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 Оптимизация психоэмоциональных состояний личности как средство повышения субъективного ощущения здоровья

Обучающийся Н.В. Шкрабтак
(Инициалы Фамилия) (личная подпись)

Научный руководитель к.п.н. Л.Ф. Чекина
(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2022

Оглавление

Введение ……. 3

Глава 1 Теоретические основы взаимосвязи эмоциональных состояний личности и психосоматических расстройств..... 11

1.1 Понятие эмоциональных состояний личности в периоды взрослости ……..... 11

1.2 Особенности психосоматических расстройств и их виды…… 22

1.3 Связь эмоциональной сферы и психосоматических расстройств личности в период взрослости ……..... 41

Глава 2 Исследование взаимосвязи психоэмоционального состояния личности и субъективного ощущения здоровья..... 56

2.1 Организация и методы исследования……..... 56

2.2 Анализ и интерпретация полученных результатов…… 60

2.3 Этапы программы профилактики эмоционального состояния личности по повышению субъективного ощущения здоровья в период средней взрослости и определение её эффективности (формирующий и контрольный этап)..... 75

Заключение …… 91

Список используемой литературы…… 95

Приложение А Анкета субъективной оценки собственного здоровья ... 102

Приложение Б Гиссенский опросник..... 103

Приложение В Шкала личной тревожности..... 104

Приложение Г Опросник САН..... 106

Введение

В настоящее время в науке наблюдается рост интереса ученых к проблематике взаимосвязи личности, эмоций и болезней. Эмоции, переживания – один из китов организации личности на которых держатся все психические процессы. В зависимости от характера переживаний, эмоции бывают положительные (восторг, радость, восхищение), отрицательные (гнев, грусть, разочарование) или нейтральные (интерес и любопытство). Люди, любого периода взрослости, по-разному переживают эмоции. Степень выражения и силы переживаний влияет не только на психологическое состояние личности, но и на его психосоматику.

Г. Крайг выделяет три периода взрослости: «ранняя взрослость – от 18 до 40 лет; средняя взрослость – от 40 до 60-65 лет; поздняя взрослость – от 60-65 лет до смерти». Согласно этой периодизации средняя взрослость соответствует среднему возрасту человека. Именно в этом возрасте эмоциональная сфера становится одним из «индикаторов» личностной зрелости человека.

Понимание принципов развития, факторов влияющих на взаимосвязь периода взрослости и психосоматических заболеваний личности в разные периоды взрослой жизни, имеет решающее значение для разработки программ психологической профилактики, программ поддержки семьи и психологического консультирования, а также для понимания механизмов человеческого развития.

Актуальность настоящего исследования определяется широкой распространенностью психосоматических расстройств личности и их резким возрастанием в последние десятилетия на фоне стрессовых переживаний личностью негативных эмоций. Под психосоматическими расстройствами понимают нарушения функций органов и систем организма, в происхождении и течении которых ведущая роль

принадлежит психологическим, психосоциальным и культурным факторам. По современным представлениям, одним из важнейших факторов возникновения и развития различных психосоматических расстройств являются эмоционально-негативные состояния личности. Эмоции – это особый класс субъективных психологических состояний, отражаемых непосредственным опытом, чувством принятия и неприемлемости, отношением человека к миру и людям, процессу и результатам его практической деятельности.

Эмоциональная сфера осуществляет активацию, побуждение и аффективную оценку действительности, организуя целостные формы поведения, разрешающие простые и сложные адаптационные задачи (П.К. Анохин, В.К. Вилюнас, Л.С. Выготский, К. Изард, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, В.П. Симонов и другие). Эмоции, по словам Л.С. Выготского, участвуют «...в процессе психического развития от самого начала до самого конца в качестве важнейшего момента», поэтому особенности развития эмоциональной сферы не могут не повлиять на процесс становления и функционирования личности, организацию ее поведения.

По мнению большинства специалистов, более 80 % всех посещений врача являются результатом симптомов, имеющих сильный психосоциальный компонент, и что только 16 % этих посещений можно объяснить чисто биофизической моделью заболевания. Поскольку эмоциональная дисрегуляция участвует в качестве фактора, способствующего многим функциональным расстройствам, отсюда следует, что психотерапия, предназначенная для улучшения осознания и сознательного переживания, ранее отрицаемых чувств, должна приносить пользу при таких состояниях.

Эта проблема становится экспоненциально более актуальной в современном сетевом мире. Причины этих неблагоприятных последствий могут быть как внешними (пандемии, войны, миграционные кризисы), так и

внутренними, например, от усиления социального давления. Последнее происходит потому, что современные люди все больше интегрируются во множество различных информационных процессов, которые, в свою очередь, производят все большее количество соответствующих внешних раздражителей.

Вот почему важно иметь необходимые инструменты для диагностики и профилактики эмоционального состояния (и связанных с ним явлений, таких как эмоциональная дезадаптация, повышенная тревожность) личности. Учитывая масштабы и распространенность явления, такая диагностика и профилактика должна быть масштабной и простой в реализации без существенной потери точности.

Многочисленные методы и подходы, идентифицируют эмоции, связывая физиологические и самооценковые показатели. Все эти методы часто опираются на использование в качестве стимульного материала изображений или, в некоторых случаях, звуков (музыки, звуков природы). Кроме того, ученые активно используют современные технологии нейробиоуправления, использующие резонансную стимуляцию эндогенной ритмической активности головного мозга. Эти методы могут вызывать определенные функциональные состояния у человека, например, для коррекции нарушений нервной системы или улучшения адаптации человека к окружающей среде путем бинауральной стимуляции.

Некоторые ученые рассматривают эмоции как сложный психофизиологический феномен, который может быть связан с: пережитое и/или воспринятое чувство (состояние) – феноменология эмоций; висцеральные процессы, сопровождающие эмоции; экспрессивные характеристики эмоций (мимика, интонация, жесты, позы).

Соответственно, эмоции можно использовать как тот или иной инструмент/маркер для разработки соответствующей модели и схемы инициирования внешних раздражителей и диагностики характерных состояний личности, в том числе эмоциональных состояний.

Исследования переживших Холокост, больных раком, жертв сексуального насилия, родителей умерших детей и руководителей, потерявших работу, выявили знакомую закономерность: торможение эмоций, вызванных неприятными жизненными событиями, приводит к стрессу и нарушению иммунного функционирования, тогда как свободное выражение этих чувств, приводит к снижению физиологической реактивности и улучшению иммунного функционирования.

Взаимосвязь эмоционального состояния личности и психосоматических ощущений здоровья, рассматривались в работах как отечественных, так и зарубежных ученых (В.В. Николаева, В.И. Сидоров, Е.А. Григорьев, А.Б. Смулевич, Б.Д. Карвасарский, С.Л. Соловьева, А.Б. Холмогорова, Е.В. Дёмин, В.А. Чулкова, К.В. Сельченок, Ф.Х. Данбар, Ф. Александер, Р. Дэвидсон, С. Кольманн).

Мы поддерживаем мнение тех авторов, которые подчеркивают, что для достижения полноты психологических знаний и построения целостной модели личности необходимо преодолевать как косность исследовательских традиций, так и трудности, связанные со спецификой изучения эмоциональной сферы. Необходимо отметить, что о возрастных особенностях эмоций и чувств, психологи больше информации черпают из литературных источников, нежели из специальных фундаментальных исследований.

Однако при анализе научных источников по данной теме отмечается недостаточное количество полных исследований, относительно специфики взаимосвязи эмоциональной сферы личности и субъективного ощущения здоровья. Особую актуальность в настоящее время приобретает изучение эмоционального самочувствия людей средней взрослости.

Таким образом, назревает острая необходимость выбора методологического подхода и разработки инструментария исследования, позволяющего найти ответы на вопросы как теоретического, так и

практического характера, решить актуальные задачи, связанные с особенностями эмоциональной сферы в том или ином возрасте.

Цель исследования: выявление степени эффективности разработанной и реализованной программы оптимизации психоэмоционального состояния личности.

Объект исследования: субъективное ощущение здоровья.

Предмет исследования: оптимизация психоэмоциональных состояний личности как средство повышения субъективного ощущения здоровья (на примере средней взрослости).

Гипотеза исследования основана на том, что мы предполагаем, что разработанная нами программа оптимизирует психоэмоциональное состояние личности и будет повышать субъективное ощущение здоровья.

Для достижения поставленной цели исследования предусматривается решение следующих **задач:**

– проанализировать отечественную и зарубежную литературу по проблеме взаимосвязи эмоциональных состояний личности и психосоматических расстройств;

– охарактеризовать эмоциональное состояние личности в период средней взрослости;

– исследовать взаимосвязь психоэмоционального состояния личности и субъективного ощущения здоровья;

– разработать программу профилактики эмоциональной сферы личности по повышению ощущения здоровья;

– сформулировать выводы о проделанной работе.

Методологической основой для данной работы являются основные принципы системно-деятельностного подхода. Теоретической основой исследования являются работы авторов, изучавших возрастные особенности зрелости: Э. Эриксона, Д. Левинсона, Э. Клапареда, Н. Бредберна, К. Юнга, Э. Динера, Г. Крайга, Р. Кеттела, Б.А. Сосновского, Е.П. Ильина, В.В. Фролькиса, О.С. Гребенюк,

В.М. Дильмана. Работы авторов, изучавших особенности эмоциональной сферы личности средней взрослости Г.М. Андреевой, П.В. Симонова, А.А. Бодалева, Д. Галина, Р. Орнштейн, А.А. Леонтьева, Б.Ф. Ломова. Работы авторов, изучавших особенности соматических заболеваний Д.Б. Колесникова, С.И. Рапопорта, А.Н. Львова, А.Б. Смулевича, М.И. Расулова, Р.М. Заславской, А.Г. Чучалина, И.В. Давыдовского, F. Rackeman, J.L. Heinroth. А также работы авторов различных психокоррекционных техник эмоциональной сферы личности в профилактике соматических заболеваний: И.А. Фурманова, Л.И. Селивановой, С.Н. Жеребцова, Э.А. Соколовой, И.В. Сильченко, Д. Мак-Каллоу, С.А. Кулакова, А. Лазаруса, Ю.Ф. Антропова, Ю.С. Шевченко, А.И. Уемова, А.М. Новиковой.

Способами получения информации в процессе проведения данного исследования явились такие **методы** как: традиционный анализ литературы в области психологии здоровья, тестирование, методы математической и статистической обработки данных.

Экспериментальная база исследования: Исследование проводилось на базе Амурского государственного университета. Выборка в исследовании составила 40 человек, в возрасте от 42 до 58 лет включительно. Средний возраст по выборке составил 50 лет. В состав выборки вошли 17 мужчин (42,5 %) и 23 женщины (57,5 %). Образование испытуемых: 27 опрошенных (67,5 % от общего объема выборки) имеют высшее образование, 13 опрошенных (32,5 %) имеют среднее профессиональное образование. Общий трудовой стаж работы испытуемых варьировал в диапазоне от 15 до 38 полных лет.

Новизна исследования состоит в том, что проблема эмоциональной сферы личности в период средней взрослости и её взаимосвязь с субъективным ощущения здоровья и их профилактикой являются слабо изученными в психологии. В исследовательской работе была реализована задача теоретического и эмпирического обоснования эмоциональной сферы

личности как фактора, влияющего на возникновение субъективного ощущения здоровья (на примере средней взрослости).

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что полученные результаты будут способствовать расширению теоретических знаний по проблемам эмоциональной сферы личности и её взаимосвязь с субъективными ощущениями здоровья, а также могут составлять теоретико-методологическую основу дальнейших исследований в области психологии здоровья.

Практическая значимость исследования заключается в том, что её результаты могут быть использованы в области организационной психологии с целью проведения профилактических психологических мероприятий для эмоциональной сферы личности в период средней взрослости по оптимизации субъективных ощущений здоровья.

Научная достоверность результатов и обоснованность выводов исследования обеспечены использованием современной методологии научного познания; последовательной реализацией исходных теоретических положений и терминологического аппарата исследования, основанного на фундаментальных отечественных и зарубежных исследованиях в области психологии; использованием методов исследования, адекватных его задачам; репрезентативность выборки; применением методов математической статистики; всесторонней проверкой достоверности полученных результатов при их обсуждении на конференциях различного уровня.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит: в построении методологической основы исследования; в глубоком и разностороннем теоретическом анализе изучаемой проблемы; подборе диагностических методик и с их помощью решение эмпирических задач в исследовании.

Апробация результатов исследования. Результаты и выводы по проведенному исследованию нашли отражение в научных публикациях.

– Публикация статьи (в соавторстве с Л. Ф. Чекиной) «Особенности психосоматического состояния больных» в сборнике VII Международной научно-практической конференции: «Фундаментальная и прикладная наука: состояние и тенденции развития». Петрозаводск, 4 октября 2020 г.

– Публикация статьи «Психосоматические причины в возникновении и течении онкологических заболеваний» в сборнике VI Международной научно-практической конференции «Педагогика в теории и на практике: актуальные вопросы и современные аспекты». Пенза, 5 октября 2020 г.

На защиту выносятся следующие положения:

– изучение взаимосвязи психоэмоционального состояния личности и субъективного ощущения здоровья;

– разработка и реализация программы, направленной на оптимизацию психоэмоционального состояния и повышению субъективного ощущения здоровья личности в период средней взрослости.

Структура и объем магистерской диссертации. Работа представлена введением, двумя главами, заключением, списком используемой литературы (в количестве 76), 4 приложения. В тексте представлены рисунки (в количестве 16) и 7 таблиц.

Глава 1 Теоретические основы взаимосвязи эмоциональных состояний личности и психосоматических расстройств

1.1 Понятие эмоциональных состояний личности в периоды взрослости

На протяжении всего жизненного пути каждый человек испытывает различные переживания по поводу своего отношения к объекту деятельности или познания, к собственной личности, к другим индивидам, это все в совокупности и есть эмоции и чувства человека. Чувства и эмоции – взаимосвязанные, но различающиеся явления эмоциональной сферы личности [7, 53].

На первый взгляд, вещи, которые мы обычно называем эмоциями, отличаются друг от друга по нескольким параметрам. Например, некоторые эмоции – это события (например, паника), а другие – диспозиции (например, враждебность); некоторые недолговечны (например, гнев), а другие долговечны (например, горе); некоторые включают примитивную когнитивную обработку (например, страх перед внезапно появившимся объектом), а другие включают сложную когнитивную обработку (например, страх проиграть шахматную партию); некоторые из них сознательны (например, отвращение к насекомому во рту), а другие бессознательны (например, бессознательный страх неудачи в жизни); у некоторых есть прототипические выражения лица (например, удивление), а у других их нет (например, сожаление). Некоторые включают сильную мотивацию к действию (например, ярость), а другие нет (например, грусть). Некоторые из них присутствуют у разных видов (например, страх), а другие – исключительно человеческие (например, злорадство).

«Эмоция» – это термин, вошедший в употребление в английском языке в семнадцатом и восемнадцатом веках как перевод французского термина

«эмоция», но не обозначавший «категорию психических состояний, которые можно было бы систематически изучать» до середины XIX века [2, 27, 69].В то же время многие из вещей, которые мы сегодня называем эмоциями, были объектом теоретического анализа со времен Древней Греции под различными специфическими для языка ярлыками, такими как страсть, чувство, привязанность, аффект, беспокойство, движение, волнение, потрясение. Это создает долгую и сложную историю, которая постепенно привела к развитию множества общих взглядов на природу и функцию эмоций, но не к единому определению того, что такое эмоции.

Эмоция – это многогранная конструкция с различными значениями, включая любой диапазон чувств, реакций и самовыражений. «Что кажется существенным для всех эмоций, включая самые «базовые», так это некоторое ощущение того, что происходит в мире, некоторое «познание», независимо от того, осознает ли человек или нет. На протяжении веков философы размышляли о происхождении эмоций. Начиная с Аристотеля, установившего четыре гумора – составляющие человеческого тела, отвечающие за эмоциональное состояние. Далее Гален называл их «сангвиниками», «холерик», «меланхолик» и «флегматик» [11, 48, 57]. С приходом двадцатого века физиология как часть медицины пережила бурное развитие.

На основе исследования, большинство ученых сходятся во мнении, что три базовые эмоции (страх, гнев и счастье) являются наиболее различимыми и существенно отличаются друг от друга [23, 24, 32].

Однако эмоциональные выражения гораздо сложнее, поэтому были разработаны более сложные многомерные модели, чтобы обеспечить всестороннее представление человеческих эмоций [14, 26, 28, 71].

Наиболее известная эмоциональная парадигма принадлежит одному из самых авторитетных физиологов XX века Полу Экману [25, 63, 70].

Во время своего исследования в Папуа-Новой Гвинее он заметил, что некоторые выражения лиц изолированных членов племени также

проявляются в другой культуре [52, 63], а это означает, что некоторые эмоциональные выражения являются общими для всех людей. Основываясь на своих наблюдениях, он предложил шесть основных эмоций: гнев, отвращение, страх, счастье, печаль и удивление [8, 11, 14]. Несмотря на то, что были разработаны более эффективные парадигмы, описания до сих пор считается пригодной для представления эмоционального состояния.

Дальнейшие исследования К. Изарда [23, 46, 69] модифицировали модель Экмана. Кэррол Изард учел физиологические особенности и предложил следующие десять классов: гнев, отвращение, страх, печаль, презрение, стыд, вина, радость, удивление и интерес. Основным преимуществом дискретной категоризации эмоций является простота для большинства людей, что позволяет широко использовать их в опросах. К сожалению, они не подходят для взаимодействия человека с компьютером. Люди склонны называть одно и то же эмоциональное состояние разными словами. Например, слова, описывающие эмоции, могут различаться в зависимости от контекста, культурного происхождения и личности.

Рассел предложил двухмерную эмоциональную модель в 1980 году. Основная идея состоит в том, чтобы разделить эмоции на два компонента: валентность (или удовольствие) и возбуждение (или активацию) [21, 44, 71]. Отрицательные значения на оси валентности соответствуют отрицательному эмоциональному состоянию, а положительные значения соответствуют положительному состоянию соответственно. Ось возбуждения определяет «силу» эмоций или то, насколько они активны или пассивны, в зависимости от того, положительные они или отрицательные. Происхождение упоминания о двух осях представляет собой нейтральное государство.

Рассел предложил разделить рассматриваемую модель на квадранты, как в декартовой плоскости, и отнести к ним эмоции из дискретной парадигмы [5, 26, 68]. Первый квадрант (положительная валентность, положительное возбуждение) определяет активное и положительное эмоциональное состояние, такие состояния, как волнение, удивление,

счастье. Второй квадрант (отрицательная валентность, положительное возбуждение) соответствует высокоактивным отрицательным эмоциям, таким как гнев, страх, дистресс. Третий квадрант (отрицательная валентность, отрицательное возбуждение) указывает на отрицательные состояния покоя, например, отвращение или печаль. Последний, четвертый квадрант (отрицательная валентность, положительное возбуждение) описывает положительные состояния с малой силой; лучшим примером будет расслабление, удовлетворение и спокойствие.

Однако у этой модели есть недостаток: в некоторых случаях эмоции, лежащие в одном квадранте, могут быть неразличимы. Для решения этой проблемы был разработан метод, называемый манекеном для самооценки. Это позволяет точно собирать реакции человека интуитивно понятным способом, который легко интерпретируется на модели валентности / возбуждения. Первоначально семантическая дифференциальная шкала, предложенная А. Меграбяном, использовалась для измерения валентности и возбуждения [6, 40]. Процесс сбора данных семантической дифференциальной шкалы был неудобен и не подходил для оценки пережитой эмоции [15, 20]. Высокая валентность кодируется фигурой улыбающегося лица, а мрачный характер изображает низкую валентность. Для шкалы возбуждения персонаж с широко открытыми глазами соответствует положительному значению, а фигура с полностью закрытыми глазами – отрицательному. Именно эмоции являются тем психическим процессом, который позволяет человеку отреагировать на изменения. Это относится не только к изменениям в окружающей среде (сигнальная функция эмоций), но и к результату ранее проектируемой и выполненной деятельности (оценочная функция эмоций); к планируемой деятельности и возможным результатам (прогностическая функция эмоций). Этот уровень эмоционального реагирования до определенного времени относился к эмоциональным реакциям.

Развитие эмоций играет важную роль в гармоничном развитии личности. Специфика эмоций и чувств, в разные периоды взрослости основывается на психофизическом подходе, рассматривающем человека как «измеряющий инструмент» (manas a measuringinstrument) [24, 73], что позволяет, по нашему мнению, предположить наличие структурности эмоциональных переживаний и возможность выявления неких, числовых закономерностей, позволяющих более строго и системно описывать данную сферу психической жизни личности.

Первая социальная эмоция – это улыбка в ответ на ласковый голос близкого взрослого и его склоненное лицо – появляется у малыша приблизительно на третьей-четвертой неделе жизни. В этот довербальный период радостные эмоциональные реакции малыша являются главным коммуникативным средством. К шести годам нормально развивающиеся дети относительно точно различают несколько выражений эмоций на лице, а некоторые исследования предполагают, что почти взрослые уровни распознавания достигаются только в подростковом возрасте [64].

Именно эмоции, их взаимодействие с познавательными процессами, процессами сознания организуют восприятие, мышление и деятельность детей. По мнению Г.С. Абрамовой, до середины детского возраста ребенка связывают очень тесные эмоциональные связи с родителями, он погружен в эти чувства и еще не способен их анализировать. Однако для младших школьников характерна легкая «заразительность», то есть они «заражаются» эмоциональными переживаниями других людей. Учителям хорошо известны такие факты, когда, например: смех некоторых учеников заставляет смеяться весь класс, или девочки начинают плакать, глядя на плачущую подругу [1].

Нельзя не отметить наличие у школьников тревожности, связанной с учебным процессом. Так, в младшем школьном возрасте наблюдается ее относительная устойчивость, затем она достигает своего пика в старшем подростковом возрасте, особенно в 9-м классе. Импульсивное поведение, особенно в первый год обучения, характерно для первоклассников.

Например: ученик засмеялся на уроке, увидев в окно птиц, прыгающих на ветку, или при коллективном просмотре спектакля нарушил правила поведения.

По мнению У. Джемса и К. Ланге, выражение эмоций – это чисто рефлекторная реакция, вызывающая изменения в организме, и лишь последующее их осознание является самой эмоцией [42].

П.Н. Шишкоедов выделяют пять основных функций эмоций: оценка значимости происходящего. Эмоция помогает оценить силу раздражителя, и какое влияние он оказывает на человека; мотивация, побуждение к действию с целью удовлетворения своих потребностей или желаний; регуляция деятельности, оценка удачных или неудачных трудовых действий; предвкушение, способность предвосхищать ход событий, предвосхищать приятный или неприятный исход; экспрессивная – выражение эмоций в виде мимики, движений, жестов, звуков [61].

