническим панкреатитом наблюдается повышенная эмоциональность и склонность к меланхолическим проявлениям, при этом можно отметить наличие недавней психологической травмы. Часто с диагнозом хронический панкреатит диагностируются еще и другие хронические гастроэнтерологические заболевания у больных (язвенная болезнь – в 30 – 50 % случаев) [47].

Временное напряжение и попытка уйти от стрессовой ситуации, дезактуализация текущего негативного жизненного обстоятельства (личностного или социального) может привести к поведенческим и эмоциональным изменениям.

Из-за невозможности удовлетворить базовые эмоциональные потребности по субъективным или объективным причинам у больного нарушается психологический комфорт. В таких случаях могут наблюдаться тревожные и депрессивные проявления, которые в дальнейшем могут повлиять на психологическое здоровье человека с диагнозом хронический панкреатит [3, 47].

Необходимо отметить, что в настоящее время депрессия и тревога являются наиболее исследованными эмоциональными состояниями у пациентов с заболеванием поджелудочной железы, в том числе и различными видами панкреатитов, однако сведений об эмоциональном состоянии во время стационарного лечения недостаточно [40].

По данным научных исследований у людей с заболеванием поджелудочной железы наблюдается повышенная личностная и реактивная тревожность с проявлениями дезадаптации к новым жизненным обстоятельствам. Они высоко чувствительны к апатии и внутренним переживаниям, часто у них определяется слабый тип нервной системы. Больные люди комфортнее себя чувствуют в узком социальном окружении – в кругу семьи, однако и там переживают чувство отчуждения и интровертности. Могут жаловаться на усталость и вялость даже при небольшой физической нагрузке, с признаками депрессивных проявлений чаще в период обострения заболевания [61].

Далее в работе обобщим современные отечественные научные исследования психоэмоционального состояния людей с диагнозом хронический панкреатит.

Исследование коллектива авторов И.Б. Ушакова, С.С. Любавской, Г.А. Батищева и Ю.Н. Чернова, изучающего тревожно-депрессивные проявления у больных людей с диагнозом хронический панкреатит установило, что у пациентов наблюдаются признаки депрессии и высокое значение реактивной и личностной тревожности, а также отсутствие адекватного суточного режима питания [40].

В проведенном медицинском исследовании коллективом авторов было установлено, что тревожность является состоянием и свойством личности: во время медикаментозного лечения пациентов (больные ранжированы по тяжести проявления соматических симптомов) во всех группах до начала лечения наблюдалась высокая реактивная тревожность. Уровень личностной тревожности отмечался ближе к высокому уровню значения. После проведенного лекарственного лечения с уменьшением телесной боли отметили снижение уровня значения ситуативной тревожности, однако личностная тревожность осталась неизменной. Что позволяет сделать вывод о том, что тревожность больных хроническим панкреатитом может иметь устойчивую черту характера [9, 38].

Автор Э.Р. Нагуманова, изучала взаимосвязь особенностей свойств личности и отношения к болезни у пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями во время стационарного лечения, в котором приняли участие и больные с хроническим панкреатитом. Путем диагностических методов автор выявила, что у пациентов отмечается высокая демонстрация тревожного поведения: мнительность, устойчивость и неизменность к негативным психоэмоциональным состояниям. Больные с хроническим панкреатитом отказывались верить в положительный исход заболевания и проявляли потребность в дополнительной заботе [11, 16, 31].

Современные исследователи Л.Н. Юрьев и Ю.Н. Шевченко, проведя исследование в стационаре, также установили высокий уровень тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом [74, 79].

Зарубежное исследование социальных характеристик и психоэмоционального состояния больных с диагнозами острый и хронический панкреатит, показало следующее: пациенты чаще были без высшего образования, большинство из них проживали в одиночестве и вели нездоровый образ жизни: излишне употребляли табачные изделия и принимали спиртные напитки. У них наблюдались тревожные проявления, подавляющее большинство были женщины (93 %). Симптомы заболевания имели сильное влияние на психологическое здоровье у пациентов с разными формами панкреатитов [74].

В ходе исследования авторы А. Mokrowiecka, D. Pinkowski, E. Malecka также установили, что у больных с диагнозом хронический панкреатит наблюдается низкий уровень социальных показателей. С ухудшением соматического здоровья ухудшаются и социальные показатели (часто люди утрачивают трудоспособность, которая далее влияет на трудовую деятельность и материальное положение больного человека) [97].

Как пишет Ю.Г. Флорова, в модели концепции психологического здоровья важным для формирования полноценного психического здоровья у взрослого человека является наличие всех составляющих «компонентов»

благополучия: социальное благополучие, сохранное психологическое здоровье наряду с соматическим здоровьем. Автор подчеркивает, что для изучения здоровья и причин возникновения болезни у человека всегда нужно учитывать «биопсихосоциальную модель Дж.Л. Энгелема» и целостный подход [43].

Резюмируя главу теоретического исследования психоэмоциональных состояний, можно сформулировать следующие выводы:

Исторический обзор научной литературы показал, что заболевания гастроэнтерологического профиля часто обусловлены психологическими причинами, телесные проявления заболевания могут не подтверждаться объективными соматическими признаками: не подтверждаются медицинскими обследованиями, что позволяет отнести их к психосоматическим заболеваниям.

Исследования эмоциональных состояний у пациентов с болезнями органов пищеварения показали, что тип высшей нервной деятельности как врождённая основа индивидуальных особенностей человека влияет на психоэмоциональное состояние, которое может проявляться на телесном уровне.

Из определения и анализа понятий психоэмоциональных состояний на примере гастроэнтерологических заболеваний можно сделать вывод: психоэмоциональные состояния относятся к психологическим состояниям и представляют собой субъективное отношение индивида (личные переживания человека) к определённой жизненной ситуации, которые могут удовлетворять или не удовлетворять потребности человека. Также они обусловлены свойством и направленностью нервной системы (нервных процессов) и типом темперамента человека. У людей с заболеваниями органов пищеварения могут наблюдаться выраженные тревожные состояния и депрессивные проявления. Тревожность выражается как индивидуальная психологическая особенность, которая может проявляться как личностная характеристика – особенность нервных процессов (личностная), и

обусловленная внешними событиями и обстоятельствами (ситуативная). Под «депрессией» понимается подавленное настроение человека, для которого характерны вялость, заторможенность, быстрая утомляемость и другие гиподинамические и гипотимические проявления [98].

Анализ исследований социально-психологических характеристик показал, что социально-психологические характеристики можно определить, как сложную структуру жизнедеятельности и развития человека, что влияет на формирование человека как личности в целом, и тесно связано с внешними и внутренними факторами его бытия. Также они охватывают совокупность жизни: свойства и особенности личности, социальные характеристики (пол, возраст, образование, трудовая деятельность), условия развития, социальную среду (факторы внешней среды) и психологические факторы, влияющие на жизнь и здоровье человека.

Проанализировав исследования социально-психологических характеристик, выявили их значительное влияние на формирование, течение и исход гастроэнтерологических заболеваний.

Болезнь «хронический панкреатит» – это воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы, которое редко изучалось в психологической науке.

Однако, современные зарубежные исследования показывают, что психологические переменные имеют этиологическое значение на формирование, течение и исход заболевания.

Ранее проведенные исследования показывают, что существует корреляционная взаимосвязь нарастания симптомов болезни и ухудшения эмоционального состояния, как и взаимосвязь эмоционального состояния и пищевых предпочтений. Сильная боль сопровождается недомоганием и общей слабостью в виде астении, ухудшения психоэмоционального состояния (высокий уровень тревожности и депрессивные проявления), склонности к меланхолическим проявлениям и фиксации внимания на телесных ощущениях.

Глава 2 Эмпирическое исследование психоэмоционального состояния больных женщин с диагнозом «хронический панкреатит»

2.1 Организация и методы эмпирического исследования

Эмпирическое исследование проводилось с соблюдением российских и международных этических норм, и стандартов проведения психологических исследований в медицинских учреждениях, соблюдение которых требуется для исследования с участием людей с заболеваниями. Предварительно, до начала исследования, был подготовлен и подан на рассмотрение перечень документов для прохождения экспертизы «Комитета по биоэтике при Самарском государственном медицинском университете г. Самара» [70, 72]. Получено заключение о том, что исследование соответствует международным этическим стандартам, и получена выписка из протокола заседания Комитета (протокол № 202 от 09 октября 2019 г.) под председательством доктора медицинских наук, профессора Ларисы Теодоровны Воловой.

«Исследование проводилось на базе стационарного гастроэнтерологического отделения ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5 г.о. Тольятти» [70, 73], на основании договора между ФГБОУ ВО ТГУ в лице доцента кафедры, кандидата психологических наук, руководителя магистерской программы «Психология здоровья» медицинского психолога Чапала Татьяны Владимировны и гастроэнтерологического отделения ГБУЗ СО ТГКБ № 5 в лице заведующего отделения, врача высшей категории Фисечко Ирины Васильевны (договор № 1218 от 21 ноября 2019 г.). В исследовании также приняли участие врачи – гастроэнтерологи, и психиатр-нарколог Голубева Ирина Александровна. Эмпирическое исследование проходило в период с сентября по декабрь 2019 года [70, 73].

«До начала психологического исследования участники были проинформированы о его целях и методах. Все испытуемые, принявшие участие в исследовании, дали добровольное письменное согласие на психологическую диагностику и использование данных в научных и практических целях» [70, 72]. На каждого участника исследования оформлена «индивидуальная карта испытуемого» с присвоением индивидуального кода (шифра) для сохранения конфиденциальности личности. Процедура исследования проводилась с соблюдением личностных границ в конструктивном диалоге. Испытуемые к процедуре исследования отнеслись положительно и доброжелательно.

Необходимо отметить, что пребывание на стационарном лечении может дополнительно негативно влиять на психологическое состояние человека, в силу чего закономерно ожидать ухудшение эмоционального состояния у участников исследования [41].

Подбор участников исследования проводился в несколько этапов:

На первом этапе в исследовании приняло участие 108 человек (68 больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и 40 здоровых). Из 68 человек с заболеваниями гастроэнтерологического профиля из дальнейшего исследования были исключено 13 человек по причине наличия дополнительных соматических заболеваний (пневмония, анемия, онкология, сердечно-сосудистые и эндокринологические заболевания), в связи с чем в эмпирическая группа сформирована из 95 человек (73 женщины и 22 мужчины) [14].

На втором этапе эмпирического исследования из 55 больных человек (42 женщины и 13 мужчин) с заболеваниями гастроэнтерологического профиля была выбрана и сформированная экспериментальная группа: только из «15 женщин с диагнозом «хронический панкреатит» (неалкогольной этиологии) в стадии обострения» [71, 72].

То, что в нашем исследовании по гендерному признаку для дальнейшего исследования остались только женщины, не должно было

уменьшить научную значимость ожидаемых результатов, так как, согласно результатам ранее проведённых научных исследований, было выявлено, что, по сравнению с мужчинами, женщины более уязвимы и склонны к проявлениям негативных психоэмоциональных состояний [67, 86].

Требуется также отметить, что в Приволжском федеральном округе в сравнении с другими регионами России самый высокий показатель людей с заболеваниями поджелудочной железы – хронический панкреатит. По данным официальной статистики, в два раза чаще заболевание «хронический панкреатит» (неалкогольной этиологии) диагностируется у женщин по сравнению с мужчинами [51, 75].

Все женщины, включенные в выборку, на момент исследования находились на стационарном лечении и принимали лекарственную терапию, согласно назначенному лечению врачом в режиме стационара.

Диагноз «хронический панкреатит» был поставлен врачами – гастроэнтерологами, средний период пребывания пациентов в стационаре составил 19 дней. Психологическая диагностика проводилась на третий или четвёртый день пребывания на стационарном лечении.

На третьем этапе из 40 здоровых человек (31 женщина и 9 мужчин) [14] контрольную группу составили 15 женщин. Контрольная группа исследования сформирована из числа родственниц больных, посещающих их во время стационарного лечения, выразивших желание пройти психологическую диагностику. Важно отметить, что уход и забота о больном близком человеке может дополнительно повлиять на психоэмоциональное состояние самого ухаживающего человека [6, 28].

Для сохранения репрезентативности выборки в исследовании был учтён общий стресс-фактор для экспериментальной и контрольной группы исследования – пребывание в стационаре. Так как данные научной литературы подтверждают, что пребывание в больнице может одинаково негативно повлиять на психологическое состояние как больного человека, так и родственников больных [79].

Возрастной диапазон экспериментальной и контрольной группы исследования варьировался от 36 до 75 лет, средний возраст – 55 лет [15, 70].

Следует отметить, что в формировании заболевания «хронический панкреатит» немалая роль принадлежит психологическим причинам, что требует системного подхода к исследованию поставленной нами задачи. Отечественные ученые С.А. Кулаков и Л.В. Куликова подчеркивали, что в работе с соматическими пациентами нужно особое внимание уделять эмоциональным состояниям больных людей [21, 45].

Как следует из обзоров современной психосоматической медицины, все большее признание приобретают взгляды В. Франкла на «роль смыслов человеческого существования» в развитии заболевания или выздоровления, которые переживаются, прежде всего эмоционально. Изучение психоэмоционального состояния, таким образом, может стать важным не только для понимания развития и динамики заболевания, но и в последующем для определения путей возвращения больным «смыслов» здоровья и здорового образа жизни [65].

Психология здоровья подходит к изучению здоровья человека комплексно и систематически: изучается влияние на состояние здоровья таких факторов как биологические, социальные и психологические [42].

Для проведения эмпирического исследования применялись стандартизованные, надёжные и валидные психологические методы, что обеспечивает получение достоверных результатов констатирующего исследования. С целью раскрытия психоэмоционального состояния людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта был разработан максимально информативный и эргономичный психологический диагностический комплекс, состоявший из следующих методик: психологическая беседа., авторская анкета, личностный опросник Айзенка, шкала тревожности Спилбергера, шкала депрессии Бека, опросник для исследования пищевых предпочтений.

Психологическая беседа применялась как структурированный вербально-коммуникационный метод, который ориентирован на сбор необходимой информации для решения поставленных задач исследования, а именно выяснение основных социальных характеристик: пол, возраст, семейное положение, уровень образования, трудовая деятельность; сбор анамнеза: определение давности заболевания, трудностей, которые испытывает пациент в связи с болезнью, жизненных ситуаций (обстоятельств), предшествовавших заболеванию. Во время психологических встреч сохранялись границы межличностного контакта в рамках установленных конструктивных рабочих отношений.

Авторская анкета «Анкета социально-психологических характеристик» использовалась как дополнение метода психологической беседы с целью выявления количественных и качественных социально-психологических характеристик людей с заболеваниями гастроэнтерологического профиля. Анкета включала 60 вопросов и состояла из трех блоков: социального, экономического, психологического [70, 72].

Личностный опросник Айзенка, методика была разработана немецко-британским психологом Гансом Юргеном Айзенком в 1963 году, на русский язык была переведена и адаптирована доктором психологических наук А.Г. Шмелевым. Данный опросник позволяет определить тип темперамента с учётом эмоциональной устойчивости, стабильности и нестабильности (нейротизма), также выявляет активацию высшей нервной деятельности и характеристику индивидуальности человека, ориентированную на внешний мир (экстраверсию) или на процесс восприятия субъективного мира (интроверсию) [77, 91].

Существуют два варианта опросника (А и Б) по 57 вопросов в каждом. На вопросы необходимо ответить «да» – согласие или «нет» – несогласие. Для определения достоверности и искренности существует «шкала лжи». При обработке результатов каждый совпадающий ответ с «ключом» оценивается одним баллом. По трем независимым шкалам обрабатываются

результаты: шкала достоверности ответов, шкала на определение интроверсии и экстраверсии испытуемого, и шкала учета эмоциональной устойчивости. С помощью системы координат круга Айзенка определяется тип темперамента: сангвиник, холерик, меланхолик или флегматик [30].

Шкала тревожности Спилбергера, методика исследования тревожности была разработана американским психологом Чарльзом Дональдом Спилбергером, адаптирована и стандартизирована на русском языке доктором психологических наук Ю.Л. Ханиным. Требуется отметить, что данная методика – самая часто применяемая для исследования уровня тревожности у людей с соматическими заболеваниями [27, 77, 100].

Методика относится к личностным опросникам и позволяет определить два вида тревожности: ситуативную тревожность (тревожность как состояние) – трактовка уровня тревожности как состояния рассматривает тревогу как ответную реакцию на «угрожающую» опасность, видимую или невидимую; личностную тревожность (тревожность как устойчивую черту характера), определяющую тенденцию к чрезмерному беспокойству в многочисленных и разнообразных обстоятельствах.

Шкала состоит из 40 высказываний, отдельно оценивающих два вида проявлений тревожности. Каждое высказывание подтверждается выбором одного из четырёх вариантов степени выраженности тревоги: испытуемому предлагается выбрать тот, который в наибольшей степени соответствует его «текущему» и «привычному» состоянию. Обработка результатов осуществляется с помощью совпадения результатов испытуемого с «ключом». Количество полученных баллов определяет уровень тревожности по каждой из двух шкал. Диапазон общих баллов может составлять от 20 до 80 баллов. Уровень выше 45 баллов свидетельствует о наличии высокого уровня тревожности [77].

Шкала депрессии Бека разработана американским профессором, врачом-психиатром Аароном Тёмкин Бекем в соавторстве в 1961 году. Шкала была разработана на основании клинических исследований

амбулаторного психиатрического отделения университетской больницы в Пенсильвании и стационарной психиатрической службы главной больницы Филадельфии. На русский язык переведена, адаптирована и стандартизирована доктором психологических наук Н.В. Тарабриной [63].

Методика была создана для диагностики симптомов депрессии и степени их выраженности, которая варьируется от отсутствия признаков, их легкой или выраженной степени до тяжёлого депрессивного состояния.

Шкала состоит из двадцати одной группы предложений, каждая группа предложений состоит из 4 – 5 утверждений в двух субшкалах. Испытуемому предлагается выбрать утверждение, которое максимально описывает его текущее состояние. Шкалы позволяют дифференцировать два вида проявления депрессии: «соматическое» – депрессия маскируется стойкими телесными проявлениями; «когнитивно-аффективное» – пассивное поведение, негативные эмоциональные состояния, изменение когнитивных представлений и снижение мотивации [63, 83].

Каждая из групп утверждений ранжируется по мере нарастания степени выражения симптомов. Диапазон общих баллов может составлять от 0 до 62 баллов. Сумма общих баллов выше 30 свидетельствует о тяжелой степени депрессии у испытуемого [5, 63].

Опросник для исследования пищевых предпочтений – это стандартизированная и одна из самых распространённых методик в работе психолога для скрининг-исследований пищевых предпочтений. Опросник был создан учёными D. Garner из Тиронского университета в 1979 году (вторая адаптация 1982 г.). На русский язык адаптирован и стандартизирован доктором медицинских наук О.А. Скугаревским [25, 58].

Опросник состоит из 26 вопросов, общей шкалы дезадаптивных пищевых предпочтений и трех дополнительных шкал. Шкалы дифференцируют три типа дезадаптивных пищевых предпочтений и степени выраженности проблемы: «шкала диеты»; «шкала булимии и пищевой озабоченности»; «шкала контроля приёма пищи» [58].

Каждый вопрос состоит из шести утверждений, испытуемому необходимо выбрать то, которое наиболее подробно может характеризовать его предпочтения в питании. Подсчёт баллов происходит путём подсчёта прямых и обратных значений, которые оцениваются от 0 до 3 баллов. Полученное общее количество баллов (по всем шкалам) более 20 баллов свидетельствует о признаках дезадаптивного пищевого предпочтения.

Для максимального раскрытия особенностей психоэмоционального состояния больных гастроэнтерологическими заболеваниями нужно учитывать многогранность проблемы, опираясь на совокупность представлений самого больного человека о своей болезни по П.А. Луриу, осознание человеком собственной болезни по Е.К. Краснушкину и его социальные характеристики. Любая болезнь изменяет психологическое и эмоциональное состояние человека и влияет на уровень соматического и психологического здоровья в целом [79].

