

**М.В. Чумаков, С.А. Хвостова**

**ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ  
В КОНТЕКСТЕ БЕЗОПАСНОСТИ  
СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

**МОНОГРАФИЯ**



Курганский  
государственный  
университет



Библиотечно-издательский  
центр  
65-48-12

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«КУРГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

М.В. Чумаков

С.А. Хвостова

**ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ  
В КОНТЕКСТЕ БЕЗОПАСНОСТИ  
СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

Монография

Курган 2018

УДК 15  
ББК 88.5  
Ч 90

#### Рецензенты

**Е.В. Алфеева**, канд. психол. наук, доцент, зав. кафедрой дошкольного и начального общего образования ГАУО ДПО ИРОСТ;

**Е.Л. Солдатова**, д-р психол. наук, профессор, зав. кафедрой психологии развития и возрастного консультирования, декан ф-та психологии Южно-Уральского государственного университета.

*Печатается по решению научного совета Курганского государственного университета.*

#### **Чумаков М. В., Хвостова С. А.**

Эмоционально-волевая регуляция в контексте безопасности социального взаимодействия : монография. – Курган : Изд-во Курганского гос. ун-та, 2018. – 150 с.

В монографии рассмотрены положения концепции эмоционально-волевой регуляции к анализу социального взаимодействия в контексте его безопасности. Рассмотрен вопрос о соотношении эмоционально-волевой регуляции и стресса. Стресс, депрессия и суицидальные намерения трактуются в аспекте психологической безопасности социального взаимодействия в университете. Показаны взаимосвязи стресса, депрессивных проявлений личности и суицидальных намерений. Выявлены стрессогенные и благоприятные для регуляции деятельности и социального взаимодействия формы эмоционально-волевой регуляции. На основе обширного эмпирического материала разработан психологически обоснованный инструментарий для мониторинга среды социального взаимодействия в университете. Раздел, посвященный посттравматическому стрессу, подробно рассмотрен на примере стрессовых состояний при травмах опорно-двигательной системы пожилых и старых людей. Представлен как психофизиологический, так и психологический уровень анализа. Материалы монографии позволяют разработать программы помощи пожилым людям, страдающим остеопорозом. Работа будет полезна практическим работникам системы образования, студентам, аспирантам факультета психологии, преподавателям психологии вузов.

Табл. - 49, библиогр. - 421 назв.

УДК 15  
ББК 88.5

ISBN 978-5-4217-0458-4

© Курганский государственный университет, 2018  
© Чумаков М.В., Хвостова С.А., 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b> .....	4
<b>Глава 1. Концепция эмоционально-волевой регуляции деятельности в социальном взаимодействии и проблема стресса</b> .....	5
1.1 Некоторые положения концепции эмоционально-волевой регуляции деятельности.....	5
1.2 Эмоционально-волевая регуляция и стресс.....	13
1.3 Позитивная и стрессогенная формы волевого усилия .....	20
1.4 Стрессоустойчивость в структуре эмоционально-волевой сферы личности .....	31
<b>Глава 2. Социальное взаимодействие в университете и проблемы безопасности личности студентов</b> .....	39
2.1 Социальное взаимодействие в аспекте безопасности личности .....	39
2.2 Анализ стрессогенности образовательной среды в университете, депрессивных и суицидальных проявлений в личности и поведении студентов .....	42
<b>Список литературы 1 и 2 главы</b> .....	73
<b>Глава 3. Психофизиология посттравматического стресса</b> .....	90
3.1 Психофизиологические взаимодействия при травме опорно-двигательной системы.....	93
3.2 Типы психологических реакций на стресс при травме .....	98
3.3 Механизмы нарушений психофизических взаимосвязей при травмах .....	99
3.4 Главная психофизиологическая проблема при переживании посттравматического стресса в современных представлениях .....	102
<b>Глава 4. Психологические особенности пожилых и старых людей, переживших посттравматический стресс</b> .....	108
4.1 Психоэмоциональные состояния больных, переживающих посттравматический стресс после переломов .....	112
4.2 Межличностные взаимоотношения пожилых людей, переживающих посттравматический стресс, в процессе лечения после травм.....	116
4.3 Взаимодействие психологических и физиологических механизмов в процессе адаптации пожилых людей, перенесших перелом .....	121
<b>Список литературы 3 и 4 главы</b> .....	131
<b>Заключение</b> .....	148

## Введение

В монографии осуществляется развитие концепции эмоционально-волевой регуляции деятельности и социального взаимодействия М.В. Чумакова, а также концепции стрессовых состояний при травмах опорно-двигательной системы С.А. Хвостовой. Главы 1 и 2 написаны М.В. Чумаковым, а главы 3 и 4 – С.А. Хвостовой. Объединяющим началом служит направленность подходов на повышение безопасности социального взаимодействия. Эмоционально-волевая регуляция анализируется с позиций теории интегральных процессов и рефлексии А.В. Карпова и коммуникативной методологии В.А. Мазилова [58; 59; 81]. Вводится понятие метаволевой регуляции, и показана роль эмоций в этом процессе. Проведен теоретический анализ проблемы стресса и стрессоустойчивости в контексте концепции эмоционально-волевой регуляции. Выделены формы эмоционально-волевой регуляции, непосредственно связанные со стрессом и не связанные с ним. Значительная часть монографии посвящена вопросу роли эмоционально-волевой регуляции в безопасности социального взаимодействия на примере университетской среды. Выделяются понятия психологической безопасности среды и психологической безопасности личности. Рассмотрены такие элементы психологической безопасности, как суицидальные мысли и намерения, депрессивные тенденции, конфликтные ситуации, стрессовые ситуации. Монография содержит обширный эмпирический материал по каждой из выделенных теоретическим анализом позиций. В монографии разработаны пути практического приложения концепции эмоционально-волевой регуляции к оптимизации университетской среды социального взаимодействия, социального взаимодействия в религиозной сфере, социального взаимодействия в конфликте, намечены подходы к снижению стрессогенности социального взаимодействия и повышения его психологической безопасности. В частности, материалы монографии позволили разработать психологически обоснованную процедуру мониторинга образовательной среды университета по таким важным позициям, как суицидальные мысли и намерения учащихся, депрессивные особенности личности, стрессовые факторы, связанные с обучением, межличностными отношениями, здоровьем и трудовой деятельностью, применением копинговых стратегий поведения. Таким образом, исследования, результаты которых обсуждаются в монографии, связывают эмоционально-волевою регуляцией с широким спектром различных сфер социального взаимодействия. Эмпирический и теоретический материал, представленный в монографии, позволяет наметить дальнейшие пути исследований в этой области и способы практического применения полученных данных.

# **Глава 1. Концепция эмоционально-волевой регуляции деятельности в социальном взаимодействии и проблема стресса**

## ***1.1 Некоторые положения концепции эмоционально-волевой регуляции деятельности***

В настоящее время особую актуальность приобретают исследования взаимодействия различных сторон регуляторного процесса, в частности его эмоциональных и волевых проявлений. Значимость этих проблем подчеркивает В.Д. Шадриков, говоря о том, что эмоции выступают важным фактором в формировании психологической функциональной системы деятельности [169]. Тесное единство эмоций и воли отмечает О.В. Дашкевич и ряд других авторов [38]. В регуляции деятельности эмоциональные и волевые процессы взаимосвязаны. Не случайно при изучении конкретных видов деятельности и в психологической практике востребован конструкт эмоционально-волевой регуляции. Термин «эмоционально-волевая регуляция» в ряде случаев применяется скорее интуитивно и требует теоретического осмысления, основанного на эмпирических исследованиях, предметом которых являются взаимосвязи эмоциональных и волевых процессов и звенья, которые опосредуют эти взаимосвязи. Коммуникативная методология психологической науки, развиваемая В.А. Мазилковым, имеет приложение к нашему исследованию, хотя речь идет о различных уровнях анализа [81]. Коммуникативная методология создает основу для взаимодействия психологических теорий. В этом смысле ее можно назвать метаметодологией, теоретической моделью, обеспечивающей соотнесение теоретических моделей. В нашем подходе речь идет о «наведении мостов» между традиционным делением психических процессов на волевые, эмоциональные, интеллектуальные и т. д. Впрочем, коммуникативная методология имеет в качестве мишени не только уровень взаимодействия теорий, но и уровень взаимодействия различных сторон психического. Это взаимосвязанные уровни и В.А. Мазилков отмечает, что конечная цель состоит в восстановлении изначальной целостности психического [82]. Теория отражает психическую реальность и, с другой стороны, формирует то, какие стороны в ней выделяются и воспринимаются. Путь к восстановлению целостности психического, согласно В.А. Мазилкову, состоит не только во взаимодействии подходов, но и в выборе способов исследования, не нарушающих целостности исследуемого феномена. В этом случае анализ



направлен на проблему метода в психологии. С нашей точки зрения, к этому можно добавить еще один путь, путь выбора не только способов, но и предмета исследования. А именно, перенос предмета исследования в область взаимосвязей и взаимодействия. Если сместить рассмотрение вопроса с предмета психологии в целом на ступень ниже, то изучение «связок», таких как эмоционально-волевая регуляция, представляется неплохим вариантом, ведущим к постепенному восстановлению целостности представлений о психике. Термин «эмоционально-волевая регуляция» возник в практике психологии и отражает идею исследования взаимосвязей эмоций и воли. Концепт эмоционально-волевой регуляции является устоявшимся и его разработка не приводит к умножению сущностей. Далее встает вопрос о выборе парадигмы анализа.

С нашей точки зрения, есть возможность концептуального анализа этого взаимодействия, основанного на регулятивно-синтетической парадигме и теории интегральных процессов психической регуляции А.В. Карпова [58]. Рассматриваемая проблематика распространяется в область педагогической психологии с опорой на теорию решения педагогических проблемных ситуаций М.М. Кашапова [60]. В рамках подхода А.В. Карпова под волей и эмоциями понимаются процессы активации, оценивания и стабилизации деятельности. В этом случае они относятся к первичным процессам. В иной трактовке воля подразумевает высший уровень регуляции, осознанный и произвольный. Этот уровень включает в себя процессы целеобразования, принятия решения, самоконтроля и др. Речь, таким образом, идет о совокупности интегральных процессов. В таком случае, понятие воли сближается с понятием рефлексии и в определенной степени поглощается им. Вероятно, имеет место смешение уровней в определении волевых процессов. Концепт эмоционально-волевой регуляции позволяет в известной степени устранить это противоречие. Эмоционально-волевая регуляция включает в себя и не вполне осознанные индивидом регуляторные компоненты, участвующие в качестве необходимых в ситуациях преодоления трудностей и препятствий на пути достижения цели. В таком случае, понятие эмоционально-волевой регуляции близко к понятию синтетического процесса психики, обеспечивающего функционирование регуляторного контура в ситуации трудностей и напряжения. Включение таких не полностью осознанных компонентов отделяет понятие эмоционально-волевой регуляции от понятия волевой

регуляции. В то же время наш подход отличается от трактовок эмоционально-волевой регуляции деятельности, где нежелательные с точки зрения результативности деятельности эмоции регулируются, устраняются волевым процессом [138; 151; 154]. В нашей трактовке это лишь частный случай, эффективный лишь в некоторых, «форсмажорных» обстоятельствах. Или, в некоторых обстоятельствах, не эффективный вовсе. Мы считаем, что осознание эмоционального компонента требует порой отказа от волевых усилий. В этом случае волевой потенциал как бы устраняется эмоциональным процессом. Эмоционально-волевая регуляция, в основном относящаяся к процессу второго порядка, может быть выведена при помощи рефлексии на более высокий уровень и принимать черты метапроцесса. В этом случае эмоционально-волевою регуляцией можно назвать метаволевою регуляцией. Основным индикатором и средством в механизме включения рефлексии выступает эмоция. Эмоции, с одной стороны, действуют на неосознаваемом уровне и автоматически блокируют неэффективные волевые проявления и поддерживают эффективные. С другой стороны, именно эмоции дают индивиду шанс вывести регуляцию на метауровень. Они служат индикатором благополучия или неблагополучия процесса, представленным в непосредственной форме, в форме переживания. Можно не только произвольно регулировать мешающие эффективной реализации деятельности эмоциональные состояния, но и активизировать эмоцию интереса, поддерживающую волевым усилием. Осознание особенностей процесса, стимулированное эмоцией, может приводить индивида к перестройке деятельности и осуществлять ее с большим учетом потребностей, индивидуальных особенностей, ценностей, направленности личности конкретного человека. Такая перестройка будет процессом более высокого порядка, стоящим как бы «над» эмоционально-волевой регуляцией и в то же время связанным с ней посредством эмоции.

Эмоционально-волевая регуляция – это синтетический процесс, обеспечивающий регуляцию деятельности в затрудненных и напряженных условиях, в которых эмоции занимают центральное положение. Эмоционально-волевая регуляция – это скоординированное взаимодействие эмоциональных и волевых процессов в ситуации преодоления трудностей и препятствий, формирующееся в деятельности и в социальном взаимодействии и реализующееся в них. Для успешной регуляции необходим баланс эмоциональных и волевых компонентов системы. Ситуация наруше-



ния равновесия приводит к необходимости подавлять эмоциональные состояния волевым усилием, когда волевой процесс начинает выступать в качестве антагониста по отношению к эмоциональному, либо к неконтролируемому, разрушительному для личности и социального окружения поведению под влиянием эмоций [139; 140].

Применение регулятивно-синтетической парадигмы к анализу эмоционально-волевой регуляции позволяет предположить наличие когнитивного компонента в ее составе. Этот компонент обнаружен в наших исследованиях.

Наше понимание эмоционально-волевой регуляции отличает ее от различных подходов к волевой регуляции, так как в этих подходах акцентируется ее сознательный характер. Эмоционально-волевая регуляция более широкое понятие, она включает процессы, не полностью осознанные индивидом. В.И. Селиванов различает непреднамеренные (не волевые) и сознательные (волевые) усилия и сосредотачивает свое внимание на сознательных [116]. При этом он отмечает, что важно изучать взаимопереходы одного усилия в другое. Именно эта область и являлась в основном объектом нашего внимания. Мы считаем, что эмоция опосредует эти взаимопереходы и служит важным индикатором качества самих волевых усилий. Нами исследуется не только активный волевой интерес, но и интерес в более широком смысле этого слова, понимаемый как отношение личности к объекту в силу его эмоциональной привлекательности. Интерес направляет регуляцию деятельности в нужное социальное русло, но только при условии правильно сформированной направленности личности. В личностной структуре, эмпирически выявленной в нашем исследовании, представлены все необходимые для эффективной эмоционально-волевой регуляции компоненты: направленность личности, эмоции, воля. В рамках нашего подхода эффективная регуляция – это вопрос баланса компонентов, равновесия между ними, а так же содержания направленности личности, убеждения, ценностей. Эмоция находится в центре этого баланса и служит средством, позволяющим его регулировать на неосознанном уровне и средством адекватного осознания дисбаланса системы. Такое понимание позволяет рассмотреть процесс взаимодействия направленности личности, социума и волевой регуляции как двунаправленный. Эмоции служат индикатором дисбаланса системы. Как показано в исследованиях Д.М. Чумаковой, возможно рассмотреть роль религиозности лично-

сти в этом процессе [156; 157]. Этот дисбаланс может характеризоваться как недостаточностью волевой регуляции в ситуации необходимости реализации субъектом позитивных социальных влияний, так и необходимостью изменения направленности личности, убеждений или социального взаимодействия, которое приводит к их формированию [146]. Эмоции занимают в системе баланса направленности личности и волевой регуляции центральное положение.

Как показал В.А. Иванников, критерий преодоления трудностей не является исчерпывающим для определения волевой регуляции деятельности [51]. Действительно, трудность может быть преодолена посредством нахождения более адекватного способа поведения, через выработку навыка. С нашей точки зрения, концепт эмоционально-волевой регуляции позволяет рассмотреть ситуацию более целостно и включить в анализ аспекты выбора оптимальной стратегии деятельности и поведения. Эмоции депрессивного ряда, обнаруженные нами в рамках выделения видов волевой регуляции на эмоциональной основе, зачастую и являются индикатором для субъекта в пользу отказа от волевой регуляции и поиска более адекватной стратегии поведения или отказа от деятельности вообще. Выработку навыка мы рассматриваем как частный случай выбора более адекватного способа поведения. Эмоционально-волевая регуляция в этом случае также может осуществляться как осознанно, так и неосознанно. Эмоции стимулируют отказ от неадекватной волевой активности на предсознательном уровне и служат средством «выведения» регуляции на более сознательный уровень.

Изучаемая реальность рассматривается нами как с процессуальной стороны, так и со стороны психических свойств и состояний. Нами выявлены характеристики личностной структуры, обеспечивающей эффективный процесс эмоционально-волевой регуляции и диспропорции этой структуры, затрудняющие регуляторный процесс, показана роль эмоциональных состояний в эффективности регуляторного процесса и др.

Социальное взаимодействие рассматривалось нами с позиций его эффективности и с позиций влияния на него личностных особенностей, прежде всего особенностей эмоционально-волевой сферы [143; 147]. Некоторые положения концепции эмоционально-волевой регуляции деятельности и социального взаимодействия Чумакова М.В. состоят в следующем.

1 Эмоции имманентно представлены в процессе волевой регуляции. Эмоциональные и волевые процессы не просто взаимосвязаны, а образуют единый процесс эмоционально-волевой регуляции. В теоретическом и экспериментальном плане эмоции и воля могут быть разделены. В практике деятельности и социального взаимодействия эмоциональные и волевые процессы организуются в систему, обеспечивающую достижение цели. Эта динамическая система включает эмоциональные и волевые компоненты в неразрывном единстве. В итоге сложилась ситуация, когда в общей и экспериментальной психологии эмоции и воля составляют различные реальности, а в практических разделах психологии закрепился термин «эмоционально-волевая сфера личности». Анализ соответствующих разделов общей психологии показывает, что и на теоретическом уровне эмоциональные и волевые процессы невозможно разделить.

2 В рамках эмоционально-волевой регуляции эмоции являются для человека показателем оптимального или неблагоприятного ее протекания и служат добавочным источником, позволяющим осознать регуляторный процесс и вывести его на новый рефлексивный уровень. Тем самым эмоции обеспечивают осознанность регуляции, которая считается основным признаком ее волевого характера. В теориях воли осознанность рассматривается как данность, являющаяся отличительным признаком волевого процесса. Мы рассмотрели механизм осознания, в своем генезе и выявили существенную роль эмоций. Эмоционально-волевая регуляция может быть рассмотрена как интегральный процесс, функцией которого является мобилизация усилий для реализации деятельности в условиях трудностей.

3 Эмоционально-волевая регуляция социального взаимодействия и деятельности имеет как осознанный, так и неосознаваемый уровень. Совокупность двух уровней обеспечивает достижение цели в условиях трудностей и препятствий. Эмоции являются основным регулятором достижения цели на неосознаваемом уровне, обеспечивают переход на осознанный уровень регуляции и остаются представленными на осознанном уровне регуляции.

4 Эмоционально-волевая регуляция задействует личность в целом. На параметры эмоционально-волевой регуляции влияет содержание мотивации, ответственность, мировоззрение установки, направленность личности. Эмоции являются опосредующим звеном этого влияния. Направленность личности оказывает свое регулирующее влияние посредством эмо-

ции интереса. Неверные установки, убеждения вызывают неадекватные волевые усилия, низко результативные и сопровождаемые эмоциями горя, вины. Данные эмоции способствуют редукции волевых усилий.

5 Процесс эмоционально-волевой регуляции может быть разделен на дискретные единицы. Единицей анализа эмоционально-волевой регуляции является волевой эпизод. Волевой эпизод содержит в своей структуре эмоциональный компонент.

6 Личностные особенности родителей, прежде всего особенности эмоционально-волевой сферы, влияют на особенности эмоционально-волевой регуляции у детей. Осуществляется передача особенностей эмоционально-волевой регуляции от поколения к поколению.

7 Влияние особенностей эмоционально-волевой регуляции у родителей на особенности эмоционально-волевой регуляции у детей опосредуется системой семейного социального взаимодействия. В частности, такими ее параметрами, как удовлетворенность различными сферами семейной жизни, частота и особенности практик наказания в семье, толерантность родителей. Эмоционально-волевая регуляция у детей и семейные отношения связаны реципрокными отношениями.

8 Эмоционально-волевая регуляция высокого уровня у родителей приводит к большей удовлетворенности семейной жизнью и меньшему эмоциональному стрессу в семье, что в свою очередь способствует эмоционально-волевой регуляции высокого уровня у детей.

9 Существуют различные формы эмоционально-волевой регуляции в зависимости от особенностей ее эмоционального компонента. Первая форма образуется в результате включенности эмоций интереса и радости в регуляторный процесс. Вторая – на основе включенности в регуляторный процесс эмоций горя и гнева, вины.

10 Эмоционально-волевая регуляция имеет позитивную возрастную динамику в подростковом возрасте и слабо выраженную динамику в первом периоде взрослости. Оптимизация и активизация динамики эмоционально-волевой регуляции требует специальной психологической работы, прежде всего с использованием социально-психологических тренингов.

11 Представления о волевой регуляции, зафиксированные в структурах языка и устойчивых установках испытуемых, хорошо согласуются с теоретическими положениями и обнаруживают в волевой регуляции эмоциональный компонент, связанный с энергетикой регуляторного процесса.

12 Представления о волевой регуляции, зафиксированные в структурах языка и устойчивых установках испытуемых, обнаруживают структуру, сходную со структурой, полученной с использованием метода лабораторного эксперимента и корреляционных исследований. Эта структура включает направленность личности, ответственность. Данный компонент обеспечивает учет социальных требований в направленности регуляторного процесса.

13 Сочетание различных структурных элементов эмоционально-волевой регуляции позволяет выделить типы испытуемых. Некоторые типы с определенным сочетанием структурных элементов эмоционально-волевой регуляции требуют коррекционной работы.

Исследуемая психологическая реальность может быть рассмотрена с динамической и статической стороны. В первом случае используется термин «эмоционально-волевая регуляция», во втором – «эмоционально-волевая сфера личности». Анализ эмоционально-волевой сферы личности с учетом высказанных положений позволяет увидеть ряд перспектив дальнейших исследований в этой области. Во-первых, требует дальнейшего исследования влияние различным образом организованного социального взаимодействия на формирование компонентов структуры эмоционально-волевой регуляции в подростковом, юношеском и зрелом возрастах. В данном случае потребуются применение формирующего эксперимента и исследование сместится в пограничную область социальной психологии и педагогической психологии. Во-вторых, возможно исследование структурных компонентов эмоционально-волевой регуляции в младшем школьном возрасте и третьем периоде взрослости. Эмоционально-волевая сфера личности пожилых людей изучена недостаточно. Данное направление является пограничным на стыке социальной психологии и психологии развития. Некоторые данные, полученные нами, свидетельствуют о значении диспропорций эмоционально-волевой регуляции в патологическом развитии личности. Патология эмоционально-волевой регуляции деятельности и социального взаимодействия выходит за рамки психологического исследования. Однако, перспективным является изучение эмоционально-волевой сферы личности в пограничной зоне, когда нарушения не достигли стадии патологии, но наблюдаются значительные сложности в работе регуляторного механизма. Возможное направление дальнейших исследований связано с применением процедуры структурированного самоанали-

за волевых эпизодов. Дальнейшее накопление эмпирических данных в этой области приведет к лучшему пониманию характера трудностей, возникающих в реальном, «живом» процессе деятельности и социального взаимодействия. Еще одним направлением исследования является рассмотрение связей неблагоприятных особенностей социального взаимодействия в рамках организации с негативными показателями эмоционально-волевой сферы личности. Возможные направления дальнейшего развития концепции эмоционально-волевой регуляции пересекаются и образуют проблемные области для анализа. Так, изучение влияния различным образом организованного социального взаимодействия на формирование компонентов структуры эмоционально-волевой регуляции в различные возрастные периоды связано с исследованием неблагоприятных особенностей социального взаимодействия в рамках организации. Взаимосвязи параметров социального взаимодействия и эмоционально-волевой сферы личности в общепсихологическом плане как правило осуществляются на примере конкретного возраста и конкретной социальной системы. Концепцию эмоционально-волевой регуляции можно связать с психологическими теориями, которые дают описание поведения в ситуации трудностей и препятствий в иных терминах. Напряжение, которое возникает в волевом усилии, в некоторых случаях является стрессогенным. Сказанное делает актуальным изучение стрессогенности социального взаимодействия в организации, а также депрессивных и суицидальных проявлений личности на примере конкретного возраста.

## ***1.2 Эмоционально-волевая регуляция и стресс***

Классические определения воли связывают ее проявления с регуляцией деятельности в условиях преодоления внешних или внутренних трудностей на пути достижения цели. Очевидно, что в ряде случаев это преодоление будет связано со стрессом и будет представлять одну из его разновидностей. Даже беглый анализ стрессогенных событий обнаруживает среди них ситуации волевых усилий. С позиций эмоциональных теорий связь стресса и эмоций еще более явная. В связи с этим рассмотрим основные подходы к изучению стресса, роли эмоций в стрессогенных ситуациях и проведем разграничение волевых усилий и стрессогенных событий.

Теорий стресса достаточно много и нет возможности осветить их все. Имеет смысл выделить группы теорий по родственным признакам.

Первый подход делает акцент на стимулах. В рамках данного подхода стресс рассматривается как средовые стимулы, вызывающие определенный ответ со стороны индивида. Этот подход центрирован преимущественно на различных источниках стресса. Примером такого подхода является шкала Holmes и Rahe.

Второй подход делает акцент на реакциях. В его рамках в основном рассматриваются ответы на стресс, симптомы и последствия стресса. Например, симптомами и последствиями стресса являются раздражительность, нарушение сна, головные боли и т.д. Этой перспективы в исследовании стресса придерживаются W. Cannon, G. Selye и др. Cannon одним из первых использовал понятие «стресс» в биологическом смысле. Однако однозначное и наиболее распространенное понимание стресса дал G. Selye. Согласно G. Selye, стресс представляет собой неспецифический ответ организма на различные воздействия среды. Воздействие различных стрессоров приводит к одной и той же биологической реакции, одинаковой для всех индивидов. Реакцию стресса G. Selye обозначил как общий адаптационный синдром.

Третий подход получил название транзакционного. Одним из основных пунктов критики со стороны данного подхода по отношению к двум предыдущим является то, что они очень мало учитывают роль, которую играют психологические аспекты в стрессе. Транзакционная модель стресса была предложена в начале 70 годов R. Lazarus и D. Berkeley [188]. Они подчеркивали роль личностных характеристик в стрессовых реакциях и ввели понятие психологического стресса, отличающегося от биологического стресса тем, что ответ на стрессор зависит от когнитивной оценки значимости стрессового стимула. R. Lazarus и S. Folkman определили стресс как специфическое отношение между индивидом и средой, при котором ситуация расценивается индивидом как превышающая его ресурсы и угрожающая его хорошему самочувствию [186]. Стресс рассматривается как результат взаимодействия (транзакции) между индивидом и средой, в котором принимаются в расчет как характеристики индивида, так и особенности события, вызывающего стресс. Стрессовая реакция имеет место, когда возникает нарушение равновесия между требованиями среды и способностями субъекта. Согласно данному подходу одно и то же стрессовое



событие может вызвать совершенно различные ответы у различных индивидов. Субъективная оценка так же важна, как и объективные обстоятельства.