М. Алмлунд [65] описывает эмоции как сложный набор взаимодействий между субъективными и объективными переменными, которые опосредованы нервной и гормональной системами, которые могут вызывать аффективные переживания эмоциональной валентности (удовольствие-неудовольствие) и эмоциональное возбуждение (высокая-низкая активация/успокоение); генерировать когнитивные процессы, такие как эмоционально значимый перцептивный аффект, оценки, процессы навешивания ярлыков; активировать широко распространенные психологические и физиологические изменения условий возбуждения; и мотивировать поведение, которое часто, но не всегда, является выразительным, целенаправленным и адаптивным.

По мнению М. Фельденкрайз [67] считает, что эмоции представляют собой психоневральные процессы, которые влияют на контроль энергии и формирование паттернов действий в динамическом потоке интенсивных поведенческих обменов между животными, а также с определенными объектами, важными для выживания. Следовательно, каждая эмоция имеет

характерный «чувственный тон», который особенно важен для кодирования внутренней ценности этих взаимодействий в зависимости от их вероятности либо способствовать, либо препятствовать выживанию (как в непосредственном «личностном», так и в долгосрочном «репродуктивном» смысле). Субъективные эмпирические чувства возникают в результате взаимодействия различных эмоциональных систем с фундаментальными мозговыми субстратами «я», что важно для кодирования новой информации, а также для извлечения информации о последующих событиях и позволяет людям эффективно обобщать новые события и принимать решения.

Ребенок эмоционально развивается поэтапно, в процессе общения с окружающим миром различных видов игр, учебы, труда. Именно эмоциональный опыт ребенка определяет направленность формирования личности. В период ранней взрослости человек переживает новый комплекс эмоций. Среди них – эмоции родительских отношений, которые включают в себя: радость от общения с ребенком, чувство привязанности и взаимного доверия, чувствительность к потребностям ребенка, чувство интереса к ребенку и восхищение им. Одной из характеристик материнства и материнской любви является эмоциональная доступность, готовность дать ребенку свое тепло, свою нежность, а впоследствии и понимание, поддержку, одобрение. В основном эмоциональная сфера человека в этом возрасте уже сформирована и стабильна.

Роль мотивационной сферы очень велика, потому что в этот жизненный период человек вступает во взрослую жизнь и ему предстоит решить многие проблемы, среди которых создание семьи, рождение детей, выбор профессии.

Создание семьи – очень важный шаг в жизни любого человека, который обусловливается следующими мотивами: любовь, духовная близость, материальный расчет, психологическое соответствие и моральные соображения. От того, на какие ценности ориентируется человек при создании семьи, будет зависеть его будущее.

Интересующая нас эмоциональная сфера личности в период средней взрослости характеризуется достижением идентичности и близости.

Эмоциональная сфера в это время развивается неравномерно. Средний возраст – это период расцвета семейной жизни, карьеры и творческих способностей. Труд занимает главную позицию и становится важнейшим источником человеческих чувств. На эмоциональное состояние начинает влиять успешность трудовой деятельности [4].

В этом возрасте люди более подвержены стрессу, чем в годы молодости, нередко страдают от депрессии, испытывают чувство одиночества. Кроме того, человек начинает задумываться о том, что смертен и его время уходит.

Меняется структура мотивации, так как у человека появляется желание действовать без промедления и тут же получать результат, то есть он стремится, сразу удовлетворить свои потребности. Основными потребностями являются реализация своего творческого потенциала, необходимость передать свой опыт другому поколению, корректировка деятельности, забота о сохранении близких отношений с родными и друзьями, подготовка к спокойной и обеспеченной жизни в старости. В результате этого происходят осмысление и переоценка жизни в целом, корректировка сложившейся системы ценностей в трех сферах: личной, семейной и профессиональной [13].

У лиц, достигших среднего зрелого возраста, отмечается относительное снижение характеристик психофизических функций. Однако это не влияет на функционирование познавательной сферы людей этого возрастного периода, не снижает их работоспособность и позволяет сохранить трудовую и творческую активность. Развитие аффективной сферы в среднем возрасте происходит неравномерно. Средний возраст может быть периодом расцвета по отношению к семейной жизни человека, его карьере или творческим способностям, но в то же время люди все чаще думают, что они смертны и

что их время уходит. Труд становится важнейшим источником человеческих чувств.

Суть «Я-концепции» состоит не в самоактуализации любыми доступными для личности средствами, а в самоактуализации в рамках нравственных правил и более значимых, чем ситуативные, личностных ценностей. Отношения с супругом к этому возрасту обычно определяются и стабилизируются, и на первый план выходят проблемы помощи, с одной стороны, детям, вступающим в самостоятельную жизнь, а с другой, пожилым родителям. В процессе старения когнитивной сферы у человека значительно ухудшается большинство сенсорных функций. Те интеллектуальные функции, которые зависят от быстроты операций, находят упадок в период поздней взрослости. У людей, достигших этого возраста, увеличивается время реакции, замедляется обработка перцептивной информации и снижается скорость когнитивных процессов. Динамика характеристик познавательной сферы у людей, достигших этого возрастного периода, в значительной степени зависит от субъективных факторов и, прежде всего, от личностных особенностей конкретного человека [17, 38].

В этот период наблюдается так называемый «кризис середины жизни»(40–45 лет). Без сомнения, кризис среднего возраста является наиболее популярным понятием, описывающим среднюю взрослость.

Сталкиваясь с ограничением времени до смерти, считается, что мужчины, в частности, делают паузу в активном преследовании своих целей и анализируют свои достижения, подводят итоги того, что у них есть и чего еще не достигнуто, иногда принимая решительные меры для осуществления своей мечты [17].

Согласно Бриму [68] «понятие «кризис» в середине жизни и в другие периоды подразумевает быстрое или существенное изменение личности, которое смещается по отношению к чьему-то чувству идентичности – его обычным референтным группам, его образцам для подражания, его

принципам, его ценностям, его диадическим отношением. Таким образом, вся структура его прежней жизни находится под вопросом.

Люсин [36] предположил, что средний период взрослости, это именно тот период, когда человек начинает размышлять о себе и измеряет свои достижений в соответствии со стандартами, которые он установил, когда он был молод. Переосмысление и серьезная оценка своей жизни в первый раз «может представлять собой существенно новый и потенциально стрессовый опыт для человека, который был таким самодостаточным». Он предполагает, что женщины по своей природе более склонны к саморефлексии и, следовательно, не пугаются, когда достигают среднего возраста. Такое размышление и осознание того, что чья-то реальность не соответствует мечтам и целям, которые были у него в юности, могут привести к необходимости изменить свою жизнь, пока еще есть время для этого.

Басс [66] предположил, что переоценка своей жизни до среднего возраста сопровождается депрессией, тревогой и «маниакальным бегством». Эта концепция кризиса явно негативна. Однако разрешение кризиса рассматривается как дальнейшее развитие (представлению о развитии как о последовательности кризисов, которые должны быть разрешены в определенный момент времени).

Переоценка прошлого – процесс болезненный, поскольку он означает «развенчание иллюзий» и связан с разочарованием или даже циничным отношением к жизни. Некоторые мужчины могут даже «чувствовать себя обделенными и переживать невосполнимую утрату» [62]. Строгое определение «кризиса среднего возраста» (а именно, нормативного, привязанного к определенной фазе жизни и структурно отличного от других кризисов) соответствует одному из основных предположений о жизненном развитии, а именно, что развитие есть процесс на протяжении всей жизни и отсутствие превосходства одной фазы развития над другой [23]. Это также согласуется с предположением, что развитие лучше всего понимать как

взаимодействие личных целей и внешних структур, таких как структуры возможностей и социальные нормы [67].

Изучение эмоциональных свойств человека осуществляется путем наблюдения:

– удивление – выполняет функции вывода нервной системы из того состояния, в котором она находится в данный момент, и приспособления к новым условиям;

– радость. Самая легкая эмоция, которую легко распознать. От радости на лице появляется улыбка. Радость выражается и осознается с младенчества, что помогает ребенку очень рано устанавливать межличностные контакты. Он не только делает социальные связи более прочными, но и усиливает восприимчивость, повышает мотивацию, способствует уверенности и смелости, может успокаивать, отвлекать;

– печаль, страдание, горе – это самая распространенная отрицательная эмоция;

– отвращение, оно связано со многими причинами, например: употребление пищи, имеющей неприятный запах и вкус, вызывающей тошноту. Отвращение к себе ребенок может испытывать примерно с 5 лет;

– гнев, ярость в человеке может выражаться: сдвинутыми бровями, выдвинутой вперед нижней губой, сжатыми кулаками и сильными жестами. При более «сильном» вспышке гнева эти симптомы меняются, глаза становятся большими блестящими, лицо краснеет, затрудняется дыхание.

Таким образом, выявление эмоциональных явлений и их определение происходит через определенные функции, которые выполняются индивидами. В большинстве современных исследований отмечается исключительное значение пристального внимания к чувствам и эмоциям

индивидов в период средней взрослости, как наиболее опасного периода связанного с высоким риском психосоматических расстройств [34, 56].

1.2 Особенности психосоматических расстройств и их виды

Психосоматические расстройства – это заболевания, включающие физический и психологический компоненты. Психосоматическое расстройство может быть физическим заболеванием, усугубленным проблемой психического здоровья, проблемой психического здоровья, усугубленной соматическим заболеванием, или проблемой психического здоровья, сопровождающейся физическими симптомами. Психосоматические расстройства, такие как конверсионное расстройство, представляют собой состояния, включающие как физические, так и психологические компоненты. Их развитие обычно связано с генетической предрасположенностью к развитию проблем с психическим здоровьем и может быть вызвано стрессовыми жизненными событиями.

Основоположником теории связи психологического состояния и физиологических расстройств стал Томас Ханна, исследователь и ученый 20-го века. За основу своих трудов он взял учение Моше Фельденкрайза [68].

Термин «психосоматика» не только слишком часто используется в современной культуре, но и в значительной степени неправильно понимается. Этот термин обычно используется для описания психического расстройства, такого как депрессия или тревога, которое проявляется, казалось бы, несвязанными физическими симптомами. Чтобы состояние считалось психосоматическим, не должно быть другого медицинского объяснения симптомам.

Сегодня термин расстройство соматических симптомов используется вместо «психосоматического» для описания формы психического заболевания, которое вызывает один или несколько телесных симптомов, включая боль, которая не может быть отнесена к общему состоянию

здоровья, другим психическим заболеваниям, или злоупотребление психоактивными веществами. Среди психологических особенностей, значимых для функционирования людей с соматическими или психическими дисфункциями, особое внимание уделяется личности и поведению в стрессовых ситуациях [67].

Например, депрессия может способствовать развитию психосоматических заболеваний, особенно когда иммунная система организма ослаблена тяжелым или хроническим стрессом.

Распространенным заблуждением является то, что психосоматическое расстройство является мнимым или «все в голове». На самом деле психосоматические симптомы реальны и требуют лечения, как и любая другая болезнь. К сожалению, широко распространенное социальное клеймо психосоматических заболеваний не позволяет некоторым людям обращаться за лечением [41].

За тысячелетия до построения физики первобытный человек феноменологически понимал, как его собственная психика влияет на его физические действия, при этом приписывая силы природы и человекоподобным эмоциональным состояниям. Эта естественная чувствительность человека к восприятию разума и тела как неразделимых понятий очевидна в традиционной и народной медицине. Традиционная китайская медицина является хорошим примером, поскольку она развивалась независимо и имеет письменные записи, датируемые 1500 г. до нашей эры.

Она базируется, прежде всего, на идее соответствия между организмом (микрокосмом) и окружающей его средой (макрокосмом). Как и идея «первобытного человека», это вера в концептуальную связь между телом и природой. Традиционная китайская медицина считает человеческие эмоции «жизненным воздухом» в теле, который имеет эквивалент в природе. Тело характеризуется внутренними органами. Пациенты часто описывают свои психиатрические проблемы с точки зрения органов, например, «напряженное сердце», чтобы придать смысл опасениям, «поврежденное сердце» для

обозначения печали и «повышенный огонь печени» для обозначения возбуждения и напряжения. Поскольку психологические проблемы считаются соматическими и связанными с органами, древние китайцы не отделяли психические расстройства от других заболеваний [35].

Вера в то, что психологические факторы влияют на появление соматических симптомов и что они могут повлиять на течение соматического заболевания, существовала в медицине со времен Гиппократа. Представляя психоаналитическую традицию в психосоматической медицине, Ф. Александер отстаивал идею многоосевой модели болезни, в которой психологические факторы взаимодействуют с биологическими, экологическими и социальными факторами.

Мейер и Данбар, основоположники психобиологического подхода, сформировали теоретическую основу для клинических и эпидемиологических исследований, направленных на доказательство взаимосвязи между социальными факторами и чертами личности и предрасположенностью к болезни [76].

Существует многофакторная этиология психосоматических заболеваний.

Л.Е. Панин [47] рассматривает трехкомпонентную структуру синдрома психоэмоционального напряжения, включающей, эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личностных достижений. Эмоциональное истощение проявляется в ощущении эмоционального перенапряжения, опустошенности, истощения личных эмоциональных ресурсов.

Деперсонализация – это склонность к формированию негативного, циничного отношения к предметам своей деятельности, к установлению безличных и формальных контактов. Редукция личных достижений проявляется в снижении чувства компетентности в работе, неудовлетворенности собой, чувстве принижения ценности своей деятельности, пренебрежении служебными обязанностями, негативном самовосприятии в профессиональной среде.

По мнению Е. Трошихиной [56] психологическое и физическое здоровье взаимозависимы. Вполне вероятно, что психосоциальный стресс иногда трансформируется в физические симптомы, и этот стресс также является фактором, способствующим возникновению заболевания. Он исследовал способы, которыми стресс может поставить под угрозу иммунную систему, делая организм более восприимчивым к болезням и инфекциям.

На настоящий момент известно более 300 различных концепций.

Среди них можно выделить психоаналитические концепции, характерологически-ориентированные, психофизиологические, личностные особенности, личностно-ориентированные, гомеостатические, физиологические – среди которых можно выделить кортико-висцеральную теорию К.М. Быкова и И.Т. Курцина [33, 37].

Кроме данных теорий можно ещё выделить комплексные, подчеркивающие сложность патогенеза психосоматических заболеваний и учитывающие как психологические факторы, так и соматические. Среди них концепции А.Б. Смулевича, Д.Н. Исаева и онтогенетическая концепция структурного аттрактора болезни Ананьева и другие [8, 36].

Психосоматические расстройства – это соматические заболевания, вызванные или усугубляющиеся психическим стрессом и дистрессом. Список состояний, которые считаются чисто психосоматическими, продолжает сокращаться по мере развития научных знаний. Туберкулез, гипертония и язва желудка когда-то считались психосоматическими. Тем не менее, признано, что многие заболевания имеют психосоматические факторы и усугубляются стрессом и дистрессом, например, болезни сердца, синдром раздраженного кишечника, нервный желудок и защитные функции скелетных мышц [43].

Когда стресс возникает у человека, который более эмоционально и физиологически реактивен, возникает повышенная аллостатическая нагрузка (износ организма в результате стресса) с сопутствующими

физиологическими изменениями. Эти изменения могут включать: сдвиг баланса вегетативной нервной системы от парасимпатического к симпатическому контролю, изменения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, повышение артериального давления, частоты сердечных сокращений, дыхания, повышение уровня глюкозы в крови, увеличение притока крови к скелетным мышцам, воспаление, снижение регенеративной (восстановительной) активности, снижение пищеварительной активности и снижение притока крови к префронтальной коре при более высоких уровнях дистресса. Хотя короткие эпизоды острого стресса, как правило, могут быть здоровыми и хорошо переносимыми в большинстве случаев, хронический непрекращающийся стресс у восприимчивых людей может иметь более пагубные последствия. У человека с генетической и другой предрасположенностью к стрессу эти изменения могут, в свою очередь, привести к психосоматическим симптомам и расстройствам. Люди имеют разные уязвимые места, которые делают их более склонными к различным психосоматическим состояниям.

Одним из примеров психосоматического заболевания является психосоматическое сердечно-сосудистое заболевание. Когда это происходит у восприимчивого человека, хронический стресс активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось и симпатическую ветвь вегетативной нервной системы, снижает тонус блуждающего нерва, повышает уровень катехоламинов в плазме, повышает частоту сердечных сокращений, вызывает сужение сосудов, активирует тромбоциты и снижает частоту сердечных сокращений, изменчивость [46]. Сопутствующее хроническое повышение уровня провоспалительных цитокинов способствует повреждению эндотелия, образованию бляшек, образованию атеросклеротических тромбов, окклюзии сосудов, повреждению эндотелия сосудов головного мозга и острым коронарным синдромам. Эти изменения вегетативной и иммунной систем по отдельности и в совокупности оказывают неблагоприятное

воздействие, приводя к высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Другой пример – синдром раздраженного кишечника. У восприимчивых людей стресс приводит к снижению парасимпатического и вагусного тонуса, а перистальтические сокращения становятся более спастическими, что приводит к диарее, неотложным позывам к дефекации и/или запорам. Диетические соображения, особенно глютен и лактоза, также играют роль в обострении симптомов.

В развитии индивидуации часто используется паттерн, в котором изменения личности происходят в результате ухудшения объектных отношений и невротических защит [39]. Хотя считается, что стресс, являющийся одним из основных элементов психосоматической теории, оказывает деструктивное воздействие сам по себе, тот факт, что определенное событие является стрессовым для индивидуума, личностное значение события для индивидуума (когнитивная оценка событие или ситуация), способность управлять стрессом, с которым сталкивается индивид, адаптироваться или справляться с ним. Кроме того, есть доказательства того, что на чувствительность к стрессу и устойчивость может влиять наличие или отсутствие социальных буферов, которые могут защитить от эмоциональной нестабильности и физических заболеваний [46].

Принято считать, что важную роль в понимании этиологии психосоматических заболеваний играют исследования, проведенные с помощью разработанного Клонингером опросника темперамента и характера, который дает возможность оценить личность по биопсихосоциальной модели.

В то время как биопсихосоциальная модель была важна для информирования о важности рассмотрения пациента как единого существа, с годами был выявлен ряд слабых сторон этой модели. Хорошо аргументированная в другом месте биопсихосоциальная модель подвергалась критике за то, что она неспецифична или эклектична и недостаточно

чувствительна к индивидуальным различиям и потребностям. Некоторые даже утверждали, что, хотя биопсихосоциальная модель существует уже более 40 лет, ее влияние не так широко распространено, как ожидалось, влияя на то, как здоровье и болезнь концептуализируются или управляются сегодня. Частично это может быть связано с тем, что в биопсихосоциальной модели отсутствует основа для пониманиятого, как биологические, психологические и социально-окружающие факторы могут вносить свой вклад на каждой стадии развития болезни, в поддержании болезни или в лечении болезни [49].

Хотя биопсихосоциальная модель может помочь в утверждении, что несколько дисциплин способствуют здоровью и заболеванию, необходима дополнительная теоретическая работа, чтобы концептуализировать и объяснить как междисциплинарные факторы, включая психологические и поведенческие, способствуют этиологии, поддержанию и лечению болезненных состояний.

То есть необходимо провести более концептуальную работу, чтобы объяснить, как взаимодействуют биологические, социологические и психологические факторы, а не просто констатировать, что они взаимодействуют. Применение и комбинация другой известной модели (то есть модели 3Р), обеспечивают более надежный и, что важно, учитывающий время аргумент того, как различные факторы могут проявляться и впоследствии накапливаться, чтобы продвигать человека вверх по «лестнице» и за «порогом» проявления болезни. Другие выдвинутые аналогичные идеи, в том числе использовали ту же терминологию («4Р»), предлагая концептуализацию случая таким образом. Чего, однако, не хватает, так это практического и ощутимого применения такой модели к конкретным заболеваниям и будущим направлениям.

Содействующие факторы, которые являются длительными или продолжительными, характеризуются как предрасполагающие.

Определенные гены и семейный анамнез или даже давние экологические, социальные или психологические факторы можно считать предрасполагающими факторами. Человек может быть просто генетически предрасположен или, возможно, иметь биологическую предрасположенность к чрезмерному возбуждению, что способствует трудностям с засыпанием, продолжительным сном или слишком ранним пробуждением. Важно отметить, что предрасполагающие факторы не являются синонимами «био» в биопсихосоциальной модели. Биологические факторы, возможно, могут в значительной степени способствовать заболеванию, но сами по себе их недостаточно для возникновения, поддержания или даже лечения некоторых заболеваний. То есть предрасполагающие факторы возникают в преморбидной фазе заболевания и могут носить социально-экологический или психологический характер [46].

Предрасполагающие факторы. Чаще всего сами по себе предрасполагающие факторы не приводят к серьезным проблемам со здоровьем. Скорее всего, существуют определенные события или ситуации, которые ускоряют или изначально приводят к появлению симптомов болезни. Например, рождение или усыновление нового ребенка может привести к серьезным нарушениям сна у многих новых родителей. Или стресс, связанный с потерей работы, горем по поводу потери любимого человека, прекращением длительных отношений и многими другими ситуациями, может привести к нарушению и плохому сну (например, меньше часов сна, пробуждение посреди ночи). Обычно провоцирующие факторы – это то, что изначально «выталкивает» человека за порог клинически значимой бессонницы в ее острой фазе.

Провоцирующими факторами могут быть множественные или повторяющиеся события или ситуации, которые накапливаются со временем и способствуют развитию или проявлению заболевания (например, рождение нового ребенка и автомобильная авария). Точно так же провоцирующими факторами могут быть изменения в окружающей среде (например, смена или

потеря работы), которые ускоряют возникновение состояния до клинического «порога». Психологические факторы также могут спровоцировать проблемы со здоровьем, например, когда любимый человек умирает, и человек горюет, что приводит к тому, что у него больше или меньше развивается депрессия [50].

Поддерживающие факторы, как правило, острые стрессоры и провоцирующие факторы со временем исчезают на ранней стадии развития или поддержания заболевания. То есть все может улучшиться само по себе или быть смягчено естественными процессами адаптации. Младенцы, в конце концов, учатся спать по расписанию, люди получают новую работу, люди проходят через процесс горя и траура и так далее. Однако в некоторых случаях в период обострения люди начинают проявлять неадекватное поведение и/или модели мышления в попытке компенсировать трудные или стрессовые времена или справиться с ними. Например, человек, может использовать негативные стили мышления, такие как катастрофизация. Поддерживающие факторы – это то, что обычно поддерживает определенные состояния в хроническом состоянии даже после того, как естественное течение провоцирующего фактора (факторов) стихает [51].