Для обработки, систематизации и наглядного представления эмпирических данных исследования применялась дескриптивная статистика, для данной цели использовался пакет программы Microsoft Office, программа электронных таблиц Excel – дескриптивный статистический анализ.

Все переменные проверялись на нормальность распределения данных с помощью критерия Колмогорова-Смирнова (приложение А, таблицы А1 и А2). Двухвыборочный критерий используется для проверки гипотезы о принадлежности двух независимых выборок одному закону распределения. После проверки на нормальность распределения были использованы математико-статистические методы для дальнейшего исследования.

Так как все проверенные переменные не различались от нормального распределения, применялся параметрический критерий F Фишера для определения значимых различий между средними значениями испытуемых групп – независимыми переменными (сравнение дисперсий двух выборок). Метод Фишера (F) позволяет проверить гипотезу о том, отличаются ли две

совокупности (значения испытуемых двух групп) друг от друга или не отличаются.

В качестве метода непараметрической статистики был использован коэффициент ранговой корреляции r_s -Спирмена, расчет производился с помощью лицензированной программы IBM SPSS Statistics 23. Выявленные значимые корреляционные связи показывают образованные внутри диагностических методик связи, их направленность и силу (тесноту) для каждой выборочной совокупности.

Модуль коэффициента корреляции измеряет тесноту связи между показателями: если модуль коэффициента корреляции лежит в пределах от 0 до 0,3, то связь считается слабой, в пределах от 0,3 до 0,7 – средней (умеренной), от 0,7 до 1 – сильной.

Знак коэффициента корреляции показывает направление связи: при отрицательном коэффициенте корреляции взаимосвязь обратная, то есть увеличение значения одного показателя ведет к снижению другого. Если коэффициент корреляции положительный, то увеличение одного показателя приводит к увеличению другого.

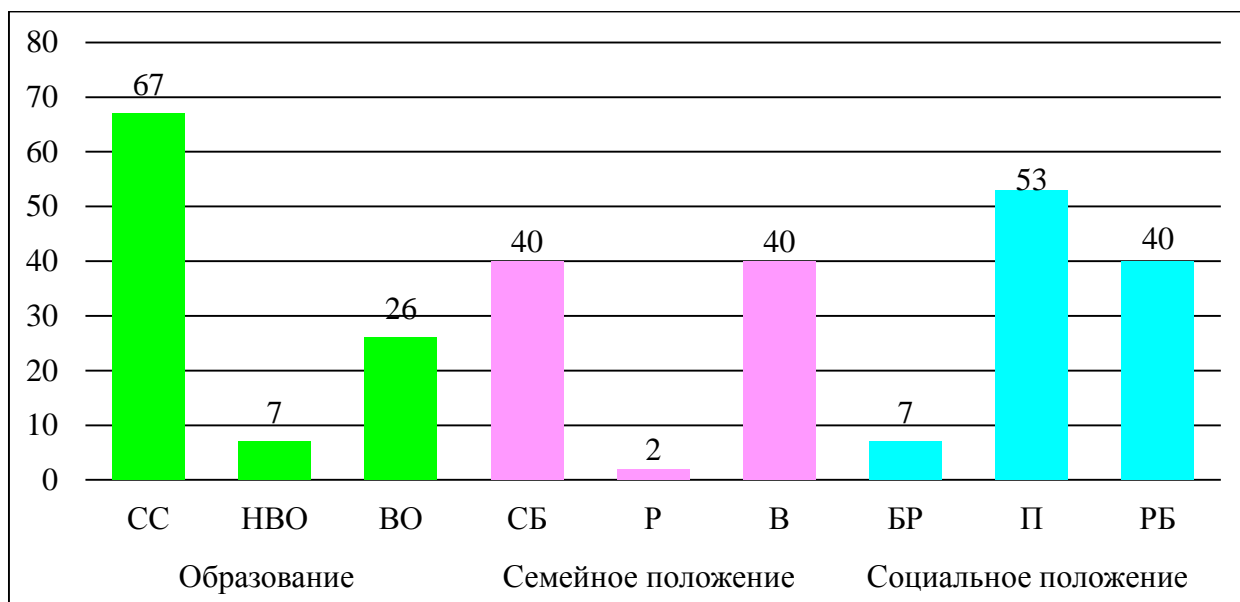
Двусторонняя значимость p – это вероятность статистической существенности-несущественности корреляционной взаимосвязи. При двусторонней значимости ($< 0,05$) корреляционная взаимосвязь с надежностью 95 % признается статистически значимой; при двусторонней значимости ($\geq 0,05$) корреляционная взаимосвязь с надежностью 95 % признается статистически незначимой. В работе проводился также анализ с меньшим процентом надежности (90 %) (приложение А, таблица А.1).

2.2 Изложение результатов эмпирического исследования

Во время психологической беседы с женщинами с диагнозом «хронический панкреатит» были определены основные социальные характеристики. В экспериментальную группу вошли женщины возрастом от

36 до 75 лет [70, 73], из них 47 % среднего – трудоспособного возраста и 53 % пенсионного возраста.

На рисунке 1 представлены основные социальные характеристики женщин с диагнозом «хронический панкреатит».



Обозначения: СС – среднее специальное, НВО – неоконченное высшее, ВО – высшее образование, СБ – состоят в браке, Р – разведённые, В – вдовы, БР – без работы, П – пенсионеры, РБ – работают.

Рисунок 1– Социальная характеристика экспериментальной группы

Данные рисунка 1 позволяют определить, что 60 % женщин экспериментальной группы не работают (53 % пенсионного возраста – неработающие и 7 % не находятся в трудовой деятельности – среднего возраста) [70]. Возраст участниц пенсионеров – больных с диагнозом «хронический панкреатит» варьировался от 61 до 75 лет, и неработающих – 39 лет (1 человек). 40 % больных женщин ведут активную социальную жизнь и работают, возраст участниц варьировался от 36 до 60 лет.

26 % женщин получили высшее образование, у 67 % группы среднее специальное образование и у 7 % неоконченное среднее образование [70].

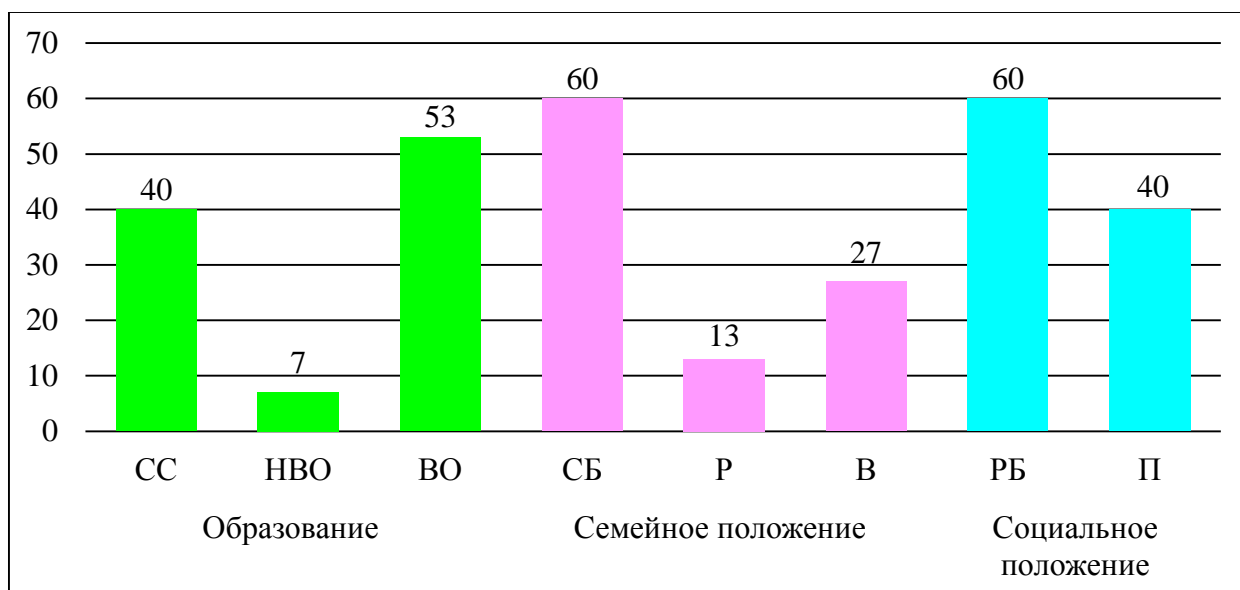
Только 40 % женщин состоят в браке в возрасте от 36 до 66 лет, 60 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» проживают без партнера (40 % вдов, 20 % разведённых) возраст варьируется от 36 до 75 лет. Следует отметить, что женщины с диагнозом «хронический панкреатит», которые проживают без пары, чаще пенсионного возраста [70].

Из психологической беседы было выявлено, что больные женщины с диагнозом «хронический панкреатит» пенсионного возраста проживают одни, единичны случаи проживания в кругу семьи (в семье дочери или сына). По словам женщин экспериментальной группы исследования, они чаще ведут пассивный образ жизни, не выходят из дома без значимой причины, вся активность состоит из походов «к врачу на прием», «за лекарствами в аптеку» или «за продуктами питания». Женщины трудоспособного возраста и пенсионного возраста, которые проживают в кругу семьи, демонстрируют выраженную потребность в гиперопеке [51, 75].

На вопрос, когда первый раз обратились к врачу – гастроэнтерологу, женщины отвечали, что в юношеском возрасте (тогда и был впервые поставлен диагноз «хронический панкреатит»). Начало заболевания связывают с негативным жизненным событием, чаще – потерей близкого человека. Обострения хронического заболевания случаются после неблагоприятных обстоятельств, которые вызывали у женщин негативные эмоциональные состояния, такие как беспокойство, отчаяние, тревога и депрессивность. Следует отметить, что в научной литературе были описаны «типические паттерны» поведения во взаимосвязи с психологическими характеристиками больных людей хроническим панкреатитом, которые сходятся с полученными данными нашего исследования [67, 82].

В ходе психологической беседы у участниц контрольной группы, были определены социальные характеристики: в контрольную группу вошли женщины возрастом от 36 до 75 лет, из них 53 % среднего – трудоспособного возраста и 47 % – пенсионного возраста.

На рисунке 2 представлены основные социальные характеристики здоровых женщин контрольной группы исследования.



Обозначения: СС – среднее специальное, НВО – неоконченное высшее, ВО – высшее, СБ – состоят в браке, Р – разведённые, В – вдовы, П – пенсионеры, РБ – работают.

Рисунок 2 – Социальная характеристика контрольной группы

Данные рисунка 2 показывают, что 60 % здоровых женщин в возрасте от 37 до 59 лет находятся в трудовой деятельности – работают, 40 % контрольной группы составили пенсионеры – неработающие, возрастом от 61 до 75 лет.

В контрольной группе 60 % женщин получили высшее образование (53 %) или неоконченное высшее образование (7 %), и среднее специальное образование имели 40 % женщин контрольной группы.

60 % женщин контрольной группы состояли в браке, возраст здоровых женщин варьировался от 36 до 75 лет, 40 % женщин живут без партнера (27 % вдов и 13 % разведённых), диапазон возраста от 63 до 75 лет.

Анализ результатов психологической беседы по определению социальных характеристик позволяет заключить следующее: большинство больных женщин с диагнозом «хронический панкреатит» получили средние

специальное образование, были пенсионного возраста, не работали, проживали без пары и вели пассивную социальную жизнь. Больные женщины при сравнении с контрольной группой исследования, в более молодом возрасте проживали без пары (экспериментальная группа: средней возраст – второй период, и контрольная группа: пожилой возраст – пенсионеры). Больные женщины живут менее благополучно, с меньшим материальным достатком, более низким качеством жизни. Полученные данные соотносятся с данными, ранее проведенных научных исследований отечественных авторов [67].

В контрольной группе – здоровых женщин из числа родственников, посещающих больных, преобладает число женщин с высшим образованием, они состоят в браке и ведут социально активную жизнь – осуществляют трудовую деятельность.

Опираясь на научное мнение С.Л. Соловьевой, о том, что в психосоматических исследованиях всегда нужно учитывать социальные составляющие, которые могли бы повлиять на общую картину, течение и исход соматического заболевания [59], мы разработали анкету, провели анализ ответов на вопросы и выявили следующее.

На рисунке 3 представлен анализ анкетных ответов на вопросы о субъективной оценке уровня здоровья участниц экспериментальной и контрольной группы исследования.

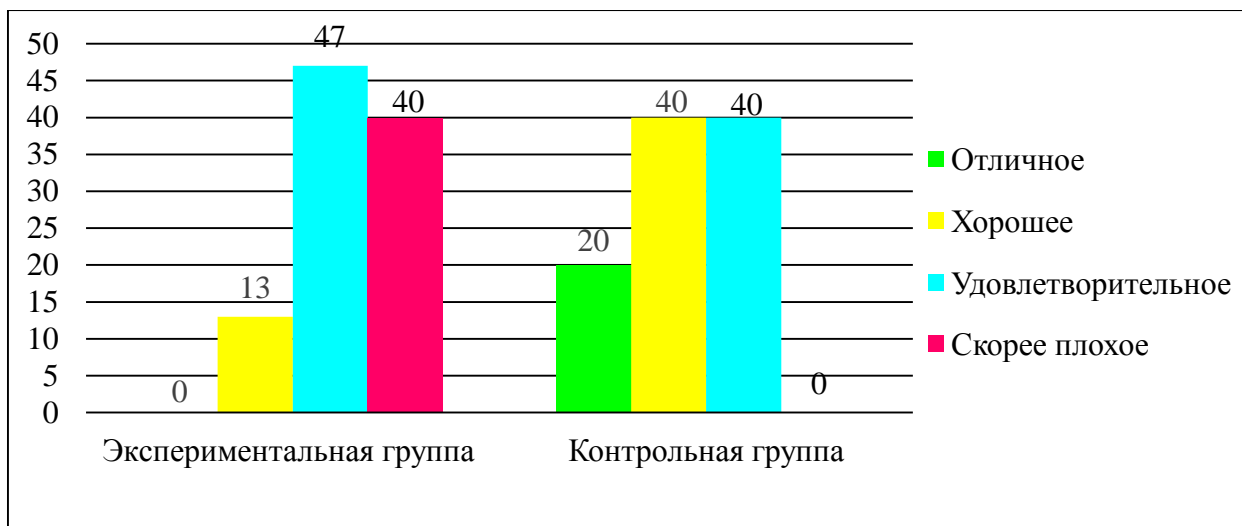


Рисунок 3 – Анализ анкетных данных экспериментальной и контрольной группы исследования о субъективной оценке уровня здоровья

Как показано на рисунке 3, подавляющее большинство экспериментальной группы – женщины с диагнозом «хронический панкреатит» – оценивают своего здоровья как «удовлетворительное» (47 %) и как «очень плохое» (40 %). В контрольной группе во время пребывания в больнице, в 40 % случаев оценивают своё здоровье как «удовлетворительное».

Вывод, что вследствие длительного ухода и переживаний за состояние здоровья близкого человека, состояние здоровья родственников со временем может ухудшаться. Что так же отмечалось рядом авторов в научных работах [6, 28].

Только 13 % экспериментальной группы оценивают своё здоровье как хорошее. При этом ни одна женщина экспериментальной группы не отрицает наличие болезни и считает себя «тяжело больным человеком»; все выражают пессимистический взгляд и неверие в успех исхода лечения. 87 % пациентов – как «плохо» (40 %) и «удовлетворительное» (47 %). Женщины контрольной группы в 20 % случаев оценивают свое здоровье на «отлично», в 40 % на «хорошо» и 40 % «удовлетворительно».

На вопросы анкеты о качестве и продолжительности сна, выявлено: 40 % экспериментальной и 73 % контрольной группы не жалуется на

качество сна: у них крепкий и продолжительный сон. 60 % больных женщин и 37 % здоровых женщин – имеют чуткий и поверхностный сон.

Только 13 % пациентов, и такой же процент здоровых женщин стараются ежедневно гулять на свежем воздухе, 40 % больных и 47 % здоровых мало времени уделяют физической активности (2 – 3 раза в неделю гуляют на свежем воздухе). 40 % больных и 33 % здоровых женщин – прогулкой считает «походом в магазин».

На рисунке 4 представлен анализ о субъективной оценке наличия вредных привычек – участниц экспериментальной и контрольной группы.

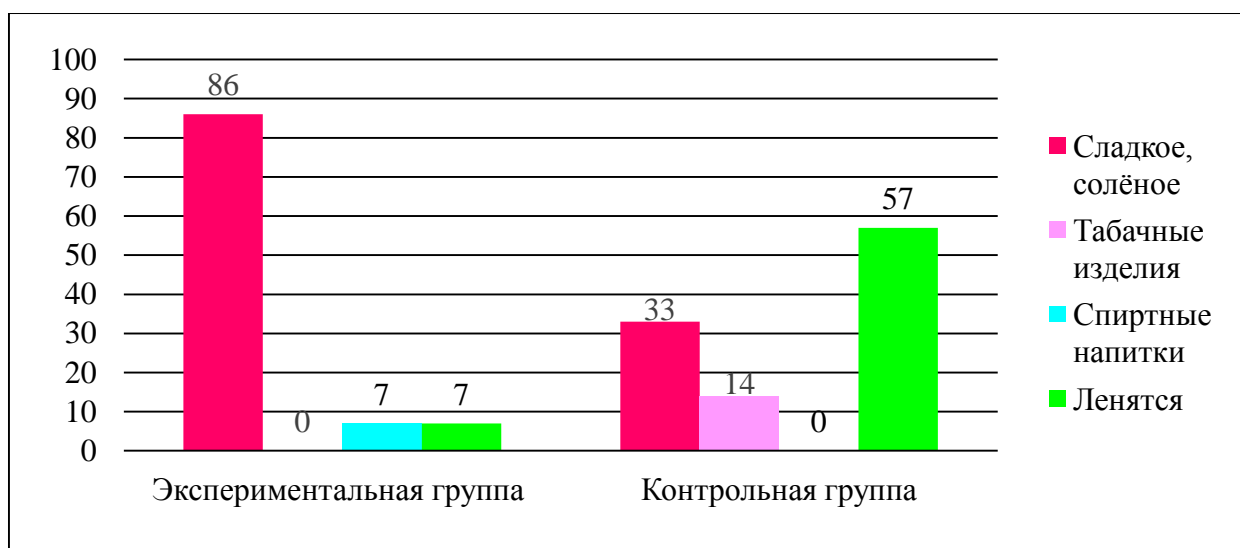


Рисунок 4 – Анализ анкетных данных экспериментальной и контрольной группы о субъективной оценке наличия вредных привычек

Как представлено на рисунке 4, большинство женщин (86 %) с диагнозом «хронический панкреатит» и 33 % здоровых женщин чрезмерно употребляют соленую, жирную и сладкую пищу, 7 % пациентов считают вредной привычкой употребление спиртных напитков и 14 % контрольной группы – ежедневное употребление табачных изделий. 7 % женщин экспериментальной и 53 % контрольной группы считают вредной привычкой «лениться» [70] (приложение А, таблица А.2).

Следовательно, можно сделать вывод, что женщины с диагнозом «хронический панкреатит» пессимистически относятся к исходу заболевания,

ведут пассивный образ жизни, не соблюдают режим дня и употребляют «запрещенные» для больных поджелудочной железой продукты питания.

В конце XIX века И.А. Сикорский в своем докладе сказал, что соблюдение режима и правильно организованный распорядок дня способствует сохранению как психологического, так и соматического здоровья человека. Также многие из отечественных учёных (В.М. Бехтерев, В.П. Сербский, С.С. Корсаков) отмечали, что необходим комплексный подход к сохранению здоровья, в том числе психологического [32].

Из многочисленных исследований, к которым мы обращались, стало известно, что неправильное и нерегулярное питание способствует отягощению заболеваний гастроэнтерологического профиля [80, 92, 96], в связи с чем в анкету были включены вопросы, раскрывающие характеристики питания участниц исследования.

Их анализ показал, что 54 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и 40 % здоровых женщин принимают пищу 3 – 4 раза в день (по субъективной оценке, считают, что питаются регулярно и в меру). 13 % участниц экспериментальной и 27 % контрольной группы питаются только два раза в день, требуется отметить, что людям с заболеваниями желудочно-кишечного тракта нужно питаться исключительно дробно. И только небольшое число пациентов с диагнозом «хронический панкреатит» (11 %) и 33 % женщин из числа посещающих больных родственников придерживаются дробного питания (5 – 6 разовое питание), небольшие приёмы пищи несколько раз в течение дня.