На основе модели R. Lazarus и S. Folkman, получившей широкое распространение в 70-х и в 80-х годах 20 века, M. Perre и M. Reicherts предложили ситуационно-поведенческую модель стресса и копинга (S-C). Они рассматривают событие как стрессовое, когда нарушается гомеостаз организма. В случае нарушения гомеостаза могут иметь место как немедленные адаптивные реакции, так и реакции, регулируемые сознательной целью. Теория M. Perre и S. Reicherts постулирует, что конфронтация в ситуации стрессового события может быть представлена как ситуационно-поведенческая последовательность или последовательность стимулов и реакций (S-R-S-R) [194]. Такая последовательность «запускается» некоторым событием, которое вызывает внешние изменения и изменения внутри индивида. Ответ индивида в первую очередь заключается в процессах когнитивной оценки события. Эта оценка влечет за собой эмоциональную реакцию. Стрессовый эпизод завершается копинговым ответом, направленным на восстановление нарушенного гомеостаза. Копинговый ответ может провоцировать более или менее значимые изменения начальной ситуации, которые вызывают следующий цикл когнитивной оценки ситуации, эмоции, новый копинговый ответ. В отличие от теории R. Lazarus и S. Folkman в подходе M. Perre и S. Reicherts так же тщательно, как и субъективная сторона стресса, исследуется его объективная сторона. M. Perre предложил 5 объективных измерений стрессогенной ситуации.

1 Валентность, или значимость и интенсивность стрессогенного стимула.

2 Контролируемость, или объективная возможность повлиять на стрессор в благоприятную сторону.

3 Изменяемость, или благоприятное изменение стрессовой ситуации благодаря собственной динамике.

4 Транспарантность, или объективная ясность, понятность стрессовой ситуации. Наличие информации, необходимой для адекватного понимания стрессогенного воздействия.

5 Вероятность, или вероятностная возможность появления стрессора в том же самом виде.

M. Reicherts добавил в модель 6 измерение.

6 Частота, с которой данная стрессовая ситуация воспроизводится.

Данные измерения могут варьировать по мере динамики стрессовой ситуации.

При анализе стрессогенной ситуации с субъективной стороны используются те же самые измерения, только как проявляемые со стороны индивида.

1 Валентность, или субъективная значимость и интенсивность стрессогенного стимула.

2 Контролируемость, или субъективная оценка возможности повлиять на стрессор в благоприятную сторону.

3 Изменяемость, или субъективная оценка возможности благоприятного изменения стрессовой ситуации благодаря собственной динамике.

4 Транспарантность, или субъективная ясность, понятность стрессовой ситуации.

5 Вероятность, или субъективная оценка возможности появления стрессора в том же самом виде.

6 Субъективно оцениваемая частота, с которой данная стрессовая ситуация воспроизводится.

Эмоции составляют существенную характеристику стресса, являясь неотъемлемым компонентом стрессового эпизода. В любом случае восприятие и когнитивная оценка стрессовой ситуации вызывают те или иные эмоции у индивида. S. Scherer на основании тесной связи эмоций и стресса предложил использовать вместо понятия «общий (генерализованный) стресс» понятие «эмоциональный стресс». Или, точнее, стресс – эмоция. В соответствии с этим подходом когнитивная оценка стрессовой ситуации приведет к появлению либо стресса – печали, либо стресса – гнева, либо стресса – тревоги. Когнитивная оценка рассматривается как первый компонент эмоции и заключается в быстрой последовательности переработки сигналов, которая в конечном итоге определяет дифференциацию эмоционального состояния. Последовательность переработки сигналов подчиняется определенным принципам. Во время переработки информация проходит первичную оценку в отношении того, насколько она значима, заслуживает внимания, насколько она опасна или безопасна, соответствует или нет потребностям организма, насколько ситуация контролируема и какой копинговый ответ наиболее подходит для нее. Кроме это-

го происходит сличение информации с социальными нормами и моральными принципами индивида.

Согласно подходу N. Zajonc, эмоции и когнитивные процессы представляют собой две независимые системы. Согласно R. Lazarus, S. Folkman, M. Perre и S. Reicherts, когнитивная оценка неразрывно связана с эмоциональным процессом и представляет собой его компонент. Когнитивная оценка «запускает» эмоциональный процесс и определяет его качество, но не прекращается по мере развертывания эмоции. Процессы продолжают идти параллельно. Следует отметить, что N. Zajonc в своем подходе имеет в виду прежде всего логическое мышление.

Как и в отечественной литературе, зарубежные авторы больше говорят о взаимодействии и единстве когнитивных и эмоциональных процессов. Вопрос о единстве волевых и эмоциональных процессов нуждается в дополнительном анализе. Рассмотрим вначале вопрос о соотношении волевых проявлений в рамках стрессового эпизода. Включенность волевого компонента в процесс переживания и преодоления стрессовой ситуации в подходе M. Perre и S. Reicherts можно констатировать благодаря тому, что копинг стресса в основном носит характер осознанного процесса, регулируется сознательно поставленной целью. Если понимать волевым процесс в широком значении этого термина, как произвольность, то копинг входит в понятие волевой регуляции. Более узкое понимание воли как процесса преодоления трудностей и препятствий на пути достижения цели или как процесса произвольного изменения мотивации, тоже соотносится с копингом. Копинг может быть связан с преодолением трудностей либо с потребностью индивида восполнить недостаток мотивации. В зарубежной психологии понятие воли развивается, в частности, в рамках исследований локуса контроля личности. В этом случае волевой компонент включается в модель стресса M. Perre и S. Reicherts посредством такой переменной, как контролируемость стрессогенной ситуации, рассмотренная с субъективной стороны. В основном эта переменная связана с локусом контроля личности.

В модели S. Scherer волевой компонент включен непосредственно в структуру эмоции, наряду с когнитивным компонентом, так как функцией мотивационных тенденций является подготовка к действию, а функцией моторной экспрессии – взаимодействие между интенцией и реакцией. Таким образом, два из пяти компонентов эмоции, по S. Scherer, непосред-

ственно связаны с регуляцией действия, и, в случае, если эта регуляция осуществляется в затрудненных условиях либо в условиях недостатка мотивации, с волевой регуляцией. Косвенно связан с волевой регуляцией и пятый компонент эмоции – субъективные переживания, так как этот компонент, по S. Scherer, имеет функцию контроля интеракций между внутренним состоянием организма и средой.

Таким образом, связь когнитивного и эмоционального процессов в подходах S. Scherer, M. Perre и S. Reicherts очевидна, а связь волевого и эмоционального процессов раскрывается с помощью теоретического анализа.

Рассмотрим далее взаимосвязь и различие между стрессовой ситуацией и волевой регуляцией. Волевая регуляция, понимаемая как регуляция деятельности в затрудненных условиях, может быть одновременно и регуляцией стрессогенной ситуации. Некоторые виды стрессов, например, стресс ребенка, столкнувшегося с необходимостью улучшить свою успеваемость, очевидно подходят под понятие волевой регуляции. Порой сложнее различить понятие стресса в современной его трактовке и понятие волевой регуляции, чем показать их сходство. Если рассмотреть понятие стресса как нарушение гомеостаза, связанное с тем, что средовое воздействие превышает возможности индивида, то волевая регуляция или волевые усилия могут быть разновидностью стресса или не быть таковыми. Волевые усилия, вероятно, в той или иной степени нарушают гомеостаз. Вопрос заключается в том, будет ли это нарушение гомеостаза настолько сильным, что превысит возможности индивида. Во многих случаях волевая регуляция будет находиться в рамках, не превышающих определенный уровень, и таким образом не будет связана со стрессом. Нами рассматривается личностный контекст как существенный для волевой регуляции. Именно он, в частности самооценка, выбор трудности задачи, будут значимы для эффективной волевой регуляции. Волевая регуляция, отождествляющаяся со стрессом, в данном случае будет рассмотрена как неэффективная либо как вынужденная, форсмажорная регуляция. Стрессовый эпизод в подходе Perre и Reicherts не всегда связан с целенаправленным и осознанным преодолением ситуации. Могут иметь место и автоматические реакции. В этом случае стрессовый эпизод теоретически будет мало связан с волевым усилием. Если рассматривать стресс как транзакционный процесс, то стрессовый эпизод будет включать следую-

щие компоненты: оценка стрессора на основе его осознания, нарушение гомеостаза и связанные с этим эмоции и когнитивные процессы, копинг стресса, вторичная оценка ситуации с учетом результатов копинга [1]. Многие черты стрессового эпизода сходны с чертами эмоционально-волевого процесса. Это осознание, включение эмоций в структуру процесса. Если принять определение копинга, которое дает Р.С. Лазарус, то можно также отметить некоторые общие черты. Копинг – это поведенческие и когнитивные усилия в обстоятельствах (внутренних или внешних), которые оцениваются как напрягающие или превышающие ресурсы личности. Классические определения воли также содержат в качестве существенной черты усилия при преодолении внешних или внутренних трудностей и препятствий. С точки зрения наших задач важно, что эмоции включены в саму структуру стрессового эпизода, а не просто являются следствием или результатом усилий по регуляции деятельности с последующим копингом стрессовых эмоций, если в этом есть необходимость. Сам по себе копинг стресса включает эмоции, так как усилия в напряженных обстоятельствах как процесс эмоциональны по своей природе.

Кроме того, различия видны и на уровне исследовательских традиций. В отечественной психологии понятие волевой регуляции имеет глубокие корни и опирается на теорию деятельности. Волевые усилия в большинстве случаев рассматриваются как желательные и не связанные со стрессом.

Таким образом, понятия волевой регуляции и стресса пересекаются. Есть стрессогенные события, не связанные с волевой регуляцией, и есть волевая регуляция, не соотносящаяся с понятием стресса.

Взаимосвязь эмоционально-волевой регуляции и стресса можно рассмотреть в контексте тревожности. В подходе К. Изарда тревожность понимается как комплекс фундаментальных эмоций, включающий страх, горе, гнев, стыд, вину. В некоторых случаях возможно включение в данный перечень эмоции интереса-возбуждения. В зависимости от индивидуальных особенностей возможны индивидуальные вариации в синдроме тревожности, связанные с выраженностью составляющих его эмоций. Такое понимание тревожности сближает его с понятием эмоционального стресса в подходе М. Перре. По крайней мере с некоторыми индивидуальными проявлениями этого синдрома. Можно сказать, что понятия эмоционального стресса и тревожности пересекаются. Эмоциональный стресс пони-

мается как комплекс эмоций, таких как тревожность (беспокойство), печаль (подавленность), вина, смущение (стыд), фрустрированность (неудовлетворенность) и эмоции гордости и радости с обратным подсчетом по шкале выраженности. В подходе К. Изарда центральной эмоцией в синдроме тревожности является страх. Остальные эмоции, добавляясь к страху образуют предполагаемые формы тревожности. В данном подходе понятие тревожности используется как обобщающее для различных комбинаций страха и иных аффектов и аффективно-когнитивных ориентаций. Понятие тревожности в контексте теории дифференциальных эмоций теряет смысл, когда можно точно назвать составляющие комбинацию фундаментальные эмоции. В подходе М. Перре понятие эмоционального стресса включает тревожность как компонент. В симптомокомплекс эмоционального стресса входят и положительные эмоции, низкая их выраженность. Понятие эмоционального стресса также используется как обобщающее для обозначения совокупности эмоций, характерных для человека, переживающего стресс. В этом смысле эмоциональный стресс подпадает под определение комплекса эмоций в теории К. Изарда, где этот комплекс понимается как сочетание ряда фундаментальных эмоций, появляющихся одновременно при определенных условиях.

### ***1.3 Позитивная и стрессогенная формы волевого усилия***

Имея достаточно теоретических и практических оснований для исследования эмоциональных сторон волевой регуляции, мы задались целью разработать адекватную методику для получения эмпирических данных. Нами проводились исследования эмоциональных сторон волевой регуляции при помощи лабораторного эксперимента и стандартизированных самоотчетов. Однако некоторые аспекты выпадали из поля зрения. Лабораторный эксперимент, давая возможность точного измерения, не позволял исследовать явление в естественных условиях, а тесты имеют существенный методологический недостаток. Относясь к категории ретроспективных самоотчетов, они исследуют не столько реальные психологические явления, сколько их когнитивные репрезентации. Когнитивные репрезентации, как показано в ряде работ, подвержены искажениям. Например, на них влияют процессы реинтерпретации, каузальной атрибуции, ошибки памяти и т.д. Так, в исследованиях J. Margraf было показано, что существует статистически значимая ( $p < 0.01$ ) разница между ретроспективны-

ми отчетами испытуемых об интенсивности панических кризисов и их отчетами в специально структурированном для целей исследования ежедневнике [189]. Для преодоления этих негативных процессов в исследовательской группе М. Перре разработана технология COMES (Система шкал, предъявляемых с помощью карманного компьютера) для изучения стресса в полевых условиях [103]. Принципы, заложенные в основу данной технологии, были применены нами для целей исследования эмоциональных аспектов волевой регуляции. Существенная особенность этой методики заключается в регистрации исследуемых характеристик в реальных условиях при минимальном промежутке между событием и его описанием. Испытуемый получал инструкцию следующего содержания: «Ваша задача дать искренний анализ волевых усилий, которые Вы примените для преодоления возникающих в Вашей жизни трудностей. Всякий раз, когда Вы применяете волевое усилие, непосредственно после него, ответьте на ряд вопросов. Некоторые вопросы предполагают свободные ответы, некоторые – ответы на стандартизированные самоотчеты. Пожалуйста, будьте искренни и внимательны. Правильных или неправильных ответов не существует. Воспользуйтесь для выполнения задания карманным компьютером». Перед проведением эксперимента испытуемые получали необходимые инструкции по пользованию карманным компьютером. Испытуемым не давалось инструкции, сколько эпизодов следует описывать, давался только примерный ориентир – три волевых эпизода за день. При этом оставлялась возможность давать меньшее число описаний, если есть сомнения в том, применялось ли усилие или нет. Сбор материала проводился в двух вариантах. При этом методика оставалась той же самой. В одном из вариантов требовалось давать описание волевых эпизодов в течение недели. Таким образом, появлялась возможность изучить динамику проявлений эмоционально-волевой регуляции и ее особенностей у отдельного испытуемого. В данном случае испытуемые давали описание примерно двадцати эпизодов. В другом варианте один испытуемый давал описание только одного эпизода. Испытуемый вначале должен был дать содержательное описание волевого эпизода. А именно, рассказать о том, что происходило во время эпизода, в каком месте находился испытуемый и с кем, о том, что делал испытуемый и в какой последовательности, сколько времени продолжался волевой эпизод и чем завершился. В результате исследователь получал информацию о внешней стороне



происходящих событий. Далее в текстовом формате испытуемый давал информацию о том, какие эмоции он переживал во время волевого эпизода, какова была их последовательность, интенсивность; также испытуемого просили отметить, что он думал, когда происходил волевой эпизод. Таким образом, мы получили возможность изучить естественные волевые проявления и выявить динамику эмоций, которые их сопровождают, избегая ошибок, возможных при применении ретроспективных самоотчетов. Описание эмоций непосредственно после волевого усилия позволяет получить более достоверные данные и выявить более тонкую эмоциональную динамику. Процедура свободного описания позволяет получить искренние «живые» переживания, изложенные в форме небольших рассказов, в которых представлена как объективная, так и субъективная картина прожитых событий.

В качестве единицы анализа взят волевой эпизод. Мы предполагаем, что процесс эмоционально-волевой регуляции может быть разбит на ряд дискретных единиц. Единица анализа должна содержать в себе свойства целого и в то же время быть доступной для изучения. Кроме того, единица анализа должна давать возможность изучать явление в естественных условиях. Этой единицей является комплекс психологических параметров (эмоций, мыслей и т.д.), сопровождающих поведение в ситуации преодоления некоторой трудности, требующей применения усилия. Такая ситуация и является волевым эпизодом, а поведение в ней волевым действием. Волевой эпизод имеет определенную временную протяженность и содержит все компоненты, необходимые для понимания процесса эмоционально-волевой регуляции. Так, волевой эпизод, помимо собственно волевого компонента состоит из поведенческой составляющей, эмоционального компонента, когнитивного компонента. Волевой эпизод имеет объективные параметры (например, такие, как время, результат, эффективность) и субъективные характеристики (например, такие, как чувство преодоления некоторой трудности, усилие). Волевое усилие хорошо идентифицируется, понимается испытуемыми, имея довольно четкую представленность в субъективном пространстве. Волевой эпизод может быть структурирован. Очень важно, с нашей точки зрения, что в волевом эпизоде представлена личность испытуемых. Волевые эпизоды в том, как они раскрываются испытуемыми, отличаются от сухих и запрограммированных данных по стандартизированному самоотчетам. В них проявляются установки испы-

туемых, их ценности, цели, трудности, проблемы и предрассудки. Таким образом, процедура приобретает идеографический характер. Иногда описание волевых эпизодов представляет из себя довольно личное переживание. Таким образом, появляется возможность реально учесть, как в волевой регуляции участвует целостная личность. Предварительные пробы показали, что испытуемые довольно хорошо выделяют волевые эпизоды и способны их анализировать. Процедура, названная нами структурированный самоанализ волевого эпизода (ССВЭ), позволяет им делать это более точно и получать сравнимые результаты. Испытуемый давал подробный самоотчет о содержании эпизода, эмоциях, которые сопровождали эпизод и т.д. Самоотчет проводился испытуемыми в полевых условиях непосредственно после окончания эпизода волевого усилия. Этот момент является довольно существенным, так как в психологии воли практически нет исследований волевых условий в реальной жизни. Например, волевые усилия изучались при помощи пробы на задержку дыхания или при помощи динамометрии. В таком случае можно получить довольно ценные данные на основе точных измерений, но всегда остается вопрос о возможности перенести данные на волевые усилия в обычной жизни. С помощью метода структурированного самоанализа волевого эпизода мы можем впервые получить реальную картину волевых усилий, их особенностей, разновидностей. Самоотчет, помимо текстового описания волевого эпизода и эмоций, которые его сопровождали, включал в себя отчет по шкале К. Изарда, опроснику функционального психического состояния В.И. Чиркова, опроснику САН (самочувствие, активность, настроение), шкале реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Д. Ханина.

1 Шкала К. Изарда.

2 Опросник функционального психического состояния В.И. Чиркова.

3 Опросник САН Ч.Д. Спилбергера и Ю.Д. Ханина.

Кроме этого фиксировались субъективное представление об эффективности волевого усилия, данные о физическом самочувствии, удовлетворенности. При помощи специально разработанной таблицы мы получали информацию о том, какими видами деятельности занимались испытуемые на протяжении дня и какие эмоции они испытывали при этом. Деятельность, отчет о которой давался по таблице, разбитой на тридцатиминутные интервалы, оценивалась как приятная, неприятная или эмоционально нейтральная.

Таким образом, текстовое описание дополнялось данными стандартизированных самоотчетов. Стандартизированные самоотчеты позволили проводить сравнение испытуемых и применить статистические процедуры. Благодаря этому процедура стандартизированного самоанализа волевого эпизода может быть отнесена в том числе и к номотетическим методам.

С помощью данной процедуры нами были собраны самоотчеты по 151 волевому эпизоду. В общей сложности система самонаблюдения ССВЭ фиксирует данные о более 20 параметрах эмоциональности. В текстовом описании волевого эпизода нужно было указать, какие эмоции переживал испытуемый, какова была их динамика. Таким образом, процедура сочетает структурированность, позволяющую сделать количественное сравнение испытуемых и применить статистические методы, и возможности качественного анализа.

### ***Результаты и их обсуждение***

*Таблица 1.1 – Средние значения выраженности основных эмоций (ШДЭ) в процессе реализации волевого усилия, n=80*

	Средние значения	Средние квадратические отклонения
И.	9.4	3.8
Р.	6.9	3.7
У.	5.7	3.1
Ге.	6.7	3.6
Гн.	5.1	2.7
О.	4.4	2.3
П.	4.5	2.6
Сх.	4.2	2.0
Сд.	4.4	2.5
В.	6.2	3.5

Примечание.

И. – интерес. Р. – радость. У. – удивление. Ге. – горе. Гн. – гнев. О. – отвращение. П. – презрение. Сх. – страх. Сд. – стыд. В. – вина.

Таблица 1.2 – Индивидуальные различия в выраженности основных эмоций в процессе волевого усилия (*t* критерий для независимых выборок),  $n=21$

	Ср. значения исп. 1	Ср. квадр. откл. исп. 1	Ср. значения исп. 2	Ср. квадр. откл. исп. 2	Уровень значимости различий
И.	9.7	2.6	10.0	4.4	
Р.	9.1	3.4	6.9	3.9	
У.	7.6	3.2	4.3	1.9	0.001
Ге.	7.3	3.5	6.0	3.9	
Гн.	5.4	2.9	4.7	2.1	
О.	4.7	1.7	3.4	1.3	
П.	7.6	3.0	3.1	0.5	0.001
Сх.	4.6	1.3	3.0	0.5	
Сд.	6.2	2.9	3.0	0.6	0.001
В.	9.1	3.1	3.4	1.1	0.001

Таблица 1.3 – Эмоциональные профили (ШДЭ) волевого усилия

	Профиль 1	Профиль 2	Профиль 3
И.	3	12	13
Р.	3	10	15
У.	4	3	9
Ге.	12	3	3
Гн.	11	3	3
О.	3	3	3
П.	4	3	3
Сх.	3	3	3
Сд.	3	3	3
В.	3	3	3

Таблица 1.4 – Выраженность основных эмоций (ШДЭ) в деятельности и волевых усилиях различного типа

	1	2	3	4	5	6
И.	9.8	2.5	11.3	3.1	7.5	3.2
Р.	8.8	3.1	9.0	3.2	6.2	3.1
У.	4.7	2.2	5.7	2.8	5.2	2.9
Ге.	5.6	2.0	5.5	1.3	9.3	3.2
Гн.	4.1	1.8	4.2	1.7	6.2	2.0
О.	4.0	1.7	4.0	2.3	4.2	1.2
П.	4.2	2.0	4.5	1.0	5.0	2.2
Сх.	4.1	2.0	3.4	1.0	4.0	1.4
Сд.	5.3	2.6	3.8	1.7	7.0	2.0
В.	5.6	2.2	5.1	2.1	8.0	2.1

Примечание.

1-2 – средние значения и средние квадратические отклонения фонового замера выраженности основных эмоций в деятельности.

3-4 – средние значения и средние квадратические отклонения выраженности основных эмоций в эффективном волевом усилии.

5-6 – средние значения и средние квадратические отклонения выраженности основных эмоций в неэффективном волевом усилии.

Таблица 1.5 – Корреляционные связи выраженности основных эмоций (ШДЭ) и эффективности волевого усилия,  $n=151$

	И.	Р.	Ге.	Гн.	О	П	В.
Эфф.	.29**	.21*	-.26**	-.28*	-.31**	-.32**	-.20*

Таблица 1.6 – Средние значения выраженности компонентов функционального психического состояния, сопровождающего эффективное и неэффективное волевое усилие (ФПС)

	1	2	3
Н.	4.6	5.3	3.6
У.Б.	4.1	4.0	3.7
М.	4.5	5.0	4.4
О.У.	4.6	5.3	4.3

Примечание.

Н. – настроение; У.Б. – уровень бодрствования; М. – мотивация; О.У. – оценка успеха; 1 – средние значения для ситуации волевого усилия в целом; 2 – средние значения для эффективного волевого усилия; 3 – средние значения для неэффективного волевого усилия.

Таблица 1.7 – Корреляции между компонентами ФПС в ситуации волевого усилия

	Н.	У.Б.	М.	О.У.
Н.			.59**	.68**
У.Б.			.38*	.10
М.				.63**

Таблица 1.8 – Корреляции между компонентами ФПС в ситуации эффективного волевого усилия

	Н.	У.Б.	М.	О.У.
Н.			.68**	.66**
У.Б.			.35*	.13
М.				.89**

Таблица 1.9 – Корреляции между компонентами ФПС в ситуации неэффективного волевого усилия

	Н.	У.Б.	М.	О.У.
Н.		-.38*	.61**	.71**
У.Б.				
М.				.70**

Результаты, представленные в таблице 1.1 показывают нам, что основной эмоцией, сопровождающей волевое усилие, является интерес. Такие результаты обусловлены, с нашей точки зрения, двумя причинами. Первая из них заключается в том, что эмоция интереса вообще является наиболее часто испытываемой положительной эмоцией. К. Изард отмечает: «Теория дифференциальных эмоций считает, что интерес является доминирующим мотивационным состоянием в повседневной деятельности нормального человека» [52, с. 187]. Другая причина преобладания интереса заключается в специфике волевой регуляции деятельности. Согласно точке зрения В.А. Иванникова, волевая регуляция обеспечивается механизмом произвольного изменения мотивации [51]. Эти изменения в сторону усиления и связаны с эмоцией интереса, в отношении которой К. Изард отмечает: «Интерес может усиливать любые побуждения, включая основные потребности» [52, с. 196]. Таким образом, наши данные, отражающие эмоциональные составляющие волевого усилия, эмпирически обнаруживают еще одно средство активизации волевой регуляции – изменение ее эмоционального сопровождения. Саморегуляция, направленная на активизацию интереса, будет способствовать поддержанию волевого усилия.

Данные, представленные в таблице 1.2, демонстрируют наличие индивидуальных различий между испытуемыми. Каждый из сравниваемых испытуемых давал систематические самоотчеты по методу ССВЭ в течение недели. В итоге мы получили данные о содержании и эмоциональной составляющей волевых усилий по 21 эпизоду для каждого испытуемого. В данном случае мы можем видеть проявление личностных особенностей в реализации механизмов волевой регуляции. Например, в наших данных испытуемый 1 склонен к частому переживанию чувства вины. Получаемая таким образом информация позволяет включить в реестр средств коррекции волевой регуляции тренинги личностного роста, консультативные техники. Фиксация с помощью метода ССВЭ эмоциональных проявлений в процессе волевой регуляции «выводит» исследователя на личностные особенности, существенные с точки зрения ее оптимизации.

Сведения, отраженные в таблице 1.3, демонстрируют не различия испытуемых, а различия эмоциональной составляющей волевых эпизодов. В представленных данных видны два различных типа волевых усилий. Один из них связан с преобладанием эмоций интереса и радости, а другой – горя и гнева. Второй тип волевого усилия мы считаем не оптималь-

ным и приводящим к негативным последствиям. Злоупотребление применением механизма волевого усилия несмотря на негативные эмоции, прежде всего горе, приводит к переутомлению, нарастанию депрессивных проявлений, снижению эффективности деятельности. Приведем выдержки из протоколов, дающие представление о содержательной стороне волевых эпизодов первого и второго типов.