Когда стресс возникает у человека, который более эмоционально и физиологически реактивен, возникает повышенная аллостатическая нагрузка (износ организма в результате стресса) с сопутствующими физиологическими изменениями. Эти изменения могут включать: сдвиг баланса вегетативной нервной системы от парасимпатического к симпатическому контролю, изменения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, повышение артериального давления, частоты сердечных сокращений, дыхания, повышение уровня глюкозы в крови, увеличение притока крови к скелетным мышцам, воспаление, снижение регенеративной (восстановительной) активности, снижение пищеварительной активности, снижение притока крови к префронтальной коре при более высоких уровнях дистресса [65]. Хотя короткие эпизоды

острого стресса, как правило, могут быть здоровыми и хорошо переносимыми в большинстве случаев, хронический непрекращающийся стресс у восприимчивых людей может иметь более пагубные последствия. У человека с генетической и другой предрасположенностью к стрессу эти изменения могут, в свою очередь, привести к психосоматическим симптомам и расстройствам. Люди имеют разные уязвимые места, которые делают их более склонными к различным психосоматическим состояниям.

Применений модели 3Р в развитии и поддержании болезни в любых условиях множество. Чтобы продемонстрировать только несколько потенциальных применений к различным заболеваниям, постулируется применение модели 3Р к хронической боли, желудочно-кишечным расстройствам, заболеваниям полости рта и зубов, а также к сердечным заболеваниям. Эти специфические заболевания представлены для объяснения полезности и применимости модели 3Р к широкому кругу, казалось бы, не связанных между собой заболеваний, а также для демонстрации того, что многие предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы, лежащие в основе этих заболеваний, функционально сходны по своей природе (например, состояние здоровья), поведение, механизмы преодоления и другие. Эти примеры были выбраны потому, что они включают в себя некоторые из наиболее распространенных или обременительных заболеваний, с которыми сталкивается общество, а также потому, что авторы знакомы с применением модели 3Р к этим заболеваниям в исследованиях и на практике. Эта работа не должна мешать другим, добавлять дополнительную информацию о других заболеваниях. Как упоминалось выше, помимо демонстрации важность психологических факторов, модель 3Р обеспечивает концептуальную основу для понимания того, как психологические факторы могут играть роль в развитии и поддержании болезни [52].

В зависимости от рассматриваемого заболевания биологические, социально-окружающие, поведенческие и психологические факторы могут

выступать в качестве одного из многих причинных или поддерживающих факторов болезненных состояний.

Стоит уделять одинаково необходимое внимание к исследованиям болезней и лечению биологических, социально-экологических и особенно психологических факторов. Эта реконцептуализация и новая перспектива дополнительно помогут определить, как врачи/стоматологи, психологи, и исследователи или специалисты из всех дисциплин могут работать вместе, чтобы лучше понять различные этиологии заболеваний и разработать инновационные методы лечения.

Таким образом, развитие психосоматической медицины происходило от создания однолинейной модели к системной, учитывающей, взаимодействие множества физиологических и психосоциальных факторов. Среди ученых в настоящее время имеется больше приверженцев системных моделей. Можно также отметить, что ни одна из разработанных раннее теорий не позволяет достоверно объяснить все звенья в развитии нарушений [55].

Известно, что многие люди в повседневной жизни испытывают большие эмоциональные нагрузки. Без преувеличения можно сказать, что каждый человек рискует в любой момент превысить свой предельно допустимый уровень эмоционального напряжения, что может представлять опасность для жизни.

Учитывая широкое понимание психосоматики, можно создать категоризацию конкретных расстройств несколькими способами. В медицинской профессии категоризация может быть сделана в соответствии с анатомической локализацией, то есть кожа, скелетно-мышечная, сердечно-сосудистая, лимфатическая, желудочно-кишечная, мочеполовая, эндокринная и нервная системы и специфические органные реакции. Другая система классификации основана на динамике развития расстройств. Они могут быть.

– Психические расстройства, вызванные телесными симптомами, иначе известные как психофизиологические, психосоматические или

соматоформные расстройства. Эти расстройства сами по себе не имеют органических причин, которые часто заставляют больного безрезультатно обращаться за многократными врачебными консультациями. Эти симптомы можно наблюдать физиологически у пациента и можно составить описание недуга. Нозология – то, что описывает лежащие в основе психологические причины состояния – гораздо сложнее и требует более глубокого понимания психосоциальной ситуации пациента. Эта категория включает ряд соматических синдромов, которые могут быть связаны с аффективными (аффективными) расстройствами, невротическими и стрессовыми расстройствами, поведенческими синдромами, расстройствами личности, умственной отсталостью и нарушениями психологического развития.

– Физиологические проблемы, вызывающие психологические расстройства, иначе называемые соматопсихическими расстройствами. Эти расстройства имеют органические причины и включают (но не исключительно) дегенеративные заболевания головного мозга, такие как деменция, расстройства, вызванные поражениями головного мозга, вызванными болезнью, повреждением или дисфункцией. Причины дисфункции головного мозга также могут быть связаны с интоксикацией. Симптомы, поражающие другие части тела, которые также приводят к необходимости психологической помощи, могут быть психосоциальными факторами, влияющими на физическое здоровье. К ним в широком смысле относятся зависимости, плохое питание и старение. Многие физические болезни вызывают психологический стресс, например, хронические заболевания и неизлечимые состояния. Психологическая помощь необходима, чтобы помочь пациентам справиться со своими симптомами и последствиями болезни.

Болевое поведение описывается в действиях во время страдания от боли. Например, боязнь повторения травмы часто приводит к бездействию, которое, в свою очередь, подобно различию между ноцицепцией и болью,

Терк и Монарх определяют различия между заболеванием и болезнью у пациентов с хронической болью [68].

Термин «болезнь» описывает измененное состояние, возникающее в результате нарушения нормальных физиологических систем, и считается «объективным биологическим событием». Болезнь, с другой стороны, относится к «субъективному опыту», связанному с болезненным состоянием и представленному уникальным взаимодействием между биологическими, психологическими и социальными факторами. Такие симптомы, как утомляемость, ломота, боль, когнитивные нарушения, сенсорные жалобы на нарушение регуляции настроения и другие, некоторые классифицируют как «субъективные», а некоторые считают менее достоверными [71]. И наоборот, лабораторные тесты, даже если они плохо стандартизированы (например, двухуровневое тестирование на болезнь Лайма), и клинические испытания, даже если они плохо спланированы (например, исследование болезни Лайма Клемпнера), некоторые классифицируют как «объективные» и, следовательно, некоторые считают его более достоверным.

Сложные заболевания могут иметь разные проявления у разных людей с симптомами, которые могут совпадать с другими состояниями. Многие из этих симптомов могут сами по себе не быть специфичными для конкретного диагноза. Термин «неопределенный» также иногда используется для классификации симптомов, которые не являются диагностически специфичными, но могут быть очень серьезными симптомами. Эти симптомы могут включать необъяснимую потерю веса и/или потерю аппетита, неспецифический дискомфорт в животе или боль, утомляемость, когнитивные нарушения, сенсорные жалобы, нарушение регуляции настроения и чрезмерное потоотделение. Усталость, боль, когнитивные нарушения, нарушение регуляции настроения и сенсорные нарушения – это жалобы, которые могут быть объективно подтверждены компетентным клиницистом и могут быть подтверждены оценкой психического статуса,

психологическим тестированием, несколькими шкалами измерений и визуализацией мозга [74].

Хроническая боль рассматривается как болезнь, которую нельзя вылечить, ее можно только контролировать. Следовательно, биопсихосоциальная перспектива направлена на болезнь, а не на болезнь, и этот подход фокусируется на разнообразии и индивидуальных различиях в общем переживании боли. Таким образом, используется управленческий, а не просто лечебный подход. Действительно, большинство хронических заболеваний, таких как сахарный диабет, астма, эссенциальная гипертония не лечатся, а только контролируются. Зная, что не у всех людей, получивших травму, развивается состояние хронической боли, важно понимать, как острая ситуация переходит в состояние хронической боли. Острая боль обычно рассматривается как показатель повреждения тканей и интерпретируется через болезненные ощущения. В целом, по мере снижения уровня ноцицепции острое болевое состояние ослабевает. Хотя человек, испытывающий острую боль, может сообщать о повышенном уровне беспокойства, обычно это временное явление. Тревога, страх и беспокойство в ситуациях острой боли часто рассматриваются как адаптивные, поскольку негативные эмоции влияют на активные действия по восстановлению, такие как обращение за медицинской помощью и оказание помощи при травме. После острой фазы возникает интермиттирующая стадия, при которой болевой синдром длится от двух до четырех месяцев после травмы. На этом этапе человек испытывает больше психологических и поведенческих расстройств, таких как гнев, соматизация и выученная беспомощность [74]. Нерегулируемые, аверсивные эмоциональные состояния включают фобии окружающей среды (агорафобия, клаустрофобия, акрофобия и т. д.); межличностные (паранойя, социальная тревожность, телесные дисморфические расстройства, патологическая ревность и др.); целостность тела (соматические расстройства, тревожное расстройство); травматическая реактивность (посттравматическое стрессовое расстройство); тревога

(паническое расстройство); сомнение (обсессивно-компульсивное расстройство); расстройства груминга (трихотилломания, экскориационное расстройство, онихофагия, ринотиллексомания, навязчивое стремление к очищению тела); и депрессия (бесполезность) [75].

Хроническая боль обычно длится не менее шести месяцев после травмы, что превосходит время, в течение которого в достаточной степени излечиваются общие нарушения опорно-двигательного аппарата. Синдромы, вызывающие длительные болевые состояния, часто связаны с депрессией и негодованием.

У людей с хронической болью часто развивается «синдром физической декондиции», для которого атрофия, отражающаяся в снижении силы, гибкости и выносливости, является результатом пренебрежительного отношения к поврежденной области. Характеризуется дилеммой «ментальной декондиционированности». По мере того как их эмоциональное благополучие находится под угрозой, эти пациенты с хронической болью часто становятся избегающими и теряют связь со своими повседневными обязанностями, так что другим в их социальной группе необходимо не только «восполнять слабину», но и тем самым укреплять избегающее поведение. В такой ситуации пациенты с хронической болью теряют мотивацию, особенно в семье, в физической активности и в карьере. Когда отсутствие мотивации мешает их работе, пациент с хронической болью может также испытывать значительное финансовое бремя, которое также может усугубить аффективное состояние.

Для полного понимания состояния пациента необходимо учитывать переплетение биологических, психологических и социальных элементов, уникальных для каждого пациента с хронической болью. Стандартные протоколы лечения оказываются несовершенными, если любой из этих компонентов игнорируется. Поскольку пациенты с одним и тем же диагнозом могут по-разному реагировать на стандартный протокол лечения,

цель биопсихосоциального подхода к оценке и лечению состоит в том, чтобы адаптировать лечение к конкретным потребностям человека [76].

Биопсихосоциальный подход к пониманию боли был определен как наиболее успешная модель на сегодняшний день, поскольку он охватывает более широкие проблемы, связанные с взаимодействием между биологическими, психологическими и социальными компонентами, уникальными для каждого человека. Таким образом, концепция боли не может быть разбита на отдельные физические или психосоциальные элементы. Скорее, сложность боли проявляется не только в диапазоне психологических, социальных и физических признаков, но и в отношении хронического характера, так что эти переплетенные компоненты, как считается, модулируют восприятие пациентом боли и инвалидности. Таким образом, биопсихосоциальная модель использует физические, психологические, социальные, когнитивные, аффективные и поведенческие показатели – наряду с их взаимодействием – для наилучшей оценки уникального болевого состояния человека.

Недавнее усовершенствование этой модели нашло отражение в лучшем понимании того, как нейроэндокринная система влияет на состояние хронической боли. Было обнаружено, что в дополнение к влиянию общего эмоционального дистресса повышение уровня гормонов стресса, вырабатываемых гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой (ГГН), таких как кортизол, усугубляет болевые ощущения. Ранее Макьюэн подчеркнули важность оценки нарушения регуляции кортизола в результате увеличения аллостатической нагрузки, вызванной стрессом. Следовательно, лежащие в основе механизмы, могут помочь объяснить индивидуальные различия в стрессе и боли, а также другие заболевания, такие как фибромиалгия. Действительно, несколько недавних исследований связывают дисфункцию HPA с хроническими болевыми состояниями, такими как фибромиалгия, синдром хронической усталости, хроническая тазовая боль, височно-нижнечелюстное болевое расстройство (ВНЧС), ревматоидный

артрит и рассеянный склероз. Кроме того, развивающиеся технологии позволили лучше понять болевые ощущения с помощью различных методов, таких как функциональная магнитно-резонансная томография (ФМРТ) и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) [52].

Эти типы методов визуализации фокусируются на смещении кровотока в определенных областях мозга. Хотя существуют некоторые разногласия относительно последствий процедур визуализации, эти не инвазивные технологии позволили получить знания об анатомии и проводящих путях, связанных с центральной нервной системой. В дополнение к методам визуализации мозга, другие разработки в области исследования боли были обнаружены в области генетики, электрофизиологии, молекулярной биологии и фармакологии. Объединение дисциплин, посвященных боли, обеспечивает наиболее эффективные методы понимания боли, поскольку дает всестороннее представление о том, как нервная система воспринимает, расшифровывает боль и реагирует на нее.

При попытке оценить состояние боли у человека следует избегать двух существенных путаниц или «ловушек». Во-первых, хотя существует множество доступных оценок боли, практикующий врач не может предполагать, что какая-либо одна оценка будет иметь большую достоверность или надежность, чем другая мера. Во-вторых, хотя физические измерения боли более объективны, чем инструменты самоотчета, при оценке состояния боли необходимо принимать во внимание и то, и другое. Независимо от уровня точности объективного анализа боли, интерпретация со стороны медицинского работника должна учитываться для постановки адекватного диагноза. Кроме того, психологическое состояние человека может повлиять на результаты физической оценки, так что страх повторной травмы и отсутствие мотивации могут повлиять на результаты.

При рассмотрении типов оценок, которые следует использовать, мера действительна только в том случае, если она соответствует поставленной цели. Оценки, используемые в популяциях с хронической болью, которые

сосредоточены исключительно на биологических и физиологических аспектах, могут быть недействительными для прогнозирования нарушений или инвалидности. Важно учитывать не только то, какие меры следует использовать, но и уметь определить, как различные инструменты ассимилируются в полный анализ болевого состояния человека. Рекомендуется поэтапный подход к оценке, начиная с общей оценки рассматриваемых факторов и заканчивая более точным диагнозом.

Принимая во внимание этот многомерный взгляд, биопсихосоциальный подход к оценке приведет не только к лучшему пониманию состояния боли у пациента, но, в конечном счете, приведет к комплексному протоколу лечения, адаптированному к уникальной индивидуальной ситуации. Подобно другим хроническим заболеваниям, таким как диабет или астма, хроническое болевое состояние нельзя вылечить, вместо этого его необходимо контролировать. Из-за неоднородности биологических и психосоциальных элементов в популяции пациентов с хронической болью необходимо не только большее разнообразие вариантов лечения, но и правильное соответствие лечения пациенту.

Поскольку два пациента с одним и тем же диагнозом различаются по физическому, социальному и психологическому составу, «включение» этих пациентов в одну и ту же программу лечения, скорее всего, не даст лучших результатов по сравнению с индивидуальной схемой лечения. Общая цель лечения пациентов с хроническими болевыми состояниями – улучшение функциональной способности, что коррелирует с большей физической силой и подвижностью, а также с улучшенным аффективным состоянием.

Чтобы найти баланс в отношении последствий стресса для здоровья, необходимо интегрировать в комплексную модель множество эффектов и механизмов воздействия личности в процессе стресса. Очевидно, что неотъемлемой частью такой модели должны быть и физиологические, и иммунологические стрессовые реакции. Отчасти эти физиологические

реакции реагируют на когнитивные и поведенческие процессы и, таким образом, являются посредниками между личностными и связанными со здоровьем последствиями стресса. Кроме того, необходимо учитывать прямое влияние личности на результаты стресса. Из черт враждебность или низкая доброжелательность, по-видимому, особенно «связаны» с физиологической реактивностью. Кроме того, враждебность также связана с более высокой подверженностью межличностному стрессу.

Дальнейшие усилия необходимо направить на моделирование влияния личностных факторов на стрессовый процесс в комплексе. Весьма вероятно, что одни из этих эффектов суммируются или даже умножаются, а другие компенсируют друг друга на разных стадиях стрессового процесса и во времени. Было высказано предположение, что продемонстрированное долголетие добросовестных людей обусловлено положительным кумулятивным эффектом в отношении поведения, связанного с риском и преодолением. Наконец, влияние черт личности на процесс стресса следует изучать в комплексе. Мало что известно о том, как различные комбинации личности могут влиять на процесс стресса.

Современные учебники и руководства по диагностике обычно классифицируют психосоматические расстройства следующим образом.

– Соматоформа: физические нарушения, вызванные соматизацией психологических проблем. Сюда входят соматоформно-автономные симптомы, такие как шум в ушах, синдром раздраженного кишечника и сердечно-сосудистые заболевания, неорганические расстройства сна, неорганические сексуальные расстройства, конверсионное расстройство и неорганическая мигрень.

– Расстройства пищевого поведения: поведенческие расстройства в результате психосоциальных проблем, приводящих к нервной анорексии, нервной булимии и компульсивному перееданию.

– Потенциальные психосоциальные факторы при органических расстройствах, таких как гипертония, бронхиальная астма, язвенный колит и нейродермит.

– Соматопсихические расстройства: характеризуются психологическими симптомами органического происхождения, такими как поражения головного мозга, инсульты и опухоли, которые вызывают структурные повреждения и/или биохимические дисфункции, неблагоприятно влияющие на нормальную мозговую деятельность. Сюда же относятся психологические проблемы при преодолении боли, хронических заболеваний, последствий операций и травм.

Возможно, было бы интересно понять, как почти каждый человек страдает от какой-либо психосоматической проблемы и как связаны его личность, мускулистость, ожирение или старение. Один только термин «психосоматика» вызывает в воображении целое философское понимание того, что значит иметь разум и тело [76].

1.3 Связь эмоциональной сферы и психосоматических расстройств личности в период взрослости

Исследователей очень интересуют не только вопросы психосоматических расстройств, но и способы совладания с ними, а также его взаимодействие с органами человека. Самой популярной концепцией в психологии была концепция Ричарда Лазаруса и Сьюзен Фолкман. Это была первая комплексная концепция связи эмоциональной сферы и психосоматических расстройств личности, в которой основное внимание уделялось последствиям стресса и процессу борьбы с ним. Совместная работа Р. Лазаруса и С. Фолкмана привела к новому подходу к феномену связи, а именно к когнитивно-транзакционному подходу, в котором под стрессом понимается «психологический стресс – это особое отношение между человеком и окружающей средой, которое оценивается человеком»

как обременение или превышение его или ее ресурсов и создание угрозы его или ее благополучию» [29].

Эндлер и Паркер, ссылаясь на теорию Р. Лазаруса и С. Фолкмана, представили три стиля совладания с эмоциями. Они подчеркнули, что люди, использующие разные стили совладания со стрессом, лучше осознают его, в отличие от защитных механизмов, о применении которых они не подозревают. По их мнению, стиль – это типичное поведение человека в различных стрессовых ситуациях [72]. В когнитивно-транзакционном подходе мы говорим о постоянно меняющихся когнитивных и поведенческих усилиях по управлению конкретными внешними и внутренними требованиями, которые оцениваются как обременительные или превышающие ресурсы человека [18]. Перегрузка личности потребностями может привести к дисбалансу в системе «человек-среда», что в конечном итоге приводит к ухудшению психического здоровья и развитию соматических заболеваний. Например, психологические нагрузки гораздо более тесно связаны с риском сердечного приступа, чем такие факторы, как курение или уровень холестерина [54].

Регуляция эмоций это как «процессы, с помощью которых люди влияют на то, какие эмоции они испытывают, когда они у них возникают, а также на то, как они их испытывают и выражают» [51]. Выявление, понимание и принятие эмоций, а также использование эффективных стратегий регулирования эмоций, контроль импульсов и продолжение целенаправленного поведения при столкновении с сильными эмоциями считаются важными факторами эффективное регулирование эмоций [3, 49]. Кроме того, нарушение регуляции эмоций играет решающую роль в развитии и поддержании эмоционального состояния. В последние годы исследователи проявляют повышенный интерес к роли нарушения регуляции эмоций при обсессивно-компульсивном расстройстве. У людей с психосоматическими расстройствами навязчивые мысли как процесс, потенциально имеющий негативные и заметные последствия. Чтобы уменьшить страдания,

вызванные этими мыслями, они прикладывают много усилий, чтобы уменьшить негативные эмоции.

В психологии подчеркивается, что для функционирования и состояния здоровья личности важно не только совладание с отрицательными, но и взаимодействие стиля совладания с чертами личности [45]. Черты личности являются частью интрапсихических и межличностных ресурсов человека, которые важны для преодоления трудностей. Поэтому экстраверсия, классифицируемая как положительная эмоциональность, позволяет воспринимать сложные ситуации как вызовы [39], а оптимизм составляет так называемую социальную компетентность, повышающую стрессоустойчивость.

Нейротизм, как компонент негативной эмоциональности, способствует восприятию событий как угрожающих и ограничивает эффективность совладания с трудными ситуациями [29]. В литературе имеются многочисленные подтверждения того, что личность играет значительную роль в способах совладания со стрессовыми ситуациями. Многие теоретические соображения и отчеты об эмпирических исследованиях подтверждают тезис о трактовке совладания с орицательными эмоциями влияющим на субъективное ощущение здоровья как переменной, зависящей от личностных предрасположенностей [30].

В представленном исследовании авторы опираются на концепцию «большой пятерки» Пола Косты и Роберта Мак Крэя и на предложение стилей совладания со стрессом Эндлера и Паркера. Выбор теоретической основы определялся теоретическими и методологическими соображениями. Помимо прочего, при критическом анализе восторженно оценивается позиционирование инструментов в теоретических моделях при относительно высокой методологической формализации и хороших психометрических характеристиках исходной версии. Польские адаптации инструментов, которые вписывались в культуру страны, получили очень удовлетворительные психометрические значения [14].

Базовые эмоции изменяют перцептивные информационные процессы, формируют особенности раннего обучения, особенно бессознательные реакции на условные раздражители, и отражаются наследственные тенденции обработки информации системами памяти [17]. Появляются плотные синапсы в корковых отделах и некоторые активные и пассивные изменения, играющие роль в регуляции нейронной цепи. Затем базовые эмоции, такие как страх, гнев, скука, волнение, переходят в более сложные положительные вторичные эмоции, такие как любовь, эмпатия, сострадание, находчивость.