Чаще женщины экспериментальной (76 %) и контрольной (67 %) группы питаются домашней едой – готовят пищу дома и питаются в домашней обстановке. 26 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» – 13 % питаются в столовых или кафе, и такой же процент (13 %) берут домашнюю еду с собой. 33 % здоровых женщин (из числа социально активных) питаются в учреждениях общественного питания.

На рисунке 5 представлены результаты сравнительного анализа пищевых предпочтений участниц экспериментальной и контрольной группы исследования.

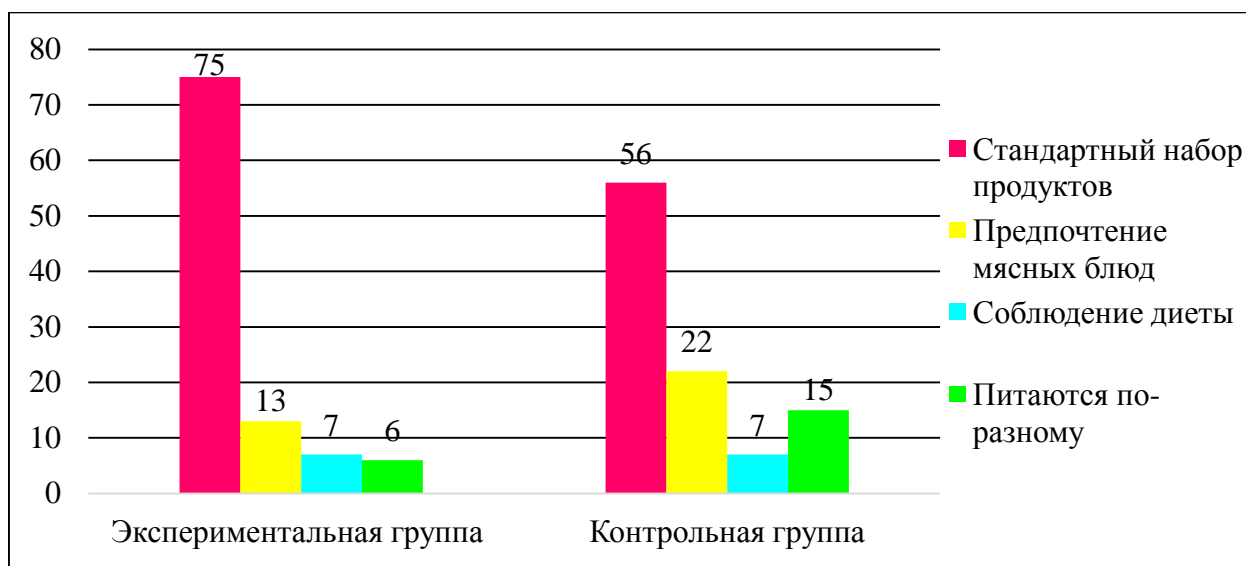


Рисунок 5 – Сравнительный анализ пищевых предпочтений участников

На рисунке 5 представлены пищевые предпочтения участниц исследования: 75 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и 56 % здоровых женщин предпочитают отдавать постоянному набору продуктов питания, который состоит из блюд, приготовленных с большим количеством масла, углеводные блюда (простые углеводы), мясо (чаще блюда из свинины). Следует отметить, что в рационе питания практически отсутствуют свежие овощи и фрукты, кисломолочные продукты и рыба [14]. 13 % экспериментальной и 22 % контрольной группы отдают предпочтение блюдам, приготовленным из мяса (в ежедневном рационе в прием пищи включается мясное блюдо). 7 % пациентов с диагнозом «хронический панкреатит» и такой же процент (7 %) родственниц больных, соблюдают диетический режим (популярные диеты из интернет-ресурсов) с целью снижения массы тела. И только 6 % женщин экспериментальной группы стараются временами соблюдать дробность питания (рекомендованную врачом – гастроэнтерологом), а как причину несоблюдения режима питания

называют отсутствие «силы воли». 15 % здоровых питаются по-разному. Участницы исследования чаще ищут необходимую информацию о правильном питании из интернет-ресурсов и из непроверенных источников. При этом, по мнению 40 % больных и 60 % здоровых женщин, они хорошо владеют информацией о принципах здорового питания. 60 % экспериментальной и 40 % контрольной группы владеют недостаточным объёмом информации о правильном питании. Особенно необходимо отметить, что подавляющее большинство – 80 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и 53 % здоровых женщин из числа родственниц, посещающих больных, хотели бы питаться более правильно. Никогда не задумывались об этом 20 % больных и 7 % здоровых женщин. Важно, что только в группе здоровых женщин 14 % здоровых участниц не выразили желание что-то менять в своем рационе питания, ежедневное меню их устраивает.

Нужно отметить, что подавляющее большинство женщин с диагнозом «хронический панкреатит» питаются недопустимым образом для больных с отягощающим соматическим заболеванием, так как одна из главных рекомендаций врага гастроэнтеролога, наряду с рекомендацией соблюдать лекарственную терапию – соблюдение режима питания, который предполагает исключение жирной и жареной пищи, кондитерских изделий (источника простых углеводов), соленой и острой пищи. В рационе питания допускаются блюда, приготовленные на пару и в вареном виде. Требуется отметить, что в ранее проведенных исследованиях особенностей питания женщин в России были получены схожие результаты [22].

На рисунке 6 отображено, какие трудности чаще испытывали женщины с диагнозом «хронический панкреатит» и здоровые женщины из числа родственниц, посещающих больных во время пребывания в стационаре.

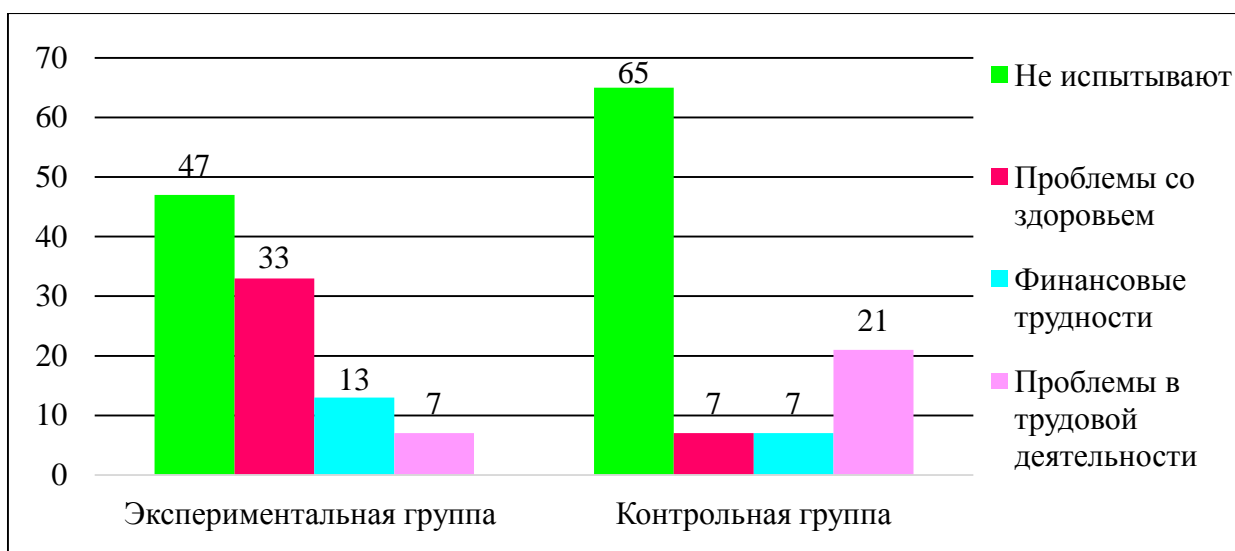


Рисунок 6 – Сравнительный анализ участниц экспериментальной и контрольной группы – исследование жизненных трудностей

Ещё один вопрос анкеты касался жизненных трудностей участниц исследования. При его включении мы отталкивались от данных зарубежных исследователей, показавших, что чаще хроническим панкреатитом заболевают люди из малообеспеченных семей с низким материальным достатком [88, 97].

Оказалось, что почти половина (47 %) участниц экспериментальной и 65 % контрольной группы заявляли, что не испытывают жизненных трудностей. При этом 33 % больных и 7 % здоровых женщин отмечают трудности из-за плохого состояния здоровья, которое мешает быть социально активным. Финансовыми трудностями обеспокоены 13 % женщин экспериментальной и 7 % контрольной группы. Кроме того, 7 % больных и 21 % здоровых женщин испытывают трудности в трудовой деятельности. Подавляющее большинство испытуемых (93 % экспериментальной и 67 % контрольной группы) не устраивает уровень материального обеспечения. Уровень заработной платы и пенсии не соответствует их потребностям. И только 7 % больных и 33 % здоровых женщин устраивает уровень доходов.

На рисунке 7 представлено психоэмоциональное состояние участниц экспериментальной и контрольной группы, по данным анкетного опроса.

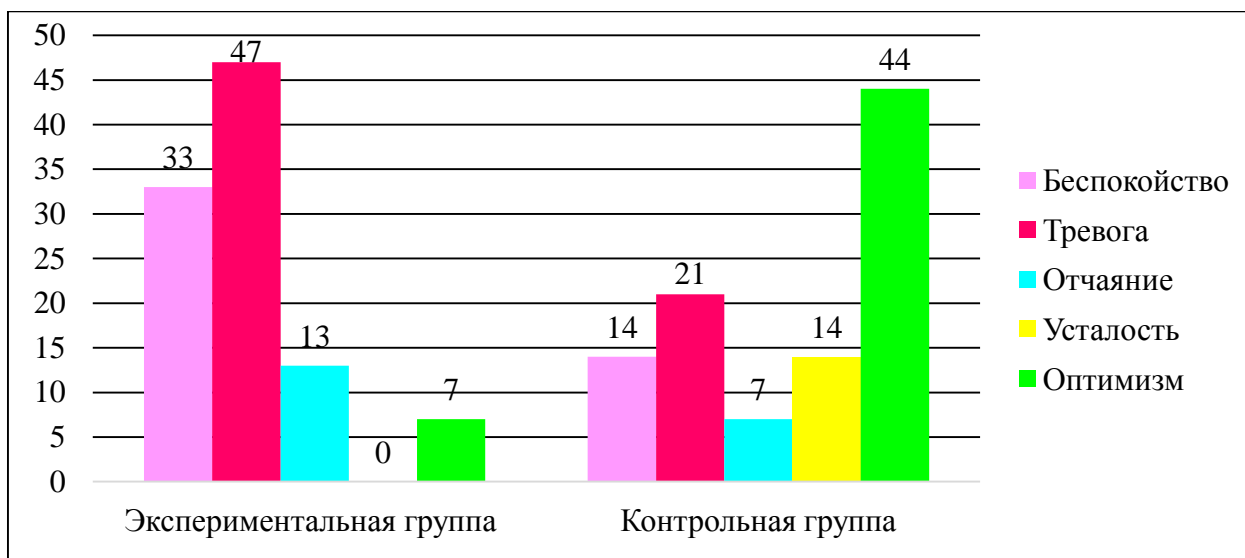


Рисунок 7 – Сравнительный анализ психоэмоционального состояния экспериментальной и контрольной группы, по данным анкеты

По данным анкеты, как видно на рисунке 7, женщины с диагнозом «хронический панкреатит» во время пребывания в стационаре чаще испытывают негативные эмоциональные состояния (33 % беспокойство, 47 % тревогу, 13 % отчаяние), у посещающих родственников менее выражены отрицательные эмоциональные состояния (14 % беспокойство, 21 % тревога, 7 % отчаяние, 14 % усталость). Оптимизм и положительные эмоции испытывали 7 % больных и 44 % здоровых женщин. Ни одна женщина с диагнозом «хронический панкреатит» никогда не обращалась за профессиональной психологической помощью, и 80 % здоровых родственниц (только 20 % обратилось за консультацией к психологу по рекомендации специалиста). Однако участницы как экспериментальной, так и контрольной группы исследования считают, что психологическая помощь необходима как самим больным, так и родственникам больных.

Качественный анализ социально-психологических характеристик участниц исследования позволяет обобщить следующее: большинство больных женщин с диагнозом хронический панкреатит получили среднее специальное образование, были пенсионного возраста, не работали,

проживали без пары и вели пассивную социальную жизнь. Больные женщины живут менее благополучно, с меньшим материальным достатком, и, следовательно, характеризуются более низкими социальными показателями жизни. Женщины с диагнозом «хронический панкреатит» пессимистически относятся к исходу заболевания, знают, что необходимо соблюдать назначения врача, однако большинство из них не соблюдает рекомендации врача-гастроэнтеролога. Нужно отметить, что подавляющее большинство больных женщин питаются недопустимым образом для больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Одна из главных рекомендаций, наряду с рекомендацией соблюдать лекарственную терапию – соблюдение режима питания, который предполагает исключение жирной и жареной пищи, исключение кондитерских изделий, соленой и острой пищи, женщины с диагнозом «хронический панкреатит» не соблюдают.

По данным анкеты, участницы экспериментальной группы исследования, по своей субъективной оценке, во время пребывания в стационаре испытывают негативные эмоциональные состояния (93 %), такие как: беспокойство, тревога и отчаяние.

Женщины с диагнозом «хронический панкреатит» никогда не обращались за профессиональной психологической помощью, однако, как больные, так и здоровые женщины, участвующие в исследовании, считают, что психологическая помощь необходима как самим больным, так и родственникам больных во время пребывания на стационаре.

Далее в работе для определения типа темперамента участниц исследования использовалась методика Ганса Юргена Айзенка [30].

Отличительной чертой свойств высшей нервной деятельности являются показатели подвижности, которые инициируются типологическими различиями и принадлежат физиологической основе темперамента. Так как основа темперамента врожденная и конституционального типа (высшая характеристика структурных и функциональных особенностей), следовательно, влияет как на психические, так и на физиологические

процессы человеческого организма. Из чего следует необходимость определить тип нервной деятельности и ее направленность у участниц нашего исследования.

Важно добавить, что в работе поджелудочной железы задействована вегетативная нервная система. Как известно, негативное эмоциональное состояние влияет на увеличение секреции пищеварительной системы, из чего следует, что у людей с заболеванием поджелудочной железы чаще задействована парасимпатическая нервная система. Основные четыре типа темперамента делегируются личностными свойствами и психологическими характеристиками, которые взаимосвязаны с эмоциональным состоянием человека. При анализе общих характеристик высшей нервной деятельности индивида всегда нужно рассматривать и эмоциональные проявления человека.

Исследование типов темперамента представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Типы темперамента экспериментальной и контрольной группы

Свойства нервной системы		Группа исследования	
		экспериментальная (человек в %)	Контрольная (человек в %)
Сила нервных процессов	слабый тип	53 %	13 %
	Меланхолики		
	сильный тип	47 %	87 %
Уравновешенность нервных процессов	неустойчивость	27 %	13 %
	Холерики		
	устойчивость	20 %	74 %
Подвижность (лабильность) нервных процессов	подвижный	13 %	40 %
	Сангвиники		
	инертный	7 %	34 %
		Флегматики	

Результаты определения типа темперамента у участниц экспериментальной и контрольной группы представлены в таблице 1 и приложении В.1 и В.2.

По «шкале нейротизма» (выражается в реактивности и лабильности нервной системы), у подавляющего большинства (80 %) женщин с диагнозом

«хронический панкреатит» определяются высокие показатели нейротизма, что указывает на высокую эмоциональную лабильность, из них у 67 % определена слабая нервная система (слабые нервные процессы) и у 33 % – сильная. Следовательно, по данным научной литературы, они могут быть более склонны к негативным эмоциональным переживаниям, могут проявлять излишнюю тревожность по поводу своего здоровья. И только у 20 % больных женщин определяется низкий показатель значения нейротизма, следовательно, они могут быть более адаптированные к новым обстоятельствам жизни (пребыванию в стационаре), они – более эмоционально устойчивые личности.

Участницы контрольной группы исследования, здоровые женщины из числа посещающих больных родственниц, показали следующие результаты: у большинства (73 %) определен низкий показатель нейротизма, и только у 27 % – высокое значение (50 % – слабая нервная система и такой же процент (50 %) – сильная). Согласно полученным результатам, родственницы больных по врождённому свойству – более эмоционально устойчивые личности.

Согласно F-критерию Фишера, выявляются значимые статистические различия уровня нейротизма между женщинами с диагнозом «хронический панкреатит» и здоровыми женщинами ($F = 8,251$; при $p \leq 0,05$).

По «шкале интроверсии и экстраверсии» выявлено следующее: у более, чем половины (54 %) участниц экспериментальной группы исследования определяется интровертный тип личности, они – более замкнутые люди и склонные сосредотачиваться на своём внутреннем мире. У 46 % больных женщин определен экстравертный тип: ориентируются на «внешний мир» и на социальное окружение. Здоровые женщины контрольной группы исследования – 54 % экстраверты и 46 % интроверты.

По добавочной «шкале искренности» можно сделать вывод о том, что у большинства (87 %) женщин с диагнозом «хронический панкреатит» низкий уровень значения баллов, следовательно, они давали искренние ответы на

вопросы опросника. И только у 13 % испытуемых определены высокие показатели по «шкале искренности», что может говорить о том, что они более склонны давать социально одобряемые ответы (проявление ситуативности).

В контрольной группе исследования по «шкале искренности» определяется у 73 % откровенность и у 27 % неискренность ответов на вопросы опросника.

Из полученных результатов по опроснику Г.Ю. Айзенка можно сделать вывод, что большинство женщин с диагнозом «хронический панкреатит» по врожденному (постоянному) свойству – слабой нервной системой, следовательно, они более склонны к тяжелым эмоциональным переживаниям.

На рисунке 8 представлены типы темперамента у женщин с диагнозом «хронический панкреатит».

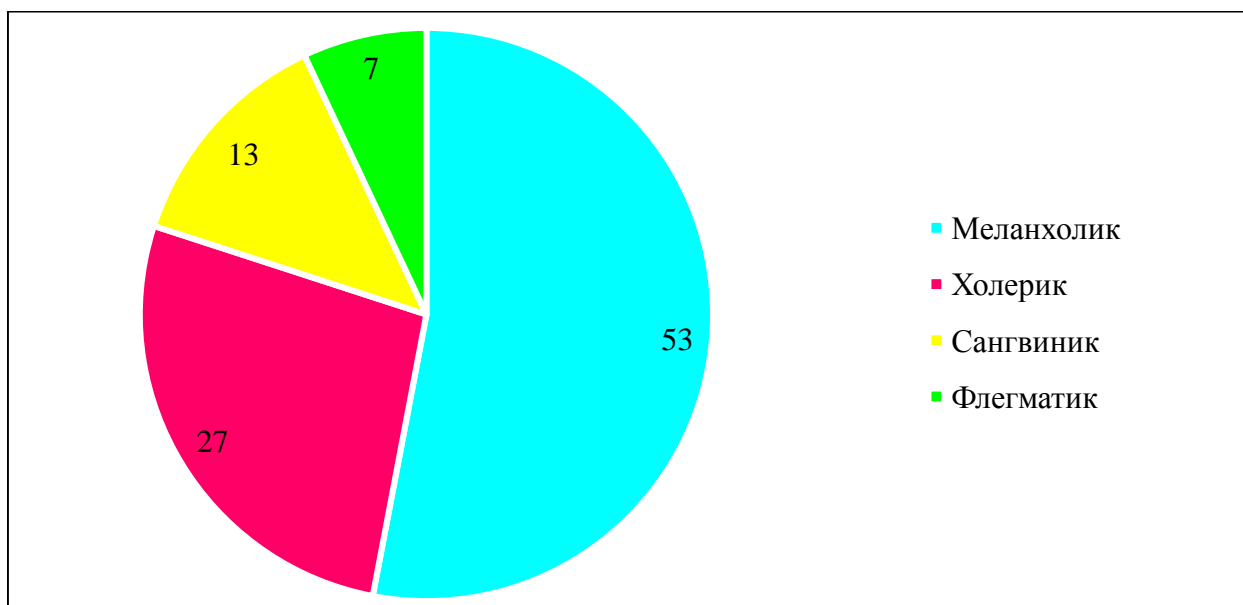


Рисунок 8 – Тип темперамента участниц экспериментальной группы

Как представлено на рисунке 8, у половины (53 %) женщин с диагнозом «хронический панкреатит» – меланхолический тип темперамента. Остальные типы темперамента у участниц экспериментальной группы

исследования распределяются так: холерики (27 %), сангвиники (13 %) и флегматики (7 %).

