

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

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»
(наименование)

37.04.01 Психология
(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья
(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Оптимизация психологического благополучия лиц, перенесших
заболевание COVID-19

Обучающийся

Е.В. Попова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

канд. психол. наук, доцент Э.Ф. Николаева

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Динамика показателей психологического благополучия личности в период пандемии COVID-19.....	14
1.1 Теоретические аспекты основных понятий, концепций и подходов анализа сущности «психологическое благополучие», представленных в отечественной и зарубежной литературе.....	14
1.2 Психотравмирующие стрессоры восприятия эпидемиологической угроза пандемии COVID-19.....	25
1.3 Негативные психоэмоциональные последствия пандемии COVID-19.....	32
Глава 2 Эмпирическое исследование отличительных признаков, динамики предикторов и индивидуально-личностных особенностей психологического благополучия лиц в период пандемии COVID-19.....	52
2.1 Репрезентативность выборки и способы ее формирования, описание структуры, методов и психодиагностических методик эмпирического исследования.....	52
2.2 Интерпретация полученных результатов эмпирического исследования отличительных признаков, динамики предикторов, индивидуально-личностных особенностей психологического благополучия лиц в период пандемии COVID-19.....	62
2.3 Математико-статистическая интерпретация результатов эмпирического исследования, формулировка выводов и обобщений отличительных признаков, динамики предикторов, индивидуально-личностных особенностей психологического благополучия лиц в период пандемии COVID-19.....	84

2.4 Рекомендации по психологическому сопровождению лиц, перенесших заболевание COVID-19, в рамках проведения программы медико-психологической реабилитации, с учетом особенностей характера и признаков нарушений психоэмоционального состояния, психологического благополучия, выявленных при проведении исследования.....	92
Заключение.....	122
Список используемых источников.....	126
Приложения.....	136
Приложение А Сводная таблица результатов анкетирования.....	136
Приложение Б Результаты психодиагностического обследования респондентов по Методике «Шкала субъективного благополучия A. Perrudet-Badoux, G. Mendelsohn, J. Chiche» (адаптация А.А. Рукавишников, М.В. Соколова).....	140
Приложение В результаты психодиагностического обследования респондентов по Методике «Шкала психологического благополучия К. Рифф» (адаптация Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко).....	146
Приложение Г Результаты психодиагностического обследования респондентов по Методике «Самочувствие, активность, настроение» (разработанная В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай, М.П. Мирошниковым).....	152
Приложение Д результаты психодиагностического обследования респондентов по Методике «Шкала тревожности Ч.Д. Спилберга» (адаптация Ю.Л. Ханина).....	156
Приложение Е Результаты психодиагностического обследования респондентов «Четырехмерный опросник для оценки симптомов дистресса, депрессии, тревоги и соматизации», 4 ДДТС В. Terluin Et Al. (1996 год)» (адаптация А.Б. Смулевич и другими).....	160

Введение

Актуальность и научная значимость исследования. Актуальность исследования была обусловлена тем, что пока остаются до конца не изученными и не систематизированными психологические последствия пандемии COVID-19, оказывающие негативное влияние на психологическое здоровье и благополучие людей. Результаты анализа динамики психологического здоровья и благополучия, психического состояния населения на начальном этапе самоизоляции, и спустя шесть месяцев от начала изоляции, наглядно подтверждают, что уровень психологического благополучия менялся на протяжении всего этого периода. Изменения психологического благополучия были обусловлены увеличением показателями физиологического и психологического стресса, с преобладанием эмоциональных компонентов, вызванных стрессовыми реакциями на пандемию. К психологическим изменениям, вызванным пандемией, можно отнести, как психоэмоциональные изменения, появление которых обусловлено эмоциями негативного характера в результате когнитивной оценки стресс-связанных факторов пандемии, так и изменения поведенческих механизмов.

В исследованиях различных авторов показаны данные динамических процессов изменений предикторов психологического благополучия в зависимости от психоэмоционального состояния и функционального состояния [41]. Согласно опубликованным статистическим данным, следует, что существуют различия стрессовых реакций и острых стрессовых расстройств на начальном этапе пандемии и на последующих ее этапах, а именно, более чем в два раза увеличилось количество проявлений симптомов депрессивных состояний, генерализированных тревожных расстройств, острых, и посттравматических стрессовых расстройств [86]. Исследования в области оценки психического здоровья населения, предоставили данные о количестве расстройств психики у населения Италии на первичном этапе пандемии, среди которых количество депрессивных расстройств составляло

24,73%, тревожных расстройств 19,80%, стрессовых расстройств 21,90% населения [90]. На последующих этапах пандемии изучение психических расстройств осуществлялись среди населения Испании, которые составили следующее процентное выражение: тревожных расстройств - 58,6%, депрессивных расстройств - 46% [83]. Среди участников исследования, которые являлись жителями Китая, был зафиксирован высокий уровень депрессии - 26,5%, тревожных расстройств - 28,8% и стрессовых расстройств - 28,1% [88].

С помощью лонгитюдного исследования симптомов депрессии, которое было проведено профессором Университете Глазго Д. Эвансом совместно с другими учеными, были получены данные о том, что до начала пандемии показатели депрессии составляли -13,8%, а во время пандемии количество людей, имеющих симптомы депрессивных расстройств резко возросло до 34,3% [77]. Центры контроля и профилактики заболеваний США представили данные о психическом здоровье населения, из которых следовало, что количество лиц в период с марта по апрель 2020 года, страдающих от тревожных и депрессивных расстройств выросло почти до 28%, по сравнению с аналогичным периодом времени 2021 года [76]. Представленные результаты сравнительного анализа показателей уровня тревожных и депрессивных расстройств у россиян, свидетельствуют о том, что психическое, психологическое здоровье и благополучие населения в период пандемии значительно ухудшалось, и этот факт был подтвержден полученными статистическими данными, которые показывают, что до пандемии количество лиц, страдающих тяжелыми тревожными, и депрессивными расстройствами составляло 0,7%, а в 2020 году, данный показатель уже составил 5,1% [13].

Данные проведенного метаанализа уровня депрессивных, тревожных и стрессовых расстройств, подтверждают факт о наличии психического нездоровья у 1/3 части участников исследования. Высокий уровень депрессии, выявленный у населения, составили 33,7%, тревожных расстройств у 31,9%, стрессовых расстройств у 29,6 [19]. В исследованиях многих авторов

сообщается о наличии установленной взаимосвязи между такими показателями, как уровень стресса с психологическим здоровьем и благополучием в различных аспектах жизни человека [7]. Также было обнаружено, что тревожные и депрессивные расстройства оказывают влияние на снижение качества жизни людей, социальное взаимодействие, способность к адаптации в условиях пандемии [64]. Представленные результаты проведенных исследований степени выраженности негативных психоэмоциональных состояний во время пандемии COVID-19, показали существующую положительную корреляционную связь между уровнем психологического здоровья, благополучия, стресса, тревоги и депрессии [23].

На основании негативного влияния психологических последствий пандемии COVID-19, Институты охраны общественного здоровья вынуждены были принять решение о необходимости и важности профессионального психологического вмешательства, основанных на разработке психопрофилактических мер, с целью подготовки населения к пост-ковидному периоду, с учетом динамики показателей изменений психологического здоровья, и благополучия разных категорий населения [50].

Таким образом, результаты многочисленных исследований, проведенных как отечественными, так и зарубежными исследователями, изучающих показатели психического, психологического здоровья и благополучие населения в период пандемии COVID-19, подтверждают, что среди населения в данный период времени было зафиксировано увеличение показателей психоэмоционального напряжения, тревожных, стрессовых, и депрессивных расстройств. В связи с тем, что негативные психологические последствия пандемии COVID-19 имеют не только кратковременный, но и долговременный характер, является важным проводить дальнейшие исследования, включая и лонгитюдные исследования психического, психологического здоровья и благополучия. На основании результатов проведенных исследований предоставляется возможным определить направления психологических интервенций для предоставления

целенаправленной психологической помощи и сопровождения, особенно для стресс-уязвимой категории граждан.

Рассмотренные выше данные показывают, что пандемия COVID-19 оказывает сильные негативные психологические последствия, выражающиеся в увеличении количества лиц, подверженных стрессовым, тревожным и депрессивным расстройствам, отрицательно влияющими на функционирование и жизнедеятельность населения. Несмотря на то, что в данный момент времени уже достаточно проведено исследований психологических последствий пандемии COVID-19, все же пока они остаются не до конца изученными и систематизированными, более того результаты таких исследований необходимы для подготовки интервенций психологической помощи для лиц, перенесших заболевание COVID-19, и имеющих признаки психологического неблагополучия. На основании этого становится ясным, что проведение исследования является важной задачей не только для психологических сообществ, но и для структур системы здравоохранения.

Противоречия исследования: в связи с возникшей острой потребностью в медико-психологической реабилитации лиц, переболевших новой коронавирусной инфекцией, наблюдаются противоречия между существующей потребностью в индивидуальных программах комплексной медико-психологической реабилитации, с учетом характера психоэмоциональных, функциональных, адаптационных нарушений и механизмов психофизиологического восстановления после перенесенного заболевания, и их недостаточным представлением.

Степень научной разработанности проблемы исследования: особенности протекания коронавирусной инфекции имеют негативные последствия, которые затрагивают не только функциональные показатели физического, психического, психологического здоровья, но и эмоционально-личностного благополучия. Именно поэтому, после перенесенного заболевания COVID-19, требуется комплексный медико-психологический

подход к восстановлению физического, психического и личностного благополучия. В данный момент времени является актуальным применение методологии современных подходов для психологической и психотерапевтической помощи пациентам, перенесшим заболевание COVID-19, на всех этапах их лечения и реабилитации. Основой для проведения нашего исследования является не только создание системы психодиагностических методов для диагностирования актуальных функциональных показателей психофизиологического, психологического состояния и благополучия пациентов с коронавирусной, инфекцией, но, и разработка, и оценка эффективности индивидуальной психологической помощи в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации.

Объект исследования: психологическое благополучие лиц, перенесших заболевание COVID-19.

Предмет исследования: оптимизация психологического благополучия лиц, перенесших заболевание COVID-19.

Цель исследования: выявление отличительных признаков динамики предикторов психологического благополучия лиц, переболевших заболеванием COVID-19, на основании полученных результатов исследования разработать индивидуальные рекомендации по психологической помощи в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что после применения комплексной программы медико-психологической реабилитации у лиц, перенесших заболевание COVID-19, ожидается статистически значимое повышение функциональных показателей организма, включая улучшение психоэмоционального состояния и оптимизацию психологического благополучия. Предполагается, что успешная медико-психологическая реабилитация будет способствовать не только физическому восстановлению, но и психологической адаптации лиц к негативным последствиям COVID-19.

Для достижения поставленной цели необходимым является решить следующие задачи:

- провести теоретический анализ отечественной и зарубежной литературы по теме исследования, дать оценку актуальности и проработанности темы, обосновать теоретическую базу исследования;

- выявить психосоциальные факторы риска, влияющие на формирование признаков психологического неблагополучия лиц, перенесших COVID-19, в зависимости от степени тяжести заболевания;

- разработать индивидуальные рекомендации по психологической помощи для комплексной программы медико-психологической реабилитации, с учетом особенностей характера и признаков нарушений психоэмоционального состояния, психологического благополучия.

Теоретико-методологическую основу исследования составили концепции, парадигмы и теоретические представления о понятии, содержательных аспектах психологического благополучия, представленные зарубежными авторами: (Н. Брэдберн, И. Бонивелл, М.А. Busseri, S.W. Sadava, К. Рифф, Э. Динер, Р. Мэй, С. Любомирски). Теоретические заключения о психологическом благополучии личности, разработанные различными отечественными учеными: (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, Д.Я. Райгородский, А.А. Панкратова, Р.М. Шаминов, С.Ю. Семенов, А.Е. Созонтов, Н.К. Бахарева, Л.В. Куликов, Г.Л. Пучкова, М.В. Соколова, Е.Е. Бочарова, Ю.Н. Долгов, О.А. Идобаева, Д.С. Корниенко, Е.Н. Панина, А.И. Подольский, Л.В. Карапетян, М.М. Орлова, Д.С. Сучков). Результаты исследований ученых о влиянии психологических последствий всемирной пандемии COVID-19 на психологическое благополучие (Ю.П. Зинченко, Т.А. Нестик, Е.В. Бачило, Т.В. Доронина, А.Е. Окулова, Е.В. Арцишевская, Д.А. Леонтьев, О.Ю. Зотова, Е.И. Первичко, О.В. Митина, О.Б. Степанова, Ю.Е. Конюховская, Е.А. Дорохов, Е.С. Агарчакова, О.В. Котова, Л.Р. Кадырова, Д.И. Островский, Т.И. Иванова).

Методы исследования:

– метод теоретического анализа, синтеза и обобщение материала по теме исследования;

- эмпирические методы: беседа, интервью, анкеты, наблюдение;
- психодиагностические методы («Шкала субъективного благополучия А. Perrudet-Badoux, G. Mendelsohn, J. Chiche» (адаптация А.А. Рукавишников, М.В. Соколова), «Шкала психологического благополучия К. Рифф» (адаптация Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко), методика «Самочувствие, активность, настроение» (разработанная В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай, М.П. Мирошниковым), методика «Шкала тревожности Ч.Д. Спилберга» (адаптация Ю.Л. Ханина), «Четырехмерный опросник для оценки симптомов дистресса, депрессии, тревоги и соматизации», 4 ДДТС В. Terluin Et Al.
- методы математико-статистического анализа данных (использование статистических методов U-критерия Манна-Уитни и критерия корреляции Спирмена, факторного анализа с целью проведения объективной оценки данных исследований, и выявление статистически значимых корреляционных связей, и различий.

Опытно экспериментальная база исследования составила 100 человек, диапазон возраста участников исследования являлся от 19 до 70 лет, среди участников исследования были лица, которые переболели и которые не болели заболеванием COVID-19.

Научная новизна исследования: существует проблема малоизученности психологического благополучия личности в период пандемии COVID-19, наша работа затрагивает рассмотрение отличительных признаков динамики предикторов психологического благополучия лиц, переболевших заболеванием COVID-19. Материалы исследовательской работы были представлены на международный конкурс «Лучшая научная работа 2023: педагогика и психология», по результатам которого работа была удостоена диплома победителя конкурса, тем самым обосновывая важность исследования в академическом и научном сообществе.

Теоретическая значимость исследования: заключается в том, что результаты исследования могут быть использованы при подготовке, повышении квалификации психологов, медицинских сотрудников,

работающих с пациентами, перенесших заболевание COVID-19, или при оказании медико-психологической помощи и для поддержки членов семьи.

Практическая значимость исследования: заключается в том, что полученные результаты исследования могут быть использованы психологами, медицинскими работниками в качестве теоретической и исследовательской базы, инструментом для аналитики психодиагностических данных, психодиагностической основы и практической составляющей при составлении программ медико-психологической реабилитации, психологических интервенций. Эмпирические данные и выводы исследования являются возможными для применения в психологической практике в рамках проведения консультативной, психокоррекционной или тренинговой работы. Кроме того, разработанная нами анкета, рекомендации по психологической помощи для программы медико-психологической реабилитации могут быть применены в практических целях. Психодиагностический инструментарий, результаты исследования могут быть использованы для диагностики эмоционального фона, психофункционального состояния, толерантности к психоэмоциональным нагрузкам, диагностики признаков вегетативных нарушений и признаков психосоматических расстройств, критериев психологического благополучия и адаптационных механизмов в стрессовых ситуациях. Практическая значимость разработанных рекомендаций по психологической помощи в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации лиц, перенесших заболевание COVID-19, подтверждается применением в реабилитационной, профилактической работе медицинским учреждением Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Тюмень» (ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Тюмень). В условиях стрессовых и кризисных ситуаций выводы исследования могут быть использованы для принятия психологических мер, направленных на сохранение физического, психического, психологического здоровья и благополучия различных категорий граждан.

Достоверность и обоснованность полученных результатов и выводов исследования: валидность и верифицируемость результатов исследования были обеспечены благодаря использованию научно-обоснованной методологии исследования, проведению математико-статистического анализа полученных результатов, а также при проведении анализа исследований, которые были осуществлены различными учеными в более ранний периоды времени.

Личное участие автора заключается: в планировании, организации и проведении исследования, формулировке целей, и задач, разработке дизайна, и календарного плана исследования. Автором была самостоятельно разработана анкета для проведения изучения степени выраженности психосоциальных последствий пандемии COVID-19, которая применялась как отдельный психодиагностический инструментарий, а также разработана и программа оказания психологической помощи в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации. Апробация результатов исследования осуществлялась на различных этапах, начиная с 2021 года, в виде предоставления выводов и рекомендаций на научно-практических конференциях, семинарах, а также при обсуждении результатов исследования с коллегами, и экспертами.

Апробация и внедрение результатов работы: наиболее значимые результаты исследований были представлены на студенческих и международных научно-практических конференциях, результаты исследования были опубликованы в пяти научно-практических журналах.

На защиту выносятся следующие положения:

- психосоциальные факторы пандемии COVID-19 вызывают стресс-связанные негативные психологические последствия, которые имеют, как краткосрочный, так и долгосрочный характер;
- факторы негативных последствий пандемии COVID-19 являются основополагающими причинами для формирования психофизиологических, психических, эмоциональных, адаптивных дисфункций;

- заболевание COVID-19 влияет на снижение функциональных показателей физического, психического, психологического здоровья и благополучия;

- индивидуальная программа психологической помощи в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации, ориентированная на нормализацию функциональных показателей организма и гармонизацию психоэмоционального состояния, будет способствовать оптимизации психологического благополучия лиц, перенесших заболевание COVID-19.

Структура магистерской диссертации:

Научно-исследовательская работа включает в себя введение, теоретическую и практическую главы, заключение, список использованной литературы, включающий в себя 90 источников, из которых 21 источник на иностранных языках и приложение. Объем основного текста составляет 125 страниц, который иллюстрирован таблицами и рисунками.

Глава 1 Динамика показателей психологического благополучия личности в период пандемии COVID-19

1.1 Теоретические аспекты основных понятий, концепций и подходов анализа сущности «психологическое благополучие», представленных в отечественной и зарубежной литературе

По масштабности распространения коронавирусная инфекция быстро переросла во всемирную пандемию COVID-19, вызывая различного характера изменения и трансформации в социально-экономической, политической и других сферах, которые способствовали многим негативным изменениям различных аспектов жизнедеятельности людей. Негативные тенденции пандемии COVID-19 повлияли на психоэмоциональное состояние человека, именно поэтому, в данный момент времени психологами все больше внимание уделяется изучению факторов психологического благополучия личности в кризисных условиях.

Теоретический обзор представленных исследований показывает, что на протяжении многих лет были уже осуществлены исследования, позволяющие определить суть и структуру, специфику и компетентность психологического благополучия, характеризующие его критерии, факторы, от которых оно зависит и специфичность влияния на различные сферы жизнедеятельности человека. Конкретизируя теоретико-методологическую основу психологического благополучия, представленную различными учеными, следует отметить, что многими авторами представлены различные определения, концепции и теории психологического благополучия личности, которые по мнению многих исследователей являются динамическими показателями качества жизни и находятся в тесной взаимосвязи с концепцией позитивного функционирования человека.

Одним из первых научных деятелей, изучающим психологическое благополучие, был американский психолог Н. Брэдберн, которым в 1969 году

была разработана концептуальная структура психологического благополучия. Данная концепция психологического благополучия в последующем была представлена автором в книге «Структура психологического благополучия», отражающей внимание на существование равновесия между положительными и отрицательными эмоциями. При этом, Бредберн подчеркивал, что все, что с нами происходит, оставляет неизгладимый след в наших мыслях, накапливается и выражается в виде соответствующих чувств. При этом, автором были рассмотрены противоположные эмоции, как позитивного, так и негативного состояния, которые могут развиваться в качестве субъективной негативной самооценки своей жизни, и своими сферами деятельности [72].

Д.А. Леонтьев, доктор психологических наук, также рассматривая критерии психологического благополучия, как баланс между положительными и отрицательными эмоциями, при этом автор описывает психологическое благополучие, как «благоприятное состояние и перспективы удовлетворения потребностей личности, отражающиеся в положительном балансе положительных и отрицательных эмоций» [36, с. 9]. Автор отмечает, что, для достижения и сохранения психологического благополучия, является важным соблюдение баланса, не только состоящего из двух критериев, как преобладание положительных эмоций над отрицательными, но при этом необходимым является наличие еще одного, третьего критерия - это «осмысленность».

По мнению Д.Я. Райгородского, следует, что психологическое благополучие достигается только при состоянии «относительной гармонии», когда человек реализует свой потенциал, благодаря чему он считает, что жизнь для него является полноценной и значимой [52, с. 140]. Автор считает, что психологическое благополучие достигается только тогда, когда наступает состояние удовлетворенности смыслом жизни и реализованным потенциалом.

А.А. Панкратова дополняет критерии психологического благополучия состоянием душевного комфорта, отмечая, что «душевный комфорт, включающий ощущение счастья, удовлетворенность жизнью, чувство

положительных эмоций и способность справляться с жизненными трудностями» [44, с. 54]. Согласно мнению автора, именно эмоциональный, психологический комфорт важен для достижения психологического благополучия.

Помимо, представленных критериев психологического благополучия, многие авторы определяют, что психологическое благополучие является многокомпонентной структурой, включающей в себя совокупность множества критериев, в том числе, таких как «реализация личностного потенциала, психическое и психологическое здоровье, положительная самооценка личности, эмоционально-ценностное отношение к себе, удовлетворенность жизнью» [8, с. 39].

И. Бонивелл, при изучении психологического благополучия, отмечает, что оно фокусируется на собственных ощущениях и мыслях человека об идеальном существовании, при этом автор дифференцирует психологическое благополучие с «аналогом счастья» [9]. Ввиду, многокомпонентной структуры психологического благополучия, о которой мы уже говорили ранее, следует, что счастье хотя и является существенным компонентом психологического благополучия, но не является единственным.

Другие психологи, такие, как М.А. Busseri, S.W. Sadava, рассматривают психологическое благополучие, как системное образование, включающее в себя социальные и психологические характеристики, а также и собственное отношение человека к различным сторонам его жизнедеятельности (аффективное, когнитивное благополучие). Данный подход к изучению психологического благополучия, обуславливающий к рассмотрению психологического благополучия, как сложного, многокомпонентного и многофакторного понятия, включающего в себя и внутренний эмоциональный баланс, и психосоциальные аспекты, связанными с личной оценкой человека своей жизни и качества своей жизни [73].

Теория самодетерминации, предложенная Э. Деци и Р. Райаном, индивидуализирует внутренние и внешние мотивации человека и акцентирует

их степень влияния на психологическое благополучие [74]. Согласно данной теории, следует, что способность человека удовлетворять свои жизненные потребности, такие, как автономия, жизненный опыт и знания, взаимоотношения с другими людьми, в значительной степени определяют и обуславливают индивидуальный уровень психологического благополучия. При этом, авторами подчеркивается значимость внутренней мотивации и уровня самоопределения человека для достижения уровня удовлетворенности жизнью и психологического комфорта.

Многочисленные исследования понятия психологического благополучия, осуществленные, как зарубежными, так и отечественными учеными, обращают внимание на важность внутреннего потенциала человека и его оценки собственной жизни для достижения состояния психологического благополучия.

Всемирно известный психолог К. Рифф представляет психологическое благополучие, как основополагающий критерий, зависящий от степени оценки личностью своей жизни, в совокупности с индивидуальными возможностями и потенциалом. При этом автор отмечает, что достичь состояния психологического благополучия только благодаря наличию положительных эмоций, переживаний и удовольствий, не получится. Ввиду того, что негативные эмоции и события играют также важную роль в жизни человека, позволяя ему провести переосмысление своей жизни, и провести переориентировку для достижения положительных эмоций. Переживая жизненные трудности, человек открывает для себя новую реальность своего существования, пересматривает предыдущие жизненные приоритеты и находит гармонию с самим собой, и миром [87]. Таким образом, К. Рифф указывает на значимость не только положительных эмоций, но и негативных, обращая внимание на то, что именно негативные переживания человека могут способствовать для переоценки, смысла жизни, тем самым способствуя внутреннему росту и жизненному обогащению, что в итоге, способствует достижению психологического благополучия.

Р.М. Шамионов, обращает свое внимание на механизмы, детерминанты, содержательные характеристики психологического (субъективного) благополучия, которое представляет собой критерии социально-психологических, социально-когнитивных отношений личности, формирующих состояние динамического равновесия, достижение которого возможно благодаря разнонаправленным переживаниям удовлетворенности жизнью [63].

Основываясь на анализ исследований различных авторов, оценивая взаимосвязь различных аспектов жизни и индивидуально-личностных переживаний человека, степени влияния этих взаимосвязей на общую оценку качества жизни и гармонии с окружающим миром [58], можно выделить следующие базовые критерии субъективного благополучия: степень удовлетворенности жизнью (когнитивный критерий), преобладание позитивных эмоций над негативными, способствующие балансу между положительными и отрицательными эмоциями (эмоциональный критерий), уровень достижения личностных целей (рефлексивно-оценочный критерий), позитивные стремления (мотивационно-волевой критерий).

Э. Динер, американский психолог, который также сформировал определение «субъективное благополучие», но и выделил три ключевых его характеристики: удовлетворение жизнью, положительные и негативные эмоции, которые являются психологическими показателями благополучия [75]. Данные критерии субъективного благополучия являются индивидуальными характеризующими показателями когнитивных и эмоциональных сторон самопринятия человека. Когнитивная составляющая является показателем субъективного благополучия в качестве интеллектуальной оценки удовлетворенности своей жизнью, а эмоциональный показатель характеризует эмоциональный фон. Субъективное благополучие, как комплексное понятие, зависит от личных переживаний, эмоционального состояния и общей удовлетворенностью жизнью.

Ряд авторов, таких, как С.Ю. Семенов, А.Е. Созонтов и другие, утверждают, что субъективное благополучие представляет собой компонент психологического благополучия. В то время, как другие научные исследователи, включая Н.К. Бахарева, Л.В. Куликова, Г.Л. Пучкову, М.В. Соколову, считают, что психологическое является частью субъективного. Л.В. Куликов, доктор психологических наук, в свою очередь, выделяет субъективное благополучие, как целостное переживание гармонии между внутренним и внешним миром. При этом автор уделяет внимание на важность субъективного благополучия, разделяя его на категории, подчеркивая роль двух ключевых компонентов: когнитивного (рефлексивного) и эмоционального. Он также представляет структуру субъективного благополучия, которая включает в себя четыре компонента: социальный, духовный, физический (телесный), материальный [33]. Все эти компоненты психологического благополучия взаимосвязаны между собой и влияют друг на друга, формируя интегральное понимание субъективного благополучия. Комплексная структура критериев благополучия, позволяет лучше оценить и понять эмоциональное состояние человека, и отношение его к жизни.

Психологи О.А. Идобаева и А.И. Подольский выделяют поведенческие и эмоциональные аспекты психологического благополучия, обращая внимание на существующие различия между субъективным, и психологическим благополучием [48]. Российский ученый О.Ю. Зотова, утверждает, что психологическое здоровье позволяет человеку стремиться к самоактуализации и устанавливать внутренние правила для достижения такого качества жизни, которое соответствует, как внутренним, так и внешним целям. В этот сложный процесс включены, как активность человека, так и его внутренние мотивации, являющиеся важнейшими критериями психического, психологического здоровья [25].

«Эмоционально-личностное благополучие» описывает доктор психологических наук, Л.В. Карапетян, как «целостное экзистенциальное переживание состояния гармонии между внутренним и внешним миром

человека», то есть это состояние гармонии между внутренним и внешним миром, которое может быть нарушено, когда гармония исчезает [29, с. 55]. Структура личности является одной из характеризующих показателей, которая может влиять на эмоционально-личностное благополучие, в совокупности с другими критериями. Согласно, мнения автора, следует, что эмоционально-личностное благополучие является основным предиктором субъективной успешности.

Влияние качества жизни на психологическое благополучие освещает исследователь М.М. Орлова [42]. Автор предлагает несколько интерпретаций того, что такое высокое качество жизни: использование его в качестве ориентира, набора рекомендаций, метода улучшения и показателя роста общества. Также автор отмечает, что недовольство человеком качеством жизни, в случаях превосходства зависти, только в значительной степени усиливает степень проявления зависти. И в данном случае необходима психокоррекция, направленная на улучшение самооценки, отношения к себе и другим, а также, и взаимоотношений с другими людьми.

По мнению Д.Д. Сучкова, «удовлетворение базовых потребностей для поддержания внутренней мотивации и субъективного благополучия» имеет решающее значение для достижения состояния психологического благополучия личности [57, с. 13]. Автор также предлагает другие методы достижения состояния психологического благополучия, такие, как уверенность в себе и своих возможностях, а также добропорядочные взаимоотношения с окружающими людьми. При этом стоит обратить внимание на тот факт, что многие современные исследователи, изучающие критерии оценки психологического благополучия, акцентируют свою точку зрения на необходимость оценки функциональных критериев и выявление различий уровней психологического благополучия, соотношение с отдельными показателями физического, психического, и психологического здоровья. Следовательно, представленные многочисленные взгляды на проблему удовлетворенности жизнью человека, изучаются в контексте разных

теоретических направлений, которые обладают многообразными трактовками сути и природы происхождения, главных показателей, наличия путей достижения состояния психологического благополучия. На протяжении многих лет исследователи и далее продолжают анализировать, и интерпретировать понятия субъективного, и психологического благополучия, уделяя внимание на различные аспекты, и факторы, влияющие на его структурные показатели.

Рассматривая компоненты психологического благополучия, при этом важным считается отметить, что многие зарубежные и отечественные ученые делают акцент на роли внутренних мотивов человека, которые являются необходимыми для его направленности, и мотивации для достижения состояния психологического благополучия. Анализируя критерии психологического благополучия, исследователи выделяют такое понятие, как "самость", при этом, подразумевая именно то, что человек должен обладать внутренним потенциалом для направления и управления собственной мотивацией. Отечественные ученые, такие, как А.Н. Леонтьев и Л.С. Выготский высказывали аналогичного характера свои точки зрения формирования личности [35]. Следует отметить, что существующие точки зрения основных теоретических направлений изучения психологического благополучия не могут быть объединены по многим причинам, но при этом, одно направление может использовать некоторые формулировки психологического благополучия другого направления, либо какой-то подход изучения может оказаться исключением, ввиду отрицания точки зрения, касаемой структуры психологического благополучия.

Существует достаточно много точек зрения различных ученых, утверждающих о существующей взаимосвязи психологического здоровья и благополучия. Р. Мэй, известный американский психолог, психотерапевт, рассматривая критерии психологического здоровья, отмечает о существенной взаимосвязи с психологическим благополучием и обращает внимание на то, что психологическое неблагополучие может быть следствием нарушений в

иерархической структуре психологического благополучия [59]. Автор также обращает внимание на то, что человек может трансформировать собственные тревоги и личные проблемы из негативных переживаний в позитивные, тем самым успешно преодолевая существующие проблемы, связанные с психологическим здоровьем, и благополучием.

С. Любомирски, доктор психологических наук, изучая понятие счастья, формулирует его, как «теорию сорока процентов», согласно которой, следует, что большая часть счастья у человека заложена генетически, которая составляет 50%, но все же мы можем повлиять на его процент мотивационно-волевыми действиями и методами, и это составляет 40%, и всего лишь 10% отводится влиянию жизненных обстоятельств [84].

Таким образом, понимание психологического благополучия требует учета множества факторов, включая, как внешние, так и внутренние факторы, культурные, социальные особенности, индивидуальные ценности и смысл жизни, и многие другие. Этот комплексный подход позволяет более точно определить и измерить уровень благополучия, и оценить степень влияния человека. Амбивалентность суждений многих ученых, относительно существующих взаимосвязей между субъективным и психологическим благополучием, приводит к различным формулировкам понятия психологического благополучия.

Хотелось бы еще обратить внимание на основные теории и концепции психологического благополучия, которые помогают понять его структуру, и суть:

- Теория Позитивной психологии, разработанная М. Селигманом, совместно с другими психологами, данная теория основывается на значимости индивидуальных возможностей психологического саморазвития для достижения счастья, уверенности в себе, удовлетворенности в жизни, оптимизма, энергичности человека, при этом благополучие человека является переменной величиной, уровень которого может быть улучшен при отсутствии не только психологических проблем, но и различных заболеваний [54].

- Теория Самодетерминации, разработанная Р. Райаном и Э. Деци, согласно которой, следует, что для достижения состояния психологического благополучия необходимо понимание внутренней и внешней мотивации личности, которые определяют выбор человека для достижения счастья, и удовлетворенности жизнью. Данная теория нашла достаточно широкое применение в различных областях науки, таких, как психология, педагогика, медицина, в бизнесе и спортивной деятельности, и так далее [20].

- Теория Субъективного благополучия, автор которой Э. Динер, уделяет внимание на то, что для психологического благополучия является важным как человек оценивает сам свою жизнь и включает в себя три критерия: удовлетворение собственной жизнью, положительные эмоции, и отрицательные эмоции, которые составляют единый показатель благополучия, Оценка качества жизни включает в себя, как когнитивную сторону (интеллектуальную оценку удовлетворенности различными сторонами жизни), так и эмоциональную (наличие положительных или отрицательных эмоций) [5].

- Теория Социально-психологической адаптации выделяет критерии психологического благополучия, как способности для успешного преодоления трудностей и различных стрессовых ситуаций. Теория уделяет внимание на важность развития эффективных адаптационных механизмов для повышения качества жизни и формирования стрессоустойчивости, необходимых для поддержания психологического благополучия даже, и в стрессовых, кризисных ситуациях [69].

- Теория Эмоционального интеллекта, разработанная Д. Гоулманом и П. Саловеем, акцентирует внимание на необходимость контролировать, и управлять своими эмоциями, а также уметь понимать не только свои эмоции, но, и эмоции других людей. При этом авторы данной теории отмечают, что с высоким уровнем эмоционального интеллекта взаимосвязаны и хорошее психологическое здоровье, и благополучие, и конструктивные межличностные взаимоотношения [17].

Различные понятия, концепции и теории психологического благополучия, представленные различными учеными, подтверждают наличие множества критериев, и определяющих факторов, характеризующих структуру психологического благополучия. Изучая компоненты психологического благополучия в разных сферах жизни, многие авторы устанавливают, что психологическое благополучие тесно взаимосвязано с психологическим здоровьем и функциональным состоянием человека. Положительный баланс компонентов психологического благополучия достигается лишь тогда, когда у человека отсутствуют не только негативные эмоции, чувства и состояния психики, но и различного характера заболевания.