Людям, страдающим соматическими заболеваниями, свойственна сниженная способность эффективно «справляться» с различными задачами или проблемами, что повышает риск возникновения у них дискомфортного состояния дистресса. Исследования стиля совладания со стрессом и детерминант совладания со стрессом в контексте изменения выраженности симптомов заболевания дают возможность выявить периоды более высокой эффективности совладания с жизненными трудностями. Они также могут служить основой для временной структуры активности людей с диагнозом шизофрения, повышая их шансы на эффективное функционирование и ощущение благополучия.

Переживание стрессовой ситуации может усиливать прошлые симптомы заболевания, обусловленные психобиологической восприимчивостью личности к психологической травме, что обрекает больных на переживание одиночества, чувства забытости другими людьми (даже близкими) и даже чувство отверженности. Это может изменить ваше восприятие себя и окружающего мира и породить дополнительные негативные чувства, такие как потеря надежды на позитивное будущее [19].

Механизм, ответственный за возникновение симптомов, связан с превышением психической выносливости человека, который подвержен экзогенным и эндогенным нагрузкам. Накопленный физиологический и психологический стресс, в том числе экзогенная нагрузка на

жизнедеятельность личности, неблагоприятные психические состояния, вызванные нарушением травматических и положительных переживаний и наличием множества факторов, нарушающих биохимические и нейрофизиологические процессы, воздействие токсических веществ и негативные последствия перенесенных инфекций, которые усиливаются в подростковом возрасте, снижают способность поддержания гомеостаза и ослабляют психическую выносливость, иммунитет, приводят к глобальному снижению интеллектуальных функций [22].

Различные черты личности выступают в качестве факторов риска или защиты психического здоровья, влияя на воздействие стрессовых событий, оценку стресса, а также на стратегии преодоления. Согласно транзакционной модели преодоления стресса и оценочной модели эмоций, оценки стресса (называемые оценкой личной компетентности для удовлетворения ситуационных требований) и стратегии совладания (называемые когнитивными и поведенческие усилия, направленные на управление внешними или внутренними требованиями) опосредуют взаимосвязь между переживаниями стрессовых событий и эмоциональными симптомами. В последнее время все большее внимание уделяется стрессовому мышлению, которое не зависит ни от какой ситуации и определяется как метакогнитивное убеждение о природе стресса как усиливающей или ослабляющей [12]. Воздействие воспринимаемого стресса на проблемы с психическим здоровьем может усугубляться мышлением, склонным к изнурению стресса, но смягчаться мышлением, усиливающим стресс.

Более того, растущее количество исследований показало, что вместо того, чтобы использовать определенную стратегию в разных ситуациях, способность отслеживать и изменять стратегии преодоления с учетом требований различных ситуаций, определяемую как гибкость совладания, может предсказать меньшее количество симптомов депрессии и тревоги. Несмотря на этот большой объем исследований по преодолению стресса, очень мало исследований изучали роль, которую стрессовое мышление и

гибкость совладания играют в отношениях различных черт личности с психическим здоровьем. Текущее исследование было направлено на изучение того, взаимодействуют ли и каким образом стрессовые переживания, стрессовое мышление и гибкость совладания друг с другом, чтобы выступать в качестве объяснительного механизма, лежащего в основе влияния личности на психологический дистресс.

Стрессовое мышление отражает степень, в которой люди верят, что стресс обычно приводит к улучшению результатов, связанных с производительностью, обучением, личностным ростом, здоровьем и благополучием (называется мышление, усиливающее стресс), или ослабляет результаты (называется стрессом–изнуряющее мышление) [10].

В настоящем исследовании мы классифицировали стрессовое мышление как мышление «стресс – это вызов» (чтобы интерпретировать природу стресса как возможности для личностного роста и выгоды) и мышление «стресс – это угроза» (чтобы интерпретировать природу стресса), стресс как повреждение или утрата [75].

Стрессовое мышление влияет на когнитивные, аффективные и совладающие реакции на различные типы стрессоров, а затем определяет последующие действия людей, их решения и результаты в отношении здоровья. В частности, угрожающее/изнурительное мышление связано с более высоким риском депрессии, тогда как сложное/усиливающее мышление может смягчить воздействие стрессовых переживаний на депрессивные симптомы [16].

Основанная на транзакционной модели совладания со стрессом, теория двойного процесса Като определила гибкость совладания как способность оценивать стратегии совладания, отказываться от неэффективной стратегии и выбирать более подходящую. Люди с ригидным стилем совладания обычно проявляют более выраженные симптомы депрессии и тревоги, в то время как большая гибкость в адаптации стратегий к изменяющимся ситуациям может способствовать психологической адаптации [13].

Личностные черты Большой пятерки влияют на психическое здоровье через подверженность стрессу, оценку стресса и стратегии преодоления. Большая пятерка параметров личности включает невротизм, добросовестность, экстраверсию, доброжелательность и открытость опыту. Мало что известно о том, объясняют ли различное стрессовое мышление и гибкость совладания различное влияние личностных черт «большой пятерки» на психическое здоровье. Нейротизм характеризуется отрицательной эмоциональностью, физиологической реакцией на стресс и поведенческой заторможенностью. Люди с более высоким уровнем невротизма, как правило, воспринимают больше переживаний стрессовых событий, интерпретируют стресс как более угрожающий и используют более дисфункциональные стратегии выживания (например, самообвинение, отстранение и отрицание), все, из которых связаны с более эмоциональными симптомами, такими как депрессия и тревога.

Учитывая, что люди с высоким уровнем невротизма, как правило, оценивают угрозу в различных ситуациях, они могут придерживаться установки «стресс – это угроза», интерпретируя стресс как потерю, вред или ущерб в целом. Кроме того, когда люди с высоким невротизмом озабочены негативным аффектом, негативными мыслями и избеганием преодоления, они могут не размышлять активно о своих копинг-стратегиях или модифицировать эти стратегии, чтобы приспособиться к меняющимся ситуациям. Таким образом, связь между невротизмом и психологическим дистрессом может быть опосредована переживанием стрессовых событий, мышлением «стресс – это угроза» и негибким преодолением.

Добросовестность воплощает в себе обдумывание, саморегуляцию, контроль импульсов и ориентацию на достижение. Люди с высоким уровнем Сознательности, как правило, меньше воспринимают угрозы окружающей среды и имеют широкий спектр функциональных стратегий выживания, таких как решение проблем, эмоциональная регуляция и когнитивная реструктуризация [24].

Добросовестные люди обычно проводят положительную оценку стресса, поэтому они также могут придерживаться общего убеждения, что стресс дает возможности для улучшения результатов. Наличие функционального копинг-репертуара позволяет им повторно справляться с различными ситуациями, гибко выбирая адаптивные стратегии. Ориентация на достижение и хорошие навыки планирования также помогают людям с высокой сознательностью постоянно оценивать свои стратегии преодоления трудностей и модифицировать их в соответствии с требованиями ситуации. Следовательно, разумно ожидать, что мышление «стресс – это вызов» и гибкость совладания могут опосредовать отношение сознательности к более низкому уровню психологического дистресса.

Доброжелательность включает в себя доверие, альтруизм, уступчивость и просоциальную ориентацию по отношению к другим [26]. Люди с высоким уровнем приятности склонны использовать более адаптивные стратегии выживания, такие как поиск инструментальной и эмоциональной поддержки [14].

Обладая способностью приспосабливаться к различным социальным средам, люди с высокой доброжелательностью могут активно изменять стратегии выживания в соответствии с ситуационными требованиями, чтобы адаптироваться к изменяющимся ситуациям.

Таким образом, гибкость совладания может быть одной из важных способностей, которая объясняет связь между доброжелательностью и меньшим количеством проблем с психическим здоровьем.

Экстраверсия характеризуется положительной эмоциональностью, общительностью, напористостью, высоким уровнем активности и чувствительностью к вознаграждению. Люди с высоким уровнем экстраверсии обычно воспринимают адекватные ресурсы для преодоления стресса. Они также оснащены проактивными копинг-стратегиями, такими, как решение проблем, поиск поддержки и когнитивная реструктуризация, которые могут формировать функциональный репертуар

копинга. Напористость и высокий уровень активности могут помочь экстравертам быстро оценить эффективность стратегии выживания, прекратить неэффективную и выбрать альтернативную [31].

Открытость к опыту означает склонность к творчеству, любопытству, гибкости, воображению и включает в себя целый ряд интеллектуальных интересов. Люди, открытые новому опыту, обычно воспринимают меньше угроз или меньше требований и используют юмор, чтобы справиться со стрессом. Их креативность, гибкость и интеллектуальные интересы могут способствовать отказу от стратегий преодоления стресса и повторному выбору более подходящей стратегии. Таким образом, мы ожидали, что открытость может быть связана с большей гибкостью преодоления трудностей.

Телесные признаки стресса могут варьироваться между полами. Например, в состоянии стресса люди, которые биологически являются женщинами, часто сообщают о таких симптомах, как усталость (несмотря на достаточное количество сна) и раздражительность, а также о таких признаках, как вздутие живота и изменения менструального цикла. Однако признаки и симптомы стресса у мужчин чаще включают боль в груди, повышенное кровяное давление и изменения полового влечения.

Признаки и симптомы стресса также зависят от возраста. Дети часто испытывают стресс физически, потому что они еще не развили язык, чтобы выражать свои чувства. Например, у ребенка, которому тяжело в школе, могут быть частые боли в животе или головные боли.

Стресс в подростковом возрасте может быть особенно сильным, особенно в периоды серьезной социальной адаптации и гормональных сдвигов. Часто взрослые приписывают признаки стресса типичной «подростковой тревоге», а не подростковой депрессии.

Пожилые люди также склонны к депрессии, поскольку они борются с изоляцией, потерей и горем, а также проблемами со здоровьем.

Интересующий нас период средней взрослости характеризуется кризисом среднего возраста. Большинство людей в этот период жаждут порядка преемственности и предсказуемости в своей жизни. Поэтому всё, что нарушает этот порядок, хорошее или плохое, вызывает стресс. Но есть и другие факторы, на которые стоит обратить внимание. Кризис среднего возраста состоит из чувства личной смертности, эмоциональной нестабильности, потери смысла и неудовлетворенности жизнью дома и на работе. Когнитивное взаимодействие является непрерывным между физиологическими, эмоциональными и когнитивными аспектами человеческой природы. Эмоции включают физиологические, эмоциональные и когнитивные «компоненты» [9, 14].

Высокий уровень телесного возбуждения в ответ на стресс усиливает наши эмоциональные реакции и влияет на наши познания. Даже эмоциональные последствия стресса могут вызывать физические симптомы у людей. Положительные эмоции, такие как любовь и желание, могут наполнить нас удовольствием, а отрицательные эмоции, подобные тем, вызванные стрессом, могут вызвать проблемы. Есть три эмоциональные реакции, которые возникают в результате стресса: тревога, гнев и депрессия. Тревога возникает в ответ на угрозы, гнев – на разочарование и социальную провокацию. Депрессия, которую чаще всего наблюдают в среднем возрасте, возникает в ответ на такие стрессоры, как смерть, неудача, бездействие или отсутствие стимуляции.

Точные механизмы стресса до конца не изучены, но исследователи знают, что стресс и депрессия могут проявляться в виде физической боли и болезни. Это сложный процесс, но вот аналогия, которая может помочь. Тот, кто находится в состоянии стресса и не может или не может выразить свои эмоции, в конечном итоге достигает точки эмоционального срыва. Это может привести к физическим симптомам или спровоцировать приступ большой депрессии. Например, если вы склонны напрягать шею, у вас может усилиться боль в шее, когда вы испытываете стресс. Боль в спине, проблемы

с желудком и головные боли – другие распространенные причины, по которым стресс может поселиться в вашем теле.

Эмоции также могут подорвать ваш иммунитет. Например, некоторые люди склонны подхватывать простуду, грипп или другие заболевания и инфекции, когда находятся под давлением, и им может потребоваться больше времени, чтобы вылечиться. Частью реакция организма на стресс является высвобождение определенных химических веществ, таких как адреналин, которые могут быть очень полезными в ситуации жизни или смерти. Однако если в организме содержится большое количество этих химических веществ или они высвобождаются непрерывно в течение длительного периода времени (например, при хроническом стрессе), они могут принести больше вреда, чем пользы [52].

В исследовании, проведенными зарубежными исследователями, в котором 105 пациентов средней взрослости с псориазом сравнивались со здоровыми людьми из контрольной группы, показатели тревоги и депрессии контролировались с помощью статистических процедур, и оценивалась взаимосвязь между темпераментом и параметрами инвентаризации характера, продолжительностью и тяжестью заболевания, депрессией и тревогой. Было обнаружено, что показатели депрессии и тревоги у пациентов с псориазом были высокими, тогда как показатели здоровых людей они были низкими. Эти результаты подтверждают, что депрессия, наблюдаемая при псориазе, связана с серотонинергической системой.

Психология здоровья стала большой темой при работе со стрессом. Взаимосвязь между психологическими факторами и профилактикой и лечением соматических заболеваний стала в настоящее время наиболее востребована.

Наука изучает, как взаимодействуют стресс и иммунная система, и это помогло облегчить физические расстройства, начиная от головных болей и заканчивая сердечными заболеваниями. Изучение того, каким образом наши модели поведения, такие как курение, способствуют или могут помочь нам

предотвратить и справиться с физическими расстройствами, многие из которых затрагивают нас в среднем возрасте. Одна из вещей, которая, как было показано, уменьшает или сглаживает последствия стресса, – это социальная поддержка.

Исследования показывают, что социальная поддержка смягчает воздействие стресса в различных ситуациях – от проблем на работе до стихийных бедствий. Людям, испытывающим стресс, полезно собраться вместе и поговорить о своих чувствах или идеях, чтобы поддержать друг друга.

А исследования в округе Аламеда, штат Калифорния, показали, что люди, получающие социальную поддержку, могут даже жить дольше. Поэтому, рассматривая стресс и взрослость, следует помнить о последствиях стресса и о том, как это относится к ним и их уровню развития.

Если взрослые среднего возраста поймут это, возможно, переход к поздней взрослости будет плавным переходом со снижением стресса или без него.

Выводы по первой главе

Обобщая данные литературных источников можно сказать, субъективные жалобы на здоровье можно определить как симптомы, возникающие при наличии или отсутствии медицинского диагноза, и это представляет собой сдвиг в критериях, используемых для оценки состояния здоровья людей. Субъективные жалобы на здоровье представляют собой проблему общественного здравоохранения, поскольку субъективные ощущения здоровья связаны с последствиями для здоровья. Отсюда становится ясно, что восприятие своего здоровья не просто отражает состояние физического здоровья, а зависит от дополнительных критериев. Некоторые из этих критериев, как представляется, касаются социально-

демографических факторов. Например, в низших социальных классах с меньшим доходом и более низким уровнем образования сообщается о худшем субъективном здоровье.

Психическое здоровье определяется как отсутствие признаков психологического дистресса и наличие процветающего психологического благополучия. Исследователи говорят о том, что понимание психического здоровья во многом обусловлено социокультурным опытом личности. Психосоматические симптомы вызывают психологические и телесные признаки, включая боль. Даже если у личности есть сопутствующее тяжелое хроническое заболевание, симптомы могут быть связаны, а могут и не быть связаны с физическим заболеванием. Субъективные жалобы на здоровье можно разделить на соматические жалобы (головная боль, боль в животе, боли в спине, головокружение) и психологические жалобы (плохое самочувствие, раздражительность, нервозность, проблемы со сном) и использовать вместе для измерения одномерного латентного признака.

Однако, тем не менее, они вызывают чрезмерный уровень дистресса и тяжелое качество жизни. Все симптомы, по определению, индивидуальны, и все болезни возникают в различных психосоциальных условиях и находятся под их влиянием. Хронические психосоматические симптомы при негативном эмоциональном состоянии могут включать и усиливать один или несколько конкретных симптомов в организме, таких как: боль; неврологические проблемы; желудочно-кишечные жалобы; респираторный дистресс; сердечно-сосудистые симптомы; дерматологические симптомы.

Кроме того, субъективные жалобы на здоровье связаны с физическим самочувствием, являются показателем нездоровья психики, а в зрелом возрасте могут стать хроническими болевыми симптомами и психологическими расстройствами. У многих людей с соматическими расстройствами также может быть тревожное расстройство. Мы можем

рассматривать психосоматические расстройства как физические симптомы, скрывающие эмоциональный и психологический стресс. Истинная природа физических проявлений симптомов скрывает в своей основе тревогу. Те, кто может принять свое психологическое расстройство, могут иметь наилучшие шансы на хорошую терапию и качество жизни. Мы должны рассматривать в качестве психосоматического симптома параметры, вызывающие неопределенные и диффузные признаки. Более того, мы можем изучать соматизацию как часть отношения к тревоге или хроническому стрессовому расстройству.

В настоящее время общепризнано, что причиной расстройства является индивидуальное воздействие стресса. Ожидается, что эмоциональный стресс при тяжелых хронических заболеваниях усугубит существующие заболевания, и есть некоторые свидетельства того, что он может усугубить заболевания, которые обычно не считаются психосоматическими (например, рак, диабет) у предрасположенных к ним людей. Психосоматические признаки дают представление о многочисленных патологических изменениях в организме и могут служить отправной точкой или фундаментальной основой для диагностики и профилактики.

Соматические симптомы эмоциональных переживаний в период средней взрослости могут также характеризовать описания прошлых переживаний личности как следствие их; соматические симптомы человека возникают из-за мыслей, внушений или разговоров с самим собой.

На психологические аспекты эмоциональной сферы личности средней взрослости оказывает влияние гормональная перестройка, социальная роль, наличие семьи и качество семейных связей, степень адаптации к изменениям. Если данные показатели не благоприятны, то физиологический ресурс личности снижается. Что приводит не только к уменьшению потенциальных возможностей в будущем, но и к возникновению ряда заболеваний.

Соматические заболевания возникают в результате физиологических изменений, связанных с эмоциональным напряжением при невротическом состоянии. Кризисное состояние человека в норме – явление положительное, так как даёт импульс к дальнейшему совершенствованию личности в её развитии. Жизнь человека в любом возрасте в норме представляет собой движение, изменение и, как следствие развитие. А в патологии: движение, изменение, и, как следствие регресс.

Следует признать, что методы оказания дифференцированной психокоррекционной помощи личности в период средней взрослости, страдающими соматическими заболеваниями, еще не заняли надлежащего места в системе профилактических и коррекционно-восстановительных мероприятий. Нами найдены лишь единичные модели психотерапии и психокорреции в рамках системного подхода. Исследуемая проблема профилактика психоэмоционального состояния личности в период средней взрослости вследствие ее сложности и практической значимости требует комплексного рассмотрения и предполагает научный поиск на прикладном и эмпирическом уровне. Мы в данном исследовании изучим взаимосвязь двух показателей – это эмоционального состояния личности и субъективного ощущение здоровья.

Таким образом, чтобы компенсировать имеющийся недостаток в данном аспекте исследования, мы выстроим и проведем эмпирическое изучение данной проблемы с учетом специфики изучаемого психоэмоционального состояния личности, а также с учетом и возрастных особенностей.

Глава 2 Исследование взаимосвязи эмоционального состояния личности и субъективного ощущения здоровья

2.1 Организация и методы исследования

Гипотеза исследования основана на том, что мы предполагаем, что разработанная нами программа оптимизирует психоэмоциональное состояние личности и повышает субъективное ощущение здоровья.

Исследование проводилось на базе центра психологического образования и организационного консультирования ФГБОУ ВО Амурский государственный университет.

Выборка составила 40 человек, в возрасте от 42 до 58 лет включительно. Средний возраст по выборке составил 50 лет. В состав выборки вошли 17 мужчин (42,5 %) и 23 женщины (57,5 %). Образование испытуемых: 27 опрошенных (67,5 % от общего объема выборки) имеют высшее образование, 13 опрошенных (32,5 %) имеют среднее профессиональное образование. Общий трудовой стаж работы испытуемых варьировал в диапазоне от 15 до 38 полных лет.

Цель исследования: выявление степени эффективности разработанной и реализованной программы оптимизации эмоционального состояния.

Нами были определены этапы экспериментального исследования.

На первом этапе исследования (констатирующий этап) были изучены особенности проявления эмоциональных состояний личности в период средней взрослости.

На втором этапе (формирующий этап) была разработана и реализована программа оптимизации психоэмоционального состояния личности в период средней взрослости по повышению субъективного ощущения здоровья.

На третьем этапе (контрольный этап) была оценена эффективность программы оптимизации психоэмоциональной сферы личности по повышению субъективного ощущения здоровья.

Для решения поставленных задач были отобраны психодиагностические методики, которые отвечают определенным требованиям [59, 60]:

– высокая надёжность и валидность методики, подтверждённая, в том числе, частотой и количеством её применения на практике;

– возможность получения по одной методике широкого диапазона личностных характеристик, что позволяет сократить количество самих применяемых методик, а также получить латентные (скрытые) факторы более высокого уровня, которые будут в свою очередь устойчивее факторов их формирующих;

– возможность использования методики при групповом обследовании.

Для диагностики субъективного состояния собственного здоровья была проведена «Анкета субъективной оценки собственного здоровья» (Приложение А).

Интенсивность субъективных недомоганий оценивали с помощью Гиссенского личностного опросника (Гиссенскийтест – (ГТ), адаптированный в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (Приложение Б). Опросник включает в себя 24 вопроса с несколькими вариантами ответов: нет, слегка, несколько, значительно, сильно. Опросник выявляет интенсивность эмоционально окрашенных жалоб на физическое здоровье, коррелирующих с замаскированными. С помощью опросника рассчитывают суммарные показатели недомогания по следующим шкалам: «истощение»; «желудочные жалобы»; «боли в различных частях тела» или «ревматический фактор», «сердечные жалобы», «интенсивность (давление) жалоб».

Суммарная оценка интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического состояния образует самостоятельный и весьма значимый

фактор, определяющий психический статус личности. Необходимо отметить, что указанные шкалы не отражают клинические синдромы, которые позволяют диагностировать то или иное заболевание. Они представляют собой среднее сочетание ощущаемых человеком физических недомоганий. Оценка для первых четырех шкал находится в диапазоне от 0 до 24 баллов, для 5–й шкалы как суммарного показателя четырех предыдущих. Оценка может варьироваться от 0 до 96 баллов.

Для оценки тревожности испытуемых был проведен тест на тревожность Спилбергера – Ханина (Приложение В).

Методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (тест на тревожность Спилбергера – Ханина) определяет уровень тревожности исходя из шкалы самооценки (высокая, средняя, низкая тревожность). Тревожность ситуативная (СТ) возникает как реакция на стрессоры, чаще всего социально-психологического плана (ожидание агрессивной реакции, угроза самоуважению). Личностная (ЛТ) – дает представление о подверженности личности воздействию тех или иных стрессоров по причине своих индивидуальных особенностей [58].