Женщины контрольной группы исследования – 40 % сангвиники, 34 % флегматики, 13 % холерики и такой же процент (13 %) меланхолики.

Большинство женщин меланхолического типа темперамента с высоким значением нейротизма и интровертным типом личности. Следовательно, согласно теориям о высшей нервной деятельности, женщины с диагнозом «хронический панкреатит» могут быть более склонны к негативным эмоциональным состояниям. Полученные результаты исследования типа темперамента женщин с диагнозом «хронический панкреатит» подтверждаются ранее проведенными исследованиями [95].

Тревожность как состояние личности больных хроническим панкреатитом можно рассматривать как один из основных психологических механизмов, влияющих на отягощение хронического заболевания [9]. В связи с чем авторы исследования изучали тревожные состояния у пациентов с хроническим панкреатитом.

На рисунке 9 наглядно представлено соотношение результатов психологической диагностики ситуативной тревожности женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и женщин из числа родственниц.

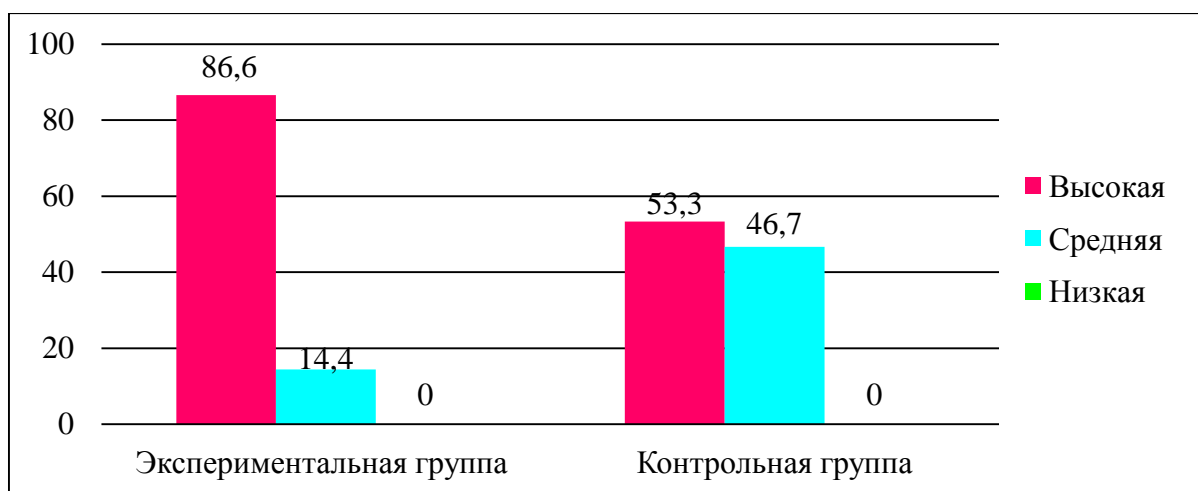


Рисунок 9 – Соотношение результатов диагностики ситуативной тревожности женщин с диагнозом «хронический панкреатит» в исследованных группах

Как представлено на рисунке 9, у подавляющего большинства (86,6 %) женщин с диагнозом хронический панкреатит и более половины (53,3 %) женщин из числа родственников, посещающих больных во время стационарного лечения, определяется высокий уровень значения ситуативной тревожности – тревожность как состояние личности. Срединный уровень значения выявлен у 13,3 % участниц экспериментальной и 46,7 % контрольной группы исследования. Необходимо выделить что, как у больных, так и здоровых женщин не определяется низкий уровень тревожных состояний во время пребывания в стационаре [70].

Срединный уровень значения баллов по шкале ситуативной тревожности испытуемых экспериментальной и контрольной группы исследования представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Уровень значимости F-критерия Фишера, сравнения средних значений уровня тревожности экспериментальной и контрольной группы

Показатели	Первая группа	Вторая группа	F	P
	среднее значение и стандартное отклонение			
Уровень тревожность как состояние личности	50,27 ± 4,13	45,73 ± 8,14	3,695	0,067
Уровень тревожность как свойство личности	56,27 ± 6,22	43,80 ± 6,86	27,120	0,000**
Примечание – различия значимы на уровне $p \leq 0,01^{**}$; различия значимы на уровне $p \leq 0,05^*$.				

При проверке гипотезы о том, что существуют статистически значимые различия в уровне ситуативной тревожности участниц исследования, выявлено: как представлено в таблице 2 по F-критерию Фишера, значимых статистических различий между женщинами с диагнозом «хронический панкреатит» и здоровыми женщинами из числа родственников ($F = 3,695$; при $p \leq 0,05$) не выявляется.

Можно сделать вывод о том, что пребывание в стационаре одинаково фрустрационно воспринимают как сами больные женщины с диагнозом «хронический панкреатит», так и здоровые женщины из числа посещающих

родственников во время стационарного лечения. Влияние общего стрессового фактора, пребывание в стационаре (больнице), неопределенность и неизвестность исхода течения заболевания негативно влияют на эмоциональное состояние испытуемых.

Семья как самое близкое социальное окружение больного человека дает ему внимание и заботу, что имеет высокую значимость во время лечения и выздоровления. Так как пациент – это условно «изменённая и сложная личность», он требует особого подхода от членов семьи, что со временем может повлиять на психологическое здоровье не только больного человека, но также и на ухаживающего члена семьи за больным близким человеком [80].

На рисунке 10 представлено соотношение уровня личностной тревожности участниц экспериментальной и контрольной групп.

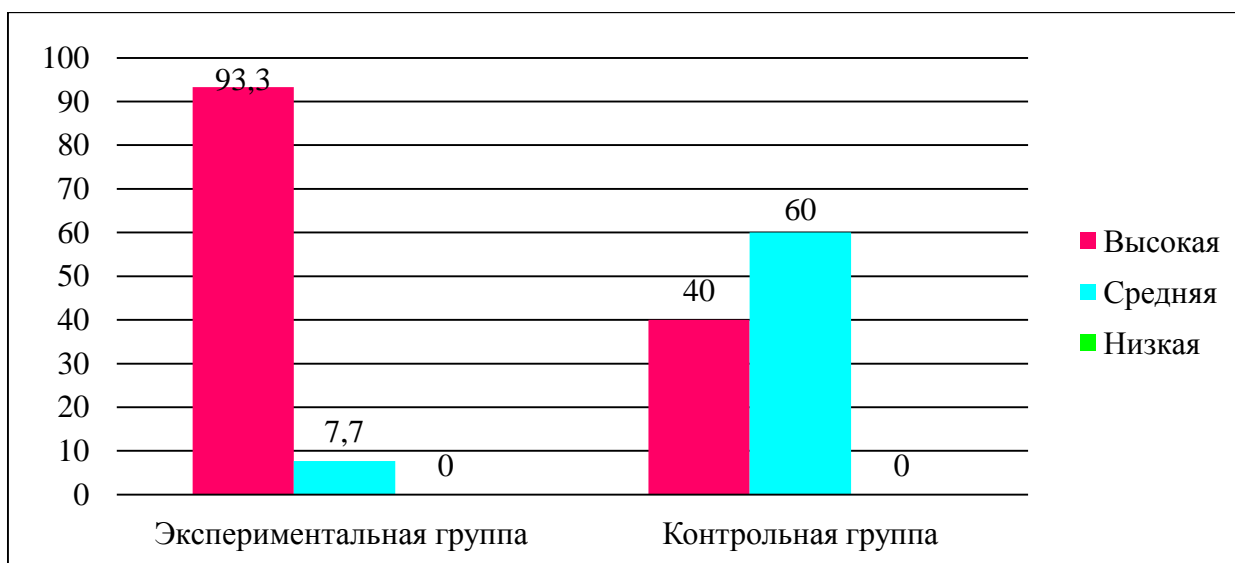


Рисунок 10 – Сравнение уровня ситуативной тревожности в исследованных группах (%)

Далее мы исследовали тревожность как свойство личности больных с диагнозом «хронический панкреатит». Так как ранее проведенные исследования утверждали, что у людей с заболеваниями поджелудочной железы тревожность является личностным свойством [9, 84], авторы

исследования подвергли проверке данное утверждение. Результаты изучения личностной тревожности представлены на рисунке 10.

Согласно данным, у подавляющего большинства (93,3 %) женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и 40 % женщин из числа родственников, посещающих больных во время стационарного лечения, определяется высокий уровень тревожности как свойства личности – личностная тревожность. Срединный уровень выявлен только у 7,7 % экспериментальной группы и больше половины (60 %) женщин контрольной группы исследования. Низкий уровень значения баллов личностной тревожности в испытуемых группах не выявлен [70].

Срединный уровень значения баллов по шкале личностной тревожности испытуемых экспериментальной и контрольной группы представлен в таблице 2.

Согласно F-критерию Фишера, определяются значимые статистические различия уровня тревожности как свойства личности между женщинами с диагнозом «хронический панкреатит» и здоровыми женщинами ($F = 27,120$; при $p \leq 0,001$). Это может говорить о том, что у женщин экспериментальной группы исследования выше уровень личностной тревожности при сравнении с участницами контрольной группы. Возможно, вследствие длительного течения хронического заболевания, изменяются личностные свойства больного человека, что негативно сказывается на их эмоциональном состоянии.

Состояние болезни меняет не только соматические показатели, но также влияет и на психологические показатели здоровья человека. На уровень здоровья, в том числе и психологического, особую значимость имеет влияние психологического состояния человека. Следовательно, отдельные показатели такие, как телесные, психологические и социальные мы должны рассматривать целостно как совокупность составляющих здоровья человека [79].

В.А. Ананьев в своей книге «Основы психологии здоровья» отметил, что нельзя изучать телесные проявления без психологических или психологические без телесных. Проблема соотношения психологических и соматических проявлений является неотъемлемой частью целостного подхода к человеку. У больных людей часто с тревожными состояниями детерминируют проявления депрессивных состояний, и они влияют на общий уровень психологического здоровья человека [3].

Далее исследованы проявления депрессивных состояний у женщин экспериментальной и контрольной группы.

На рисунке 11 представлено процентное соотношение результатов психологической диагностики уровня депрессии участниц исследования.

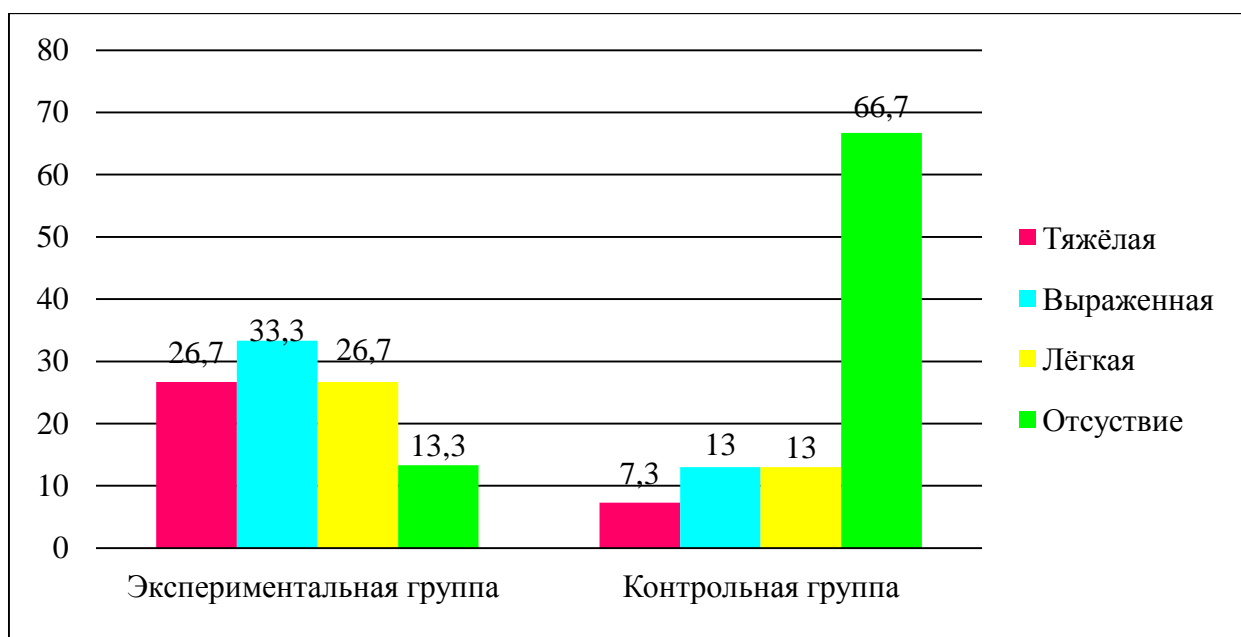


Рисунок 11 – Процентное соотношение депрессивных проявлений в исследованных группах

Согласно данным рисунка 11, у 26,7 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и 7,3 % здоровых женщин из числа родственниц, посещающих больных, выявлены признаки тяжёлой депрессии. Выраженная, у 33,3 % экспериментальной и 13 % контрольной группы. У 26,7 % больных и 13 % здоровых женщин определены признаки лёгких депрессивных

проявлений. Только у 13,3 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и у большинства (66,7 %) здоровых женщин отсутствовали признаки проявления депрессивных состояний.

Срединный уровень значения баллов по шкале определения уровня депрессивных проявлений у женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и здоровых женщин из числа родственниц, посещающих больных во время стационарного лечения представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Уровень значимости F-критерия Фишера, сравнения средних значений уровня депрессии экспериментальной и контрольной группы

Показатели	Первая группа	Вторая группа	F	P
	среднее значение и стандартное отклонение			
Депрессивные проявления	22,53 ± 11,5	9,53 ± 10,3	10,539	0,003*
Когнитивно-аффективные депрессивные проявления	11,40 ± 6,85	4,86 ± 5,93	8,697	0,006*
Соматические (маскирование) депрессивные проявления	10,44 ± 3,70	4,66 ± 4,56	7,365	0,011*
Примечание – различия значимы на уровне $p \leq 0,01$ **; различия значимы на уровне $p \leq 0,05$ *.				

Согласно F-критерия Фишера, как представлено в таблице 3, значимые статистические различия в уровне депрессивных проявлений между женщинами с диагнозом «хронический панкреатит» и здоровыми женщинами ($F = 10,539$; при $p \leq 0,001$) определяются. Уровень депрессии выше у больных женщин с заболеваниями поджелудочной железы, при сравнении со здоровыми женщинами. Возможно, из-за опасения за свою жизнь, сохранения своего здоровья во время стационарного лечения (длительного лечения хронического заболевания, которое сопровождается острой болью во время обострения заболевания) эмоциональное состояние у больных женщин усугубляется, со временем могут развиваться депрессивные состояния (апатия, подавленное настроение, пассивность, негативные мысли, изменение аппетита, нарушения сна, соматические боли).

Давно известен факт, что эмоции изменяют целый ряд физиологических процессов в организме, и выявлена тесная связь между процессами в нервной системе и органами пищеварения.

Как пишет М.Ф. Секач, для формирования психологически здоровой и устойчивой личности, как особенного субъективного состояния, нужно устойчиво управлять эмоциями, что исключительно важно для соматических пациентов. Для выполнения человеком намеченных целей нужно рассмотреть здоровье как оптимальную предпосылку [55].

Далее представлены результаты исследования «когнитивно-аффективных проявлений депрессии» в испытуемых группах.

Одно из первых развёрнутых описаний структуры депрессии дал А.Т. Бек, в том числе он дал понятие когнитивно-аффективных проявлений. Под «когнитивно-аффективными» проявлениями депрессии понимается комплекс когнитивных (склонность к самообвинению, низкая самооценка, нерешительность, замедленный темп речи и мышления, отсутствие концентрации внимания) и аффективных (апатия, грусть, ощущение безнадежности, тревожность, чрезмерная чувствительность, сниженная способность получать удовольствия, суицидальные мысли) проявлений депрессии у человека [81, 89].

Пациенты с негативными мыслями трудно сосредотачиваются, негативные представления проявляются в латентной форме и активируются в специфических обстоятельствах (например, в стационаре), могут проявляться как когнитивно-аффективная форма депрессии. Структура депрессии сложная и комплексная, что угнетающе влияет на человека, поскольку депрессивные пациенты со временем утрачивают способность получать удовольствие от жизни. Поэтому когнитивные и аффективные проявления нужно изучать в комплексе.

На рисунке 12 представлено соотношение результатов (средний уровень баллов) по субшкале когнитивно-аффективных проявлений депрессии участниц экспериментальной и контрольной группы.

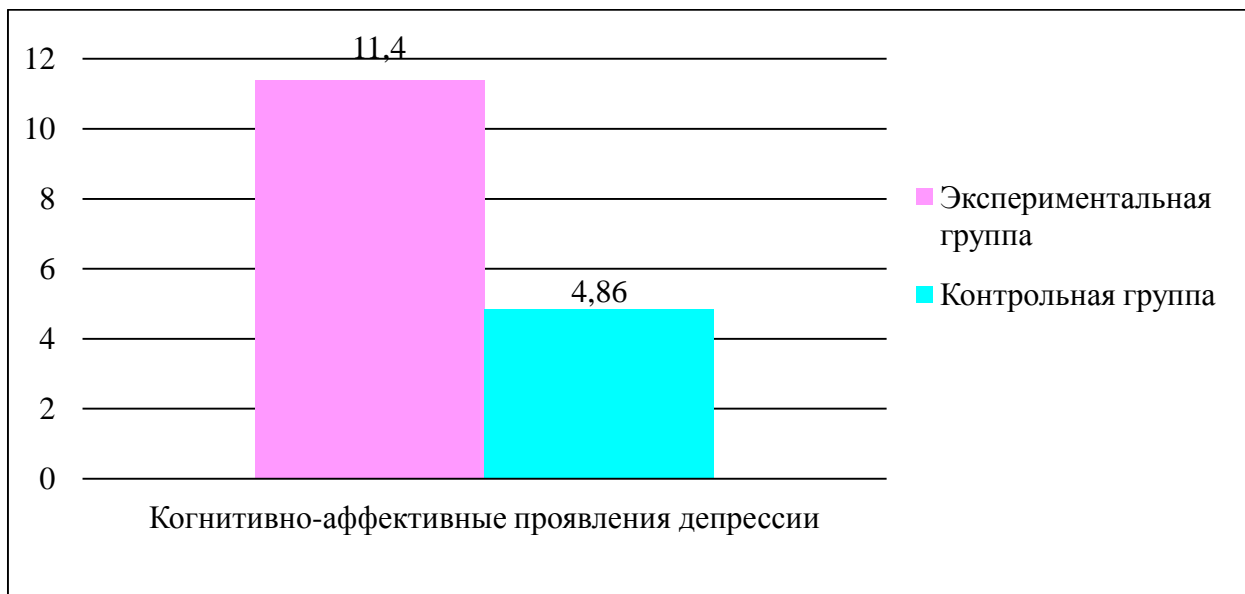


Рисунок 12 – Средний уровень баллов когнитивно-аффективных проявлений депрессии экспериментальной и контрольной группы

На рисунке 12 представлен, средний уровень баллов когнитивно-аффективных проявлений депрессии у женщин с диагнозом «хронический панкреатит», он выше при сравнении со здоровыми женщинами из числа родственниц.

Согласно F-критерия Фишера, как представлено в таблице 3, выявлены значимые статистические различия уровня когнитивно-аффективных проявлений депрессии между женщинами с диагнозом «хронический панкреатит» и здоровыми женщинами ($F = 8,697$; при $p \leq 0,01$).