Таким образом, подводя итог теоретического анализа исследований психологического благополучия различных авторов, можно сделать вывод, что наиболее важными составляющими большинства основополагающих аспектов интерпретации психологического благополучия личности, являются не только положительный баланс между отрицательными и негативными эмоциями, но степень удовлетворения качеством жизни, реализации потенциала счастья, а также, и личностным ростом, способностью успешно преодолевать жизненные трудности. Психологическое благополучие является комплексной, многомерной динамической структурой, отражающей разнообразные аспекты субъективного и психологического благополучия, показателям которых свойственно изменяться в зависимости от условий жизни, периодов жизни. Изменение динамики многообразных компонентов психологического благополучия на разных этапах жизни и в разных жизненных ситуациях, зависит от множества, как субъективных, так и объективных факторов. Но, остается очевидным и безусловным тот факт, что чем совершенен внутренний мир человека, тем, соответственно, и разнообразнее критерии его психологического благополучия. Достичь психологического благополучия раз и навсегда не предоставляется возможным, в виду того, что показатели психологического благополучия меняются в зависимости от определенных факторов, в том числе и от психоэмоционального равновесия.

1.2 Психотравмирующие стрессоры восприятия эпидемиологической угроза пандемии COVID-19

При проведении анализа исследований стрессовых ситуаций пандемии COVID-19, таких, как социальная изоляция, дистанционная форма работы или обучения, результаты которых были представлены, как зарубежными, так и отечественными учеными, можно сделать вывод, что негативные последствия пандемии способствовали формированию полимодального кризиса. Кризис затронул различные сферы, как социальную, экономическую, политическую, так и многие и многие другие, по специфике воздействия многими учеными данный кризис сопоставлялся с «Великой депрессией» 1929-1933 годов. Сложившаяся экстремальная ситуация в условиях пандемии, которая заключалась в вынужденных изменениях привычного образа жизни, оказывала влияние на функциональное состояние людей всех категорий, уровень их адаптации к сложившимся условиям и психологическое здоровье, благополучие.

Из наиболее существенных психотравмирующих стрессоров пандемии COVID-19, являются длительный стресс, возникновение которого обусловлено из-за страха заразиться коронавирусной инфекцией, вынужденная самоизоляция, негативные воздействия из-за обилия недостоверной информации о последствиях пандемии, ощущения незащищенности, страха за свою жизнь и жизнь своих близких людей, снижение качества жизни и уровня материального дохода и так далее. Исследования стресса в условиях пандемии, проведенные многими авторами, показывают, что он имеет многогранную, сложную структуру, и именно поэтому, является необходимым понимание его специфичности и неспецифичности [45]. Всесторонне понимание специфики проявления стресс-связанных расстройств пандемии COVID-19, включающие и его социальные аспекты, будут способствовать разработке более эффективных индивидуальных мер оказания психологической поддержки и помощи тем, кто

находится в стрессовых обстоятельствах, для снижения риска распространения краткосрочных, и долгосрочных негативных психологических последствий пандемии.

В ответ на стрессовые воздействия пандемии у многих людей возникали, как ранние, так и отдаленные психологические последствия, которые выражались в виде признаков повышенной тревожности, необоснованного страха, паники, ухудшения настроения, и возникновения пост-стрессовых расстройств. В результате реакции на стресс эндокринная система организма вырабатывает «гормоны стресса», основными из которых являются адреналин и кортизол, необходимые для формирования физиологической реакции на стресс и мобилизации жизненных ресурсов для быстрой реакции борьбы с опасностью. При условии, что стресс является не длительным (эустресс), у человека развивается адекватные адаптационные механизмы, при длительном стрессе (дистресс), происходит снижение функции механизмов саморегуляции организма, что приводит к нарушениям многих функций и систем организма, в том числе и угнетение иммунной системы. Дистресс снижает иммунитет и увеличивает риск заражения коронавирусной инфекцией [61].

Пандемия способствовала возникновению психофизиологических приспособительных функций человека, включая и выработку стратегий для борьбы с коронавирусом, именно во время пандемии появился новый термин «поведенческая иммунная система», включающий в себя формирование психологических и поведенческих механизмов, с помощью которых у человека формируется в организме иммунный ответ при распознавании коронавируса, эффективность которого достигается при выполнении всех противоэпидемических рекомендаций. В условиях пандемии поведенческая иммунная система играет важную роль, с помощью которой люди могут испытывать отрицательные эмоции, связанные с коронавирусной инфекцией, и при этом, проявлять негативную когнитивную оценку создавшейся ситуации, необходимую для обеспечения самозащиты от вируса [60].

Индивидуально-личностные психологические особенности человека выполняют очень важную роль при формировании реакции организма в ответ на действие стрессовой ситуации, именно тип нервной системы может влиять на то, как человек реагирует на стресс. Люди со слабым типом нервной системы, не способны адаптивно преодолевать стрессовые ситуации, пытаясь при этом перекладывать вину с себя на других людей, или устанавливать причиной возникновения стресса именно внешние обстоятельства, события, поэтому данная категория людей и является менее устойчивой к стрессу. Более сильный тип нервной системы человека, делает его значительно устойчивым к стрессу и более склонным к принятию эффективных адаптационных мер для адаптации к стрессовым ситуациям, и борьбы со стрессовыми факторами [51].

Результаты этих исследований подчеркивают то, что насколько важно понимать, как воздействуют физиологические процессы и психоэмоциональные состояния человека на формирование реакции на стресс, и применение адаптационных возможностей, и механизмов саморегуляции. Основой психологического благополучия является умение управлять стрессовыми ситуациями и поддерживать здоровый образ жизни с целью эффективной адаптации к стрессу.

Пандемия стала основополагающей причиной для возникновения множества стресс-связанных расстройств, которые требуют тщательного изучения. Существующие модели, теории психологического стресса, помогают выявить основные факторы, провоцирующие возникновение стресса, найти эффективные подходы для снижения рисков возникновения стрессовых расстройств. Когнитивно-трансакционные теории стресса предлагают более сложный и современный метод понимания того, как люди реагируют на стресс. Именно способность человека переносить стресс зависит от его когнитивной оценки различных стрессовых обстоятельств и последующему выбору стратегий решения создавшихся проблем [68]. В рамках рассмотрения данной теории подразумевается, что стресс возникает, как результат наших переживаний из-за преобладания негативных эмоций, а

также, как физиологическая реакция организма на внешние раздражители. Этот метод помогает объяснить почему люди могут реагировать по-разному на одни и те же стрессовые обстоятельства. Индивидуальные различия в механизмах преодоления и когнитивной оценке стрессовых обстоятельств, играют важную роль в определении того, какую люди выбирают стратегию и тактику преодоления стресса, и какие адаптационные механизмы при этом используют. Понимание этих индивидуально-личностных особенностей реагирования на стресс, повышает общую стрессоустойчивость человека и способствует разработке более эффективных методов борьбы со стрессом.

С точки зрения когнитивной теории стресса Ричард Лазарус, американский психолог, рассматривал стресс и утверждал, что формирование реакции на стресс зависит также от когнитивной оценки человеком реакции угрозы. В последующем, на основании результатов исследований когнитивной оценки ситуации угрозы, Лазарусом, совместно с коллегами была разработана теория психологического стресса. При этом большое внимание уделялось личностному адаптационному потенциалу к стрессовой ситуации, приемам адаптации, которые используются человеком для решения проблем, связанных со стрессом. В когнитивной теории психологического стресса автор отмечает, на важность различия оценок угрозы от процессов преодоления стрессовых ситуаций, так как одинаковые стрессовые ситуации не вызывают стресс абсолютно у всех людей. У человека, который оказался в стрессовой ситуации, происходит адаптация к стрессовым условиям, но в ситуациях если организм не смог эффективно адаптироваться к воздействию стрессора в течение длительного времени, могут возникнуть негативные физиологические и психологические последствия. Таким образом, Ричардом Лазарусом были разделены физиологические состояния стресса от эмоциональных [82].

Специфику реагирования на стресс-факторы пандемии и применения адаптационных механизмов можно сравнить с моделью пяти стадий горя, сформированной в 1969 году американским психологом Элизабет Кюблер-Росс, и предусматривающей пять последующих стадий («отрицание или

изоляция», «гнев, торг, депрессия», завершающийся стадией «принятия или смирения») [71].

Стресс может оказывать не только положительное воздействие на организм, но и отрицательное, именно длительный стресс (дистресс) оказывает негативное влияние на функциональные процессы многих органов и систем организма, вызывая психофизиологические и биохимические изменения. Избыточная активация ретикулярной формации и постоянное психоэмоциональное напряжение, могут снизить защитные функции организма, и стать причиной для возникновения различных психосоматических заболеваний, заболеваний сердечно-сосудистой, нервной и иммунной системы. Каждый человек имеет свой адаптационный потенциал, ограничение резервов которого могут произойти при воздействии длительного стресса [24]. Эмоциональные реакции стрессового напряжения воздействуют на психику, оказывая пессимистические изменения психоэмоционального фона. При продолжительном воздействии стресса могут возникнуть депрессивные состояния, повышенная тревожность, раздражительность, гнев, агрессия, вызывая у некоторых людей проявление аффективных расстройств [81]. Именно для сохранения психологического здоровья и благополучия в стрессовых ситуациях, крайне важным является использовать адаптивные механизмы преодоления стресса, и методы саморегуляции, способствующие психоэмоциональной устойчивости, формированию умений осуществлять контроль своих эмоций.

В условиях длительного стресса, в период пандемии COVID-19 многие люди испытывали негативные эмоции, влияющие на степень когнитивных и субъективных самооценок стрессового события, оказывающие негативные последствия на психологическое здоровье, благополучие. Психоэмоциональная сфера, в отличии от других сфер, является более уязвимой на воздействие негативных психологических последствий пандемии COVID-19. Раздражающие факторы, вызывающие негативные эмоции, способствуют увеличению количества выработки организмом «стрессовых

гормонов», которые заставляют работать организм в усиленном режиме, способствуя возникновению острых и хронических заболеваний [70]. Психологическое здоровье и благополучие человека является жизненно важным в кризисных условиях, так как длительный стресс влияет на способность планировать свою жизнедеятельность, и осуществлять контроль над своим поведением. Возникновение эмоциональных и поведенческих расстройств у многих людей во время пандемии возникало именно из-за уровня оценки воспринимаемой угрозы коронавирусной инфекции для своего здоровья [79].

Многие исследователи обращают внимание на специфику проявления клинико-психологических признаков, сформированных воздействием информации, распространяемой в СМИ, о эпидемиологической угрозе пандемии COVID-19, на внутреннюю картину болезни. Ряд авторов отмечают, что индивидуально-личностные особенности восприятия стрессоров пандемии COVID-19 и общежитейские представления о коронавирусной инфекции, формируют «коллективную картину болезни» в период пандемии. Следовательно, в условиях пандемии COVID-19 «коллективная картина болезни» будет являться для многих лиц основополагающим фактором формирования индивидуально-личностной «внутренней картины болезни». Поэтому, в условиях пандемии COVID-19 «внутренняя картина болезни» играет основополагающую роль, влияющую на субъективную психоэмоциональную реакцию, паттерны поведения и механизмы адаптации, саморегуляции [2]. При оказании психологической помощи необходимо учитывать индивидуально-личностные особенности психоэмоциональных реакций и способы реагирования на психосоциальные факторы угрозы пандемии. Систематизируя факторы стрессовых ситуаций пандемии COVID-19, которые имеют негативные последствия, можно выделить:

- Психофизиологические стресс-связанные последствия пандемии, которые возникают в ответ на воздействие стрессовых факторов пандемии в виде выработки гормонов стресса. При этом длительный стресс нарушает

механизмы саморегуляции и адаптации, что ослабевает иммунитет, и негативно влияет на общее физическое, психологическое здоровье, и благополучие.

- Эмоциональные стресс-связанные последствия пандемии в результате воздействия стрессовых факторов, могут вызывать различные негативные реакции, включая повышенную тревожность, раздражительность, отчаяние, агрессивность, гнев, а также нарушения сна, активности и самочувствия.

- Поведенческие стресс-связанные последствия пандемии проявляются различными видами нарушений поведенческих реакций преодоления стресса, таких как, аддиктивное поведение - злоупотребление алкогольными и психоактивными веществами, деструктивное поведение - аутоагрессия, непредумышленное убийство, ограничение социальной активности, расстройства пищевого поведения, повышенная предрасположенность к несчастным случаям, суицидальное поведение.

- Психосоматические стресс-связанные последствия пандемии, которые формируются при длительном или многократно повторяющемся стрессе и проявляются в виде развития или обострения хронических соматически, психосоматических заболеваний.

- Психические стресс-связанные последствия пандемии, которые могут возникнуть, как в результате воздействия острых стрессовых последствий, так и в результате хронического стресса, которые проявляются в возникновении психических расстройств, степень проявления которых зависит от характера, и степени выраженности психотравмы, наиболее часто встречаемыми являются: острые, и хронические стрессовые расстройства, генерализованные тревожные расстройства, ПТСР, депрессия, синдром профессионального выгорания с выраженным эмоциональным истощением.

Для различных категорий людей степень влияния стресс-связанных факторов пандемии имеет не только существенные различия, но может меняться в зависимости от специфики стрессовых ситуаций, силы и

длительности воздействия, индивидуально-личностных психологических особенностей.

Таким образом, можно выделить следующие факторы пандемии, влияющие на формирование стресс-связанных последствий: масштабность и скорость распространения коронавирусной инфекции, влияют на развитие коллективной тревожности; страх заражения коронавирусной инфекцией, влияет на возникновение психосоматических реакций, заболеваний; эмоциональные переживания, связанные с тяжелой утратой близких и родных людей в период пандемии, вызывают различные формы травматического, посттравматического стресса и оказывают негативные последствия на процессы адаптации; экономическая неопределенность, связана с возникновением финансового стресса и влияет на общий уровень психологического благополучия; влияние обилие недостоверной информации о негативных последствиях пандемии, вызывает информационный стресс; влияние коронавирусной инфекции на психологическое здоровье, вызывает различные заболевания, в том числе, и психические расстройства. Изучение связей между этими стрессовыми факторами и степени их влияния на психологическое здоровье, и благополучие, имеет огромное значение, поскольку предоставляет возможность для выработки практических методов, и способов оказания психологической помощи, формирования анти-стресс навыков, способствующих сохранению психоэмоциональной устойчивости в кризисных ситуациях, и улучшению психологического благополучия.

1.3 Негативные психоэмоциональные последствия пандемии COVID-19

Практически с самого начала пандемии COVID-19 Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) посредством анкетирования был проведен опрос переболевших пациентов коронавирусной инфекцией с целью получения объективных данных о негативных последствиях заболевания

COVID-19. В России для изучения психологических последствий пандемии COVID-19 Институтом психологии РАН, в апреле 2020 года была создана межлабораторная исследовательская группа. В других странах также велись различные профилактические и исследовательские работы, необходимые не только для остановки распространения коронавирусной инфекции, но и для разработки долгосрочных мер защиты от негативных психологических последствий пандемии COVID-19.

Согласно результатам проведенного теоретического анализа представленных данных исследований, можно выделить основные и существенно значимые негативные психологические последствия пандемии COVID-19, оказывающими влияние на психологическое благополучие человека. Научными деятелями разных стран мира в настоящий момент времени проведено уже достаточно много исследований по изучению психомедицинских факторов «коронавирусного синдрома», включающими и принципы диагностики, лечения, профилактики осложнений, реабилитации. Многими авторами представлена информация о том, что психологической реакцией на пандемию, являются изменения психики человека, его образа жизни и профессиональной деятельности. В результате негативных психологических последствий пандемии происходят нарушения адаптационных процессов к сложной создавшейся ситуации, влекущие изменения целей и смысла жизни. Именно поэтому учеными был сделан вывод о том, что нельзя изучать в отдельности степень негативных психологических последствий во взаимосвязи только со психикой человека, необходимо проводить комплексные изучения, включающими в себя также и изменения психологического благополучие человека.

«Коронавирусный синдром» - это реакция организма человека на пандемию, которая выражается в виде различного характера психических расстройствах. Характеризующими критериями «коронавирусного синдрома» являются психофизиологические реакции человека на пандемию COVID-19, согласно данным исследований у 25% процентов людей этот синдром

проявляется именно в виде психических расстройств [12]. При этом, были отмечены наиболее часто встречающиеся расстройства психики, которые вызывали нарушения адаптации, такие, как острые и хронические стрессовые расстройства, депрессивные расстройства, тревожные расстройства, расстройства поведения, эмоциональные расстройства, посттравматические стрессовые расстройства. Специфика формирования и проявления реакции организма на пандемию COVID-19, в виде острых или затяжного характера психических расстройств, стадия формирования которых является идентичными реакции организма на стресс:

- 1 стадия - острая реакция на стресс, которая длится весь период существования угрозы распространения и заражения коронавирусной инфекцией;

- 2 стадия - переходный период, который наступает после исчезновения реальной угрозы;

- 3 стадия - стадия отсроченных реакций организма на стресс, на данной стадии если стрессовый фактор не устранен, возникают различного характера психоневротические расстройства, такие, как психоэмоциональная нестабильность, повышенная тревожность, нарушения когнитивных функций и паттернов поведения, степень выраженности которых зависит от индивидуально-личностных особенностей человека, уровня стресс-уязвимости, степени риска, и предрасположенности.

Клиническая картина «коронавирусного синдрома», которая часто состоит из симптомов, характеризующих состояние физического, психического и психологического здоровья является очень специфичной из-за повышенной чувствительности организма к коронавирусу. Клинические данные подтверждают сходство «коронавирусного синдрома» с социальной ситуацией развития (ССР), возникшей в нашей стране в перестроечный период времени. В этом случае не одно локальное травмирующее событие, произошедшее в течение определенного времени, является непосредственной причиной психических расстройств человека, а сочетание длительных

переживаний невротического характера, неверие в благополучную жизнь после пандемии, изменение жизненных планов, изменения социальных взаимодействий и обилие актуальной тревожной информации в СМИ [53].

Стадия развития ПТСР при «коронавирусном синдроме» проявляется в случае осознания степени реальности угрозы и последствий пандемии, как правило, она развивается не ранее, чем спустя 1 месяц после начала пандемии или полгода после окончания пандемии. При этом, для пандемии COVID -19 является свойственным возникновение признаков проявления данной стадии у лиц, у которых при прохождении первых двух стадий «коронавирусного синдрома» не возникали нарушения адаптационных механизмов к стрессу и методов саморегуляции, более того не была предрасположенность к возникновению психических расстройств. Уровень психологического здоровья и благополучия для лиц, имеющих признаки ПТСР, в значительной степени взаимосвязан со степенью снижения качества жизни, трудоспособности, и психоэмоциональных изменений.

Основные симптомы ПТСР включают в себя следующие:

- индивидуально-личностные изменения;
- признаки наличия флэшбэков, которые представляют собой постоянные повторы самых страшных эпизодов, вызванных пандемией;
- боязнь повторных посещений тех мест, которые вызывают страх, неприятные воспоминания (включая и медицинские учреждения. и медицинские процедуры);
- снижение адаптационных возможностей, механизмов саморегуляции, трудоспособности, появление безразличия ко всему, апатия;
- изменение когнитивной оценки жизненной ситуации, качества жизни, смысла жизни, появление признаков беспомощности и отчаяния, то есть восприятие того, что из сложившейся ситуации нет выхода;
- возникновение различных фобий, приступов паники, тревоги и страхов;
- поведенческие нарушения, нарушения сна различного характера.

В едином нормативном документе учета заболеваний - Международном классификаторе болезней (МКБ-10) выставлены следующие коды заболевания коронавирусной инфекцией COVID-19 (SARS-CoV-2): U07.1 - вирус идентифицирован; U07.2 - вирус не идентифицирован. Статистические данные подтверждают, что во всем мире более 450 миллионов человек переболело заболеванием COVID-19, количество умерших людей от данного заболевания составляет более 6 миллионов человек. Заболевание COVID-19 представляет опасность не только из-за возможного тяжелого течения, но и наличия различных осложнений, в том числе и осложнений в виде «коронавирусного синдрома», вызывающего заболевания психики различного характера и психологические нарушения. Среди самых наиболее часто встречающихся негативных психологических последствий «коронавирусного синдрома» являются такие, как когнитивные, эмоциональные, поведенческие, мотивационно-волевые нарушения, оказывающие негативное влияние на психологическое благополучие человека.

Во время пандемии COVID-19 появился еще один новый синдром - «пост-ковидный синдром» (ПКС), который внесен в МКБ-10 U09.9 (состояние после COVID-19). Для изучения специфики «пост-ковидного синдрома» ВОЗ был организован опрос для лиц, переболевших заболеванием COVID-19, в котором приняли участие 84285 человек. С помощью опроса у участников изучалось их самочувствие и психосоматический статус, включая и когнитивную, эмоциональную сферы, психологическое благополучие. По результатам исследования представлены данные о том, что наиболее часто встречающимися психическими осложнениями после перенесенной коронавирусной инфекции, являются различного характера стрессовые и тревожные, депрессивные расстройства, когнитивно-поведенческие нарушения.

Качественный и количественный анализ результатов опроса, проведенного ВОЗ, для лиц, перенесших заболевание COVID-19,

способствовал отметить следующие данные о выявлении негативных последствий, которые представлены ниже:

- У 70-100%, перенесших заболевание в тяжелой степени, признаки которого у 50% наблюдались даже спустя два года после заболевания - был выявлен острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), сопровождающийся наращениями психоэмоциональной, когнитивной сфер, нарушениями качества жизни.

- У 65% были выявлены расстройства когнитивной сферы, которые были в существенной степени выражены у лиц, перенесших заболевание в тяжелой форме.

- У 64% был выявлен синдром хронической усталости (СХУ).

- У 72%, перенесших заболевание в тяжелой степени и у 17,5%, перенесших заболевание в средней степени тяжести был выявлен астенический синдром, признаки которого проявлялись у 55%, перенесших заболевание в тяжелой степени, проявлялись и спустя 3 месяца с момента заболевания, а у 18%, спустя полгода после заболевания. При этом пациенты отмечали, что признаки повышенной утомляемости и когнитивного дефицита сохраняются свыше 7-8 месяцев после заболевания.

- У 42%, перенесших заболевание в тяжелой степени, были выявлены признаки ПТСР.

На основании этого можно сделать вывод, что «пост-ковидный синдром» оказывает значительного характера негативные последствия на физическое, психическое, психологическое здоровье и благополучие людей, перенесших заболевание COVID-19, что способствует сделать заключение о необходимости проведения комплексных психопрофилактических и психокоррекционных мер, направленных на улучшение психологического здоровья и благополучие людей.

Проведя теоретический анализ более трех десятков статей, представляющих данные исследований о негативных последствиях пандемии COVID-19 на психологическое здоровье и благополучие людей во время и

после завершения пандемии, можно представить данные, подтверждающие степень негативного психологического влияния пандемии, для нейтрализации которых необходимым является оказание психопрофилактических мер.

Комплексные профилактические меры государственного контроля противэпидемической ситуации, которые были осуществлены Правительством Китая, позволили не только снизить распространение коронавирусной инфекции, но и оказать профилактические меры для уменьшения негативных психологических последствий тем гражданам, которые в них нуждались. Меры государственного контроля включали в себя, как проведение ежедневного мониторинга распространения коронавирусной инфекции, количества заболевших, так и количества пострадавших от психологических последствий пандемии. Введение комплексных многоуровневых профилактических мер реагирования на кризисную ситуацию, способствовали локализовать распространение коронавируса и уменьшить психосоциальную нагрузку для населения [80].

В последующем, когда пандемия уже распространилась практически на все территории мира, многими государствами был взят за основу метод многоканального мониторинга и информирования населения в целях недопущения возникновения общественной паники, который был впервые применен именно в Китае, также, как и многие результаты исследований, которые были осуществлены учеными этой страны о негативном влиянии пандемии на психическое, психологическое здоровье, и благополучие [55].

В России Единой государственной системой предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС) была осуществлена систематизация взаимодействия различных ведомств, и служб для оказания профилактических мер, направленных на недопущение распространения коронавирусной инфекции и снижению психологических последствий пандемии. В целях предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, для своевременного реагирования на последствия пандемии, включая и профилактику психологических последствий, были задействованы многие

службы, включая и психологические службы для оказания психологической помощи населению во время пандемии. В различных городах России осуществлялась психологическая поддержка граждан в онлайн-формате, в круглосуточном режиме, а также посредством удаленного круглосуточного психологического консультирования в виде «горячих линий», для этих целей были созданы дополнительные психологические, и волонтерские службы.

Проведя анализ данных об увеличении случаев суицидов и суицидальных рисков во время пандемии COVID-19, ВОЗ были разработаны рекомендации о необходимости всем странам применять комплексные программы по профилактике и предотвращению количества суицидальных случаев и суицидов, которые включают в себя круглосуточный доступ к психологической и психиатрической помощи [37]. Многие исследователи пришли к выводу, что во время карантина вынужденные меры самоизоляции являлись существенным стресс-фактором для возникновения психоэмоциональных нарушений у лиц, находящихся в ограничительных условиях существования. В этой связи, необходимым является проведение скрининговых обследований и мониторингов динамики психоэмоционального состояния граждан, оказание профилактических мер для формирования психологической устойчивости, и поддержание психологического здоровья населения [46].

Данные исследований, проведенных учеными Китая, подтверждают, что во время пандемии, в период самоизоляции у многих жителей Китая были зафиксированы различные психические реакции негативного характера, такие как, острые стрессовые расстройства, что послужило необходимостью для обращения за профессиональной психологической помощью. В КНР также был проведен опрос граждан для выяснения психологических реакций на пандемию у населения страны, в котором приняли участие 1663 человека. По результатам оценки психоэмоционального состояния участников опроса, было отмечено, что 23,95% людей испытывали повышенную тревожность, примерно уже на 7-10 день изоляции, у 22,94% людей появилось чувство

одиночества и панического страха, у 22,0% - чувство гнева, у 10% - чувство горя, печали, отчаяния, у 6,11% - склонность к агрессии, у 7,15% - различные формы деструктивного поведения, у 4,3% - появились мысли о суициде. Вследствие нарастания случаев различных психических расстройств среди населения Китая во время пандемии, Генеральным секретарем КНР было принято решение о необходимости оказания психологической помощи и поддержки населению с целью недопущения общественной паники, и снижения негативных психологических последствий пандемии [38].

При этом, многими исследователями отмечаются факты о том, что негативные последствия прошлых войн, эпидемий и других кризисных ситуаций, подтверждают именно то, что психоэмоциональная сфера человека является самой уязвимой при воздействии длительных стрессовых ситуаций. Находясь в изоляции, одиночестве человек почти всегда испытывает целый ряд психопатологических эмоций (страх, панику, тревогу, раздражение, отчаяние, беспомощность и так далее). Именно поэтому, при кризисных ситуациях, для сохранения психологического здоровья и благополучия людей, является важным предоставлять возможность для доступа различных категорий граждан к круглосуточной психологической помощи [30].

Представленные также многочисленные данные исследований о уязвимой категории людей во время пандемии, которые отмечают, что пожилые люди являются более стресс-уязвимыми в условиях пандемии, среди детей, молодежи и студентов также были зафиксированы данные о негативных изменениях психологического здоровья и благополучия в период пандемии. Именно поэтому, проблемы физического, психического, психологического здоровья, и благополучия в стрессовых ситуациях являются актуальными и важными, а особенно для стресс-уязвимых категорий граждан [43].

В мае 2020 года были опубликованы данные 43-х авторов, которые изучали психическое, психологическое здоровье и благополучие людей в условиях пандемии коронавируса. В сорок одном, из представленных исследований рассматривались негативные психологические последствия

пандемии (19 исследований оценивали их у широкого круга участников, 20 исследований были посвящены изучению психоэмоциональных последствий пандемии у медицинских работников, 2 исследования изучали психологические последствия пандемии у людей с психическими заболеваниями в анамнезе). При этом было два исследования, которые изучали негативные психологические последствия пандемии у лиц, перенесших заболевание COVID-19 [39]. Результаты исследования, проведенные с разнородной группой участников, показали, что в период пандемии их психологическое благополучие ухудшилось, а уровень тревожности и депрессии повысился, при этом было обнаружено, что интенсивность этих психоэмоциональных проявлений не менялась в лучшую сторону на протяжении значительного периода времени пандемии [3]. При обращении за помощью к специалистам медико-психологических служб у людей, имеющих признаки острых стрессовых расстройств, было выявлена положительная динамика увеличения психоэмоционального напряжения, сопровождающего повышенной тревожностью, признаками дистресса и депрессии, нарушениями сна различного характера, негативными изменениями настроения, обуславливающих изменение привычных паттернов поведения. Специалистами медико-психологических служб при обследовании лиц, имеющих нарушения в адаптации и саморегуляции в условиях стрессовых ситуаций, были выявлены симптомы острых стрессовых расстройств, генерализованных тревожных расстройств, депрессивных расстройств, которые наиболее часто проявлялись у стресс-уязвимой категории граждан [85]. При обследовании пациентов с подтвержденной коронавирусной инфекцией, в котором приняли участие 90 пациентов Московской Центральной клинической больницы, было выявлено, что 85,7% отмечают повышенную тревожность не только из-за коронавирусного заболевания, но и за высокой степени риска за свое здоровье, здоровье своих близких и родных, у 73% были выявлены негативные психоэмоциональные изменения в средней степени, у 28% были выявлены психопатологические изменения в тяжелой

степени, включая ПТСР, и депрессивные расстройства, у 96,2% была выявлена потребность в психологической помощи [89].

Результаты исследования онлайн-опроса населения, который был проведен в Китайской Народной Республике, с целью изучения распространения симптомов, характеризующих генерализованные тревожные расстройства (ГТР), депрессивные состояния и нарушения сна в период пандемии. В опросе, который проводился на начальном этапе пандемии, приняли участие 7236 человек, у которых были обнаружены симптомы ГТР - 35,1%, дистресса - 20,1%, депрессии - 18,2%, нарушений сна - 45% [56].

Многими исследователями представлены данные о том, что в ситуации самоизоляции, в условиях пандемии, самыми наиболее частыми негативными психологическими реакциями являются низкий уровень позитивных эмоций, неудовлетворенность жизнью, неуверенность в будущее, неопределенность, снижение социального взаимодействия, изменения в профессиональной деятельности или потеря работы, экономические трудности, отсутствие эффективных способов для выхода из сложившейся ситуации, в совокупности, которые обуславливали факторы для изменения психики, посредством превалирования длительного характера негативного психоэмоционального фона. При этом, многими категориями людей не были самостоятельно найдены эффективные способы адаптации и саморегуляции к стрессовым ситуациям пандемии, что еще в большей степени снижало их качество жизни.

Процентное распределение данных о психологических последствиях пандемии COVID-19 имеет следующее соотношение:

- 53,8% респондентов отметили, что для них быстрое распространение коронавирусной инфекции, тяжесть заболевания вызывают стойкие негативные эмоциональные изменения;

- 28,8% респондентов сообщили, что испытывают постоянного характера тревожные расстройства, которые сформировались еще в начале пандемии;

- 16,5% респондентов испытывали симптомы депрессивных расстройств;
- 88,1 % респондентов отмечают резкие перепады настроения, острые стрессовые расстройства;
- у 8,1% респондентов были выявлены симптомы аддиктивных и деструктивных расстройств поведения;
- 84,7% респондентов негативно оценили свой уровень жизни;
- 75,1% респондентов отметили, что медицинская информация о коронавирусном заболевании, методах профилактики, лечения и специфике осложнений для них являлась очень важной и необходимой;
- 99,5% респондентов отметили, что испытывают на всем протяжении пандемии и после ее завершения потребность в психологической помощи.

Также результаты исследования показали о существующей взаимосвязи между наличием доступной медицинской информации о коронавирусной инфекции и необходимости соблюдения профилактических мер (санитарно-гигиенические маски, антисептическая обработка рук и помещения, соблюдение дистанции при общении с людьми, соблюдение здорового образа жизни, приемами психологической самопомощи) с уровнем тревожности (отсутствие доступной информации повышало уровень тревожности) [78].

Исходя, из данных анализа изучения негативных психологических последствий пандемии COVID-19, можно сделать вывод, что психологическое благополучие людей находится под серьезной угрозой. В виду того, что негативные психологические последствия пандемии имеют не только краткосрочный, но и долгосрочный характер, является необходимым проводить лонгитюдные исследования, необходимые для разработки оказания психологического сопровождения населения в постпандемийный период времени.

В исследовании, которое было проведено китайскими учеными выявлено, что своевременно созданная система психосоциальной помощи и поддержки всех групп населения, а особенно уязвимых категорий граждан,

помогает жителям страны не только сохранить психоэмоциональную устойчивость, адаптивно преодолеть кризисные ситуации пандемии, но и восстановить уровень жизнеспособности, тем самым повысив качество жизни [6]. Во время разгара пандемии в Чунцине (КНР) было проведено исследование, в котором приняли 76 человек с психическими заболеваниями в анамнезе и 109 человек, которые не имели данного характера заболеваний и расстройств. Результаты исследования показали, что симптомы тревоги, стресса и депрессии были более значительной степени выражены в первой группе респондентов, чем во второй ($p < 0,01$). Кроме того, у респондентов первой группы в большей степени были выражены суицидальные риски, депрессивные признаки, признаки аутоагрессии, признаки деструктивной формы поведения ($p < 0,05$). У 33% участников исследования были выявлены по результатам обследования признаки посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), признаки острых стрессовых расстройств были обнаружены у 25% человек [32].

При обследовании 165 медицинских работников медицинской клиники Ганьсу (КНР), которое было проведено в феврале 2020 года, среди участников которого 79 человек врачей, у 11,4% были выявлены признаки тревожных расстройств, у 45,6% признаки депрессивных расстройств. Количество медицинских сестер составило 86 человек и их результаты обследования являлись следующими: 27,9% - имели симптомы тревожных расстройств, 43,0% - симптомы депрессивных расстройств [28].

Необходимым является обратить внимание на то, что представленные в незначительном количестве данные исследований о негативных психологических последствиях на детей дошкольного и школьного возраста. В виду того, что данная категория населения относится к повышенной группе стресс-уязвимых, следует обратить внимание психологам на психодиагностику психоэмоционального состояния детей и подростков, а также на необходимость оказания психологического сопровождения в

постпандемийный период, что является существенно важным и необходимым [62].

Многими авторами представлены данные исследований о наличии гендерных различий в специфике возникновения и протекания психоэмоциональных изменений в период пандемии. При этом, было отмечено, что женщины во время пандемии являются более эмоционально чувствительными и восприимчивыми, в виду того, что они чаще испытывали тревогу и стрессовые расстройства, чем мужчины. Также были выявлены различия факторов, которые вызывали психоэмоциональные изменения у женщин и мужчин: потеря работы - являлась актуальным фактором только у мужчин, а вот фактор перехода на неполный рабочий день - являлся актуальным только для женщин [16]. У некоторых стресс-уязвимых категорий людей, например у медицинских работников, чья профессиональная деятельность связана с контактированием с больными коронавирусной инфекцией, более часто проявляясь симптомы стрессовых, тревожных и депрессивных расстройств по сравнению с другими профессиями. Данное обстоятельство может рассматриваться представленными профессиональными категориями граждан, как профессиональная деятельность влияет на формирование стресс-уязвимости [31].