Тестирование по методике Спилбергера – Ханина проводится с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей ситуативной тревожности, а второй – для измерения уровня личностной тревожности.

Тест Спилбергера состоит из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию (состояние тревожности, реактивная или ситуативная тревожность) и из 20 высказываний на определение тревожности как диспозиции, личностной особенности (свойство тревожности).

Уровень тревожности до 30 баллов считается низким, от 30 до 45 баллов – умеренным, от 46 баллов и выше – высоким. Минимальная оценка по каждой шкале – 20 баллов, максимальная – 80 баллов.

Обработка результатов: определение показателей ситуативной и личностной тревожности проводится с помощью ключа.

Для проведения оперативной оценки самочувствия, активности и настроения была проведена методика САН, разработанная В.А. Доскиным и другими. Данная методика используется при оценке психического состояния здоровых и больных, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций (Приложение Г).

Испытуемых просят соотнести свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале. Шкала состоит из индексов (3 2 1 0 1 2 3) и расположена между тридцатью парами слов противоположного значения, отражающих подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). Испытуемый должен выбрать и отметить цифру, наиболее точно отражающую его состояние в момент обследования.

Для подведения итогов используется модернизированная шкала, в которой самый негативный ответ («я несчастлив») оценивается в 1 балл, а самый позитивный («я счастлив») в 7 баллов. Ответ «+2», соответственно, будет стоить 6 баллов, ответ «+1» – 5, «0» – 4. Таким образом, максимальный показатель в каждой категории составляет 7, минимальный – 1.

Также был проведен корреляционный анализ с помощью метода ранговой корреляции Спирмена, который позволяет определить тесноту (силу) и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями (иерархиями) признаков. Математический аппарат включал корреляционный анализ.

Задача, которая перед нами стояла – это изучение взаимосвязи двух метрических переменных, измеряемых на одной и той же выборке.

Коэффициент ранговой корреляции Спирмена подсчитывается по формуле (1):

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum(d^2)}{N \cdot (N^2 - 1)} \quad (1)$$

где d – разность между рангами по двум переменным для каждого испытуемого;

N – количество, ранжируемых значений, в данном случае количество испытуемых.

Опрос был проведен в индивидуальной форме. Каждому испытуемому были розданы тексты опросников, бланки ответов к ним. Был разъяснен порядок работы с методиками.

Обработка и интерпретация полученных данных для каждого испытуемого, так и для группы испытуемых проводилось в целом. Составлялись описания результатов по каждой из методик, проводилась статистическая обработка результатов исследования.

2.2 Анализ и интерпретация полученных результатов

По полученным результатам была проведена обработка данных.

– Использованная в ходе исследования анкета состояла из вопросов закрытого и открытого типов, задачи которой направлены на:

– выявление субъективной оценки собственного здоровья;

– выявление субъективной оценки собственного эмоционального состояния.

Рассмотрим результаты ответов на вопросы анкеты.

Согласно ответам, выделены следующие соматические заболевания/состояния которые имеются в настоящее время или были у опрошенных до этого подтверждены, а именно: заболевания органов дыхания (бронхиальная астма), заболевания желудочно-кишечного тракта (язва желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника), эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипертиреоз), болезни кожи и подкожной клетчатки (атопический дерматит), заболевания

костно-мышечной системы и соединительной ткани (ревматоидный артрит, миалгия), а такжесердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца) (отображены на рисунке 1).

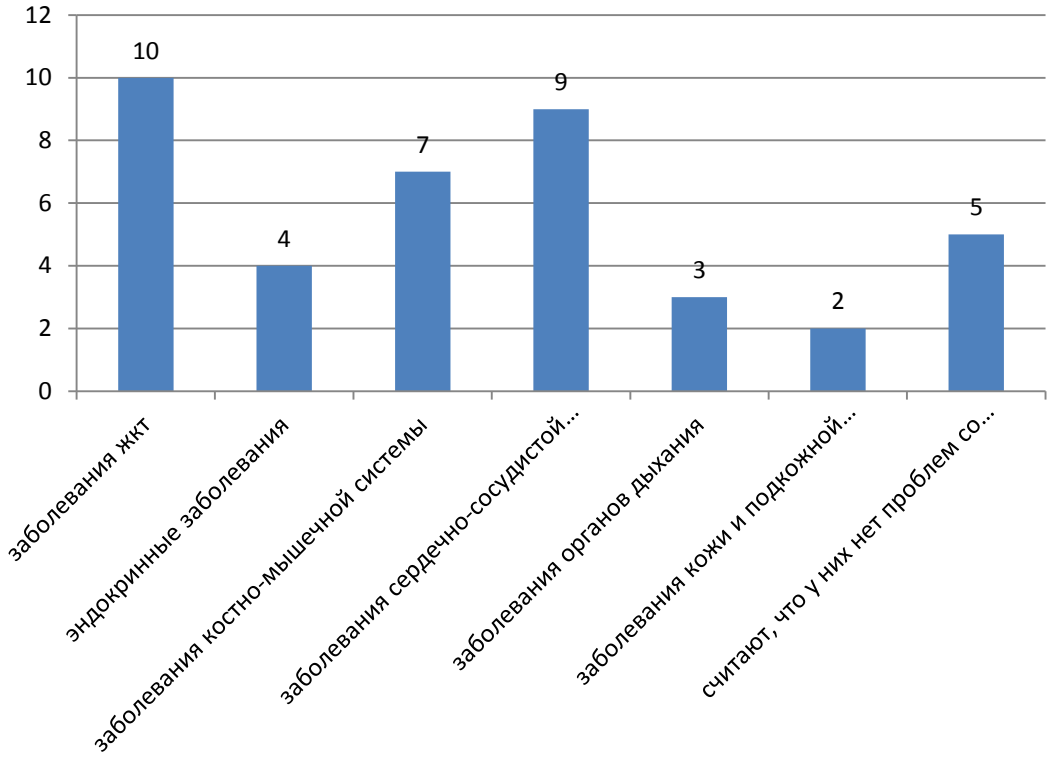

Рисунок 1 – Структура заболеваний/состояний по мнению опрошенных, выявленных при проведении анкетирования, человек

В структуре заболеваний/состояний преобладают заболевания желудочно-кишечного тракта – мнение 25 % опрошенных. Другие 22,5 % респондентов отметили, что наличие сердечно-сосудистые заболевания. На третьем месте стоят заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 17,5 % «опрошенных». Менее всего респондентов беспокоят эндокринные заболевания (10 %), заболевания органов дыхания (7,5 %) и болезни кожи (5 %). И лишь 12,5 % опрошенных считают, что у них нет серьезных проблем со здоровьем.

Испытуемые, которые указали у себя наличие заболеваний/состояний, уточняли, что у них есть регулярные головные боли, боли в желудке,

головокружения, часто повышается артериальное давление.

На вопрос «Часто ли вы испытываете сильное внутреннее напряжение (если да, уточните, как часто)», мнение респондентов разделилось следующим образом: 27 человек (67,5 %) ответили, что испытывают такие чувства и довольно часто. Другие 9 опрошенных (22,5 %) испытывают некоторое напряжение время от времени. У четырех респондентов (10 %) нет таких эмоциональных состояний.

О наличии в своей жизни неразрешенных эмоциональных конфликтов, в том числе таких эмоций, как гнев, страх и перевозбуждение испытуемые ответили так: 92,5 % опрошенных считают, что такие эмоциональные состояния у них были, и время от времени они их испытывают сейчас. И лишь 7,5 % опрошенных, считают, что такие крайние состояния они испытывают крайне редко. Испытывают тревогу, депрессивные расстройства 87,5 % респондентов. В то время как 12,5 % опрошенных считают себя устойчивыми к таким состояниям.

На вопрос «Испытываете ли Вы сильные эмоциональные потрясения, стресс, чрезвычайную ответственность» большинство испытуемых (82,5 %) ответило, что испытывают стресс и чрезвычайную ответственность. Другие 17,5 % респондентов испытывают такие эмоции, но крайне редко.

Таким образом, большинство опрошенных (87,5 %) считают, что у них есть проблемы со здоровьем. Они уточняют, что они регулярно испытывают различные неприятные эмоциональные состояния, такие как гнев, страх, перевозбуждение, стресс и другие. Возможно, это говорит о том, что именно период жизни средней взрослости человека обладает чрезвычайно высоким потенциалом для развития стресса, который способствует развитию многих заболеваний среднего возраста.

Основными причинами эмоциональных переживаний испытуемые называли: карьерный рост, успешность трудовой деятельности, проблемы у детей, проблемы со здоровьем у родителей, проблемы со своим здоровьем.

Обработка и интерпретация полученных данных для каждого

испытуемого, так и для группы испытуемых проводилось в целом. Составлялись описания результатов по каждой из методик, проводилась статистическая обработка результатов исследования.

Результаты констатирующего эксперимента ГТ представлены на рисунке 2.

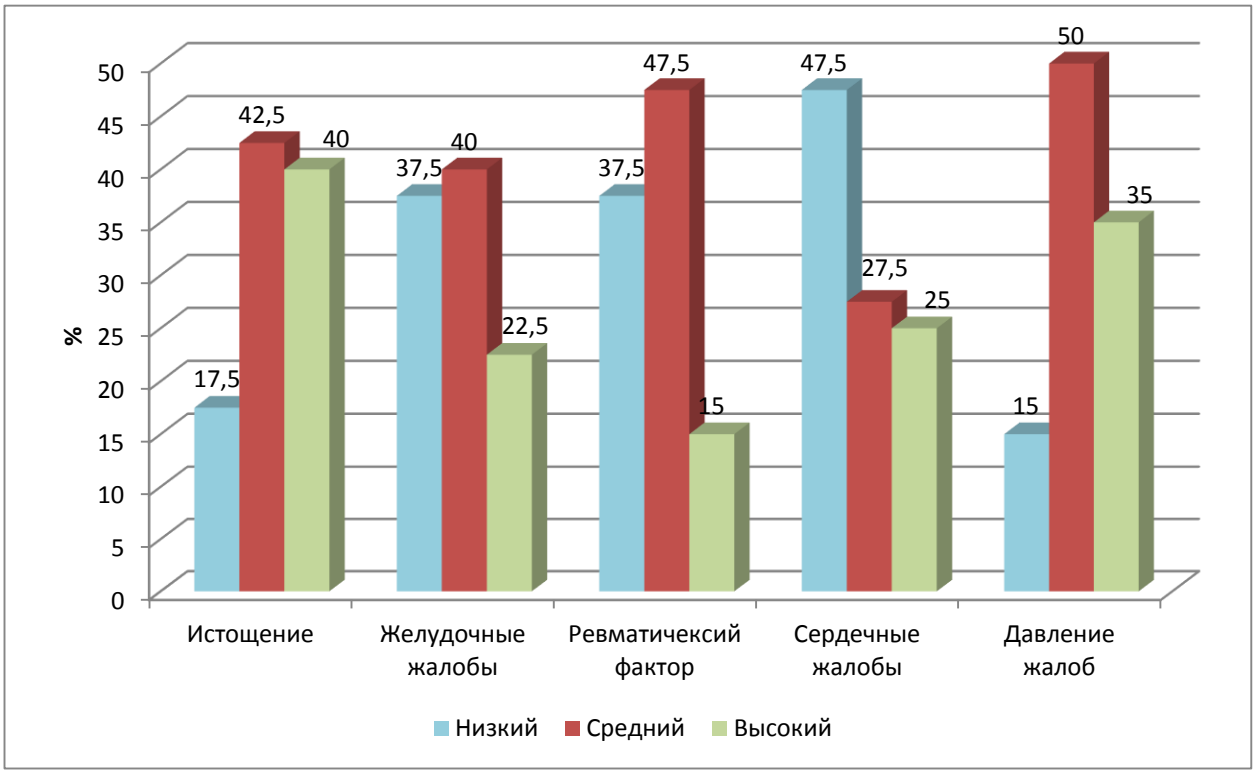

Рисунок 2 – Результаты ответов респондентов по Гиссенскому тесту (констатирующий этап)

Анализ рисунка 2 позволил установить, что в структуре жалоб высокий уровень имеют истощение – 40 % опрошенных (16 человек). Что свидетельствует об общей потери жизненной энергии, и потребности «опрошенных» в отдыхе. Возможно, это объяснить тем, что «опрошенные» ощущают высокую и умственную нагрузку. Переживания, усталость, возможно, связаны с высокой нагрузкой на работе и в семье. У женщин утомление может быть связано с гормональной перестройкой организма. Средние показатели были выявлены у 16 человек (40 %), это указывает на

психоэмоциональную стабильность испытуемых.

Выраженность проявлений соматических жалоб по таким шкалам как желудочные и сердечные имеют несущественные различия. Многие опрошенные в течение рабочего дня достаточно сильно загружены на работе, что испытывают синдром желудочных недомоганий. 10 опрошенных (25 %) отмечали наличие одышки, головокружения, тянущих или колющих болей в груди. Недостаточно активный образ жизни связанный с постоянной нехваткой времени, заботы о семье, детях, внуках, а также наличие хронических заболеваний свидетельствует о повышенном показателе «Сердечные жалобы».

Общая эмоционально окрашенная интенсивность субъективных страданий характеризует показатель «Давление жалоб», который суммирует все предыдущие показатели четырех предыдущих шкал. Было установлено, что высокий показатель по данной шкале наблюдался у 35 % опрошенных (14 человек), что свидетельствует о том, что респонденты обеспокоены своим состоянием здоровья и испытывают различные недомогания, в связи, с чем повседневные отношения с окружающими придают эмоционально-психосоматический фон. Респонденты находятся в постоянном напряжении, периодически испытывают стресс, фрустрацию. Данный показатель характеризуется как обобщенный показатель интенсивности проявлений соматическими недомоганиями.

Таким образом, результаты Гиссенского теста, проведенной среди людей средней взрослости, позволяют сделать следующие выводы:

– среднее значение по шкале «Истощение» равно 15,35 баллам. Это говорит о том, что уровень выраженности данного показателя в исследуемой группе – средний. Это объясняется тем, что у людей среднего возраста наблюдается потеря жизненной энергии, что связано с потерей творческой активности, усталостью от работы, семейных забот;

– среднее значение по шкале «Желудочные жалобы» равно 11,55 баллам, что говорит о среднем уровне данного показателя. В этом возрасте

люди много уделяют внимание своему финансовому состоянию, поскольку несут ответственность не только за себя, но и за своих родных и близких. У 8 % испытуемых женщин зафиксировано отсутствие мужа, в связи с чем, они вынуждены работать дополнительно, чтобы прокормить своих детей. Поэтому они иногда даже забывают пообедать, так как заняты быстрым выполнением своих должностных обязанностей, чтобы быстрее освободится с основной работы, чтобы успеть на «дополнительную». Существует явное нежелание мириться с рабочей ситуацией, которая считается неподходящей или неудовлетворительно;

– среднее значение по шкале «Ревматический фактор» в данной возрастной группе равно 10,6 баллам. Это тоже средний балл по данной шкале. В данной группе у опрошенных чаще преобладает алгический или спастический характер, что можно объяснить тем, что опрошенные относятся к категориям «офисный работник» и «преподаватель»;

– среднее значение по шкале «Сердечные жалобы» в данной возрастной группе равно 10,47 баллам, что указывает на локализацию недомогания в сердечно-сосудистой сфере. Это связано с тем, что респонденты испытывают недоверие и не испытывают поддержку от руководителя на рабочем месте для преодоления рабочих проблем. Руководители, являющиеся источниками стресса, негативно влияют на субъективное благополучие своих сотрудников, что способствует возникновению сердечных жалоб. Таким образом, на констатирующем этапе по анализу соматических жалоб по Гиссенскому тесту, установлено, что треть опрошенных респондентов нуждаются в улучшении эмоционально-психофизиологического состояния.

Третий показатель, который исследовали на констатирующем этапе – тревожность, по методике субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина.

Результаты ситуативной тревожности представлены на рисунке 3.

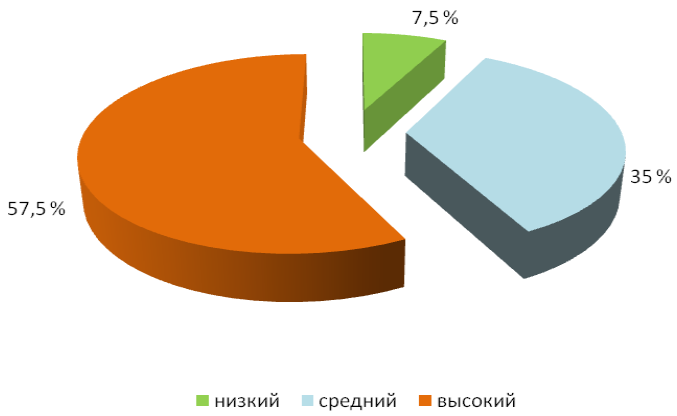

Рисунок 3 – Показатели уровня ситуативной тревожности респондентов в %

Как изображено на рисунке 3 у большинства опрошенных высокий уровень ситуативной тревожности – 23 человек (57,5 %). Высокая тревожность прямо может быть связана с наличием невротического конфликта, эмоциональными срывами, которые больше зависят от текущих проблем и переживаний.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать на них выраженным состоянием тревожности. Также, у респондентов с высоким уровнем ситуативной тревожности возникает острая эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и она достаточно интенсивна и динамична во времени.

Количество испытуемых с умеренным уровнем ситуативной тревожности составило – 14 человек (35 %). Люди, у которых преобладает умеренный уровень ситуативной тревожности, относительно субъективно переживают эмоции, а именно: напряжение, беспокойство, озабоченность, нервозность. Меньше всего респондентов с низким уровнем ситуативной тревожности – 3 человека (7,5 %). Возможно, данные опрошенные в данный момент времени не в полной мере оценивают определенный социальный дискомфорт, или, наоборот, пытаются не обращать внимания какие-то проблемы на работе или в семье как бы дистанцируясь от этого. Для низко

тревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач. Результаты личностной тревожности представлены на рисунке 4.

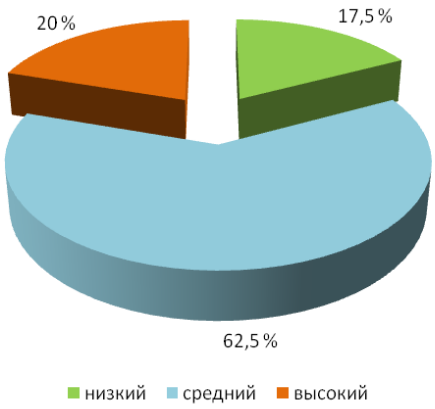

Рисунок 4 – Показатели уровня личностной тревожности у испытуемых

Как изображено на рисунке 4 количество испытуемых с высоким уровнем личностной тревожности – 8 человек (20 %). Такой уровень личностной тревожности дает основание предполагать появления у испытуемых состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда эти ситуации касаются оценки компетенции и личного престижа человека. У респондентов с высоким уровнем, как предрасположенность, личная тревожность достаточно интенсивно активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения.

Личность, испытывающая повышенную тревожность, находясь в постоянном напряжении, бесцельно расходует свои психофизические ресурсы, в дальнейшем ощущая усталость, сонливость и неспособность справляться с поставленными задачами. Люди, склонные к повышенному беспокойству, зачастую замкнуты, необщительны, дистанцированны от окружающих. Личная тревожность затрагивает все области человеческой жизнедеятельности: снижает самооценку и мотивацию, затрудняет

коммуникацию и так далее. Количество респондентов с умеренным уровнем личностной тревожности составило – 25 человек (62,5 %). Такие люди с умеренным уровнем личностной тревожности достаточно спокойно относятся к ситуациям, которые, по их мнению, выглядят угрожающими для них и их самооценки. С низким уровнем личностной тревожности оказалось 7 человек (17,5 %). Возможно, такие показатели являются свидетельством активного вытеснения личностью высокой личной тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

Таким образом, высокий уровень тревожности может быть связан с наличием конфликта, эмоциональных срывов, воспитанием еще достаточно маленьких детей (внуков), материальной поддержкой взрослого ребенка и уходом за пожилыми родителями. Наличие у пожилых родственников серьезных болезней, переходный возраст детей, материальные или иные трудности способствуют повышению уровня тревожности, и являются причиной хронического стресса, что в принципе связано с закономерным онтогенетическим развитием. Ожидание того, что люди в этом возрасте должны достичь высот в своей профессии, а также справиться с неопределенностью на рынке труда, также может оказывать влияние. Лица, среднего возраста, с высоким уровнем тревожности должны генерировать уверенность и успех. Им необходимо сместить акцент с внешних требований, категоричности, высокой значимости в постановке задач на осмысление деятельности и научиться разбивать большие задачи наиболее «мелкие». Низкая тревожность характеризует состояние как депрессивное, малоподвижное, с низким уровнем мотивации. Уровень низкой тревожности обусловлен активным устранением личностью высокой тревожности с целью «показать» себя в «лучшем свете». Для таких людей, низко тревожных, наоборот, необходимо активное «пробуждение» своего внутреннего потенциала, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение интереса, формирование чувства ответственности при решении различных задач. Развитие внутреннего потенциала приведет к повышению уровня личностной тревожности до желательной нормы, что послужит «толчком» повышений ситуативной тревожности.

Далее на констатирующем этапе эксперимента при помощи методики САН была проведена оценка самочувствия, активности и настроения. Результаты методики на начало эксперимента представлены в таблицах 1-3.

Таблица 1 – Результаты показателя «Самочувствие» по методике САН, балл

Испыт.	Результат	Уровень выраженности показателей	Испыт.	Результат	Уровень выраженности показателей
На начало эксперимента					
1	5,8	Высокий	21	3,8	Средний
2	5,6	Выше среднего	22	5,2	Выше среднего
3	3,6	Средний	23	4,3	Средний
4	4,0	Средний	24	1,7	Низкий
5	4,6	Средний	25	4,3	Средний
6	1,9	Низкий	26	5,2	Выше среднего
7	1,6	Низкий	27	3,8	Средний
8	4,1	Средний	28	5,7	Выше среднего
9	5,4	Выше среднего	29	5,1	Выше среднего
10	3,9	Средний	30	4,4	Средний
11	5,3	Выше среднего	31	4,2	Средний
12	1,8	Низкий	32	3,7	Средний
13	4,5	Средний	33	5,0	Выше среднего
14	5,0	Выше среднего	34	4,5	Средний
15	3,7	Средний	35	1,8	Низкий
16	4,2	Средний	36	5,3	Выше среднего
17	4,4	Средний	37	3,9	Средний
18	5,1	Выше среднего	38	5,4	Выше среднего
19	5,7	Высокий	39	4,1	Средний
20	3,8	Средний	40	1,6	Низкий
Среднее значение		4,12			

У большинства опрошенных (20 человек) самочувствие в общем удовлетворительное, они чувствуют некоторое незначительное утомление, небольшую усталость и апатию (рисунок 5).