В первом эпизоде эмоциональная составляющая представлена преимущественно эмоциями горя и гнева. «Утром у меня сильно разболелась голова. С самого детства я стараюсь не пить таблеток, укрепляя тем самым свой иммунитет. Поэтому всячески пыталась отвлечься от головной боли. Я пыталась расслабиться, ни о чем не думать. Сделала расслабляющий массаж, пыталась уснуть. Но ничего не помогло. В конечном итоге головная боль так и не прошла, хотя стала не такой сильной». Длительность волевых усилий в данном эпизоде – 3 часа.

В эпизодах 2 и 3 эмоциональная составляющая представлена преимущественно эмоциями интереса и радости. «Мы поехали на дачу и занялись там уборкой на участке и в самой даче. Я пыталась быстрее и эффективнее работать, всячески развлекала себя. Искала игру во всем и совмещала это с работой. Выполняла разнообразную работу, старалась не «зацикливаться» на одном деле. В итоге я быстро выполнила предназначенную для меня работу». (Эпизод 2). Длительность волевых усилий – 2 часа. «На даче после бани я пошла искупаться на водоем. Но, зайдя в воду застыла в оцепенении и попыталась заставить себя окунуться в воде. Я пыталась собрать всю силу воли и просто зайти в воду. Думала о том, что я делаю так не в первый раз и что после этого просто «срывает голову». В конечном счете, побыв в воде около 2 минут, я вышла на берег с новыми ощущениями». (Эпизод 3). Длительность эпизода – 15 секунд.

В описании второго эпизода мы видим также способы поддержания волевого усилия с помощью механизма произвольного изменения мотивации, раскрытого В.А. Иванниковым. В данном случае испытуемый искусственно создает игровую ситуацию («искала игру во всем») и пытается разнообразить деятельность («выполняла разнообразную работу»). Привнесение игры, разнообразия активизирует эмоции интереса и радости, которые помогают поддержать мотивацию. В описании эпизода 1 хорошо видна неадекватность использования механизма волевого усилия, порожденного упорством в ложной позиции переносить головную боль без ме-



дицинского вмешательства. Волевое усилие осуществляется на депрессивном эмоциональном фоне и усиливает негативные симптомы. Подобный анализ показывает нам пути личностной коррекции эмоционально-волевой регуляции. Именно личностные особенности и ложные убеждения делают в данном случае волевое усилие неэффективным. В коррекции нуждаются ложные установки испытуемого.

Как отмечает К. Изард, интерес также является основной эмоцией, поддерживающей деятельность вне зависимости от того, сопряжена она с выраженным волевым усилием или нет. В связи с этим нами проведено сравнение по шкале К. Изарда эмоционального профиля волевого усилия и «фонового» эмоционального профиля.

Гипотеза заключалась в том, что эти профили будут различаться по параметру выраженности эмоции интереса. Эмоция интереса будет более выражена в волевом усилии.

Рассмотренные выше данные обнаруживают существование двух типов волевого усилия в зависимости от характера включенных в его осуществление эмоций. Первый тип с преобладанием эмоций интереса и радости, а второй – с преобладанием эмоции горя и гнева (таблица 1.3).

Эти типы усилия связаны с его результативностью. Полученные данные позволяют уточнить гипотезу. Профили будут различаться с учетом фактора эффективности волевого усилия.

Фоновый замер по шкале ШДЭ проводился на группе студентов и слушателей университета. Выборка составила 331 человек. Замер выраженности эмоций в деятельности проводился в разное время суток, чтобы избежать влияния такого фактора, как утомление.

Первую сравниваемую группу составили эпизоды эффективного волевого усилия. Выборка – 31 эпизод.

Вторая сравниваемая группа состояла из неэффективных волевых эпизодов и включала 21 случай. Эффективность волевого усилия определялась самим испытуемым в диапазоне от 0 до 100%, а также путем анализа текстового отчета.

Полученные данные, представленные в таблицах 1.4 и 1.5, подтверждают выдвинутую ранее гипотезу. В процессе эффективного волевого усилия значимо более выражена эмоция интереса и менее выражена эмоция стыда. В процессе неэффективного волевого усилия значимо меньше

выражены эмоции интереса и радости и значимо больше – эмоции горя, гнева, стыда и вины.

Еще одна гипотеза заключалась в том, что функциональные психические состояния в процессе реализации волевого усилия будут различаться в зависимости от его эффективности. Эта гипотеза также подтверждается, что видно из таблиц 1.6, 1.7, 1.8 и 1.9. Показатель суммы внутренних связей (СВС), вычисляемый как частное произведения суммы корреляционных связей и числа значимых корреляционных связей к общему числу коэффициентов корреляции, выше в ситуации эффективного волевого усилия. В ситуации волевого усилия без дифференциации по эффективности он равен 20.1, в ситуации эффективного усилия – 23.6, в ситуации неэффективного усилия – 24.0. Показатель СВС вычислялся в соответствии с формулой, приводимой В.И. Чирковым [137]. Исходя из даваемой В.И. Чирковым интерпретации, данный показатель свидетельствует о степени детерминированности состояния выполняемой деятельностью. Исходя из этого, эффективное волевое усилие сопровождается состоянием, в большей степени детерминированным деятельностью, чем неэффективное. В случае эффективного усилия выше значения всех компонентов ФПС, а различия в настроении достигают значимого уровня.

Есть различия и в качественной оценке. В ситуации неэффективного волевого усилия отсутствует корреляционная связь таких компонентов ФПС, как уровень бодрствования и мотивация, а связь между уровнем бодрствования и настроением отрицательна (в случае эффективного волевого усилия она вообще отсутствует). В основном этим объясняется и более низкий показатель внутренней интегрированности состояния. Можно сказать, что такой компонент ФПС, как уровень бодрствования, менее интегрирован в общую структуру в ситуации неэффективного усилия.

### ***Выводы***

1 Наиболее выраженной эмоцией, сопровождающей волевое усилие, является интерес.

2 Волевые усилия различаются в зависимости от характера сопровождающих их эмоций. Можно выделить по меньшей мере две разновидности волевого усилия в зависимости от характера переживаемых в его процессе эмоций. Во-первых, волевое усилие с преобладанием эмоций радости и интереса. Во-вторых, волевое усилие с преобладанием эмоции го-

ря или эмоции горя в сочетании с некоторыми другими отрицательными эмоциями, например, такими, как гнев, вина.

3 Систематическое применение метода ССВЭ позволяет выявить некоторые личностные особенности испытуемых, влияющие на эффективность волевых усилий. Эта информация может быть полезна для коррекции некоторых негативных параметров эмоционально-волевой регуляции.

4 Эмоции, сопровождающие волевое усилие, различны в зависимости от его эффективности. Эмоции интереса и радости менее выражены в ситуации неэффективного волевого усилия, а эмоции горя, гнева, стыда и вины – более.

5 Функциональное психическое состояние, возникающее в процессе волевого усилия, различается в зависимости от его эффективности. Показатель интегрированности состояния выше в эффективном усилии. Компоненты ФПС более выражены в эффективном волевом усилии (выше мотивация, оценка успеха, настроение и уровень бодрствования).

#### ***1.4 Стрессоустойчивость в структуре эмоционально-волевой сферы личности***

Эмоционально-волевая сфера включена в систему личностных черт [38]. В различных работах показаны взаимосвязи эмоционально-волевых черт и самоотношения, направленности личности, черт темперамента, характера. Вопрос о взаимосвязях эмоционально-волевой сферы личности и стрессоустойчивости прояснен недостаточно, несмотря на то, что наличие этих взаимосвязей можно предположить. Устойчивость к стрессу изначально не закладывалась в эмпирическую и теоретическую модель эмоционально-волевой сферы личности М.В. Чумакова. Однако, динамика функционирования эмоционально-волевой регуляции, вытекающая из модели эмоционально-волевой сферы личности предполагает способность справляться со стрессовыми ситуациями. В данном исследовании более детально рассматриваются теоретические предпосылки взаимосвязей эмоционально-волевых черт личности и ее устойчивости к стрессу, а также проводится эмпирический анализ этих взаимосвязей.

Организация и методы состояли в следующем. Исследование проводилось на выборке взрослых испытуемых в количестве 74 человек (24 мужчины и 50 женщин). Средний возраст испытуемых – 26 лет.

Для изучения параметров эмоционально-волевой сферы использовались следующие методики.

1 Диагностический опросник эмоционально-волевых качеств личности (ВКЛ) М.В. Чумакова.

Методика диагностирует общий уровень функционирования эмоционально-волевой сферы личности. Эмоционально-волевая сфера личности представлена в методике в виде дискретных единиц, отражающих те или иные стороны регуляции и выраженные в терминах качеств личности. Методика содержит шкалы ответственности, инициативности, решительности, самостоятельности, выдержки, настойчивости, энергичности и внимания.

2 Методика «Анализ стиля жизни». Бостонский тест на устойчивость к стрессу.

Методика имеет общий показатель и не содержит подшкал. Общий показатель отражает стиль жизни, элементы которого противодействуют влиянию стресса. Некоторые из этих элементов соответствуют понятию здорового образа жизни, некоторые в той или иной степени отражают стратегии копинга стресса.

3 Методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Т.А. Крюковой.

Методика имеет три шкалы, соответствующие трем стратегиям копинга. Шкала копинга, ориентированного на решение задачи; шкала копинга, ориентированного на эмоции; шкала копинга, ориентированного на избегание.

4 Методика Д. Амирхана для диагностики доминирующих копинг-стратегий личности. Авторы адаптации Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский.

Методика содержит три шкалы, направленных на диагностику трех стратегий копинга стресса: стратегия разрешения проблем, стратегия поиска социальной поддержки, стратегия избегания.

Шкалы методик Т.А. Крюковой и Д. Амирхана во многом сходны и используются в исследовании совместно для расширения числа индикаторов копинговых стратегий и повышения надежности результатов. Кроме того, есть некоторые различия как в шкалах, так и в трактовке тех или иных стратегий копинга, таких как избегание и разрешение проблем. Шкала копинга, ориентированного на эмоции, и шкала копинга, связанного с поиском социальной поддержки, диагностируют разные копинговые стратегии. Ориентирование на эмоции затрагивает не только и не столько стратегию

копинга стресса, сколько диагностирует эмоциональные компоненты переживания стрессовой ситуации, прежде всего эмоцию вины, характерную для испытуемого. Некоторые индикаторы шкалы копинга, ориентированного на эмоции, направлены скорее на диагностику защитных механизмов. Например, стратегия «сбрасывания» эмоций на другого человека, который не является источником стресса. В целом можно сказать, что методики дополняют друг друга. Результаты исследования приведены в таблицах.

Таблица 1.10 – Коэффициенты корреляции между шкалами методики ВКЛ, бостонским тестом, тестом Т.А. Крюковой и Д. Амирхана 16 PF,  $n=74$

	Бост.	Рп.	Подд.	Изб.	Рпр.	Эм.
Отв.	-.37**	.47**	-.10	-.32*	.29*	-.23
Ин.	-.41**	.31**		-.24*	.45**	-.42**
Реш.	-.23		-.22	-.34**	.21	-.44**
Сам.	-.13	.24*	-.20	-.15	.31*	-.39**
Вк.	-.29*	.28*	-.21	-.22	.39**	-.55**
Наст.	-.29*	.17		-.18	.21	-.42**
Эн.	-.50**	.21	-.27*	-.37**	.14	-.60**
Вн.	-.45**	.21	-.27*	-.37**	.14	-.60**
Цел.	-.39**	.40**	-.22	-.48**	.20	-.38*
О.Б.	-.52**	.47**	-.24*	-.44**	.47**	-.63**

Примечание: \* – коэффициент корреляции значим на уровне 0.05; \*\* – коэффициент корреляции значим на уровне 0.01; О.Б. – общий балл по методике ВКЛ; Отв. – шкала ответственности методики ВКЛ; Ин. – шкала инициативности методики ВКЛ; Реш. – шкала решительности методики ВКЛ; Сам. – шкала самостоятельности методики ВКЛ; Вк. – шкала выдержки методики ВКЛ; Наст. – шкала настойчивости методики ВКЛ; Эн. – шкала энергичности методики ВКЛ; Вн. – шкала внимательности методики ВКЛ; Цел. – шкала целеустремленности методики ВКЛ; Бост. – бостонский тест на устойчивость к стрессу; Рп. – стратегия разрешения проблем (Д. Амирхан); Подд. – стратегия поиска социальной поддержки (Д. Амирхан); Изб. – стратегия избегания (Д. Амирхан); Рпр. – шкала копинга, ориентированного на решение задачи (Т.А. Крюкова); Эм. – шкала копинга, ориентированного на эмоции (Т.А. Крюкова).

Волевые по ВКЛ испытуемые демонстрируют высокую стрессоустойчивость в парадигме бостонского теста. Значительная часть индикаторов теста направлена на параметры здорового образа жизни, такие как режим сна, питания, наличие физических нагрузок, отсутствие вредных привычек, связанных с алкоголем и курением и т.д. Другая часть индикаторов затрагивает копинговые стратегии, такие как обращение к друзьям, вере, юмору, общественной деятельности и т.д. В отношении копинговых

стратегий можно предположить, что чем активнее они используются, тем эффективнее у испытуемого параметры эмоционально-волевой сферы личности. В исследованиях Д.М. Чумаковой показан механизм влияния копинговой стратегии, основанной на религиозности [158; 162]. В отношении параметров здорового образа жизни скорее всего существуют реципрокные связи. С одной стороны, здоровый образ жизни укрепляет эмоционально-волевою сферу и делает человека более эмоционально стабильным, активным, организованным. У него больше ресурсов для волевой регуляции и преодоления трудностей на пути достижения цели. С другой стороны, параметры эмоционально-волевой сферы обуславливают параметры здорового образа жизни. Целеустремленные, активные, энергичные и настойчивые испытуемые способны лучше контролировать употребление спиртного, табака, физические нагрузки и т.д.

Корреляции волевых качеств с копинговыми стратегиями однозначно показывают предпочтение стратегии решения проблем испытуемыми с развитыми эмоционально-волевыми качествами. Взаимосвязь личностных качеств и копинга стресса показана в работе Д.М. Чумаковой [163; 165]. Эта закономерность прослеживается как в корреляциях эмоционально-волевых качеств со стратегией решения проблем по методике Д. Амирхана, так и со шкалой копинга, ориентированного на решение задач по методике Т.А. Крюковой. В некоторой степени корреляции обусловлены схожестью конструктов, заложенных в шкалы. Так решение проблемы как способ реагирования на стресс является частным случаем преодоления трудностей и препятствий на пути достижения цели и такой способ поведения заложен в концепцию эмоционально-волевой сферы М.В. Чумакова [144; 152]. Сказанное подтверждается такими индикаторами стратегии решения проблем, как способность делать то, что нужно в ситуации стресса: собраться, предпринять дополнительные усилия для решения ситуации, осуществлять целеполагание, твердо стоять на своем и бороться. Однако не все индикаторы рассматриваемой стратегии поведения в стрессовой ситуации непосредственно вытекают из конструкта эмоционально-волевой сферы личности. Например, разбиение проблемы на части и ее последовательное постепенное разрешение не входит в число стратегий поведения, диагностируемых методикой ВКЛ, как и вспоминание способов решения, применяемых в прошлом. Тщательное взвешивание выбора скорее противоречит понятию решительности, заложенному в опросник. В

целом можно сказать, что стратегия решения проблемы как способ поведения в ситуации стресса требует способности контролировать эмоции и сохранять способность думать над решением, что предполагает хорошее развитие качеств эмоционально-волевой сферы личности. Развитие этих качеств отрицательно коррелирует со стратегией поиска социальной поддержки по тесту Д. Амирхана. Этот параметр нельзя считать заложенным в концепцию эмоционально-волевой регуляции изначально, и полученные данные расширяют наши представления о природе эмоционально-волевой сферы и поведении людей с развитыми эмоционально-волевыми качествами. Такие испытуемые не склонны принимать помощь или, во всяком случае, сами искать помощи у других людей в трудных жизненных ситуациях. Возможно, есть затруднения с раскрытием другому человеку своих эмоций. Не исключено, что это касается только принятия сочувствия и раскрытия эмоций в трудных жизненных ситуациях и не относится, например, к эмоции радости в ситуации успеха. То есть, испытуемые с выраженными эмоционально-волевыми качествами могут воспринимать желание поделиться эмоциями и обратиться за поддержкой к другому в ситуации стресса как слабость. Во всяком случае ясно, что обращение за поддержкой не вполне соответствует типу личности человека с развитыми параметрами эмоционально-волевой сферы, и этот факт открывает возможности для коррекционной, консультативной и тренинговой работы, особенно в подростковом возрасте. Требуется дополнительного изучения вопрос о связях копинговых стратегий и отношений родителей с детьми, частично рассмотренный Д.М. Чумаковой [159; 164].

Отрицательные корреляции со шкалой копинга, ориентированного на эмоции очень выражены. Эти данные не являются новыми в рамках концепции эмоционально-волевой сферы личности. В конструкт копинга стресса с ориентацией на эмоции заложена не столько идея копинга, сколько идея отсутствия эмоций вины и раздражения в ситуации стресса и идея, что испытуемые не испытывают эмоциональный шок в стрессовых ситуациях. В рамках концепции эмоционально-волевой сферы личности М.В. Чумаковым получены факты отрицательных взаимосвязей параметров эмоционально-волевой сферы и симптомов эмоционального стресса, куда входят эмоции вины и еще ряд индикаторов [144; 148]. Понятию копинга в данной шкале опросника Т.А. Крюковой в большей степени соответствуют индикаторы внутренних вербализаций, обращенных к себе са-

мому. Например, говорить себе, что это не случится вновь. В данном случае речь идет о стратегии поведения, которой можно обучить испытуемых и которую можно использовать в стрессогенных ситуациях. Взаимосвязь эмоционально-волевых качеств с позитивными и негативными самовербализациями изучена М.В. Чумаковым по отношению к существенно более широкому набору внутренних обращений к себе самому [150; 153]. В этих исследованиях получены аналогичные результаты. Итак, испытуемые с развитыми эмоционально-волевыми качествами не склонны испытывать эмоции вины и раздражения, эмоциональный шок в ситуации стресса и реже используют в этих ситуациях негативные самовербализации.

Копинговая стратегия избегания также однозначно коррелирует отрицательно со всеми шкалами методики ВКЛ. Если понимать под пассивным избеганием уход в болезнь, употребление алкоголя и наркотиков, а под активным избеганием подразумевать суицид, то отрицательные корреляции с эмоционально-волевыми качествами личности кажутся вполне понятными. Отрицательные корреляции с суицидальным поведением и с употреблением спиртных напитков уже получены в исследованиях М.В. Чумакова на достаточно больших выборках [154; 155]. Однако в концепции опросника под избеганием понимаются такие поведенческие проявления, как уход в фантазии, стремление к одиночеству и сокрытие от окружающих проблемы, попытки отвлечься от проблем при помощи хобби, спорта и т.д. Копинговая стратегия такого рода представляется разумной и необходимой в определенных обстоятельствах. Тогда можно сделать вывод, что испытуемых с развитыми эмоционально-волевыми качествами нужно обучать данной копинговой стратегии и учить распознавать ситуации, когда ее можно адекватно применить. Мы исходим из того, что в зависимости от ситуации могут быть эффективны все рассмотренные в исследовании копинговые стратегии. В некоторых случаях ситуацию можно разрешить активными действиями, в некоторых проблемных ситуациях эффективнее обратиться за поддержкой. В случаях, когда ресурса личности недостаточно, оптимальной стратегией будет уход, особенно в варианте хобби и спорта. Таким образом, испытуемые, демонстрирующие высокие показатели по методике ВКЛ нуждаются в обучении эффективному использованию таких копинговых стратегий, как избегание и обращение за поддержкой. Данный вопрос может быть рассмотрен и в применении копинговых стратегий в связи с религиозностью личности, понима-



емой по разному в различных подходах, как показано в исследовании Д.М. Чумаковой [160; 161].

Наиболее сильны корреляции шкал опросника ВКЛ со шкалой копинга ориентированного на эмоции. Данные подчеркивают наличие значительного эмоционального компонента в конструкте эмоционально-волевой регуляции, а также в структуре религиозности, как показала Д.М. Чумакова [163; 166]. Причем взаимосвязи сильны не только с энергичностью, которая трактуется как качество, наиболее полно выражающее эмоциональный компонент структуры эмоционально-волевой сферы, но и с качествами, которые в значительной степени отражают волевые компоненты структуры. Данные подтверждают тезис, высказанный М.В. Чумаковым о том, что эмоциональность имманентно содержится в пространстве волевых качеств, и речь не идет просто о волевой регуляции эмоций или взаимосвязях, разнородных по существу компонентов [141; 142]. Слабее выражены корреляции шкал опросника ВКЛ со шкалой стратегии поиска социальной поддержки Д. Амирхана. В ряде случаев, например по отношению к шкале ответственности, можно говорить только о некоторой слабо выраженной тенденции, а не о закономерности. Корреляция со шкалами инициативности и настойчивости отсутствует совсем. Сказанное не отменяет вывод о том, что необходимо развивать у испытуемых, с высокими показателями по ВКЛ, способность обращаться за поддержкой к другим людям, но делает этот вывод не столь категорическим. Связи эмоционально-волевых качеств личности со шкалой копинга, ориентированного на избегание методики Т.А. Крюковой, так же отрицательны, как и с соответствующей шкалой методики Д. Амирхана, но выражены слабо и не достигают значимых величин. Можно сказать, что данные согласуются, но нуждается в дополнительном исследовании вопрос о том, насколько согласуются аналогичные шкалы двух тестов.

Интенсивность связей с копинговыми стратегиями различных эмоционально-волевых качеств примерно одинакова. Также одинаковы и направленность связей копинговых стратегий с эмоционально-волевыми качествами. Эти результаты подтверждают идею целостности эмоционально-волевой сферы и возможность рассматривать ее как интегральный процесс [146; 148]. Дискретные элементы, составляющие эмоционально-волеву сферу личности, функционируют скоординировано, что в рамках данного исследования выражается в синхронности корреляционных свя-

зей. Полученные данные показывают перспективность дальнейших исследований эмоционально-волевой сферы личности в контексте копинговых стратегий. Исследования в этом направлении позволят лучше понять личностные основания применения тех или иных способов совладания со стрессовыми жизненными ситуациями, ограничения, которые накладывают личностные особенности на применение тех или иных копинговых стратегий. Исследование копинговых стратегий позволит также лучше понять механизмы функционирования эмоционально-волевой сферы личности и расширить потенциал применения методик диагностики.

Выводы можно сформулировать следующим образом.

1 Эмоционально-волевые качества связаны со стрессоустойчивостью личности.

2 Испытуемые с развитыми эмоционально-волевыми качествами имеют тенденцию использовать копинговую стратегию разрешения проблем и не использовать стратегию поиска поддержки у окружающих и избегания, а также копинговую стратегию, ориентированную на эмоции.

3 Испытуемые с развитыми эмоционально-волевыми качествами ориентированы на здоровый образ жизни.

4 Испытуемые с высокими показателями развития эмоционально-волевых качеств личности нуждаются в консультативной и коррекционной работе по оптимизации применения копинговых стратегий в трудных жизненных ситуациях.

## **Глава 2. Социальное взаимодействие в университете и проблемы безопасности личности студентов**

### ***2.1 Социальное взаимодействие в аспекте безопасности личности***

Тематика социального взаимодействия является междисциплинарной. В психологическом плане она достаточно неплохо изучена. Данная проблематика представлена в работах Л.С. Выготского, А.Л. Журавлева, В.Н. Кунициной, А.-Н. Перре-Клермон, В.П. Познякова, Б.Ф. Ломова, А.Н. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна, В.В. Рубцова, В.А. Янчука и др. [30; 31; 32; 43; 76; 102; 113; 114]. Экспериментальная ситуация, как ситуация социального взаимодействия, представлена в работах М. Grossen. В работах этих авторов социальное взаимодействие предстает как системное многоуровневое явление, имеющее различные формы. Анализ литературы позволяет выделить несколько способов употребления понятия социального взаимодействия. Самое широкое понимание социального взаимодействия находится на философском, междисциплинарном уровне. На этом уровне понятие социального взаимодействия выходит за рамки собственно психологического изучения. На методологическом, психологическом уровне понятие социального взаимодействия соотносится с категорией общения [76]. Б.Ф. Ломов подчеркивает как наиболее существенный для психологического анализа тот смысл категорий общения, который связан с влиянием социума на психическую организацию индивида. Он отмечает: «Для нас сейчас важно прежде всего выявить тот план этой категории, который позволяет раскрыть социальную обусловленность человеческой психики». [76, с. 247]. Социальная обусловленность высших психических функций, в частности воли, раскрывается в подходе Л.С. Выготского. Конкретизируя данный подход в отношении эмоционально-волевой регуляции, мы понимаем в широком смысле социальное взаимодействие как влияние социума на функционирование эмоционально-волевой регуляции. В таком случае наша задача заключается в том, чтобы понять, какие структурные личностные компоненты обеспечивают влияние социума на процесс эмоционально-волевой регуляции деятельности. В этом отношении для построения более конкретных гипотез мы опираемся на взгляды С.Л. Рубинштейна, который видел в социальном влиянии существенный признак воли. С.Л. Рубинштейн пишет: «Воля в специфическом смысле

этого слова, поднимающаяся над уровнем одних лишь природных органических влечений, предполагает существование общественной жизни, в которой поведение людей регламентируется нравственностью и правом» [113, с. 187]. Мы предполагаем, что в структуре личностных особенностей, обеспечивающих эмоционально-волевою регуляцию, присутствует компонент, «отвечающий» за направленность регуляторного процесса в просоциальное русло.

Более узкое понимание социального взаимодействия сближает это понятие с понятием межличностного общения и взаимовлияния. В работах В.В. Рубцова данный вопрос рассматривается в более общем плане в контексте категории социальная ситуация развития. Социальное взаимодействие понимается, в частности, как коллективно распределенное совокупное действие [114]. В работах А.-Н. Перре-Клермон социальное взаимодействие представлено как координация действий, точек зрения участников группы, обмен мнениями, приказами, объяснениями. Показано, что социальное взаимодействие является детерминирующим фактором в когнитивном развитии [102].

Для построения эмпирического исследования влияния параметров социального взаимодействия в семье на параметры эмоционально-волевой регуляции у детей и влияния параметров эмоционально-волевой регуляции у родителей на параметры социального взаимодействия в семье мы используем более узкое значение термина, близкое к подходу В.В. Рубцова и подходу А.-Н. Перре-Клермон. В данном случае рассматриваются внутрисемейные ситуации взаимодействия, реакция на них родителей и детей. Одним из важных параметров социального взаимодействия в семье является характер практик наказания и частота употребления этих практик. Рассматривается эмоциональная сторона социального взаимодействия, выражающаяся, например, в удовлетворенности членов семьи различными сферами семейной жизни.