Результаты психологической диагностики когнитивно-аффективных проявлений депрессии позволяют предположить, что женщины более склонны к когнитивной модели депрессии. По А.Т. Беку, данная модель состоит из когнитивной триады паттернов: «негативного отношения пациента к самому себе, собственному опыту и будущему», «когнитивных ошибок – неправильной обработки информации» и «схемы – одинакового истолкования однотипной информации» [19]. У больных женщин наблюдалась данная когнитивная модель.

Соматические проявления депрессии – маскирование симптомов под телесные правления (изменение аппетита, потеря веса, нарушение работы желудочно-кишечного тракта, плохой сон, тахикардия, нарушение работы эндокринной системы и другие проявления).

Далее мы рассмотрели соотношение результатов (средний уровень баллов) по субшкале соматических проявлений депрессии участниц экспериментальной и контрольной группы – рисунок 13.

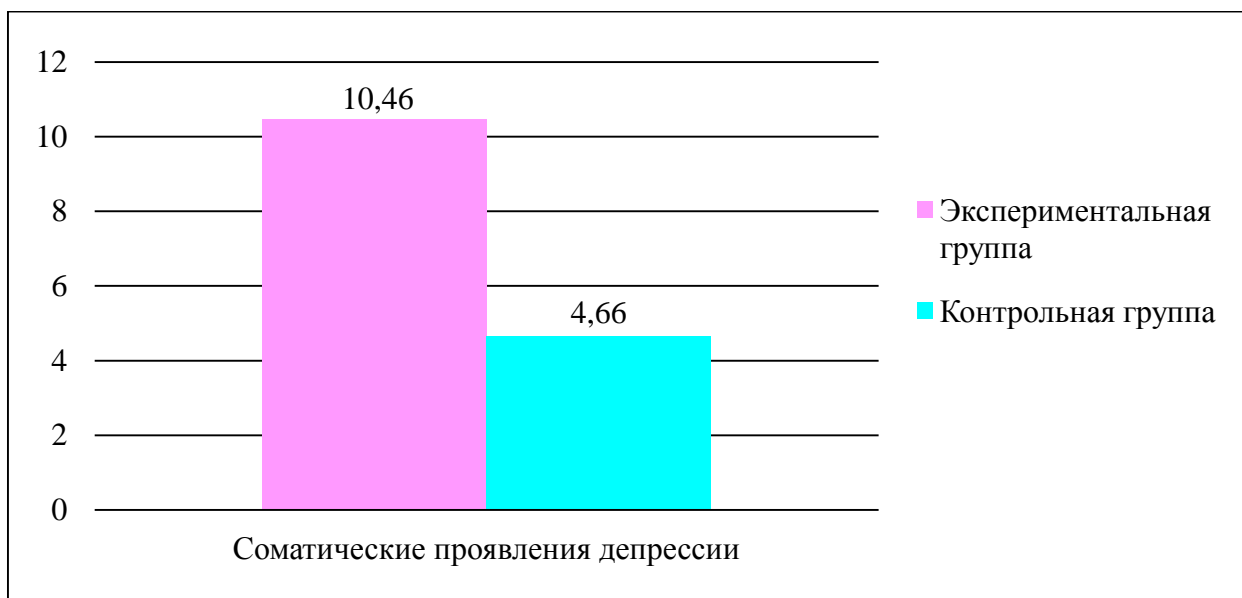


Рисунок 13 – Средний уровень баллов соматических проявлений депрессии в экспериментальной и контрольной группах

Как видно из рисунка 13, средний уровень баллов соматических проявлений депрессии женщин с диагнозом «хронический панкреатит» выше, при сравнении со здоровыми женщинами из числа родственниц, посещающих больных во время стационарного лечения.

По данным таблицы 3, применением F-критерия Фишера выявлены значимые различия в уровне значения соматических проявлений депрессии между женщинами с диагнозом «хронический панкреатит» и здоровыми женщинами из числа родственников, посещающих больных ($F = 8,699$; при

$p \leq 0,01$). Соматические проявления депрессии участниц экспериментальной группы более выражены при сравнении с участницами контрольной группы.

Напрашивается вывод о том, что на достоверном уровне определяется: у женщин с диагнозом «хронический панкреатит» на стационарном лечении выше уровень депрессивных проявлений – когнитивно-аффективных и соматических проявлений депрессии при сравнении со здоровыми женщинами из числа родственниц, посещающих больных. В одинаковой степени могут выявиться как когнитивно-аффективные проявления, так и соматические проявления депрессии во время обострения заболевания.

Автор М.Ф. Секач, в книге «Психология здоровья» пишет, что: эмоции как психологический процесс находятся в органическом единстве с потребностями и соответствующими психофизиологическими и физиологическими явлениями [55].

Исходя из данного утверждения и теорий, которых рассмотрена взаимосвязь типа высшей нервной деятельности и эмоционального состояния, мы соотнесли результаты исследования степени выражения нейротизма с эмоциональным состоянием – уровнем ситуативной и личностной тревожности и депрессии у участниц исследования. Так как высокий показатель нейротизма характеризуется выраженной эмоциональной нестабильностью, полагаем возможным предположить, что уровень тревожности и депрессии будет выше именно у женщин с высоким показателем нейротизма. Низкий соответственно у женщин с низким показателем. В работе мы подвергли данную гипотезу проверке.

На рисунке 14 представлен степень выражения ситуативной тревожности с уровнем нейротизма у участниц исследования.

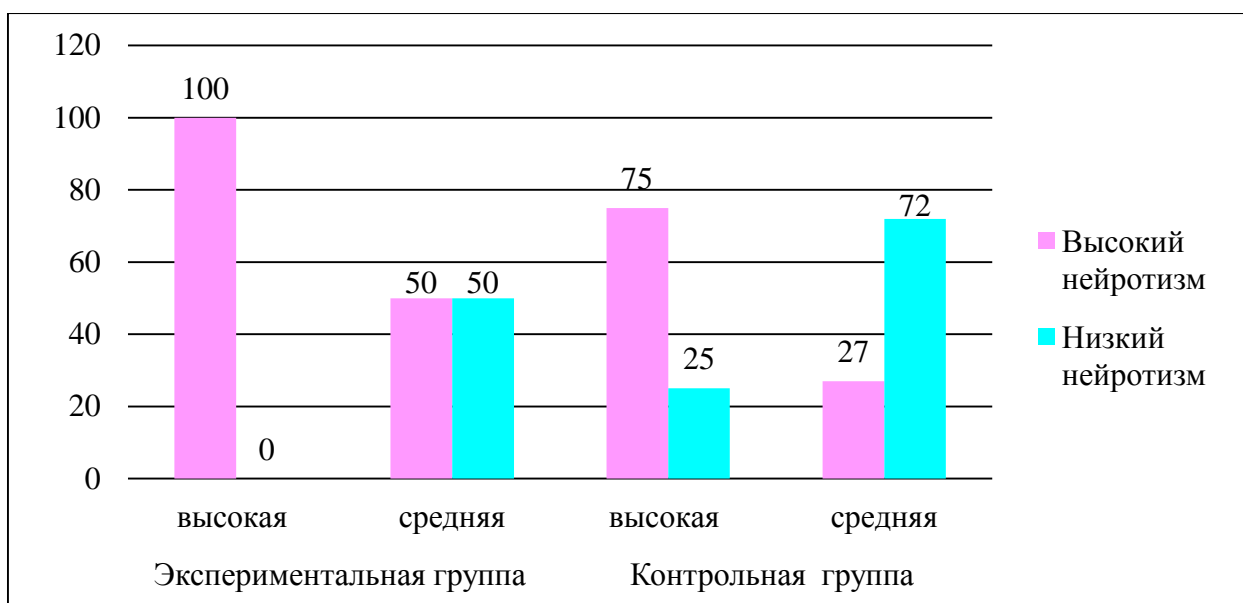


Рисунок 14 – Степень выраженности ситуативной тревожности и уровень нейротизма участниц исследования

Согласно представленным на рисунке 14 данным, можно сделать вывод: у всех (100 %) женщин экспериментальной группы с высоким показателем нейротизма определяется высокий показатель ситуативной тревожности. А у 50 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» с низким показателем нейротизма определяется высокий уровень тревожности, такой же процент (50 %) больных женщин – средний уровень ситуативной тревожности.

У женщин контрольной группы, при сравнении с результатами экспериментальной группы, наблюдаются различия. У здоровых женщин из числа родственниц с высоким показателем нейротизма у 75 % определяется высокий показатель ситуативной тревожности и у 25 % – средний уровень значения по данной шкале. С низким показателем нейротизма – 27 % высокий, и у 73 % – средний уровень значения ситуативной тревожности у участниц контрольной группы.

На рисунке 15 представлена степень выражения личностной тревожности с уровнем нейротизма у участниц исследования.

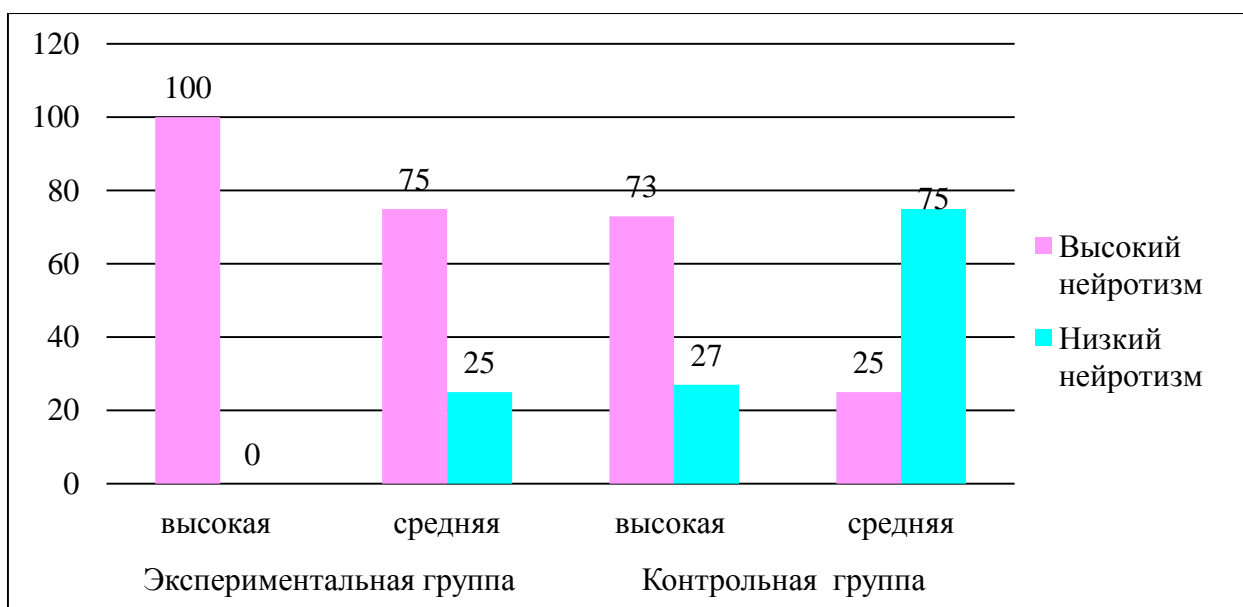


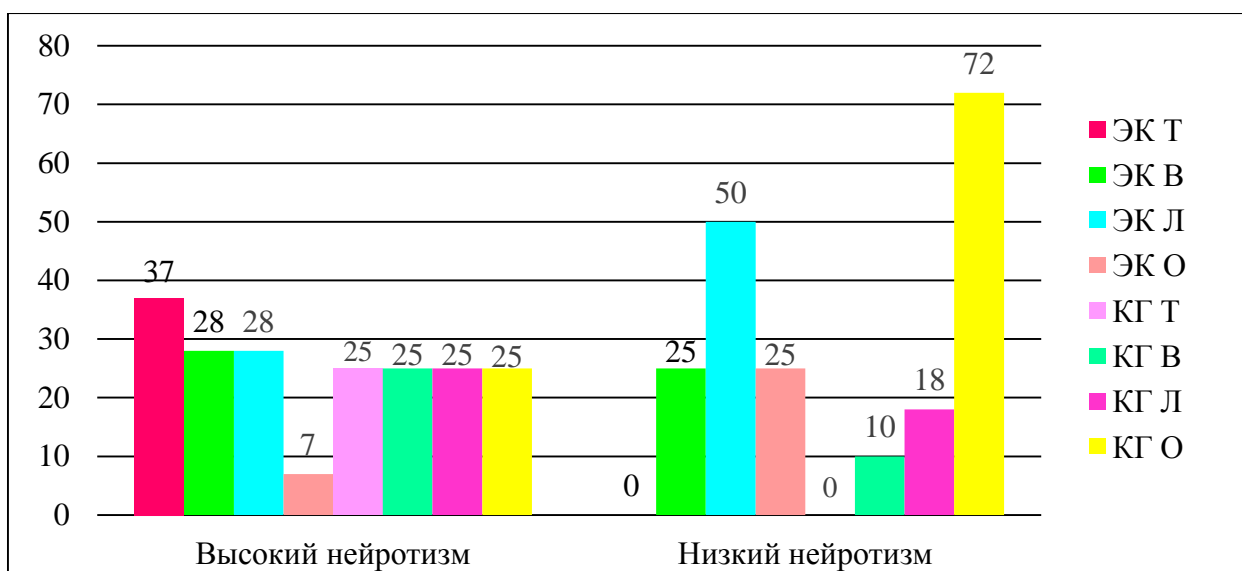
Рисунок 15 – Степень выражения личностной тревожности с уровнем нейротизма участниц исследования

Согласно данным рисунка 15, у всех (100 %) женщин с диагнозом «хронический панкреатит» с высоким показателем нейротизма определяется высокий показатель личностной тревожности. У 75 % женщин данной группы, с высоким показателем нейротизма, определяется средний уровень личностной тревожности, и у 25 % больных женщин – средний уровень ситуативной тревожности с низким нейротизмом.

У женщин контрольной группы, с высоким уровнем нейротизма, у 73 % определяется высокий показатель личностной тревожности и у 27 % – средний уровень. С низким показателем нейротизма – 25 % высокий, и у 75 % – средний уровень значения личностной тревожности у женщин из числа родственниц, посещающих больных во время стационарного лечения.

Согласно полученным данным по соотношению уровня нейротизма с личностной и ситуативной тревожностью можно определить, что у женщин с высоким уровнем нейротизма определяется и высокий уровень тревожности.

На рисунке 16 представлена степень выражения депрессивных проявлений с уровнем нейротизма у участниц исследования.



Обозначения: ЭК – экспериментальная группа, КГ – контрольная группа, Т – тяжелая депрессия, В – выраженная депрессия, Л – легкая депрессия, О – отсутствует депрессия.

Рисунок 16 – Степень выражения депрессивных проявлений с уровнем нейротизма у участниц исследования

Изучением уровня нейротизма от степени выражения депрессивных проявлений экспериментальной группы, определяется: как видно из рисунка 16, у 65 % участниц экспериментальной группы с высоким показателем нейротизма выявляются признаки тяжёлой и выраженной депрессии, у 28 % – легкие депрессивные состояния и только у 7 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» с высоким уровнем нейротизма отсутствуют признаки депрессии.

У женщин с диагнозом «хронический панкреатит» с низким показателем нейротизма отсутствуют признаки тяжёлой депрессии, у 25 % обнаружена выраженность признаков проявления и у 50 % наблюдаются легкие признаки депрессивных состояний. У 25 % женщин с низким показателем нейротизма отсутствуют признаки проявления депрессивных состояний.

Результаты контрольной группы показали: у 50 % участниц с высоким показателем нейротизма выявлены признаки тяжелой и выраженной депрессии, у 25 % легкая, и такой же процент здоровых женщин (25 %) не определяются признаки депрессивных состояний.

У испытуемых контрольной группы с низким показателем нейротизма получен следующий результат: только у 10 % выявлены выраженные депрессивные проявления, у 18 % – легкая депрессия. У 7 % здоровых женщин, с низким показателем нейротизма, не определяются признаки депрессивных состояний.

Полученные результаты исследования степени выраженности ситуативной и личностной тревожности и депрессивных проявлений с уровнем нейротизма (эмоциональной стабильности и нестабильности) женщин экспериментальной и контрольной группы позволяют сделать вывод: сравнением результатов выявлено, что у женщин с диагнозом «хронический панкреатит», с высоким значением нейротизма, наблюдаются высокие значения ситуативной и личностной тревожности – у всех женщин, а также признаки тяжелой и выраженной депрессии, что соответствует теории Г.Ю. Айзенка об эмоциональной стабильности, высокий показатель нейротизма – эмоциональная нестабильность [64, 91].

Согласно данным проведённой психологической диагностики психоэмоционального состояния можно заключить, что большинство женщин с диагнозом «хронический панкреатит» меланхолического типа темперамента, с высоким уровнем нейротизма, с выраженными тревожными проявлениями и склонные к депрессивным состояниям. Данное наблюдение позволяет предположить, что женщины с диагнозом «хронический панкреатит» отличаются высокой эмоциональной чувствительностью, и они склонны к внутреннему страданию (интроверсии). Внешне слабо или совсем не «отреагированные» эмоции могут привести к астенизации и дисфункции в работе организма, что возможно ведет к формированию соматического заболевания – «хронический панкреатит».

Отечественные ученые С.С Корсаков, И.А. Сикорский, А.А. Ананьев, Г.С. Никифоров писали о том, что для сохранения психологического здоровья большое значение имеют навыки питания человека [3, 32, 42].

По медицинской классификации факторов риска возникновения панкреатитов – многофакторная классификация M-ANNHEIM, из восьми факторов нужно выделить фактор Nutrition – пищевые факторы [100].

Далее мы исследовали пищевые предпочтения женщин с диагнозом «хронический панкреатит». На рисунке 17 представлены данные по шкале «диеты».

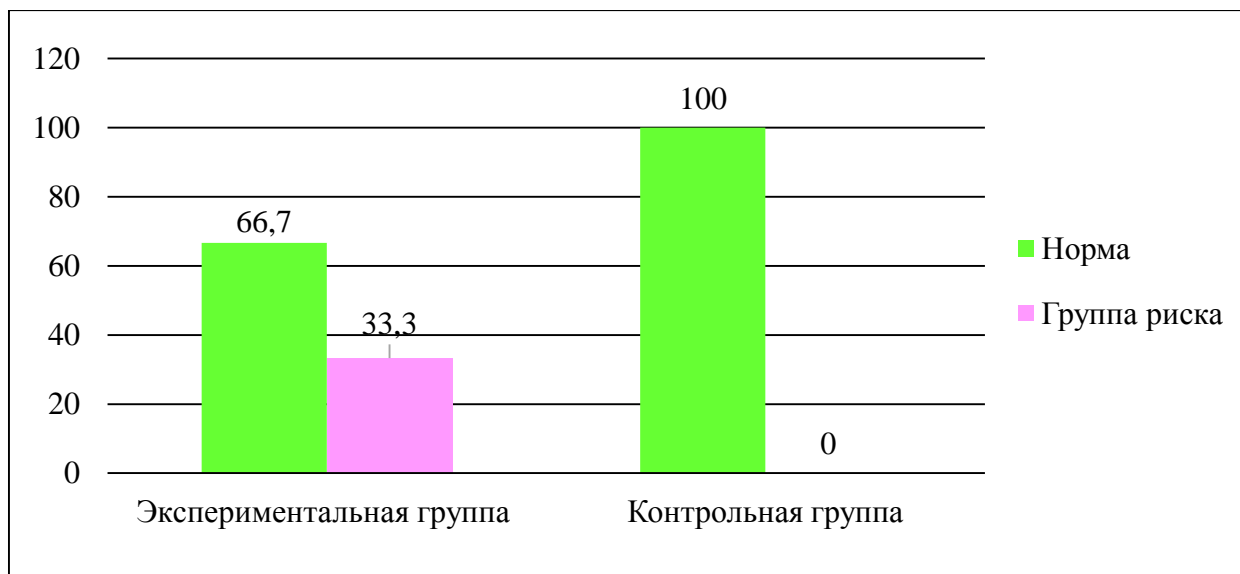


Рисунок 17 – Соотношение результатов по шкале «диетический режим питания» в исследованных группах

Полученные результаты по скрининг-методике согласно данным рисунка 17, показали следующее: у больше половины (66,7 %) женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и у всех (100 %) здоровых женщин из числа родственниц, посещающих больных во время стационарного лечения, по шкале «диеты» уровень баллов в пределах нормы (≤ 10 баллов). Однако 33,3 % женщин экспериментальной группы исследования вошли в группу риска по шкале «диеты» (уровень значения баллов ≥ 10 баллов).