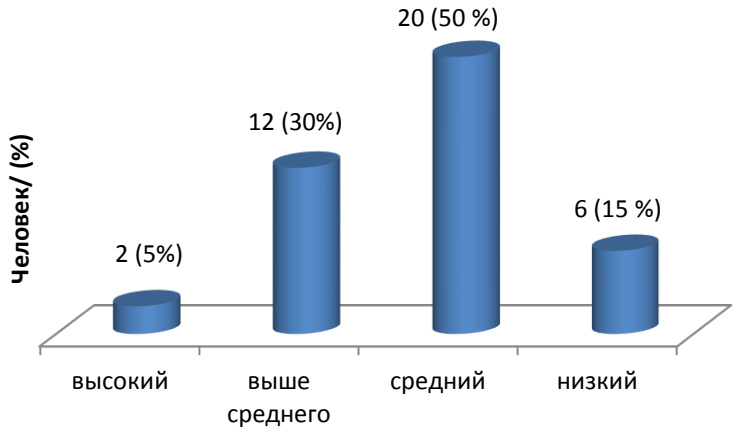

Рисунок 5 – Результаты опросника САН по показателю «Самочувствие»

Другие 12 человек чувствуют себя выше среднего, это говорит о нормальном состоянии опрошенных. С высоким уровнем самочувствия – 2 человека. Такой уровень самочувствия свидетельствует о благоприятном состоянии опрошенных. Испытуемых с неблагоприятным состоянием самочувствия – 6 человек.

Таблица 2 – Результаты показателя «Активность» по методике САН в баллах

Испыт.	Результат	Уровень выраженности показателей	Испыт.	Результат	Уровень выраженности показателей
На начало эксперимента					
1	5,0	Выше среднего	21	4,2	Средний
2	5,0	Выше среднего	22	4,1	Средний
3	3,5	Средний	23	4,3	Средний
4	5,5	Выше среднего	24	4,3	Средний
5	4,6	Средний	25	4,1	Средний
6	4,7	Выше среднего	26	4,2	Средний
7	3,6	Средний	27	3,8	Средний
8	4,8	Выше среднего	28	5,3	Выше среднего
9	4,5	Средний	29	5,2	Выше среднего
10	4,9	Выше среднего	30	5,4	Выше среднего
11	5,5	Выше среднего	31	5,1	Выше среднего
12	3,9	Средний	32	3,7	Средний
13	4,4	Средний	33	4,0	Средний
14	4,0	Средний	34	4,0	Средний
15	3,7	Средний	35	3,9	Средний
16	5,1	Выше среднего	36	5,5	Выше среднего
17	5,4	Выше среднего	37	4,9	Выше среднего
18	5,2	Выше среднего	38	4,5	Средний

Продолжение таблицы 2

Испыт.	Результат	Уровень выраженности показателей	Испыт.	Результат	Уровень выраженности показателей
19	5,3	Выше среднего	39	4,8	Выше среднего
20	3,8	Средний	40	3,6	Средний
Среднее значение		4,53			

Данные результаты отражены на рисунке 6.

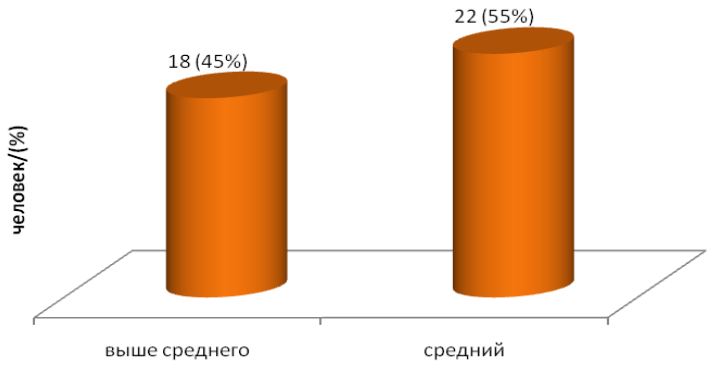

Рисунок 6 – Результаты опросника САН по показателю «Активность»

Средние показатели активности, как и по самочувствию, также выявлены у большинства испытуемых – 22 человек (рисунок 6). Высокий и низкий уровень по показателю «Активность» на констатирующем этапе у опрошенных не наблюдался.

Далее были проанализированы ответы респондентов по показателю «Настроение» (таблица 3).

Таблица 3 – Результаты показателя «Настроение» по методике САН в баллах

Испыт.	Результат	Уровень выраженности показателей	Испыт.	Результат	Уровень выраженности показателей
На начало эксперимента					
1	6,1	Высокий	21	5,5	Выше среднего
2	5,9	Высокий	22	4,5	Средний
3	4,1	Средний	23	2,8	Низкий
4	5,1	Выше среднего	24	3,8	Средний
5	5,2	Выше среднего	25	4,6	Средний
6	3,9	Средний	26	4,6	Выше среднего

Продолжение таблицы 3

Испыт.	Результат	Уровень выраженности показателей	Испыт.	Результат	Уровень выраженности показателей
7	3,9	Средний	27	2,7	Низкий
8	4,7	Выше среднего	28	6,0	Высокий
9	5,1	Выше среднего	29	5,3	Выше среднего
10	3,7	Средний	30	5,2	Выше среднего
11	5,0	Выше среднего	31	5,4	Выше среднего
12	3,8	Средний	32	4,6	Средний
13	4,0	Средний	33	5,2	Выше среднего
14	5,2	Выше среднего	34	4,0	Средний
15	4,6	Средний	35	3,8	Средний
16	5,4	Выше среднего	36	5,0	Выше среднего
17	5,2	Выше среднего	37	3,7	Средний
18	5,3	Выше среднего	38	4,6	Средний
19	6,0	Высокий	39	4,4	Средний
20	3,7	Средний	40	3,9	Средний
Среднее значение		4,66			

У 18 опрошенных чаще преобладает изменчивое настроение, на это указывает средние показатели по показателю «Настроение» (рисунок 7).

Больше позитивных эмоций, чем негативных испытывает 16 испытуемых. С преобладающим плохим настроением, по результатам опроса, оказалось 2 человек. И лишь у четырех респондентов чаще всего доминирует хорошее настроение.

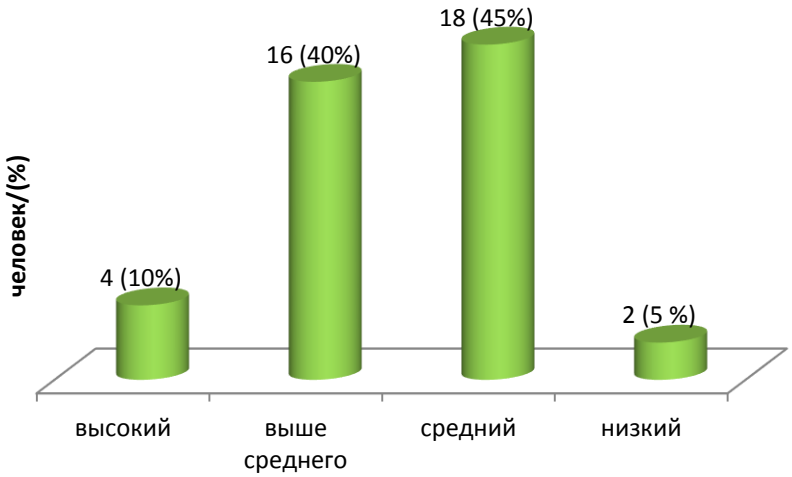

Рисунок 7 – Результаты опросника САН по показателю «Настроение»

Таким образом, результаты методики САН, проведенной среди людей средней взрослости, позволяют сделать следующие выводы:

– среднее значение по шкале «Самочувствие» равно 4,12 баллам. Это говорит о том, что уровень выраженности данного показателя в исследуемой группе – средний. Это объясняется тем, что в организме людей среднего возраста начинают происходить закономерные для данного возраста физиологические изменения, к которым ему приходится приспосабливаться. В связи с этим ухудшается общее самочувствие человека;

– среднее значение по шкале «Активность» равно 4,53 баллам, что говорит о среднем уровне данного показателя. Несмотря на снижение общего самочувствия, работоспособность людей среднего возраста остается на том же уровне, что и в более раннем возрасте, и это позволяет сохранять трудовую и творческую активность. В этом возрасте еще продолжается развитие способностей, связанных с профессиональной и повседневной деятельностью;

– среднее значение по шкале «Настроение» в данной возрастной группе равно 4,66 баллам. Это тоже средний балл по данной шкале. В данной группе у опрошенных чаще преобладает изменчивое настроение, либо эти люди, сами не в состоянии оценить свое настроение как хорошее или плохое.

Самочувствие, активность и настроение – эти три показателя являются основными составляющими функционального психоэмоционального состояния личности. В исследуемой группе людей самый низкий средний показатель по данной методике был выявлен по шкале «Настроение». Изменчивое или же чаще не понятное настроение у людей может привести к депрессии и апатии. Следствием такого эмоционального состояния может стать возникновение психосоматических расстройств.

Согласно плану исследования, следующим его этапом стало проведение коррекционного анализа с целью выявления особенностей взаимосвязей между эмоциональным состоянием личности и субъективным ощущением здоровья. Корреляционный анализ проводился с помощью

коэффициента корреляции Спирмена. Полученные данные представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Результаты корреляционного анализа между психоэмоциональным состоянием личности и субъективным ощущением здоровья

Субъективное ощущение здоровья	Самочувствие	Активность	Настроение
Истощение	-0,41*	-0,36*	-0,43**
Желудочные жалобы	-0,29*	-0,25**	-0,29*
Ревматический фактор	-0,45*	-0,38*	-0,42*
Сердечные жалобы	-0,32*	-0,24*	-0,46*
Давление жалоб	-0,44*	-0,38*	-0,27*

Примечание: все расчеты производились в пакете статистического анализа SPSSStatistics22.0

*- корреляция при уровне значимости $p<0,01$

**-корреляция при уровне значимости $p<0,05$

Результаты корреляционного анализа, представленные в таблице 4, указывают на наличие высокой степени обратной взаимосвязи между уровнем субъективного ощущения здоровья и показателями функционального состояния личности. Так при снижении показателя «самочувствие» у респондентов наблюдается усиление жалоб психосоматического круга: истощение ($r = –0,41$), желудочные жалобы ($r = –0,29$), ревматический фактор ($r = –0,45$), сердечные жалобы ($r = –0,32$), давление жалоб ($r = –0,44$) по Гиссенскому опроснику. При понижении показателя «активность» у респондентов наблюдается усиление субъективных психосоматических жалоб: истощение ($r = –0,36$), желудочные жалобы ($r = –0,25$), ревматический фактор ($r = –0,38$), сердечные жалобы ($r = –0,24$), давление жалоб ($r = –0,38$). При снижении показателя «настроение» у респондентов наблюдается усиление жалоб психосоматического круга: истощение ($r = –0,43$), желудочные жалобы ($r = –0,29$), ревматический фактор ($r = –0,42$), сердечные жалобы ($r = –0,46$), давление жалоб ($r = –0,27$).

Таким образом, полученные результаты корреляционного анализа взаимосвязи субъективного ощущения здоровья на показатели

функционального состояния личности позволяют сделать вывод, что это влияние носит прямопропорциональный характер, связь является сильной, что подтверждается высокими значениями коэффициента корреляции.

2.3 Этапы программы профилактики эмоционального состояния личности по повышению субъективного ощущения здоровья в период средней взрослости и определение её эффективности (формирующий и контрольный этап)

На формирующем этапе на основе анализа результатов проведенных исследований были проведены профилактические мероприятия. Для этого была разработана профилактическая программа, направленная на повышение эмоционального состояния респондентов для повышения субъективного ощущения здоровья у людей среднего возраста, так как именно этот период взрослости обладает чрезвычайно высоким потенциалом для развития стресса, который способствует развитию многих заболеваний среднего возраста.

Цель: проведение профилактических мероприятий для повышения субъективного ощущения здоровья.

Задачи:

– профилактика эмоциональных состояний личности;

– создание условий и повышение уровня самочувствия, настроения и активности человека;

– уменьшение уровня личностной и ситуативной тревожности у испытуемых.

Ожидаемые результаты.

Улучшение эмоционального состояния респондентов и профилактика субъективного ощущения здоровья: снижение уровня тревожности, повышение уровня самочувствия, активности и настроения, снижение уровня стресса.

Этапы реализации программы: подготовительный, основной, рефлексивно-оценочный.

В соответствии с целью и задачами данной работы было организовано экспериментальное исследование эффективности программы с элементами тренинговых упражнений направленной на улучшение эмоционального состояния личности по предупреждению соматических заболеваний в период средней взрослости.

В качестве контрольного этапа исследования выступал сравнительный анализ полученных данных по уровню интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического самочувствия, личностной и ситуативной тревожности, а также оперативной оценки самочувствия, активности и настроения на констатирующем этапе и после реализации разработанной программы профилактики.

Результаты сравнительного анализа (контрольный этап) по уровню интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического самочувствия на контрольном этапе представлены на рисунке 8.

Анализ рисунка 8 позволил установить, что в структуре жалоб высокий уровень имеют истощение на контрольном этапе имеют 5 % опрошенных (2 человека), что на 35 % меньше по сравнению с констатирующим этапом (16 человек). Количество высокого уровня по показателю «желудочные жалобы» после прохождения программы профилактики сократилось на 17,5 % и наблюдалось у двух респондентов (5 %). Аналогичная картина наблюдалась и по показателю «сердечные жалобы». После прохождения программы профилактики количество респондентов с данными жалобами на высоком уровне сократилось на 20 % и наблюдалось у двух респондентов. Таким образом, снижение показателей по Гиссенскому тесту относительно интенсивности психосоматических проявлений является следствием гармонизирующей работы.

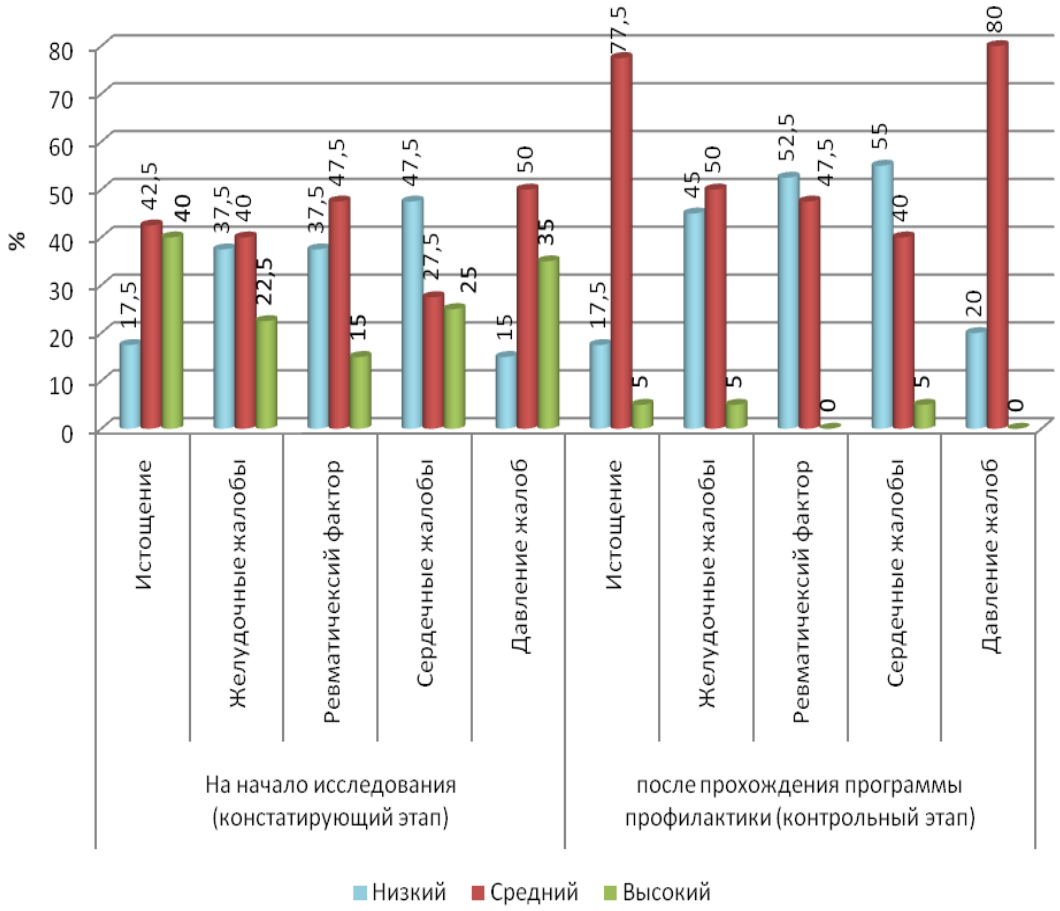

Рисунок 8 – Результаты сравнительного анализа ответов респондентов по Гиссенскому тесту (контрольный этап)

Результаты ситуативной тревожности после прохождения программы профилактики представлены на рисунке 9.

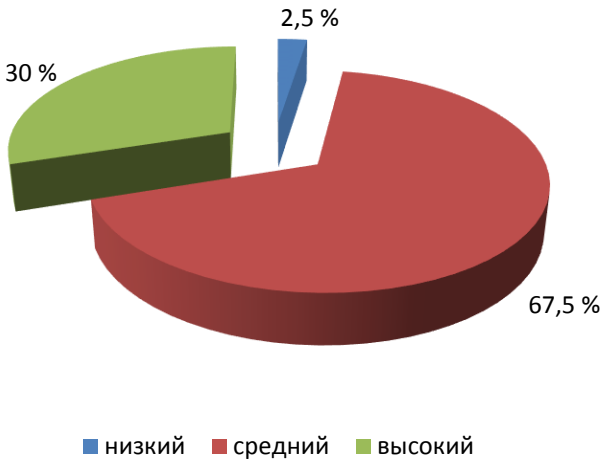

Рисунок 9 – Показатели уровня ситуативной тревожности респондентов в %

Как изображено на рисунке 9 количество опрошенных имеющих высокий уровень ситуативной тревожности диагностировался лишь у 12 человек (30 %). Количество испытуемых с умеренным уровнем ситуативной тревожности значительно увеличилось и составило 27 человек (75 %). Меньше всего респондентов с низким уровнем ситуативной тревожности наблюдался у 1 человека (2,5 %). Результаты личностной тревожности представлены на рисунке 10.

Рисунок 10 – Показатели уровня личностной тревожности испытуемых %

После проведения комплекса мероприятий испытуемых с высоким уровнем личностной тревожности уменьшилось до 5 человек (12,5 %). Количество респондентов с умеренным уровнем личностной тревожности составило – 35 (87,5 %), тогда как высокий уровень тревожности после прохождения программы профилактики у респондентов не наблюдался.

Сравнительный анализ уровня тревожности по участников до начала программы профилактики и после ее окончания по методике Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина представлен на рисунке 11.

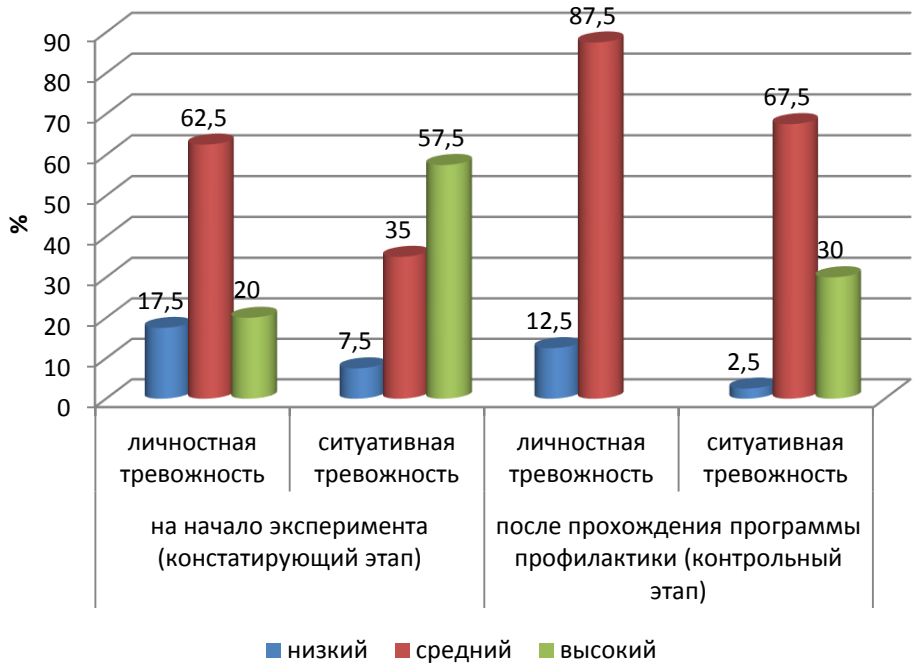

Рисунок 11 – Исходные и конечные результаты показателей уровня ситуативной и личностной тревожности респондентов

Сравнительный анализ исходных и конечных результатов уровня ситуативной и личностной тревожности показал, что после прохождения программы профилактики у испытуемых улучшился уровень личностной тревожности. Количество респондентов, у которых наблюдался средний уровень увеличилось на 25 % и составило 35 человек по сравнению с исходными показателями (25 человек). Уровень низкой тревожности снизился на 5 % (5 человек) по сравнению с исходными значениями 17,5 % (7 человек). При это стоит отменить, что высокий уровень личностной тревожности после прохождения программы профилактики у респондентов не наблюдался, тогда как на начало эксперимента высокий уровень тревожности наблюдался у 8 респондентов (20 %). Что касается ситуативной тревожности, то после прохождения программы профилактики количество респондентов, у которых наблюдался средний уровень тревожности увеличился 32,5 % (27 человек) по сравнению с исходным уровнем (14 человек). При этом уровень высокой ситуативной тревожности снизился на 27,5 % и наблюдался у 12 респондентов по сравнению с исходным значением

(23 человека). Полученные данные свидетельствуют о том, что программа профилактике способствовала улучшению ситуативной и личностной тревожности. Также был проведен сравнительный анализ методике САН по оценке психического состояния респондентов, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций на момент начала эксперимента и после прохождения программы профилактике. Результаты сравнительного анализа представлены в таблицах 5–7.