Понятия деятельности и социального взаимодействия связаны в рамках экопсихологического подхода, представленного В.И. Пановым. Деятельность и социальное взаимодействие предстают в нем как взаимосвязанные компоненты образовательной среды. Освоение деятельности происходит при помощи коммуникативного взаимодействия. С нашей точки зрения сказанное относится не только к образовательной среде, но и к среде в более широком понимании этого слова.

Еще более узкое понимание социального взаимодействия предполагает ограничение этого понятия рамками взаимодействия психолога и испытуемого в ситуации эксперимента. Такое понимание раскрывается, в частности, в работах М. Grossen. Мы придерживаемся этого понимания для рассмотрения ситуации лабораторного эксперимента как ситуации социального взаимодействия, ситуации, в которой представлены социальные отношения. Для интерпретации данных экспериментальных методик МР-1 и МР-2 для нас существенно, что тестовая ситуация рассматривается в подходе Grossen не как экспериментальная ситуация, а как социальное отношение и социальное взаимодействие [187].

Психологическая безопасность человека понимается рядом авторов как способность сопротивляться психотравмирующим воздействиям среды или как жизнестойкость [15]. Некоторыми авторами выделяются следующие формы психологической безопасности: стабильная, отсутствующая и неустойчивая [117]. Под стабильной психологической безопасностью понимается способность сопротивляться негативным воздействиям. Отсутствие психологической безопасности предполагает нарушения психического функционирования, срывы. Неустойчивая – переход из одной формы в другую.

Попытки рассмотрения психологической безопасности с позиций структурно-уровневого подхода приводят к выделению биологического уровня, который характеризуется физическим благополучием. Личностный уровень составляет собственно психологическое благополучие. Когнитивный уровень предполагает конструктивное мышление. Жизнестойкость в этом случае выступает как системное качество. С нашей точки зрения, можно выделить психологическую безопасность социального взаимодействия и психологическую безопасность личности в социальном взаимодействии. Например, наличие стрессогенных факторов в учебной деятельности или противоречивые положения, провоцирующие конфликт, будут снижать психологическую безопасность социального взаимодействия в университете. Применение копинговых стратегий студентами и преподавателями будет повышать психологическую безопасность личности в социальном взаимодействии.

## ***2.2 Анализ стрессогенности образовательной среды в университете, депрессивных и суицидальных проявлений в личности и поведении студентов***

Цель нашего исследования состояла в эмпирическом подтверждении гипотезы о взаимосвязи опыта суицидальных мыслей и действий со стрессогенностью образовательной среды и депрессивными проявлениями личности на примере социального взаимодействия в университете и в том, чтобы наметить некоторые пути профилактической работы.

Для достижения целей исследования нами были переведены и адаптированы ряд методик, составленных и отобранных М. Perrez, В. Plancherel, S. Seitz, А Babounakis, А. Teuscher, N. Michlig. Непосредственно на диагностику суицидальных состояний личности в нашем исследовании направлена шкала суицидальных мыслей и поведения, которая позволяет выявить студентов, находящихся в критической ситуации, имеющих потенциальные или актуальные суицидальные намерения. Индикаторами суицидального состояния являются вопросы о том, размышлял ли студент на тему самоубийства, задумывался ли о нем, есть ли суицидальные мысли в данный момент, были ли попытки самоубийства и др. В данном случае речь идет не только о состояниях, но и о поведенческих проявлениях. Наиболее точно исследуемый параметр можно обозначить как личный опыт суицидальных мыслей и действий.

Примеры пунктов данной шкалы. 1 Задумывались ли вы лично о самоубийстве? 2 Есть ли у вас сейчас суицидальные мысли, фантазии или желания? 3 Был ли у вас определенный момент, в который вы решили покончить жизнь самоубийством и при этом планировали, как это сделаете? В общей сложности шкала содержит 10 пунктов. Депрессивные настроения, фиксируемые за прошедшую неделю, понимаются нами как состояния, связанные с суицидальными наклонностями. Примеры пунктов шкалы. 1 Я с трудом старался сконцентрироваться. 2 Я был удручен, подавлен. 3 У меня было радостное настроение (обратный пункт). 4 Я чувствовал себя одиноким. 5 Я не мог себя заставить что-либо сделать. 6 У меня почти не было аппетита. 7 Я плохо спал. Возможны варианты ответов в зависимости от продолжительности состояния от 1 дня до недели. В общей сложности шкала содержит 20 пунктов. Еще одна шкала, направленная на выявление депрессивных тенденций, оценивает их через противо-

положительный полюс, условно названный оптимизмом. Примеры пунктов шкалы. 1 Я с оптимизмом и воодушевлением смотрю в будущее. 2 У меня достаточно времени, чтобы делать вещи, которые доставляют мне удовольствие. 3 Я думаю, что в будущем то, чем я в данный момент больше всего занят, принесет мне успех. 4 Жизнь еще принесет мне больше прекрасных моментов, чем плохих. 5 Мой опыт является хорошей подготовкой для решения будущих проблем. В состав шкалы входит 20 пунктов. Шкала учебных стрессовых нагрузок измеряет интенсивность стрессовых ситуаций перед экзаменами, письменными работами, а также стрессовых ситуаций в работе по совместительству с учебой и в быту студентов. Один из индикаторов касается общей оценки стресса в процессе учебы в университете. Шкала стрессовых нагрузок за последний год позволяет выявить студентов, чьи возможности сопротивления стрессу близки к истощению, и составлена по принципу шкалы Т. Холмса и Р. Райха. Отличие состоит в наборе стрессовых событий, который пересекается со шкалой Т. Холмса и Р. Райха лишь частично и включает показатели стресса, связанные с учебой. Это, например, провал на экзамене, трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете, разочарование в изучаемом предмете, отсутствие смысла в учебе и другие. Кроме того, иначе оценивается величина стресса. В шкале Т. Холмса и Р. Райха каждому событию приписывается фиксированный балл стрессогенности, если это событие состоялось. В рамках нашего исследования испытуемый имел возможность оценить величину стрессового воздействия события индивидуально по 4-балльной шкале. Можно определить величину и частоту стрессовых нагрузок учащихся в результате провала на экзаменах, сложностей в отношениях с однокурсниками, трудностей адаптации к занятиям в университете, трудностей в отношениях с преподавателями, разочарования в выбранной специальности, утраты смысла обучения. Шкала аутокоммуникации направлена на частоту обращений субъекта к себе самому в аспекте депрессивности и низкой самооценки. В основе теста перечень высказываний, с которыми люди мысленно обращаются сами к себе. От испытуемого требуется оценить частоту этих мысленных обращений к себе самому. Примеры пунктов шкалы. 1 Со мной постоянно что-нибудь должно случиться. 2 Все, что я делаю – неправильно. 3 У меня это просто не получается. 4 С этим я очень хорошо справился. 5 Ну вот, у тебя это снова получилось. 6 Все хорошо. Все так, как должно быть. 7 Ты все

начинаешь и не заканчиваешь. Пункты оцениваются по 4-балльной шкале оценок. Общее количество пунктов шкалы – 38. Шкала копинга стресса включает как поведенческие реакции, так и реакции по отношению к самому себе. Помимо копинговых реакций фиксируются (как обратные пункты) реакции, свидетельствующие об отсутствии эффективного копинга. Примеры пунктов. 1 Я говорю себе, что не должен чувствовать угрызений совести. 2 Я говорю себе, что мне не в чем упрекнуть себя. 3 Я тщательно обдумываю мое дальнейшее поведение. 4 Я предпринимаю действия по устранению причины. 6 Я пытаюсь точно уяснить причины, повлекшие за собой эту ситуацию. 7 Я после этого просто не могу избавиться от мыслей об этой ситуации. Шкала содержит 24 пункта. Шкалы позволяют получить психологическую информацию по большому количеству параметров, касающихся депрессивности личности, стрессовых нагрузок, копинга стресса, суицидальных мыслей и намерений. Шкалы аутокоммуникации и копинга стресса важны для построения стратегии консультативной работы психологов.

В исследовании также применялся опросник диагностики волевых качеств личности (ВКЛ) М.В. Чумакова [145; 149]. Опросник позволяет получить информацию об эмоционально-волевой сфере личности по таким качествам, как ответственность, инициативность, решительность, энергичность, выдержка, внимательность, самостоятельность, настойчивость и целеустремленность. Методика направлена на общую оценку степени развитости эмоционально-волевой сферы личности, обеспечивающей поведение, связанное с преодолением трудностей и препятствий на пути достижения поставленной цели. Первоначально в основу измеряемого конструкта были положены обыденные представления о волевой сфере личности. Эти представления были выявлены в серии исследований, в которых испытуемые выбирали прилагательные, характеризующие волевого и безвольного человека. Наиболее часто выбираемые прилагательные (выбор не менее 25 процентами испытуемых) подвергались факторному анализу, в результате чего были выделены шкалы теста. Эмпирически выделенные шкалы оказались сопоставимыми, хотя и не совпадающими полностью, с выделяемыми в психологической литературе (в частности С.Л. Рубинштейном) волевыми качествами личности. Дальнейшие исследования с применением теста ВКЛ позволили уточнить измеряемый кон-



структ и вписать его в пространство психологических качеств, измеряемых другими тестами.

Высокий балл по опроснику получают ответственные, обязательные, инициативные, деятельные, уверенные, решительные, настойчивые, энергичные, хорошо контролирующие свои эмоции, независимые, самостоятельные, целеустремленные, собранные испытуемые. Таких испытуемых можно назвать волевыми в том смысле, в каком это понимается большинством людей. Получившие высокий балл старательно выполняют свои обязанности, обладают хорошим лидерским потенциалом, быстро и независимо принимают решения, высоко активны. У них есть ясные жизненные цели и стремление настойчиво их достигать. От этих особенностей в существенной мере зависит успешность деятельности.

Низкий балл по опроснику характерен для склонных к колебаниям, неуверенных, безынициативных, несамостоятельных испытуемых. Они могут пренебречь своими обязанностями в ситуациях, когда внешний контроль за их действиями ослаблен. Как правило они проявляют низкую активность и низкую энергичность. У этой категории испытуемых могут быть проблемы с произвольной концентрацией внимания. Жизненные цели недостаточно осознаны, лидерские тенденции не выражены. Методика может использоваться как по отдельности, так и в комплексе с другими методиками, направленными на диагностику личностных особенностей. В методологическом отношении при создании теста использовались положения А.Г. Шмелева по психодиагностике личностных черт. Основным показателем по методике является общий балл. Шкалы дают дополнительную информацию. Методика предназначена как для практических, так и для исследовательских задач. Методика обладает такими параметрами, как быстрота проведения и обработки результатов, возможность группового тестирования. Эти особенности существенны для нашего исследования, учитывая объем выборки испытуемых. Психометрические характеристики методики отвечают необходимым требованиям.

С помощью перечисленных методик были диагностированы студенты Курганского государственного университета, Шадринского государственного педагогического университета, Курганской государственной сельскохозяйственной академии. Общее число испытуемых – 930 человек: 270 юношей и 660 девушек (29% и 61%, соответственно).

На основе предварительного анализа можно предположить взаимосвязь показателей суицидального опыта и действий с показателями стресса, копинга, депрессивных эмоций и аутокоммуникации [151; 152; 153].

В результате корреляционного анализа ( $n=930$ ) выявлены взаимосвязи опыта суицидальных мыслей и действий и величины воздействия стрессогенных факторов. Некоторые из этих взаимосвязей были описаны нами ранее. Интегральный показатель по шкале опыта суицидальных мыслей и действий коррелирует положительно с интегральным показателем стрессогенных событий в течение года ( $r=0.35$ ,  $p<0.001$ ) и стрессогенных событий, связанных с учебой ( $r=0.39$ ,  $p<0.001$ ). Если выделить в шкале отдельно показатели суицидальных действий и показатели суицидальных мыслей, значения коэффициентов корреляции подтверждают выявленную тенденцию. Суицидальные мысли и суицидальные действия, как и предполагалось, связаны между собой, но не идентичны ( $r=0.59$ ,  $p<0.001$ ). Интегральный показатель по шкале опыта суицидальных мыслей и действий положительно коррелирует с депрессивными настроениями за предыдущую неделю ( $r=0.44$ ,  $p<0.001$ ), депрессией как типичной реакцией на события ( $r=0.45$ ,  $p<0.001$ ), самовербализациями депрессивного характера ( $r=0.38$ ,  $p<0.001$ ) и отрицательно коррелирует с оптимизмом ( $r= - 0.31$ ,  $p<0.001$ ), копингом стресса ( $r= - 0.08$ ,  $p<0.05$ ) и позитивными самовербализациями ( $r= - 0.08$ ,  $p<0.05$ ). Анализ по подшкалам суицидальных мыслей и суицидальных действий дает картину, аналогичную интегральному показателю с ясной закономерностью, а именно, корреляции с подшкалой суицидальных действий ниже по абсолютному значению. Тенденция приводит к тому, что корреляции на уровне значимости 0.05 исчезают до незначимых значений. Показатели стрессогенных событий в течение года и стрессогенных событий, связанных с учебой, являясь сходными и положительно коррелирующими между собой, непротиворечиво коррелируют с депрессивными настроениями за предыдущую неделю ( $r=0.36$ ,  $r=0.49$ ,  $p<0.001$ ), депрессией как типичной реакцией на события ( $r=0.34$ ,  $r=0.48$ ,  $p<0.001$ ), самовербализациями депрессивного характера ( $r=0.31$ ,  $r=0.42$ ,  $p<0.001$ ) и отрицательно коррелируют с оптимизмом ( $r= - 0.23$ ,  $r= - 0.32$ ,  $p<0.001$ ). Отрицательная корреляция с позитивными самовербализациями ( $r= - 0.15$ ,  $p<0.05$ ) и копингом стресса ( $r= - 0.19$ ,  $p<0.05$ ) обнаружена только у шкалы стрессогенных событий, связанных с учебой. Шкала депрессивных настроений за предыдущую неделю, подшкала депрессии шкалы опти-

мизма и подшкала оптимизма самого по себе коррелируют между собой очень тесно и непротиворечиво. Таким образом, их можно рассматривать как однородные. Шкала оптимизма дает выраженную положительную корреляцию с показателем позитивных самовербализаций ( $r=0.42$ ,  $p<0.001$ ) и отрицательную корреляцию с самовербализациями депрессивного характера ( $r= - 0.47$ ,  $p<0.001$ ). Шкала депрессивных настроений за предыдущую неделю дает выраженную положительную корреляцию с самовербализациями депрессивного характера ( $r=0.56$ ,  $p<0.001$ ) и отрицательную корреляцию с показателем позитивных самовербализаций ( $r= - 0.25$ ,  $p<0.001$ ).

Представляют интерес корреляции общего балла по методике ВКЛ с интегральным показателем стрессогенных событий в течение года ( $r= - 0.17$ ,  $p< 0.001$ ), стрессогенных событий, связанных с учебой ( $r= -0.31$ ,  $p<0.001$ ), депрессивными настроениями за предыдущую неделю ( $r=0.36$ ,  $p<0.001$ ), интегральным показателем по шкале опыта суицидальных мыслей и действий ( $r= - 0.25$ ,  $p<0.001$ ), депрессией и оптимизмом как типичными реакциями на события ( $r= - 0.36$ ,  $r=0.46$ ,  $p<0.001$ ), самовербализациями депрессивного характера ( $r= - 0.52$ ,  $p<0.001$ ), позитивными самовербализациями ( $r=0.19$ ,  $p<0.001$ ), копингом стресса ( $r=0.31$ ,  $p<0.001$ ). Рассмотренные данные позволяют сделать некоторые выводы относительно профилактической работы со студентами. Так, профилактическая работа должна строиться на диагностической основе. Диагностические методики, с соответствующим психометрическим обоснованием должны иметь региональные нормы. Необходим мониторинг ситуации по показателям эмоций депрессивного ряда и стрессовых нагрузок у студентов. Можно предположить эффективность в качестве профилактики поведенческих тренингов, включающих работу с самовербализациями, и тренингов, направленных на развитие эмоционально-волевой сферы личности.

В интегрированной модели профилактики социальной патологии Ш. Матулы предполагаемое направление работы относится к психологическому уровню, как в отношении причин социальной патологии, так и в отношении способов интервенции. Мы согласны с мнением автора, что проблема профилактики состоит в том, что в существующей системе психологическая обусловленность социальной патологии принимается во внимание скорее теоретически, чем практически. Идея раннего профилактического вмешательства применительно к проблеме суицидальных состояний личности тоже кажется нам весьма актуальной. В этом контексте ранняя диагностика стрессовых нагрузок и депрессивных тенденций сту-

дентов имеет перспективы. С нашей точки зрения, идея комплексного подхода к проблеме профилактики, которую выражает автор, может быть частично реализована в рамках психологической службы университета. Эта служба может выступать координатором специалистов в области психологии, педагогики, социальной работы, а в некоторых университетах и специалистов в области теологии (духовная составляющая социальной патологии по модели Ш. Матулы). С нашей точки зрения, идею комплексности подхода в профилактике суицидальных состояний личности можно дополнить в том смысле, что стрессогенность образовательного пространства и депрессивные проявления обуславливают не только суицидальность личности, но и другие формы девиантного поведения.

Перспективами работы мы видим создание сокращенной батареи тестов для мониторинга ситуации на основе анализа пунктов тестов и корреляционного анализа и создание превентивной профилактической программы суицидальных состояний личности, возможной к реализации в рамках университетских структур.

### **Анализ стрессогенности социального взаимодействия в университете**

Анализ стрессогенности социального взаимодействия в университетской среде проводился по двум шкалам в 2 высших учебных заведениях Курганской области: в Курганском государственном университете и в Шадринском педагогическом университете. В Курганской государственной сельскохозяйственной академии им. Т.С. Мальцева было проведено пилотажное исследование, и выборка недостаточна для статистически достоверных выводов. Данные по результатам 1 шкалы приведены в таблицах 2.1 – 2.4.

*Таблица 2.1 – Анализ стрессогенности социального взаимодействия в Курганском государственном университете, n = 781*

	Стресс 1	Стресс 2	Стресс 3	Стресс 4	Стресс 5	Стресс 6
Ср. значения	2.3	1.7	1.7	1.8	2.0	11.0
Ст. откл.	0.9	0.8	0.8	0.8	0.7	2.8

Примечания: Стресс 1 – показатель интенсивности стрессовых нагрузок перед экзаменами. Стресс 2 – показатель интенсивности стрессовых нагрузок в работе по совместительству с учебой. Стресс 3 – показатель интенсивности стрессовых нагрузок в быту студентов. Стресс 4 – интенсивность стрессовых нагрузок, связанных с другими источниками. Стресс 5 – общий уровень стресса в процессе учебы в университете. Стресс 6 – суммарный показатель стресса по 5 индикаторам.

*Таблица 2.2 – Анализ стрессогенности социального взаимодействия в Шадринском государственном педагогическом университете, n = 120*

	Стресс 1	Стресс 2	Стресс 3	Стресс 4	Стресс 5	Стресс 6
Ср. значения	2.2	1.6	1.6	1.8	2.1	10.6
Ст. откл.	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	2.9

*Таблица 2.3 – Анализ стрессогенности социального взаимодействия в Курганской государственной сельскохозяйственной академии им. Т.С. Мальцева, n = 28*

	Стресс 1	Стресс 2	Стресс 3	Стресс 4	Стресс 5	Стресс 6
Ср. значения	2.2	1.6	1.6	1.8	2.1	10.6
Ст. откл.	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	2.9

*Таблица 2.4 – Сравнение средних показателей стрессогенности социального взаимодействия в КГУ и ШГПУ (t- критерий Стьюдента)*

	Стресс 1	Стресс 2	Стресс 3	Стресс 4	Стресс 5	Стресс 6
t	2.034	2.368	1.964	-0.272	-0.790	1.319
Sig	0.04	0.02	0.05	0.79	0.43	0.19

Методика способна диагностировать разницу в стрессогенности социального взаимодействия в университете. Интенсивность стрессовых ситуаций в связи с экзаменами и работой по совместительству с учебной статистически выше в Курганском университете по сравнению с Шадринским педагогическим университетом. Интенсивность стрессовых нагрузок в быту находится на границе статистически значимых различий. Констатируя более высокую нагрузку на эмоционально-волевую сферу личности, можно только предполагать, почему экзамены более стрессогенны в одном университете по сравнению с другим. Причиной могут быть более высокие требования на экзаменах или менее систематическая проверка знаний в течение семестра, что делает экзамен менее предсказуемым. Возможно влияние интеллектуального уровня или уровня притязаний личности. Более детальный анализ причин не входил в задачу данного исследования, тем более что эти параметры могут иметь вариации в зависимости от факультета или конкретного преподавателя, его стиля взаимодействия со студентами. Общая оценка уровня стресса в процессе учебы в университете находится на позиции среднего уровня стресса. В основном это происходит благодаря показателю стрессовых нагрузок перед экзаменами.

нами, где показатели соответствуют позиции между средним и повышенным уровнем. Стрессоры нагрузок в работе по совместительству с учебой, нагрузок в быту студентов и нагрузок, связанных с другими источниками, находятся в промежутке между низкой и средней выраженностью.

*Таблица 2.5 – Взаимосвязи показателей интенсивности стрессовых нагрузок (коэффициент корреляции Пирсона), n = 930*

	Стресс 1	Стресс 2	Стресс 3	Стресс 4	Стресс 5
Стресс 1		.36**	.29**	.23**	.46**
Стресс 2			.20**	.19**	.33**
Стресс 3				.40**	.36**
Стресс 4					.36**

Примечания: \*\* - корреляции значимы на уровне  $p < 0.001$ .

Таблица 2.5 показывает, что общая оценка уровня стресса в большей степени связана со стрессовой нагрузкой перед экзаменами. Связи остальных показателей, таких как нагрузки в работе по совместительству с учебой, нагрузки в быту студентов и нагрузки, связанные с другими источниками, менее выражены, и теснота этих связей примерно одинакова. В целом стрессовые нагрузки связаны между собой положительными значимыми на статистическом уровне корреляциями и образуют один фактор. Значение стрессовых нагрузок в работе по совместительству с учебой является наименее значимым в общей картине параметром.

*Таблица 2.6 – Распределение ответов по индикатору интенсивности стрессовых ситуаций перед экзаменами*

Интенсивность стресса	Низкая	Средняя	Повышенная	Высокая
Количество студентов	161	405	275	89
Процент студентов	17.3	43.5	29.6	9.6

*Таблица 2.7 – Распределение ответов по индикатору интенсивности стрессовых ситуаций в работе по совместительству с учебой*

Интенсивность стресса	Низкая	Средняя	Повышенная	Высокая
Количество студентов	416	392	94	28
Процент студентов	44.7	42.0	10.1	3.0

*Таблица 2.8 – Распределение ответов по индикатору интенсивности стрессовых ситуаций в быту*

Интенсивность стресса	Низкая	Средняя	Повышенная	Высокая
Количество студентов	395	416	88	31
Процент студентов	42.5	44.7	9.5	3.3

*Таблица 2.9 – Распределение ответов по индикатору интенсивности стрессовых ситуаций, связанных с другими источниками*

Интенсивность стресса	Низкая	Средняя	Повышенная	Высокая
Количество студентов	342	466	84	38
Процент студентов	36.8	50.1	9.0	4.1

*Таблица 2.10 – Распределение ответов по индикатору общего уровня стресса в процессе учебы в университете*

Интенсивность стресса	Низкая	Средняя	Повышенная	Высокая
Количество студентов	186	563	136	45
Процент студентов	20.0	60.5	14.6	4.8

Распределение ответов дает наглядное представление о том, какое количество студентов находится в неблагоприятных условиях социального взаимодействия с точки зрения стрессогенных индикаторов (таблицы 2.6. – 2.10). Если взять в качестве критерия повышенную и высокую интенсивность стрессовых ситуаций, то процент студентов, находящихся

под воздействием таких нагрузок, колеблется от 12.8 до 39.2. Как и ожидалось, наиболее высокий процент касается экзаменов как стрессогенных параметров социального взаимодействия. По остальным индикаторам процент приблизительно одинаков с колебаниями в диапазоне от 12.8 до 13.1. Общий уровень стресса обобщает частные индикаторы и дает усредненные 19.4%. Повышенный и высокий общий уровень стресса испытывали 181 студент из общей выборки 930 человек. В отношении экзаменов повышенный и высокий уровень стресса отметили 364 человека.

В рамках исследования проверялась гипотеза о половых различиях в интенсивности стрессогенных нагрузок. Гипотеза состоит в том, что девушки более подвержены влиянию стрессогенных нагрузок, так как интерпретируют большее количество факторов в качестве стрессовых и квалифицируют их как стрессогенные ситуации меньшей интенсивности. Результаты сравнения юношей и девушек приведены в таблицах 2.11- 2.13.

*Таблица 2.11 – Анализ стрессогенности социального взаимодействия (юноши), n - 270*

	Стресс 1	Стресс 2	Стресс 3	Стресс 4	Стресс 5	Стресс 6
Ср. значения	2.1	1.6	1.6	1.8	1.9	10.3
Ст. откл.	0.9	0.7	0.7	0.8	0.7	3.0

*Таблица 2.12 – Анализ стрессогенности социального взаимодействия (девушки), n = 660*

	Стресс 1	Стресс 2	Стресс 3	Стресс 4	Стресс 5	Стресс 6
Ср. значения	2.4	1.7	1.8	1.8	2.1	11.2
Ст. откл.	0.9	0.8	0.8	0.7	0.7	2.8

*Таблица 2.13 – Сравнение средних показателей стрессогенности социального взаимодействия юношей и девушек (t-критерий Стьюдента)*

	Стресс 1	Стресс 2	Стресс 3	Стресс 4	Стресс 5	Стресс 6
T	-4.435	-1.858	-2.739	-1.309	-4.697	-4.442
Sig	0.001	0.06	0.006	0.19	0.001	0.001

В таблицах 2.14 – 2.19 показатели выражены в процентах.