Необходимо отметить, что при обострении заболевания во время стационарного лечения пациентам резко ограничивается рацион питания и рекомендуются дробное питание (частые приёмы пищи) – порции в

небольшом объёме. Ограничения в питании нужно соблюдать постоянно [57].

Авторы скрининг-методики шкалу «диетический режим питания» интерпретируют, как «диетические ограничения» в питании – соблюдение диетологического режима питания и избегание приемов полноценного питания. Первоначально методики была разработана для больных нервной анорексией, далее была адаптирована, в том числе для соматических пациентов [58].

Таблица 4 – Уровень значимости F-критерия Фишера, сравнения средних значений по скрининг-методике экспериментальной и контрольной группы

Показатели	Первая группа	Вторая группа	F	P
	среднее значение и стандартное отклонение			
Диетический режим питания	6,80 ± 5,41	2,33 ± 2,25	13,421	0,001**
Пищевая озабоченность	2,80 ± 2,80	1,13 ± 1,13	5,496	0,020*
Оральный контроль приема пищи	4,40 ± 3,68	1,46 ± 1,46	7,785	0,009*
Пищевая дезадаптация	13,80 ± 8,82	4,60 ± 4,08	14,321	0,000**
Примечание – различия значимы на уровне $p \leq 0,01$ ** ; различия значимы на уровне $p \leq 0,05$ *.				

Согласно данным таблицы 4 по F-критерию Фишера, были выявлены значимые статистические различия в значениях по «шкале диеты» между женщинами с диагнозом «хронический панкреатит» и здоровыми женщинами из числа родственниц ($F = 13,42$; при $p \leq 0,001$). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что участницы экспериментальной группы стараются соблюдать диетический режим питания и ограничивают свой пищевой рацион во время получения стационарного лечения.

Ранее проведенные исследования свидетельствуют о том, что за «маской» навязчивой озабоченности о питании и булимическими проявлениями лежит психологическая причина, часто негативные эмоциональные состояния – тревожность и депрессия [40].

На рисунке 18 представлено процентное соотношение значений по шкале «булимии и пищевой озабоченности» по скрининг-методике участниц экспериментальной и контрольной группы.

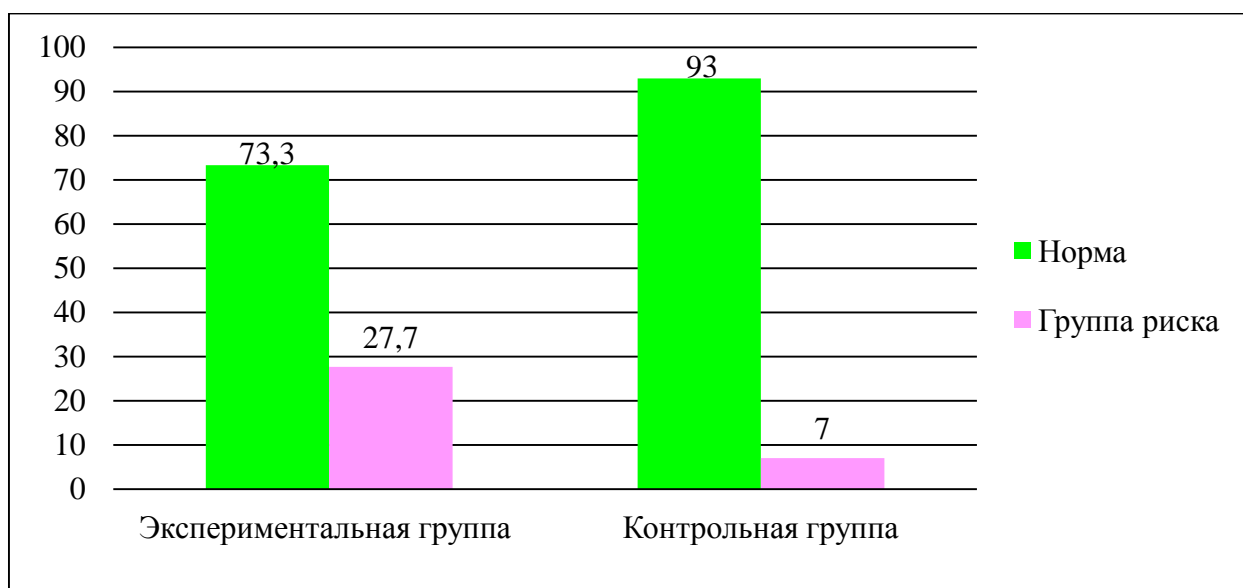


Рисунок 18 – Соотношение результатов по шкале «пищевой озабоченности» в исследованных группах

Как показано на рисунке 18, у подавляющего большинства женщин экспериментальной (73,3 %) и контрольной (93 %) группы уровень значения баллов по шкале «пищевой озабоченности» в пределах нормы (≤ 5 баллов). 27,7 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и 7 % здоровых женщин вошли в группу «риска» (≥ 5 баллов).

Согласно данным таблицы 4 по F-критерию Фишера, статистические значимые различия в уровне значения баллов по шкале «пищевой озабоченности» между женщинами с диагнозом «хронический панкреатит» и женщинами из числа родственниц ($F = 5,496$; при $p \leq 0,05$), определяются.

Требуется разъяснить шкалу «пищевой озабоченности», интерпретируется как навязчивые мысли о еде – озабоченность питанием, и/или человека могут преследовать «отражающие» мысли о еде. Также могут наблюдаться булимические проявления – процедуры «очищения» (самоинициативный прием слабительных или диуретических лекарств без назначения врачом) после избыточного приема пищи [25, 58, 93].

Далее на рисунке 19 представлено соотношение значений по шкале «контроля приёма пищи» в исследуемых группах.

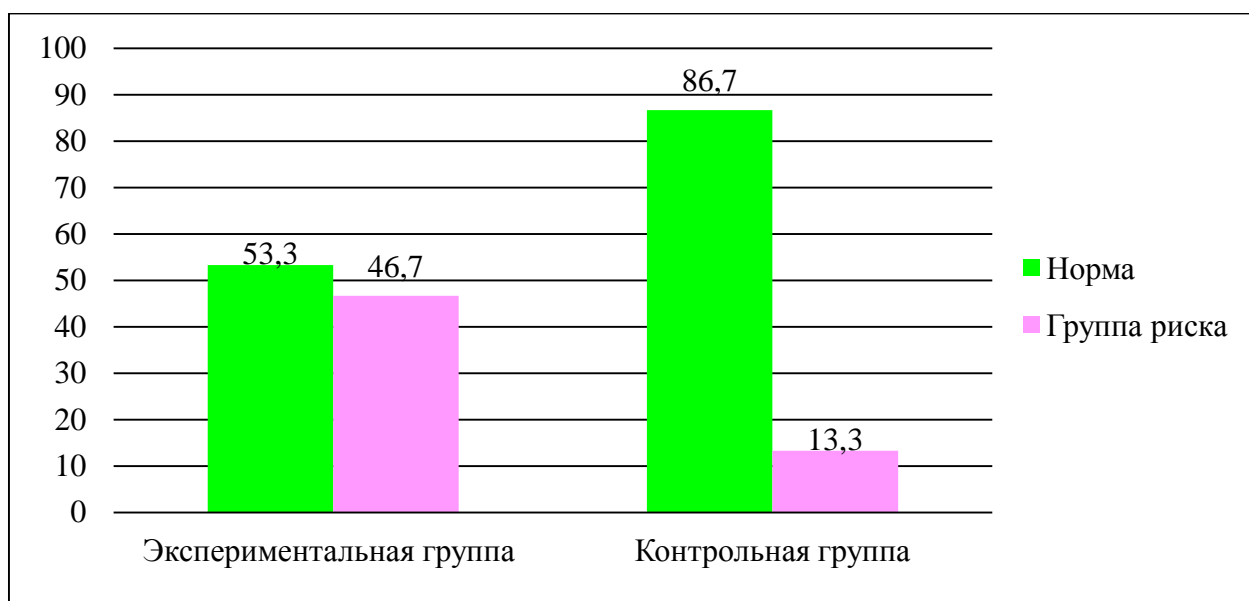


Рисунок 19 – Соотношение результатов по шкале «оральный контроль приёма пищи» в исследованных группах

Согласно авторам скрининг-методики, шкалу «контроля приёма пищи» можно трактовать как шкалу орального контроля приема пищи (самоконтроль в отношении еды). Человек контролирует количество принятой пищи [58].

Исходя из данных рисунка 19, у половины (53,3 %) женщин экспериментальной и большинства (86,7 %) контрольной группы уровень баллов по шкале «контроля приёма пищи» в пределах нормы (≤ 5 баллов). Однако, 46,7 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и 13,3 % здоровых женщин вошли в группу «риска» по данной шкале (≥ 5 баллов).

Согласно представленным данным таблицы 4 по критерию F-Фишера, определены значимые статистические различия в уровне значения баллов шкалы «контроля приёма пищи» между больными женщинами с диагнозом «хронический панкреатит» и здоровыми женщинами из числа родственниц, посещающих больных ($F = 7,785$; при $p \leq 0,001$).

Исходя из полученных результатов по шкале «контроля приёма пищи», можно сделать вывод о том, что больные женщины стараются контролировать свой режим питания во время лечения в стационаре. Возможно, они опасаются острой боли в области поджелудочной железы, которая усиливается после приема пищи во время обострения заболевания.

Как пишет Г.С. Никифоров, для достижения психического здоровья необходимо заботиться о «внутренней среде», которая состоит из «чистых мыслей», «чистых поступков», «чистой пищи» [42]. Из чего следует, что нужен комплексный подход при психологическом исследовании, чем мы и руководились в нашей работе.

Далее рассматриваем шкалу «дезадаптивных пищевых предпочтений», предназначенную для скрининговой оценки дезадаптации в питании (трудности в адаптации пищевого режима, согласно рекомендованной диете врачом) у больных людей. Дезадаптация в пищевом режиме со временем может привести к нарушениям пищевого поведения и к серьезным последствиям в соматическом и психологическом здоровье.

На рисунке 20 представлены результаты сравнения по шкале «дезадаптивных пищевых предпочтений» по скрининг-методике у участниц экспериментальной и контрольной группы исследования.

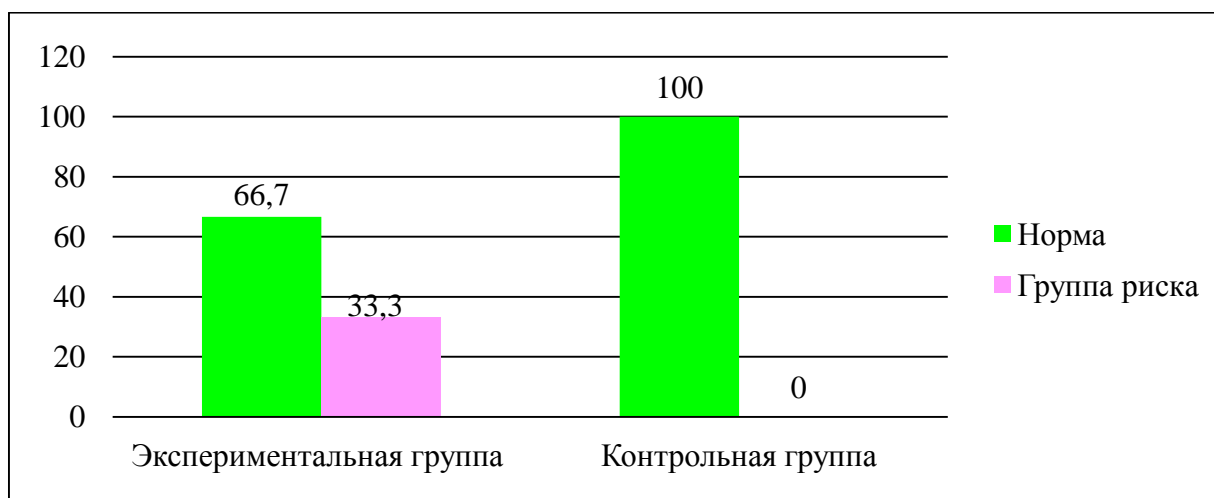


Рисунок 20 – Соотношение результатов по шкале «дезадаптивных пищевых предпочтений» в исследованных группах

Исходя из данных рисунка 20, у 66,7 % женщин с диагнозом «хронический панкреатит» и у всех здоровых женщин из числа родственниц, посещающих больных во время стационарного лечения, результаты по шкале «дезадаптивных пищевых предпочтений» в пределах нормы (≤ 20 баллов). Впрочем, 33,3 % женщин экспериментальной группы вошли в группу «риска» ($20 \geq$ баллов), что может свидетельствует о том, что у них наблюдаются признаки дезадаптивного пищевого поведения. Больным женщинам трудно адаптироваться и следовать рекомендациям по режиму питания, назначенному врачом гастроэнтерологом.

По данным таблицы 4, между участницами экспериментальной и контрольной группы определяются значимые статистические различия ($F = 14,321$; при $p \leq 0,001$), что может свидетельствовать о том, что у женщин с диагнозом «хронический панкреатит» более выражены дезадаптации в пищевом режиме и они более склонны к нарушениям режима питания при сравнении со здоровыми женщинами.

Таким образом, результаты исследования по скрининг-методике «Опросника для исследования пищевого предпочтения» позволяют заключить: по всем шкалам («диетический режим питания», «пищевая озабоченность», «оральный контроль приёма пищи» и шкале «дезадаптивных пищевых предпочтений») определяются значимые статистические различия между больными и здоровыми женщинами по перечисленным показателям. Следовательно, можно сделать вывод о том, что женщинам с диагнозом «хронический панкреатит» сложно следовать рекомендованному режиму питания, назначенному врачом-гастроэнтерологом, однако женщины стараются контролировать режим питания во время стационарного лечения.

Далее в работе мы провели корреляционный анализ для выявления корреляционных взаимосвязей исследуемых показателей (на примере показателей женщин с диагнозом «хронический панкреатит» во время стационарного лечения). В работе применялся непараметрический коэффициент корреляции r_s -Спирмена. Выбор коэффициента r_s -Спирмена

обусловлен тем, что выборка немногочисленна, и данный метод позволяет более корректно показать взаимосвязи на малой выборке. Корреляционный анализ состоялся из четырёх этапов (корреляционная матрица представлена в таблице Б.1):

Корреляционный анализ взаимосвязи показателя эмоциональных состояний показал следующее: с надежностью 95 % можно утверждать, что показатель «ситуативная тревожность» остается без изменений, если показатели «личностная тревожность», «общая депрессия», «когнитивно-аффективные проявления депрессии», «соматические проявления депрессии» изменяются, равно, как и изменение уровня ситуативной тревожности не влечет изменений уровня ни одного из этих показателей.

Показатель «личностной тревожности» имеет среднюю прямую положительную корреляционную связь с показателем «депрессия» ($r_s = 0,529$; $p < 0,05$). Чем выше уровень личностной тревожности (тревожности как свойства личности), тем больше усиливаются проявления депрессивных состояний у женщин с диагнозом «хронический панкреатит» во время стационарного лечения.

Показатель «личностная тревожность» также имеет значимую среднюю прямую корреляционную взаимосвязь с показателями «когнитивно-аффективных проявлений депрессии» ($r_s = 0,512$; $p < 0,05$) с «соматическими проявлениями депрессии» ($r_s = 0,492$; $p < 0,05$). Иными словами, чем выше уровень личностной тревожности, тем более выражены когнитивно-аффективные проявления и соматические проявления депрессии (маскированная депрессия под телесными симптомами) у женщин с диагнозом «хронический панкреатит» во время прохождения стационарного лечения.

По показателю «когнитивно-аффективных» проявлений депрессии установлена значимая средняя прямая корреляционная связь с показателем «соматические проявления депрессии» ($r_s = 0,476$; $p < 0,05$). Степень соматических проявлений усиливается с возрастанием когнитивно-

аффективных проявлений депрессии. Можно предположить, что негативные мысли (размышление о болезни) могут усиливать телесные проявления болезненных ощущений. Так как во время стационарного лечения усиливается чувство неопределённости и неизвестности исхода заболевания, это может привести к выраженным когнитивным и аффективным проявлениям у больных женщин.

По корреляционному анализу взаимосвязи внутри показателя пищевых предпочтений определяется следующее: показатель «дезадаптивных пищевых предпочтений» имеет сильную значимую прямую корреляционную связь с показателем «диетический режим питания» ($r_s = 0,943$; $p < 0,05$). У больных женщин, старающихся соблюдать диетический режим питания, выше риск к дезадаптивным пищевым предпочтениям во время стационарного лечения.

Также с показателем «дезадаптивных пищевых предпочтений» обнаружена средняя значимая прямая взаимосвязь с показателями «пищевой озабоченности» ($r_s = 0,529$; $p < 0,05$), и «оральным контролем приема пищи» ($r_s = 0,651$; $p < 0,05$). При нарастании признаков пищевой озабоченности, отражающих мысли о еде и орального контроля приема пищи, увеличивается риск дезадаптивного пищевого поведения, которое со временем может привести к нарушению пищевого поведения у женщин с хроническими заболеваниями поджелудочной железы.

Показатель «диетический режим питания» имеет среднюю значимую прямую корреляционную связь с показателями «пищевой озабоченности» ($r_s = 0,634$; $p < 0,05$) и «контролем приема пищи» ($r_s = 0,457$; $p < 0,05$). Это может говорить о том, с возрастанием признака озабоченности диетическим режимом питания повышаются признаки избегания полноценных приемов пищи и проявлений пищевого контроля с возможными булимическими проявлениями.

Корреляционный анализ взаимосвязи показателей эмоционального состояния и пищевых предпочтений показал следующее: показатель

«ситуативной тревожности» имеет обратную слабую корреляционную связь с показателем «диетический режим питания» ($r_s = -0,411$; $p < 0,05$) и «дезадаптивными пищевыми предпочтениями» ($r_s = -0,379$; $p < 0,05$) [73]. Признаки ситуативной тревожности снижаются при соблюдении диетического режима питания во время стационарного лечения, но при этом одновременно возрастает риск появления дезадаптивных пищевых предпочтений. Употребление противопоказанной пищи (жирной, кислой, соленой) у людей с диагнозом «хронический панкреатит» способствует снижению уровня негативных эмоциональных состояний.

С надежностью 95 % можно утверждать, что показатель «ситуативной тревожности» остается без изменений, если показатели «пищевой озабоченности», «контроля приема пищи» изменяются, равно, как и изменение уровня ситуативной тревожности не влечет изменение уровня ни одного из перечисленных показателей.

Показатель «депрессия» имеет значимую прямую среднюю взаимосвязь с показателем «пищевой озабоченности» ($r_s = 0,476$; $p < 0,05$). Чем выше уровень депрессивных состояний у женщин с хроническим панкреатитом, тем сильнее проявляются признаки пищевой озабоченности с возможными булимическими проявлениями. Больные женщины для редукации негативного эмоционального состояния «прибегают» к употреблению продуктов питания, которые не рекомендуются людям с заболеваниями поджелудочной железы. Это и говорит о том, что при нарастании признаков депрессии увеличивается степень пищевой озабоченности.

Также существует (при надежности 90 %) средняя прямая корреляционная связь показателя «когнитивно-аффективные проявления депрессии» с показателем «пищевой озабоченности» ($r_s = 0,483$; $p < 0,05$). С нарастанием когнитивных и/или аффективных проявлений депрессии могут усиливаться признаки озабоченности приемами пищи и беспокойством по поводу питания у больных женщин с диагнозом «хронический панкреатит».

Дополнительно был поведен корреляционный анализ показателя «нейротизма» с показателями «ситуативная тревожность», «личностная тревожность», «общая депрессия», «когнитивно-аффективные проявления депрессии», «соматические проявления депрессии», «диетический режим питания», «пищевая озабоченность», «оральный контроль приема пищи», «дезадаптивные пищевые предпочтения».