Таблица 5 – Результаты сравнительного анализа показателя «Самочувствие» по методике САН, балл

После прохождения программы профилактики							
Исп.	Рез.	Уровень выраженности показателей	Измен. балл/%*	Исп.	Рез.	Уровень выраженности показателей	Измен. балл/%*
1	6,0	Высокий	0,2/3,4	21	5,4	Выше среднего	0,2/3,8
2	5,9	Высокий	0,3/5,3	22	5,2	Выше среднего	0,8/20,9
3	4,6	Средний	1/27,7	23	3,2	Средний	1,5/88,2
4	4,1	Средний	0,1/2,5	24	3,0	Средний	1,3/76,4
5	4,7	Средний	0,1/2,1	25	4,5	Средний	0,2/4,65
6	2,9	Низкий	1/52,6	26	5,5	Выше среднего	0,3/5,7
7	2,5	Низкий	0,9/56,2	27	4,9	Выше среднего	1,1/28,9
8	4,5	Средний	0,4/9,7	28	6,0	Высокий	0,3/5,2
9	5,8	Высокий	0,4/7,4	29	5,3	Выше среднего	0,2/3,9
10	4,2	Средний	0,3/7,7	30	4,5	Средний	0,1/2,3
11	5,5	Выше среднего	0,2/3,7	31	4,6	Средний	0,4/9,52
12	3,2	Средний	1,4/77,7	32	5,3	Выше среднего	1,6/43,2
13	4,8	Выше среднего	0,3/6,7	33	5,6	Выше среднего	0,6/12,0
14	5,1	Выше среднего	0,1/2,0	34	5,4	Выше среднего	0,9/20,0
15	3,9	Средний	0,2/5,4	35	2,8	Низкий	1,0/55,5
16	4,9	Выше среднего	0,7/16,7	36	5,5	Выше среднего	0,2/3,7
17	4,6	Средний	0,2/4,5	37	4,8	Выше среднего	0,9/23,1
18	5,3	Выше среднего	0,2/3,9	38	5,9	Высокий	0,5/9,2
19	5,7	Выше среднего	0,2/3,5	39	4,2	Средний	0,1/2,4
20	3,9	Средний	0,1/2,6	40	3,1	Средний	1,5/93,7
Среднее значение 4,67							

Примечание:* - разница между констатирующим и контрольным этапами

Анализ результатов оценки психического состояния респондентов по методике САН по шкале «Самочувствие» после прохождения программы профилактики представлен на рисунке 12.

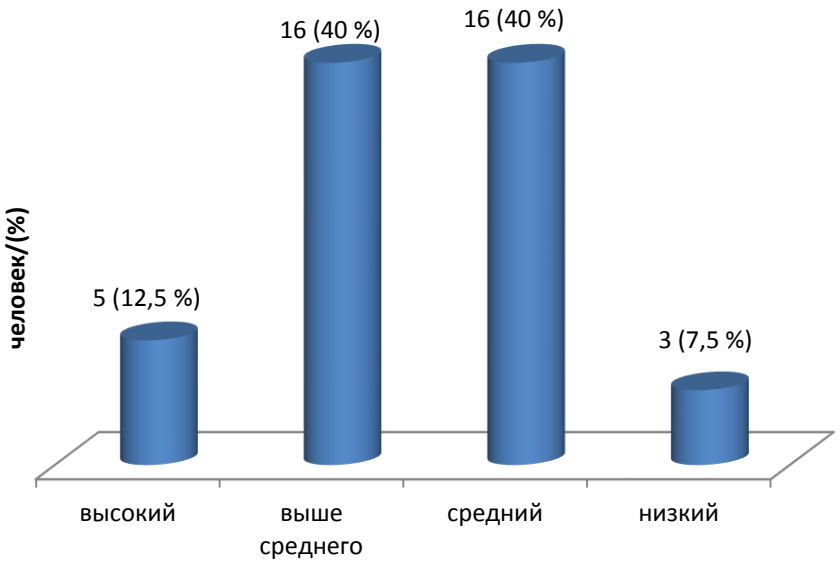

Рисунок 12 – Результаты опросника САН по шкале «Самочувствие» в баллах

Восстановление эмоций имеет основополагающее значение для надлежащего психологического функционирования и психического здоровья.

Полученные данные представленные на рисунке 12 свидетельствуют о том, что после прохождения разработанной программы профилактики отмечалось увеличение респондентов с нормальным самочувствием на 10 % и составило 16 человека. Количество респондентов с высоким уровнем самочувствия увеличилось на 7,5 % и составило 5 человек.

Такой уровень самочувствия свидетельствует о благоприятном состоянии «опрошенных». При этом стоит отметить, что количество респондентов с неблагоприятным состоянием самочувствия после прохождения программы профилактики сократилось на 7,5 % (3 человека).

Результаты показателя «Активность» по методике САН представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Результаты показателя «Активность» по методике САН, баллах

Исп.	Рез.	Уровень выраженности показателей	Измен. балл/%*	Исп.	Рез.	Уровень выраженности показателей	Измен. балл/%*
1	5,3	Выше среднего	0,3/6,0	21	4,4	Средний	0,2/4,7
2	5,2	Выше среднего	0,2/4,0	22	4,2	Средний	0,1/2,4
3	3,9	Средний	0,4/11,4	23	4,6	Средний	0,3/6,9
4	5,7	Выше среднего	0,2/3,6	24	5,3	Выше среднего	1,0/23,2
5	4,9	Выше среднего	0,3/6,5	25	4,5	Средний	0,4/9,7
6	5,0	Выше среднего	0,3/6,3	26	5,4	Выше среднего	1,2/28,6
7	4,0	Средний	0,4/11,1	27	4,2	Средний	0,4/10,5
8	5,1	Выше среднего	0,3/6,2	28	5,6	Выше среднего	0,3/5,7
9	5,3	Выше среднего	0,8/17,7	29	5,4	Выше среднего	0,2/3,8
10	5,6	Выше среднего	0,7/14,3	30	5,6	Выше среднего	0,2/3,7
11	5,8	Высший	0,3/5,4	31	5,3	Выше среднего	0,2/3,9
12	5,1	Выше среднего	1,2/30,7	32	5,5	Выше среднего	1,8/48,6
13	4,8	Выше среднего	0,4/9,1	33	4,4	Средний	0,4/10,0
14	5,2	Выше среднего	1,2/30,0	34	4,5	Средний	0,5/12,5
15	3,9	Средний	0,2/5,4	35	4,2	Средний	0,3/7,7
16	5,3	Выше среднего	0,3/3,9	36	5,9	Высший	0,4/7,2
17	5,6	Выше среднего	0,2/3,7	37	5,3	Выше среднего	0,4/8,1
18	5,3	Выше среднего	0,1/1,9	38	4,6	Средний	0,1/2,2
19	5,5	Выше среднего	0,2/3,7	39	5,0	Выше среднего	0,2/4,1
20	4,6	Средний	0,8/21,0	40	3,9	Средний	0,3/8,3
Среднее значение			4,97				

Примечние:* - разница между констатирующим и контрольным этапом

Анализ по шкале «Активность» после прохождения программы профилактики представлено на рисунке 13.

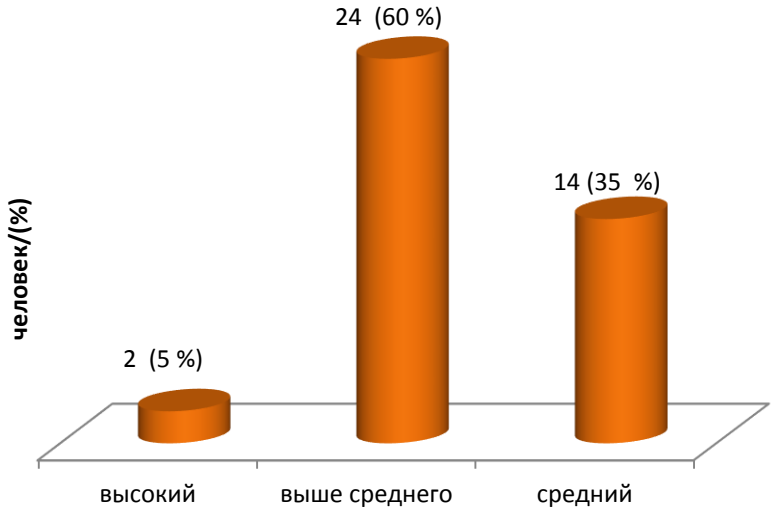

Рисунок 13 – Результаты опросника САН по шкале «Активность»

Представим результаты по показателю «Настроение» в таблице 7.

Таблица 7 – Результаты показателя «Настроение» по методике САН

Исп.	Рез.	Уровень выраженности показателей	Измен. балл/%*	Исп.	Рез.	Уровень выраженности показателей	Измен. балл/%*
1	6,3	Высокий	0,2/3,3	21	5,7	Выше среднего	0,2/3,6
2	6,1	Высокий	0,2/3,4	22	4,8	Выше среднего	0,3/6,7
3	5,1	Выше среднего	1/24,4	23	4,7	Средний	1,9/67,8
4	5,3	Выше среднего	0,2/3,9	24	4,7	Средний	0,9/23,7
5	5,4	Выше среднего	0,2/3,8	25	4,8	Выше среднего	0,2/4,3
6	4,8	Выше среднего	0,9/23,1	26	5,8	Высокий	0,3/5,4
7	4,8	Выше среднего	0,9/23,1	27	4,7	Средний	2,0/74,1
8	4,8	Выше среднего	0,1/2,12	28	6,4	Высокий	0,4/6,7
9	5,9	Высокий	0,8/15,7	29	5,5	Выше среднего	0,2/3,8
10	4,7	Средний	1,0/27,0	30	5,7	Выше среднего	0,5/9,6
11	5,5	Выше среднего	0,5/10,0	31	5,9	Высокий	0,5/9,25
12	4,7	Средний	0,9/23,7	32	4,9	Выше среднего	0,3/6,5
13	4,2	Средний	0,2/5,0	33	5,5	Выше среднего	0,3/5,7
14	5,5	Средний	0,3/5,7	34	4,4	Средний	0,4/10,0
15	4,9	Выше среднего	0,3/6,5	35	4,7	Средний	0,9/23,7
16	5,7	Выше среднего	0,3/5,5	36	5,6	Выше среднего	0,6/12,0
17	5,3	Выше среднего	0,1/1,9	37	4,7	Средний	1,0/27,0
18	5,6	Выше среднего	0,3/5,7	38	5,1	Выше среднего	0,5/10,9
19	6,3	Высокий	0,3/5,0	39	4,7	Средний	0,3/6,8
20	4,7		1,0/27,0	40	4,8	Выше среднего	0,9/23,1
Среднее значение			5,21				

Примечание:* - разница между констатирующим и контрольным этапами

Установлено, что после прохождения программы профилактике количество респондентов, у которых отмечался уровень «Выше среднего» составило 24 человека, что выше по сравнению с количеством респондентов на констатирующем этапе на 15,0 %. Низкая активность у «опрошенных» отсутствовала. Количества респондентов с высокой активностью составило 2 человека (5 %), на констатирующем этапе высокий уровень не отмечался. Увеличение составило 5 %.

Анализ методике САН по оценке психического состояния здоровых и больных, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций по шкале «Настроение» после прохождения программы профилактики представлено на рисунке 14.

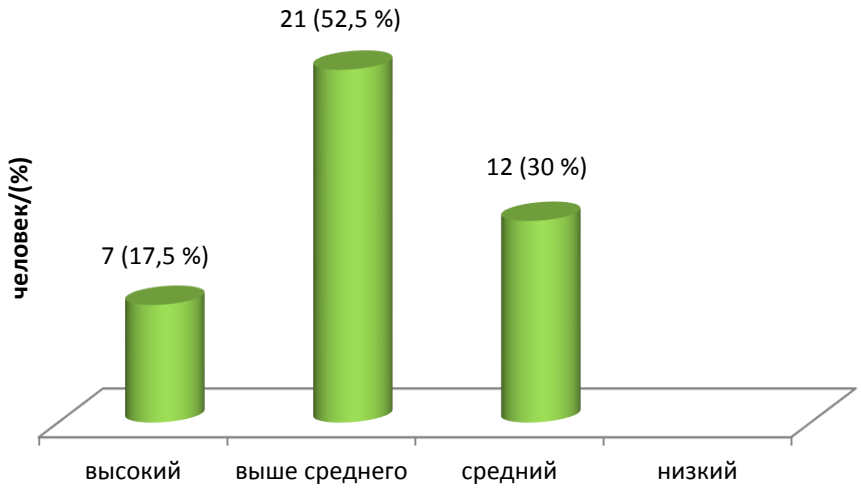

Рисунок 14 – Результаты опросника САН по шкале «Настроение»

Результаты полученных данных после прохождения программы профилактики показали, что больше позитивных эмоций, чем негативных испытывает наблюдалось у 21 опрошенный (52,5 %), что на 12,5 % больше, чем на констатирующем этапе. С настроением ниже среднего, по результатам опроса, оказалось 12 человек (30 %), что на 15 % меньше, чем на

констатирующем этапе. И лишь у семи респондентов чаще всего доминирует хорошее настроение.

Сравнительный анализ методике САН по оценке психического состояния, участвующих в опросе респондентов, их психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций по шкале «Самочувствие», «Активность», «Настроение» после прохождения программы профилактики представлено на рисунке 15.

Полученные данные, представленные на рисунке 14 свидетельствуют о том, что после прохождения программы профилактики отмечалось увеличение респондентов с нормальным самочувствием на 10 % и составило 40 человека. Количество респондентов с высоким уровнем самочувствия увеличилось на 7,5 % и составило 5 человек.

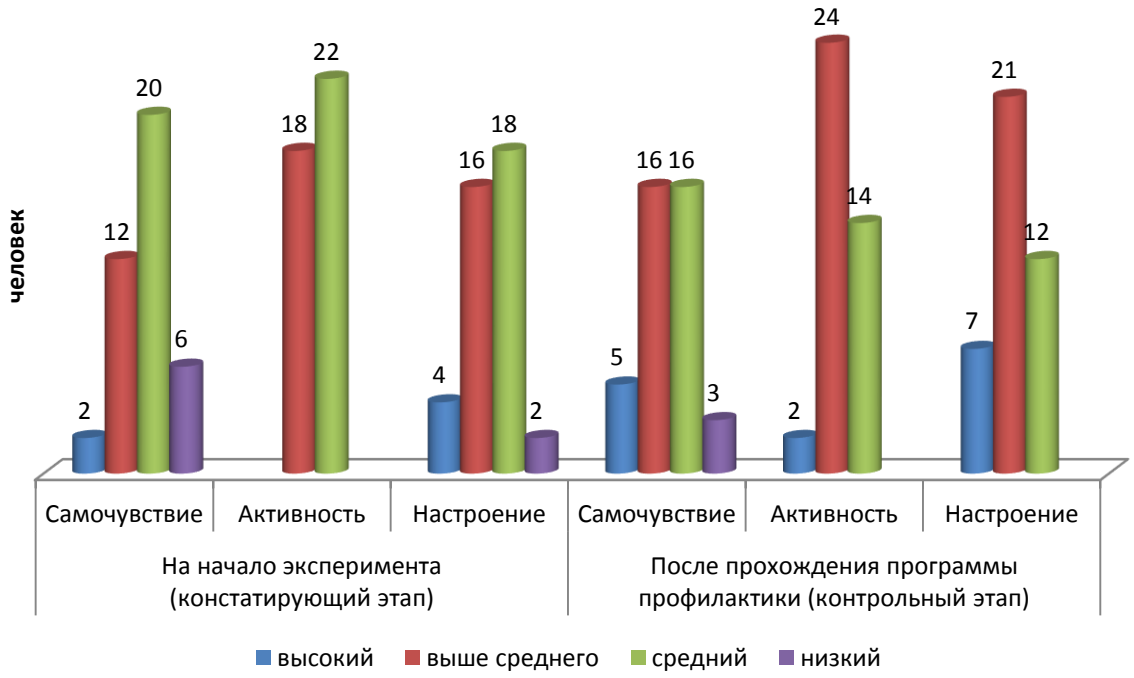

Рисунок 15 – Результаты сравнительного анализа опросника САН по шкале «Самочувствие», «Активность», «Настроение»

Количество респондентов с неблагоприятным состоянием самочувствия после прохождения программы профилактики наблюдалось лишь у трех

респондентов (7,5%), что на 7,5 меньше, чем на констатирующем этапе. Установлено, что после прохождения программы профилактики количество респондентов, у которых отмечался уровень «Выше среднего» по показателю «Активность» составило 24 человека, что выше по сравнению с констатирующем этапом на 15,0 %. Низкая активность у «опрошенных» отсутствовала. Количества респондентов с высокой активностью составило 2 человека (5,0 %), на констатирующем этапе высокий уровень не отмечался.

Результаты полученных данных после прохождения программы профилактики показали, что больше позитивных эмоций, чем негативных испытывает у 21 опрошенного (52,5 %), что на 12,5 % больше чем на констатирующем этапе. С настроением ниже среднего, по результатам опроса, оказалось 12 человек (30%), что на 15 % меньше по сравнению с констатирующем этапе. И лишь у семи респондентов (17,5 %) чаще всего доминирует хорошее настроение, что на 7,5 % больше по сравнению с началом эксперимента. Сравнительный анализ средних значений по шкале «Самочувствие», «Активность», «Настроение» после прохождения программы профилактики представлено на рисунке 16.

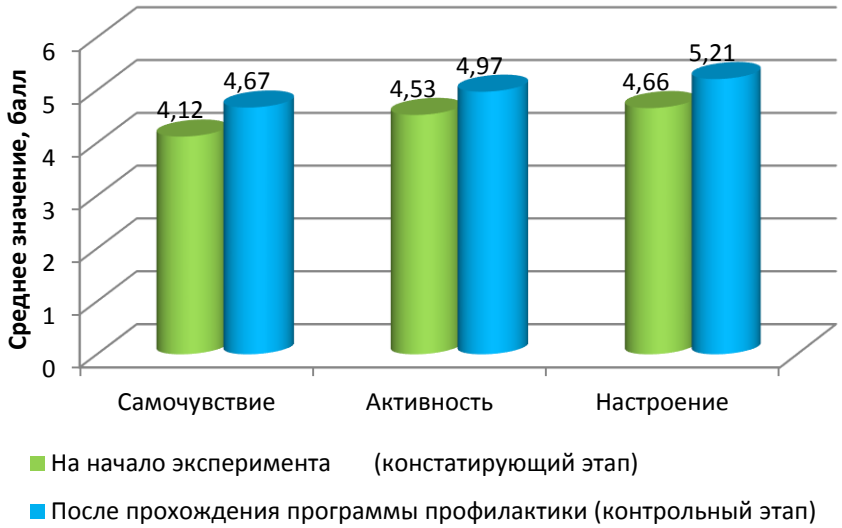

Рисунок 16 – Результаты сравнительного анализа среднего значения опросника САН, баллах

Сравнительный анализ уровня эмоционального состояния и уровня личностной и эмоциональной тревожности участников до начала программы профилактики, и после ее окончания позволяет нам сделать вывод о том, что разработанная программа профилактики благоприятно влияет на уровень эмоционального, функционального состояния респондентов средней взрослости.

Эти результаты могут быть частично объяснены тем, что в мероприятиях программы большое внимание уделяется уверенности в себе, стратегиям мирного разрешения конфликтов и сопереживанию. Таким образом, индивидов учат направлять свои чувства тревожности и беспокойства, улучшать контроль над тревожностью и надлежащим образом выражать эмоции. Однако программа уделяет больше внимания развитию навыков и положительных качеств, чем уменьшению отрицательных.

Выводы по второй главе

Исследование проводилось на базе центра психологического образования и организационного консультирования ФГБОУ ВО Амурский государственный университет.

Выборка составила 40 человек, в возрасте от 42 до 58 лет включительно. Средний возраст по выборке составил 50 лет. В состав выборки вошли 17 мужчин (42,5 %) и 23 женщины (57,5 %).

Исследование проводилось согласно следующим этапам:

– на первом этапе исследования (констатирующий этап) были изучены особенности проявления эмоциональных состояний личности в период средней взрослости;

– на втором этапе (формирующий этап) была разработана и реализована программа оптимизации психоэмоционального состояния личности в период средней взрослости по повышению субъективного ощущения здоровья;

– на третьем этапе (контрольный этап) была оценена эффективность программы оптимизации психоэмоциональной сферы личности по повышению субъективного ощущения здоровья.

На этапе определения и подготовки методов исследования нами были выбраны следующие психодиагностические методики:

– для диагностики субъективного состояния собственного здоровья была разработана «Анкета субъективной оценки собственного здоровья»;

– интенсивность субъективных недомоганий оценивали с помощью Гиссенского личностного опросника;

– для оценки тревожности испытуемых был проведен тест на тревожность Спилбергера – Ханина.

В результате исследования оптимизации психоэмоционального состояние личности и субъективного ощущения здоровья было определено:

– в структуре заболеваний/состояний преобладают заболевания желудочно-кишечного тракта – мнение 25 % опрошенных. Другие 22,5 % респондентов отметили, что наличие сердечно-сосудистые заболевания. На третьем месте стоят заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 17,5 % опрошенных. Менее всего респондентов беспокоят эндокринные заболевания (10 %), заболевания органов дыхания (7,5 %) и болезни кожи (5 %). И лишь 12,5 % опрошенных считают, что у них нет серьезных проблем со здоровьем;

– результаты Гиссенского теста, проведенной среди людей средней взрослости, позволили установить, что среднее значение по шкале «Истощение» равно 15,35 баллам. Это объясняется тем, что людей среднего возраста наблюдается потеря жизненной энергии, что связано с потерей творческой активности, усталостью от работы, семейных забот. Среднее значение по шкале «Желудочные жалобы» равно 11,55 баллам, что говорит о среднем уровне данного показателя. В этом возрасте люди много уделяют внимание своему финансовому

состоянию, поскольку несут ответственность не только за себя, но и за своих родных и близких. У 8 % испытуемых женщин зафиксировано отсутствие мужа, в связи, с чем они вынуждены работать дополнительно, чтобы прокормить своих детей;

– результаты исследования ситуативной и личностной тревожности показали, что у большинства опрошенных высокий уровень ситуативной тревожности – 23 человек (57,5 %). Количество испытуемых с умеренным уровнем ситуативной тревожности составило – 14 человек (35 %). Люди, у которых преобладает умеренный уровень ситуативной тревожности, относительно субъективно переживают эмоции, а именно: напряжение, беспокойство, озабоченность, нервозность. Меньше всего респондентов с низким уровнем ситуативной тревожности – 3 человека (7,5 %). Количество испытуемых с высоким уровнем личностной тревожности – 8 человек (20 %). Количество респондентов с умеренным уровнем личностной тревожности составило – 25 человек (62,5 %). Такие люди с умеренным уровнем личностной тревожности достаточно спокойно относятся к ситуациям, которые, по их мнению, выглядят угрожающими для них и их самооценки. С низким уровнем личностной тревожности оказалось 7 человек (17,5 %). Возможно, такие показатели являются свидетельством активного вытеснения личностью высокой личной тревоги с целью показать себя в «лучшем свете»;

– результаты методики САН, проведенной среди людей средней взрослости, позволили установить, что среднее значение по шкале «Самочувствие» равно 4,12 баллам. Это объясняется тем, что в организме людей среднего возраста начинают происходить закономерные для данного возраста физиологические изменения, к которым ему приходится приспосабливаться. В связи с этим ухудшается общее самочувствие человека. Среднее значение по шкале

«Активность» равно 4,53 баллам, что говорит о среднем уровне данного показателя. Среднее значение по шкале «Настроение» в данной возрастной группе равно 4,66 баллам. Это тоже средний балл по данной шкале. В данной группе у опрошенных чаще преобладает изменчивое настроение, либо эти люди, сами не в состоянии оценить свое настроение как хорошее или плохое;

– результаты корреляционного анализа, указывают на наличие высокой степени обратной взаимосвязи между уровнем субъективного ощущения здоровья и показателями функционального состояния личности. Наиболее сильная прямая пропорциональная зависимость зафиксирована для взаимосвязи субъективное ощущение здоровья и настроение.