Таблица 2.14 – Распределение ответов по индикатору интенсивности стрессовых ситуаций перед экзаменами (девушки), n = 660

Интенсивность стресса	Низкая	Средняя	Повышенная	Высокая
Количество студентов	93	287	207	73
Процент студентов	14.1	43.5	31.4	11.1

Таблица 2.15 – Распределение ответов по индикатору интенсивности стрессовых ситуаций в быту (девушки), n = 660

Интенсивность стресса	Низкая	Средняя	Повышенная	Высокая
Количество студентов	395	416	88	31
Процент студентов	39.2	47.3	9.7	3.8

Таблица 2.16 – Распределение ответов по индикатору общего уровня стресса в процессе учебы в университете (девушки), n = 660

Интенсивность стресса	Низкая	Средняя	Повышенная	Высокая
Количество студентов	186	563	136	45
Процент студентов	16.1	62.1	16.2	5.6

Таблица 2.17 – Распределение ответов по индикатору интенсивности стрессовых ситуаций перед экзаменами (юноши,) n = 270

Интенсивность стресса	Низкая	Средняя	Повышенная	Высокая
Количество студентов	68	118	68	16
Процент студентов	25.2	43.7	25.2	5.9

*Таблица 2.18 – Распределение ответов по индикатору интенсивности стрессовых ситуаций в быту (юноши), n = 270*

Интенсивность стресса	Низкая	Средняя	Повышенная	Высокая
Количество студентов	136	105	23	6
Процент студентов	50.4	38.9	8.5	2.2

*Таблица 2.19 – Распределение ответов по индикатору общего уровня стресса в процессе учебы в университете (юноши), n = 270*

Интенсивность стресса	Низкая	Средняя	Повышенная	Высокая
Количество студентов	80	153	38	7
Процент студентов	29.6	56.7	11.1	2.6

Обращает на себя внимание, что девушки демонстрируют статистически значимо более высокую интенсивность стрессовых нагрузок по большинству показателей. Данные подтверждают нашу гипотезу том, что девушки на уровне когнитивной оценки склонны интерпретировать как стрессогенные большее количество факторов и меньшую их интенсивность. В данном случае речь, скорее всего, идет о половых различиях, так как стрессогенные параметры социального взаимодействия одинаковы для юношей и девушек. Вероятнее всего речь идет об интерпретации как стрессогенных стимулов меньшей интенсивности, а не о количестве факторов. Параметр интенсивности стрессовых ситуаций, связанных с другими источниками, не имеет статистически значимых различий, а именно он в основном отражает количество разнообразных факторов, которые испытуемый может учесть самостоятельно в зависимости от индивидуальных особенностей и половых различий. Интенсивность стрессовых ситуаций в работе по совместительству с учебой также не имеет статистически значимой разницы у юношей и девушек, что может объясняться тем, что меньшее количество девушек совмещает учебу и работу. В целом по совокупности параметров интенсивность стрессогенных нагрузок у девушек выше, чем у юношей. Одно из возможных объяснений этого факта может

быть связано с половыми различиями в тревожности юношей и девушек. Если рассматривать стабильные периоды жизни общества, по данным А.М. Прихожан, в период перехода от младшего школьного к подростковому возрасту увеличивается число тревожных мальчиков. При переходе от подросткового возраста к юношескому увеличивается число тревожных девушек [107]. Данное объяснение можно учесть только с большой долей осторожности. Как отмечает А.М. Прихожан, половые различия в переживании тревожности зависят от инструмента измерения. Прямая самооценка частоты переживания тревожности, интенсивности переживания и уровня тревожности, измеренного при помощи опросников, дают разные результаты. В исследовании А.М. Прихожан наибольшие различия обнаруживаются при помощи опросников. Самооценка частоты переживаний дает сходные результаты, а самооценка интенсивности показывает меньше различий в выборках юношей и девушек. В 10 классе автор констатирует различия, а в 11 классе показатели и юношей и девушек находятся на среднем уровне и не различаются. В нашем исследовании в данной шкале затрагиваются как раз показатели интенсивности по самооценке. Кроме того, показатели отличаются в различные периоды развития общества. В исследованиях А.М. Прихожан выделяются стабильные и нестабильные периоды. Отнесение времени нашего исследования к стабильному или нестабильному затруднительно. Даже в более очевидных случаях эта оценка субъективна. Кроме того, в исследованиях А.М. Прихожан речь идет прежде всего о возрастной динамике личностной тревожности, а половые различия рассматриваются менее систематически, являясь лишь дополнительной целью.

Вопрос о половых различиях тревожности неоднозначно рассматривается у многих авторов, тем не менее есть исследования, подтверждающие более выраженную динамику тревожности по мере увеличения возраста у девушек [63]. В данном случае нет полной ясности в вопросе о причинно-следственных связях. Тревожность некоторыми авторами рассматривается как следствие длительной внешней стрессовой ситуации [107].

Еще одним важным направлением исследований воздействия стрессогенных факторов в рамках социального взаимодействия в студенческой среде было выделение факторов, действующих в пределах прошедшего года. В отношении отдельного участника этот метод позволяет выявить стрессовые нагрузки, находящиеся на грани адаптивных возможностей

личности или превышающие их. В отношении всей выборки испытуемых появляется возможность проанализировать значимость тех или иных стрессогенных факторов и выстроить их рейтинг, что отражено в таблице 2.20

*Таблица 2.20 – Количество и процент студентов от общей выборки, указавших на действие стрессогенного фактора, n = 930*

	СФ1	СФ2	СФ3	СФ4	СФ5	СФ6	СФ7	СФ8	СФ9
Количество студентов	7	210	69	203	131	66	308	418	342
Процент студентов	0.7	21.6	7.4	21.8	14.1	7.1	33.2	44.9	36.8

Примечания: СФ1 – стрессовый фактор смерть партнера; СФ2 – смерть близкого родственника; СФ3 – смерть близкого друга или подруги; СФ4 – небольшие нарушения закона; СФ5 – изменение ситуации на работе; СФ6 – новое место работы; СФ7 – серьезные заболевания или травмы близких родственников; СФ8 – большие изменения в финансовом отношении, связанные с ухудшением ситуации; СФ9 – большие изменения во взаимоотношениях членов семьи;

*Таблица 2.20 (продолжение)*

	СФ10	СФ11	СФ12	СФ13	СФ14	СФ15	СФ16	СФ17
Количество студентов	47	113	346	115	48	179	30	133
Процент студентов	5.1	12.1	37.2	12.4	5.1	19.2	3.2	18.8

Примечания: СФ10 – появление в семье нового члена; СФ11 – перемена места жительства; СФ12 – расставание с партнером; СФ13 – большие изменения в объединениях по интересам; СФ14 – потеря рабочего места; СФ15 – собственное тяжелое заболевание или травма; СФ16 – развод родителей; СФ17 – серьезное заболевание или травма близкого друга;

*Таблица 2.20 (продолжение)*

	СФ18	СФ19	СФ20	СФ21	СФ22	СФ23	СФ24	СФ25
Количество студентов	121	317	194	338	285	123	449	177
Процент студентов	13	34.1	20.9	36.3	30.7	13.3	48.8	19.1

Примечания: СФ18 – в первый раз длительное пребывание вдали от дома; СФ19 – провал на экзамене; СФ20 – сложности с однокурсниками; СФ21 – трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете; СФ22 – разочарование в изучаемом предмете; СФ23 – не видит собственного смысла в учебе; СФ24 – потеря контактов с бывшими друзьями; СФ25 – неверность партнера.

Таблица 2.21 – Рейтинг стрессогенных факторов

1	Потеря контактов с бывшими друзьями
2	Большие изменения в финансовом отношении, связанные с ухудшением ситуации
3	Расставание с партнером
4	Большие изменения во взаимоотношениях членов семьи
5	Трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете
6	Провал на экзамене
7	Серьезные заболевания или травмы близких родственников
8	Разочарование в изучаемом предмете
9	Небольшие нарушения закона
10	Смерть близкого родственника
11	Сложности с однокурсниками
12	Собственное тяжелое заболевание или травма
13	Неверность партнера
14	Серьезное заболевание или травма близкого друга
15	Изменение ситуации на работе
16	Не видит собственного смысла в учебе
17	В первый раз длительное пребывание вдали от дома
18	Большие изменения в объединениях по интересам
19	Перемена места жительства
20	Смерть близкого друга или подруги
21	Новое место работы
22	Потеря рабочего места
23	Появление в семье нового члена
24	Развод родителей
25	Смерть партнера

Достоинством шкалы, отраженной в таблице 2.21 по сравнению с аналогичными шкалами, например шкалой Т. Холмса и Р. Райха, является наличие стрессовых факторов, связанных с процессом обучения в университете. Эти факторы занимают хотя и не наивысшие, но высокие места в рейтинге. Из 10 факторов, находящихся на верхних позициях рейтинга, 4 являются специфически связанными с ситуацией в университете. Еще 2, такие как «расставание с партнером» и «потеря контактов с бывшими друзьями», могут быть частично связаны с обучением в университете. Так, эти факторы могут быть связаны с необходимостью переезда из области в Курган у первокурсников. Конечно, эти два последних фактора отражают и возрастные особенности. Большинство испытуемых находятся в периоде

ранней взрослости, в самом его начале на границе с юношеским возрастом, и проблемы установления близких связей со сверстниками, в том числе и противоположного пола, актуальны. Фактор «сложности с однокурсниками» отмечают как стрессовый в течение года почти 21% испытуемых, и он занимает 11 позицию в рейтинге с весомым результатом. Стрессовые факторы, связанные с работой, не занимают значимых мест, что вполне понятно, так как трудовая деятельность не является ведущим видом деятельности в данном возрасте. Стрессовый фактор смерти близкого родственника связан в основном со смертями бабушек и дедушек. Из 210 испытуемых, отметивших этот фактор, 89 отметили именно их. Четыре человека из выборки понесли двойную утрату, и она касалась также потери бабушки и дедушки. Большое количество, а именно 47 человек, за действовали в данном факторе графу другое, относящуюся к родственникам, за исключением матери, отца, бабушек, дедушек, братьев и сестер. Смерть родителей касалась смерти отцов (14 испытуемых). В данном факторе также отражены особенности возраста, когда человек теряет бабушек и дедушек. Преобладание отцов в данном факторе скорее всего отражает факт большего среднего возраста жизни у женщин, чем у мужчин. Фактор незначительного нарушения закона не означает криминальных наклонностей студентов, а косвенно свидетельствует об искренности ответов. Речь идет, например, о нарушении тишины или безбилетном проезде. Интересно то, что этот фактор, хотя и не на самом высоком уровне, переживается студентами, что свидетельствует скорее о выраженности супер-эго, чем о криминальных наклонностях. Серьезные заболевания и травмы близких родственников так же, как и их смерть, в основном касаются бабушек, дедушек и других членов семьи, кроме родителей и сестер. Отличие состоит в значительном проценте ответов респондентов, касающихся болезни матерей. Болезнь бабушек также существенно преобладает над болезнями дедушек. Значительное количество студентов, а именно 31 человек, упоминают за прошедший год действие этого фактора дважды (6 человек) или трижды (25 человек), что связано со значительными стрессовыми нагрузками. Из 5 факторов, занимающих самый высокий ранг и являющимися наиболее стрессогенными, 4 связаны с социальным взаимодействием и только один – с финансовым положением. Можно охарактеризовать эти 4 фактора как нарушение отношений с друзьями, представителями противоположного пола, членами семьи и преподавателями универси-

тета. Таким образом, в сферу большой стрессовой нагрузки вошли практически все значимые сферы общения студентов. Субъективно кажущиеся очень значительными стрессоры, связанные со смертью близких родственников, друзей и партнеров занимают не выше десятого места в рейтинге и уступают, например, стрессовому фактору разочарования в изучаемом предмете. Стрессогенные факторы проанализированы и сведены в таблицу (таблицы 2.22 –2.26).

*Таблица 2.22 – Количество и процент студентов от выборки девушек, указавших на действие стрессогенного фактора, n = 660*

	СФ1	СФ2	СФ3	СФ4	СФ5	СФ6	СФ7	СФ8	СФ9
Количество студентов	5	140	29	132	89	48	227	298	251
Процент студентов	0.8	21.2	5.9	19.9	13.5	7.0	34.4	45.1	38.1

*Таблица 2.22 (продолжение)*

	СФ10	СФ11	СФ12	СФ13	СФ14	СФ15	СФ16	СФ17
Количество студентов	31	84	260	83	30	114	17	94
Процент студентов	4.7	12.7	39.4	12.5	4.6	17.3	2.9	14.2

*Таблица 2.22 (продолжение)*

	СФ18	СФ19	СФ20	СФ21	СФ22	СФ23	СФ24	СФ25
Количество студентов	88	202	149	244	201	81	332	127
Процент студентов	13.4	30.5	22.6	37.0	30.4	12.3	50.3	19.3

*Таблица 2.23 – Количество и процент студентов от выборки юношей, указавших на действие стрессогенного фактора, n = 270*

	СФ1	СФ2	СФ3	СФ4	СФ5	СФ6	СФ7	СФ8	СФ9
Количество студентов	2	60	30	71	42	20	81	120	92
Процент студентов	0.8	22.2	11.1	26.3	15.6	7.4	30.0	44.5	34.0

Таблица 2.23 (продолжение)

	СФ10	СФ11	СФ12	СФ13	СФ14	СФ15	СФ16	СФ17
Количество студентов	16	30	86	32	18	65	13	38
Процент студентов	6.0	11.1	31.9	11.8	6.7	24.1	4.8	14.0

Таблица 2.23 (продолжение)

	СФ18	СФ19	СФ20	СФ21	СФ22	СФ23	СФ24	СФ25
Количество студентов	34	115	46	94	84	42	117	50
Процент студентов	12.6	42.6	17.0	34.8	31.1	15.6	43.4	18.5

Таблица 2.24 – Рейтинг стрессогенных факторов юношей и девушек

Девушки	Юноши
1 Потеря контактов с бывшими друзьями	1 Большие изменения в финансовом отношении, связанные с ухудшением ситуации
2 Большие изменения в финансовом отношении, связанные с ухудшением ситуации	2 Потеря контактов с бывшими друзьями
3 Расставание с партнером	3 Провал на экзамене
4 Большие изменения во взаимоотношениях членов семьи	4 Трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете
5 Трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете	5 Большие изменения во взаимоотношениях членов семьи
6 Серьезные заболевания или травмы близких родственников	6 Расставание с партнером
7 Провал на экзамене	7 Разочарование в изучаемом предмете
8 Разочарование в изучаемом предмете	8 Серьезные заболевания или травмы близких родственников
9 Сложности с однокурсниками	9 Небольшие нарушения закона
10 Смерть близкого родственника	10 Собственное тяжелое заболевание или травма
11 Небольшие нарушения закона	11 Смерть близкого родственника
12 Неверность партнера	12 Неверность партнера
13 Собственное тяжелое заболевание или травма	13 Сложности с однокурсниками
14 Серьезное заболевание или травма близкого друга	14 Изменение ситуации на работе



15 Изменение ситуации на работе	15 Не видит собственного смысла в учебе
16 В первый раз длительное пребывание вдали от дома	16 Серьезное заболевание или травма близкого друга
17 Перемена места жительства	17 В первый раз длительное пребывание вдали от дома
18 Большие изменения в объединениях по интересам	18 Большие изменения в объединениях по интересам
19 Не видит собственного смысла в учебе	19 Смерть близкого друга или подруги
20 Новое место работы	20 Перемена места жительства
21 Смерть близкого друга или подруги	21 Новое место работы
22 Появление в семье нового члена	22 Потеря рабочего места
23 Потеря рабочего места	23 Появление в семье нового члена
24 Развод родителей	24 Развод родителей
25 Смерть партнера	25 Смерть партнера

При общей схожести рангового веса различных стрессовых факторов у юношей и девушек некоторые стрессовые факторы различаются. Некоторые стрессовые факторы реже происходят у представителей того или иного пола. Некоторые стрессовые факторы невозможно оценить с точки зрения половых различий в отношении частоты появления, так как их возникновение не зависит от действий человека. В этом случае различаться может когнитивная оценка события, интенсивность переживания. В некоторых факторах пол может влиять как на частоту появления стрессового фактора, так и на когнитивную оценку его воздействия. Так, стрессовый фактор расставания с партнером более выражен у девушек. Если принять предположение, что юноши и девушки расстаются с партнером с приблизительно одинаковой частотой, то ранг этого стрессора ниже у юношей в результате нулевой оценки негативного влияния фактора. То же самое можно сказать и в отношении сложностей с однокурсниками. Напротив, провал на экзамене, который занимает более высокие позиции у юношей, скорее всего у них чаще случается, так как девушки прилежнее учатся. Эта интерпретация подтверждается более высоким рангом у юношей фактора отсутствия смысла в учебе. Возможны и более интенсивные переживания неудачи на экзаменах у юношей. Серьезное заболевание или травма близкого друга как стрессовый фактор имеет более высокий ранг у

девушек. Частота появления стрессора не зависит от пола и может различаться только когнитивной оценкой. В целом можно сказать, что есть половые различия в выраженности стрессовых факторов.

*Таблица 2.25 – Количество и процент студентов от выборки студентов КГУ, указавших на действие стрессогенного фактора, n = 781 (253 юношей и 528 девушек)*

	СФ1	СФ2	СФ3	СФ4	СФ5	СФ6	СФ7	СФ8	СФ9
Количество студентов	7	172	60	156	110	55	255	344	291
Процент студентов	0.9	22.0	7.7	20.0	14.2	7.1	33.6	44.0	37.2

*Таблица 2.25 (продолжение)*

	СФ10	СФ11	СФ12	СФ13	СФ14	СФ15	СФ16	СФ17
Количество студентов	39	99	291	101	44	144	28	116
Процент студентов	5.0	12.7	37.2	13.0	5.6	18.4	3.5	14.8

*Таблица 2.25(продолжение)*

	СФ18	СФ19	СФ20	СФ21	СФ22	СФ23	СФ24	СФ25
Количество студентов	106	288	155	292	246	106	385	145
Процент студентов	13.6	36.8	19.9	38.3	31.5	13.5	49.3	18.6

*Таблица 2.26 – Количество и процент студентов от выборки студентов ШГПУ, указавших на действие стрессогенного фактора, n = 270 (12 юношей и 118 девушек)*

	СФ1	СФ2	СФ3	СФ4	СФ5	СФ6	СФ7	СФ8	СФ9
Количество студентов	0	26	7	35	16	8	42	62	40
Процент студентов	0	21.6	5.9	29.2	13.4	6.7	35.0	51.7	33.3

*Таблица 2.26 (продолжение)*

	СФ10	СФ11	СФ12	СФ13	СФ14	СФ15	СФ16	СФ17
Количество студентов	8	12	43	11	3	27	2	12
Процент студентов	6.7	10.0	35.8	9.1	2.5	22.5	1.7	10.0

Таблица 2.26 (продолжение)

	СФ18	СФ19	СФ20	СФ21	СФ22	СФ23	СФ24	СФ25
Количество студентов	12	20	32	37	32	16	52	24
Процент студентов	10.0	16.7	26.7	30.8	26.7	13.4	43.3	20.0

В сравнении двух вузов наиболее значительная разница касается стрессового фактора провала на экзамене, который более значим в КГУ. По этому фактору разница в рейтинге 7. Разница в рейтинге на 3 позиции имеет место для стрессора трудности приспособления к занятиям, рейтинг которого выше в КГУ, и стрессоров заболевания близких родственников, небольших нарушений закона, сложностей с однокурсниками и собственных тяжелых заболеваний и травм, рейтинг которых выше в Шадринском университете. Стрессоры тяжелых заболеваний и травм собственных и близких родственников не имеют, с нашей точки зрения, закономерных связей с университетом обучения. Сравнение рейтинговых стрессовых факторов в различных университетах, представлены в таблице 2.27.

Таблица 2.27 – Рейтинг стрессогенных факторов ШГПУ и КГУ

КГУ	ШГПУ
1 Потеря контактов с бывшими друзьями	1 Большие изменения в финансовом отношении, связанные с ухудшением ситуации
2 Большие изменения в финансовом отношении, связанные с ухудшением ситуации	2 Потеря контактов с бывшими друзьями
3 Трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете	3 Расставание с партнером
4 Расставание с партнером	4 Серьезные заболевания или травмы близких родственников
5 Большие изменения во взаимоотношениях членов семьи	5 Большие изменения во взаимоотношениях членов семьи
6 Провал на экзамене	6 Трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете
7 Серьезные заболевания или травмы близких родственников	7 Небольшие нарушения закона

8 Разочарование в изучаемом предмете	8 Сложности с однокурсниками
9 Смерть близкого родственника	9 Разочарование в изучаемом предмете
10 Небольшие нарушения закона	10 Собственное тяжелое заболевание или травма
11 Сложности с однокурсниками	11 Смерть близкого родственника
12 Неверность партнера	12 Неверность партнера
13 Собственное тяжелое заболевание или травма	13 Провал на экзамене
14 Серьезное заболевание или травма близкого друга	14 Не видит собственного смысла в учебе
15 Изменение ситуации на работе	15 Изменение ситуации на работе
16 В первый раз длительное пребывание вдали от дома	16 Серьезное заболевание или травма близкого друга
17 Не видит собственного смысла в учебе	17 В первый раз длительное пребывание вдали от дома
18 Большие изменения в объединениях по интересам	18 Перемена места жительства
19 Перемена места жительства	19 Большие изменения в объединениях по интересам
20 Смерть близкого друга или подруги	20 Новое место работы
21 Новое место работы	21 Появление в семье нового члена
22 Потеря рабочего места	22 Смерть близкого друга или подруги
23 Появление в семье нового члена	23 Потеря рабочего места
24 Развод родителей	24 Развод родителей
25 Смерть партнера	25 Смерть партнера

Рейтинг фактора провала на экзамене в ШГПУ ниже, чем в КГУ, что объясняется преобладанием девушек среди опрошенных. Половые различия по этому фактору значительны. В основном половыми различиями объясняется и разница в рейтинге стрессового фактора сложностей с однокурсниками.

Разница, собственно, между вузами касается факторов незначительного нарушения закона и трудностей приспособления к занятиям. Для интерпретации по параметру «большие нарушения закона» информации недостаточно. А «трудности приспособления к занятиям» требует активизации работы по адаптации студентов к учебному процессу в Курганском государственном университете. Сам фактор также нуждается в дополнительном изучении.

Трудности приспособления к занятиям могут быть вызваны большим или меньшим числом иногородних студентов, более высокими или более низкими требованиями, предъявляемыми к учебе со стороны преподавателей, величиной университета, работой кураторов, стилем взаимодействия преподавателей и студентов и т.д. В целом можно сказать о принципиальной схожести выраженности тех или иных стрессовых факторов в двух университетах. В то же время видны возможности шкалы улавливать различия в действии стрессовых факторов с учетом специфики университета.

Некоторые факторы занимают стабильно низкое место в рейтинге независимо от пола или учебного заведения. Это «смерть партнера», «развод родителей», «появление в семье нового члена», «потеря рабочего места», «новое место работы», «перемена места жительства», «большие изменения в объединениях по интересам». Факторы «смерть партнера» и «развод родителей», видимо, можно исключить как пункты теста при исследовании выборки студентов университета. Стрессовые факторы, непосредственно связанные с ситуацией социального взаимодействия в университете, такие как «провал на экзамене», «трудности приспособления к занятиям и преподавателям в университете», «разочарование в изучаемом предмете», «отсутствие смысла в учебе» занимают высокие или средние места в рейтинге независимо от пола и учебного заведения, что является еще одним аргументом в пользу недостаточности шкалы Т. Холмса и Р. Райха в качестве инструмента выявления стрессовых факторов учащихся университета.

Дальнейший анализ стрессовых факторов проводился путем сравнения факультетов Курганского государственного университета. Факультеты обозначены цифрами. Нас интересовали возможности мониторинга при сравнении факультетов по стрессогенным факторам, связанным с учебным процессом и возможности диагностики в практическом плане для психологической службы университета (таблицы 2.28, 2.29).

Таблица 2.28 – Средние значения выраженности стрессовых факторов на различных факультетах КГУ

	Стресс 1	Стресс 5	СФ19	СФ20	СФ21	СФ22	СФ23
Ф1	2.2	2.0	0.7	0.2	0.5	0.5	0.4
Ф2	2.5	2.1	1.1	0.4	0.8	0.5	0.4
Ф3	2.5	1.9	0.6	0.3	0.4	0.5	0.4
Ф4	2.3	1.9	1.0	0.4	0.4	0.6	0.3
Ф5	2.4	2.4	1.1	0.3	1.2	0.7	0.5
Ф6	2.3	2.1	1.1	0.2	0.8	0.6	0.2
Ф7	2.4	2.1	0.5	0.4	0.4	0.3	0.1
Ф8	2.1	2.0	0.5	0.3	0.5	0.6	0.1

Примечания: Ф1 – n-93; Ф2 – n-76; Ф3 – n-95; Ф4 – n-84; Ф5 – n-49; Ф6 – n-59; Ф7 – n-113; Ф8 – n-98; Ф1 – факультет 1; Ф2 – факультет 2; Ф3 – факультет 3; Ф4 – факультет 4; Ф5 – факультет 5; Ф6 – факультет 6; Ф7 – факультет 7; Ф8 – факультет 8; Стресс 1 – показатель интенсивности стрессовых нагрузок перед экзаменами; Стресс 5 – общий уровень стресса в процессе учебы в университете; СФ19 – провал на экзамене; СФ20 – сложности с однокурсниками; СФ21 – трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете; СФ22 – разочарование в изучаемом предмете; СФ23 – не видит собственного смысла в учебе.

Таблица 2.29 – Средние значения суммы 7 стрессовых факторов на различных факультетах КГУ

	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	Ф6	Ф7	Ф8
УСС	6.43	7.78	6.49	6.89	8.48	7.29	6.10	5.92

Примечания: УСС – средний показатель учебного стресса по 5 факторам; Анализ значимости различий между факультетами проводился по критерию Манна-Уитни.