Данные о динамике изменений психологического благополучия людей в период пандемии COVID-19, подтверждают, что введение ограничительных мер, в виде социальной изоляции, способствовали изменению взаимоотношений, снижению личностной активности, изменениям в социальных, экономических и других сферах, что в целом обусловило возникновение стресс-факторов пандемии, влекущие негативные изменения психологической устойчивости, психического, психологического здоровья, и благополучия. Изменения психологического благополучия людей в период пандемии проявляются в виде нарушений коммуникаций, утраты уверенности в себе, нарушениями адаптивно-регуляторных систем организма, что в целом негативно отражается на жизнедеятельности людей.

Представленные многочисленные исследования о негативных психологических последствиях пандемии, подтверждают, что оказание психологического сопровождения пандемии является важной и необходимой задачей для психологических сообществ, которое в последующие после пандемии годы должно стать одним из ведущих направлений охраны общественного здоровья населения.

Таким образом, проведя теоретический анализ представленных данных различных отечественных и зарубежных исследований о специфике возникновения и проявления негативных психологических последствий пандемии COVID-19, можно сделать следующие выводы:

- Чувство социальной изоляции и одиночества, которые возникали в результате введения ограничительных мер во время пандемии, вызывали у многих людей различного характера изменения социального взаимодействия и средств коммуникации, тем самым способствовали возникновению чувства страха, беспомощности и одиночества.

- Страх заразиться и заболеть коронавирусной инфекцией влиял на появление повышенной тревожности и острых стрессовых расстройств, особенно это проявлялось у людей с фактором риска, усугубляя их психологическое состояние, и благополучие.

- Тяжелая утрата родных и близких людей во время пандемии, являлась существенным фактором для возникновения горя и печали, изменения мыслительных паттернов, психоэмоциональных и стрессовых расстройств.

- Изменения в социально-экономических сферах из-за пандемии сильно повлияли на различные слои населения и на общество в целом, в виду того, что многие люди потеряли работу, у многих снизился уровень финансового благосостояния, все эти факты вызывали чувство тревоги у граждан за свое будущее, негативные изменения психологического здоровья и благополучия.

Представленные психологические последствия пандемии, подтверждают о негативных, как краткосрочных, так и долгосрочных изменениях физического, психического, психологического здоровья, и

благополучия многих людей. Негативные психологические последствия пандемии COVID-19 обращают внимание на необходимость оказания доступной психологической помощи, развитие адаптивных механизмов и методов саморегуляции преодоления стрессовых ситуаций, повышение уровня стрессоустойчивости населения в кризисных ситуациях. Негативные психологические последствия пандемии имеют, как краткосрочный, так и долгосрочный характер, поэтому является важным проведение дальнейших психологических исследований, включая и лонгитюдных исследований, разработки индивидуальных программ медико-психологической реабилитации для лиц, имеющих признаки психологического неблагополучия.

Проведение теоретического анализа причин и факторов возникновения стрессовых ситуаций в период пандемии COVID -19, оказывающих негативное влияние на психологическое благополучие людей, позволило выявить ряд специфичных закономерностей развития классической картины экзистенциального кризиса:

- стадия тревоги, которая была более выражена в период начала пандемии и проявлялась в необходимости оценки угрозы и мобилизации защитных психологических сил и ресурсов организма;

- стадия тревоги, которая возникает при столкновении со стрессором, вызывая острые реакции на стресс, заставляя организм вырабатывать «гормоны стресса», мобилизуя резервы организма для борьбы со стрессом, реакции саморегуляции;

- стадия резистентности (сопротивления), наступает в случае продолжительного стресса, заставляя длительно организм находится в состоянии стресса для поддержания защитных реакций, влекущих перенапряжение функциональных систем организма;

- стадия истощения наступает при чрезмерно интенсивном или длительном воздействии стрессовой ситуации, вызывая уменьшение адаптационных резервов организма, снижения адаптационных возможностей и ресурсов организма, необходимых для успешного преодоления стресса,

влекущие возникновение различных заболеваний и психосоматических расстройств.

В результате негативного психологического воздействия пандемии COVID-19, многие люди столкнулись со сложными жизненными обстоятельствами, которые способствовали появлению неуверенности в себе, беспокойству, так и чувству неопределенности, безвыходности, потере самообладания и контроля сложившейся ситуации, данное состояние усугублялось появлением чувства тревожности, отчаяния, паники, раздражительности, страха. Поэтому чувство оптимизма, уверенности в себе, позитивный фон настроения, способы саморегуляции и адаптации организма, поддержка родных и близких, помогают успешно преодолеть стрессовые ситуации, тем самым повысить свой уровень психологического благополучия. В виду того, что стрессоустойчивость является индивидуально-психологическим свойством личности, включающим в себя показатели низкого уровня тревожности, нервно-психического напряжения, наличия характеристик социальной зрелости личности, адекватной самооценки, психологической адаптированности к стрессовым ситуациям, применения эффективных копинг-стратегий преодоления стрессовых ситуаций. Именно индивидуально-личностные особенности восприятия стрессовой ситуации пандемии COVID-19 оказывают влияние на формирование актуального психоэмоционального состояния, формирование адаптационных резервов и механизмов саморегуляции, способности противостоять жизненным трудностям и успешно преодолевать стрессовые нагрузки.

Таким образом, можно сделать вывод, что формирование высокого уровня стрессоустойчивости общества, является одной из первостепенных задач при психологическом сопровождении пандемии. Стрессоустойчивость поможет не только в эффективной адаптации в условиях пандемии, но и в восстановлении здоровья, функциональных показателей организма, повышении общего уровня качества жизни и оптимизации психологического благополучия.

Выводы по первой главе

В первой главе был осуществлен теоретический анализ исследований существующих концепций, моделей и теорий психологического благополучия, как зарубежных, так и отечественных авторов. Также был проведен теоретический анализ представленных результатов исследований различных авторов о существующих стресс-связанных последствиях пандемии COVID-19, оказывающих негативное влияние на психологическое благополучие людей.

Предикторы психологического благополучия достаточно разнообразны, степень выраженности которых зависит от индивидуально-личностных особенностей человека, психосоциальной сферы внутреннего мира, которая определяет уровень нравственного развития, моделей поведения, восприятия и переживаний, субъективной оценки своей жизни, наличие положительных или отрицательных эмоций и так далее. Психологическое благополучие является динамическим процессом, показатели которого меняются в зависимости от множества факторов и обстоятельств, именно поэтому, достичь состояния высокого уровня психологического благополучия раз и навсегда невозможно.

Резюмируя проведенный теоретический анализ, можно сделать следующие выводы:

- Существует достаточно много видов психологического благополучия (субъективное, объективное, духовное, материальное, социальное, индивидуально-личностное, семейное, профессиональное и так далее). Критерии психологического благополучия определяются, исходя из индивидуальных факторов личности, внешних (объективных) и внутренних (субъективных) факторов. Внешние факторы формируются непосредственно объективными условиями жизни человека, либо конкретными обстоятельствами, внутренние факторы формируются непосредственно самой личностью, в процессе развития и всей жизни, и определяются уровнем субъективного отношения человека к объективным условиям жизни.

- Теоретический анализ аспектов исследований психологического благополучия человека в период пандемии COVID-19, позволил выявить основные предикторы психологического благополучия, которые в значительной степени были подвержены воздействию стресс-связанных факторов пандемии (самооценка здоровья, качество жизни, удовлетворенность повседневной деятельностью, уровень социального взаимодействия, самопринятия, автономии и другие).

- Психологические реакции на пандемию являлись основными стресс-связанными факторами, оказывающими негативное воздействие на психологическое благополучие, основными из которых являлись: расстройства адаптации из-за ограничительных мер в период самоизоляции, обилие недостоверной информации о негативных последствиях пандемии, социальные и экономические изменения в обществе, отсутствие психосоциальной поддержки и доступности медицинской помощи и так далее.

- Процесс адаптации к условиям пандемии, самоизоляции, связанной с множеством социальных ограничений, у многих людей сопровождался повышенным нервно-психическим напряжением, нарушениями адаптационных механизмов и механизмов саморегуляции, изменениями функционального состояния, негативно влияющими на психологическое здоровье и благополучие.

- Рассмотрена клиническая картина, специфика протекания и психосоциальные особенности таких критериев, как «коронавирусный синдром», «пост-ковидный синдром», «поведенческая иммунная система», некоторые из них включают в себя психопатологические симптомы острых и посттравматических, депрессивных, тревожных расстройств, в существенной степени оказывающих негативное влияние на психическое, психологическое здоровье и благополучие.

- Результаты теоретического анализа исследований различных отечественных и зарубежных авторов об негативных психологических последствиях пандемии COVID-19, позволили выделить наиболее часто

встречающие психологические и психические последствия, выражающиеся в виде: повышенной тревожности, изменениями поведения, нарушениями самочувствия, ухудшением настроения, когнитивными и психоэмоциональными дисфункциями, острыми стрессовыми расстройствами, посттравматическими стрессовыми расстройствами, генерализованными тревожными расстройствами, депрессивными расстройствами, аутоагрессиями, повышенными суицидальными рисками.

- В период пандемий COVID-19 у многих людей отмечалось снижение уровня самочувствия, активности, настроения и тревожности в существенной степени данные показатели зависели от индивидуально-личностных субъективных оценок степени угрозы стрессовой ситуации пандемии, уровнем восприятия стресса и стрессоустойчивости, от используемых методов адаптации и саморегуляции в условиях пандемии.

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что негативные последствия пандемии COVID-19 имеют, как краткосрочный, так и долгосрочный характер, внося изменения показателей качества жизни людей, вызывая изменения психологического благополучия, степень негативного психологического воздействия которого в настоящее время остается пока не до конца изученной, специфицированной и классифицированной. Проведение дальнейших лонгитюдных исследований негативных психологических последствий пандемии COVID-19, является важным для разработки индивидуальных мер психологического сопровождения в рамках проведения комплексных программ медико-психологической реабилитации, как во время пандемии, так и в постпандемийном периоде. Важным является изучение негативных последствий пандемии COVID-19, включающих в себя исследования, ориентированные на детальное изучение механизмов патопсихологических последствий пандемии на различные категории населения, включая пожилых лиц и детей, а также, и уязвимые категории. Наиболее важными также являются комплексные исследования с целью изучения медицинских, психосоциальных негативных последствий пандемии.

Глава 2 Эмпирическое исследование отличительных признаков, динамики предикторов и индивидуально-личностных особенностей психологического благополучия лиц в период пандемии COVID-19

2.1 Репрезентативность выборки и способы ее формирования, описание структуры, методов и психодиагностических методик эмпирического исследования

Медицинские и эпидемиологические аспекты пандемии COVID-19 были достаточно изучены, но для полного понимания, и оценки психологического здоровья, и благополучия уязвимых категорий граждан, включая, и тех, кто переболел заболеванием COVID-19, является необходимым проведение дополнительных исследований. В процессе проведения исследования будет осуществлена оценка и выявление различий показателей предикторов, динамики и индивидуально-личностных особенностей психологического здоровья, и благополучия тех лиц, кто перенес заболевание COVID-19 в различных степенях тяжести, и тех, кто этим заболеванием не болел.

Цель исследования: изучить предикторы, индивидуально-личностные особенности и отличительные признаки психологического благополучия у лиц, переболевших заболеванием COVID-19, и тех лиц, кто этим заболеванием не болел, на основании полученных результатов разработать индивидуальные рекомендации психологической помощи в рамках проведения комплексной программы медико-психологической реабилитации, направленной на оптимизацию психологического здоровья, и благополучия.

На основании этого в задачи исследования на данном этапе входит:

– Выявление и последующая дифференциация стресс-связанных факторов пандемии COVID-19, включая, и интенсивность протекания заболевания коронавирусной инфекции, и установление взаимосвязи с психологическим здоровьем, и благополучием.

– Исследование предикторов стрессовых ситуаций пандемии, спектра реакций на стресс у различных категорий лиц, включая и лиц с заболеванием COVID-19, с целью разработки мер психологической поддержки.

– Проведение оценки уровня психологического благополучия, тревожности, самочувствия, активности, настроения, выявление признаков вегетативных психосоматических и тревожных расстройств, с учетом специфики возможности проявления многочисленных психологических, и психических осложнений после перенесенного заболевания COVID-19.

– Выявление признаков нарушений, краткосрочных и долгосрочных негативных психологических, психических реакций на стрессовые ситуации в условиях пандемии (нарушения эмоциональной, когнитивной, поведенческой сферы, признаки ПТСР, ГТР и так далее). А также необходимым является выявить сталкиваются ли пациенты с более сложными психологическими нагрузками и рисками после выписки из больницы.

– Выявить необходимость в оказании психосоциальной, медицинской поддержки для пациентов с заболеванием COVID-19 после выписки из стационара.

– Провести анализ необходимости предоставления медицинской, социально-психологической помощи и поддержки, необходимой для каждого пациента с заболеванием COVID-19.

– На основании полученных результатов исследования подготовить выводы, разработать рекомендации по психологической помощи, направленной на оптимизацию психологического благополучия в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации для лиц с признаками психологического неблагополучия. Провести оценку эффективности психологической программы в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации и разработать меры долгосрочной психологической поддержки.

При проведении исследования предполагается, что респонденты с тяжелой формой заболевания COVID-19 будут иметь более выраженные

показатели психологического неблагополучия, снижения уровня психологического здоровья, при этом, также предполагается, что некоторые респонденты, которые не переболели в тяжелой форме заболеванием COVID-19, ввиду индивидуально-личностных особенностей, также могут иметь психологические трудности, которые снижают их уровень психологического здоровья и благополучия. Поэтому в рамках эмпирической части исследовательской работы будет проведена оценка вариаций факторов стресс-связанных ситуаций пандемии COVID-19 с психологическим благополучием.

Определение специфики факторов стресс-связанных ситуаций пандемии COVID-19 с психологическим благополучием, имеет огромное значение для разработки мер психологической помощи и поддержки, как на краткосрочный, так и на долгосрочный период, разработки рекомендаций по психологическому сопровождению в рамках проведения комплексной программы медико-психологической реабилитации для лиц, имеющих признаки психологического неблагополучия.

Репрезентативность, структура, объем выборки были обусловлены целью, задачами и методами исследования. Выборку составили 100 человек, являющиеся работниками Ведомственной охраны АО «РЖД», лица мужского пола, возраст которых варьировал в диапазоне от 19 до 70 лет:

- 17% в возрасте от 19-40 лет;
- 30% в возрасте от 41-50 лет;
- 53% в возрасте старше 50 лет.

Наглядно характеристика выборки по возрастному признаку представлена на (рисунке 1).

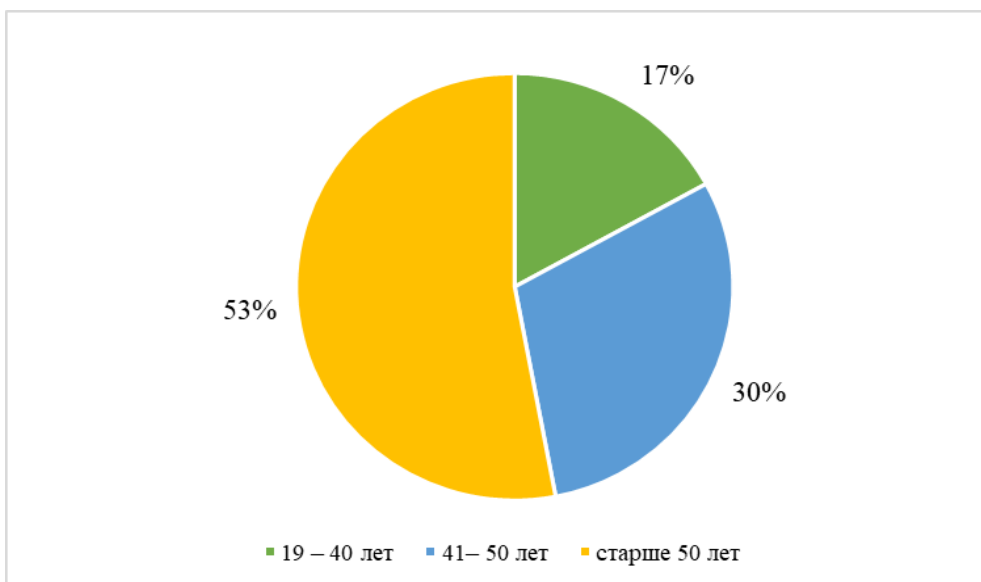


Рисунок 1 – Характеристика выборки по возрастному признаку

Среди участников исследования 28% респондентов имеют стаж работы до 3-х лет, 24% респондентов имеют стаж работы от 3-х до 10-и лет, 31% респондентов имеют стаж работы от 10-и до 20-и лет. Характеристика выборки по стажу работы представлена на (рисунке 2).

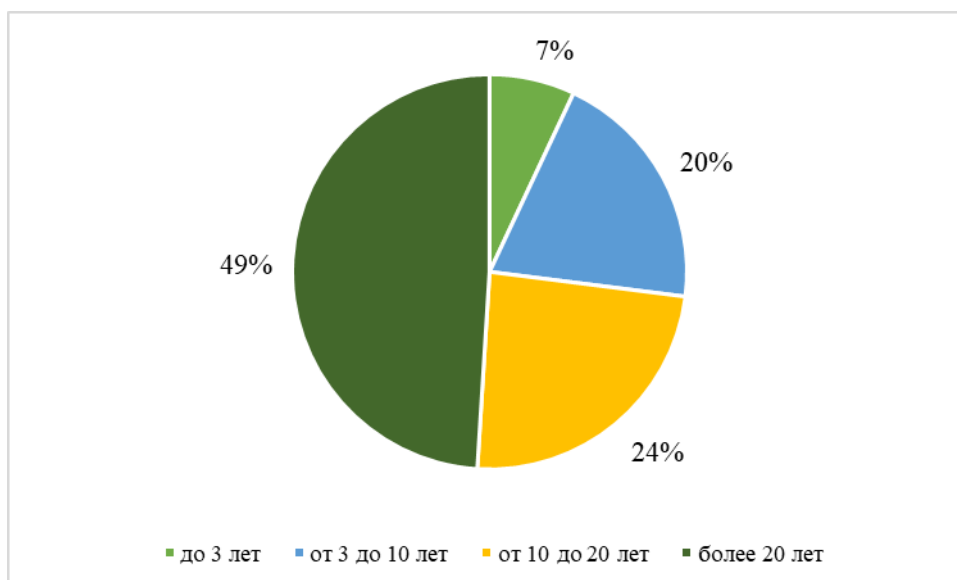


Рисунок 2 – Характеристика выборки по стажу работы

Социально-демографические характеристики выборки исследования включали в себя характеристические особенности возраста, социального положения, уровня образования респондентов. При этом большое внимание уделялось изучению социального положения респондентов, так как было необходимо уточнить базовые параметры круга интересов и общения, социокультурные особенности респондентов с целью выявления значимых различий способов реагирования на стрессовые ситуации.

Социально-демографические характеристики выборки представлены (в таблице 1).

Таблица 1 – Социально-демографическая характеристика выборки

Уровень образования				
	Основное общее	Среднее общее	Среднее профессиональное	Высшее
Респонденты Группы 1	56%	24%	12%	8%
Респонденты Группы 2	38%	52%	6%	4%
Семейное положение				
	Не состоят в браке	Состоят в браке	Разведены	Вдовцы
Респонденты Группы 1	14%	56%	22%	8%
Респонденты Группы 2	6%	62%	28%	4%
Количество детей				
	Нет детей	1 ребенок	2-ое детей	3 и более детей
Респонденты Группы 1	16%	20%	26%	38%
Респонденты Группы 2	22%	8%	30%	40%

Отбор респондентов в группы был осуществлен по целевым критериям исследования и совокупности принципов обеспечения гомогенности состава участников групп. На основании проведенного клинико-диагностического интервью, анализа медицинской документации, верифицированных медицинских диагнозов, анкетирования выборка была распределена на группы:

Группа 1 (экспериментальная) - в данную группу были включены респонденты со средней и тяжелой формой заболевания COVID-19.

Группа 2 (контрольная) - в данную группу были включены респонденты, у которых не было диагностировано заболевание COVID-19, либо заболевание протекало в легкой форме.

Критериями включения в экспериментальную и контрольную группу являлись следующие:

- возраст от 19 до 70 лет;

- возможность для проведения классификации данных диагнозов, исследования специфичности диагностических критериев (ИДК-10), согласно общепринятых кодов медицинского классификатора болезни (МКБ-10);

- период ремиссии (частичной, полной) на период проведения исследования;

- отсутствие тяжелой сопутствующей медицинской патологии, включая и психические заболевания;

- подписанное информированное согласие.

Значимых изменений у респондентов в экспериментальной и контрольной группах во время проведения исследования не зафиксировано.

Психодиагностические комплексы, программные средства, такие, как MS Office, Excel, Psychometric Expert, универсальный психодиагностический комплекс «УПДК-МК», программное обеспечение, предназначенное для сбора, статистической обработки данных «BM SPSS 22.0», использовались для проведения психодиагностического исследования, анализа полученных данных и проведения статистико-математического корреляционного метода анализа и изучения взаимосвязей между изучаемыми переменными.

В процессе проведения эмпирического исследования применялись следующие методы:

- сбор амнестических данных респондентов;

- клиничко-диагностическая беседа с целью сбора субъективного анамнеза;

- экспресс-оценка психофизиологического состояния респондентов;

- текущий психофизиологический мониторинг функционального состояния респондентов;

- психодиагностические методы исследования: анкетирование, интервьюирование, тестовые, опросные, клинические методы психодиагностических исследований;

- методы профессионально-психологического взаимодействия с респондентами.

В качестве психодиагностического инструментария в процессе проведения исследования использовались:

- Анкетирование - исходя из целей и задач исследования, была разработана анкета, позволяющая провести скрининг-оценку и последующий качественный и количественный анализ качества жизни респондентов в период пандемии COVID-19. Анкета содержит упорядоченный набор вопросов, которые по характерологическим признакам распределялись на открытые, полузакрытые и закрытые вопросы, которые оценивали:

- негативные изменения в период пандемии COVID-19 физического, психического, психологического здоровья и благополучия;

- степень снижения качества жизни, активности, социального взаимодействия и работоспособности;

- степень снижения толерантности к физической нагрузке, выносливости;

- степень снижения двигательной активности;

- степень снижения когнитивных функций (памяти, внимания, мышления, умственной работоспособности и других познавательных функций);

- степень изменения психоэмоциональной сферы;

- степень изменения мотивационно-волевой, поведенческих сфер.

Анализ и изучение медицинской документации - был проведен анализ и изучение медицинских документов, медицинской карты и истории болезни каждого респондента, включая данные о степени тяжести перенесенного заболевания COVID-19, наличия осложнений, длительности госпитализации. и особенности течения заболевания.

- Клинико-диагностическое интервью - респонденты были приглашены на индивидуальные клинико-диагностические интервью, которые позволяли провести экспресс-оценку психофизиологического состояния респондентов на данный момент времени.

- В качестве психодиагностического инструментария использовались следующие методики: Методика «Шкала субъективного благополучия A. Perrudet-Badoux, G. Mendelsohn, J. Chiche» (адаптация А.А. Рукавишников, М.В. Соколова) для оценки эмоционального компонента психологического благополучия;

- Методика «Шкала психологического благополучия К. Рифф» (адаптация Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко) для оценки уровня психологического благополучия и классификации характера взаимосвязей его компонентов;

- Методика «Самочувствие, активность, настроение» (разработанная В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай, М.П. Мирошниковым) для оценки психоэмоциональных реакций на нагрузку, психофизиологического функционального состояния;

- Методика «Шкала тревожности Ч.Д. Спилберга» (адаптация Ю.Л. Ханина) для проведения самооценки эмоционального состояния респондентов и определения уровня ситуативной и личностной тревожности;

- Методика «Четырехмерный для изучения дистресса, депрессии, тревоги и соматизации», 4 ДДТС В. Terluin Et Al. (1996 год)» (адаптация А.Б. Смулевич и другими, 2014 год) для дифференцированной психодиагностики и оценки степени выраженности вегетативных психосоматических расстройств пограничного уровня.

- Инструменты математико-статистического анализа данных - использование статистических методов U-критерия Манна-Уитни и критерия корреляции Спирмена, факторного анализа с целью проведения объективной оценки данных исследований, и выявление статистически значимых корреляционных связей, и различий.

Таким образом, выбор методологии и инструментов для проведения эмпирического исследования с целью выявления специфики взаимосвязей стрессовых ситуаций с психологическим благополучием в период пандемии COVID-19, был обусловлен целью и задачами исследования, а также

специфичностью, и особенностями получения необходимых психодиагностических показателей:

- комбинированный качественный и количественный метод исследования, позволяет провести достоверный анализ полученных данных, выявить закономерности и различия;

- мультигрупповой подход исследования позволяет выявить различия и провести сравнительный анализ полученных вариантов данных исследований респондентов двух независимых групп;

- с помощью приема конструирования, систематизации психометрических характеристик, разработки тестовых батарей психодиагностических методик, которые являются адаптированными для задач исследования, использования параметров психометрически обоснованных, стандартизованных, надежных, и валидных тестов - позволили получить качественные и количественные данные;

- проведение сравнительного анализа с помощью комбинированного статико-математического подхода, позволит сравнить результаты качественных и количественных методов, выявить закономерности и различия, а также установить, как положительные, так и отрицательные взаимосвязи.

Данные, полученные в результате эмпирического исследования, будут анализироваться с целью определения взаимосвязей, специфики закономерностей и различий показателей оценки психологического благополучия респондентов в контексте с различными стресс-связанными факторами в период пандемии COVID-19. Результаты исследования будут необходимы для оценки уровня психологического здоровья и благополучия респондентов, выявления признаков психологического неблагополучия, и последующей разработки мер психологических интервенций, как на краткосрочный, так и на долгосрочный период.

2.2 Интерпретация полученных результатов эмпирического исследования отличительных признаков, динамики предикторов, индивидуально-личностных особенностей психологического благополучия лиц в период пандемии COVID-19

Стресс-связанные факторы пандемии COVID-19 обусловили снижение уровня психологического здоровья и благополучия людей, степень изменения которых зависела от индивидуально-личностных особенностей стрессовых реакций человека на пандемию COVID-19, оценка степени проявления которых и является ключевым фактором для оценки уровня психологического благополучия. Для проведения эмпирического исследования были использованы научно-обоснованные подходы и надежные, валидные психодиагностические методы, применение которых было обусловлено целью и задачами исследования.

Клинико-диагностический метод, который включал в себя полуструктурированное интервью для респондентов, с целью изучения социально-демографических и психологических характеристик, изучения медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни, выписные эпикризы). Ознакомление с медицинской документацией было необходимо для получения достоверной информации о диагнозе, степени тяжести заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний. Интервью также использовалось при формировании, репрезентативности выборки исследования. Для оценки влияния пандемии COVID-19 на психологическое здоровье и благополучие, было проведено анкетирование. В анкетировании приняли участие 100 респондентов. Анкета включала в себя комплекс вопросов, относящихся к характеристике изменений качества жизни в период пандемии, степени ограничений активности, степени удовлетворения своим физическим, психическим и психологическим здоровьем, наличия изменений в когнитивных, психофизиологических, эмоциональных,

психофизиологических сферах респондентов. Результаты анкетирования представлены в (Приложении А).

Результаты клинико-диагностического метода, анкетирования позволили не только распределить респондентов на две группы (экспериментальную и контрольную), но и выявить процентное соотношение перенесенной коронавирусной инфекции по степени тяжести среди респондентов, которые являются следующими:

- легкое течение - 64%;
- среднетяжелое течение - 25%;
- тяжелое течение - 11%.

Полученные результаты анкетирования респондентов обеих групп представлены на (рисунке 3).

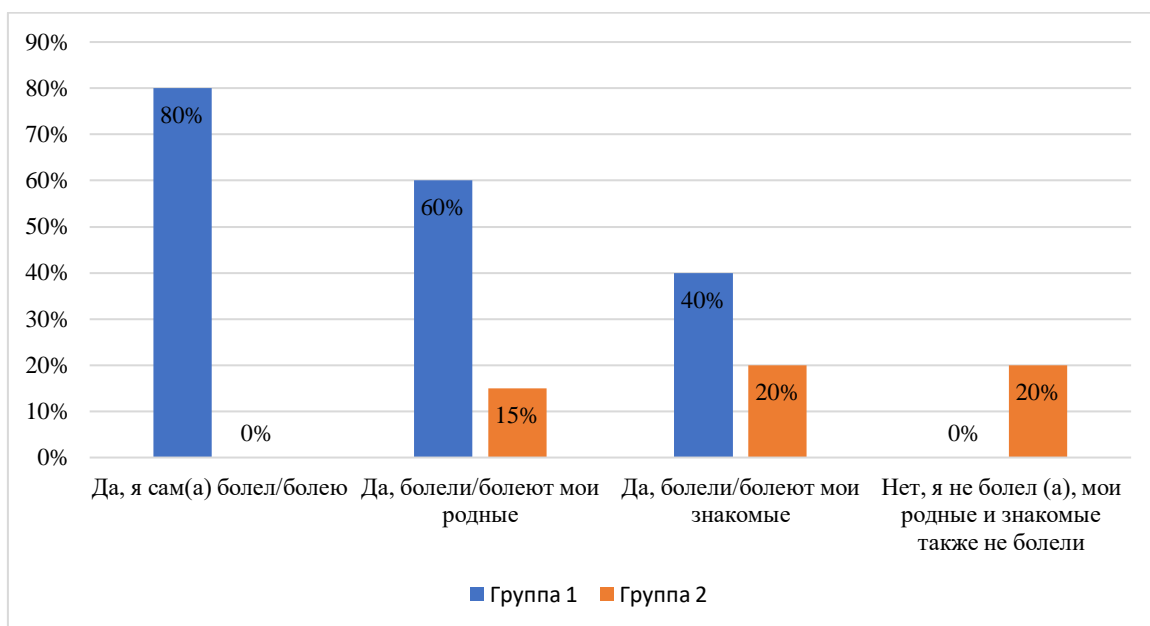


Рисунок 3 – Результаты анкетирования о наличии заболевания COVID-19 у родных и близких респондентов

В (таблице 2) представлены данные анкетирования респондентов оценки их качества жизни по десятибалльной шкале.

Таблица 2 – Результаты анкетирования респондентов по оценке их качества жизни (десятибалльная шкала)

Критерии оценки	Группа 1	Группа 2
Оцените негативные психологические изменения Вашей жизни из-за коронавируса за последние месяцы	8	2,9
Оцените Ваши ощущения психологического дискомфорта на рабочем месте, обусловленные пандемией коронавируса	8,2	3
Оцените свое психологическое состояние по следующим параметрам:		
наличие признаков тревоги	7,8	3,3
наличие признаков нарушений сна	8,2	3,1
наличие признаков психологической подавленности	7,8	3
Оцените Ваше самочувствие в течение ближайшего месяца:		
хорошо себя чувствовал	3,4	7,8
плохо себя чувствовал	7,9	3
Средний балл	7,3	3,6

По результатам анкетирования можно сделать вывод, что практически все респонденты Группы 1, в отличие от респондентов Группы 2, указали на то, что коронавирусная инфекция так или иначе повлияла на их уровень качества жизни и самочувствия. Респонденты Группы 1 отмечают, что после перенесенного заболевания COVID-19 чувствуют постоянную усталость, апатию, снижение физической активности и выносливости, постоянную необоснованную тревожность, нарушения сна, чувство подавленности, разочарования в жизни на протяжении последнего месяца после перенесенного заболевания. У респондентов Группы 1 отмечались показатели нарушений в следующих психологических сферах:

- признаки нарушений в ценностно-смысловой сфере - 8,0 баллов;
- признаки изменений в эмоционально-волевой сфере - 8,2 балла;
- признаки изменений в когнитивной сфере - 7,8 баллов;
- признаки изменений в сфере психологического благополучия - 7,8 баллов.

У респондентов Группы 2 были выявлены следующие показатели нарушений в психологических сферах:

- признаки изменений в ценностно-смысловой сфере - 2,9 балла;
- признаки изменений в эмоционально-волевой сфере - 2,9 балла;

- признаки изменений в когнитивной сфере - 3,3 балла;
- признаки изменений в коммуникативной сфере - 3,1 балл;
- признаки изменений в сфере благополучия - 3,9 баллов.

Сравнительный анализ признаков нарушений в основных психологических сферах респондентов обеих групп представлен на (рисунке 4).

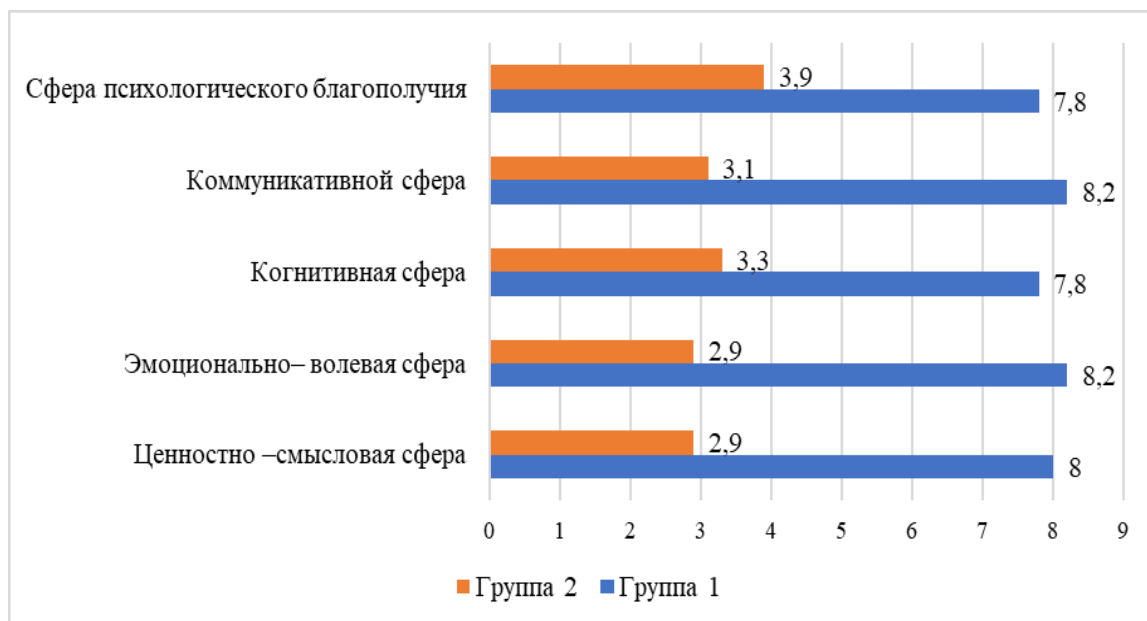


Рисунок 4 – Сравнительный анализ признаков нарушений в психологических сферах, баллы

По результатам анализа анкетирования, следует, что у респондентов Группы 1, после перенесенного заболевания COVID-19, были выявлены психосоциальные факторы, обуславливающие изменения их психологического благополучия:

- негативные психоэмоциональные реакции, беспокойство, нарушения сна, апатия, снижения качества жизни, ухудшения межличностных взаимодействий;
- эмоциональная отстраненность;
- утрата произвольного контроля над психикой;
- утрата ощущения безопасности;

- утрата уверенности в себе;
- ограничительное поведение (избегание определенных мест);
- утрата интереса к деятельности, которая раньше приносила удовольствие;
- нарушения различного характера здоровья;
- актуализация переживаний по поводу вторичного заражения.