В научной литературе описано, что высокий уровня нейротизма может негативно повлиять на соматическое и психологическое состояние. Так, у больных с высоким значением нейротизма могут проявляться эпизодические реакции со стороны желудочно-кишечного тракта на пике эмоционального напряжения [62]. Допустим, в нашем исследовании «пик» эмоционального напряжения – пребывание женщин с диагнозом «хронический панкреатит» на стационарном лечении.

Корреляционный анализ показал: показатель «нейротизма» не изменяется при динамике показателей «ситуативная тревожность», «личностная тревожность», «депрессия», «когнитивно-аффективные проявления депрессии» и «соматические проявления депрессии».

Рассматривая показатель «нейротизм» который имеет значимую сильную прямую корреляционную связь с показателем «контроль приема пищи» ($r_s = 0,805$; $p < 0,001$), полагаем, чем выше показатель нейротизма, тем выше показатель «контроль приема пищи» у женщин с диагнозом «хронический панкреатит».

Показатель «нейротизм» имеет среднюю прямую корреляционную связь с показателем «диетический режим питания» ($r_s = 0,366$; $p < 0,05$) и «дезадаптивных пищевых предпочтений» ($r_s = 0,438$; $p < 0,05$), чем выше показатель нейротизма, возрастают признаки соблюдения диетического режима питания, однако увеличивается риск дезадаптивного пищевого поведения у женщин с заболеванием «хронический панкреатит» во время стационарного лечения.

Исходя из полученных результатов корреляционного анализа эмоционального состояния (тревожность и депрессия) и дезадаптивных пищевых предпочтений у женщин с диагнозом «хронический панкреатит» во время стационарного лечения, можно сделать вывод: при высоком уровне тревожности как свойства личности усиливаются признаки депрессивных состояний, которые могут проявляться стойким подавленным настроением, замедленным движением, негативным мышлением, также усиливаются признаки соматических проявлений депрессии (боли в области поджелудочной железы, нарушение перистальтики кишечника и другие симптомы нарушения в работе желудочно-кишечного тракта). Изменения эмоционального состояния и когнитивных процессов (интегрированность когнитивно-аффективных компонентов) приводит у больных хроническим панкреатитом к озабоченности питанием и проявлениям дезадаптивного пищевого поведения. У больных женщин с диагнозом «хронический панкреатит» во время стационарного лечения наблюдается низкая способность адаптации к рекомендованной диете врачом гастроэнтерологом. Однако признаки ситуативной тревожности снижаются с нарастанием соблюдения диетического режима питания. У женщин с высоким значением нейротизма наблюдается следующее: чем больше больные с диагнозом «хронический панкреатит» стараются соблюдать диететический режим питания, тем больше у них проявляются признаки дезадаптивных пищевых предпочтений во время стационарного лечения.

2.3 Рекомендации и предложения по проведению психологической профилактики гастроэнтерологических заболеваний

По итогам проведенного теоретического и эмпирического исследования психоэмоционального состояния людей с заболеваниями гастроэнтерологического профиля (на примере больных женщин с диагнозом

«хронический панкреатит») во время стационарного лечения было определено следующее:

На сегодняшний день в Российской Федерации нет разработанных протоколов и рекомендаций оказания психологической помощи людям с гастроэнтерологическими заболеваниями. Существуют лишь рекомендации оказания психиатрической помощи при алкогольной этиологии соматического заболевания (хронический панкреатит) с последующим наблюдением психолога.

Из проведенного исследования установлено, что возникает необходимость в психологическом сопровождении людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта во время стационарного лечения. Эмпирическое исследование показало, что также существует необходимость психологического сопровождения родственников больных, посещающих больного близкого человека во время пребывания на стационарном лечении.

Больные в недостаточной степени информированы о влиянии эмоционального состояния на формирование, течение и исход заболевания. Пациентам сложно соблюдать рекомендованный диететический режим питания во время стационарного лечения.

Так как одной из главных проблем направления психологии здоровья выступает сохранение, укрепление, развитие адаптационного потенциала человеческого организма, необходимо смотреть на проблему сохранения соматического здоровья с разных сторон, применяя биопсихосоциальную модель. Поэтому проблема сохранения как соматического, так и психологического здоровья несет комплексный и многогранный характер, так как «здоровье есть динамический процесс» [44].

Исходя из вышеперечисленного, были определены проблемы, а также нами были предложены следующие решения по итогам проведенного авторского исследования:

Необходимо организовать школы «психологии здоровья», как для амбулаторных/стационарных больных людей, так и для здоровой части

населения, направленные на формирование здорового образа жизни как залога укрепления здоровья и профилактики снижения обострений хронических заболеваний (методы первичной, вторичной и третичной профилактики).

Возникает необходимость в организации психологической поддержке больных как во время госпитализации, так и в период адаптации после стационарного лечения. Существует постоянная потребность в мотивации больных для поддержания здорового стиля жизни, формирования и подкрепления новых «здоровых» привычек, как превентивный метод сокращения числа обострений хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Разработанный нами психологический диагностический комплекс позволяет провести эргономичную и комплексную диагностику психоэмоционального состояния в стационарных условиях. Также психодиагностический комплекс можно применять в качестве скрининг-исследования как для людей с гастроэнтерологическими заболеваниями, так и в превентивных целях для здоровых людей.

Подобные психологические программы необходимо внедрять как метод профилактики и социального просвещения людей как в медицинских, так и образовательных учреждениях для разных слоев населения.

Так как на сегодняшний день стремительно развиваются цифровые методы в работе психолога, возникает необходимость в разработке современных психологических методов с применением цифровых технологий для проведения психологических мероприятий в стационарных условиях для сохранения психологического здоровья больных людей.

Методом психологического просвещения могут выступать психологические просветительские лекции. Такие лекции могут проводиться как в очном формате, так и с применением цифровых технологий. Материалы, освещаемые на таких занятиях, должны быть направлены на формирование здоровых привычек, распознавание своих эмоциональных

состояний и обучение методам саморегуляции. Практические примеры послужат примерами позитивного решения проблемы, оптимизации стресса и преодоления жизненных трудностей.

Для достижения поставленных целей нами была разработана психологическая программа для профилактики отягощений заболеваний желудочно-кишечного тракта, включающая лекционную и практическую часть, которая была апробирована в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», г.о. Тольятти в период с октября по конец ноября 2019 года. Нами было проведено 9 просветительских лекций, в которых приняло участие более 100 больных человек гастроэнтерологического отделения и среднего медицинского персонала.

Просветительно-психологический курс лекций состоял из 9 лекций на следующие темы:

- «Эмоции как предиктор нарушения пищевого поведения»;
- «Личная мотивация – первый шаг на пути к выздоровлению»;
- «Пищевые привычки – залог физического и психического здоровья»;
- «Арт-терапия и налаживание внутренних ресурсов организма»;
- «Основные правила жизни – сбалансированное питание»;
- «Толерантность и факторы развития соматических заболеваний»;
- «Аддиктивное пищевое поведение – причины и профилактика»;
- «Апатия, депрессия и субъективные переживания»;
- «Мотивация, эмоции и уровень здоровья».

Внедрение программ просвещения в отделениях больниц поможет сократить число обострений заболеваний и повторных госпитализаций – рецидивов, что позволит также снизить затраты на лечение. Дополнительно возникает необходимость в обучении пациентов стационара методами саморегуляции. В стационарных условиях можно успешно применять: автогенную тренировку по методу И.Г. Шульца и нервно-мышечную релаксацию по методу Э. Джекобсона.

Работа психолога в направлении психологии здоровья в будущем может иметь большое значение в психологической профилактике и просвещении. Для расширения арсенала психологических методов необходимо развивать и расширять применение цифровых технологий в направлении психологии здоровья как в практические, так и научные цели.

По итогам эмпирического исследования психоэмоционального состояния больных женщин с диагнозом «хронический панкреатит», были определены «мишени» психологической работы, направленные на сохранение как психологического, так и соматического здоровья. Также было выделено, что работа психологов в направлении психологии здоровья в будущем может иметь большое значение для психологической профилактики и просвещения как больных людей, так и широкой группы населения. В индивидуальной психологической работе необходимо разрабатывать траектории в зависимости от конкретных типологических характеристик и эмоционального состояния человека, с опорой на современные цифровые технологии, которые применяются успешно в работе психологами.

Заключение

Актуальность темы магистерской диссертации определяется непреходящей ценностью здоровья человека. Исследование психоэмоциональных состояний людей позволяет проследить выявленные закономерности о том, что необходимо рассматривать единство здоровья тела и души и социальное благополучие как основу бытия человека. Об этом говорит тот факт, что сегодня наукой выделено особое направление среди психологических наук – психология здоровья, которая и выявляет данные закономерности.

В настоящее время, по данным мировой статистики, наблюдается отрицательная динамика и двукратное увеличение за последние 20 лет числа больных хроническим панкреатитом среди людей трудоспособного возраста.

Наше исследование актуально и значимо как для регионов России, так и для локальных местностей, так как самый значительный рост заболевания «хронический панкреатит» в разрезе федеральных округов был зафиксирован в Приволжском федеральном округе. По состоянию на 2021 год в Самарской области городской округ Тольятти занимает первую тройку по количеству впервые диагностированных заболеваний среди всех групп заболеваний, а заболевания желудочно-кишечного тракта первое место среди расстройств, в которых питание имеет значимый фактор формирования заболевания.

Эмпирическое исследование проведено, согласно поставленным целям и задачам нашего исследования, на базе стационарного отделения гастроэнтерологии в «Тольяттинской городской клинической больнице № 5» г.о. Тольятти, в котором приняли участие больные люди с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (хронический панкреатит) во время стационарного лечения в стадии обострения заболевания.

Психоэмоциональным состоянием человека называют психическое состояние, значимую роль в котором играет его эмоциональное реагирование на те или иные жизненные события. По научным данным, у людей с

заболеваниями желудочно-кишечного тракта наблюдаются негативные эмоциональные состояния такие, как повышенная тревожность и депрессивные проявления, а также специфические социальные и психологические характеристики – больные женщины живут менее благополучно, с меньшим материальным достатком. Это подтвердилось и в нашем исследовании. Большинство больных женщин с диагнозом «хронический панкреатит», которые приняли участие в нашем исследовании, получили среднее специальное образование, были пенсионного возраста, не работали, проживали без пары и занимали пассивную жизненную позицию.

Определены основные выводы нашего исследования.

Большинству женщин с диагнозом «хронический панкреатит» свойствен высокий уровень нейротизма, то есть они обнаруживают явные признаки эмоциональной неустойчивости как темпераментального свойства. Кроме того, у более, чем половины из них меланхолический тип темперамента. У женщин во время стационарного лечения психоэмоциональное состояние характеризуется выраженными проявлениями тревожности и депрессивности, особенно выраженной у больных с высоким уровнем нейротизма. Высокий уровень личностной тревожности выступает их устойчивой личностной характеристикой.

Во время пребывания на стационарном лечении вследствие обострения заболевания у женщин с диагнозом «хронический панкреатит» определяется высокий уровень ситуативной тревожности и признаки тяжёлой и выраженной депрессии.

Личностная тревожность коррелирует с негативными эмоциональными состояниями, которые проявляются как когнитивно-аффективные и соматические проявления депрессии. Признаки ситуативной тревожности снижаются при соблюдении диетического режима питания во время стационарного лечения, но при этом одновременно возрастает риск появления дезадаптивных пищевых предпочтений.

Таким образом, поставленная нами цель исследования – изучение психоэмоционального состояния людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта во время стационарного лечения на примере женщин с диагнозом хронический панкреатит (неалкогольной этиологии) в стадии обострения заболевания – была достигнута.

Гипотезы нашего исследования – подтвердились: первая гипотеза в том, что у женщин с диагнозом «хронический панкреатит» во время стационарного лечения психоэмоциональное состояние будет характеризоваться выраженными проявлениями тревожности и депрессии, особенно у больных с высоким уровнем нейротизма.

И вторая гипотеза о том, что дополнительным фактором выступают пищевые предпочтения, которые коррелируют с психоэмоциональным состоянием у женщин с диагнозом «хронический панкреатит» во время стационарного лечения в стадии обострения заболевания – подтвердилась. Чем более выражены негативные психоэмоциональные состояния, тем более выражена дезадаптация в пищевом режиме.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что полученные результаты способствуют дополнению теоретической базы и расширению сведений о психоэмоциональном состоянии и социально-психологических характеристиках людей с гастроэнтерологическими заболеваниями (на примере хронического панкреатита). Интеграция полученных научных знаний даст возможность определять и отслеживать динамику психологического состояния больных с диагнозом «хронический панкреатит» во время стационарного лечения.

Практическая значимость заключается в актуальности психологического сопровождения в условиях стационара, а также в период адаптации после госпитализации. Полученные результаты исследования могут стать основой для разработки алгоритма психологического сопровождения людей с гастроэнтерологическими заболеваниями в медицинских учреждениях.

Внедрение программ просвещения в отделениях больниц поможет сократить число обострений и повторных госпитализаций среди пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями, что также позволит снизить затраты на лечение. Возникает необходимость в мотивировании больных поддерживать здоровый стиль жизни, в формировании и подкреплении новых привычек, выступает превентивным методом сокращения числа обострений хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Результаты проведённого исследования позволяют заключить следующее: необходимо организовать школы «психологии здоровья» как для больных людей, так и для здоровой части населения, направленные на формирование здорового образа жизни как залога укрепления здоровья и профилактики снижения обострений хронических заболеваний. Также возникает необходимость внедрить современные цифровые технологии для оказания психологической помощи и сохранения психологического здоровья. Работа психолога в направлении психологии здоровья в будущем будет иметь большое значение в психологической профилактике и просвещении населения.

Список используемой литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение ; пер. с англ. С. Могилевского. М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
2. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. СПб. : Питер, 2001. 272 с.
3. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. 384 с.
4. Анохин П. К. Эмоции. Большая медицинская энциклопедия. 2-е изд. М. : Медгиз, 1964. Т. 35. 339 с.
5. Ассанович М. А. Клиническая психодиагностика. Специализированные методики и опросники : учеб. пособие для студентов учреждений высшего образования по специальности «Медико-психологическое дело». Гродно : ГрГМУ, 2013. 520 с.
6. Баландина Л. Л., Бердникова Р. К. Особенности семейных отношений и эмоциональных состояний у лиц с разным уровнем постинсультной депрессии // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2019. № 1. С. 80–88.
7. Бойко В. Н. Современная психосоматика: проблемы и перспективы исследования // Гуманитарный вестник. 2017. № 5. С. 15–21.
8. Бородулин И. В. Г.Ф. Ланг и боткинское направление в клинике внутренних болезней // Кардиология. 1975. № 10. С. 9–11.
9. Влияние лечения на уровень тревожности больных хроническим панкреатитом / М. М. Потяженко, О. Е. Китуря, А. В. Невойт [и др.] // Web of Scholar. 2018. Т. 2. № 2 (20). С. 43–46.
10. Вознесенская Т. Г. Депрессия у женщин // Consilium Medicum Ukraina. 2010. Т. 4. № 10. С. 22–25.

11. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия в Самарской области в 2015 году» : Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Самарской области, 2016. 210 с.

12. Гройсман А. Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика. М. : МАГИСТР-ПРЕСС, 2002. 452 с.

13. Дмитриева Т. В. Демографическая ситуация и анализ заболеваемости взрослого населения по классу болезней органов пищеварения в Российской Федерации в 1992, 2000-2006 годах // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия «Медицина». Фармация. 2010. № 4 (75). С. 32–35.

14. Илич М. Навыки питания и уровень тревожности у людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // СТУДЕНТ ГОДА 2020: сборник статей Международного учебно-исследовательского конкурса (17 декабря 2020 г.). В 5-ти частях. Часть 5. Петрозаводск : МЦНП «Новая наука», 2020. С. 28–34.

15. Илич М., Чапала Т. В., Голубева И. А. Исследование тревожности и депрессии у больных женщин с диагнозом хронический панкреатит // International conference dedicated to 10th anniversary of Center for Life Sciences «Modern Perspectives for Biomedical Sciences: from Bench to Bedside». Nur-Sultan : National Laboratory Astana. Nazarbayev University, 2020. С. 25.

16. Илич М. Чапала Т. В. Психологические причины возникновения и динамика распространения гастроэнтерологических заболеваний (в период с начала Великой Отечественной войны до пандемии COVID-19) // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2022. № 5. С. 156–165. URL: <http://e-koncept.ru/2022/222005.htm>. (дата обращения 10.05.2021)

17. Клиническая нутрициология : учеб. пособие / И. Е. Хорошилов, П. Б. Панов ; под редакцией А. В. Шаблова. СПб. : ЭЛ-БИ-СПб, 2009. 284 с.

18. Кляйн М. Вклад в психогенез маниакально-депрессивных состояний / М. Кляйн. Психоаналитические труды: BVIM ; пер. с англ. и нем.

под науч. ред. С. Ф. Сироткина, М. Л. Мельниковой. Ижевск : ERGO, 2007. С. 139–177.

19. Когнитивная терапия депрессии /А. Бек [и др.]. СПб. : Питер, 2003. 304 с.

20. Кречмер Э. Строение тела и характер ; пер. с нем., послесл. С. Д. Бирюкова. М. : Педагогика-Пресс, 1995. С. 219–225.

21. Кулаков С. А. Основы психосоматики. СПб. : Речь, 2003. 288 с.

22. Лебединцева, Л. А., Дерюгин П. П., Смелова А. А. Современные представления о рациональном питании российских женщин (на примере Санкт-Петербурга) // Crede Experto: транспорт, общество, образование, язык. 2018. № 4. С. 325–339.

23. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. 2-е изд. М. : Политизант, 1977. 304 с.

24. Ловягина А. Е. Психические состояния человека : учеб. пособие. СПб. : СПбГУ, 2014. 120 с.

25. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2007. 1040 с.

26. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика желудочно-кишечных заболеваний : книга-практикум (учеб. пособие). СПб. : СПбГИПСР, 2020. 200 с.

27. Методики диагностики эмоциональной сферы : психологический практикум. Красноярск : Литера-Принт, 2009. 237 с.

28. Методика «Уровень эмоционального выгорания родственников» психометрические характеристики / В. В. Бочаров [и др.] // Медицинская психология в России. 2018. Т. 10. № 6 (53). С. 4.

29. Минаева О. В., Шолохова В. Р., Психосоматические аспекты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Медицина: вызовы сегодняшнего дня : материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Москва, ноябрь 2017 г.). М. : Буки-Веди, 2017. С. 48–51.

30. Моисеева О. Ю. Психодиагностика индивидуальных особенностей личности. Часть 1. Психодиагностика темперамента : учеб. пособие. Владивосток : Мор. гос. Ун-т., 2002. 52 с.
31. Нагуманова Э. Р. Индивидуальные стратегии поведения и отношение к болезни лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2014. № 39 (2). С. 77–82.
32. Никифоров Г. С., Дудченко З. Ф. Психология здоровья в России: у историков. СПб. : Издательство-Торговый Дом «Скифия», 2019. 144 с.
33. Новиков А. М., Новиков Д. А. Методология : словарь системы основных понятий. М. : Либроком, 2013. 208 с.
34. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года : Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 // Консультант плюс: справочно-правовая система.
35. Орлова М. М. Социально-психологическая ситуация болезни на примере больных желудочно-кишечными заболеваниями: анализ объективных и субъективных составляющих // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2011. Т. 13. № 2-4. С. 875–880.
36. Орлова М. М. Семейная поддержка как ресурс личности в трудной жизненной ситуации // Психология и педагогика семьи : материалы III Междунар. науч.-практ. конф. (26–27 мая 2018 г., Саратов). Саратов : Наука, 2018. С. 19–28.
37. Основы психосоматики : учебно-методическое пособие / сост. К. С. Карташова. Электрон. дан. Красноярск. : Сиб. федер. ун-т., 2012. 29 с.
38. Особенности терапии хронического панкреатита, ассоциированного с тревожно-депрессивными расстройствами у работников железнодорожного транспорта / И. Б. Ушаков [и др.] // Медицина труда и промышленная экология. 2016. № 4. С. 31–35.