Показатели стрессовых факторов «нагрузка перед экзаменами» и «трудности приспособления к занятиям или преподавателям» значимы на уровне  $p < 0.05$  ( $z = -1.931$ ,  $z = -1.939$ , соответственно) для факультетов 1 и 2. Показатель стрессового фактора «нагрузка перед экзаменами» значим на уровне  $p < 0.05$  ( $z = -2.305$ ) для факультетов 1 и 3. Показатели стрессовых факторов «провал на экзамене» и «трудности приспособления к занятиям или преподавателям» значимы на уровне  $p < 0.01$  ( $z = -2.637$ ,  $z = -2.156$ , соответственно) для факультетов 2 и 3. Показатель стрессового фактора «сложности с однокурсниками» значим на уровне  $p < 0.05$  ( $z = -2.555$ ) для факультетов 1 и 4, а стрессового фактора «трудности приспособления к занятиям или преподавателям» значим на уровне  $p < 0.01$  ( $z = 2.670$ ) для факультетов 2 и 4. Показатель стрессового фактора «провал на экзамене» значим на уровне  $p < 0.01$  ( $z = -2.861$ ) для факультетов 3 и 4. По факультету 5 в сравнении с факультетом 1 значимо выше показатели по факторам

«общий уровень стресса»  $p < 0.01$  ( $z = - 2.953$ ) и «трудности приспособления к занятиям или преподавателям»  $p < 0.001$  ( $z = - 4.175$ ). По фактору «трудности приспособления к занятиям или преподавателям» значимы различия между факультетом 2 и 5,  $p < 0.05$  ( $z = - 1.989$ ). По факультету 5 в сравнении с факультетом 3 значимо выше показатели по факторам «общий уровень стресса»  $p < 0.001$  ( $z = - 3.696$ ), «трудности приспособления к занятиям или преподавателям»  $p < 0.001$  ( $z = - 4.649$ ) и «провал на экзамене»  $p < 0.01$  ( $z = - 2.716$ ). По факультету 5 в сравнении с факультетом 4 значимо выше показатели по факторам общей оценки стресса  $p < 0.001$  ( $z = - 3.456$ ) и «трудности приспособления к занятиям или преподавателям»  $p < 0.001$  ( $z = - 4.672$ ). По факультету 6 в сравнении с факультетом 1 значимо выше показатель по фактору «провал на экзамене»  $p < 0.05$  ( $z = - 2.227$ ). Между факультетами 6 и 2 значимых различий в стрессовых факторах не обнаружено. По факультету 6 в сравнении с факультетом 3 значимо выше показатели по факторам общей оценки стресса  $p < 0.05$  ( $z = - 2.302$ ), «трудности приспособления к занятиям или преподавателям»  $p < 0.05$  ( $z = - 2.298$ ) и провала на экзамене  $p < 0.001$  ( $z = - 3.433$ ). По факультету 6 в сравнении с факультетом 4 значимо выше показатели по факторам общей оценки стресса  $p < 0.05$  ( $z = - 2.046$ ), «трудности приспособления к занятиям или преподавателям»  $p < 0.05$  ( $z = - 2.394$ ). По факультету 6 в сравнении с факультетом 5 значимо выше показатель по фактору «трудности приспособления к занятиям или преподавателям»  $p < 0.05$  ( $z = 2.180$ ). По факультету 7 в сравнении с факультетом 1 значимо ниже показатель по фактору не нахождения смысла в учебе  $p < 0.001$  ( $z = 3.469$ ). По факультету 7 в сравнении с факультетом 2 значимо ниже показатель по факторам провала на экзамене  $p < 0.001$  ( $z = 3.773$ ), «трудности приспособления к занятиям или преподавателям»  $p < 0.01$  ( $z = 2.889$ ) не нахождения смысла в учебе  $p < 0.001$  ( $z = 3.678$ ). По факультету 7 в сравнении с факультетом 3 значимо выше показатель по фактору общей оценки стресса  $p < 0.05$  ( $z = - 2.497$ ) и значимо ниже по фактору не нахождения смысла в учебе  $p < 0.001$  ( $z = 3.257$ ). По факультету 7 в сравнении с факультетом 4 значимо выше показатель по фактору общей оценки стресса  $p < 0.05$  ( $z = - 2.151$ ) и значимо ниже по факторам провала на экзамене  $p < 0.001$  ( $z = 3.742$ ), разочарования в изучаемом предмете  $p < 0.05$  ( $z = 2.453$ ) и не нахождения смысла в учебе  $p < 0.05$  ( $z = 2.131$ ). По факультету 7 в сравнении с факультетом 5 значимо ниже показатели по факторам провала на экзамене  $p < 0.001$

( $z= 3.471$ ), «трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете»  $p<0.001$  ( $z= 4.927$ ), разочарования в изучаемом предмете  $p<0.01$  ( $z= 3.001$ ) и не нахождения смысла в учебе  $p<0.001$  ( $z= 4.093$ ). По факультету 7 в сравнении с факультетом 6 значимо ниже показатели по факторам провала на экзамене  $p<0.001$  ( $z= 4.300$ ), «трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете»  $p<0.01$  ( $z= 2.523$ ) и разочарования в изучаемом предмете  $p<0.05$  ( $z= 2.418$ ). По факультету 8 в сравнении с факультетом 1 значимо ниже показатель по фактору не нахождения смысла в учебе  $p<0.01$  ( $z= 2.863$ ). По факультету 8 в сравнении с факультетом 2 значимо ниже показатели по факторам интенсивности стрессовых ситуаций перед экзаменами  $p<0.01$  ( $z= 3.108$ ), провала на экзамене  $p<0.001$  ( $z= 3.718$ ), трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете  $p<0.05$  ( $z= 2.296$ ) и не нахождения смысла в учебе  $p<0.01$  ( $z= 3.080$ ). По факультету 8 в сравнении с факультетом 3 значимо ниже показатели по факторам интенсивности стрессовых ситуаций перед экзаменами  $p<0.01$  ( $z= 3.539$ ), и не нахождения смысла в учебе  $p<0.01$  ( $z= 2.658$ ). По факультету 8 в сравнении с факультетом 4 значимо ниже показатели по факторам интенсивности стрессовых ситуаций перед экзаменами  $p<0.05$  ( $z= 1.172$ ) и провала на экзамене  $p<0.001$  ( $z= 3.703$ ). По факультету 8 в сравнении с факультетом 5 значимо ниже показатели по факторам интенсивности стрессовых ситуаций перед экзаменами  $p<0.05$  ( $z= 2.003$ ), общей оценки уровня стресса  $p<0.05$  ( $z= 2.420$ ), провала на экзамене  $p<0.001$  ( $z= 3.475$ ), «трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете»  $p<0.001$  ( $z= 4.251$ ) и не нахождения смысла в учебе  $p<0.001$  ( $z= 3.426$ ). По факультету 8 в сравнении с факультетом 6 значимо ниже показатель по фактору провала на экзамене  $p<0.001$  ( $z= 4.306$ ). По факультету 8 в сравнении с факультетом 7 значимо ниже показатели по факторам интенсивности стрессовых ситуаций перед экзаменами  $p<0.05$  ( $z= 2.475$ ) и значимо выше по показателю разочарования в изучаемом предмете  $p<0.05$  ( $z= -2.498$ ). Средние значения выраженности стрессовых факторов приведены в таблице 2.30.



Таблица 2.30 – Средние значения выраженности стрессовых факторов на специальностях КГУ

	Стресс1	Стресс5	СФ19	СФ20	СФ21	СФ22	СФ23
СП1	2.7	2.1	0.6	0.1	0.5	0.3	0.0
СП2	2.4	2.2	1.0	0.4	0.8	0.7	0.3
СП3	2.4	2.1	0.5	0.4	0.4	0.3	0.1
СП4	2.0	1.7	0.7	0.3	0.6	0.5	0.2

Примечания: СП1 – n-25; СП2 – n-37; СП3 – n-113; СП4 – n-; СП1 – специальность 1; СП2 – специальность 2; СП3 – специальность 3; СП4 – специальность 4;

На специальности 1 в сравнении со специальностью 2 значимо ниже показатель по фактору «не видит собственного смысла в учебе»  $p < 0.05$  ( $z = -2.243$ ). На специальности 3 в сравнении со специальностью 2 значимо ниже показатели по факторам «провал на экзамене»  $p < 0.05$  ( $z = 2.745$ ), «трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете»  $p < 0.05$  ( $z = 2.651$ ), «разочарование в изучаемом предмете»  $p < 0.05$  ( $z = 2.728$ ), «не видит собственного смысла в учебе»  $p < 0.05$  ( $z = 2.552$ ). Между стрессовыми факторами на специальности 1 и специальности 3 значимых различий нет. Между специальностями 1 и 4 различия значимы по фактору интенсивности стрессовых ситуаций перед экзаменами  $p < 0.001$  ( $z = -3.307$ ), а между специальностями 2 и 4 – по фактору интенсивности стрессовых ситуаций перед экзаменами  $p < 0.05$  ( $z = -2.238$ ) и по фактору общей оценки стресса в процессе учебы  $p < 0.05$  ( $z = -2.738$ ). Между специальностями 3 и 4 – по фактору интенсивности стрессовых ситуаций перед экзаменами  $p < 0.05$  ( $z = -2.261$ ) и по фактору общей оценки стресса в процессе учебы  $p < 0.05$  ( $z = -2.887$ ).

Наличие значимых различий между факультетами в выраженности стрессовых факторов, связанных с учебой в университете, показывает пригодность инструментария для практических целей в этой области. Например, выраженность фактора провала на экзамене значимо больше на 4 факультетах из 8, принявших участие в исследовании. Мы не можем сказать, зависит ли это от разницы в уровне требований к знаниям студентов на экзамене, от уровня поступивших студентов, характера их подготовки на факультете или каких-либо других причин. Возможно, значения по этому параметру выше по причине общей стратегии обучения, принятой на факультете, или же из-за особенностей отдельного преподавателя, работающего на различных специальностях факультета и оказывающего тем самым влияние на всю выборку студентов. Несмотря на необходи-

мость дальнейшего анализа причин большей выраженности фактора, в практическом плане исследование дает достаточную информацию в том отношении, что в случае выраженных значений желательна вмешательство со стороны психологической службы университета, если таковая функционирует. В данном случае речь идет о неспецифическом вмешательстве на уровне последствий для личности, а не на уровне устранения причины явления. Анализ причин тоже возможен, как при помощи психологических инструментов, так и на основе знания ситуации на факультете. Как правило, в преподавательском коллективе хорошо знают ситуацию на факультете и могут установить, почему тот или иной стрессогенный фактор выражен. Некоторые индикаторы ясно выделяют какой-либо конкретный факультет в выраженности того или иного стрессогенного фактора. Так, факультет 5 явно выделяется в неблагоприятную сторону по фактору трудностей приспособления к занятиям или преподавателям в университете. На некоторых факультетах значение какого-либо фактора ниже, в сравнении с другими. Так, на факультетах 7 и 8 минимально значение такого параметра, как «не видит собственного смысла в учебе». Анализ специальностей в рамках одного факультета дает меньше результатов, тем не менее, значимые различия по ряду стрессовых факторов показывают возможность его применения. Усредненный показатель семи стрессовых факторов, связанных с учебой в университете, позволяет выделить факультеты с наиболее выраженной стрессогенной учебной средой.

*Таблица 2.31 – Взаимосвязи общей субъективной оценки уровня стресса в процессе учебы и выраженности отдельных стрессогенных факторов, n = 930*

	СФ1	СФ2	СФ3	СФ4	СФ5	СФ6	СФ7	СФ8	СФ9
Стресс5	0.05	0.09**	0.01	0.12**	0.13**	0.11**	0.10**	0.23**	0.18**

*Таблица 2.31 (продолжение)*

	СФ10	СФ11	СФ12	СФ13	СФ14	СФ15	СФ16	СФ17
Стресс5	0.02	0.17**	0.09**	0.04	0.04	0.07*	0.01	0.10**

*Таблица 2.31 (продолжение)*

	СФ18	СФ19	СФ20	СФ21	СФ22	СФ23	СФ24	СФ25
Стресс5	0.11**	0.12**	0.19**	0.26**	0.20**	0.13**	0.20**	0.09**

Примечания: \* – корреляции значимы на уровне  $p < 0.05$ ; \*\* – корреляции значимы на уровне  $p < 0.01$ .

Коэффициенты корреляции отражают вклад стрессогенных факторов в общую субъективную оценку уровня стресса в процессе учебы (таблица 2.31). Стрессогенные факторы оценивают ситуацию не только субъективно, но и в большой степени объективно. Субъективная оценка касается степени негативного воздействия стрессового фактора, но само наличие или отсутствие стрессора можно считать отчетом об объективном факте. Смерть близкого родственника может оказать различное негативное влияние в зависимости от степени эмоциональной привязанности, но само указание на наличие стрессора можно считать объективным. Некоторые параметры содержат возможность субъективной трактовки, но степень субъективизма в самой квалификации наличия стрессора, на наш взгляд, не велика. Так, стрессовый фактор провала на экзамене можно зафиксировать и при наличии хорошей оценки, но не отличной, на что рассчитывал студент. Однако большинство студентов понимают провал на экзамене одинаково: как оценку «неудовлетворительно». Таким образом, корреляции, представленные в таблице, отражают то, насколько объективные стрессовые факторы связаны с общей субъективной оценкой стресса. Наибольший вклад в эту оценку вносят факторы «трудности приспособления к занятиям или преподавателям в университете», «большие изменения в сторону ухудшения финансового состояния», «разочарование в изучаемом предмете» и «потеря контактов с бывшими друзьями». Несколько меньше, но довольно выражена связь с факторами «сложности с однокурсниками» и «большие изменения во взаимоотношениях членов семьи» в плане уменьшения взаимопонимания. Большая часть из этих факторов совпадает с теми, которые занимают высокие места в рейтинге, но есть и отличия. Так, фактор расставания с партнером, который занимает третью строку рейтинга, имеет, хотя и значимую на статистическом уровне, но не выраженную связь. Корреляция общего показателя по шкале стрессовых факторов с общей субъективной оценкой уровня стресса составляет 0.31. Общая субъективная оценка стресса в процессе учебы интегрирует не только стрессовые факторы, непосредственно связанные с обучением, но и более широкий их спектр, например финансовое положение. Однако относительно невысокий коэффициент корреляции не позволяет заменить в мониторингах дифференцированный анализ одним интегральным пунктом.

Стрессовые факторы, фиксируемые в рамках исследования можно разделить на 2 группы. Это стрессовые факторы, непосредственно связанные с социальным взаимодействием в университете и прочие стрессовые факторы, связанные с серьезными заболеваниями, смертями близких родственников, ухудшением финансового положения, потерей рабочего места и т.д. Кроме того, можно разделить стрессовые факторы на такие группы, как стрессовые факторы, связанные с семьей, друзьями, работой, учебой. В рамках тестирования представлены как объективная, так и субъективная составляющие. Объективная составляющая касается констатации наличия или отсутствия фактора за определенный период времени. Субъективная составляющая касается интенсивности негативного воздействия фактора в диапазоне от отсутствия влияния до крайне негативного влияния. С точки зрения практического использования факторы можно разделить на те, влияние которых можно устранить или уменьшить, оптимизируя социальное взаимодействие в организации, те, влияние которых можно устранить или снизить, оптимизируя межличностное взаимодействие в семье и референтной группе, и те, влияние которых нельзя устранить. В отношении последних можно бороться только с последствиями стресса с помощью психологической поддержки или копинга. В отношении первых целесообразно помимо этого попытаться выявить и устранить причину стресса. Полностью устранение причин невозможно, но интервенция в этой плоскости возможна и может принести результаты. Например, трудности приспособления к занятиям и преподавателям в университете можно снизить, реализуя программы адаптации студентов первого курса и проводя программы с преподавателями. Отсутствие смысла в учебе и разочарование в изучаемом предмете можно корректировать профориентационной работой при поступлении абитуриентов в университет. Сложности с однокурсниками частично корректируется работой кураторов, а провал на экзамене – контролем успеваемости в семестре. Ни одну из перечисленных причин стресса невозможно устранить полностью, но на них можно существенно повлиять, и усилия в этом направлении оправданы.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 1 И 2 ГЛАВЫ

- 1 Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 166 с.
- 2 Абитов И. Р. Особенности совладания со стрессом в норме и при расстройствах психического здоровья // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34. – № 1. – С. 86-96.
- 3 Абрамова В. Н., Алюшин М. В., Колобашкина Л. В. Психологический тренинг стрессоустойчивости на основе дистанционных неконтактных технологий регистрации биопараметров // Вопросы психологии. – 2014. – №6. – С. 144-153.
- 4 Абульханова-Славская К. А. Личностные механизмы регуляции деятельности // Проблемы психологии личности. – Москва, 1982. – С. 21-34.
- 5 Агапов Е. П. Феномен человеческого благополучия // Медико-социальные и психологические аспекты безопасности промышленных агломераций : материалы Международной научно-практической конференции (Екатеринбург, 16-17 февраля 2016 г.). – Екатеринбург : УРФУ, 2016. – С. 216-223.
- 6 Александров Ю. И., Сварник О. Е., Знаменская И. И., Арутюнова К. Р. Стресс, болезнь и научение как условия регрессии // Вопросы психологии. – 2017. – №7. – С. 87-102.
- 7 Аллахвердов В. М. Блеск и нищета эмпирической психологии (на пути к методологическому манифесту петербургских психологов) // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2005. – Т. 2. – №1. – С. 44-65.
- 8 Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. – Санкт-Петербург, 2000. – С. 282.
- 9 Андреева Г. М. Социальная психология. – Москва : Изд-во МГУ, 1980. – С. 416.
- 10 Андреева Т. В. Семейная психология : учеб. пособие. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 244 с.
- 11 Андреева Г. М., Богомолова Н. Н., Петровская Л. А. Зарубежная социальная психология XX столетия. Теоретические подходы : учеб. пособие для вузов. – Москва : Аспект Пресс, 2002. – 287 с.
- 12 Андреевкова Н. В. Сравнительный анализ удовлетворенности жизнью и определяющих ее факторов // Мониторинг общественного мнения. – 2010. – № 5. – С. 189-215.

- 13 Анохин П. К. Идеи и факты в разработке теории функциональных систем // Психологический журнал. – 1984. – Т. 5. – №2. – С. 18-31.
- 14 Астрецов Д. А., Леонтьев Д. А. Психодиагностические возможности «Шкалы внутренней диалоговой активности» П. Олеса // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2015. – № 4. – С. 66-82.
- 15 Баева И. А. Психологическая безопасность образовательной среды: теоретические основы и технологии создания : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – Санкт-Петербург, 2002. – 48 с.
- 16 Баева И. А., Волкова Е. П., Лактионова Е. Б. Психологическая безопасность образовательной среды: развитие личности. – Москва : Санкт-Петербург : Нестор-История, 2011. – 272 с.
- 17 Баранов А. А., Жученко О. А. Стрессоустойчивость и самооценка академических достижений // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36. – № 4. – С. 16-22.
- 18 Битюцкая Е. В. Развитие психологической культуры на практических занятиях по курсу «Диагностика совладания с трудными жизненными ситуациями» // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2015. – № 1. – С. 60-77.
- 19 Блумер Г. Общество как символическая интеракция // Современная зарубежная социальная психология: тексты / под ред. Т. М. Андреевой, Н. Н. Богомоловой, Л. А. Петровской. – Москва : Изд-во МГУ, 1984. – С. 173-179.
- 20 Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – Москва: ПЕР-СЭ, 2006. – 525 с.
- 21 Болдырева Т. А. Взаимосвязь качества жизни и некоторых объективных и субъективных факторов жизнедеятельности студентов (на примере Оренбургского государственного университета) // Вестник Оренбург. гос. ун-та. – 2015. – № 2 (177). – С. 184-188.
- 22 Бохан Т. Г. Культурно-исторический подход к стрессу и стрессоустойчивости : дис. ... д-ра психол. наук. – Томск, 2008. – 394 с.
- 23 Бреслав Г. М. Система эмоциональной регуляции деятельности в процессе целеобразования // Психологические механизмы целеобразования. – Москва : Наука, 1977. – С. 95-109.
- 24 Васильева И. В. Интуитивность как фактор эффективной деятельности следователя // Вестник Тюменского государственного университета. – 2006. – № 6. – С. 198-201.

- 25 Васильева И. В. Опросник изучения параметров интуиции в структуре саморегуляции в экстремальных ситуациях у представителей опасных профессий // Вестник Тюменского государственного университета. Гуманитарные исследования. Humanitates. – 2010. – № 5. – С. 148-154.
- 26 Венедиктов Д. Д. Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирования // Общественные науки и здравоохранение. – Москва : Наука, 1997. – С. 24-37.
- 27 Визгина А. В. Проблема эмпирического изучения спонтанных внутренних диалогов // Вопросы психологии. – 2007. – №1. – С. 101-110.
- 28 Виноградова Л. А. Интеллектуальный контроль как фактор преодоления эмоционально-трудной ситуации // Психологический журнал. – 2004. – Т. 12. – № 5. – С. 21-28.
- 29 Воловикова М. И. Тематическая сессия ИП РАН «Психологическое здоровье: постановка проблемы и пути ее решения» // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34. – № 5. – С.123-128.
- 30 Выготский Л. С. Собрание сочинений. – Москва, 1982. – Т.2. – 501 с.
- 31 Выготский Л. С. Собрание сочинений. – Москва, 1983. – Т.3. – 368 с.
- 32 Выготский Л. С. Собрание сочинений. – Москва, 1984. – Т.4. – 433 с.
- 33 Гаврилова Т. А. Аутомортальная тревожность как субъективный феномен. // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34. – № 2. – С. 99-107.
- 34 Горбатков А. А. Является ли эмоционально-оценочная сфера негативно ассиметричной? // Вопросы психологии. – 2006. – №4. – С. 82-94.
- 35 Горбатков А. А. Динамика эмоций интереса и радости в условиях мыслительной деятельности // Психологический журнал. – 2011. – Т. 32. – № 3. – С. 43-56.
- 36 Грачев А. А. Теоретические и методологические основания прикладной психологии // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34. – № 1. – С. 15-24.
- 37 Дашкевич О. В. К методологии исследования эмоционального компонента деятельности и психических состояний спортсменов // Психология спортивной деятельности. – Москва, 1977. – С. 16-22.
- 38 Дашкевич О. В. Эмоциональная регуляция деятельности в экстремальных условиях : автореф. дис ... д-ра психол. наук. – Москва, 1985. – 43 с.
- 39 Донцов А. И., Зинченко Ю. П., Зотова О. Ю., Перельгина Е. Б. Психология безопасности : учеб. пособие. – Москва : Юрайт, 2015. – 276 с.

- 40 Донцов А. И., Перельгина Е. Б., Рикель А. М. Объективное и субъективное благополучие: два подхода к исследуемой проблеме // Вопросы психологии. – 2016. – №5. – С. 3-15.
- 41 Доскин В. А., Лаврентьев Н. А., Мирошников М. П., Шарай В. Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. – 1973. – №6. – С. 141-145.
- 42 Дымова Е. Н., Тарабрина Н. В., Харламенкова Н. В. Психологическая безопасность и травматический опыт как модуляторы поиска социальной поддержки в трудной жизненной ситуации // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36. – № 3. – С. 15-27.
- 43 Журавлев А. Л. Совместная деятельность как объект социально-психологического исследования // Совместная деятельность: методология, теория, практика. – Москва : Наука, 1988. – С. 19-36.
- 44 Журавлев А. Л. Психология управленческого взаимодействия (теоретические и прикладные проблемы). – Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2004. – 476 с.
- 45 Журавлев А. Л. Психологические факторы физического и психического здоровья человека (по материалам исследований ИП РАН) // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25. – № 3. – С. 107-117.
- 46 Зейгарник Б. В. Пути исследования эмоционально-волевой сферы психически больных // Вопросы экспериментальной патопсихологии. – 1965. – Т. 73. – С. 51-62.
- 47 Зейгарник Б. В. Опосредствование и саморегуляция в норме и патологии // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 1981. – № 2. – С. 9-14.
- 48 Зинченко Ю. П., Первичко Е. И. Клинико-психологическое исследование регуляции эмоций: культурно-деятельностный подход // Вопросы психологии. – 2016. – №3. – С. 41-58.
- 49 Золотарева Г. А., Зайковская А. С. Сопоставление объективных и субъективных оценок благополучия населения в странах Европы // Экономика, управление, финансы : материалы 4 Международной научной конференции (г. Пермь, апрель 2015 г.). – Пермь : Зебра, 2015. – С. 29-31.
- 50 Иванников В. А., Эйдман Е. В. Количественная оценка волевого усилия при напряженной физической работе // Вопросы психологии. – 1986. – №5. – С. 132-141.



- 51 Иванников В. А. Психологические механизмы волевой регуляции : учеб. пособие. – 3-е изд. – Питер, 2006. – 208 с.
- 52 Изард К. Эмоции человека. – Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1980. – 440 с.
- 53 Ильин Е. П. О соотношении понятий, характеризующих волевою активность человека // Эмоционально-волевая регуляция поведения и деятельности : тезисы Всесоюзной конференции молодых ученых. – Симферополь, 1983. – С. 71-85.
- 54 Калинин В. К. Воля, эмоции, интеллект // Эмоционально-волевая регуляция поведения и деятельности : тезисы Всесоюзной конференции молодых ученых. – Симферополь, 1983. – С. 58-69.
- 55 Карпов А. В. Общая психология субъективного выбора: структура, процесс, генезис. – Москва : Институт психологии РАН, 2000. – 552 с.
- 56 Карпов А. В., Скитяева И. М. Психология рефлексии. – Москва : Институт психологии РАН, 2002. – 320 с.
- 57 Карпов А. В. Рефлексивность как психологическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24. – №5. – С. 45-57.
- 58 Карпов А. В. Психология рефлексивных механизмов деятельности. – Москва : ИП РАН, 2004. – 450 с.
- 59 Карпов А. В. Психология сознания: метасистемный подход. – Москва : РАО, 2011. – 1088 с.
- 60 Кашапов М. М. Теория и практика решения конфликтных ситуаций : учеб. пособие / под науч. ред. проф. А. В. Карпова. – Москва ; Ярославль : Ремдер, 2003. – 183 с.
- 61 Ковалев В. В., Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения : метод. рекомендации. – Москва : Мин.здрав РСФСР, Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1980. – 55 с.
- 62 Корнилова Т. В., Корнилов С. А., Чумакова М. А., Талмач М. С. Методика диагностики личностных черт «Темной триады»: апробация методики «Темная дюжина» // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36. – № 2. – С. 99-112.
- 63 Кочубей Б. И., Новикова Е. В. Эмоциональная устойчивость школьника. – Москва : Знание, 1988. – 80 с.
- 64 Краснова В. В. Холмогорова А. Б. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – № 4. – С. 50-53.

- 65 Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. – Москва : Наука, 1983. – 368 с.
- 66 Китаев-Смык Л. А. О стрессе и умирании // Вопросы психологии. – 2008. – № 5. – С. 121-125.
- 67 Курчакова М. С. Изучение эмоционального реагирования при психических травмах разного генеза // Материалы международной научно-практической конференции «Психологические проблемы семьи и личности в мегаполисе». Москва, 13-14 ноября 2007. – С. 89-92.
- 68 Кустубаева А. М., Толегенова А., Мэттьюс Дж. ЭЭГ-активность головного мозга при различных стратегиях саморегуляции эмоций: подавление и переоценка // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34. – № 4. – С. 58-68.
- 69 Кэмпбелл Д. Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях. – Москва : Прогресс, 1980. – 392 с.
- 70 Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность // Избранные произведения : в 2 т. – Москва : Педагогика, 1983. – Т. 2. – 318 с.
- 71 Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. – Ленинград : Медицина, 1988. – 244 с.
- 72 Леонов Н. И. Конфликты и конфликтное поведение. Методы изучения. – Санкт-Петербург : Питер, 2005. – 240 с.
- 73 Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и эмоции // Психология эмоций. Тексты / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. – Москва : МГУ, 1984. – С. 162-172.
- 74 Леонтьев Д. А. Психология смысла. – Москва : Смысл, 1999. – 486 с.
- 75 Леонтьев Д. А., Осин Е. Н. Рефлексия «хорошая» и «дурная»: от объяснительной модели к дифференциальной диагностике // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2014. – Т. 11. – №4. – С. 5-17.
- 76 Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. – Москва : Наука, 1984. – 444 с.
- 77 Ломов Б. Ф. О системном подходе в психологии // Вопросы психологии. – 1975. – №2. – С. 31-45.
- 78 Лочехина Л. И., Падун М. А. Личностные свойства и интеллект как предикторы посттравматического стресса // Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / под ред. А. Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко. – Москва : Институт психологии РАН, 2011. – С. 65-80.