Анкетирование также способствовало выделить основные предикторы стресс-связанных факторов (переменных), которые определяют уровень стрессовых реакций и последующее воздействие на психологическое благополучие респондентов. Основными предикторами стресса, имеющие взаимосвязь с психологическим благополучием, являлись:

- Предыдущий положительный опыт преодоления стрессовых ситуаций, способствовал тому, что респонденты, которые ранее переживали стрессовые ситуации и успешно с ними справлялись, имели большую психоэмоциональную устойчивость и воздействие к стрессорам, так как эффективный опыт преодоления стрессовых ситуаций позволяет развивать положительные механизмы саморегуляции и адаптации в условиях стресса.

- Значимость психосоциальной поддержки, которая по результатам анкетирования была отмечена респондентами обеих групп, при этом респонденты Группы 1 отмечали о важности психосоциальной поддержки не только в условиях самоизоляции, но и в тот период времени, когда они находились на лечении в стационаре, отмечая то, что не только важна для них была профессиональная медицинская и психологическая поддержка, но и элементарная возможность поделиться своими чувствами, переживаниями.

- Значение информированности и доступности для получения необходимой достоверной информации о специфике заболевания COVID-19, особенностях его протекания, возможных осложнениях, значимости вакцинации являлся значимым для респондентов обеих групп, так как владение знаниями о коронавирусной инфекции, снижало уровень страхов и тревожности, повышало уверенность в себе и оптимизм.

- Значение развития стрессоустойчивости в период пандемии COVID-19 являлось актуальным для респондентов обеих групп, а особенно для тех респондентов, кто имел отрицательный опыт восприятия и преодоления стрессовых ситуаций. Респонденты отметили, что для них в условиях пандемии COVID-19 являлось важным и необходимым развивать способности управления своими эмоциями, методы эффективной адаптации и саморегуляции.

- Значение физической активности и здорового образа жизни в условиях пандемии COVID-19, также являлось актуальным для респондентов обеих групп с целью профилактики развития деструктивных форм поведения для преодоления стрессовых ситуаций.

Для более полной характеристики предикторов психологического благополучия респондентов, их психоэмоционального состояния, применялся комплекс психодиагностических методик, с помощью которого были проведены индивидуальные тестовые обследования респондентов Группы 1 и Группы 2. Для оценки компонентов субъективного благополучия: эмоционального, когнитивного и поведенческого, использовалась методика «Шкала субъективного благополучия» (адаптация М.В. Соколовой).

Данные респондентов обеих групп наглядно представлены на (рисунке 5-6, приложении Б).

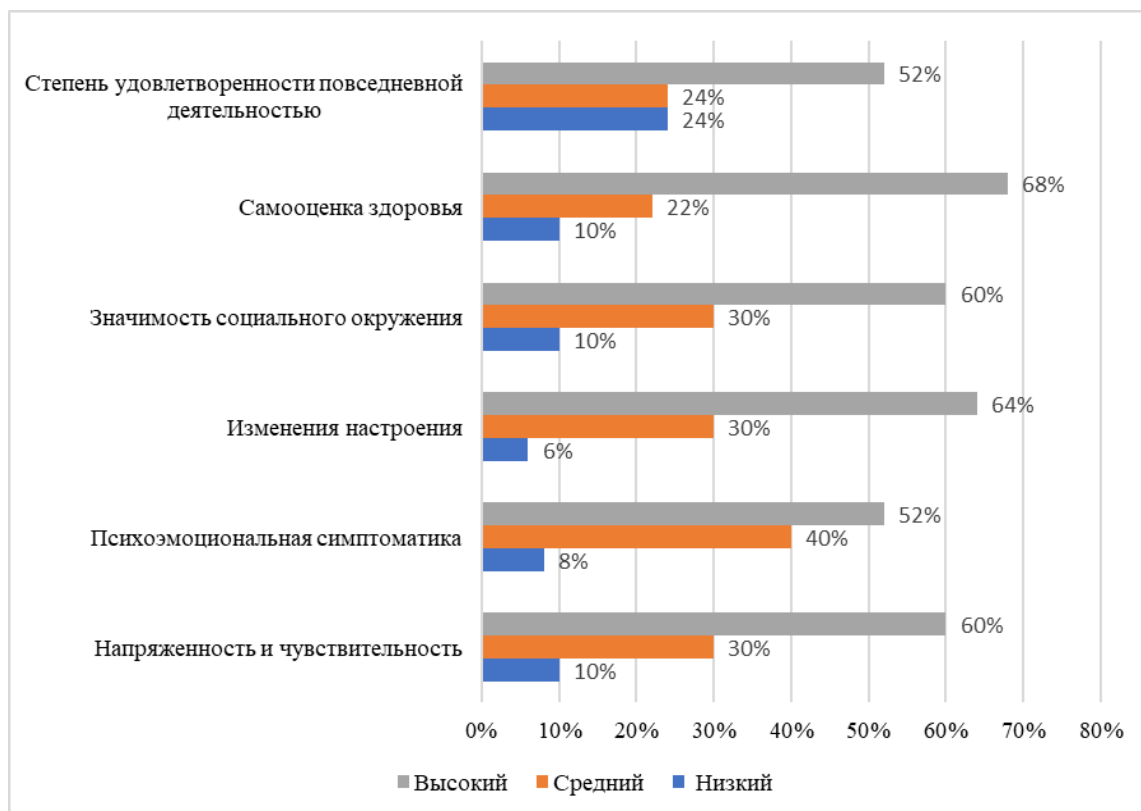


Рисунок 5 – Показатели субъективного благополучия респондентов Группы 1

У респондентов Группы 1 по результатам психодиагностики субъективного благополучия, были выявлены высокие показатели, характеризующие наличие признаков субъективного неблагополучия, процентное соотношение которых, является следующим:

- по шкале напряженности и чувствительности - 60%;
- по шкале психоэмоциональная симптоматика - 52%;
- по шкале изменения настроения - 64%;
- по шкале самооценка здоровья - 68%;
- по шкале значимость социального окружения - 60%;
- по шкале степень удовлетворенности повседневной деятельностью - 52%.

Обобщая эмпирические данные респондентов Группы 1 по результатам оценки субъективного благополучия, можно сделать вывод, что многие респонденты ощущают эмоциональный дискомфорт, возникновение которого

обусловлено выраженным беспокойством о своем здоровье, наличием негативных эмоций, снижением физической активности и социального взаимодействия. Некоторым респондентам этой группы свойственны признаки тревожных, посттравматических и депрессивных расстройств, зависимость от социального окружения, затруднения контроля своих эмоций. Снижение данных показателей для респондентов Группы 1 обуславливается негативными изменениями оптимистично-реалистичного восприятия, эмоциональным напряжением, неудовлетворенности уровнем и качеством жизни, снижением физической и социальной активности, утратой надежды на благополучное будущее.

Таким образом, полученные данные показателей субъективного благополучия, свидетельствуют о низком уровне субъективного благополучия у Респондентов Группы 1, наличии выраженных психоэмоциональных и социальных факторов, обуславливающие негативные изменения показателей их субъективного благополучия, вызываемыми после перенесенного заболевания COVID-19 значительного характера трудности в социально-психологической адаптации.

Показатели субъективного благополучия респондентов Группы 2, представлены на (рисунке 6).

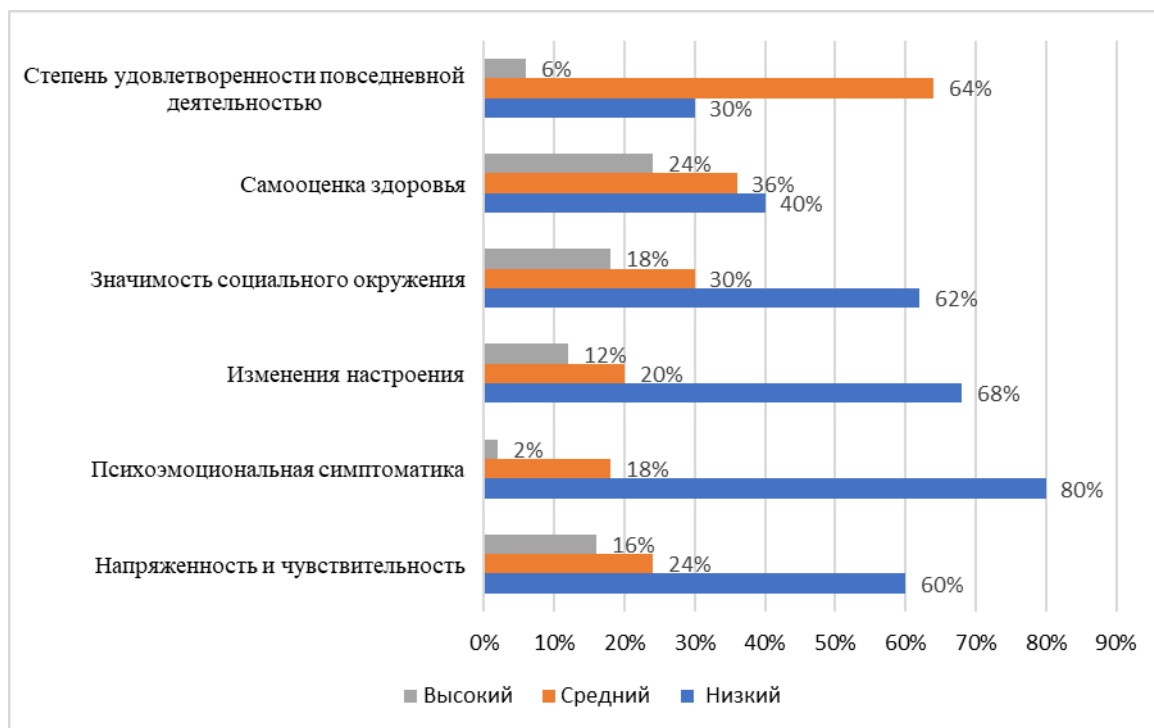


Рисунок 6 – Показатели субъективного благополучия респондентов Группы 2

У респондентов Группы 2, которые не болели заболеванием COVID-19, отмечаются низкие и средние показатели субъективного благополучия по следующим шкалам:

- напряженность и чувствительность - 60%;
- психоэмоциональная симптоматика - 80%;
- изменения настроения - 68%;
- значимость социального окружения - 62%;
- самооценка здоровья - 40%;
- степень удовлетворенности повседневной деятельностью - 64%.

У респондентов Группы 2, выявлен умеренный уровень субъективного благополучия, респонденты достаточно позитивно оценивают жизненную ситуацию, но ввиду наличия определенных субъективных психоэмоциональных переживаний, появление которых обусловлено пандемией COVID-19, нельзя сказать, что на момент проведения психодиагностического обследования респонденты ощущают полный психоэмоциональный комфорт.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что респонденты Группы 1, согласно показателям оценки их субъективного благополучия, характеризуются, как более психо-социально зависимыми, неуверенными в себе и свое перспективное будущее, проявляют выраженную психоэмоциональную чувствительность, беспокойство, раздражительность, плохо переносят психоэмоциональные и физические нагрузки, имеют значительные затруднения в адаптационных механизмах после перенесенного заболевания.

Для определения уровня психологического благополучия респондентов и получения информации о преобладающем компоненте благополучия, был использован адаптированный, модифицированный, и стандартизированный в русскоязычной версии опросник Т.Д. Шевеленковой и Т.П. Фесенко «Шкала оценки психологического благополучия К. Рифф». Данная методика позволяет провести оценку актуального психологического благополучия респондентов, субъективного ощущения целостности и осмысленности, степени участия в собственной жизни.

Обобщенные результаты исследования респондентов Группы 1 и Группы 2 представлены в (Приложении В).

Для респондентов Группы 1 уровень психологического благополучия является низким, показатели по всем шкалам также имеют низкие значения, на основании этого можно сделать вывод, что у респондентов данной группы является низким уровень социально-коммуникативный, осмысленности жизни, самооценки и оценки своего будущего, способности к саморазвитию, и контролю ситуации в данный период времени. Фрустрация компонентов данных уровней у респондентов Группы 1, может свидетельствовать о переживании ими заболевания COVID-19 и самой стрессовой ситуации, обусловленной пандемией, как кризисной, либо трудной жизненной ситуации, что в существенной степени влияет на снижение интегрального показателя психологического благополучия.

Таким образом, в период борьбы с коронавирусной инфекцией респонденты Группы 1 испытывали повышенный уровень тревожности, беспокойства и страха за свое здоровье, уровень автономии и контроля над создавшейся ситуацией оставался относительно ограниченным, что вероятно, являлось результатом влияния заболевания. В области личностного роста и установления позитивных отношений была заметна неопределенность, цели в жизни, и самопринятие, также подвергались негативному воздействию заболевания, что отражалось в значениях этих показателей.

У респондентов Группы 2 выявлен средний уровень психологического благополучия по большинству показателей, за исключением, «личностный рост». Уменьшение данного показателя, свидетельствует о переживании личностной стагнации, отсутствии ощущения личностного развития. Респонденты этой группы в данный момент времени не ощущают удовлетворения от своего личностного роста, при этом испытывают незначительные сложности для поддержания прежних взаимоотношений и установления новых, возможностей для изменения своего психологического благополучия в лучшую сторону, и это обусловлено именно факторами ограничительного характера, связанных с пандемией.

У респондентов в Группе 1, у которых уровень психологического благополучия является низким, доминирующими являются компоненты следующих шкал:

- «Цели в жизни» - 39,6 баллов;
- «Личностный рост» - 29,6 баллов.

У респондентов Группы 2, уровень психологического благополучия у которых выявлен как средний, доминирующими показателями являются следующие компоненты шкал:

- «Цели в жизни» - 60,6 баллов;
- «Автономия» - 55,7 баллов.

Наглядно результаты психодиагностического обследования психологического благополучия респондентов обеих групп представлены на (рисунках 7-8).

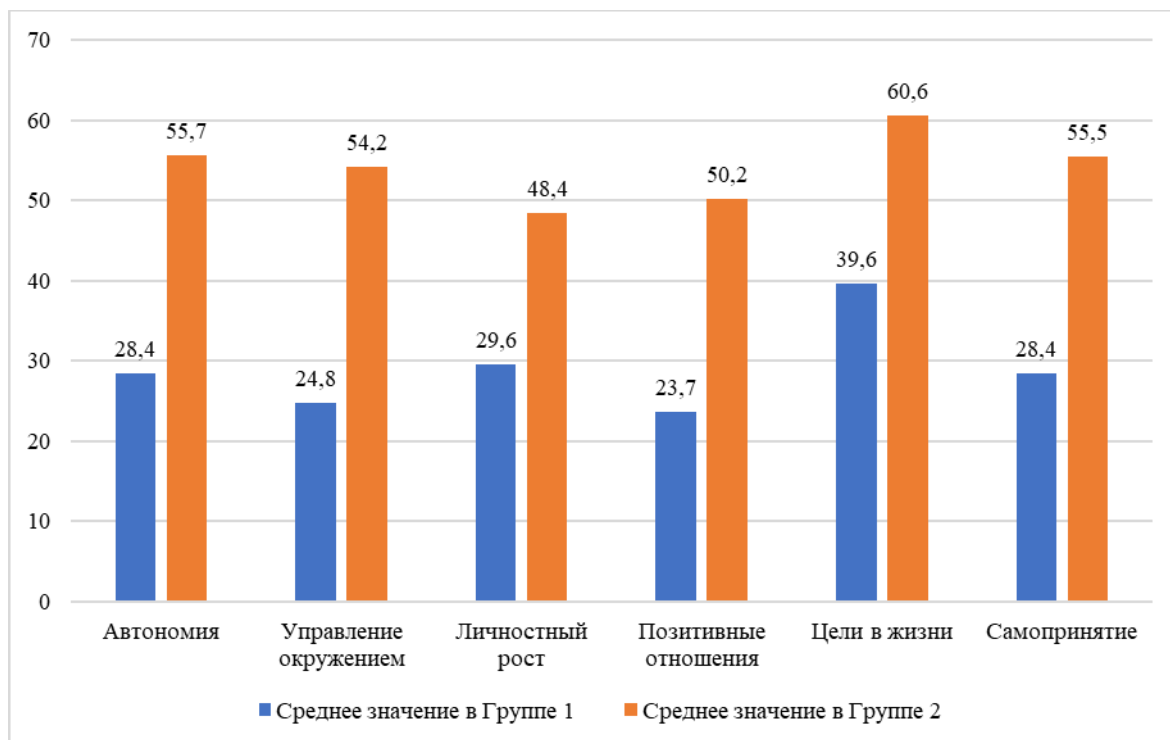


Рисунок 7 – Результаты психодиагностического обследования психологического благополучия респондентов Группы 1

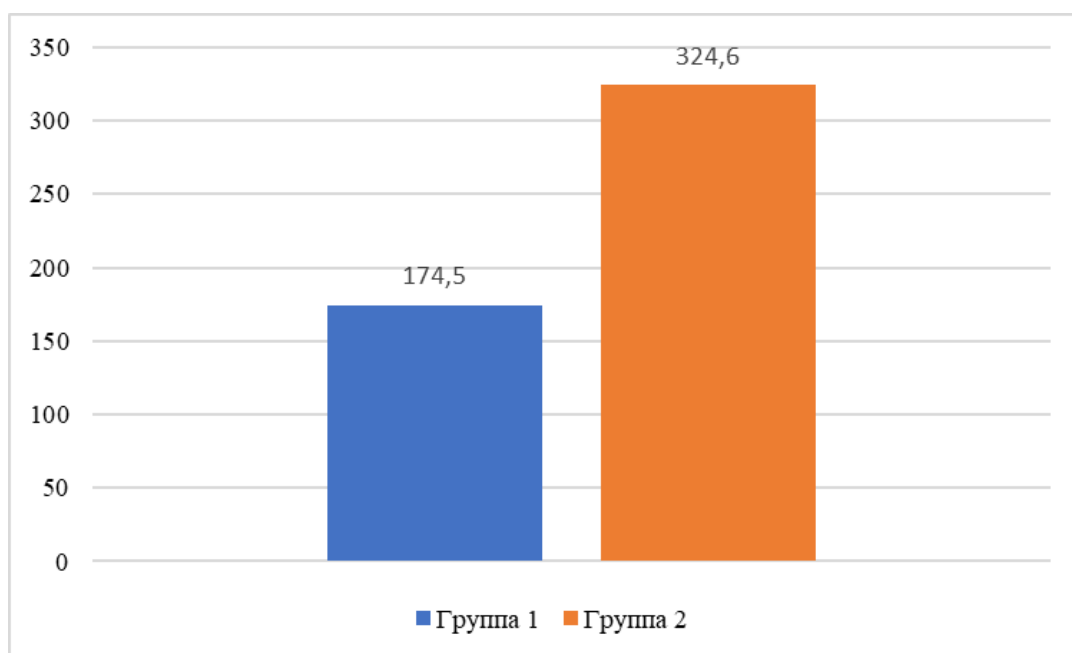


Рисунок 8 – Результаты психодиагностического обследования психологического благополучия респондентов Группы 2

Для выявления взаимообусловленных связей изменений показателей психологического благополучия с показателями психологического здоровья, уровня жизнестойкости и выносливости, психоэмоционального состояния, был использован комплекс психодиагностических методик: «САН», исследования уровня тревожности (по методике Ч.Д. Спилберга, адаптация Ю.Л. Ханина), методика «4 ДДТС».

В контексте нашего исследования при оценке уровня психоэмоционального состояния респондентов, будут учитываться степень выраженности индивидуально-личностных негативных эмоций, чувств, переживаний, которые в существенной степени отражаются у респондентов на их самочувствии, активности, настроении, уровне тревожности и признаках возникновения вегетативных психосоматических расстройств. При этом, показатели, характеризующие самочувствие, включают в себя степень выраженности психологической и физиологической комфортности, комплекс субъективных ощущений, мыслей, чувств, стремлений и желаний.

Методика «САН» (разработанная В.А. Доскиным, М.П. Мирошниковым, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай) применялась для экспресс-оценки функционального и психоэмоционального состояния - самочувствия, активности, настроения с целью оценки специфики проявления психоэмоциональных реакций, появление которых обусловлено стресс-факторами пандемии и выявления индивидуально-личностных особенностей изменений самочувствия, активности и настроения. Результаты психодиагностики по методике «САН» представлены в (Приложении Г).

При анализе показателей психодиагностического обследования самочувствия, активности, настроения, были выявлены следующие результаты:

- высокая степень выраженности показателей хорошего самочувствия, была выявлена у 14% респондентов Группы 1 и у 44% респондентов Группы 2;

- высокие показатели активности были выявлены у 12% респондентов Группы 1 и 32% респондентов Группы 2;

- показатели хорошего настроения были выявлены у 8% респондентов Группы 1 и у 28% респондентов Группы 2.

Наглядно результаты психодиагностического обследования респондентов по методике «САН», представлены на (рисунках 9-10).

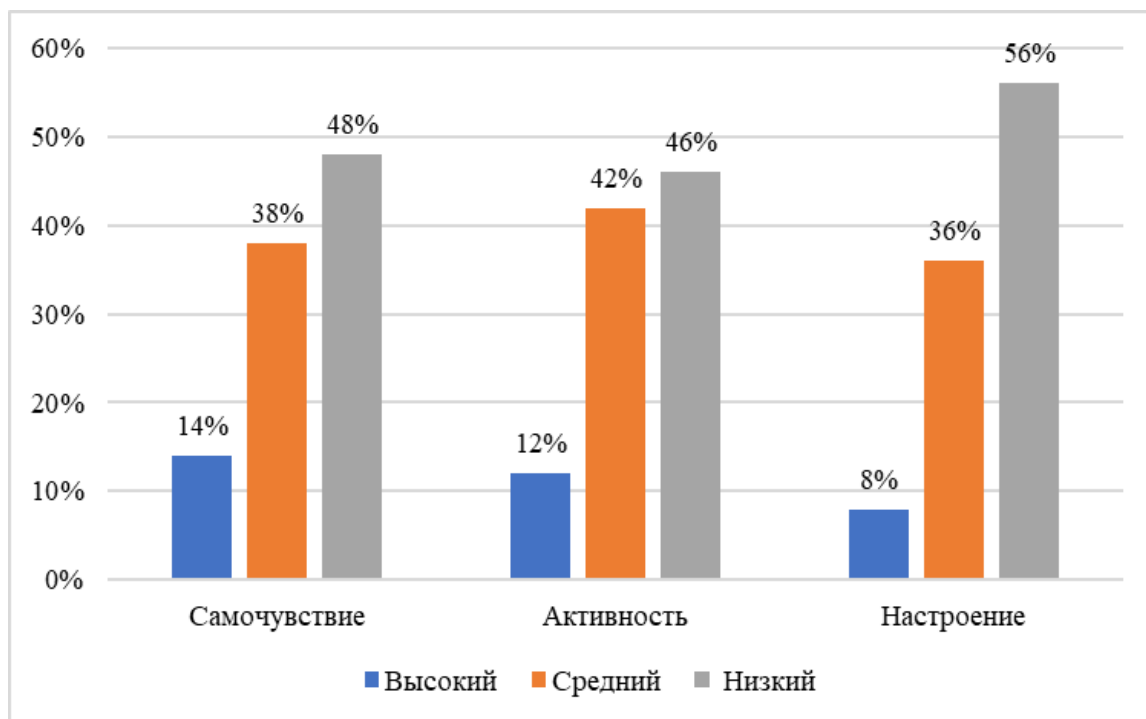


Рисунок 9 – Распределение результатов респондентов Группы 1 по степени выраженности показателей методики «САН», %

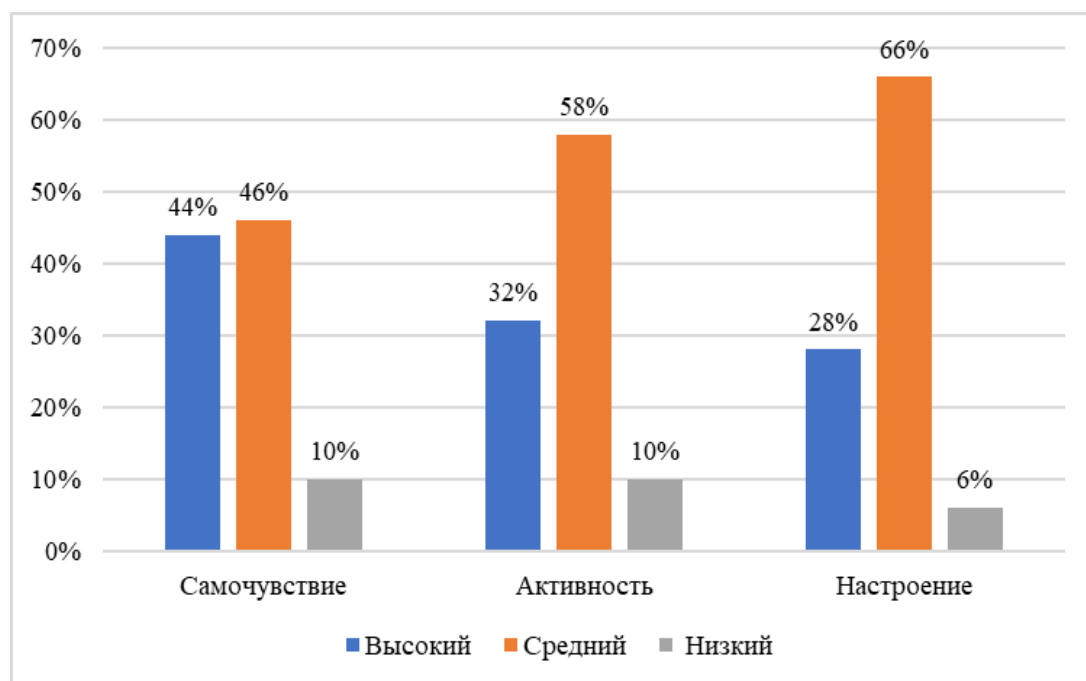


Рисунок 10 – Распределение результатов респондентов Группы 2 по степени выраженности показателей методики «САН», %

Полученные данные показателей оценки самочувствия, активности, настроения, указывают на заметные различия, характеризующих психологическое здоровье и самочувствие у респондентов Группы 1 и респондентов Группы 2. У респондентов в Группе 1 наиболее выражены показатели, характеризующие наличие негативных эмоциональных реакций, такие как снижение комфортности, подавленность эмоционального фона и появление признаков скуки, печали, тоски и страха. Данные показатели указывают на уровень психологического дискомфорта, ограничивающего динамические процессы, необходимые для поддержания жизненно важных психофизиологических функций. Полученные результаты психодиагностики по методике «САН» у респондентов Группы 1 могут быть обусловленными с эмоциональными последствиями перенесенного заболевания COVID-19, психофизиологическими изменениями, эмоциональным истощением, а также возникновением существенных изменений в жизненных планах и ожиданиях респондентов, обусловленные данным заболеванием.

Сравнительный анализ показателей психодиагностического обследования оценки самочувствия, активности, настроения респондентов Группы 2, позволяет сделать вывод, что у респондентов преобладает хорошее самочувствие, активность и настроение. Это может свидетельствовать о воздействии более в меньшей степени психоэмоциональной нагрузки, обусловленной коронавирусной инфекцией. Полученные выводы являются важными для разработки индивидуализированных подходов психологического сопровождения в рамках проведения комплексной программы медико-психологической реабилитации, с учетом показателей психоэмоционального, психофизиологического состояния и индивидуальных потребностей.

Таким образом, респонденты Группы 1, которые перенесли заболевание COVID-19, имеют относительно низкие показатели самочувствия, активности, настроения в сравнении с респондентами Группы 2, которые отражают степень негативных изменений психологического, психофизиологического состояния, возникших в результате воздействия коронавируса на их организм.

Исследование уровня тревожности осуществлялось по методике «Шкала тревоги Ч.Д. Спилберга», (адаптированная Ю.Л. Ханиным), результаты которой отражены в (на рисунках 11-12, в приложении Д).

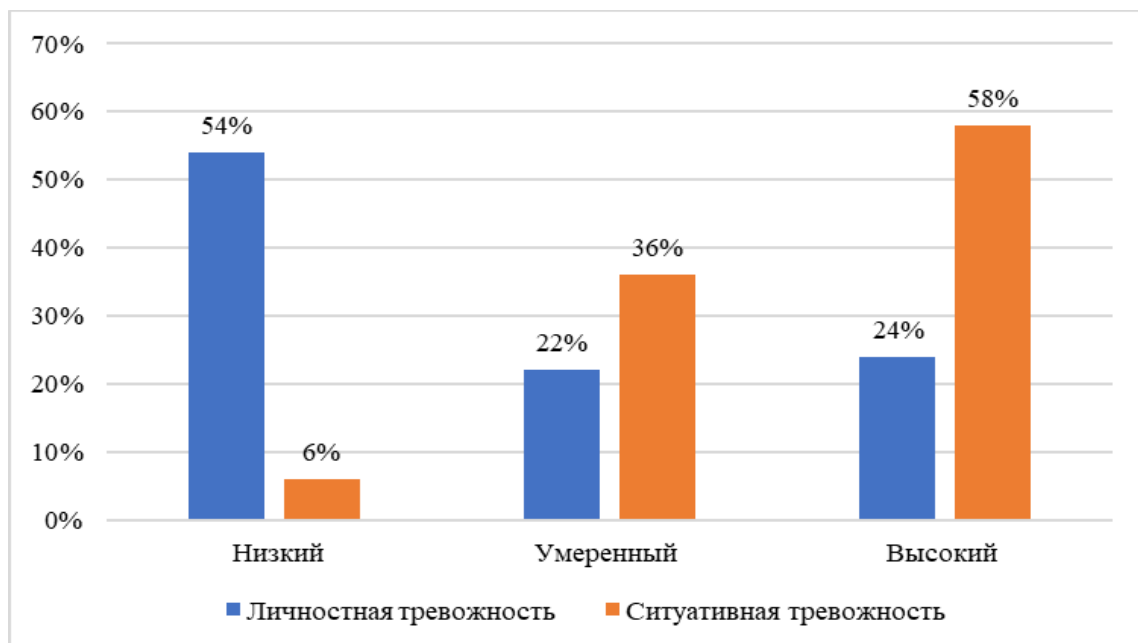


Рисунок 11 – Уровень распределения показателей ситуативной и личностной тревожности респондентов Группы 1

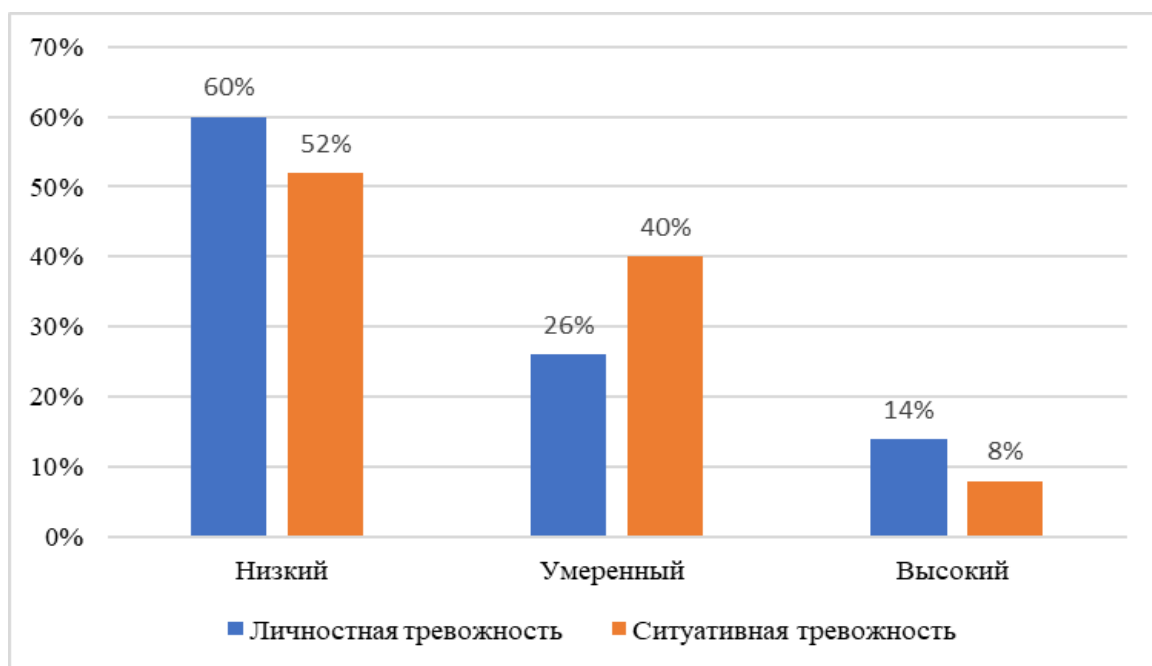


Рисунок 12 – Уровень распределения показателей ситуативной и личностной тревожности респондентов Группы 2

В соответствии с количественными значениями психодиагностического обследования уровня тревожности, были получены следующие данные:

– Преобладание умеренного уровня личностной тревожности и высокого уровня ситуативной тревожности, было выявлено у респондентов Группы 2, в данном случае можно предположить, что у респондентов проявляются признаки тестовой тревожности, которые не являются их постоянными личностными характеризующими, поэтому в других ситуациях данным респондентам свойственно проявление адекватных психоэмоциональных реакций в стрессовых ситуациях.

– Высокие показатели ситуативной тревожности были выявлены у респондентов Группы 1, для данных респондентов, после перенесенного заболевания COVID-19, является значительным стрессором проведение самооценки своего психоэмоционального состояния, так как они оценивают данное заболевание, как существенную угрозу для жизни. Респонденты во время проведения тестирования испытывали повышенное психоэмоциональное напряжение, повышенную тревожность и беспокойство

и реагировали достаточно нервозно. При высоком уровне личностной тревожности существует большая угроза для возникновения невротического конфликта, что может привести к психоэмоциональным срывам и обострению психосоматических и других заболеваний.

Методика «Четырехмерный опросник дистресса, депрессии, тревоги и соматизации», 4 ДДТС В. Terluin Et Al. (1996 год)», (адаптация А.Б. Смулевич и другими, 2014 год) была использована для дифференцированной психодиагностики и оценки степени выраженности симптомов вегетативных нарушений, психосоматических расстройств пограничного уровня. Результаты ответов респондентов обеих групп представлены в (Приложении Е), наглядно результаты четырехмерного опросника оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации респондентов обеих Групп представлены на (рисунке 13).