39. Прихожан А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. 1998. № 2. С. 11–17.
40. Психология гастроэнтерологических расстройств: Избранная аннотированная библиография / сост. М. Л. Мельникова ; науч. ред. С. Ф. Сироткина. Удмуртский государственный университет. Ижевск : ERGO, 2009. 64 с.
41. Психология пациента : учебно-методическое пособие для студентов / сост. И. А. Голованчикова. ГАПОУ НСО «КМТ», 2016. URL: https://kbsmc.mznsou.ru/media/cms_page_media/5822/metodichkapsikhologicheskoesostoyaniepatsientov.pdf (дата обращения: 04.02.2021).
42. Психология здоровья : учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : Питер, 2006. 607 с.
43. Психология здоровья : пособие / Ю. Г. Фролова. Минск : Вышэйшая школа, 2014. 255 с.
44. Психология здоровья : электрон. Учебное пособие / Е. А. Денисова [и др.]. Тольятти : Изд-во ТГУ, 2017. 1 оптический диск.
45. Психические состояния / сост. и общая ред. Л. В. Куликов. СПб. : Питер, 2001. 512 с.
46. Психосоматические расстройства в практике терапевта / В. В. Александрович ; под ред. В. И. Симаненкова ; под общ. ред. С. И. Рябова. СПб. : СпецЛит, 2008. 335 с.
47. Рагозинская В. Г. Особенности эмоциональных состояний соматических больных // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. 2009. Т. 15. С. 150–154.
48. Рагозинская В. Г., Соловьева С. Л., Николаев В. И. Нейрофизиологические корреляты эмоциональных состояний у пациентов с психосоматическими расстройствами // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. 2009. № 2 (31). С. 202–205.

49. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита / В. Т. Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. № 4. С. 70–97.
50. Ронжин И. В., Пономарева Е. А. Статистика заболеваний желудочно-кишечного тракта: причины, симптомы, профилактика // Молодой ученый. 2015. № 23. С. 375–379.
51. Российский статистический ежегодник. 2018 : статистический сборник. М. : Росстат, 2018. 694 с.
52. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб. : Питер, 2010. 720 с.
53. Рысс Е. С., Щерба Н. Н., Соловьева С. Л. Анализ клинико-психологических особенностей больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Клиническая медицина. 1986. № 9. С. 79–83.
54. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : Практическое руководство. М. : Независимая фирма «Класс», 2005. 592 с.
55. Секач М. Ф. Психология здоровья : учебное пособие для высшей школы. М. : Академический Проект, 2003. 192 с.
56. Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 880 с.
57. Скворцов В. В., Тумаренко А. В. Клиническая гастроэнтерология: краткий курс. СПб. : СпецЛит, 2015. 183 с.
58. Скугаревский О. А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения: Инструкция по применению. Минск : БГМУ, РКПБ, 2005. 58 с.
59. Смирнова Н. А. Теоретические аспекты изучения депрессии в психологии // Психология: традиции и инновации : Материалы III Международной научной конференции, Самара, 20-23 марта 2018 года. Самара : Молодой ученый. 2018. С. 3–5.
60. Соловьева С. Л. Медицинская психология : новейший справочник практического психолога. М. : СПб. : Сова, 2006. 575 с.

61. Спринц А. М. Михайлова Н. Ф., Шатова Е. П. Медицинская психология с элементами общей психологии : Учебник для средних медицинских учебных заведений. СПб. : СпецЛит, 2005. 445 с.
62. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. М. : Изд-во Института психотерапии, 2005. 496 с.
63. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с.
64. Физиология высшей нервной деятельности / Т. Г. Анищенко. Саратов : Изд-во ГосУНЦ «Колледж», 2008. 132 с.
65. Франкл В. Человек в поисках смысла. М. : Смысл, 2000. 368 с.
66. Фусу Л. И. Психосоматические расстройства в клинической практике: взаимодействие внутренней медицины и медицинской психологии // Медицинская психология. 2012. № 5-6. С. 63–97.
67. Хронический панкреатит как мультидисциплинарная медико-социальная проблема / А. А. Натальский [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2017. № 6. С. 61–65.
68. Циммерман Я. С. Гастроэнтерология: руководство : 2-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. 800 с.
69. Чапала Т. В. Категории, нормы и методы исследования в психологии здоровья // Научен вектор на Балканите. 2017. № 1. С. 35–38.
70. Чапала Т. В., Илич М. Исследование социально-психологических характеристик и тревожности у пациентов гастроэнтерологического профиля (на примере хронического панкреатита) // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия «Педагогика, психология». 2019. Т. 39. № 4. С. 58–64.
71. Чапала Т. В., Илич М. Исследование тревожности у пациентов гастроэнтерологического профиля // Способности и ментальные ресурсы человека в мире глобальных перемен. М. : Институт психологии РАН, 2020. С. 1187–1194.

72. Чапала Т. В., Илич М. Исследование социально-психологических характеристик у пациентов гастроэнтерологического профиля // Дети. Общество. Будущее : сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». М. : Издательство КноРус, 2020. С. 325–328.

73. Чапала Т. В., Илич М. Корреляционные взаимосвязи эмоционального состояния и пищевого поведения женщин с диагнозом хронический панкреатит // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С. Я. Рубинштейн). Научное издание. Сборник материалов Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 25-26 ноября 2021 г / под ред. Н. В. Зверевой, И. Ф. Рошиной. М. : ООО «Сам Полиграфист», 2021. С. 335–336.

74. Шевченко Ю. Н. Качество жизни у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, страдающих рецидивирующим панкреатитом // МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ. 2015. Т. 20. № 1. С. 85–91.

75. Ширинская Н. В. Распространенность болезней поджелудочной железы у взрослого населения // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2018. № 3. С. 38–41.

76. Эмоционально-личностные особенности у больных с синдромом раздраженного кишечника и воспалительными заболеваниями кишечника / М. Г. Мнацаканян [и др.] // Клиническая медицина. 2016. Т. 94. № 10. С. 764–769.

77. Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика возрастная // Самара : Издательский Дом «Бахрах-М», 2015. 704 с.

78. Юрьева Л. Н., Шевченко Ю. Н. Дифференцированные реабилитационные программы для реабилитации пациентов с панкреатитом с непсихотическими психическими расстройствами // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2015. № 2. С. 135–141.

79. Якуничева О. Н. Медицинская психология : Курс лекции. СПб. : Издательство «Лань», 2017. 176 с.
80. Alexander F. General principles, objectives, and preliminary results // The Psychoanalytic Quarterly. 1934. Vol. 3. P. 501–539.
81. An Inventory for Measuring Depression /A. T. Beck [and other] // Arch Gen Psychiatry. 1961. Vol. 4 (6). P. 561–571.
82. Assessment of nutritional knowledge of patients with pancreatitis / M. Wlochaj [and other] // Przegląd Gastroenterologiczny. 2015. Vol. 10. № 4. P. 229–233.
83. Babinets L. S., Sabat Z. I. Clinical and pathogenetic aspects of chronic pancreatitis in conjunction with autonomic dysfunction // Gastroenterology. 2019. Vol. 53. № 1. P. 21–25.
84. Backett S. Acute pancreatitis and gastric dilatation in a patient with anorexia nervosa // Postgraduate Medical Journal. 1985. № 61. P. 39–40.
85. Bacon C. Typical personality trends and conflicts in cases of gastric disturbance // The psychoanalytic Quarterly. 1934. Vol. 3. P. 540–557.
86. Breslau N., Chilcoat H., Schultz L. R. Anxiety disorders and the emergence of sex differences in major depression // J Gend Specif Med. 1998. № 3 (1). P. 33–39.
87. Comer R. J. Fundamentals of Abnormal Psychology. New York : Worth Publishers, 2011. 435 p.
88. Depressive Symptoms, Pain, and Quality of Life among Patients with Nonalcohol-Related Chronic Pancreatitis / W. E. Balliet [and other] // Pain research and treatment. 2012. Vol. 2012. P. 1–5.
89. Does depression influence symptom severity in irritable bowel syndrome? Case study of a patient with irritable bowel syndrome and bipolar disorder / K. Krane [and other] // Psychosomatic Medicine. 2003. Vol. 65. P. 919–923.
90. Dunbar H. F. Synopsis of Psychosomatic Diagnosis. St. Louis, Mosby, 1948. 72 p.

91. Eysenck H. J., Eysenck S. G. B., The Eysenck Personality Inventory // *British Journal of Educational Studies*. 1965. Vol. 14 (1). P. 140–140.
92. Functional gastroduodenal disorders / J. Tack [and other] // *Gastroenterology*. 2006. Vol. 130 (5). P. 1466–1479.
93. Grace W. J. Graham D. T. Relationship of Specific Attitudes and Emotion to Certain Bodily Diseases // *Psychosomatic Medicine*. 1952. Vol. 14. № 4. P. 243–251.
94. Grimsley D. L., Windholz G. The neurophysiological aspects of Pavlov's theory of higher nervous activity: in honor of the 150th anniversary of Pavlov's birth // *J Hist Neurosci*. 2000. Vol. 2 № 92. P. 152–163.
95. Kim H., Park Y. J. The Association Between Temperament and Microbiota in Healthy Individuals: A Pilot Study // *Psychosomatic Medicine*. 2017. Vol. 79. № 8. P. 898–904.
96. Meier. R., Sobotka L. Basics in Clinical Nutrition: Nutritional support in acute and chronic pancreatitis // *The European E-journal of Clinical Nutrition and Metabolism*. 2010. Vol. 5. № 1. P. 58–62. URL: [https://clinicalnutritionespen.com/article/S1751-4991\(09\)00054-7/fulltext](https://clinicalnutritionespen.com/article/S1751-4991(09)00054-7/fulltext) (дата обращения: 25.03.2020).
97. Mokrowiecka A., Pinkowski D., Malecka-Panas E. Assessment of quality of life in patients with chronic pancreatitis // *Med Sci Monit*. 2011. Vol. 17. № 10. P. 583–588.
98. Roger A. H. A., Walter H. K. Behavioral Neurobiology of Eating Disorders. Berlin ; New York : Springer, 2011. 319 p.
99. Sato Y., Fukudo S. Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders // *Clinical Journal of Gastroenterology*. 2015. Vol. 8. № 5. P. 255–263.
100. Schneider A, Löhr J. M., Singer M. V. The M-ANNHEIM classification of chronic pancreatitis: introduction of a unifying classification system based on a review of previous classifications of the disease // *J Gastroenterol*. 2007. № 42 (2). P. 101–119.

101. Spielberger C. D. Theory and research on anxiety. *Anxiety and behavior*. New York : Academic Press, 1966, P. 3–20.

102. Szasz T. Physiologic and psychodynamic mechanisms in constipation and diarrhea // *Psychosomatic Medicine*. 1951. Vol. 13. P. 112–116.

103. Weiner H. From simplicity to complexity (1950-1990): the case of peptic ulceration – I. Human studies // *Psychosomatic Medicine*. 1991. Vol. 53. P. 467–490.

Приложение А

Проверка на нормальность распределения данных

Таблица А.1 – Экспериментальная группа исследования (одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова)

Переменные	Параметры нормативного значения		Наибольшие экстремальные распределения			ZКолмогорова-Смирнова	Уровень значимости
	среднее значение	стандартное отклонение	абсолютные	положительные	отрицательные		
Тревожность как состояние личности	50,27	4,13	0,126	0,126	-0,113	0,126	0,944
Тревожность как свойство личности	56,27	6,22	0,091	0,090	-0,091	0,091	0,999
Депрессивные проявления	22,53	11,56	0,153	0,153	-0,124	0,154	0,814
Когнитивно-аффективные проявления	11,40	6,85	0,118	0,118	-0,112	0,119	0,965
Соматические депрессивные проявления	10,44	3,79	0,145	0,145	-0,122	0,155	0,811
Диетический режим питания	6,80	5,41	0,146	0,146	-0,123	0,153	0,818
Пищевая озабоченность	2,80	2,24	0,173	0,173	-0,173	0,177	0,669
Оральный контроль приёма пищи	4,40	3,68	0,151	0,151	-0,116	0,158	0,789
Пищевая дезадаптация	13,80	8,82	0,175	0,174	-0,175	0,182	0,636
Нейротизма	11,60	3,39	0,146	0,146	-0,146	0,116	0,972
Шкала искренности	15,00	6,19	0,162	0,162	-0,104	0,297	0,113

Продолжение Приложения А

Таблица А.2 – Контрольная группа исследования (одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова)

Переменные	Параметры нормативного значения		Наибольшие экстремальные распределения			Z Колмогорова-Смирнова	Уровень значимости
	среднее значение	стандартное отклонение	абсолютные	положительные	отрицательные		
Тревожность как состояние личности	45,73	8,14	0,119	0,119	-0,112	0,126	0,946
Тревожность как свойство личности	43,80	6,86	0,137	0,137	-0,128	0,142	0,880
Депрессивные проявления	9,53	10,33	0,234	0,234	-0,205	0,238	0,310
Когнитивно-аффективные проявления	4,86	5,93	0,283	0,283	-0,287	0,291	0,127
Соматические депрессивные проявления	4,66	4,56	0,205	0,206	-0,212	0,226	0,367
Диетический режим питания	2,33	2,25	0,184	0,184	-0,151	0,191	0,579
Пищевая озабоченность	0,80	1,65	0,352	0,352	-0,315	0,352	0,031
Оральный контроль приёма пищи	1,46	1,99	0,295	0,295	-0,231	0,262	0,212
Пищевая дезадаптация	4,60	4,08	0,130	0,128	-0,130	0,126	0,945
Нейротизм	12,33	4,11	0,162	0,162	-0,164	0,166	0,738
Шкала искренности	2,93	1,16	0,205	0,205	-0,201	0,209	0,462

Приложение Б

Результаты корреляционного анализа по Спирмену

Таблица Б.1 – Корреляционная матрица экспериментальной группы исследования

Коэффициент/Параметры		Корреляция								
		Тревожность как состояния личности	Тревожность как свойство личности	Депрессивные проявления	Когнитивно-аффективные депрессивные проявления	Соматические депрессивные проявления	Диетический режим питания	Пищевая озабоченность	Оральный контроль приёма пищи	Пищевая дезадаптация
Тревожность как состояния личности	коэффициент корреляции	1,000	,320	,042	,077	-,050	-,411	-,290	-,074	-,379
	значимость (двухсторонняя)	–	,245	,883	,784	,859	,028	,294	,794	,043
	количество	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Тревожность как свойство личности	коэффициент корреляции	,320	1,000	,529	,512	,492	-,173	,162	,018	-,191
	значимость (двухсторонняя)	,245	–	,042	,051	,063	,537	,563	,949	,495
	количество	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Депрессивные проявления	коэффициент корреляции	,042	,529	1,000	,933	,801	,044	,476	-,117	-,034
	значимость (двухсторонняя)	,883	,042	–	,000	,000	,876	,050	,678	,904
	количество	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Когнитивно-аффективные депрессивные проявления	коэффициент корреляции	,077	,512	,933	1,000	,615	,113	,483	-,132	-,004
	значимость (двухсторонняя)	,784	,051	,000	–	,015	,688	,068	,638	,987
	количество	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Соматические депрессивные проявления	коэффициент корреляции	-,050	,492	,801	,615	1,000	-,130	,247	,047	-,110
	значимость (двухсторонняя)	,859	,063	,000	,015	–	,645	,376	,869	,697
	количество	15	15	15	15	15	15	15	15	15

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

Коэффициент/Параметры		Корреляция								
		Тревожность как состояние личности	Тревожность как свойство личности	Депрессивные проявления	Когнитивно-аффективные депрессивные проявления	Соматические депрессивные проявления	Диетический режим питания	Пищевая озабоченность	Оральный контроль приёма пищи	Пищевая дезадаптация
Диетический режим питания	коэффициент корреляции	-,411	-,173	,044	,113	-,130	1,000	,634	,457	,942
	значимость (двухсторонняя)	,028	,537	,876	,688	,645	–	,011	,087	,000
	количество	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Пищевая озабоченность	коэффициент корреляции	-,290	,162	,476	,483	,247	,634	1,000	-,090	,529
	значимость (двухсторонняя)	,294	,563	,050	,068	,376	,011	–	,751	,042
	количество	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Оральный контроль приёма пищи	коэффициент корреляции	-,074	,018	-,117	-,132	,047	,457	-,090	1,000	,651
	значимость (двухсторонняя)	,794	,949	,678	,638	,869	,087	,751	–	,009
	количество	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Пищевая дезадаптация	коэффициент корреляции	-,379	-,191	-,034	-,004	-,110	,942	,529	,651	1,000
	значимость (двухсторонняя)	,043	,495	,904	,987	,697	,000	,042	,009	–
	количество	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Нейротизм	коэффициент корреляции	-,105	-,226	-,078	-,114	,088	,366	-,096	,805	,438
	значимость (двухсторонняя)	,708	,418	,781	,685	,754	,018	,734	,000	,012
	количество	15	15	15	15	15	15	15	15	15

Примечание – Корреляция значима на уровне $p < 0,01$ (двухсторонняя); $p < 0,05$ (двухсторонняя).

Приложение В

Результаты диагностики типа темперамента

Таблица В.1 – Результаты психологической диагностики по личностному опроснику Г.Ю. Айзенка экспериментальной группы исследования

Шифра испытуемого	Интерпретация результатов по шкалам			Тип темперамента
	Наименование шкал			
	искренность/ неискренность	экстраверсия /интроверсия	нейротизм (неустойчивость)	
БТН4	искренность	интроверсия	эмоциональная нестабильность	меланхолик
ЕНВ65	искренность	экстраверсия	эмоциональная нестабильность	холерик
ААЯ15	искренность	интроверсия	эмоциональная нестабильность	меланхолик
ЗОВ13	искренность	интроверсия	эмоциональная нестабильность	меланхолик
ФЕН17	искренность	интроверсия	эмоциональная нестабильность	меланхолик
АОН13	искренность	интроверсия	эмоциональная нестабильность	меланхолик
КЕА7	искренность	экстраверсия	эмоциональная стабильность	сангвиник
КОЖ1	искренность	интроверсия	эмоциональная нестабильность	меланхолик
КЛЛ7	искренность	интроверсия	эмоциональная нестабильность	меланхолик
ШМФ17	искренность	экстраверсия	эмоциональная стабильность	флегматик
ФЗА17	неискренность	экстраверсия	эмоциональная стабильность	сангвиник
ПТА17	искренность	экстраверсия	эмоциональная нестабильность	холерик
ЛГК7	неискренность	экстраверсия	эмоциональная стабильность	сангвиник
СГА9	искренность	интроверсия	эмоциональная нестабильность	меланхолик
КЕД4	искренность	экстраверсия	эмоциональная нестабильность	холерик

Продолжение Приложения В

Таблица В.2 – Результаты психологической диагностики по личностному опроснику Г.Ю. Айзенка контрольной группы исследования

Шифра испытуемого	Интерпретация результатов по шкалам			Тип темперамента
	Наименование шкал			
	искренность/ неискренность	экстраверсия/ интроверсия	нейротизм	
БСТА4	искренность	интроверсия	эмоциональная нестабильность	флегматик
ТНН9	искренность	экстраверсия	эмоциональная стабильность	Сангвиник
КГ1	искренность	экстраверсия	эмоциональная стабильность	Сангвиник
КГ8	неискренность	экстраверсия	эмоциональная нестабильность	Холерик
КГ5	искренность	интроверсия	эмоциональная нестабильность	Меланхолик
РКГ1	искренность	экстраверсия	эмоциональная стабильность	Сангвиник
АТН9	искренность	экстраверсия	эмоциональная стабильность	Сангвиник
БТЛ2	искренность	экстраверсия	эмоциональная нестабильность	Холерик
КГ7	неискренность	интроверсия	эмоциональная стабильность	Флегматик
КГ9	искренность	интроверсия	эмоциональная стабильность	Флегматик
КГ2	искренность	интроверсия	эмоциональная нестабильность	Меланхолик
КГ6	искренность	интроверсия	эмоциональная стабильность	Флегматик
БТЛ1	искренность	экстраверсия	эмоциональная стабильность	Сангвиник
РКГ2	неискренность	экстраверсия	эмоциональная стабильность	Сангвиник
РКГ3	неискренность	интроверсия	эмоциональная стабильность	Флегматик