- 79 Люсин Д. В., Овсянникова В. В. Измерение способности к распознаванию эмоций с помощью видеотеста // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34. – № 6. – С. 82-94.
- 80 Майерс Д. Социальная психология : учеб. пособие для студентов вузов. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – 688 с.
- 81 Мазиллов В. А. Методология психологической науки. – Ярославль : МАПН, 2003. – 236 с.
- 82 Мазиллов В. А. Методологические проблемы психологии в начале XXI века // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27. – № 1. – С. 23-34.
- 83 Мазиллов В. А. Методология психологической науки: проблемы и перспективы // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2007. – Т. 4. – №2. – С. 3-21.
- 84 Мартин Т. А., Орел В. Е., Сенин И. Г. Опыт адаптации методики диагностики личностных характеристик NEO PI-R // Вестник клинической психологии. – 2003. – Том 1. – №2. – С. 3-6.
- 85 Махнач А. В. Жизнеспособность как междисциплинарное понятие // Психологический журнал. – 2012. – Т. 33. – № 6. – С. 84-99.
- 86 Махнач А. В., Латионова А. И. Личностные и поведенческие характеристики подростков как фактор их жизнеспособности и социальной адаптации // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34. – № 5. – С. 69-84.
- 87 Митина О. В., Рассказова Е. И. Рефлексивная ориентация и ее диагностика в структуре контроля за действием // Психологический журнал. – 2014. – Т. 35. – № 2. – С. 118-128.
- 88 Моросанова В. И. Саморегуляция и индивидуальность человека. – Москва : Наука, 2012. – 519 с.
- 89 Моросанова В. И. Осознанная саморегуляция человека как психологический ресурс достижения учебных и профессиональных целей // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. – №4. – С. 16-38.
- 90 Моросанова В. И., Филиппова Е. В., Фомина Т. Г. Личностные и регуляторные предикторы успешности и надежности действий школьников в ситуации экзамена // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2014. – № 4. – С. 4-17.
- 91 Моросанова В. И., Бондаренко И. Н. Общая способность к саморегуляции: операционализация феномена и экспериментальный подход к диагностике ее развития // Вопросы психологии. – 2016. – №2. – С. 109-124.

- 92 Мясищев В. Н. Психология отношений. – Москва : Изд-во «Институт практической психологии» ; Воронеж : НПО «МОДЭК», 1995. – 356 с.
- 93 Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : учеб. пособие. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 392 с.
- 94 Нехорошкова А. Н., Грибанов А. В., Джос Ю. С. Проблема тревожности как сложного психофизиологического явления // Экология человека. – 2014. – № 6. – С. 47-54.
- 95 Новиков В. В. Социальная психология: феномен и наука. – Москва : Изд-во института психотерапии РАН, 2003. – 344 с.
- 96 Никифоров Г. С., Шингаев С. М. Психология профессионального здоровья как новое научное направление // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36. – № 2. – С. 42-52.
- 97 Обозов Н. Н. Межличностные отношения. – Ленинград : Изд-во ЛГУ, 1979. – 151 с.
- 98 Орлов А. Б. Человекоцентрированный подход в психологии, психотерапии, образовании и политике (к 100-летию со дня рождения К. Роджерса) // Вопросы психологии. – 2002. – №2. – С. 64-84.
- 99 Падун М. А. Регуляция эмоций: процесс, формы, механизмы // Психологический журнал. – 2010. – Т. 31. – № 6. – С. 57-69.
- 100 Первичко Е. И. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж. Гросса и культурно-деятельностный подход : в 2 ч. Ч. 1. Регуляция эмоций: подходы к исследованию // Национальный психол. журн. – 2014. – Т. 4. – №16. – С. 13-22.
- 101 Первичко Е. И. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж. Гросса и культурно-деятельностный подход : в 2 ч. Ч. 2. Культурно-деятельностный подход к проблеме стратегий и механизмов регуляции эмоций // Национальный психол. журн. – 2015. – Т. 1. – №17. – С. 39-51.
- 102 Перре-Клермон А.-Н. Роль социальных взаимодействий в развитии интеллекта детей / пер. с фр. – Москва : Педагогика, 1991. – 248 с.
- 103 Перре М., Хорнер М., Морвал М. Как измерить стресс? Новый подход: систематическое самонаблюдение с помощью карманного компьютера / пер. с фр. М. В. Чумаков // Ярославский психологический вестник. – Вып. 12. – Москва – Ярославль : Изд-во Российское психологическое общество, 2004. – С. 95-107.

- 104 Петрова Е. А. История семьи как межпоколенный ресурс совладающего поведения и средства его получения // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика». – 2008. – Т. 14. – №2. – С. 201-209.
- 105 Петровский А. В. Личность. Деятельность. Коллектив. – Москва : Педагогика, 1984. – 255 с.
- 106 Петровский А. В. Проблемы развития личности с позиции социальной психологии // Вопросы психологии. – 1984. – №4. – С. 15-29.
- 107 Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – Москва : Московский психолого-социальный институт ; Воронеж : Издательство НПО «Модек», 2000. – 304 с.
- 108 Разумов А. Н., Бобровницкий И. П. Научные основы концепции восстановительной медицины и актуальные направления ее реализации в системе здравоохранения // Вестник восстановительной медицины. – 2002. – № 1. – С. 3.
- 109 Разумов А. Н., Пономаренко В. А. Концепция «здоровье здорового человека»: интеграция медицины, психологии и религии // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36. – № 6. – С. 88-94.
- 110 Роговин М. С. Структурно-уровневые теории в психологии. – Ярославль : ЯрГУ, 1977. – 79 с.
- 111 Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – Москва, 1994. – 480 с.
- 112 Роджерс К. Клиентоцентрированный/человекоцентрированный подход в психотерапии // Вопросы психологии. – 2001. – №2. – С. 48-58.
- 113 Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии : в 2 т. – Москва : Педагогика, 1989. – Т. 2. – 322 с.
- 114 Рубцов В.В. Основы социально-генетической психологии. – Москва – Воронеж, 1996. – 382 с.
- 115 Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., Стоянова И. Я., Терехина О. В. Социальная тревога в подростковом и юношеском возрасте в контексте психологической безопасности // Вопросы психологии. – 2016. – №6. – С. 63-76.
- 116 Селиванов В. И. Волевая регуляция активности личности // Психологический журнал. – 1982. – Т. 3. – №4. – С. 40-53.

- 117 Семке В. Я., Бохан Т. Г., Богомаз С. А. Психологическая безопасность в структуре психического здоровья населения, проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы // Сиб. вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – №1. – С. 57-62.
- 118 Созинова Е. В., Глозман Ж. М. Эмоционально-мотивационная сфера пациентов с болезнью Паркинсона // Психологический журнал. – 2011. – Т. 32. – № 3. – С.105-113.
- 119 Солдатова Е. Л. Исследование социальной ситуации развития в кризисе перехода к взрослости // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Социально-Гуманитарные науки. – 2005. – № 7 (47). – С. 169-175.
- 120 Солдатова Е. Л. Динамика эго-идентичности и представлений о будущем в нормативных кризисах взрослости // Психологическая наука и образование. – 2006. – № 2. – С. 16-30.
- 121 Соснин В. А. Психология суицидального терроризма в XXI веке: исторические параллели и современные геополитические тенденции // Психологический журнал. – 2011. – Т. 32. – № 4. – С. 30-44.
- 122 Старченкова Е. С. Ресурсы проактивного совладающего поведения // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2012. – Вып.1. – С. 51-61.
- 123 Степанова М. А. Деятельностная теория учения: прошлое, настоящее, будущее // Вопросы психологии. – 2013. – №6. – С. 77-87.
- 124 Сушков И. Р. Психологические отношения человека в социальной системе. – Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 412 с.
- 125 Тарабрина Н. В. Междисциплинарное изучение посттравматического стресса // Материалы Международной научно-практической конференции «К психическому здоровью – через сотрудничество различных специалистов». – Калининград : Изд-во Российского государственного университета им. И. Канта, 2008. – С. 35-52.
- 126 Тарабрина Н. В. Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс // Психологический журнал. – 2012. – Т. 33. – № 6. – С. 20-34.
- 127 Тхостов А. Ш., Колымба И. Г. Феноменология эмоциональных явлений // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 1999. – № 2. – С. 3-14.
- 128 Филиппова Е. В., Фомина Т. Г., Моросанова В. И. Программа развития осознанной саморегуляции как средства повышения надежности

- учебных действий учащихся в ситуации экзамена и экспериментальная проверка ее эффективности // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2015. – № 4. – С. 55-66.
- 129 Фресс П. Эмоции // Экспериментальная психология / под ред. П. Фресса, Ж. Пиаже. – Москва : Прогресс, 1975. – С. 112-195.
- 130 Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. – Ленинград : ЛНИИ-ТЕК, 1976. – 56 с.
- 131 Хащенко В. А. Субъективное экономическое благополучие и его измерение: построение опросника и его валидизация // Экспериментальная психология. – 2011. – № 1. – С. 106-127.
- 132 Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность : в 2 т. / пер. с нем. ; под ред. Б. М. Величковского. – Москва : Педагогика, 1986. – Т. 1. – 392 с.
- 133 Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность : в 2 т. / пер. с нем. ; под ред. Б. М. Величковского. – Москва : Педагогика, 1986. – Т. 2. – 392 с.
- 134 Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Горшкова Д. А., Мельник А. М. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. – 2009. – №3. – С. 101-110.
- 135 Чеснокова М. Г. Понятие здоровья в контексте ключевых категорий культурно-деятельностного подхода // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2015. – № 2. – С. 23-36.
- 136 Чирков В. И. Самодетерминация и внутренняя мотивация поведения человека // Вопросы психологии. – 1996. – №3. – С. 116-132.
- 137 Чирков В. И. Диагностика качественного своеобразия и интенсивности функциональных психофизиологических состояний человека : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Ленинград, 1983.
- 138 Чумаков М. В. Эмоционально-волевая сфера личности подростка как предмет работы школьного психолога : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Москва, 1993.
- 139 Чумаков М. В. Типы учащихся с недостатками развития эмоционально-волевой сферы // Профессиональное образование. Столица. – 2005. – № 10. – С. 26.
- 140 Чумаков М. В. Введение в психологию религии : учеб. пособие. – Курган : Изд-во Курганского гос. ун-та, 1997. – 29 с.
- 141 Чумаков М. В. Исследование личностных проявлений «безвольного» человека методом семантического сходства // Ярославский психоло-

- гический вестник. – Москва–Ярославль : Изд-во Российского психологического общества, 2002. – Вып. 8. – С. 72-75.
- 142 Чумаков М. В. Волевые качества личности в теоретических и обыденных представлениях // Ежегодник Российского психологического общества : материалы III Всерос. съезда психологов, 25-28 июня 2003 г. : в 8 т. / ред. кол. Аверин В. А. и др. – Санкт-Петербург, 2003. – Т. 8. – С. 319-321.
- 143 Чумаков М. В. Взаимосвязь некоторых параметров эмоционально-волевой сферы личности // Ярославский психологический вестник. – Москва – Ярославль : Изд-во «Российское психологическое общество», 2005. – Вып. 16. – С. 93-96.
- 144 Чумаков М. В. Психофизиологические основания волевых качеств личности // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2005. – Вып. 5. – Т. 2. – №4(44). – С. 71-74.
- 145 Чумаков М. В. Диагностика волевых особенностей личности // Вопросы психологии. – 2006. – №1. – С. 169-178.
- 146 Чумаков М. В. Психологическое содержание обыденных представлений об эмоционально-волевой сфере личности // Психологическая наука и образование. – 2006. – №1. – С. 63-69.
- 147 Чумаков М. В. Психологические тетради Нешательского университета *Cahiers de psychologie. Periodique de l'institut de psychologie de l'universite de Nechatel* // Вопросы психологии. – 2006. – №4. – С. 164-165.
- 148 Чумаков М. В. Эмоционально-волевая регуляция деятельности как интегральный процесс // Вестник Курганского государственного университета. Серия: Физиология, психофизиология, психология и медицина. – 2008. – № 12. – С. 104-106.
- 149 Чумаков М. В. Подростковый вариант методики диагностики эмоционально-волевой сферы личности // Психология и современное Российское образование (Москва, 8-12 декабря 2008 г.) : материалы 4 Всероссийского съезда психологов образования России. – Москва : Общероссийская общественная организация «Федерация психологов образования России», 2008. – С. 387.
- 150 Чумаков М. В. Эмоциональные аспекты волевого усилия // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2009. – №5 (138). – С. 77-86.



- 151 Чумаков М. В. Здоровьесберегающие технологии в университете: опыт мониторинга стрессогенности образовательной среды и склонности учащихся к суицидальным действиям // Психология образования: психологическое обеспечение «Новой школы» (Москва, 27-29 января 2010 г.) : материалы 5 Всероссийской научно-практической конференции. – Москва : Общероссийская общественная организация «Федерация психологов образования России», 2010. – С. 427.
- 152 Чумаков М. В. Стрессогенность образовательной среды и личностные особенности учащихся университета // Психология образования: социокультурный ресурс Национальной образовательной инициативы «Наша новая школа» (Москва, 14-16 декабря 2010 г.) : материалы 6 Всероссийской научно-практической конференции. – Москва : Общероссийская общественная организация «Федерация психологов образования России», 2010. – С. 331-332.
- 153 Чумаков М. В. Практическая психология в системе образования: опыт мониторинга суицидальных наклонностей учащихся // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения : материалы международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 22-23 апреля 2010 г. – С. 109-110.
- 154 Чумаков М. В. Личностные особенности супругов и психологические характеристики современной семьи // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2012. – №19 (278). – С. 30-36.
- 155 Чумаков М. В., Сенин И. Г. Волевые качества в пространстве пятифакторной модели личности // Ярославский психологический вестник. – Москва – Ярославль : Изд-во «Российское психологическое общество», 2006. – Вып. 19. – С. 62-67.
- 156 Чумакова Д. М. Связь субъективного благополучия личности в религиозной сфере и подверженности эмоциональному стрессу // Сборник тезисов докладов научной конференции студентов Курганского государственного университета. – Курган : Изд-во Курганского гос. ун-та, 2009. – Вып. 10. – С. 14-15.
- 157 Чумакова Д. М. Субъективное благополучие в религиозной сфере и социальное взаимодействие в семье // Психология – наука будущего : материалы 3 международной конференции молодых ученых «Психо-

- логия – наука будущего» 5-7 ноября 2009 г., Москва. – Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – С. 484-486.
- 158 Чумакова Д. М. Социально-психологическая компетентность родителей в области семейного взаимодействия // Психология образования: психологическое обеспечение «новой школы» : материалы 5 Всероссийской научно-практической конференции. – Москва : Общероссийская общественная организация «Федерация психологов образования России», 2010. – С. 139-140.
- 159 Чумакова Д. М. Социально-психологические особенности семьи и религиозность родителей // Вестник Южно-Уральского государственного университета, 2010. – Вып. 10. – №27 (203). – С. 100-103.
- 160 Чумакова Д. М. Религиозность личности: основные подходы к исследованию, структура и диагностика // Вестник Южно-Уральского государственного университета, 2011. – Вып. 15. – №42 (259). – С. 111-114.
- 161 Чумакова Д. М. Некоторые подходы к изучению религиозности личности // Вестник Университета (Государственный университет управления). – 2011. – № 6. – С. 106-107.
- 162 Чумакова Д. М. Эмпирическое исследование религиозности в структуре личностных качеств // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. – 2015. – №4 (34). – С. 132-135.
- 163 Чумакова Д. М. Психометрический подход к религиозности личности // Вестник Курганского государственного университета. Серия: Физиология, психофизиология, медицина. – 2015. – №2 (36). – С.100-102.
- 164 Чумакова Д. М. Религиозное сознание как психологический феномен // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия: Гуманитарные науки. – 2016. – №2 (36). – С. 116-118.
- 165 Чумакова Д. М. Типология испытуемых по критериям религиозности и социального взаимодействия в семье // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия: Гуманитарные науки. – 2016. – №4 (38). – С. 120-123.
- 166 Чумакова Д. М. Психометрический подход к религиозности личности // Вестник Курганского государственного университета. Серия: Физиология, психофизиология, медицина. – 2015. – №2 (36). – С. 100-102.

- 167 Шадриков В. Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности. – Москва, 1982. – 184 с.
- 168 Шадриков В. Д. Духовные способности. – Москва : Магистр, 1998. – 179 с.
- 169 Шадриков В. Д. От индивида к индивидуальности. Введение в психологию. – Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 656 с.
- 170 Шамионов Р.М. Психология субъективного благополучия личности. – Саратов : Изд-во Саратов. гос. ун-та. 2004. – 180 с.
- 171 Шамионов Р. М. Этнокультурные факторы субъективного благополучия личности // Психологический журнал. – 2014. – Т. 35. – № 4. – С. 68-81.
- 172 Шейнов В. П. Детерминанты ассертивного поведения // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36. – № 3. – С. 28-37.
- 173 Шибутани Т. Социальная психология. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1998. – 544 с.
- 174 Шмелев А. Г., Белякова И. Ю. Опросник суицидального риска // Практикум по психодиагностике. Прикладная психодиагностика / под. ред. С. Р. Пантилеева. – Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1992. – С. 3-8.
- 175 Юревич А. В. Проявления агрессии в современном российском обществе как психологическая проблема // Психологический журнал. – 2014. – Т. 35. – № 3. – С. 68-77.
- 176 Aldwin C.M., Sutton K.J., Lachman M. The development of coping resources in adulthood // J. Personality. 1996. V. 64. N 4. P. 837-871.
- 177 Costa P.T., McCrae R.R., Martin T.A., Senin I.G. Personality Development From Adolescence Through Adulthood: Further Cross-Cultural Comparisons of Age Differences. Temperament and Personality Development Across the Life Span. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 2000, Mahwah, New Jersey.
- 178 Costa P.T., McCrae R.R., Martin T.A., Senin I.G. Consensual validation of personality traits across cultures. Journal of Research in Personality, 38, 2004.
- 179 Costa P.T., McCrae R.R., Martin T.A., Oryol V.E., Senin I.G. Age differences in Personality traits across Cultures: Self report and Observer Perspectives. European Journal of Personality, 18, 2004.
- 180 Chumakov M. A personality of a student in the aspect of effectiveness of studies // 6 European Congress of Psychology, July 4- 9 1999, Rome, Italy. Abstracts. P.442

- 181 Chumakov M. Person's will characteristics and family – psychological particularities. The European Society on Family relations (ESFR) Abstracts of the ESFR International Congress. University of Fribourg, Switzerland. 30.9.- 2.10.2004. P.137.
- 182 Chumakov M., Schoebi D., Plancherel B., Perrez M. La punition corporelle des enfants en Suisse et en Russie // La revue internationale de l'éducation familiale №19, 2006. C. 53 – 75.
- 183 Chumakova D.M. Family relations and religiousness of parents // Families in Changin Europe. Challenges, Conflicts and Interventions 6<sup>th</sup> ESFR Congress. Book of Abstracts. European Society on Family Relations ESFR; Institutt for samfunnsforskning ISF; Institute for Social Reseach; Norwegian Social Research. 2012. C.133.
- 184 Chumakova D. Parents spiritual well-being and family relations. – Congress of International Association for the psychology of Religion, Lausanne, 2013, p.170.
- 185 Chumakova D. Relationship Between Religiosity and Personality Traits. – Congress of International Association for the psychology of Religion, Istanbul, 2015, p.152.
- 186 Folkman S. Coping as a mediator of emotion // J. Pers. And Soc. Psychol. 1988. N 54. P. 466-475.
- 187 Grossen, M. (1988). L'intersubjectivite en situation de test. Dossiers de Psychologie Universite de Neuchatel №36.- 482 p.
- 188 Lazarus R.S., Launier R. Stress-related transactions between person and environnement: In: L.A. Pervin, M. Levwis. (Eds.). Perspectives in interactional psychology. New Yorc: Plenum Press, 1978. P. 287-327.
- 189 Margraf, J.- (1990). Ambulatory psycho – physiological monitoring of panic attacks. Journal of psychophysiology, 4, 321-330.
- 190 Martint T.A, Costa P.T., Oryol V.E., Rukavishnikov A.A., Senin I.G. Application of the Russian NEO-PI-R. The Five-Factor Model of Personality Across Cultures.Kluwer Academic/Plenum Publishers.2002, New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow..
- 191 McGregor, I., Haji, R., Nash, K.A., Teper, R. Religious zeal and the uncertain self. Basic and Applied Social Psychology. 2008, 30, p. 183-188.
- 192 Paragment K.I. The Brief RCOPE: Current psychometric status of short measure of religious coping // Religions. 2011. V. 2. P. 58.

- 193 Park, C.L. Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social issues*, 2005, 61, p.707-729.
- 194 Perrez, M., Reicherts, M. (1987) Coping behavior in the natural setting : a method of computer- aided self-observation. In H.P. Dauwalder. M. Perrez et V. Hobi (Eds). *Controversial issues in behavior modification*. Lisse. Swets et Zeitlinger. (pp. 127-137).
- 195 Perrez, M., Plancherel, B., Morval, M. (1994) Family stress - a new approach. Communication au 2<sup>e</sup> congrès international de psychologie de la famille. Université de Padoue. 14 juillet (pp. 91-98).
- 196 Perrez, M., Ewert, U., Moggi, F., Plancherel, B. (2000). La punition des enfant. In J.-P. Pourtois (Ed.) *Blessure d'enfant.La maltraitance: theorie, pratique et intervention* (p. 147-161). Bruxells: De Boeck Universite.
- 197 Perrez, M., Schoebi, D., Wilhelm, P. (2000). How to assess Regulation of stress and emotion in daily Family life? A computer – assisted family self – monitoring – System (FASEM – C). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, p. 326-339.
- 198 Senin I.G. A Validation of the Russian-Language NEO Personality Inventory-Revised. VIII European Congress of Psychology.2003, Vienna
- 199 Sedikides, C., Gaertner, L., Luke, M.A., O'mara, E.M., Gebauer, J.E. A three-tier hierarchy of self-potency: Individual self, relational self, collective self. *Advances in Experimental Social Psychology*, 2013, 48, p. 235-295.
- 200 Taylor Sh. Et al. Early environments, emotions, reponses to stress, and health / Taylor Sh., Lerner J., Lehman B., Seeman T. // *J. of Personallity*. 2004. N 72. P. 1365-1393.
- 201 Tchoumakov, M. (1997). What personality factors have the greatest influence on the effectiveness of studies in adolesance? Fifth European Congress of Psychology. July 6-11 1997 Dublin, Ireland. Abstracts. – Psychological Society of Ireland, Dublin. P.445.
- 202 Tchoumakov, M. (1999). A. personality of a student in the aspect of effectiveness of studies. 6 European Congress of Psychlogu, july 4<sup>th</sup> - 9<sup>th</sup> Rome, Italy. Abstracts. P.442.
- 203 Tchumakov, M. (2004). Person's will characteristics and family – psychological particularities. The European Society on Family relations (ESFR) Abstracts of the ESFR International Congress. University of Fribourg. Switzerland. 30.9. - 2.10. P.137.

### Глава 3. Психофизиология посттравматического стресса

Посттравматические стрессовые состояния представляют наиболее яркую модель психофизиологических изменений в организме. Изменения происходят на всех уровнях целостной системы. Центральная нервная система иннервирует внутренние органы, гладкие мышцы, железы внутренней секреции, кровеносные и лимфатические сосуды, осуществляет адаптационно-трофическую функцию по отношению ко всем тканям и органам (ЖКТ, мочевой пузырь, половые органы), а также регулирует АД и дыхание. Функциональное состояние симпатической и парасимпатической частей вегетативной НС находится под регуляцией гипоталамуса. Существует тесная связь между гипоталамусом и гипофизом (гипоталамо-гипофизарная система). Гипоталамус участвует в регуляции функций щитовидной железы, надпочечников, половых желез, а также процессов роста и развития. Установлено участие отдельных олигопептидов, в частности, ангиотензина II в механизмах формирования эмоциональных возбуждений [75; 76].

Симпатическая часть ВНС является важнейшим реализующим звеном любой стресс-реакции. Она оказывает общее адаптационно-трофическое влияние на организм и участвует в запуске и развитии многофакторной стрессовой реакции [4; 137; 138]. При раздражении окончаний симпатической нервной системы усиливаются сердечные сокращения и увеличивается их ритм, возрастает скорость проведения возбуждения по сердечной мышце, повышается АД и температура тела. Возрастает содержание глюкозы в крови, необходимой для регенерации тканей; расширяются бронхи, зрачки, увеличивается секреция мозгового слоя надпочечников, снижается тонус ЖКТ. Вместе с тем в структуре этих реакций обнаруживаются признаки активации парасимпатического отдела [7; 8; 128]. Полярные состояния, такие как веселье и грусть сопровождаются у человека активацией симпатической части ВНС, причем для грусти более характерны сдвиги сердечно-сосудистой системы, а для радости – изменения дыхания [31; 32].

Лицам с доминированием симпатических реакций при эмоциональном стрессе более свойственно стеническое, агрессивное поведение. Эти реакции существенно усиливаются при страхе. Преобладание симпатиче-

ской регуляции обеспечивает улучшение адаптивных возможностей, так как способствует генерализации нервных процессов [41; 4; 127].

Стимуляция парасимпатических нервов снижает силу и частоту сокращений сердца и АД, замедляет скорость проведения возбуждения по миокарду, увеличивает секрецию инсулина и снижает концентрацию глюкозы в крови, приводит к усилению моторной и секреторной функций ЖКТ [45].

При гневe у человека усиливаются парасимпатические реакции. Преимущественное усиление парасимпатической регуляции ухудшает адаптационные возможности. В таких случаях люди более склонны к депрессии. Степень участия симпатических и парасимпатических влияний зависит от характера данной отрицательной эмоции [88; 91; 131]. Установлена корреляция между эмоциями и физиологическими показателями (ЭЭГ, ЭКГ, содержание в крови и моче катехоламинов и кортикостероидов) [45; 46; 128].

Эмоциональная лабильность всегда связана с ВНС, что позволяет считать ее неспецифическим фактором риска возникновения хронических соматических заболеваний особенно в подростковом возрасте. Истероидные черты на фоне выраженной лабильности, по-видимому, облегчают «соматизацию» тревожности и способствуют возникновению психосоматических заболеваний [46; 47].

В понятие «эмоциональный стресс» включены первичные эмоциональные психические реакции, возникающие при критических психологических воздействиях, а также эмоционально-психические симптомы, вызванные травмами, аффективными реакциями и физиологическими изменениями [8; 9; 53; 124; 126]. Если адаптационные механизмы психической регуляции не справляются с возникшим напряжением, наступает состояние эмоционального (психологического) стресса – фрустрация [134].

Развитие эмоционального стресса имеет следующую последовательность реакций [126; 132; 137]: каждое сильное и сверхсильное воздействие на организм, возбуждая кору и лимбико-ретикулярную систему головного мозга, вызывает освобождение норадреналина из связанной клетками гипоталамуса формы. Действуя на адренореактивные элементы ретикулярной формации, норадреналин активирует симпатические центры головного мозга и тем самым возбуждает симпатoadреналовую систему.