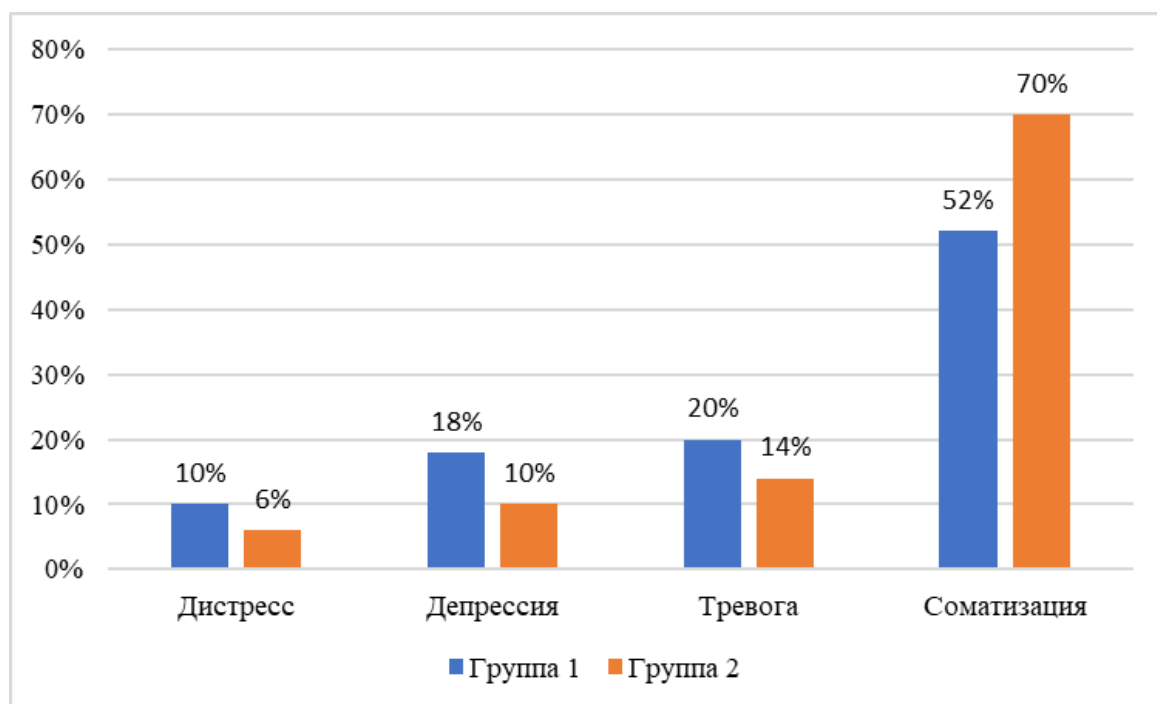


Рисунок 13 – Результаты четырехмерного опросника для оценки дистресса, депрессии, тревожности, соматизации респондентов обеих Групп, %

У респондентов Группы 2 выявлен достаточно высокий уровень соматизации - 70%, это обусловлено тем, что в данный момент времени при повышенном внимании и при проведении самооценки своего здоровья у

данных респондентов проявляются симптомы тревоги, которые были сформированы в качестве механизма психологической защиты от возможного риска заражения коронавирусом.

У респондентов Группы 1 выявлен показатель уровня тревожности - 20%, это обусловлено наличием после перенесенного заболевания COVID-19 субъективных признаков страха перед проведением любых медицинских и психодиагностических процедур. У данных респондентов также выявлены признаки тревожно-депрессивных расстройств, показатель соматизации составляет 52% - снижение моторной и мыслительной деятельности, негативный фон настроения, наличие психоэмоциональной напряженности, страха, чувства повышенной опасности, склонности к избеганию социальных контактов, склонность к усилению психоэмоционального напряжения и переживания данной ситуации по субъективным причинам.

Результаты психодиагностического обследования по методике «4ДДТС», выявили, что респонденты Группы 1, которые переболели заболеванием COVID-19, в большей степени имеют выраженные показатели, характеризующие признаки тревожности, депрессии и соматизации. Процент проявления признаков, дистресса составил у данной группы респондентов 10%, признаков депрессии 18%, это говорит о том, что респонденты не могут полностью самостоятельно адаптироваться после перенесенного заболевания. У респондентов Группы 2 процент дистресса, выявлен 6%, признаков депрессии 10%.

Таким образом, высокие показатели признаков тревоги, дистресса, депрессии и соматизации у респондентов Группы 1 указывают на значительные психологические и психофизиологические дисбалансы после перенесенного заболевания COVID-19. Эти показатели являются характеризующими признаками пандемической тревоги и определяющими влияние вируса на психологическое здоровье и благополучия.

Таким образом, можно сделать вывод, что результаты психодиагностического обследования респондентов Группы 1 и респондентов

Группы 2 имеют различия, а также результаты психодиагностического обследования выделяют специфику отличительных признаков, предикторов и индивидуально-личностных особенностей психологического благополучия лиц в период пандемии COVID-19:

– Исследование выявило, что факторы пандемии, влияющие на возникновение стрессовых ситуаций, могут быть разнообразными и включать в себя как физические, социальные, и информационные, так и индивидуально-личностные факторы.

– По результатам психодиагностического обследования можно провести спецификацию психологических, реакций, факторов рисков, как объективного, так и субъективного характера, выделить уязвимые категории респондентов, которые предрасположены к развитию различных типов психопатологических реакций.

– Индивидуально-личностные особенности каждого респондента, включая стресс-резилентность и способность к адаптации в стрессовых ситуациях, применения конструктивных механизмов саморегуляции, играют важную роль в определении уровня стресса для обеих групп респондентов.

– При анализе индивидуально-личностных психологических реакций на пандемию, является важным учитывать особенности копинг-стратегий, непродуктивные копинг-стратегии способствуют возникновению различных психопатологических эмоционально-поведенческих реакций, в виде постковидной дезадаптации, нарушениями психической деятельности.

– Степень стрессоустойчивости респондентов в период пандемии COVID-19, определяет их уровень психоэмоционального состояния, влияя не только на степень выраженности субъективных переживаний, но и на уровень самочувствия, активности, настроения, уровень тревожности и формирование признаков тревожных расстройств.

– По результатам психодиагностического обследования было выявлено, что большая часть респондентов Группы 1 имели низкие показатели психологического благополучия, а также признаки повышенной тревожности,

негативного психоэмоционального состояния, низкий уровень самочувствия, активности, настроения, признаки вегетативных нарушений и психосоматических расстройств.

– Психодиагностический инструментарий, используемый при психодиагностическом обследовании, позволил провести комплексное обследование не только всех предикторов психологического благополучия респондентов, но и определить их уровень актуального психоэмоционального и психофизиологического состояния.

– Психодиагностический инструментарий, использованный нами, может применяться психологами всех служб в практической деятельности, включая и экстренных служб, для проведения мониторинга психоэмоционального и функционального состояния, выявления признаков тревожных и депрессивных расстройств, состояний дезадаптации и психологического дискомфорта лиц, находящихся в стрессовых ситуациях.

– Исследование помогло выявить и оценить факторы, отличительные признаки, предикторы и индивидуально-личностные особенности, которые могут вызывать изменения психологического здоровья и благополучия в ситуациях повышенной стрессовой нагрузки, как в краткосрочном, так и в долгосрочном периоде времени.

Исследование отличительных признаков, предикторов и индивидуально-личностных особенностей стрессовых реакций, влияющих на динамику психологического здоровья и благополучия в контексте пандемии COVID-19, имеет высокую теоретическую и практическую значимость, так как предоставляет основу для разработки более эффективных мер по снижению психоэмоционального напряжения и развития стрессоустойчивости населения в условиях повышенных стрессовых нагрузок и кризисных ситуаций, а также для разработки мер индивидуальной психологической помощи в рамках проведения комплексной программы медико-психологической реабилитации пациентов, имеющих признаки психологического неблагополучия. Полученные результаты исследования могут служить основой для проведения

дальнейших изучений в области психологического благополучия людей, в кризисных условиях и изучения особенностей специфики проявления индивидуальных реакций организма на стресс в чрезвычайных ситуациях.

2.3 Математико-статистическая интерпретация результатов эмпирического исследования, формулировка выводов и обобщений отличительных признаков, динамики предикторов, индивидуально-личностных особенностей психологического благополучия лиц в период пандемии COVID-19

Результаты психодиагностического обследования респондентов Группы 1 и респондентов Группы 2 имеют существенные различия, для полного понимания особенностей стрессовых факторов пандемии COVID-19, оказывающих негативное воздействие на психологическое здоровье и благополучие, был проведен сравнительный анализ полученных результатов психодиагностического обследования респондентов Группы 1 и респондентов Группы 2. При этом, важным было установить есть ли взаимосвязи, как положительного характера, так и отрицательного характера стрессовых факторов пандемии COVID-19 с психологическим благополучием у респондентов обеих Групп. Для проведения сравнительного анализа были применены методы оценки различий между двумя независимыми выборками и метод вычисления коэффициента корреляции. С помощью программы SPSSv2 были созданы корреляционные матрицы. Первоначально, для проведения сравнения выраженности показателей исследования респондентов обеих Групп по всем методикам применяемого психодиагностического инструментария между собой, был использован непараметрический статистический критерий U-Манна-Уитни, результаты представлены на (рисунке 14).

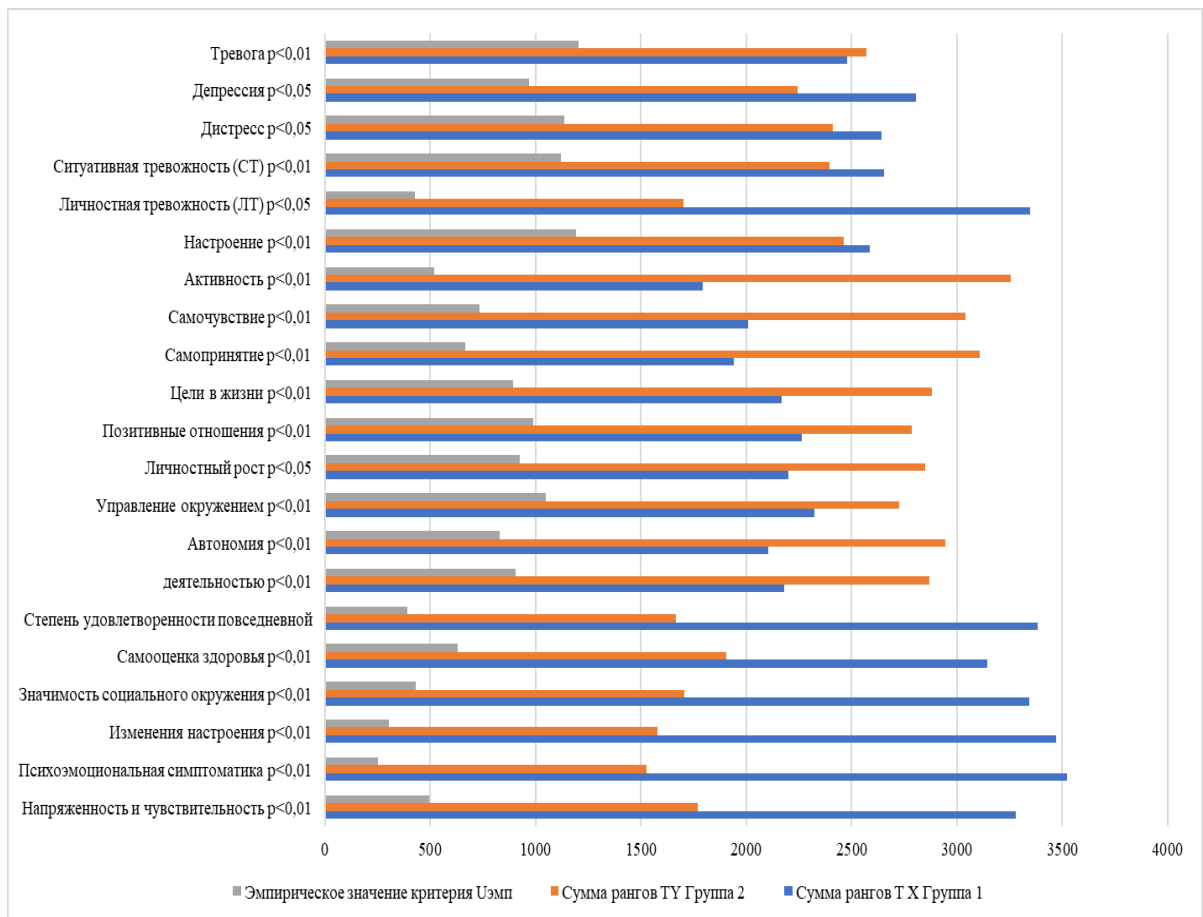


Рисунок 14 – Эмпирические значения критерия U-Манна-Уитни

Таким образом, можно сделать вывод, что полученные результаты психодиагностического обследования респондентов Группы 1 и респондентов Группы 2 имеют допустимые различия. Для анализа количественной оценки взаимосвязей между шкалами результатов психодиагностического обследования, был использован корреляционный анализ коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Полученные результаты корреляционного анализа позволили определить статистически значимые положительные корреляционные взаимосвязи, эмпирическое значение которых представлено на (рисунке 15).

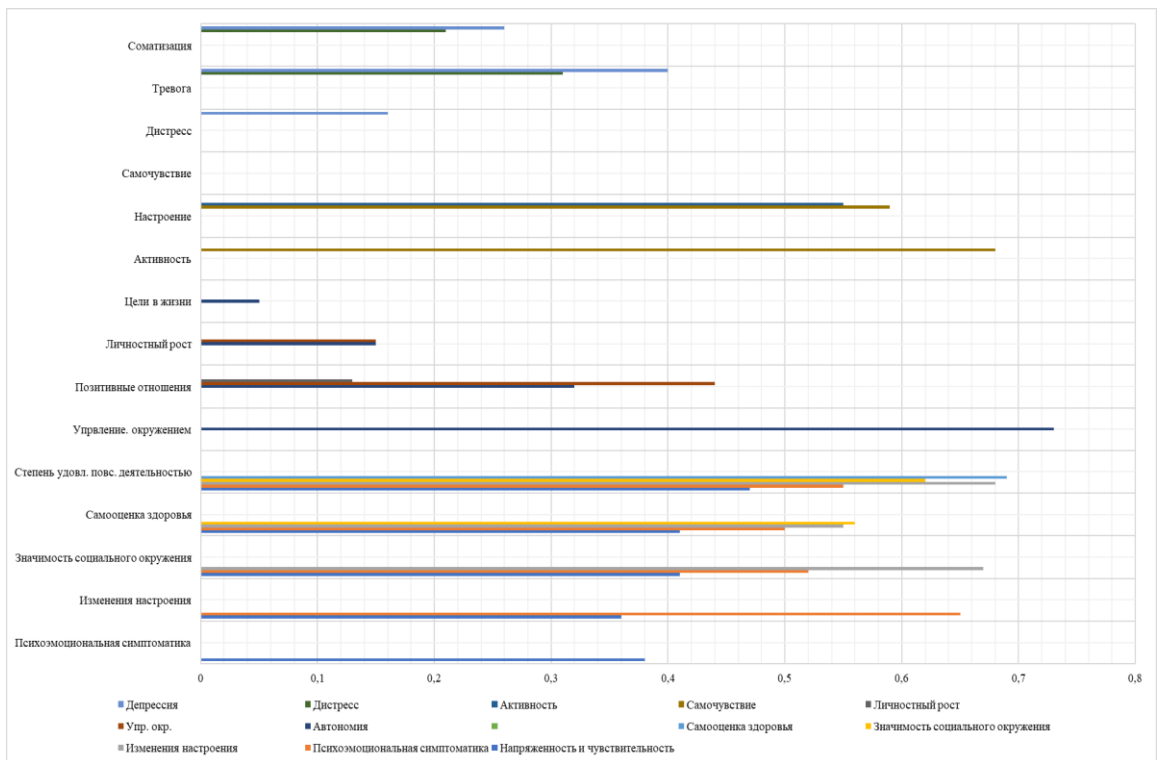


Рисунок 15 – Эмпирическое значение положительных корреляционных взаимосвязей по коэффициенту ранговой корреляции Спирмена

Выявленная положительная корреляция свидетельствует о том, что при увеличении (уменьшении) значений одной переменной, происходит увеличение (уменьшение) значений другой переменной, то есть устанавливаются взаимосвязи по типу увеличение-увеличение или уменьшение-уменьшение, наглядно результаты взаимосвязей представлены на (рисунках 16-19).

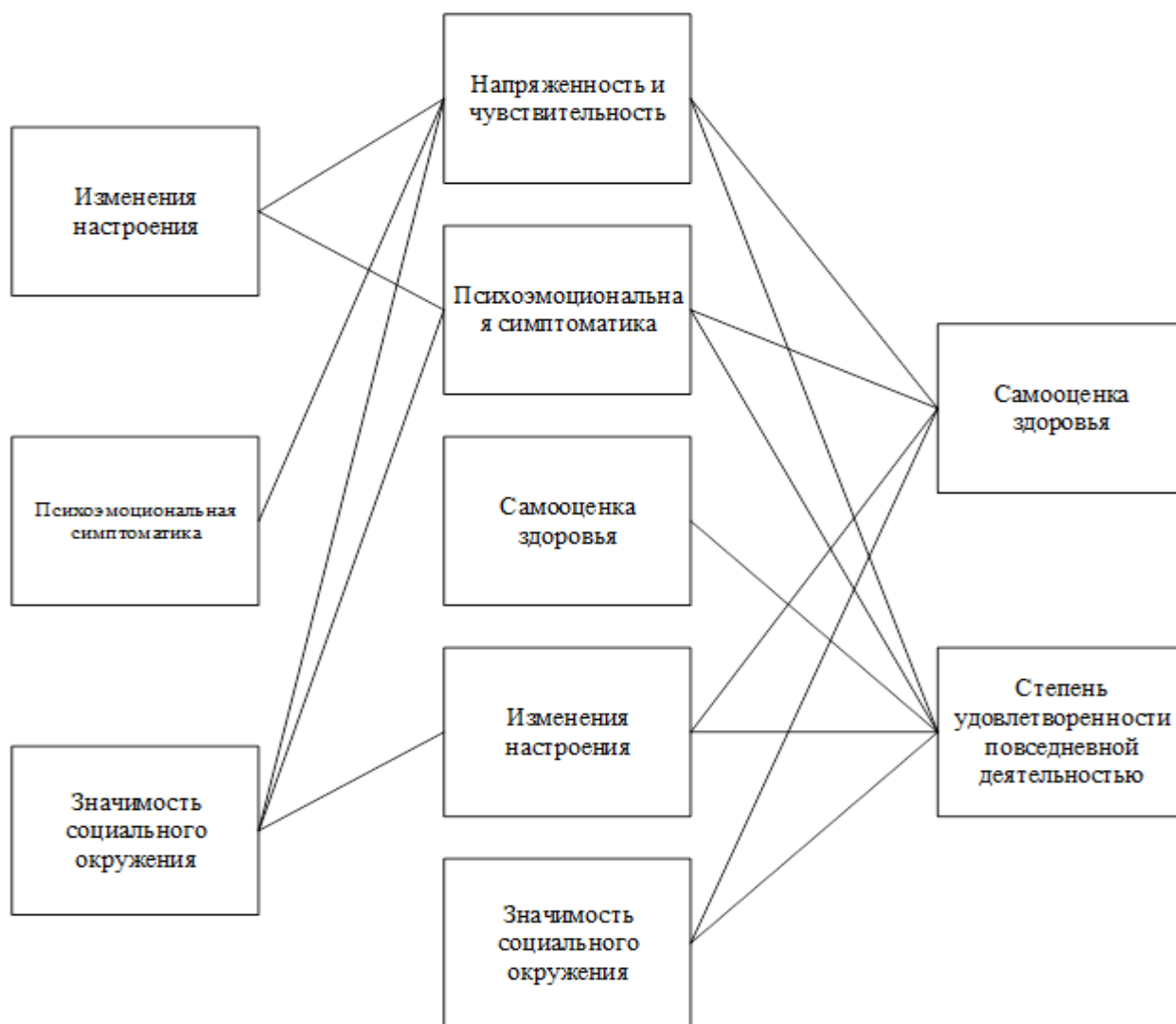


Рисунок 16 – Значимые коэффициенты корреляции Спирмена (RS) компонентов субъективного благополучия

Выявлены следующие значимые положительные корреляционные взаимосвязи компонентов субъективного благополучия:

- между психозмоциональной симптоматикой, напряженностью и чувствительностью ($r=0,38$ при $p < 0,01$);
- между изменением настроения, напряженностью и чувствительностью ($r=0,36$ при $p < 0,01$);
- между изменением настроения и психозмоциональной симптоматикой ($r=0,65$ при $p < 0,01$);
- между значимостью социального окружения, напряженностью и чувствительностью ($r=0,41$ при $p < 0,01$);

- между значимостью социального окружения и психоэмоциональной симптоматикой ($r=0,52$ при $p < 0,01$);
- между значимостью социального окружения и изменением настроения ($r=0,67$ при $<0,01$);
- между самооценкой здоровья, напряженностью и чувствительностью ($r=0,41$ при $p < 0,01$);
- между самооценкой здоровья и психоэмоциональной симптоматикой ($r=0,50$ при $p < 0,01$);
- между самооценкой здоровья и изменением настроения ($r=0,55$ при $p < 0,01$);
- между самооценкой здоровья и значимостью социального окружения ($r=0,56$ при $p < 0,01$);
- между степенью удовлетворенности повседневной деятельностью, напряженностью и чувствительностью ($r=0,47$ при $p < 0,01$);
- между степенью удовлетворенности повседневной деятельностью и психоэмоциональной симптоматикой ($r=0,55$ при $p < 0,01$);
- между удовлетворенностью повседневной деятельностью и изменением настроения ($r=0,68$ при $<0,01$);
- между степенью удовлетворенности повседневной деятельностью и значимостью социального окружения ($r=0,62$ при $p < 0,01$);
- между степенью удовлетворенности повседневной деятельностью и самооценкой здоровья ($r=0,69$ при $p < 0,01$).



Рисунок 17 – Значимые коэффициенты корреляции Спирмена (RS) компонентов психологического благополучия

Выявлены значимые положительные корреляционные взаимосвязи компонентов психологического благополучия:

- между управлением окружения и автономией ($r=0,73$ при $p<0,01$);
- между личностным ростом и автономией ($r=0,15$ при $p<0,05$);
- между личностным ростом и управлением окружения ($r=0,15$ при $p<0,05$);
- между позитивными отношениями и автономией ($r=0,32$ при $p<0,01$);
- между позитивными отношениями и управлением окружения ($r=0,44$ при $p<0,01$);
- между позитивными отношениями и личностным ростом ($r=0,13$ при $p<0,01$);
- между целями в жизни и автономией ($r=0,05$ при $p<0,01$).



Рисунок 18 – Значимые коэффициенты корреляции Спирмена (RS) компонентов психоэмоционального и функционального состояния

Выявлены значимые положительные корреляционные взаимосвязи компонентов психоэмоционального, функционального состояния:

- между активностью и самочувствием ($r=0,68$ при $p<0,01$);
- между настроением и самочувствием ($r=0,59$ при $p<0,01$);
- между настроением и активностью ($r=0,55$ при $p<0,01$).

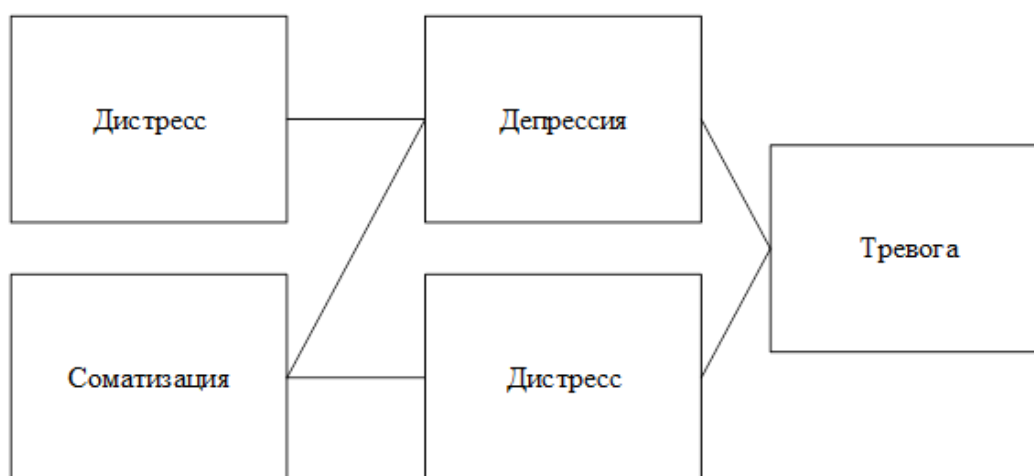


Рисунок 19 – Значимые коэффициенты корреляции Спирмена (RS) вегетативных психосоматических расстройств

Выявлены значимые коэффициенты корреляции вегетативных психосоматических расстройств:

- между дистрессом и депрессией ($r=0,16$ при $p<0,05$);
- между тревогой и дистрессом ($r=0,31$ при $p<0,05$);
- между тревогой и депрессией ($r=0,40$ при $p<0,05$);
- между соматизацией и дистрессом ($r=0,21$ при $p<0,05$);
- между соматизацией и депрессией ($r=0,26$ при $p<0,05$).

Полученные результаты исследования, позволяют подтвердить экспериментальную гипотезу исследования о том, что после применения комплексной программы медико-психологической реабилитации у лиц, перенесших заболевание COVID-19, ожидается статистически значимое повышение функциональных показателей организма, включая улучшение психоэмоционального состояния и оптимизацию психологического благополучия. Успешная медико-психологическая реабилитация будет способствовать не только физическому восстановлению, но и психологической адаптации к негативным последствиям заболевания COVID-19.

Степень выраженности негативных психоэмоциональных состояний респондентов, возникновение которых обусловлено стрессовыми ситуациями пандемии COVID-19, являются связующим звеном для формирования психофизиологических изменений в организме, которые в свою очередь, находятся во взаимосвязи с изменениями уровня психологического здоровья и благополучия. Уровень выраженности данной взаимосвязи является более выраженным у респондентов Группы 1, которые переболели заболеванием COVID-19. Сравнительный анализ результатов исследования позволяет выявить существующие различия и взаимосвязи между характеризующими факторами стрессовых ситуаций, связанных с пандемией COVID-19, и психологическим благополучием, а также и понять, как, и в какой степени некоторые факторы, являющиеся стрессорами пандемии, такие, как психосоциальная поддержка, уровень информационного обеспечения и доступа информации о коронавирусной инфекции, индивидуально-

личностные особенности, уровень стресс-резилентности, уровень адаптации, и механизмы саморегуляции, могут оказывать в различной степени влияние на разные группы респондентов. Важно отметить, что уровень физического, психического, психологического здоровья, психоэмоционального состояния и различного характера медицинские факторы, влияющие на ухудшение психологического благополучия, в более существенной степени являются актуальными для респондентов Группы 1. Полученные результаты исследования могут быть основополагающими данными при выборе индивидуальных методов и подходов оказания психологической помощи в рамках проведения комплексной программы медико-психологической реабилитации, с учетом индивидуальных показателей психофизиологического, психоэмоционального состояния, уровня нервно-психического напряжения.

2.4 Рекомендации по психологическому сопровождению лиц, перенесших заболевание COVID-19, в рамках проведения программы медико-психологической реабилитации, с учетом особенностей характера и признаков нарушений психоэмоционального состояния, психологического благополучия, выявленных при проведении исследования

Комплексные реабилитационные мероприятия являются необходимыми для обеспечения полноценной медико-психологической поддержки и помощи пациентам, перенесшим заболевание COVID-19, способствующие восстановлению и адаптации к новой жизненной реальности после перенесенного заболевания, а также оптимизации психологического благополучия [4, 11, 65]. Психологическая составляющая комплексной программы медико-психологической реабилитации должна быть направлена на снижение уровня тревожности и депрессии, симптомов посттравматических стрессовых расстройств, формирования

психоэмоциональной устойчивости, и эффективных копинг-стратегий. В процессе реабилитации особое внимание следует уделять индивидуальному подходу к каждому пациенту, учитывая его индивидуально-личностные особенности и потребности, чтобы обеспечить достижение положительного результата, повышения качества жизни и уровня физического, психического, и психологического здоровья пациентов после перенесенного заболевания COVID-19 [10, 27, 67].

При разработке, выборе мероприятий психологической помощи данной программы мы исходили из убеждения, что медико-психологическая реабилитация пациентов, перенесших заболевание COVID-19, имеет первостепенное значение с целью обеспечения их полноценного восстановления и улучшения физического, психического состояния, психологического здоровья, и благополучия. Медико-психологическая реабилитация должна быть комплексной и включать в себя не только психологическую, но и меры медицинской, физической, социально-бытовой, профессиональной реабилитации, которые необходимы для полного здоровья и функциональной активности пациентов после перенесенного заболевания COVID-19. Индивидуальный план реабилитационной программы в зависимости от степени физической активности и выносливости пациента, должен включать в себя упражнения с дозированной физической нагрузкой, элементов психогимнастики и ЛФК, дыхательной гимнастики, методы релаксации, необходимых для полного восстановления актуального функционального состояния и увеличения психической выносливости [15, 21, 47]. Данные реабилитационные направления объединяются в рамках программы медико-психологической реабилитации для достижения основной цели - улучшения психофизиологического состояния и психологического благополучия лиц, коррекции негативных механизмов адаптации, паттернов поведения и мышления после перенесенного заболевания COVID-19 [14, 26, 34]. При составлении индивидуальной программы медико-психологической реабилитации, необходимо учитывать многие психофизиологические аспекты,

критерии и показатели, характеризующие специфику и степень тяжести осложнений после перенесенного заболевания COVID-19 [40, 49, 66]. Эффективность программы обеспечивается проведением мониторинга показателей функционального состояния, физической и психической выносливости, адаптационного потенциала, механизмов саморегуляции и качества жизни пациентов, перенесших заболевание COVID-19 [1, 18, 22].

Полученные результаты эмпирического исследования имеют высокую практическую значимость для систематизации и структурирования существующей методологической базы и инструментария, рекомендованных Минздравом России для составления программ психологической помощи в рамках проведения медико-психологической реабилитации пациентов после перенесенного заболевания COVID-19. Полученные результаты психодиагностического исследования, которое было проведено в нашей исследовательской работе, характеризуют наличие разнообразных психофизиологических показателей у респондентов, кто переболел заболеванием COVID-19, и специфика данных показателей должна являться основополагающим фактором при составлении индивидуальной программы психологической помощи при проведении комплексной медико-психологической реабилитации. Разнообразие показателей результатов психодиагностического обследования, подчеркивает необходимость индивидуального подхода при проведении реабилитации, с учетом специфики проявления, степени выраженности признаков психологического здоровья и благополучия. Индивидуальный подход нацелен и ориентирован на дифференциацию методов психологической помощи при проведении медико-психологической реабилитации для различных аспектов психофизиологических состояний, степени проявления признаков вегетативных психосоматических расстройств.

Для оказания психологической помощи в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации были разработаны цель,

задачи, направления и виды реабилитационной деятельности, этапы, принципы, методы, структура и план реабилитационных мероприятий.

Цель психологической программы комплексной медико-психологической реабилитации - разработка индивидуальных психологических мероприятий для комплексной программы медико-психологической реабилитации для респондентов с признаками психологического неблагополучия после перенесенного заболевания COVID-19, направленных на восстановление их психофизиологического состояния, улучшения качества жизни и уровня адаптации.

Задачи психологической программы комплексной медико-психологической реабилитации:

– Отработка психотравматизирующих событий и развитие эффективных навыков совладания в стрессовых ситуациях, психологической устойчивости и индивидуально-личностных ресурсов для адаптивного преодоления неблагоприятных ситуаций, связанных с заболеванием COVID-19.

– Изменение негативных паттернов поведения и мышления с целью изменения отрицательных воздействий заболевания COVID-19 и его последствий, нейтрализации эмоциональных конфликтов и улучшения межличностных отношений.

– Повышение уровня самосознания и волевой саморегуляции, развитие способности к рефлексии, содействие формированию адекватных личностных реакций на заболевание.

– Способствовать формированию установок на повышение приверженности к проводимому лечению у респондентов, перенесших заболевание COVID-19.

Адресат психологической программы комплексной медико-психологической реабилитации - целевой аудиторией психологической программы комплексной медико-психологической реабилитации являются лица, у которых присутствуют признаки нарушения физического,

психического, психологического здоровья и благополучия после перенесенного заболевания COVID-19.

Направления и виды деятельности психологической программы комплексной медико-психологической реабилитации:

– Клинико-психологическая диагностика и планирование психологической программы медико-психологической реабилитации - проведение психологических и психофизиологических оценок состояния респондентов с целью диагностики психических функций и психологических особенностей, функционального состояния, паттернов поведения, субъективного отношения к своему заболеванию и выявление наличия патологических состояний.

– Психологическая реабилитация - это индивидуальная и на определенных этапах групповая психокоррекционная работа, психотерапевтические сессии, психологические тренинги для снижения эмоционального и физиологического напряжения, минимизация дисфункциональных признаков, коррекция стратегий поведения и мышления, формирования положительных перспектив будущего и ценностей настоящего времени.

– Консультативная помощь - проведение индивидуальных психологических консультаций для участников психологической программы комплексной медико-психологической реабилитации, так и для их родственников, которые позволяют выяснить индивидуально-личностные проблемы клиента, особенности его переживаний и отношения к заболеванию.

– Информационно-просветительская деятельность - предоставление медико-психологической информации, проведение психологического обучения с целью повышения психологической осведомленности и психологической грамотности о специфике заболевания и возникновения различных осложнений с целью понимания своих психологических процессов, умения управлять своими мыслями и эмоциями.

– Физическая реабилитация - разработка индивидуальных программ физических методов реабилитации с дозированными физическими нагрузками, мониторинг и поэтапное увеличение физических нагрузок, в соответствии с динамикой.

Принципы психологической программы медико-психологической реабилитации:

– Принцип безотлагательности и раннего начала реабилитации - начало реабилитационных мероприятий должно осуществляться как можно раньше после перенесенного заболевания COVID-19, с целью профилактики возникновения психических и психологических расстройств.

– Принцип максимального синергического сотрудничества и комплексного подхода - реабилитационная программа должна включать в себя многоуровневые и системные мероприятия, с учетом физических, психических, психологических показателей состояния пациента, поэтому реабилитационный процесс осуществляется различными специалистами мультидисциплинарных бригад.

– Принцип индивидуальности и гибкости - каждая программа реабилитации составляется индивидуально для конкретного пациента, с учетом степени выраженности его показателей здоровья, психоэмоционального состояния и уровня адаптированности после перенесенного заболевания COVID-19.

– Принцип этапности, постоянной коррекции и мониторинга программы реабилитации - для оценки степени эффективности реабилитационного воздействия, требуется оценка достигнутых результатов.

– Принцип психологической готовности пациента к реабилитации - успешность реабилитационного процесса зависит от психологической готовности пациента к изменениям своего психофизиологического состояния и от степени активного участия в процессе реабилитации и реабилитационного потенциала.

– Принцип непрерывности и завершенности - реабилитационный процесс должен быть непрерывным и завершенным, обеспечивая пациенту необходимую психосоциальную поддержку и помощь на всех его этапах.

Примерная структура психологической программы медико-психологической реабилитации:

Формулировка индивидуальных целей программы реабилитации:

- объяснение пациенту целей и задач реабилитации;
- определение основных этапов реабилитации;
- в сотрудничестве с пациентом определяются конкретные цели и ожидания от реабилитации;
- установление показателей успеха для каждой цели;
- мотивирование пациента для прохождения реабилитации.