Предложенная программа по оптимизации психоэмоционального состояния личности по повышению субъективного ощущения здоровья улучшает способность анализировать эмоции и позитивно справляться с ними.

Заключение

В последние десятилетия проблема психоэмоционального состояния личности все чаще становится предметом исследования психологов. Это вызвано с острой для психологической науки и практики необходимостью в определении того, что служит основанием для внутреннего равновесия личности, из чего оно складывается, какие эмоционально-оценочные отношения лежат в его основе, каким образом оно участвует в регуляции поведения, каким образом можно помочь личности в решении проблемы субъективного ощущения здоровья.

Наибольшая разработанность данной проблемы представлена в работах как отечественных, так и зарубежных ученых (В.В. Николаева, В.И. Сидоров, Е.А. Григорьев, А.Б. Смулевич, Б.Д. Карвасарский, С.Л. Соловьева, А.Б. Холмогорова, Е.В. Дёмин, В.А. Чулкова, К.В Сельченок, Ф.Х. Данбар, Ф. Александер, Р. Дэвидсон, С. Кольманни другие).

Проанализировав и обобщив идеи, выработанные в рамках рассмотренных подходов, нами было отмечено, что по данной теме отмечается недостаточное количество полных исследований, относительно специфики взаимосвязи эмоциональной сферы личности и субъективного ощущения здоровья. Особую актуальность в настоящее время приобретает изучение эмоционального самочувствия людей средней взрослости.

В результате исследования психоэмоционального состояния личности и субъективного ощущения здоровья было установлено:

– в структуре заболеваний/состояний преобладают заболевания желудочно-кишечного тракта – мнение 25 % опрошенных. Другие 22,5 % респондентов отметили, что наличие сердечно-сосудистые заболевания. На третьем месте стоят заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 17,5 % «опрошенных». Менее всего респондентов беспокоят эндокринные заболевания (10 %), заболевания

органов дыхания (7,5 %) и болезни кожи (5 %). И лишь 12,5 % опрошенных считают, что у них нет серьезных проблем со здоровьем;

– результаты Гиссенского теста, проведенной среди людей средней взрослости, позволили установить, что среднее значение по шкале «Истощение» равно 15,35 баллам. Это объясняется тем, что людей среднего возраста наблюдается потеря жизненной энергии, что связано с потерей творческой активности, усталостью от работы, семейных забот. Среднее значение по шкале «Желудочные жалобы» равно 11,55 баллам, что говорит о среднем уровне данного показателя. В этом возрасте люди много уделяют внимание своему финансовому состоянию, поскольку несут ответственность не только за себя, но и за своих родных и близких. У 8 % испытуемых женщин зафиксировано отсутствие мужа, в связи, с чем они вынуждены работать дополнительно, чтобы прокормить своих детей;

– результаты исследования ситуативной и личностной тревожности показали, что у большинства опрошенных высокий уровень ситуативной тревожности – 23 человек (57,5 %). Количество испытуемых с умеренным уровнем ситуативной тревожности составило – 14 человек (35 %). Люди, у которых преобладает умеренный уровень ситуативной тревожности, относительно субъективно переживают эмоции, а именно: напряжение, беспокойство, озабоченность, нервозность. Меньше всего респондентов с низким уровнем ситуативной тревожности – 3 человека (7,5 %). Количество испытуемых с высоким уровнем личностной тревожности – 8 человек (20 %). Количество респондентов с умеренным уровнем личностной тревожности составило – 25 человек (62,5 %). Такие люди с умеренным уровнем личностной тревожности достаточно спокойно относятся к ситуациям, которые, по их мнению, выглядят угрожающими для них и их самооценки. С низким уровнем личностной тревожности оказалось 7 человек (17,5 %). Возможно,

такие показатели являются свидетельством активного вытеснения личностью высокой личной тревоги с целью показать себя в «лучшем свете»;

– результаты методики САН, проведенной среди людей средней взрослости, позволили установить, что среднее значение по шкале «Самочувствие» равно 4,12 баллам. Это объясняется тем, что в организме людей среднего возраста начинают происходить закономерные для данного возраста физиологические изменения, к которым ему приходится приспосабливаться. В связи с этим ухудшается общее самочувствие человека. Среднее значение по шкале «Активность» равно 4,53 баллам, что говорит о среднем уровне данного показателя. Среднее значение по шкале «Настроение» в данной возрастной группе равно 4,66 баллам. Это тоже средний балл по данной шкале. В данной группе у опрошенных чаще преобладает изменчивое настроение, либо эти люди, сами не в состоянии оценить свое настроение как хорошее или плохое;

– результаты корреляционного анализа, указывают на наличие высокой степени обратной взаимосвязи между уровнем субъективного ощущения здоровья и показателями функционального состояния личности. Наиболее сильная прямая пропорциональная зависимость зафиксирована для взаимосвязи субъективное ощущение здоровья и настроение.

Предложенная программа по оптимизации психоэмоционального состояния личности по повышению субъективного ощущения здоровья улучшает способность анализировать эмоции и позитивно справляться с ними, поскольку содержит множество заданий, побуждающих людей анализировать причины, факторы или стимулы, порождающие негативные эмоции, негативные последствия таких эмоций (для человека, который испытывает те или иные эмоции, эмоции и для других), а также способы позитивного совладания с негативными эмоциями (например, посредством

позитивного диалога, символизации). Например, в упражнении под названием «эмоциональное восприятие и светофор» участники смотрят видеоролики и отвечают на вопросы о причинах и следствиях эмоций видеогероев. В другом упражнении «коллаж и инсценировка» респонденты, участвующие в эксперименте составляют коллаж, рассказывающий историю, выражающую эмоцию, с началом, проблемой и концом.

Положительное изменение, вызванное программой профилактики, можно объяснить характеристиками содержащихся в ней действий, а также соответствующей метакогнитивной ролью этапа обсуждения. Результаты оценки программы позволяют предположить важность реализации программ, способствующих социально-эмоциональному развитию в среднем возрасте, как инструмента профилактики и вмешательства. Кроме того, научные данные об эффективности программ эмоциональной профилактики у личности среднего возраста весьма ограничены, так что это исследование вносит значительный вклад в психологические исследования.

Когда такие программы приводят к положительным изменениям, они могут способствовать нашему пониманию причинно-следственных процессов в развитии поведенческих проблем и психопатологии у людей среднего возраста.

Список используемой литературы

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология. М. : ЮРАЙТ, 2012. 811 с.
2. Айзман Р.И. Возрастная физиология и психофизиология. М.: НИЦ ИНФРА-М. : 2014. 352 с.
3. Акимов Б. Медитация. Самовнушение. Аутотренинг. Самые эффективные психотехники. М. : Свет, 2014. 80 с.
4. Алексеев В. Г. Ценностные ориентации личности и проблема их формирования. М. : Просвещение, 2009. 235 с.
5. Александров А. А. Психотерапия. СПб. : Питер, 2004. 240 с.
6. Александров А. А. Аутотренинг. СПб. : Питер, 2011. 420 с.
7. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. 384 с
8. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. СПб. : Питер, 2012. 272 с.
9. Андреева Г. М. Психология социального познания. М.: Аспект-Пресс, 2000. 288 с.
10. Анохин П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М.: Медицина. 2008. 547 с.
11. Арнольд М. Чувства и эмоции как динамические факторы с.
12. Арпентьева М. Р. Психология и психотерапия здоровья: особенности отношения к болезням и ограничениям здоровья и стратегии реабилитации // Инвалиды и общество. 2018. № 1(27). С. 40-53.
13. Бабкина А. Ю. Семантические особенности наименований чувств и эмоций человека в современном русском языке. Казань. 2008. 190 с.
14. Бакова Ф. М. Эмоции и чувства как основа психического состояния человека // Студенческий вестник. 2019. № 11-1(61). С. 18-20.

15. Батоцыренов В. Б. Понятие «Саморегуляция»: терминология и основные подходы // Вестник ЗабГУ. 2011. №6. С.67-72.

16. Белановская О. В. Жизненные планы и жизненные ценности у женщин возраста ранней и средней взрослости // Актуальные научные исследования в современном мире. 2017. № 10-3(30). С. 108-113.

17. Берекенова Ж. Д. Психологические особенности развития чувств и эмоций человека // Наука: прошлое, настоящее, будущее. Уфа. 2015. С. 203-208.

18. Близнюк А. И. Психосоматическая патология, классические теориии современные концепции // Медицинские новости. 2014. №. 10 (241). С. 10-15.

19. Бовина И. Б. Стигматизация и психическое здоровье: размышления с позиции психологии здоровья // Психическое здоровье и образование. М. : "Городец". 2018. С. 132-134.

20. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении / В.В. Бойко. СПб. : Питер, 2004. 470с.

21. Брушлинский А. В. Проблемы психологии субъекта. М. : Институт психологии РАН. 2014. 109 с.

22. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М. : Академия, 2001. 352 с.

23. Верхотурова Н. Ю. Эмоциональное реагирование: функции, компоненты, характеристики, проблемы и перспективы исследования // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2012. 1. С. 94-99.

24. Вилюнас В. К., Гиппенрейтер Ю. Б. Психология эмоций // СПб.: Питер, 2004. С. 80–86.

25. Выготский Л. С. Психология развития человека. М. : Смысл, 2005. 113 с.

26. Габдреева Г. Ш. Самоуправление психическим состоянием. Казань: Изд-во КГУ. 2011. 64 с.

27. Дарвин Ч. Выражении эмоций у человека и животных. СПб. : Питер, 2001. 369 с.

28. Дмитриева Н. А. О соотношении слов "эмоция" и "чувство" в их историческом развитии // Наука о человеке: гуманитарные исследования. 2014. № 2(16). С. 204-212.

29. Гулов Д. М. О значимости эмоций и чувств человека // Традиции и инновации в системе образования. Карачаевск. 2017. С. 119-124.

30. Ермолаев, М. М. Связь психоэмоционального состояния и субъективной оценки качества жизни, зависимых людей от веществ изменяющих сознание // Студенческие научные исследования. Пенза: Наука и Просвещение, 2022. С. 179–182.

31. Ермошин А. Г. Геометрия переживаний. Конструктивный рисунок человека в психотерапевтической практике. М. : ГИТИС, 2016. 251 с.

32. Заочинский М. С. Эмоции и чувства человека // Инновации. Наука. Образование. 2021. № 38. С. 121-126.

33. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб. : Питер, 2010. 784 с.

34. Кондрашихина О. А. Психологическое здоровье, субъективное ощущение счастья и толерантность к неопределенности студентов-психологов // Человек в условиях неопределенности. Самара: СГТУ. 2018. С. 161-165.

35. Куликов Л. В. Психология эмоций и чувств: М .: Русайнс, 2021. 248 с.

36. Люсин Д. В. Связь между эмоциональными личностными чертами наблюдателя и сензитивностью к эмоциям определенной

модальности // Вестник Ярославского государственного университета им. П. Г. Демидова. Серия: Гуманитарные науки. 2014. №. 3. С. 81-87.

37. Мелкумова К. А. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. №1. С.9-13.

38. Мех Т. И. Я-концепция личности в период средней взрослости // Педагогика и психология: актуальные вопросы теории и практики. 2017. № 1(10). С. 315-319.

39. Мещеряков Б. Г., Назаров А. И., Чеснокова Л. Г., Ющенкова Д. В. Новая попытка открыть скрытое опознание лиц // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. №. 4. С. 45-60.

40. Моро П. Н. Эмоции и чувства, как первичный уровень философского познания // Общество: мораль, культура, личность. Екатеринбург : Ridero, 2022. С. 92-97.

41. Мухина В. С. Возрастная психология. Феноменология развития: детство, отрочество. М. : Академия, 2006. 608 с.

42. Нагуманова Э. Р. Субъективная оценка качества жизни при депрессивных состояниях // Психология психических состояний. Казань: Отечество, 2013. С. 121-123.

43. Нестеренко И. Е. Современные представления о смысле жизни и удовлетворенность жизнью в период юности и средней взрослости: сб. науч. тр. / под редакцией И. Е. Бельских. Волгоград: "Волгоградское научное издательство". 2014. С. 90-93.

44. Никифоров Г. С. Психологическое здоровье личности: к истории вопроса в отечественной психологии // Психологический журнал. 2019. Т. 40. № 6. С. 55-65.

45. Нисневич Р. М. Психолого-педагогические аспекты агрессии и ее коррекция при помощи биологической обратной связи // Сибирский педагогический журнал, 2007. № 6. С.303-308.

46. Падун М. А. Регуляция эмоций и ее нарушения // Психологические исследования. 2015. Т. 8. № 39. С. 5.

47. Панин Л. Е. Биохимические механизмы стресса. М. : ГИТИС. 2006. 451 с.

48. Петрушин В. И. Психология здоровья. М. : Юрайт, 2019. 381 с.

49. Платонов К. К., Шингаров Г. Х., Шмаков А. В. Эмоции, чувства и воля как формы отражения действительности // Теория отражения и современная наука: Теория отражения и естествознание. София. 2013. С. 280-291.

50. Радыш И. В. Соотношение объективного и субъективного в представлении о собственном здоровье // Технологии живых систем. 2016. Т. 13. № 4. С. 24-28.

51. Ситникова В. П. Проблема исследования психологического компонента в терапии хронического соматического заболевания // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2002. № 7-8. С. 53-57.

52. Симонов П. В. Эмоциональный мозг. Физиология. Нейроанатомия. Психология эмоций. М. : Наука, 2011. 100 с.

53. Смутина А. А. Основные психологические характеристики личности на этапе средней взрослости // Городская повседневность. Волгоград : ВГУ, 2019. С. 565-571.

54. Суворова. О. В. Особенности личности с разным уровнем самоэффективности в период средней взрослости // Проблемы современного педагогического образования, 2022. № 74-1. С. 372-375.

55. Сысоева Т. А. Влияние эмоционального состояния на мнемические процессы: эффект конгруэнтности // Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования. М. : РАН, 2014. С. 89-108.

56. Трошихина Е. Г. Тревожность и устойчивые эмоциональные состояния в структуре психоэмоционального благополучия // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика, 2017. Т. 7. №3. С. 211-223.

57. Фризен М. А. Взаимосвязь опыта отношений с матерьюи самоотношения личности в период средней взрослости // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки, 2020. № 2(36). С. 36-49.

58. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Л. : ЛНИИФК. 1976. 180 с.

59. Чапала Т. В. Категории, нормы и методы исследования в психологии здоровья // Научный вектор Балкан, 2017. № . С. 35-38.

60. Чапала Т.В. Влияние психосоматического компонента на особенности межличностных связей. Психическая адаптация и дезадаптация // Современная образовательная среда как условие самореализации личности. Тольятти: ТГУ, 2008. С. 256-260.

61. Шишкоедов П. Н. Общая психология. М. : Эксмо, 2009. 284 с.

62. Эриксон Э. Г. Кризис идентичности в автобиографической перспективе // Личность. Культура. Общество. 2008. Т. 10. №.1. С. 73-89.

63. Экман П. Психология лжи. СПб. : Питер, 2009. 272 с.

64. Якобсон П. М. Эмоциональная жизнь школьника: дошкольный и младший школьный возраст // Психология чувств мотивации. М. : Воронеж, 2018. 302 с.

65. Almlund M. et al. Personality psychology and economics // Handbook of the Economics of Education. Elsevier, 2011. Т. 4. P. 1-181.

66. Buss D. M. Evolutionary personality psychology // Annual review of psychology. 2011. Т. 42. №. 1. P. 459-491.

67. Feldenkrais M. Embodied wisdom: The collected papers of Moshe Feldenkrais. North Atlantic Books, 2011. 260 P.

68. HeinrothJ.L. Mind and body: Psychosomatic medicine. Random, NewYork, 2017. 235 p.

69. Izard C. E. Human emotions. Springer Science & Business Media, 2013. 192 P.

70. Malan P. Lives transformed: A revolutionary method of dynamic psychotherapy, 2006. P. 172-203.

71. Merrill M. D. Constructivism and instructional design //Educational technology. 1991. Т. 31. №. 5. P. 45-53.

72. Obbarius N. et al. A Modified Version of the Transactional Stress Concept According to Lazarus and Folkman Was Confirmed in a Psychosomatic Inpatient Sample // Frontiers in psychology. 2021. Т. 12. P. 405.

73. Rackeman F. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? // Arch. Fam. Med. 2007.Vol. 5. P. 44-48

74. Rodríguez T. M. et al. Behavior and emotion in dementia // Update on Dementia. IntechOpen, 2016. 442 P.

75. Solomon R. C. True to our feelings: What our emotions are really telling us. Oxford University Press, 2008. 253 P.

76. Shakhovsky V. I. Linguistictheoryofemotionsanditsfoundations //Founders. 2019. Т. 1. №. 39. С. 34.

Приложение А

Анкета субъективной оценки собственного здоровья

Таблица А.1 – Анкета субъективной оценки собственного здоровья

Вопросы	Да / нет/ Не знаю
1.Имеются ли в настоящее время или были заболевания / состояния	
Сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертония, аритмия, ишемическую болезнь сердца или другие)	
Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма и другие)	
Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка/12-перстной кишки, симптом раздраженного кишечника и другие)	
Заболевания кожи и подкожной клетчатки (атопический дерматит и другие)	
Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (ревматоидный артрит, миалгия и другие)	
Эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз и другие)	
2. Повышается или понижается уровень Вашего артериального давления (если да, утоните как часто)	
3. Часто ли вы испытываете сильное внутреннее напряжение (если да, утоните как часто)	
4. Присутствуют ли в вашей жизни неразрешенные эмоциональные конфликты. В частности, это гнев, страх и перевозбуждение.	
5. Испытываете ли Вы тревогу, депрессивные расстройства (если да, уточните постоянно или редко)	
6. Испытываете ли Вы сильные эмоциональные потрясения, стресс, чрезвычайную ответственность (если да, уточните постоянно или редко)	
7. Считаете ли Вы, что у Вас нет серьезных проблем со здоровьем?	
8. Я хочу дополнительно сообщить о своем самочувствии и состоянии здоровья следующее:	
9. Укажите причины, по Вашему мнению, Ваших эмоциональных расстройств	

Приложение Б

Гиссенский опросник

Таблица Б.1 – Гессинский опросник

Показатели	Степень выраженности				
Я чувствую следующие недомогания	0 Нет	1 Слегка	2 Несколько	3 Значительно	4 Сильно
1. Ощущение слабости					
2. Сердцебиение, перебои в сердце или замирание сердца					
3. Чувство давления или переполнения в животе					
4. Повышенная сонливость					
5. Боли в суставах и конечностях					
6. Головокружение					
7. Боли в пояснице или спине					
8. Боли в шее (затылке) или плечевых суставах					
9. Рвота					
10. Тошнота					
11. Ощущение кома в горле, сужения горла или спазма					
12. Отрыжка					
13. Изжога или кислая отрыжка					
14. Головные боли					
15. Быстрая истощаемость					
16. Усталость					
17. Чувство оглушенности (помрачения сознания)					
18. Чувство тяжести или усталости в ногах					
19. Вялость					
20. Колющие или тянущие боли в груди					
21. Боли в желудке					
22. Приступы одышки (удушья)					
23. Ощущение давления в голове					
24. Сердечные приступы					

Приложение В

Методика оценки тревожности (тест Спилбергера-Ханина)

Таблица В.1 – Методика оценки тревожности (тест Спилберга-Ханина)

Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
Я спокоен	1	2	3	4
Мне ничего не угрожает	1	2	3	4
Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
Я испытываю сожаление	1	2	3	4
Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
Я расстроен	1	2	3	4
Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
Я встревожен	1	2	3	4
Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
Я уверен в себе	1	2	3	4
Я нервничаю	1	2	3	4
Я не нахожу себе места	1	2	3	4
Я взвинчен	1	2	3	4
Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
Я доволен	1	2	3	4
Я озабочен	1	2	3	4
Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
Мне радостно	1	2	3	4
Мне приятно	1	2	3	4
Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
Я очень быстро устаю	1	2	3	4
Я легко могу заплакать				
Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие				
Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения				
Обычно я чувствую себя бодрым				
Я спокоен, хладнокровен и собран				
Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня				

Продолжение таблицы В.1

Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
Я вполне счастлив	1	2	3	4
Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
У меня бывает хандра	1	2	3	4
Я доволен	1	2	3	4
Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
Я уравновешенный человек	1	2	3	4
Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Приложение Г

Опросник САН

Таблица Г.1 – Опросник САН

Показатели		3	2	1	0	1	2	3	Показатели
1	Самочувствие хорошее								Самочувствие плохое
2	Чувствую себя сильным								Чувствую себя слабым
3	Пассивный								Активный
4	Малоподвижный								Подвижный
5	Веселый								Грустный
6	Хорошее настроение								Плохое настроение
7	Работоспособный								Разбитый
8	Полный сил								Обессиленный
9	Медлительный								Быстрый
10	Бездеятельный								Деятельный
11	Счастливый								Несчастный
12	Жизнерадостный								Мрачный
13	Напряженный								Расслабленный
14	Здоровый								Больной
15	Безучастный								Увлеченный
16	Равнодушный								Взволнованный
17	Восторженный								Унылый
18	Радостный								Печальный
19	Отдохнувший								Усталый
20	Свежий								Изнуренный
21	Сонливый								Возбужденный
22	Желание отдохнуть								Желание работать
23	Спокойный								Озабоченный
24	Оптимистичный								Пессимистичный
25	Выносливый								Утомляемый
26	Бодрый								Вялый
27	Соображать трудно								Соображать легко
29	Полный надежд								Разочарованный
30	Довольный								Недовольный