Клинико-психологическое обследование:

- сбор анамнеза пациента, изучение психогенезиса личности;
- оценка психофизиологического состояния пациента;
- оценка уровня эмоционального состояния пациента;
- оценка паттернов мышления и поведения пациентов.

Планирование реабилитационных мероприятий для специалистов:

- выбор методов и техник медико-психологической реабилитации, включая физическую, нейрофизиологическую и психофизиологическую реабилитацию;
- установление последовательности и длительности реабилитационных мероприятий;
- составление индивидуального плана-маршрутизации реабилитационного процесса для каждого пациента.

Реализация реабилитационных мероприятий:

- проведение психофизической тренировки (саморегуляции) с применением методов нейромышечной релаксации, медитации, биологически-обратной связи и аутотренинга, массажей, фито- и ароматерапии;

- проведение индивидуальных психологических тренингов;
- проведение индивидуальных психотерапевтических сессий;
- проведение просветительских психологических программ.

Мониторинг и оценка эффективности реабилитационных мероприятий:

- периодическая экспресс-оценка психического, психофизиологического состояния пациентов;
- промежуточный мониторинг эффективности реабилитационного процесса;
- при необходимости внесение корректив в индивидуальный план реабилитационного процесса;
- итоговая оценка эффективности реабилитационных мероприятий.

Завершение реабилитационной программы и переход к психологическому сопровождению после завершения программы реабилитации:

- составление итогового прогноза реабилитации, подготовка индивидуальных рекомендаций;
- планирование дальнейшего медицинского и психосоциального сопровождения.

Сроки реализации психологической программы медико-психологической реабилитации - продолжительность психологической программы медико-психологической реабилитации зависит от многих факторов и может составлять, от нескольких недель, до нескольких месяцев.

Критерии оценки эффективности психологической программы медико-психологической реабилитации:

- Уровень мотивационного потенциала отношения к заболеванию и лечению - эффективная психологическая программа медико-психологической реабилитации должна способствовать формированию и поддержанию положительного отношения пациента к своему заболеванию, настроя на реабилитационный процесс, личностного участия в реабилитационном процессе.

– Изменения динамики психофизиологического состояния - эффективная психологическая программа медико-психологической реабилитации должна способствовать улучшению психоэмоционального, функционального состояния и оптимизации уровня психологического благополучия.

– Наличие эффективных механизмов адаптации и саморегуляции - пациенты в процессе реабилитации должны освоить эффективные копинг-стратегии совладания с трудными и кризисными ситуациями, решения жизненных задач, управления психоэмоциональным состоянием.

– Психосоциальная адаптация - эффективная психологическая программа медико-психологической реабилитации позволяет интегрированию уровня психосоциальной адаптации пациентов, восстановлению степени активности, уровня социального взаимодействия и трудоспособности после перенесенного заболевания.

– Изменения профиля тревожности и депрессивных расстройств - реабилитация помогает улучшению психоэмоциональной сферы, развитию стрессоустойчивости, умению управлять своими эмоциями, проведению самооценки своего психоэмоционального состояния и оказанию психологической самопомощи.

– Долгосрочные результаты - конечной целью психологической программы медико-психологической реабилитации является, как краткосрочные, так и долгосрочные положительные перспективы изменений в лучшую сторону психофизиологического и функционального состояния, психологического благополучия пациентов, наличия позитивных целей в их жизни.

Стандартных медико-психологических реабилитационных программ для пациентов, перенесших заболевание COVID-19, не существует, так как план мероприятий составляется индивидуально для каждого пациента, переболевшего заболеванием COVID-19, с учетом степени выраженности и

показателей психофизиологического, психоэмоционального и функционального состояния, анализом суицидальных рисков.

Выборка участников психологической программы медико-психологической реабилитации (МПР) осуществлялась по результатам проведенного психодиагностического обследования, для прохождения психологической программы в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации были выбраны респонденты, имеющие признаки психологического неблагополучия, нарушений психофизиологического состояния и нуждающиеся в дополнительной медицинской и психосоциальной помощи, количество которых составило 50% от всей выборки. Согласно результатам проведенного психодиагностического обследования, было выявлено, что перенесенное заболевание COVID-19, вызывает различные психологические последствия негативного характера, наиболее часто встречаемые такие, как ухудшение функционального состояния, появление негативных эмоций, повышенного уровня тревожности, который проявляется в виде беспокойства, страха за свое здоровье и за риск повторного заражения, признаки вегетативных психосоматических расстройств. Многие респонденты отмечают, что у них после перенесенного заболевания возникают трудности в межличностном общении, которые связаны с негативным восприятием заболевания COVID-19, как ими самими, так и окружающими. Также многими респондентами было отмечено, что после перенесенного заболевания они утратили интерес к жизни, ввиду постоянных признаков усталости, раздражительности и плохого самочувствия. Из основных негативных психофизиологических последствий после перенесенного заболевания COVID-19, которые были обнаружены у респондентов, можно выделить следующие:

- у 88% респондентов страх перед рецидивом и осложнениями, который являлся одним из основных источников повышенной тревожности;

- у 52% респондентов сформировалось отрицательное восприятие перенесенного заболевания COVID-19, что также способствовало усилению проявления негативных эмоций;

- 97,8% респондентов отметили то, что перенесенное заболевание COVID-19 повлияло на их жизненные планы и перспективы, так как из-за длительного стационарного лечения у некоторых респондентов снизился уровень материального дохода, некоторые респонденты потеряли работу, что вызывало чувство беспомощности и отчаяния, утраты контроля над своей жизнью, и это дополнительно усиливало уровень тревожности;

- у 86% респондентов были выявлены негативные психоэмоциональные реакции, появление которых было обусловлено из-за субъективной оценки создавшейся ситуации, вызванной заболеванием COVID-19, которые включают в себя панику, беспокойство, повышенную тревожность, раздражение, гнев, чувство вины, пессимистический настрой. Некоторые респонденты отметили, что испытывают ночные кошмары, повторяющиеся пугающие мысли и чрезмерную тревогу;

- у 18% респондентов выявлены симптомы депрессии, которые выражены в достаточно существенной степени, таких, как уныние и потеря интереса к ранее приятным занятиям, увлечениям, снижение самооценки, плохое настроение, раздражительность, апатия, расстройства сна;

- 47% респондентов выявлено снижение когнитивных способностей, таких как мыслительные, нарушения памяти, концентрации внимания, что негативно влияет на их профессиональную деятельность и личную жизнь;

- у 64% респондентов были выявлены признаки длительных стрессовых реакций, симптомы ПТСР, вызывающие изменения личности, утрату способности адаптироваться к происходящему и требующие коррекции психоэмоционального состояния, а также проведения динамического контроля, и мониторинга психофизиологических показателей.

- у 78% респондентов были выявлены нарушения уровня функциональных систем организма, вызывая нарушения механизмов

психофизиологической и социально-психологической адаптации, снижение уровня толерантности к стрессу, уровня физического, психического здоровья;

- у 88% респондентов, которые проходили длительное лечение в стационаре по поводу заболевания COVID-19, были выявлены признаки травматического опыта от госпитализации и лечения, связанными с медицинскими процедурами, интенсивной терапией, что приводит к вспышкам эмоционального стресса при каждом посещении медицинского учреждения;

- у 58% респондентов выявлен страх смерти из-за заболевания COVID-19, который остался и после выписки из стационара, проявляющийся в панических атаках и ночных кошмарах;

- у 60% респондентов были выявлены признаки нарушения психосоциальной адаптации к обычной жизни после выздоровления, которые проявлялись в виде чувства отчуждения от окружающих, утрате интереса к жизни, нарушениями паттернов поведения и механизмов саморегуляции;

- у 68% респондентов после перенесенного заболевания COVID-19, были выявлены признаки снижения уровня самооценки, вызывающие чувство некомпетентности и снижения привлекательности, неспособности к конструктивному взаимодействию с окружающими;

- у 52% респондентов были выявлены признаки социальной изоляции и одиночества, вызывающие чувство психологического дискомфорта.

При наличии двух или более из вышеуказанных симптомов, рекомендуется прохождение курса медико-психологической реабилитации, направленной на оказание комплексной медико-психосоциальной помощи респондентам для адаптации после перенесенного заболевания COVID-19. Исходя из результатов психодиагностического, медицинского обследования, респонденты для курса прохождения психологической программы комплексной медико-психологической реабилитации были разделены на три группы, учитывая уровень способности к восстановлению функционального состояния организма и реабилитационного потенциала:

- Группа 1 - в которую были включены 64% процентов респондентов, имеющих высокий уровень способности к восстановлению функционального состояния, у которых перенесенное заболевание COVID-19 не привело к развитию патологии. Для этой группы респондентов проводились индивидуальные реабилитационные мероприятия, направленные на компенсацию состояний, поддержание и нормализацию психоэмоционального, физического состояния в амбулаторно-поликлинических условиях. Реабилитационные мероприятия осуществлялись не реже одного раза в 48 часов, продолжительность одного мероприятия 40-50 минут, сроки проведения реабилитационных мероприятий составляли 6 недель, повторный курс проводится при необходимости, но не ранее, чем через полгода после завершения первого курса.

Для данной группы реабилитантов предлагается индивидуальная программа психологической помощи в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации, направленная на восстановление психоэмоционального состояния и адаптационных ресурсов организма.

Основной целью данной программы является оказание психоэмоциональной поддержки и обучение реабилитантов навыкам самостоятельного управления психоэмоциональным состоянием, а также обучение основным методам психологической самопомощи и саморегуляции. Программа включала в себя разнообразные методики психологической работы, в том числе техники стресс-менеджмента (релаксации, психической саморегуляции, медитации, прогрессивно-мышечной релаксации, аутотренинга, позитивной аффирмации (самовнушения), тренинги по управлению эмоциями, сеансы психотерапии, мероприятия психологической профилактики и просвещения. Важной составляющей программы является формирование у реабилитантов позитивного самопринятия и повышение уровня самооценки, улучшение взаимоотношений с окружающими, восстановление эффективных адаптационных процессов, развитие

адаптивных стратегий, и методов саморегуляции, и формирование позитивных психологических ресурсов в отношении собственного здоровья.

- Группа 2 - в которую были включены 25% респондентов, имеющих средний уровень к восстановлению функционального состояния, нарушения в адаптации и саморегуляции, для проведения реабилитационных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях. Периодичность реабилитационных мероприятий - не реже одного раза в 48 часов, продолжительность мероприятия 40-50 минут, сроки проведения от 6 до 12 недель, повторный курс проводится при необходимости, но не ранее, чем через полгода после завершения первого курса.

Реабилитанты данной группы имеют функциональные нарушения, снижение уровня активности и затруднения в повседневной жизни, уровня паттернов саморегуляции: когнитивного, эмоционального, волевого. Основная цель индивидуальной программы психологической помощи в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации для реабилитантов группы 2 ориентирована на предотвращение дальнейшего прогрессирования патологии после перенесенного заболевания и восстановления утраченных функций, коррекцию нарушенных механизмов стрессоустойчивости, адаптации и саморегуляции.

При осуществлении выбора психотерапевтических методов для данной группы реабилитантов должны учитываться функциональные и психофизиологические изменения, результаты медицинского, клинко-диагностического, психодиагностического обследования. Основными методами психотерапии для данной группы реабилитантов являлись: рациональная психотерапия (разъяснение причин и специфики возникновения психотравмирующего стресса в результате перенесенного заболевания), поведенческая психотерапия (формирование и развитие навыков активной жизнедеятельности в условиях психотравмирующей ситуации), личностно-ориентированная психотерапия (формирование навыков саморегуляции, повышение уровня самооценки, повышение психоэмоциональной

устойчивости, формирование личностной ответственности за собственное психоэмоциональное состояние), методы аутогенной тренировки (по методу Иоганна Шульца), психологическая профилактика и просвещение.

- Группа 3 - в которую были включены 11% процентов респондентов с признаками декомпенсированного состояния, низким уровнем способности к восстановлению функционального состояния после перенесенного заболевания COVID-19, имеющие признаки посттравматических или депрессивных расстройств, острой или хронической соматической патологии в стадии обострения, нарушения адаптации, для которых требуется продолжительная реабилитация в стационарных отделениях медицинской реабилитации или в санаторно-курортных условиях.

Для реабилитантов Группы 3 клинико-экспертной комиссией медицинского учреждения были подготовлены заключения, отражающие психофизиологическое состояние, позволяющее определить оптимальные методы медико-психологической реабилитации. Индивидуальные программы реабилитации и перечень необходимых мероприятий разрабатывались специалистами мультидисциплинарной реабилитационной бригады, с учетом реабилитационного потенциала каждого респондента, согласно рекомендациям, представленными в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.11.2022 №727н «О внесении изменений в Порядок организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 788н». В состав мультидисциплинарной реабилитационной команды (бригады) (МДРК) входят следующие специалисты: врач-реабилитолог, врач-терапевт, врач-психиатр, врач-физиотерапевт, врач-невролог, врач-кардиолог, врач-профпатолог, врач функциональной диагностики, врач-инфекционист, врач по лечебной физкультуре, врач-рефлексотерапевт, врач-психофизиолог, медицинский психолог, инструктор-методист по лечебной физкультуре, медицинская сестра по физиотерапии, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по рефлексотерапии.

Для данной группы реабилитантов является целесообразным осуществлять реабилитационные мероприятия в условиях постоянного наблюдения и контроля медицинских специалистов. Стандартная схема проведения реабилитационных мероприятий осуществляется один раз каждые 48 часов, продолжительность от 12 (продолжительность реабилитационного курса рассчитывается от степени выраженности тяжести протекания заболевания, клинической симптоматики, скорости прогрессирования, стадии патологии, воздействующих факторов и так далее), повторный курс проводится при необходимости, но не ранее, чем через полгода после прохождения первого курса.

Основная цель программы оказания психологической помощи реабилитантам группы 3 в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации заключается в восстановлении нарушенных утраченных психофизиологических функций, выявление корреляционных связей между началом заболевания и формированием последующих симптомов депрессивных или посттравматических расстройств, наличием важных признаков изменений психоэмоционального и функционального состояния, качества жизни, и работоспособности, повседневной активности.

Выбор методов оказания психологической помощи зависит от уровня здоровья, психоэмоционального состояния и преобладания выраженности специфики проявления клинической симптоматики (психической, невротической, соматической, диссоциативной, деперсонализированной). Индивидуальные программы реабилитации включают в себя достаточно широкий спектр медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на восстановление и поддержание психоэмоционального, физического и психосоциального благополучия.

Психотерапевтические методы, которые были использованы для реабилитантам группы 3, включали в себя: когнитивно-поведенческую психотерапию (обучение приемам самонаблюдения и саморегуляции психоэмоционального состояния, приемам нервно-мышечной релаксации,

техникам визуализации, переключения и отвлечения внимания (боль, неприятные ощущения), интерперсональная терапия, психодинамическая терапия, приемы программирования желаемого поведения, методы арт-терапии, методы цвето- и ароматерапии, методы биологической обратной связи (БОС), развитие стратегий эмоциональной стабильности, преодоления и адаптации к новым условиям жизни после перенесенного заболевания, психологическая профилактика и просвещение. При выборе психотерапевтических методов особое внимание уделяется лечению посттравматических и депрессивных расстройств, а также развитию стратегий адаптации и управлению симптомами хронической патологии. Важной составляющей программы является формирование позитивного жизненного взгляда, мотивации и восстановление психологического благополучия.

Для родственников и близкого окружения респондентов проводились профилактические и психокоррекционные мероприятия, которые включали в себя:

- Групповые методы психокоррекции, включая сеансы аутогенной тренировки по методу немецкого психиатра Йоганнеса Генриха Шульца (техники самовнушения), техники саморегуляции (дыхательные техники), обучение навыкам управления, саморегуляции, сознательно-волевого контроля своих эмоций, с использованием методики «Ключ к себе» Х.М. Алиева, а также сеансы, включающие элементы телесно-ориентированной психотерапии и прогрессивно-мышечной релаксации по методу Джекобсона.

- Мероприятия с применением методов аппаратной психокоррекции (при отсутствии медицинских противопоказаний), фитотерапии, биологической обратной связи, массажа, физиотерапии.

- Психологическое просвещение было проведено по следующим темам: стресс и его последствия для организма, повышенная конфликтность - пути психологической помощи, агрессия, психологическая травма, неврозы, психология семейной жизни, здоровый образ жизни, конструктивные методы

общения, значение здорового и полноценного режима дня и отдыха, преимущества положительных и отрицательных эмоций, аспекты психологии жизни и смерти.

- Каждому участнику реабилитационно-профилактических мероприятий были предоставлены индивидуальные рекомендации по оптимизации психоэмоционального состояния, психологического благополучия, улучшения уровня повседневной активности и качества жизни, изменениям паттернов поведения, умению использовать собственные внутренние резервы.

Для оценки эффективности психологических реабилитационных мероприятий, медицинским психологом было проведено повторное психодиагностическое обследование. Результаты повторного психодиагностического обследования представлены на (рисунках 20-24).

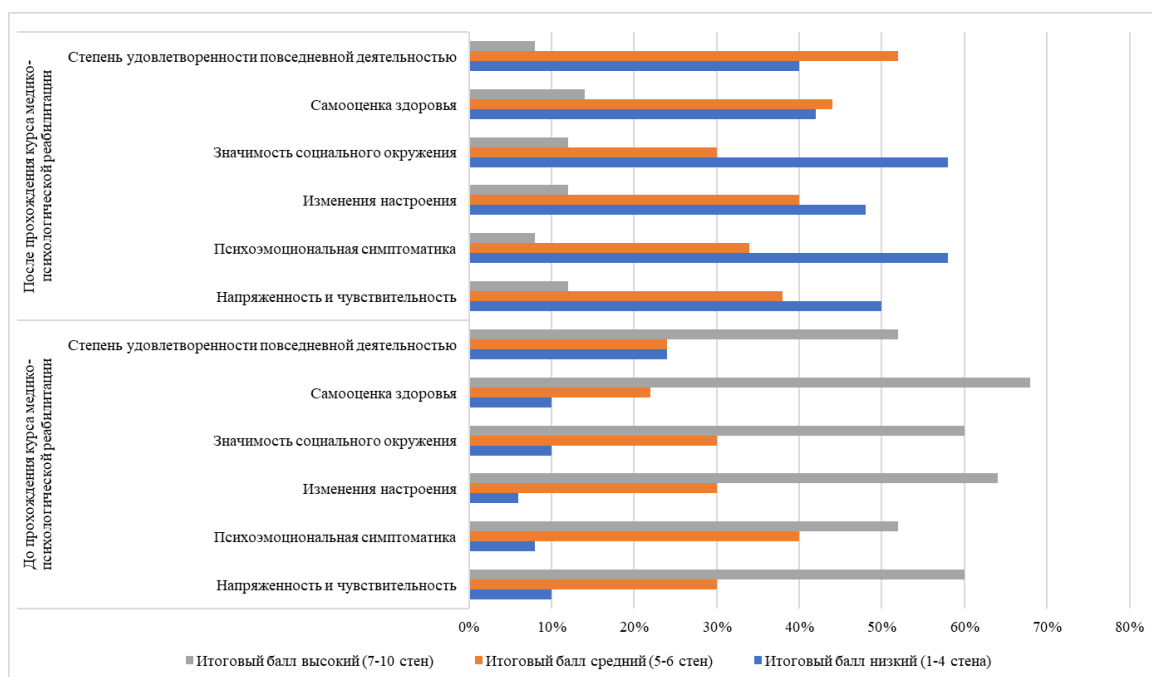


Рисунок 20 – Сравнительный анализ показателей субъективного благополучия респондентов до и после прохождения медико-психологической реабилитации, %

Снижение средних значений всех параметров субъективного благополучия, указывает на положительный результат МПР, при этом у респондентов значительно проявляется снижение уровня напряженности и

чувствительности, что может свидетельствовать об успешности реабилитационного воздействия на психоэмоциональный статус респондентов. Но, при этом, некоторые критерии, такие, как значимость социального окружения, остаются на относительно высоком уровне, что свидетельствует о необходимости дальнейшего оказания психосоциальной помощи.



Рисунок 21 – Сравнительный анализ выраженности компонентов психологического благополучия респондентов до и после прохождения медико-психологической реабилитации, %

После пройденного курса медико-психологической реабилитации средние значения по шкалам методики оценки психологического благополучия, свидетельствуют о восстановлении внутренней психологической гармонии, отсутствии признаков психологического дискомфорта и улучшении функционального состояния. Респонденты в процессе медико-психологической реабилитации смогли восстановить психологический баланс, сформировав уверенность в себе и самостоятельность, положительные взаимоотношения с окружающими, и повысив самооценку.

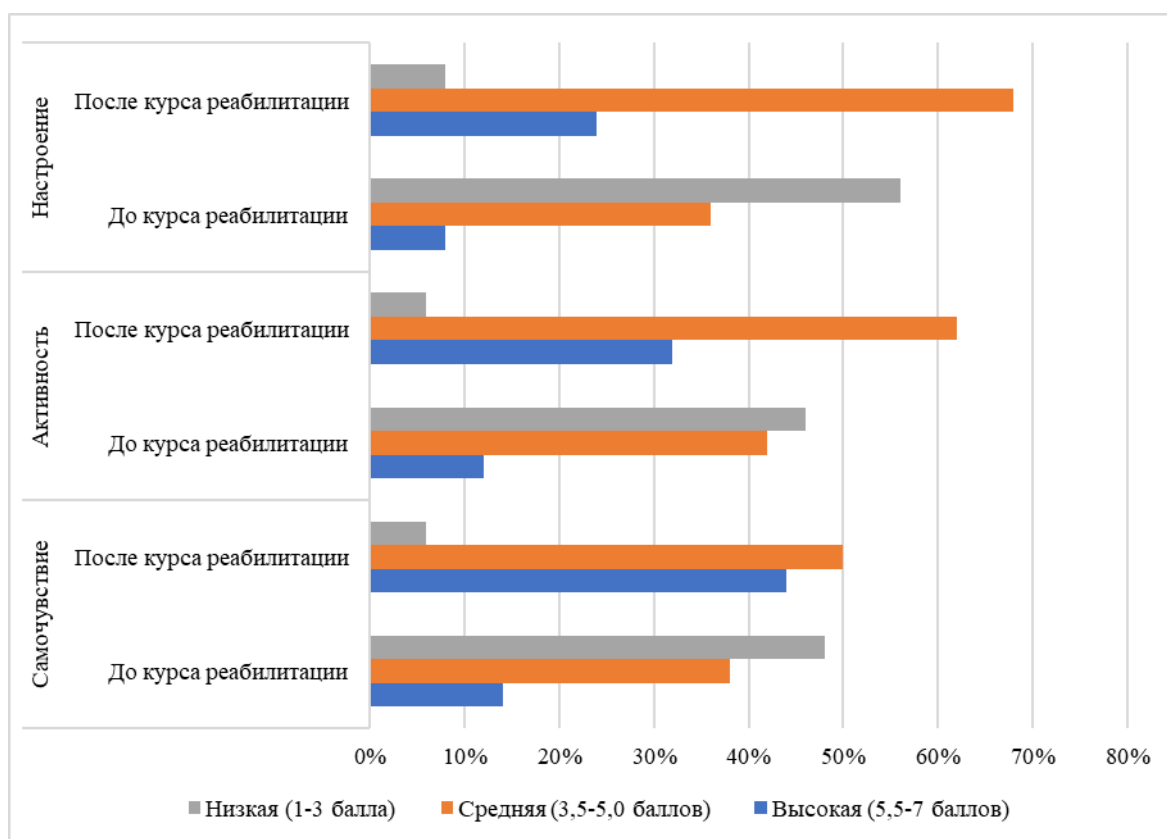


Рисунок 22 – Сравнительный анализ показателей самочувствия, активности, настроения респондентов до и после медико-психологической реабилитации, %

Средние значения показателей респондентов по методике «САН» после прохождения медико-психологической реабилитации в значительной степени увеличились, указывая на положительные изменения функционального психоэмоционального состояния (самочувствия, активности, настроения), снижении психоэмоционального напряжения, повышении уровня психологической и физиологической комфортности, благодаря снижению эмоциональных реакций на последствия перенесенного заболевания COVID-19.

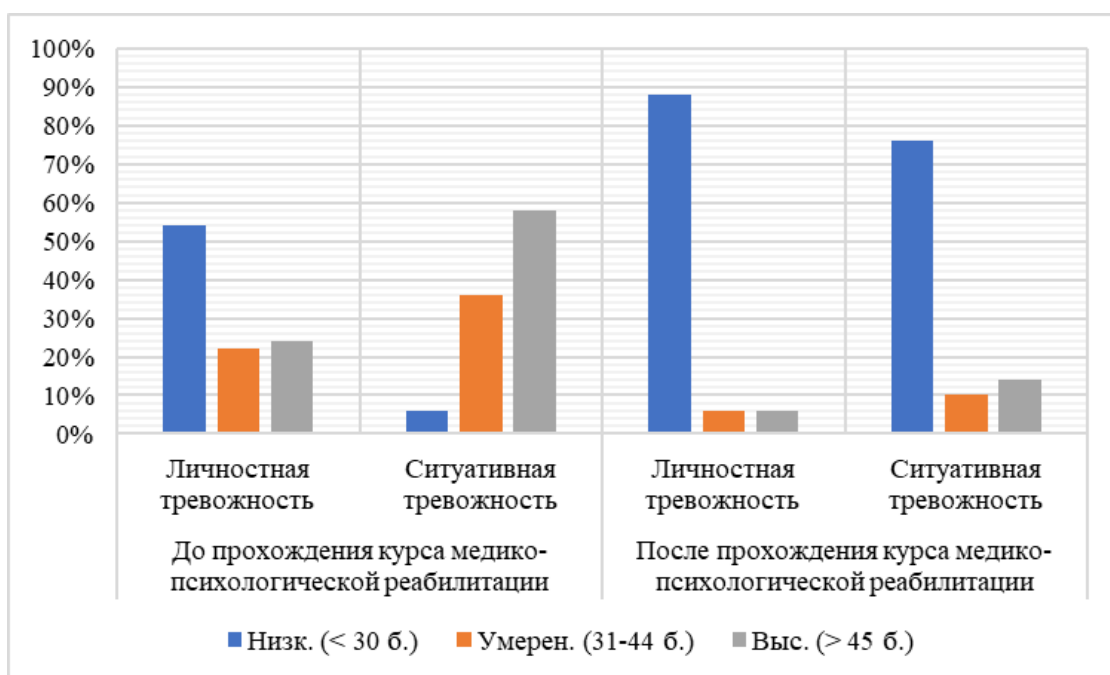


Рисунок 23 – Сравнительный анализ уровня тревожности у респондентов до и после курса медико-психологической реабилитации, %

После проведенной медико-психологической коррекции, средние значения ЛТ и СТ заметно снизились, указывая на положительную динамику восстановления факторов обеспечения жизнедеятельности, психоэмоционального состояния, снижение степени выраженности стресс-реакции и стресс-реагирования, улучшение адаптационного, регулятивного ресурсного потенциала, изменения субъективной, когнитивной оценки своего состояния после перенесенного заболевания, тем самым сформировав психологические ресурсы устойчивости к стрессу.

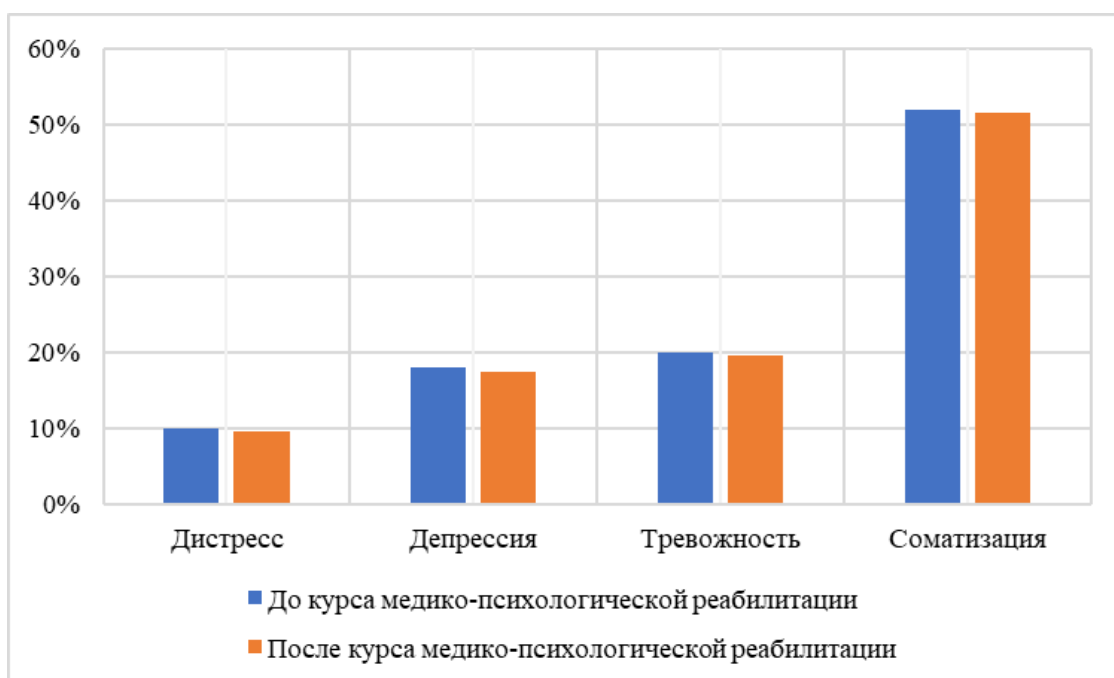


Рисунок 24 – Сравнительный анализ признаков психовегетативных нарушений и признаков психосоматических расстройств респондентов до и после медико-психологической реабилитации, %

После применения целенаправленного медико-психологического вмешательства заметно улучшился психосоматический статус участников. Средние значения по показателям дистресса, депрессии, тревожности и соматизации уменьшились, свидетельствуя о положительной динамике в психологической реакции на болезнь и психофизиологическом самочувствии после реабилитации. Полученные результаты подтверждают, что медико-психологический подход оказался эффективным в снижении психоэмоциональных и психофизиологических нагрузок, связанных с заболеванием COVID-19.

Сравнение выраженности компонентов диагностических методик респондентов до и после прохождения медико-психологической реабилитации проводились с помощью U-критерия Манна-Уитни и критерия Спирмена, результаты представлены на (рисунке 25).

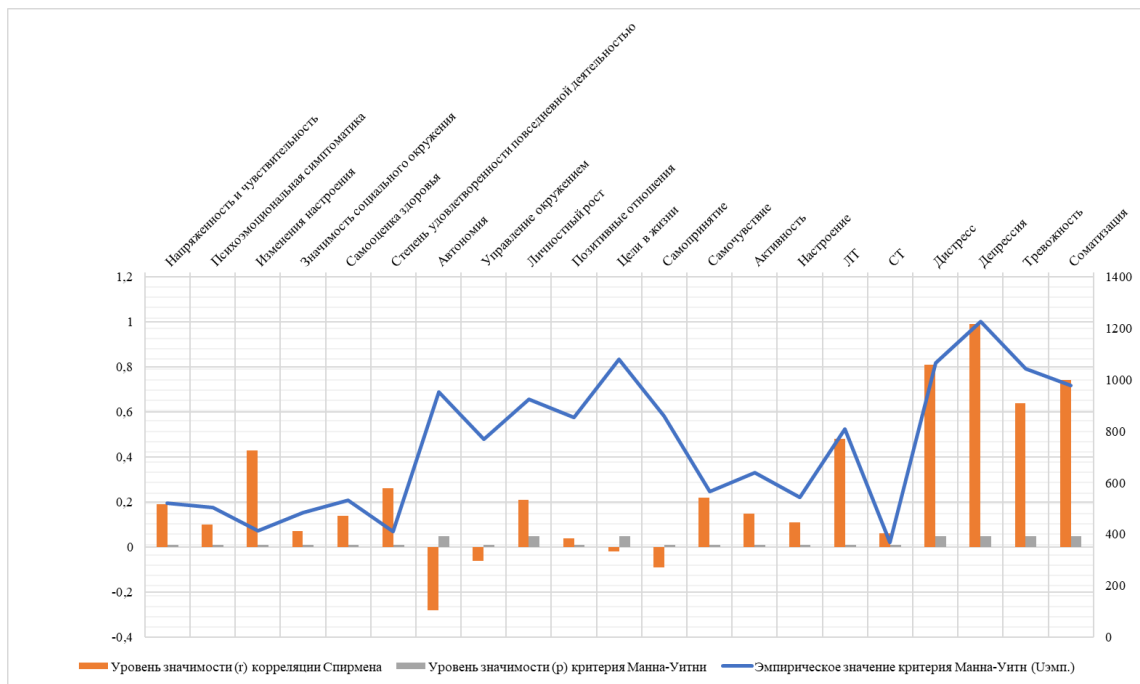


Рисунок 25 – Корреляционный анализ выраженности компонентов диагностических методик респондентов после медико-психологической реабилитации

Сравнительный анализ величины и силы связи между переменными, определил несколько статистически значимых положительных корреляционных связей, которые выражены в незначительной степени:

- напряженность и чувствительность, и изменения настроения - 0,60 (средняя);
- напряженность и чувствительность, и значимость социального окружения - 0,53 (средняя);
- напряженность и чувствительность, и самооценка здоровья - 0,61 (средняя);
- изменения настроения и самооценка здоровья - 0,59 (средняя);
- значимость социального окружения и степень удовлетворенности повседневной жизнью - 0,52 (средняя);
- автономия и управление окружением - 0,64 (средняя);
- напряженность и чувствительность, и психоэмоциональная симптоматика - 0,46 (слабая);

- напряженность и чувствительность, и степень удовлетворенности повседневной жизнью - 0,50 (слабая);
- психоэмоциональная симптоматика и изменения настроения - 0,41 (слабая);
- психоэмоциональная симптоматика и значимость социального окружения - 0,43 (слабая);
- психоэмоциональная симптоматика и самооценка здоровья - 0,29 (очень слабая);
- психоэмоциональная симптоматика и степень удовлетворенности повседневной жизнью - 0,39 (слабая);
- изменение настроения и значимость социального окружения - 0,42 (слабая);
- изменение настроения и степень удовлетворенности повседневной жизнью - 0,47 (слабая);
- значимость социального окружения и самооценка здоровья - 0,44 (слабая);
- самооценка здоровья и степень удовлетворенности повседневной жизнью - 0,48 (слабая);
- автономия и личностный рост - 0,44 (слабая);
- автономия и цели в жизни - 0,5 (слабая);
- автономия и самопринятие - 0,41 (слабая);
- управление окружением и цели в жизни - 0,41 (слабая);
- личностный рост и цели в жизни - 0,45 (слабая);
- личностный рост и самопринятие - 0,49 (слабая);
- активность и настроение - 0,33 (слабая);
- управление окружением и позитивные отношения - 0,37 (слабая);
- позитивные отношения и самопринятие - 0,36 (слабая);
- дистресс и тревожность - 0,32 (слабая);
- тревожность и соматизация - 0,31 (слабая);
- автономия и позитивные отношения - 0,2 (очень слабая);

- управление окружением и личностный рост - 0,16 (очень слабая);
- управление окружением и самопринятие - 0,29 (очень слабая);
- цели в жизни и самопринятие - 0,26 (очень слабая);
- самочувствие, активность, настроение - 0,1 (очень слабая);
- личностная тревожность и ситуативная тревожность - 0,26 (очень слабая).

Для сравнения степени выраженности каждого фактора, был применен факторный анализ, результаты которого представлены на (рисунке 26).

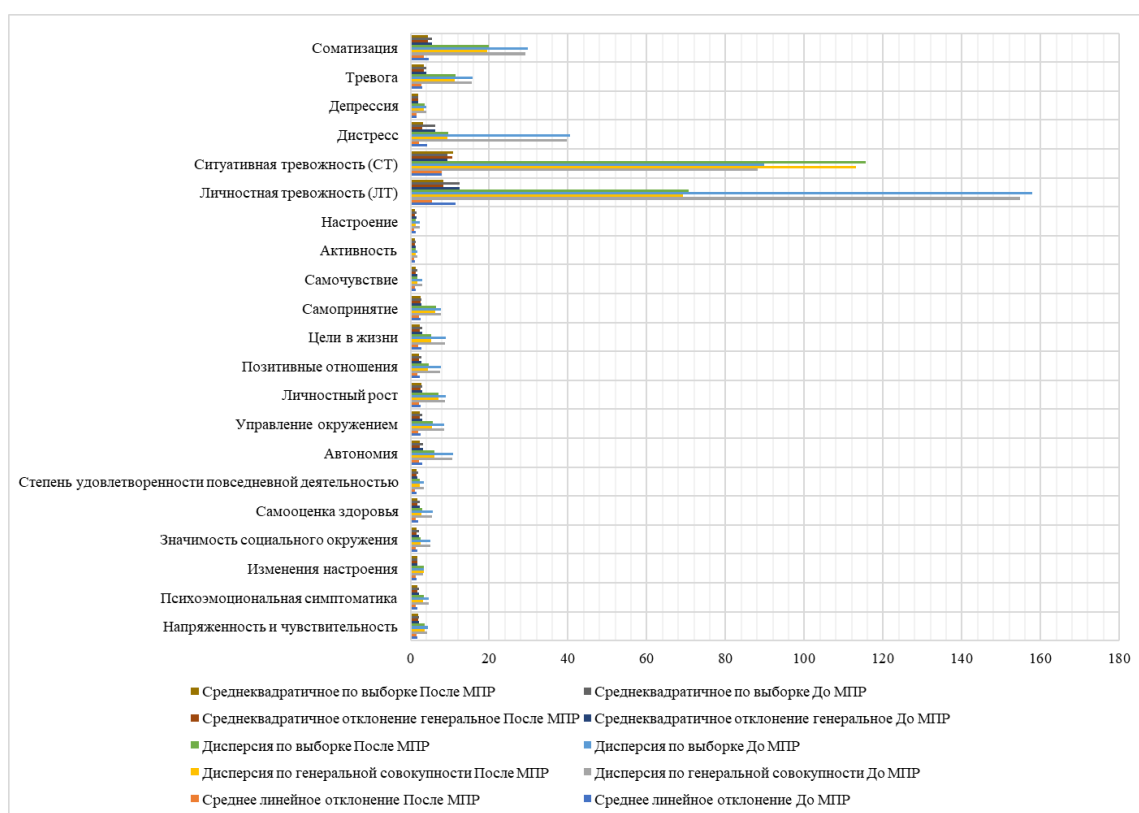


Рисунок 26 – Результаты факторного анализа

Для оценивания линейной взаимосвязи между переменными, выявления факторов и структур в данных, с целью понимания внутренних связей между измеряемыми переменными, был применен метод ковариации, результаты которого представлены на (рисунке 27).

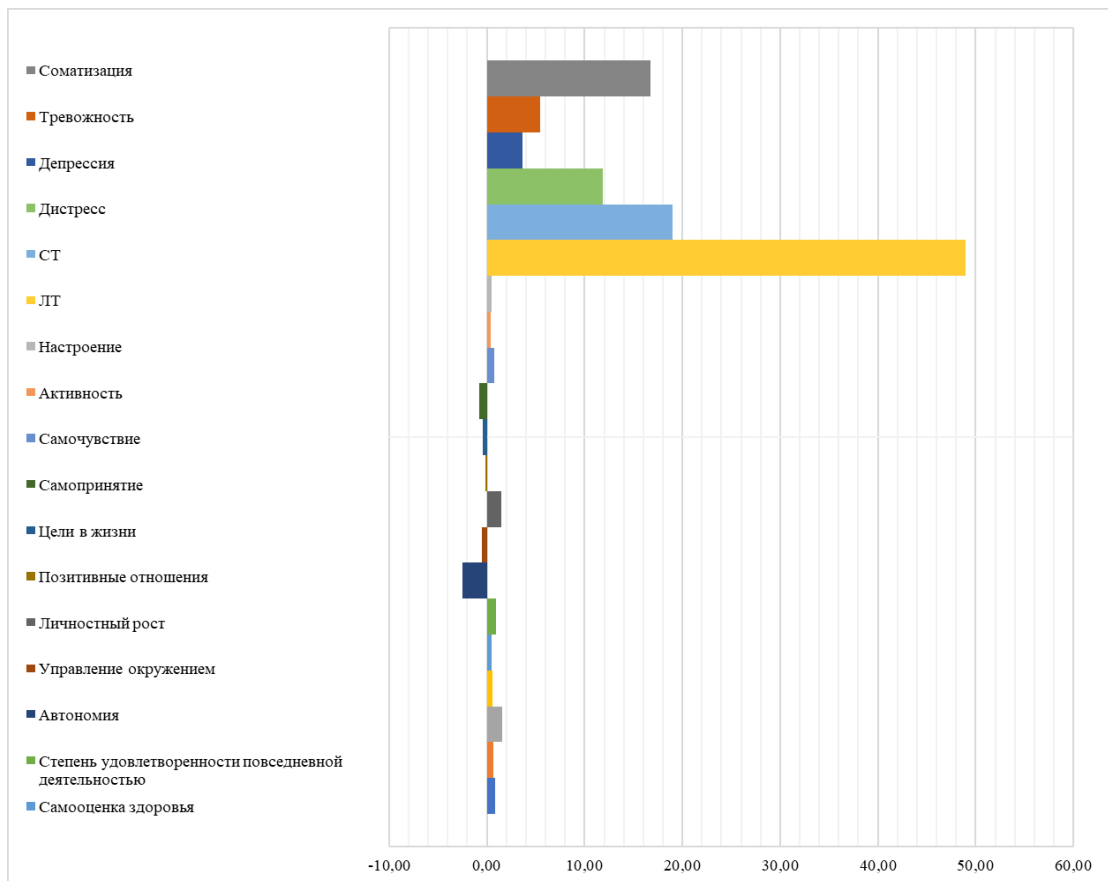


Рисунок 27 – Результаты ковариации

Подробный анализ результатов психодиагностического обследования респондентов до и после медико-психологической реабилитации, позволил выделить разнообразные параметры, характеризующие психологическое благополучие респондентов после перенесенного заболевания COVID-19. Проведение данного анализа позволяет понять не только общие тенденции влияния медико-психологической реабилитации, но и ее положительные результаты на различные критерии физического, психического, психологического состояния и благополучия. Эффективность программы медико-психологической реабилитации характеризуется наличием положительной динамики в следующих показателях:

- улучшение функциональных возможностей организма, психоэмоционального состояния, устранение постковидной дезадаптации и восстановление поведенческо-эмоциональных паттернов, качества жизни;

- минимизация стресс-реакции на перенесенное заболевание COVID-19, дистресс-синдрома, позитивная мотивация на выздоровление, способность самостоятельно преодолеть свой травмирующий опыт, обусловленный заболеванием;

- восстановление уровня повседневной активности, повышение физической, психической выносливости, улучшение физического и психологического состояния;

- владение навыками самоанализа и самоконтроля психоэмоционального состояния, саморегуляции, соблюдения конструктивных форм поведения, способствующих соблюдению критериев здорового образа жизни.

Полученные статистические данные оценки результатов психодиагностического обследования респондентов после прохождения курса медико-психологической реабилитации, подтверждают не только признаки улучшения психологического состояния, но и оптимизации психологического благополучия. После медико-психологической реабилитации, отмечается значительное снижение средних значений большинства показателей, характеризующих уровень психологического состояния и благополучия респондентов, что указывает на положительные изменения в психофизиологическом восстановлении, и улучшении качества жизни, и это является важным индикатором эффективности медико-психологической реабилитации. Психологическая помощь в рамках проведения комплексной программы медико-психологической реабилитации не только снижает уровень негативных психологических симптомов, но и улучшает стабильность психоэмоционального состояния респондентов, тем самым улучшая их психологическое благополучие.

По результатам повторного психодиагностического обследования, проведенного после медико-психологической реабилитации, наблюдается существенное снижение средних значений ковариации по всем показателям, что является важным критерием для оценки эффективности медико-психологической реабилитации. Значительное улучшение выявлено в

основополагающих показателях, определяющих уровень качества жизни, тревожности, напряженности, психоэмоционального состояния, самочувствия, активности, настроения. Уменьшение дисперсии и стандартного отклонения указывает на стабильность и однородность результатов повторного психодиагностического обследования, которое было осуществлено по завершению курса медико-психологической реабилитации. На основании этого можно сделать вывод, что у участников программы медико-психологической реабилитации сформировались более благоприятные психоэмоциональные реакции на перенесенное заболевание COVID-19 и его последствия, что способствует улучшению показателей физического, психического, психологического состояния и благополучия.

Анализ показателей психологического здоровья и благополучия респондентов до и после медико-психологической реабилитации выявил наиболее важные факторы и тенденции положительного воздействия реабилитационных мероприятий. По результатам факторного анализа подтверждается 85% эффективности медико-психологической реабилитации, уровень эффективности обеспечивается за счет индивидуального подхода к каждому участнику программы реабилитации. Итоговая оценка степени трудоспособности участников программы медико-психологической реабилитации зависит от показателей физического, психического и социального статуса.

Полученные результаты повторного психодиагностического обследования респондентов, перенесших заболевание COVID-19 после курса медико-психологической реабилитации, предоставляют научную, методологическую и практическую основу для разработки индивидуальных методов, подходов, плана мероприятий оказания психологической помощи в рамках проведения комплексной программы МПР.

Выводы по второй главе

Во второй главе было проведено эмпирическое исследование, результаты которого позволяют сделать вывод о подтверждении экспериментальной гипотезы, что после применения комплексной программы медико-психологической реабилитации у лиц, перенесших заболевание COVID-19, ожидается статистически значимое повышение функциональных показателей организма, включая улучшение психоэмоционального состояния и оптимизацию психологического благополучия.

Выраженность признаков негативных психоэмоциональных состояний у респондентов, обусловленных стрессовыми реакциями пандемии COVID-19, является связующим звеном, оказывающим влияние на формирование психофизиологических, вегетативных нарушений и психосоматических расстройств в организме, что способствует снижению уровня психологического благополучия респондентов. В значительной степени данные изменения выражены у респондентов Группы 1, которые переболели заболеванием COVID-19.

Результаты психодиагностического обследования психологического благополучия подтвердили, что у респондентов, которые переболели коронавирусной инфекцией, большая часть диагностических показателей значительно ниже нормы, в сравнении с респондентами, которые не болели коронавирусной инфекцией. Показатели психоэмоционального, функционального состояния и клинических проявлений соматизированных психических расстройств у респондентов, которые переболели коронавирусной инфекцией, также в значительной степени превышают показатели нормы, что свидетельствует о негативном воздействии стрессоров перенесенного заболевания на психологическое здоровье и благополучие. Данный факт указывает на сложность в психологической адаптации после перенесенного заболевания COVID-19.

На основании полученных результатов эмпирического исследования можно сделать вывод о существующих отличительных признаках,

индивидуально-личностных особенностей, оказывающих влияние на динамику предикторов психологического благополучия в период пандемии COVID-19, имеющих негативное влияние на изменения актуального психоэмоционального состояния и снижение ресурсов адаптации, саморегуляции, утрате возможности противостоять жизненным трудностям, преодолевать стрессовые нагрузки. Респонденты Группы 1, которые переболели заболеванием COVID-19 и имеют признаки психоэмоционального перенапряжения, не могут самостоятельно преодолеть негативный психотравмирующий опыт, который обусловлен перенесенным заболеванием.

Эти выводы обосновывают необходимость осуществления дополнительной индивидуальной психологической помощи в рамках проведения комплексной медико-психологической реабилитации, направленной на нормализацию функциональных показателей организма, и гармонизацию психоэмоционального состояния, и способствующей оптимизации психологического благополучия лиц после перенесенного заболевания COVID-19.

Таким образом, представленные результаты исследования наглядно обосновывают важность не только учета психофизиологических и индивидуально-личностных аспектов каждого респондента при проведении комплексной медико-психологической реабилитации после перенесенного заболевания COVID-19, но и на эффективность интегрированной комплексной медико-психологической помощи для оптимизации психологического благополучия, восстановления адаптационных резервов, и повышения качества жизни. Эффективность медико-психологической реабилитации заключается не только в восстановлении функциональных показателей физического, психического, психологического здоровья, но и в оптимизации психологического благополучия, и адаптации лиц к последствиям перенесенного заболевания COVID-19.

Заключение

Магистерская диссертация посвящена изучению динамики, эффективных способов и методов оптимизации психологического благополучия личности, перенесших заболевание COVID-19. Психологическое благополучие является многогранным и многокомпонентным показателем, характеризующим критерии выраженности различных сторон жизнедеятельности человека, и его психологических особенностей восприятия стрессовых ситуаций, способов совладания с ними, восприятия своего актуального состояния.

В первой главе нашей работы был осуществлен теоретический анализ существующих исследований, концепций, моделей и теорий психологического благополучия, представленных, как зарубежными, так и отечественными учеными. Также был проведен теоретический анализ результатов исследований различных авторов, раскрывающих аспекты о существующих взаимосвязях стресс-связанных ситуаций пандемии COVID-19 с психологическим благополучием людей.

Во второй главе нашего исследования была осуществлена оценка уровня психологического благополучия, психоэмоционального состояния, а также осуществлено выявление отличительных признаков, критериев и факторов, влияющих на предикторы показателей психодиагностики психологического благополучия среди респондентов двух независимых групп, тех, кто не переболел заболеванием COVID-19 и не имел по результатам клинко-диагностического обследования, и, анкетирования существенных признаков ухудшения качества жизни в период пандемии COVID-19, и тех, кто переболел коронавирусной инфекцией и имел выраженные признаки психологического неблагополучия.

Проанализировав результаты проведенного исследования, были выявлены существующие закономерности и различия, отличительные признаки показателей, индивидуально-личностных особенностей, влияющих

и характеризующих уровень психологического благополучия, эмоционального и психофизиологического состояния респондентов обеих групп. Одним из основных стрессовых факторов пандемии являлось заболевание COVID-19, которое являлось существенной психотравмой, формирующей негативное психоэмоциональное состояние и фрустрационные реакции, влияющие на нарушения адаптационных процессов и механизмов саморегуляции.

В процессе исследования было установлено, что уровень психологического благополучия в период пандемии, в существенной степени зависел от тяжести перенесенного заболевания COVID-19, от степени выраженности негативного или позитивного восприятия респондентов стрессовых событий, связанных с пандемией. Уровень самочувствия респондентов после перенесенного заболевания был взаимосвязан с уровнем психологического благополучия, поэтому в нашей работе психологическое благополучие рассматривалось в контексте с психологическим здоровьем. Результаты проведенного исследования и корреляционного анализа, позволили выявить существенно значимые корреляционные взаимосвязи между предикторами психологического благополучия, уровнем психоэмоционального и функционального состояния.

Проведенное исследование психологического благополучия респондентов двух независимых групп, позволило получить качественные и количественные показатели, способствующие сделать вывод, что респонденты после перенесенного заболевания COVID-19 не могут эмоционально-позитивно воспринимать свое состояние, в связи с низким уровнем стрессоустойчивости и способности адаптивного преодоления стрессовых ситуаций, отсутствием позитивной самооценки принятия себя после перенесенного заболевания, сниженного уровня качества жизни. Основными показателями, характеризующими уровень психологического здоровья и благополучия данной группы респондентов, являлись: нарушения смыленно-жизненных установок, признаки стрессовых и нервно-психических реакций на заболевание, длительная фиксация на негативных переживаниях и отсутствие

позитивного, оптимистического настроения на будущее, снижение уровня саморефлексии, зависимость от социального окружения, снижение самочувствие, активности. Полученные результаты исследования, позволяют сделать вывод о существующих признаках нарушений психологического здоровья и психологического благополучия респондентов, которые перенесли заболевание COVID-19, для оптимизации которых осуществлялась психологическая помощь в рамках проведения комплексной программы медико-психологической реабилитации, с целью мобилизации эмоционально-личностных, психофизиологических, функциональных показателей. На основании полученных результатов исследования были разработаны индивидуальные рекомендации психологической помощи в рамках проведения комплексной программы медико-психологической реабилитации, направленной на оптимизацию уровня физического, психического, психологического здоровья и благополучия. Сочетание индивидуальных психотерапевтических, медицинских, психологических методов в лечебно-восстановительной программе МПР не только позволяют осуществлять коррекцию психоэмоционального состояния, личностных особенностей, но и проводить обучение реабилитантов методам саморегуляции, самооценки психоэмоционального состояния, психологической самопомощи. Применение комплексного индивидуального подхода к проведению МПР, повышает адаптационные возможности организма, улучшает функциональные показатели, повышает уровень здоровья реабилитантов, способствует восстановлению качества их жизни и степени трудоспособности.

На результирующем этапе нашей работы, для участников программы медико-психологической реабилитации, было проведено повторное психодиагностическое обследование. По результатам повторного психодиагностического обследования, нами сделан вывод, что оказание психологической помощи в рамках проведения комплексной программы медико-психологической реабилитации, способствовало повышению уровня психологического здоровья и благополучия, оптимизации

психофизиологического и функционального состояния, повышения качества жизни и оптимистического планирования, прогноза своего будущего. Эти выводы подчеркивают важность уделения внимания к психологическим аспектам в процессе комплексной медико-психологической реабилитации после перенесенного заболевания COVID-19, необходимость в индивидуализированных и комплексных подходах к оптимизации психологического благополучия лиц после коронавирусной инфекции.

Результаты исследования, позволяют сделать вывод о существующей необходимости и возможности проведения дальнейшего изучения уровня психологического благополучия людей в период кризисных ситуаций. Мы считаем, что в последующих исследованиях особое внимание следует уделить проведению лонгитюдных исследований, динамических контролей, регулярных мониторингов изменений психологического благополучия лиц, находившихся в кризисных ситуациях. Немаловажным является создание новых образовательных, профилактических программ, способствующих формированию у населения навыков эмоциональной устойчивости в период кризисных ситуаций, обучению методам самоконтроля эмоционального состояния, оказания психологической самопомощи. Значимыми также являются исследования, направленные на развитие новых онлайн-платформ и приложений для оказания психологической поддержки населению в условиях кризисных ситуаций. Дальнейшие исследования и углубленное понимание факторов пандемии, негативно влияющих на динамику психологического благополучия личности, помогут сформировать более здоровое и психологическое устойчивое общество, готовое к успешному преодолению стрессовых ситуаций. Высокий уровень психологической устойчивости и благополучия, обеспечивают эмоциональную стабильность, является основополагающей характеристикой социального (общественного) здоровья общества, способствующего успешному приспособлению к условиям социальной среды, социально-психологической мобилизации к успешному преодолению жизненных трудностей, и стрессовых ситуаций.

Список используемых источников

1. Айзенштейн А. Д., Воловик Д. Д., Абдурахманов Р. А., [и др.]. Особенности оказания психологической помощи родственникам пациентов в условиях инфекционного стационара при работе с COVID-19 // М.: ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России. Вестник восстановительной медицины. 2020. № 6 (100). С. 4-13.
2. Акарачкова Е. С., Котова О. В., Кадырова Л. Р. Эпидемия COVID-19. Стресс-связанные последствия: научно-практическое пособие для врачей. Казань: КГМА, 2020. 42 с.
3. Акименко Г. В., Кирина Ю. Ю., Нечаева Л. В., Селедцов А. М. Психология эпидемии: как пандемия (COVID-19) влияет на психику людей // ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России. Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Т. 1. № 4. С. 45-54.
4. Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Мыльникова Л. А., [и др.]. Экспертный обзор: Реабилитация после COVID-19 // М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». 2021. 14 с.
5. Алмакаева А. М. Субъективное благополучие: концептуализация, измерение и российская специфика // ВЦИОМ. М.: Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2020. Т. 155. № 1. С. 4-13.
6. Ахмадинуров Р. М., Испулова С. Н., Олейник Е. В., [и др.]. Влияние самоизоляции на социально-психологическое состояние человека: результаты исследования // М.: Вестник университета. 2022. № 8. С. 34-41.
7. Бачило Е. В. Психическое здоровье в период пандемии COVID-19 // Из-во Медиа Сфера. М.: Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2020. 120(10). С. 13-136.

8. Бенко Е. В. Обзор зарубежных публикаций, посвященных исследованию благополучия // Из-во ЮУрГУ. Челябинск. Серия «Психология». 2016. Т. 8. № 2. С. 5-13.

9. Бонивелл И. Ключи к благополучию. Что может позитивная психология. М.: Время, 2019. 192 с.

10. Борисов В. А., Силютин М. В. Основные направления реабилитации больных, перенесших коронавирусную инфекцию SARS-COV-2 в учреждениях здравоохранения // Научная книга. Воронеж. Регион: системы, экономика, управление. 2021. № 3 (54). С. 2-8.

11. Бубнова М. Г., Персиянова-Дуброва А. Л., [и др.]. Реабилитация после новой коронавирусной инфекции (COVID-19): принципы и подходы // Эко-Вектор. М.: CardioСоматика. 2020. № 11 (4). С. 6-14.

12. Васильева А. В. психические нарушения, связанные с пандемией COVID-19 (международный опыт и подходы к терапии) // Медиа-Сфера. М.: Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 9. С. 121-129.

13. Вельтищев Д. Ю., Лисицина Т. А., Борисова А. Б. Психическое здоровье населения различных стран в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 // М.: Социальная и клиническая психиатрия. 2020. № 4. С. 83-86.

14. Волкова О. В., Шестерня П. А. Стратегия и направления организации медико-психологической помощи в пост-пандемийный период // Красноярск. Сибирское медицинское обозрение. 2020. № 3 (123). С. 83-86.

15. Временные Методические рекомендации «Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Версия 3 (01.11.2022) // М. 2022. 264 с.

16. Галой Н. Ю. Пандемия спустя год: динамика психического состояния в условиях неопределенности // М.: Вестник университета. 2021. № 12. С. 185-194.

17. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. Издательство: Манн, Иванов и Фербер, 2022. 544 с.
18. Гусакова Е. В., Ткаченко Г. А. Комплексная реабилитация больных после перенесенного COVID-19 // М.: Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2021. С. 57-60.
19. Дашкин Э. Р. Психические нарушения, ассоциированные с COVID-19 // М.: КноРус. Медицина. Социология, Философия. Прикладные исследования. 2021. № 2. С. 36-41.
20. Дергачева О. Е. Автономия и самодетерминация в психологии мотивации: теория Э. Деси и Р. Райна // М.: Современная психология мотивации. 2017. С. 103-121.
21. Дюсупова А. А. Основные принципы реабилитации при пневмонии, вызванной коронавирусной инфекцией // Семей: НАО «Медицинский университет Семей», 2020. 46 с.
22. Евстифеева Е. А. Постковидный синдром в контексте психологических последствий // М.: МТП Ньюдиамед. Клиническая геронтология. 2022. Т. 28. № 1-2. С. 10-17.
23. Ениколопов С. Н., Медведева Т. И., Бойко О. М., [и др.]. Психопатологическое состояние людей во время пандемии COVID-19 и мишени психологической работы // М.: Солитон. Психологические исследования. 2021. Т. 13. № 70. С. 126-156.
24. Зинченко Ю. П. Психологическое сопровождение пандемии COVID-19: монография / М.: Изд-во Московского университета, 2021. 597 с.
25. Зотова О. Ю. Психологическое благополучие личности: монография // Екатеринбург: Гуманитарный университет. 2017. 312 с.
26. Иванова Г. Е., Белкин А. А., Беляев А. Ф., [и др.]. Пилотный проект "Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации". Общие принципы и протокол // Вестник ИвГМА. 2017. № 2(1). С. 6-4.
27. Иванова Г. Е., Шмонин А. А., Мальцева М. Н., [и др.]. Реабилитационная помощь в период эпидемии новой коронавирусной

инфекции COVID-19 на первом, втором и третьих этапах медицинской реабилитации // М.: Эко-Вектор. Физическая реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2020. № 2 (2). С. 98-117.

28. Казарина А. П., Селиханова В. М. Постковидные депрессии. Обзор литературы // НАО МУС. Наука и Здоровоохранение. 2021. 3 (Т. 23). С. 2-8.

29. Карапетян Л. В. Особенности самооценки эмоционально-личностного благополучия у респондентов с различным профессиональным статусом // Вестник Московского психолого-педагогического университета. Актуальные проблемы психологического знания. 2017. № 1 (42). С. 55-66.

30. Карпова Э. Б., Николаева Е. А. Негативные психоэмоциональные последствия пандемии COVID-19 в группе риска // М.: Национальный психологический журнал. 2020. № 3 (39). С. 66-74.

31. Козлов В. В. Динамика психологического содержания кризиса пандемии // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2020. Т. 34. С. 40-57.

32. Кочетова Ю. А., Климакова М. В. Исследования психического состояния людей в условиях пандемии COVID-19 // М.: Современная зарубежная психология. 2021. Т. 10. № 1. С. 48-56.

33. Куликов Л. В. Субъективное благополучие и настроение личности Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики // СПб.: Питер. 2018. 181 с.

34. Лапина Е. Ю., Якушев А. А. Медико-социальная реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации Российской Федерации и Европейских стран (обзор литературы) // М.: Эко-Вектор. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2020. № 23 (4). С. 47-52.

35. Леонтьев Д. А. Качество жизни и благополучие: объективные и субъективные аспекты // М.: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». М.: 2020. Т. № 41. № 6. С. 86-95.

36. Леонтьев Д. А. Счастье и субъективное благополучие: к конструированию понятийного поля // ВЦИОМ. Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2020. № 1. 9 с.

37. Любов Е. Б., Зотов П. Б., Положий Б. С. Пандемия и суицид: идеальный шторм и момент истины // М-Центр. Тюмень. Суицидология. 2020. № 11 (1). С. 3-38.

38. Майленова Ф. Г. Эмоциональные последствия пандемии коронавируса: этико-психологический аспект // М.: Человек. 2020. Т. 31. № 6. С. 101-112.

39. Мелёхин А. И. Нарушения сна в период пандемии COVID-19: специфика, психологическое обследование и психотерапия // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». 2021. Т. 3. Вып. 1. С. 28-35.

40. Несина И. А., Головки Е. А., Шакула А. В., [и др.]. Опыт амбулаторной реабилитации пациентов, перенесших пневмонию, ассоциированную с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 // М.: Вестник восстановительной медицины. 2021. № 20(5). С. 4-17.

41. Нестик Т. А. Влияние пандемии COVID-19 на личность и общество: психологические механизмы и последствия // М.: Изд-во «Институт психологии РАН. 2021. 570 с.

42. Орлова М. М. Исследование качества жизни как системной характеристики ситуации болезни // Известия Саратовского университета. Новая серия. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2016. Вып. 5. С. 4-57.

43. Островский Д. И., Иванова Т. И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека: обзор литературы // Омский психиатрический журнал. 2020. № 2- IS (24). С. 4-10.

44. Панкратова А. А., Осин Е. Н. Круговая модель правил проявления эмоций: кросскультурное исследование // Издательство наука. Москва. Психологический журнал. 2020. Т. 41. № 2. 54 с.

45. Первичко Е. И., Митина О. В., Степанова О. Б., [и др.]. Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 // М.: Клиническая и специальная психология. 2020. Т. 9(2). С. 119-146.
46. Пизова Н. В., Пизов А. В. Депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство при новой коронавирусной инфекции // М.: Атмосфера. Лечебное дело. 2020. № 1. С. 82-88.
47. Погонченкова И. В. Особенности реабилитации больных и переболевших COVID-19 // Московская медицина. 2021. № 3. С. 26-28.
48. Подольский А. И., Идобаева О. А. Психология развития. Психоэмоциональное благополучие детей и подростков // М.: Юрайт. 2017. С. 23-113.
49. Помыткина Т. Ю. Медико-психологическая реабилитация: критерии и методы организации, факторы, влияющие на процесс восстановления больных коронавирусной инфекцией (обзор) // Самарканд. Журнал кардиореспираторных исследований. 2020. № 1. С. 3-5.
50. Попова Ю. И., Фоменко Е. Н. Динамика психологического благополучия и толерантности личности к неопределенности в период пандемии COVID-19 // ИД ХОРС. Краснодар. Общество: социология, психология, педагогика. 2021. № 12. С. 198-203.
51. Пронин С. В., Филь Т. А., Александрова А. А., Чухров А. С. Стрессоустойчивость и эмоциональное выгорание в условиях эпидемической обстановки // Новосибирск. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум». 2020. С. 142-147.
52. Райгородский Д. Я. Психология масс. Бахрах-М, 2022. 140 с.
53. Рассказова Е. И., Леонтьев Д. А., Лебедева А. А. Пандемия как вызов субъективному благополучию: тревога и совладание // М.: Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 90-108.
54. Селигман М. Э. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни // М.: Культурно-историческая психология. 2017. Т. 13. № 1. 368 с.

55. Сорокин М. Ю., Касьянов Е. Д., Рукавишников Г. В., [и др.]. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19 // Санкт-Петербург. Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2020. №2. С. 87-94.

56. Стоянова И. Я., Иванова А. А., Смирнова Н. С., [и др.]. Психические нарушения, развивающиеся в кризисно-экстремальной ситуации пандемии коронавируса: актуальная проблематика и особенности психолого-психотерапевтического консультирования // Томск. Журнал Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2021. № 1 (10). С. 71-77.

57. Сучков Д. Д. Характеристики целей как факторы субъективного благополучия: дис. канд. психол. наук / Москва, 2017. 143 с.

58. Фомина О. А. Благополучие личности: проблемы и подходы к исследованию в отечественной психологии // Республика Алтай ,Алтайск. Мир науки, культуры, образования. 2017. Т. 1. № 62. С. 9-11.

59. Харламенкова Н. Е., Тарабрина Н. В., Быховец Ю. В., [и др.]. Психологическая безопасность личности: имплицитная и эксплицитная концепция // М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 2017. 263 с.

60. Холодова Ю. Б. Особенности переживания тревоги в период пандемии COVID-19 представителями разных возрастных групп // Пятигорск. International Journal of Medicine and Psychology. 2020. № 2. С. 114-117.

61. Цветкова Л. А., Антонова Н. А., Дубровский Р. Г. Концептуальные основы изучения и измерения здоровья и благополучия человека с позиций психологической науки // Вестник РФФИ. Фундаментальные проблемы в исследованиях психического здоровья человека и общества. 2019. № 4 (104). С. 69-73.

62. Цыганков Б. Д., Иванова Г. Р., Шелег Д. А., Савенкова В. И. Организация психолого-психиатрической помощи и психиатрические нарушения у жителей стран, находящихся в условиях пандемии COVID-19 (обзор литературы) // Вестник РАМН. 2020. № 75 (4). С. 33-339.

63. Шамионов Р. М., Григорьева М. В. Психология субъективного благополучия и социальной адаптации личности // Саратов: Саратовский университет. 2017. 5 с.

64. Шарапов Р. В. Индивидуальные различия и изменения в субъективном благополучии на ранних стадиях пандемии COVID-19 // Санкт-Петербург. Современное образование: традиции и инновации. 2021. № 4. С. 152-157.

65. Шишкова В. Н. Коррекция психоэмоциональных нарушений и краткосрочный прогноз у пациентов с COVID-19 // М.: Медиа-Сфера. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2022. Т. 122, № 5. С. 63-68.

66. Шматова Ю. Е. Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19: тенденции, последствия, факторы и группы риска // ФГБУН ВолНЦ РАН. Вологда. Экономические и социальные перемены: факторы, тенденции, прогноз. 2021. Т. № 14(2). С. 201-224.

67. Шмонин А. А., Мальцева М. Н., Мельникова Е. В., [и др.]. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции: новые задачи физической и реабилитационной медицины в России // М.: Вестник восстановительной медицины. № 3 (97). 2020. С. 1-8.

68. Юрьевич А. В., Ушаков Д. В., Юрьевич М. А. COVID-19: результаты второго экспертного опроса // М.: ФГУП «Издательство «Наука». Психологический журнал. 2020. Т. 41. № 6. С. 78-85.

69. Ярошук И. В. Психология жизнестойкости: обзор теоретических концепций, эмпирических исследований и методик диагностики // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2020. Т. 336. № 1. С. 50-60.

70. Arden M. A., Chilcot J. Health psychology and the coronavirus (COVID-19) global pandemic // British journal of health psychology. 2020. 25 (2). Pp. 231-232.

71. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play // Asian Journal of Psychiatry. 2020. 14 p.

72. Bradburn N. The Structure of Psychological well-being / N. Bradburn. Chicago: Aldine Pub. Co., 1969. 320 p.
73. Busseri M. A., Sadava S. W. A Review of the Tripartite Structure of Subjective Well-Being: Implications for Conceptualization, Operationalization, Analysis, and Synthesis // Personality and Social Psychology Review. 2017. № 15 (3). P. 290-314.
74. Deci E. Ryan R. Self-Determination Theory: A. Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health // Canadian Psychology-psychologie Canadienne-Can Psychol-Psychol Can. 2018. № 49 (3). P. 128-141.
75. Diener E. Subjective Well-being: Three decades of progress / E. Diener, E. M. Suh, R. E. Lucas, H. L. Smith // Psychological Bulletin. 1999. Vol. 125 (2). P. 276-302.
76. Ettman C. K., Abdalla S. M., Cohen G. H., Sampson L., Vivier P. M., & Galea S. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic // JAMA Network Open. 2020. № 3(9). P. 196-211.
77. Evans S., Alkan E., Bhangoo J. K., Tenenbaum H. Effects of the COVID-19 lockdown on mental health, wellbeing, sleep, and alcohol use in UK student sample // Psychiatry Research. 2021. № 298. P. 113-119.
78. Folkman S., Moskowitz J. T. Stress, positive emotion, and coping // Current Directions in Psychological Science. 2018. № 9. P. 115-118.
79. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey // Psychiatry Research. 2020. Vol. 288. 6 p.
80. Jakovljevic M., Bjedov S., Jaksic N. COVID-19 Pandemia and public and global mental health from the perspective of global health security // Psychiatria Danubina. 2020. № 32(1). P. 6-14.
81. John A. T. J., Natalie J. S., Michael A. M. The behavioral immune system and social conservatism: A metaanalysis. Evol. Hum. Behav // 2018. № 34. P. 99-108.

82. Lazarus R. S. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlook // *Ann. Rev. Psychol.* 2017. V. 44. P. 1-21.
83. Luceño-Moreno L., Talavera-Velasco B., García-Albuerne Y., Martín-García J. Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic // *Int J Environ Res Public Health.* 2020. №17. P. 55-64.
84. Lyubomirsky S. Why Are Some People Happier Than Others? The Role of Cognitive and Motivational Processes in Well-Being // *American Psychologist.* 2017. Vol. 56. № 3. P. 239-249.
85. Nilsson A. H., Hellryd E., Kjell O. Doing wellbeing: Self-reported activities are related to subjective well-being // *PLoS One.* 2022. № 6 (17). P. e0270503.
86. Rossi R., Socci V., Pacitti F., Di Lorenzo G., Di Marco A., Siracusano A. et al. Mental health outcomes among front-line and second-line health workers during coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy // *JAMA Networks Open* 3. 2020. № 3(5). P. 1-4.
87. Ryff C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing // *Journal of Personality and Social Psychology.* 2019. Vol. 57. P. 1069-1081.
88. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., McIntyre R. S., et al. Longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China // *Brain. Behav. Immun.* 2020. № 87. P. 40-48.
89. Xiang Y. T., Yang Y., Li W., Zhang L., Zhang Q., Cheung T., & Ng C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3). P. 228-229.
90. Yıldırım M., Güler A. COVID-19 severity, self-efficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey, *Death Studies* // 2022. № 46:4. P. 979-986.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Результаты анкетирования респондентов Группы 1

Респонденты	Оцените признаки изменений в ценностно-смысловой сфере	Оцените признаки изменений в эмоционально-волевой сфере	Оцените признаки изменений в когнитивной сфере	Оцените признаки изменений в коммуникативной сфере	Оцените признаки изменений в сфере психологического благополучия	Оцените изменения в Вашей жизни в лучшую сторону во время пандемии	Оцените наличие признаков физического дискомфорта
1.	6	9	7	9	9	5	10
2.	7	6	9	9	10	2	6
3.	8	8	7	7	8	4	6
4.	10	10	8	6	8	5	6
5.	10	10	8	9	6	1	7
6.	6	6	9	9	6	1	8
7.	8	9	6	10	9	4	8
8.	9	10	6	10	10	5	8
9.	9	7	7	10	9	4	9
10.	7	10	8	9	7	2	8
11.	9	10	10	6	8	3	10
12.	10	10	10	8	8	5	7
13.	10	7	6	9	10	3	8
14.	7	10	8	8	7	5	8
15.	10	7	8	8	6	3	10
16.	6	6	7	9	7	2	10
17.	6	6	8	10	7	2	9
18.	10	10	8	10	6	2	9
19.	8	9	7	6	9	1	10
20.	9	6	7	6	10	4	9
21.	8	7	6	7	9	5	9
22.	6	9	9	8	7	3	9
23.	6	9	6	6	6	5	7
24.	6	6	7	10	8	5	7
25.	6	9	9	10	8	3	8
26.	9	8	7	6	8	2	10
27.	9	7	10	9	8	5	7
28.	10	10	9	8	9	1	10
29.	10	8	8	8	7	3	9

Продолжение Приложения А

Результаты анкетирования респондентов Группы 1

Респонденты	Оцените признаки изменений в ценностно-смысловой сфере	Оцените признаки изменений в эмоционально-волевой сфере	Оцените признаки изменений в когнитивной сфере	Оцените признаки изменений в коммуникативной сфере	Оцените признаки изменений в сфере психологического благополучия	Оцените изменения в Вашей жизни в лучшую сторону во время пандемии	Оцените наличие признаков физического дискомфорта
30.	6	8	6	8	7	2	7
31.	9	8	10	9	7	2	8
32.	7	9	8	7	8	4	8
33.	9	9	7	6	9	5	7
34.	9	7	10	6	9	1	10
35.	10	9	7	6	9	4	7
36.	9	8	7	9	6	5	9
37.	8	6	7	7	7	2	6
38.	8	9	9	8	8	4	8
39.	10	9	8	10	8	4	9
40.	8	10	6	8	6	5	6
41.	7	10	6	10	6	1	8
42.	8	7	10	6	7	5	6
43.	6	6	9	8	9	4	6
44.	6	8	7	8	8	2	6
45.	8	9	7	10	8	4	7
46.	8	8	9	9	9	3	8
47.	9	9	7	9	10	4	6
48.	9	7	9	9	7	3	8
49.	8	10	8	10	6	5	9
50.	7	7	9	10	8	5	8
	8,078431	8,215686	7,823529	8,235294	7,843137	3,431373	7,941176

Продолжение Приложения А

Результаты анкетирования респондентов Группы 2

Респонденты	Оцените признаки изменений в ценностно-смысловой сфере	Оцените признаки изменений в эмоционально-волевой сфере	Оцените признаки изменений в когнитивной сфере	Оцените признаки изменений в коммуникативной сфере	Оцените признаки изменений в сфере психологического благополучия	Оцените изменения в Вашей жизни в лучшую сторону во время пандемии	Оцените наличие признаков физического дискомфорта
1.	2	1	3	1	4	7	4
2.	5	4	5	2	1	9	3
3.	3	5	3	5	3	7	5
4.	5	5	2	2	2	8	5
5.	3	3	4	2	5	8	2
6.	3	2	1	4	5	9	3
7.	1	2	3	2	4	6	2
8.	2	5	3	4	3	6	2
9.	5	5	3	4	2	7	3
10.	2	4	5	4	4	8	2
11.	4	4	4	5	3	10	1
12.	2	1	3	1	4	10	4
13.	1	4	4	3	4	6	2
14.	2	1	1	1	2	8	4
15.	3	1	4	4	1	8	2
16.	4	4	4	2	2	7	4
17.	1	4	4	5	2	8	5
18.	1	4	1	5	3	8	2
19.	2	1	4	4	5	7	5
20.	4	3	4	5	2	7	4
21.	1	4	5	5	4	6	3

Продолжение Приложения А

Результаты анкетирования респондентов Группы 2

Респонденты	Оцените признаки изменений в ценностно-смысловой сфере	Оцените признаки изменений в эмоционально-волевой сфере	Оцените признаки изменений в когнитивной сфере	Оцените признаки изменений в коммуникативной сфере	Оцените признаки изменений в сфере психологического благополучия	Оцените изменения в Вашей жизни в лучшую сторону во время пандемии	Оцените наличие признаков физического дискомфорта
22.	5	1	2	1	4	9	2
23.	1	5	3	1	5	6	3
24.	3	1	2	3	2	7	2
25.	5	1	5	2	5	9	4
26.	4	4	3	3	4	7	5
27.	5	2	5	2	3	10	5
28.	2	2	1	2	1	9	4
29.	5	3	2	5	1	8	2
30.	3	2	2	1	5	6	1
31.	2	3	5	2	1	10	4
32.	3	2	3	5	5	8	2
33.	1	5	2	1	5	7	2
34.	3	5	4	4	5	10	5
35.	1	3	1	5	3	7	3
36.	1	1	5	1	2	7	3
37.	2	2	2	4	3	7	1
38.	5	4	2	3	4	9	4
39.	4	4	1	1	2	8	4
40.	3	5	3	5	5	6	2
41.	2	4	5	4	3	6	2
42.	1	2	5	2	1	10	4
43.	5	1	5	4	5	9	2
44.	1	5	3	4	2	7	3
45.	1	1	5	4	1	7	2
46.	5	1	5	1	5	9	5
47.	5	1	2	5	4	7	3
48.	5	1	5	4	2	9	3
49.	3	5	3	1	1	8	3
50.	3	5	4	4	2	9	3
	2,941176	2,960784	3,333333	3,117647	3,098039	7,784314	3,058824

Приложение Б

Показатели субъективного благополучия респондентов Группы 1

Респонденты	Итоговая оценка по кластерам (в стенах)					
	Напряженность и чувствительность	Психосоматическая симптоматика	Изменение настроения	Значимость социального окружения	Самооценка здоровья	Степень удовлетворенности повседневной деятельностью
1.	8	1	4	1	4	4
2.	2	7	4	1	4	4
3.	9	5	5	6	9	6
4.	5	5	7	4	4	5
5.	7	2	7	8	2	8
6.	3	10	9	1	1	10
7.	5	9	9	8	8	9
8.	7	6	2	8	8	8
9.	6	9	10	5	9	9
10.	10	8	5	7	9	10
11.	10	2	8	9	9	9
12.	9	7	6	6	7	7
13.	6	5	8	7	8	8
14.	7	8	6	5	8	8
15.	2	5	9	10	9	9
16.	8	4	8	8	8	8
17.	5	8	8	6	8	8
18.	8	6	6	8	8	6
19.	5	9	6	8	8	8
20.	9	6	7	6	2	4
21.	9	9	10	7	10	10
22.	7	5	9	10	10	10
23.	6	9	9	9	9	9
24.	7	10	8	9	9	9
25.	7	7	8	5	8	8
26.	8	6	5	3	8	7
27.	6	7	5	10	10	6
28.	9	5	5	6	4	4
29.	5	5	7	5	4	4
30.	7	5	7	8	7	7
31.	5	10	9	5	9	7
32.	5	9	9	8	8	8
33.	7	6	6	8	6	8
34.	5	9	10	5	10	10
35.	10	8	5	7	9	9
36.	10	5	8	9	5	5
37.	9	7	6	5	6	6
38.	6	5	8	7	6	6
39.	7	8	5	5	8	5
40.	2	5	9	10	2	10
41.	8	6	8	8	8	8

Продолжение Приложения Б

Показатели субъективного благополучия респондентов Группы 1

Респонденты	Итоговая оценка по кластерам (в стенах)					
	Напряженность и чувствительность	Психоэмоциональная симптоматика	Изменение настроения	Значимость социального окружения	Самооценка здоровья	Степень удовлетворенности повседневной деятельностью
42.	5	8	8	6	8	8
43.	8	6	6	8	6	6
44.	4	9	6	8	6	6
45.	9	6	7	6	6	6
46.	9	9	10	7	10	7
47.	7	5	9	10	5	10
48.	6	9	9	9	9	9
49.	7	10	8	9	5	10
50.	7	7	8	7	7	7

Продолжение Приложения Б

Показатели субъективного благополучия респондентов Группы 2

Респонденты	Итоговая оценка по кластерам (в стенах)					Степень удовлетворенности повседневной деятельностью
	Напряженность и чувствительность	Психоэмоциональная симптоматика	Изменение настроения	Значимость социального окружения	Самооценка здоровья	
1.	4	2	2	2	4	4
2.	1	1	1	1	1	1
3.	7	4	4	4	7	6
4.	3	3	2	2	2	3
5.	4	5	5	5	5	5
6.	5	6	6	6	5	6
7.	3	4	4	4	4	4
8.	4	4	4	4	4	4
9.	4	2	2	5	4	5
10.	1	3	3	3	3	3
11.	9	3	3	3	9	9
12.	2	2	5	5	5	5
13.	2	2	3	3	3	5
14.	6	1	1	1	6	6
15.	4	4	4	4	4	4
16.	7	4	5	4	7	5
17.	4	4	5	4	5	5
18.	8	1	4	4	8	6
19.	3	3	3	3	3	3
20.	5	3	4	4	5	5
21.	8	2	6	2	6	6
22.	8	8	6	6	6	6
23.	1	2	2	2	2	5
24.	5	5	5	5	5	5
25.	2	4	4	4	4	6

Продолжение Приложения Б

Показатели субъективного благополучия респондентов Группы 2

Респонденты	Итоговая оценка по кластерам (в стенах)					
	Напряженность и чувствительность	Психоэмоциональная симптоматика	Изменения настроения	Значимость социального окружения	Самооценка здоровья	Степень удовлетворенности повседневной деятельностью
26.	6	2	2	2	6	6
27.	1	1	5	1	5	5
28.	7	4	4	4	7	7
29.	5	3	2	2	5	5
30.	4	5	8	8	8	5
31.	6	6	7	6	7	6
32.	6	4	4	4	4	6
33.	1	4	4	4	4	4
34.	2	2	2	2	2	2
35.	1	3	3	3	3	3
36.	2	3	3	3	3	3
37.	2	2	5	6	6	6
38.	6	2	9	6	9	6
39.	6	1	1	6	6	6
40.	4	4	4	4	4	4
41.	5	5	8	5	8	5
42.	4	5	4	5	5	5
43.	1	1	4	5	5	5
44.	3	3	3	3	3	3
45.	3	3	4	5	5	5
46.	2	2	8	8	8	8
47.	8	6	7	8	7	6
48.	2	2	2	2	2	2
49.	5	5	4	8	8	5
50.	4	4	4	6	6	6

Продолжение Приложения Б

Показатели субъективного благополучия респондентов после прохождения медико-психологической реабилитации

Респонденты	Итоговая оценка по кластерам (в стенах)					
	Напряженность и чувствительность	Психосоматическая симптоматика	Изменения настроения	Значимость социального окружения	Самооценка здоровья	Степень удовлетворенности повседневной деятельностью
1.	4	4	2	2	4	4
2.	2	4	4	2	2	4
3.	7	6	7	7	7	6
4.	5	6	2	4	5	4
5.	4	5	5	5	5	5
6.	5	6	6	6	7	6
7.	2	4	6	2	5	4
8.	4	4	4	4	4	4
9.	7	10	8	7	8	10
10.	5	4	5	3	4	3
11.	6	5	6	3	6	6
12.	2	5	4	5	2	5
13.	5	2	5	2	6	5
14.	6	4	4	5	4	6
15.	4	6	5	4	5	4
16.	6	4	6	4	6	4
17.	2	4	5	4	2	5
18.	6	2	4	6	6	4
19.	3	5	3	5	3	3
20.	5	5	4	4	5	4
21.	8	8	10	8	9	10
22.	6	6	5	6	5	6
23.	1	3	2	4	3	5
24.	5	4	5	4	4	5
25.	5	6	4	4	2	5
26.	4	4	2	2	4	6
27.	6	4	6	4	2	2
28.	5	2	2	4	5	4
29.	2	3	2	4	5	5
30.	4	3	5	6	4	5
31.	4	4	5	4	5	6
32.	6	4	4	5	4	6
33.	2	6	2	3	2	4
34.	7	7	10	8	7	7
35.	3	3	5	3	5	5
36.	2	4	3	3	4	2

Продолжение Приложения Б

**Показатели субъективного благополучия респондентов после
прохождения медико-психологической реабилитации**

Респонденты	Итоговая оценка по кластерам (в стенах)					
	Напряженность и чувствительность	Психоэмоциональная симптоматика	Изменение настроения	Значимость социального окружения	Самооценка здоровья	Степень удовлетворенности повседневной деятельностью
37.	4	2	5	4	5	6
38.	6	5	6	6	5	6
39.	6	4	5	4	6	6
40.	4	2	4	4	2	4
41.	5	5	4	5	4	5
42.	4	5	4	4	5	4
43.	2	4	3	5	4	5
44.	3	3	5	3	5	3
45.	3	3	4	5	5	5
46.	10	10	8	8	8	8
47.	8	6	7	8	7	6
48.	2	2	4	4	2	4
49.	5	6	6	6	5	5
50.	4	2	4	6	6	4

Приложение В

Показатели психологического благополучия респондентов Группы 1

Респонденты	Итоговая оценка по шкалам (в стенах)					
	Автономия	Управление окружением	Личностный рост	Позитивные отношения	Цели в жизни	Самопринятие
1.	2	2	2	2	10	10
2.	1	1	1	3	3	8
3.	8	5	4	4	8	3
4.	3	3	3	2	2	3
5.	3	3	3	3	8	9
6.	7	7	6	6	5	3
7.	3	3	3	3	9	3
8.	7	7	7	10	4	3
9.	2	2	2	2	7	7
10.	1	3	3	3	8	3
11.	2	3	3	3	7	3
12.	2	2	2	3	5	6
13.	2	2	2	3	9	9
14.	1	1	1	1	10	8
15.	10	4	4	8	4	3
16.	10	5	5	10	10	3
17.	6	5	5	6	5	2
18.	10	10	10	8	8	7
19.	1	3	3	3	1	7
20.	3	3	3	3	8	8
21.	3	2	2	3	9	9
22.	3	8	8	3	3	3
23.	1	2	2	2	2	2
24.	5	8	8	5	8	3
25.	2	4	2	4	6	2
26.	2	2	2	10	2	10
27.	1	1	1	5	8	1
28.	8	3	3	3	8	3
29.	3	3	3	2	2	9
30.	8	8	8	8	3	3
31.	7	8	8	8	1	3
32.	9	9	9	6	9	3
33.	10	10	10	10	1	3
34.	8	2	2	7	8	2
35.	5	3	5	3	5	3
36.	2	3	9	3	2	9
37.	2	2	6	6	2	2
38.	2	2	9	2	2	9

Продолжение Приложения В

Показатели психологического благополучия респондентов Группы 1

Респонденты	Итоговая оценка по шкалам (в стенах)					
	Автономия	Управление окружением	Личностный рост	Позитивные отношения	Цели в жизни	Самопринятие
39.	9	1	8	1	1	8
40.	10	10	10	8	8	3
41.	10	10	10	10	3	3
42.	6	8	5	8	5	3
43.	10	1	1	1	8	3
44.	1	3	3	3	1	7
45.	5	3	3	3	5	3
46.	9	2	9	2	2	9
47.	8	8	8	8	8	3
48.	1	1	2	2	2	7
49.	5	8	8	5	8	3
50.	4	8	8	4	6	2

Продолжение Приложения В

Показатели психологического благополучия респондентов Группы 2

Респонденты	Итоговая оценка по шкалам (в стенах)					
	Автономия	Управление окружением	Личностный рост	Позитивные отношения	Цели в жизни	Самопринятие
1.	8	8	4	4	8	4
2.	10	10	3	3	8	3
3.	9	8	8	3	8	1
4.	5	3	8	8	3	8
5.	8	8	3	8	8	3
6.	10	10	1	10	1	4
7.	9	9	0	8	8	1
8.	8	2	8	4	8	2
9.	10	9	4	9	4	9
10.	8	8	1	4	9	9
11.	9	9	3	9	3	9
12.	9	9	2	4	9	6
13.	3	3	8	8	5	8
14.	8	8	5	8	8	3
15.	3	3	10	8	10	10
16.	8	8	2	8	3	8
17.	8	8	3	3	8	2
18.	8	8	2	8	8	4
19.	6	6	8	8	2	8
20.	7	2	8	3	8	8
21.	9	9	7	8	6	5
22.	9	9	1	8	1	8
23.	9	9	4	3	10	2
24.	8	9	6	9	5	3
25.	8	8	5	8	8	2
26.	1	1	9	1	9	9
27.	3	3	8	10	8	5
28.	3	2	10	8	8	10
29.	5	5	8	8	5	8
30.	2	2	8	8	8	4
31.	10	10	9	1	4	4
32.	9	9	9	3	9	1
33.	2	2	2	8	8	8
34.	3	3	10	8	8	8
35.	8	8	8	3	9	7
36.	3	2	8	2	8	8
37.	2	2	8	2	8	8
38.	6	5	8	8	8	5

Продолжения Приложения В

Показатели психологического благополучия респондентов Группы 2

Респонденты	Итоговая оценка по шкалам (в стенах)					
	Автономия	Управление окружением	Личностный рост	Позитивные отношения	Цели в жизни	Самопринятие
39.	1	1	8	1	8	8
40.	2	2	9	10	2	10
41.	4	4	8	4	8	8
42.	8	8	8	4	4	9
43.	6	6	3	4	4	8
44.	9	9	3	3	9	3
45.	6	6	6	6	2	9
46.	9	9	3	6	3	9
47.	5	5	9	1	10	10
48.	2	7	2	9	4	9
49.	8	9	5	5	3	9
50.	8	8	5	5	5	8

Продолжение Приложения В

Показатели психологического благополучия респондентов после прохождения медико-психологической реабилитации

Респонденты	Итоговая оценка по шкалам (в стенах)					
	Автономия	Управление окружением	Личностный рост	Позитивные отношения	Цели в жизни	Самопринятие
1.	9	9	8	8	8	9
2.	10	10	2	4	8	8
3.	2	4	0	3	4	1
4.	5	5	8	4	5	8
5.	8	8	5	8	5	3
6.	1	2	1	1	1	4
7.	7	7	2	7	9	10
8.	8	4	8	4	8	4
9.	2	4	2	4	4	2
10.	9	9	10	4	4	9
11.	5	9	5	9	5	9
12.	9	8	8	6	8	6
13.	8	9	8	8	6	8
14.	7	6	6	8	8	5
15.	3	3	10	8	10	10
16.	8	6	8	8	6	8
17.	9	10	6	5	10	9
18.	8	8	9	9	8	6
19.	6	6	8	8	2	8
20.	9	4	10	5	10	10
21.	3	1	4	4	3	1
22.	7	7	8	8	7	8
23.	8	7	7	8	9	5
24.	6	5	6	7	5	5
25.	8	6	8	6	8	6
26.	6	4	9	4	6	9
27.	8	9	8	9	8	8
28.	5	4	8	6	6	8
29.	8	8	6	6	8	6
30.	2	2	8	8	8	4
31.	8	6	8	6	6	5
32.	9	9	9	3	9	1
33.	4	4	6	8	4	6
34.	3	3	1	1	3	3
35.	8	6	8	6	6	8
36.	5	7	5	5	7	5
37.	8	8	6	8	6	8
38.	6	6	10	6	8	6

Продолжение Приложения В

**Показатели психологического благополучия респондентов после
прохождения медико-психологической реабилитации**

Респонденты	Итоговая оценка по шкалам (в стенах)					
	Автономия	Управление окружением	Личностный рост	Позитивные отношения	Цели в жизни	Самопринятие
39.	4	4	8	4	8	8
40.	8	6	8	6	4	10
41.	6	10	8	6	8	6
42.	8	4	8	5	4	9
43.	6	6	4	4	6	4
44.	8	8	5	5	8	5
45.	4	8	4	6	4	6
46.	2	2	3	3	3	2
47.	2	4	1	1	1	4
48.	2	5	4	7	5	5
49.	6	8	8	8	6	8
50.	8	4	6	6	4	8

Приложение Г

Показатели респондентов степени выраженности психофизиологического состояния по методике «САН»

Респонденты	Средний балл по шкалам респондентов в Группе 1			Средний балл по шкалам респондентов в Группе 2		
	Самочувствие	Активность	Настроение	Самочувствие	Активность	Настроение
1.	7	6	6	4	4	4
2.	1	2	3	7	6	4
3.	7	4	4	4	4	2
4.	4	4	4	7	5	6
5.	2	3	2	7	5	5
6.	4	5	4	7	7	7
7.	2	3	3	3	1	5
8.	4	4	3	4	4	5
9.	7	7	7	4	4	4
10.	4	3	1	6	4	5
11.	2	2	2	4	4	4
12.	1	4	2	1	3	4
13.	2	2	3	6	4	5
14.	7	5	4	4	6	7
15.	5	5	5	6	7	5
16.	3	4	2	7	5	6
17.	4	3	2	4	4	7
18.	4	6	5	5	6	5
19.	2	4	1	7	7	6
20.	4	4	4	6	7	5
21.	2	3	2	4	4	4
22.	5	6	3	7	6	4
23.	6	4	4	4	4	2
24.	4	4	6	5	5	6
25.	1	2	2	7	5	5
26.	4	5	5	7	7	7
27.	2	3	3	3	1	5
28.	2	3	1	4	4	5
29.	7	5	1	4	4	4
30.	4	7	7	6	4	5
31.	3	3	2	4	4	4
32.	1	4	2	1	3	3
33.	3	2	3	6	4	5
34.	4	5	2	4	6	7
35.	2	6	2	6	7	5
36.	3	4	3	7	5	6
37.	3	3	4	4	4	7
38.	4	2	1	5	6	5
39.	4	4	5	7	7	6

Продолжение Приложения Г

**Показатели респондентов степени выраженности
психофизиологического состояния по методике «САН»**

Респонденты	Средний балл по шкалам респондентов в Группе 1			Средний балл по шкалам респондентов в Группе 2		
	Самочувствие	Активность	Настроение	Самочувствие	Активность	Настроение
40.	4	4	5	7	7	6
41.	3	3	4	6	7	5
42.	3	3	4	4	4	4
43.	3	2	3	7	6	4
44.	6	3	4	4	4	2
45.	4	2	5	5	5	6
46.	4	4	5	7	5	5
47.	2	3	2	7	7	7
48.	1	2	2	5	1	5
49.	7	4	5	2	4	5
50.	3	4	4	3	4	4

Продолжение Приложения Г

Показатели результатов респондентов степени выраженности психофизиологического состояния по методике «САН» после прохождения медико-психологической реабилитации

Респонденты	Средний балл по шкалам		
	Самочувствие	Активность	Настроение
1.	5	4	6
2.	6	5	5
3.	7	4	4
4.	4	5	6
5.	6	7	7
6.	4	5	4
7.	6	6	5
8.	7	7	5
9.	7	7	7
10.	5	5	6
11.	4	6	6
12.	5	4	5
13.	6	4	5
14.	7	5	4
15.	5	5	5
16.	6	4	4
17.	7	6	6
18.	4	6	5
19.	5	4	5
20.	4	4	4
21.	2	3	2
22.	5	6	5
23.	6	4	4
24.	4	4	6
25.	3	5	5
26.	4	5	5
27.	5	6	4
28.	6	6	5
29.	7	5	5
30.	5	7	7
31.	6	6	4
32.	4	4	6
33.	7	5	5
34.	4	5	2
35.	5	6	4
36.	6	4	6
37.	7	4	4
38.	4	4	5
39.	5	6	5

Продолжение Приложения Г

Показатели результатов респондентов степени выраженности психофизиологического состояния по методике «САН» после прохождения медико-психологической реабилитации

Респонденты	Средний балл по шкалам		
	Самочувствие	Активность	Настроение
40.	6	6	4
41.	5	4	5
42.	7	4	6
43.	6	4	4
44.	4	5	5
45.	4	4	5
46.	2	3	2
47.	5	7	5
48.	7	4	5
49.	6	4	4
50.	4	2	3

Приложение Д

Показатели респондентов степени выраженности личностной и ситуативной тревожности

Респонденты	Индекс тревожности (в баллах)			
	Группа 1		Группа 2	
	ЛТ	СТ	ЛТ	СТ
1.	28	54	56	40
2.	24	48	38	44
3.	16	56	20	22
4.	49	38	42	50
5.	26	50	28	34
6.	22	48	16	18
7.	24	56	38	22
8.	44	32	22	16
9.	58	51	24	40
10.	24	54	40	26
11.	40	44	18	14
12.	44	38	26	28
13.	24	26	42	41
14.	52	48	56	18
15.	26	34	46	40
16.	40	38	28	38
17.	28	32	20	40
18.	22	52	22	20
19.	48	54	26	34
20.	16	50	30	32
21.	20	46	38	34
22.	38	41	24	36
23.	54	48	28	48
24.	22	47	22	40
25.	18	54	48	38
26.	24	52	40	24
27.	40	36	24	42
28.	38	26	20	22
29.	40	26	36	28
30.	54	58	18	44
31.	22	48	26	20
32.	26	54	38	28
33.	20	48	22	26
34.	50	50	20	22
35.	22	54	28	18
36.	28	38	26	28
37.	20	44	58	46
38.	48	38	28	34
39.	24	56	26	43
40.	26	60	20	35

Продолжение Приложения Д

Показатели респондентов степени выраженности личностной и ситуативной тревожности

Респонденты	Индекс тревожности (в баллах)			
	Группа 1		Группа 2	
41.	52	46	24	28
42.	54	50	36	28
43.	26	40	48	26
44.	20	48	28	22
45.	48	32	32	32
46.	36	56	26	24
47.	44	36	24	54
48.	48	22	56	28
49.	22	44	34	26
50.	36	38	58	24

Продолжение Приложения Д

Показатели респондентов степени выраженности личностной и ситуативной тревожности после прохождения медико-психологической реабилитации

Респонденты	Индекс тревожности (в баллах)	
	ЛТ	СТ
1.	28	34
2.	24	28
3.	16	56
4.	29	30
5.	26	22
6.	22	48
7.	24	22
8.	28	38
9.	58	51
10.	24	16
11.	20	18
12.	14	28
13.	24	26
14.	22	18
15.	16	14
16.	30	28
17.	28	22
18.	22	24
19.	18	24
20.	16	28
21.	20	46
22.	38	36
23.	24	28
24.	22	26
25.	18	24
26.	24	22
27.	30	36
28.	28	26
29.	20	26
30.	24	28
31.	22	24
32.	26	54
33.	20	28
34.	50	50
35.	22	24
36.	18	28

Продолжение Приложения Д

Показатели респондентов степени выраженности личностной и ситуативной тревожности после прохождения медико-психологической реабилитации

Респонденты	Индекс тревожности (в баллах)	
	ЛТ	СТ
37.	20	14
38.	24	18
39.	24	26
40.	26	16
41.	22	26
42.	24	20
43.	26	30
44.	20	28
45.	28	22
46.	36	56
47.	24	26
48.	48	22
49.	22	24
50.	34	36

Приложение Е

Показатели результатов респондентов по шкалам: дистресс, депрессия, тревога и соматизация (Методика «4ДДТС»)

Респонденты	Интегральный показатель по шкалам в баллах			
	Дистресс	Депрессия	Тревожность	Соматизация
Группа 1				
1.	6	2	5	32
2.	32	8	16	26
3.	12	6	13	28
4.	5	2	10	16
5.	26	6	22	32
6.	9	2	12	20
7.	11	2	9	26
8.	6	3	5	26
9.	9	4	7	20
10.	5	1	5	24
11.	6	2	7	14
12.	7	4	8	30
13.	8	2	11	28
14.	9	3	7	32
15.	8	1	9	20
16.	11	3	9	26
17.	30	8	22	32
18.	11	4	10	22
19.	7	3	5	16
20.	8	3	8	19
21.	6	2	12	20
22.	11	2	9	26
23.	12	4	7	20
24.	5	2	10	30
25.	6	5	9	20
26.	9	2	12	32
27.	22	6	14	24
28.	6	3	7	20
29.	9	4	7	22
30.	11	1	8	16
31.	12	2	13	28
32.	7	4	6	14
33.	7	2	11	15
34.	9	8	16	28
35.	8	5	12	20
36.	11	3	9	16
37.	18	8	14	32
38.	11	4	7	22

Продолжение Приложения Е

Показатели результатов респондентов по шкалам: дистресс, депрессия, тревога и соматизация (Методика «4ДТС»)

Респонденты	Интегральный показатель по шкалам в баллах			
	Дистресс	Депрессия	Тревожность	Соматизация
Группа 1				
39.	7	3	11	20
40.	8	3	8	20
41.	12	8	16	28
42.	11	2	7	19
43.	12	2	6	24
44.	5	2	7	19
45.	6	5	9	20
46.	9	2	12	22
47.	28	6	16	26
48.	6	3	5	16
49.	12	5	10	20
50.	11	1	7	15

Продолжение Приложения Е

Показатели результатов респондентов по шкалам: дистресс, депрессия, тревога и соматизация (Методика «4ДДТС»)

Респонденты	Интегральный показатель по шкалам в баллах			
	Дистресс	Депрессия	Тревожность	Соматизация
Группа 2				
1.	10	1	5	22
2.	7	4	8	26
3.	7	2	6	19
4.	5	4	9	26
5.	10	3	3	24
6.	9	3	6	22
7.	9	2	12	15
8.	5	3	8	20
9.	11	4	8	26
10.	7	12	23	28
11.	8	3	12	19
12.	12	2	9	22
13.	10	2	6	15
14.	5	10	19	30
15.	9	3	6	24
16.	11	3	12	22
17.	11	1	8	24
18.	5	2	5	28
19.	11	1	6	20
20.	24	12	16	24
21.	10	1	4	22
22.	7	4	8	22
23.	7	2	6	26
24.	5	3	9	20
25.	10	3	5	11
26.	9	3	3	22
27.	9	2	9	20
28.	5	3	8	26
29.	11	4	8	22
30.	7	4	9	28
31.	8	3	3	24
32.	12	2	9	26
33.	10	2	6	15
34.	5	3	6	11
35.	24	10	18	28
36.	11	3	12	26
37.	11	1	8	28
38.	5	2	6	19

Продолжение Приложения Е

Показатели результатов респондентов по шкалам: дистресс, депрессия, тревога и соматизация (Методика «4ДТС»)

Респонденты	Интегральный показатель по шкалам в баллах			
	Дистресс	Депрессия	Тревожность	Соматизация
Группа 2				
39.	11	1	8	30
40.	7	3	9	28
41.	10	1	9	16
42.	24	12	24	24
43.	7	2	6	30
44.	5	4	8	26
45.	10	3	6	20
46.	9	3	8	22
47.	9	2	19	26
48.	5	3	6	19
49.	11	4	3	28
50.	7	4	16	22

Продолжение Приложения Е

Показатели результатов респондентов Группы 1 по шкалам: дистресс, депрессия, тревога и соматизация (Методика «4ДЦС») после прохождения медико-психологической реабилитации

Респонденты	Интегральный показатель по шкалам в баллах			
	Дистресс	Депрессия	Тревожность	Соматизация
Группа 1				
1.	6	2	5	23
2.	12	8	6	20
3.	12	6	13	28
4.	5	2	10	16
5.	16	6	12	22
6.	9	2	12	20
7.	11	2	9	16
8.	6	3	5	26
9.	9	4	7	20
10.	5	1	5	24
11.	6	2	7	14
12.	7	4	8	30
13.	8	2	11	28
14.	9	3	7	30
15.	8	1	9	20
16.	11	3	9	16
17.	10	8	2	20
18.	11	4	10	22
19.	7	3	5	16
20.	8	3	8	19
21.	11	2	9	26
22.	12	4	7	20
23.	5	2	10	24
24.	6	5	9	20
25.	9	2	12	22
26.	22	6	14	24
27.	6	3	7	20
28.	9	4	7	22
29.	11	1	8	16
30.	12	2	10	28
31.	7	4	6	14
32.	7	2	11	15
33.	9	8	16	28
34.	8	5	16	20
35.	10	3	9	16
36.	10	3	9	16
37.	8	8	14	22

Продолжение Приложения Е

Показатели результатов респондентов Группы 1 по шкалам: дистресс, депрессия, тревога и соматизация (Методика «4ДЦС») после прохождения медико-психологической реабилитации

Респонденты	Интегральный показатель по шкалам в баллах			
	Дистресс	Депрессия	Тревожность	Соматизация
Группа 1				
38.	7	4	7	22
39.	7	3	17	20
40.	8	3	5	11
41.	5	4	6	18
42.	9	2	7	19
43.	12	2	6	16
44.	5	2	4	18
45.	6	5	3	20
46.	9	2	12	22
47.	8	4	8	26
48.	6	3	5	16
49.	10	5	10	20
50.	7	1	7	15