Стресс-реакция создает новую нейрохимическую интеграцию в лимбико-ретикулярных мозговых структурах [133; 134]. Под влиянием нейромедиаторов в гипофизарно-ретикулярных образованиях увеличивается продукция гормонов и, как следствие, изменяется функциональное состояние эндокринных желез [38]. Эти сдвиги лежат в основе пластических перестроек эмоционального возбуждения при длительных стресс-реакциях и создают основу для перехода стресса в устойчивую, стационарную форму [40; 125; 126].

После травм, как и любом другом эмоциональном стрессе, могут изменяться нейрохимические свойства мозга, состояние его молекулярных структур, которые фиксируются специальными олигопептидами и могут сохраняться длительное время – месяцы и годы. В силу этого появляется чувство неудовлетворенности, большой внутренней напряженности, сниженный фон настроения, раздражительность, тревожность, страх, гнев, негодование, чувство вины, тоска и депрессия [103]. Если человек не получает психологическую поддержку, то недостаточность психологической защиты открывает дорогу физиологическим и биохимическим факторам патогенеза заболевания [103; 105].

Благодаря генерализованному распространению через соматическую и вегетативную нервную системы и гормональный гипоталамо-гипофизарный механизм отрицательные эмоции оказывают влияние практически на все ткани организма, формируя тем самым системные реакции стресса [2-4; 104; 126].

Взаимосвязь между психологическими реакциями и конкретными нейро-химическими показателями обусловлена особенностями функционирования различных отделов центральной нервной системы (кора головного мозга, ретикулярная формация, гипоталамус, лимбическая система и др.) [139]. Она подтверждается, в частности, на примере неврозов (моделей хронического эмоционального стресса) различиями в концентрациях биологически активных веществ, участвующих в реакциях стресса, и характером электрической активности коры головного мозга [8; 9]. При действии на организм стрессоров у больных с нарушениями функционального состояния коры надпочечников и других эндокринных органов возникает диссоциация ретикуло-таламо-кортикального взаимодействия. Наступают изменения в симпатическом и парасимпатическом отделах вегетативной нервной системы.



В характере развертывания эмоционального стресса, в частности, таких важных его звеньев как нейро-гормональные, выявляется роль личностных свойств, где центральное место занимает степень выраженности таких чрезвычайно существенных свойств, как истерические, ипохондрические, нейротизм, склонность к тревожности и пониженному настроению, фрустрации, интраверсии-экстраверсии, вербальный и невербальный интеллект [18-20; 126; 137]. Это позволяет предсказать возможную выраженность нейро-гормональных изменений у больных, жизнь которых длительное время протекала в экстремальных условиях. При стрессе, возникшем в результате помещения больного в стационар, происходит, статистически достоверно, увеличение 11-ОКС и серотонина. Биохимические изменения отражают состояние гипофизарно-адреналовой и симпатoadреналовой систем [20-23; 137; 139].

Нарастающее эмоциональное напряжение разряжается по вегетативным проводникам, что ведет к возникновению функциональных нарушений внутренних органов. Вызванная при стрессе физиологическим путем дезорганизация находит отражение в наиболее «слабой» системе, например, в ЖКТ, сердце и т.д. В случае подавления выражения эмоций создается картина наиболее тяжелых расстройств с развитием органических заболеваний внутренних органов [37; 43; 138]. Угнетение высшей нервной деятельности сопровождается снижением поглотительной функции элементов соединительной ткани, возбуждение – стимуляцией этих функций [53].

### ***3.1 Психофизиологические взаимодействия при травме опорно-двигательной системы***

Известно, что низкоэнергетические (изолированные) травмы чаще возникают у пожилых людей. Для процессов старения характерны замедленность реакций, зависящих от нервных, психологических и социальных факторов жизни человека [15]. Замедление реакций связано с повышением порога возбуждения в нервных клетках и волокнах, замедлением проводимости возбуждения, снижением активирующих и тонизирующих влияний отдельных нейрофизиологических систем в организме и другими причинами [21]. В процессах замедления реакций играют роль и психологические факторы – настроение, установка человека на выполнение какой-

либо деятельности, неожиданность или ожидаемость результата, ее диапазон и сложность [55]. При выполнении сложных действий пожилые и старые люди испытывают нервное напряжение, понижается настроение и теряется интерес к выполняемой работе [31; 35].

Снижение познавательных процессов в пожилом возрасте приводит к постепенной потере профессиональных навыков и ухудшает качество выполнения профессиональных обязанностей. Переживая возникшие ситуации, пожилые люди испытывают отрицательные эмоции, повышенную тревожность, депрессию и стресс. Эти затяжные состояния формируют астению (нервно-психическая слабость), которая усугубляется соматическими хроническими заболеваниями, снижая еще больше общую психическую активность, ухудшая мышление и память [55].

Наиболее распространенными заболеваниями у лиц пожилого и старческого возраста являются болезни системы кровообращения, а следующие ранговые места занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани [49; 51].

Учитывая темпы старения населения, проблему остеопороза следует отнести к одной из самых актуальных [81; 85]. Статистика доказывает, что остеопороз – основная причина переломов шейки бедренной кости и позвоночника. Средний возраст лиц с переломами шейки бедренной кости превышает 70 лет, позвоночника – 60 лет. Подобные травмы приводят к инвалидизации человека. При этом в период перелома обостряются хронические заболевания, например, панкреатит, холецистит, гепатохолецистит, мочекаменная болезнь. Если заболевание было диагностировано до поступления в клинику (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический холецистит, пиелонефрит), то время лечения планируется более длительное. Основная причина – медленное насыщение места перелома минеральными веществами, в силу дисфункций отдельных органов.

Травмы являются наиболее частыми нарушениями опорно-двигательного аппарата. Наличие остеопороза при этом является фактором риска, а внешние изменения под влиянием болезни могут приводить к изменениям психологических свойств личности. Отмечено также, что у лиц со сколиозом в силу низкой минеральной плотности костной ткани отчетливо выражено чувство собственной неполноценности, иногда язвительность и враждебное предубеждение по отношению к здоровым людям [8; 9]. Они бывают нелюдимыми, угрюмыми и избегают общества. Отно-

шение к ортопедическому дефекту часто бывает дисгармоничным: некоторые стараются скрыть дефект и избегают таких видов деятельности, которые могли бы быть им полезны, например, занятие плаванием. Другие, наоборот, склоняются к гиперкомпенсации, пытаются конкурировать со здоровыми людьми и даже превзойти их, например, в спорте, туризме и других активных видах деятельности.

Выявление изменений личности под влиянием вынужденных лечебных и реабилитационных процедур в условиях стационара является основой психологической коррекции в процессе реабилитации [2; 61; 62]. Следует обращать внимание и на функциональные изменения в организме при травмах, которые реализуются через вегетативную нервную систему [91; 92]. Переживание сильных болевых ощущений, характеризующиеся такими физиологическими изменениями, как побледнение лица, холодный пот, тахикардия и повышение АД, у лиц с заниженной самооценкой, сниженной эмоционально-волевой регуляцией провоцирует чувство собственной неполноценности.

Не следует забывать, что психологические переживания провоцируют развитие психосоматических заболеваний, усугубляющих процесс реабилитации после травмы. Механизм возникновения психосоматических заболеваний можно представить следующим образом: стресс-фактор вызывает аффективное напряжение [85; 87]. Аффект рассматривают как мост между психической и соматической областями. Некоторые люди склонны подавлять аффекты. В этом случае блокируются моторные и вегетативные проявления, активируется нейро-эндокринная система и возникают изменения в сосудах и во внутренних органах [84; 88; 89]. При непродолжительном действии стресс-фактора изменения функциональные и кратковременные, при повторных воздействиях – органические, необратимые [88; 89].

Состояние психики, изменившееся в процессе длительного эмоционального стресса, может приводить к соматическим нарушениям: возникший в ЦНС комплекс эмоционального возбуждения распространяется через соматическую и вегетативную нервную системы, а также эндокринный аппарат на периферические органы; возникают эмоциональные реакции. Вовлечение периферических органов всегда индивидуально и специфично, составляет так называемый соматовегетативный портрет эмоциональной реакции [123]. Многообразие психосоматических нарушений объясняется разными способностями людей воспринимать, оценивать и

реагировать на изменение своего внутреннего состояния. Они возникают под влиянием конфликтов, напряженности, недовольства и душевных страданий. Изучение связей психического состояния и соматического нарушения является актуальной проблемой.

Актуальность определяется и тем, что у лиц, вынужденных выполнять реабилитационные мероприятия после полученной травмы, возникают существенные изменения жизнедеятельности и социальных контактов [60; 63]:

1) перемена жизненного уклада вследствие длительной госпитализации или установления нетрудоспособности. Неясность прогноза последствия травмы для дальнейшей жизни приводит к переживанию чувства неуверенности, опасение, страх, так как болезнь нередко бывает неожиданным психическим потрясением;

2) при появлении осложнения встречаются симптомы психологической декомпенсации, усиливаются отрицательные эмоции, появляется неуверенность, утрачивается вера в успешность лечения, во врачей и медперсонал, появляется импульсивность и нетерпеливость [3; 20]. Если в процессе лечения не произошло существенных изменений, то человек пытается смириться со своей судьбой и перестает внутренне бороться, становится равнодушным и негативно угрюмым. Нередко при длительной реабилитации возникает чувство повышенного психического напряжения, которая проявляется в вербальной агрессии, мимики или жестах [32; 37; 38]. С физиологической стороны это проявляется подавлением или дисфункцией органов пищеварения и кровообращения, имеющей невротический характер, физической усталостью или мышечным напряжением. Большое психотерапевтическое значение в этот период для больного имеют контакты с родственниками, которые помогают предупредить психическую дезадаптацию [23]. Травма у большинства людей вызывает чувство апатии, утомления, головную боль, раздражительность, затруднение в концентрации внимания и ухудшает настроение [32; 37]. Эмоциональные состояния становятся факторами патогенеза соматических заболеваний при наличии резко измененных структур в органах-мишенях, адаптивные возможности которых резко снижены, либо при условии чрезвычайной силы и длительности периодически повторяющегося эмоционального стресса [38; 40]. Адаптация при психосоматических нарушениях издавна определялась, прежде всего, на уровне морфологических компенса-

торных механизмов в виде гиперплазии, гипертрофии и регенерации тканей [24].

При длительной реабилитации развивается недостаточность специфической афферентации, что находит отражение в снижении биоэлектрической активности мозга. Механизм изменения функционального состояния соматосенсорного анализатора состоит в развитии дисбаланса между специфической и неспецифической составляющими общего афферентного притока в ЦНС от рецептивных полей растягиваемого сегмента конечности [32; 37]. Параметры вызванной биоэлектрической активности соматосенсорной коры головного мозга при восстановлении целостности конечности возвращаются к значениям, близким к исходному уровню, что свидетельствует об обратимости вызванных изменений функционального состояния соматосенсорного анализатора [112].

В связи с тем, что население повсеместно стареет, растет число случаев остеопороза и его симптома – переломов. Полученная травма создает стрессовую ситуацию на протяжении нескольких месяцев, так как больные отмечают болевой синдром и напряжение мышц, а иногда и психосоматические реакции – повышение АД, изменение функций желудочно-кишечного тракта и мочевыводящей системы. Изменение психологических реакций после травм приводит к подключению механизмов адаптации к необычным условиям [3; 85]. Эти механизмы регулируются и под влиянием личностных мотивов, таких как сохранить профессиональную пригодность, возможность работать на даче, помощь детям в воспитании внуков. Важна субъективная оценка трудностей лечения переломов и достигнутого конечного результата [87].

Для облегчения переживания эмоционального стресса существует однотипный ряд психологических мероприятий, которые проводят в процессе реабилитации больных [10; 12]: 1) изучение психологических особенностей личности больного, выявление изменений и механизма их компенсации, изучение поведения больного в группе (палате и отделении); 2) социально-психологическое исследование взаимоотношений, характера общения с членами семьи; 3) оценка психологических факторов и социальных вопросов. Адекватное определение психологического состояния больного и вегетативных изменений позволяет активно проводить психотерапевтические и психофармакологические мероприятия и сокращает

длительность восстановления. Эффективность его во многом зависит от психологических установок больных.

### ***3.2 Типы психологических реакций на стресс при травме***

Как и все виды стрессовых реакций, травматический стресс отличается многообразием индивидуальных проявлений. Для него специфичной является такая комбинация факторов: тревожность, подавленные враждебные и эротические импульсы, фрустрация, подчиненные желания, чувство вины и неполноценности. Изменения психики чаще всего обусловлены выраженной реакцией личности на травму и ее последствие [58]. Отрицательные эмоциональные реакции характеризуются длительными последствиями и могут суммироваться. Среди них выделяют: депрессивные (тревно-депрессивные), дистимические, ипохондрические, фобические и истерические реакции. Тип переживания зависит от особенностей личности [64; 66; 69]. Выраженность и тяжесть субъективных проявлений эмоций зависит от степени тревожности больного. Исследования показывают, что тревожно-мнительные люди испытывают наиболее тягостные болезненные ощущения [79; 86]. Депрессивный тип переживания характеризуется подавленным настроением, апатией и чувством безнадежности. Тревожность дополняет депрессию, выражаясь внутренней напряженностью, раздражительностью и беспокойством. Дистимическому типу свойственно пониженное настроение с раздражительностью и капризностью [70; 71; 73].

При травме эмоционально-стрессовые реакции сохраняются длительное время, поэтому на их фоне развивается астения [87-89], которая в первую очередь ослабляет процесс активного торможения. Это провоцирует развитие лабильности и слабости раздражительного процесса, расстройства сна и вегетативные нарушения [58]. В этом состоянии типичными нарушениями настроения являются переживания, тоска, заторможенность, страх или тревожность [105].

Под влиянием травмы повышается тонус симпатического отдела ВНС, это провоцирует спазм сосудов, уменьшающий приток крови к месту травмы. Изменение физиологических показателей может влиять на возникновение психической дезадаптации [95]. Дезадаптация усиливается при астении, тревожности, вегетативных дисфункциях и нарушениях сна.

При рассмотрении психосоматических функциональных расстройств речь может идти о выраженной потливости, заикании, тике, поносе, рвоте, энурезе и сексуальных расстройствах [81]. Эти проявления усиливают осознание и переживание травмы. Отмечено, что при определенных особенностях личности и переживаний в силу измененного обмена веществ наблюдается повышенная склонность к повторным травмам.

Травмы оказывают влияние на нервные функции и психику путем изменения мышечного тонуса и кровообращения, нарушения интерорецепции, воспринимаемой центрально в виде ощущения давления, напряжения, боли и жжения. Волоховой С.В. [38] обнаружено, что у лиц с гипертонией есть признаки физиологической дезадаптации, дисгармоничность личности и снижение умственной работоспособности.

В работах В.М. Волошина [39] представлены исследования доказывающие, что психосоматические заболевания начинаются с нарушения баланса адаптационно-компенсаторных механизмов и формирования структурного аттрактора болезни. Реакция на болезнь может протекать с привлечением многообразных защитных механизмов и стратегии преодолевающего поведения. Выделены факторы, которые могут влиять на отношение конкретного человека к заболеванию [87]. К ним относят тяжесть нарушений, диапазон ограничений в социальной сфере и тип личности. Важными факторами успеха в реабилитации являются особенности эмоционально-волевой регуляции, адекватное отношение к своему заболеванию и лечению, а также доверие к врачам и другому медицинскому персоналу [90; 95]. При врожденных заболеваниях важно создание реалистических установок на итоги реабилитации. Психологические методы коррекции личностных реакций на реабилитацию способствуют не только улучшению состояния, но и профилактике различных отклонений [12; 105].

### ***3.3 Механизмы нарушений психофизических взаимосвязей при травмах***

Различными авторами отмечены нарушения психофизических взаимоотношений при определенных условиях существования организма. Так, к расстройствам общеневротического характера относятся нарушения эмоционально-аффективной сферы (страх, тревожность), настроения (де-

прессия) и психического тонуса (астения). Повышенный уровень тревожности, наличия страха за свое здоровье при травме являются значительными факторами в развитии болезни, так как повышается преимущественно секреция норадреналина, действующего на стенки кровеносных сосудов, повышается АД [61], появляется головная боль и раздражительность. Тревожность и депрессия влияют на иммунную систему, снижают сопротивляемость организма болезням. При этом в период переживания тревоги снижается возможность логически оценивать поступающую информацию, а это в свою очередь повышает степень выраженности тревоги. Тревога является переходным состоянием между страхом и ужасом и дает возможность реагировать адаптивным способом. Эмоциональный ответ на угрозу из внешнего мира называется реалистической тревожностью. Она, по существу, является синонимом страха (чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий и действий, проецирующееся вовне, например, страх перед операцией) [65; 66]. Тревожность, сочетающаяся с отказом от действий, типична для невроза – модели хронического эмоционального стресса. Люди с личностной тревожностью как чертой характера более подвержены эмоциональному стрессу, чем те, у кого она возникает только в опасных ситуациях. Личностная тревожность может рассматриваться как результат депривации систем отрицательной мотивации, то есть удовлетворения парадоксальной потребности в отрицательных эмоциях [66].

В.К. Бочкарев [28] на основе исследования узкополосных составляющих спектра ЭЭГ и вариантов ее внутри- и межполушарной организации установил, что выраженность реактивной тревожности у больных, оцениваемой по методике Спилбергера-Ханина, коррелирует с мощностью частот  $\beta$ -ритма и низких частот  $\alpha$ -ритма.

Постепенно переживание тревоги смещается к определенным объектам, которые позволяют конкретизировать неопределенную угрозу. Опасность начинает связываться с наступлением конкретных событий, которые расцениваются как угрожающие. Такая конкретизация угрозы формирует страх. Страх перед оперативным вмешательством и другими манипуляциями – мощный психический стрессор, вызывающий глубокие нарушения психомоторных и других функций организма. При страхе гулко и сильно колотится сердце, кровь приливает к лицу, мышцы напряжены, прерывистое дыхание, дрожат руки, ноги становятся ватными [127; 128]. Наблю-



дается психомоторное беспокойство, дрожание мышц и тик, понижена моторика ЖКТ, выступает холодный пот, расширены зрачки, сухость во рту в результате подавления слюноотделения, как следствие активации симпатической нервной системы, бледность в результате спазма сосудов, гипергликемия и глюкозурия; сокращение мышц, поднимающих волосы, в силу чего появляется «гусиная кожа»; тенденция к ускоренному опорожнению мочевого пузыря и кишечника. Поскольку эти эмоции очень часто бывают с выраженными вегетативными признаками, следствием их может явиться ухудшение состояния [128; 130].

Ужас обычно имеет более выраженные вегетативные симптомы: тахикардию, сначала затаенное дыхание, а затем учащение его, бледность, холодный пот и ощущение сухости во рту. В гормональной и биохимической составляющих происходит стрессовая реакция. При горе и печали (в связи с болезнью) отмечается тяжесть во всех частях тела, мышцы вялые, безжизненные, отмечается ноющая боль в груди и текут слезы [130; 131]. Формированию сензитивных особенностей характера, равно как и отношения к болезни, несомненно, способствует атмосфера длительного лечения.

Эти состояния объясняются и изменением гормонального фона. Катехоламины, являясь медиаторами эрготропного ряда, синтезируются из аминокислоты тирозина посредством ряда ферментативных реакций. Исследования показывают, что первым образуется дофамин, затем его производное – норадреналин и из него – адреналин. Уровень катехоламинов (адреналина и норадреналина) является наиболее объективным показателем эмоционального напряжения. В ответ на стресс-фактор немедленно появляется адреналин и норадреналин, через 10 с – АКТГ, через 15-60 минут – глюкокортикоиды и сразу начинают подавлять продукцию АКТГ [31; 88; 89]. Накопление в организме адреналина связано со стеническими реакциями (гнев, агрессия, аффект), а также с реакциями, требующими длительного умственного и физического напряжения [136-138].

Содержание катехоламинов в крови коррелирует с выраженностью эмоциональных переживаний и личностной предрасположенностью к ним. Большая концентрация норадреналина бывает при решительных действиях или гневе. Обнаружена корреляция между степенью психического напряжения и выделением (с мочой) кортикоидов, продукция которых возрастает при длительном психическом напряжении [34].

Наряду с информацией о благоприятном прогнозе лечения (от врача), уменьшающей тревожность больного, в процессе лечения необходима эмоциональная поддержка (сердечность, теплота, сочувствие) со стороны семьи и родственников. Положительные эмоции уменьшают внутреннее напряжение человека, мобилизуют жизненные ресурсы организма [132-133], способствуют активизации парасимпатической активности [134; 135].

### ***3.4 Главная психофизиологическая проблема при переживании посттравматического стресса в современных представлениях***

Основной проблемой психофизиологии является выявление взаимосвязи между психическими и физическими (физиологическими) процессами. Изучение этого вопроса позволяет не только понять возникновение эмоций и психических состояний, но и раскрыть механизмы их коррекции [10; 12; 77].

Одной из важнейших сторон психической деятельности, характеризующей переживание человеком действительности, в частности, отношения к окружающей среде и самому себе, являются эмоции [23; 70]. Именно эмоциональная сфера является индикатором благополучия или неблагополучия психического здоровья человека. Изучая психологические и физиологические изменения при переживании травматического стресса, мы можем разработать модель оказания психотерапевтической помощи людям, переживающим это состояние.

В клинической психофизиологии целостный клинико-личностный подход к диагностике и лечению заболеваний основывается в том числе и на психологии личности больного человека [49]. Изучение психологических функций позволяет всесторонне оценивать эффективность лечебного процесса и решать вопрос о прогнозе течения заболевания [171].

Тесная взаимосвязь физиологических и психических функций является основой методологических подходов к изучению психофизиологического статуса организма.

Среди вегетативных параметров, используемых при изучении эмоций, учитывается частота и ритм сердечных сокращений, ЭКГ, изменения АД, показатели дыхания (частота и амплитуда дыхательных волн), запись плетизмограммы, пьезопульсограммы, электрогастрограммы, электромио-

граммы и другие [13]. Различные психические проявления стресса находят отражение в изменениях физиологических показателей в силу того, что последние являются базовым субстратом первых. Наличие такой корреляции позволяет использовать данные физиологических исследований как «объективные» показатели эмоционального стресса. Нарушения психических процессов проявляются в виде депрессии, тревожности и страха, астении, являющихся базисными при описании состояний эмоционального стресса [16].

В работах Ф. Б. Березина определено влияние психических процессов на следующие системы организма [20]:

1) сердечно-сосудистую, вызывая изменения сердечбиений, кровяного давления, просвета сосудов; 2) функцию дыхания – замедление, задержка или учащение; 3) желудочно-кишечный тракт – усиление двигательной активности желудка, повышенная перистальтика кишечника с ускоренным передвижением содержимого или замедление моторики с угнетением желудочно-кишечной активности; увеличение или понижение секреции слюны с ощущением сухости во рту; 4) сексуальные реакции – эрекция полового члена или клитора, увеличение секреции половых желез, сопутствующие изменения дыхания, кровообращения и состояния мускулатуры; 5) мышечные реакции непроизвольного характера, например, дрожание или изменение мышечного напряжения, в частности, языка и жевательной мускулатуры; 6) соматические реакции – чувство голода создает в клетках центральной нервной системы гипогликемию, что приводит к ощущению недовольства, напряжению, утомлению, повышению физической активности, направленной на устранение чувства голода.

Характер психосоматических реакций человека индивидуально обусловлен. Для одних людей при переживании стресса характерны сердечно-сосудистые нарушения, для других – дисфункции ЖКТ, потливость или мышечная дрожь.

В последнее десятилетие наметился существенный рост числа исследований, посвященных нейрофизиологическим основам эмоционально-волевых реакций человека [49; 104; 125; 126], так как эмоции являются одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение потребностей [75; 76]. И вместе с тем эмоции остаются малоизученными [40]. Большинство исследований доказывает, что возникают они как результат нейрофи-

зиологических процессов [183]. Эмоции влекут за собой почти мгновенную интеграцию всех функций организма, в результате чего определяется полезность или вредность воздействующего фактора [75; 76]. Подкорковые эмоциогенные центры оказывают на кору больших полушарий восходящие активирующие влияния через ретикулярную формацию ствола мозга, которая регулирует изменение уровня нейронной активности и вовлечение висцерально-эндокринной системы (секреция гормонов, сердечный ритм, частота дыхания) в регуляцию психической деятельности [74; 78]. Кортиковые нейроны, в свою очередь, на основе обработки информации, поступающей к ним из внутренней и окружающей среды, определяют включение эмоций в целостные поведенческие акты [28].

У человека, переживающего эмоцию, возникают двигательные реакции, изменяется электрическая активность мышц лица, мозга, функционирование кровеносной, дыхательной, эндокринной и нервно-гуморальной систем [38-40]. В основе каждой личностной черты лежит свой тип возбуждения [105; 106].

Среди показателей степени выраженности эмоциональных реакций важнейшим является уровень катехоламинов в крови и моче. Экскреция адреналина отражает индивидуальную реакцию к психологическому стрессу. Увеличение концентрации норадреналина, в отличие от адреналина, наблюдается только при значительном эмоциональном напряжении [94-96]. Исследования адреналина и норадреналина проводятся в крови, когда наблюдение рассчитано на малый промежуток времени (1 час), а в остальных случаях (наблюдение в течение нескольких дней) – в моче. К тому же в крови мало катехоламинов, поэтому в основном исследуют мочу. Нормальный уровень экскреции норадреналина с мочой составляет около 30 мкг/сутки.

Каждое эмоциональное состояние имеет свой физиологический синдром [122; 123]. Неотреагированный гнев, подавленная агрессия реализуется через симпатическую нервную систему, приводят к гипертонической болезни, артритам, мигрени, диабету. Неутоленные стремления к независимости, признанию, удовлетворению сексуальных потребностей в язвенную болезнь, язвенный колит, бронхиальную астму. Появится ли психологическое отклонение или нет, зависит от силы нервной системы и «психологической защиты» [147]. Сила нервной системы характеризует степень управляемости, регуляции поведения человека [2]. «Психологиче-

ская защита» – форма проявления активности силы «Я» [4], которая очень важна для создания сопротивления индивида возможному развитию болезни, предотвращению дезорганизации психической деятельности и поведения. Она возникает в виде особых форм взаимодействия и взаимоотношения осознаваемых и неосознаваемых психологических установок. Защитные механизмы личности смягчают тяжесть эмоционального стресса, отвлекают человека от тяжелых переживаний [124; 125]. С распадом психологической защиты создаются благоприятные условия для патогенного воздействия психоэмоционального стресса – развитие не только функциональных, но и органических расстройств. Влияние эмоций на физиологию человека подробно обсуждается в работе J. Thompson [183]. Эмоциональный стресс – это мост, перекинутый между психическими и соматическими явлениями [28; 29; 126]. J. Reikowski формулирует положения, раскрывающие особенности возникновения физиологических изменений под влиянием эмоционального стресса. Во-первых, эти изменения зависят от уровня эмоционального возбуждения. При этом, по его мнению, чем больше отклонения, тем более вероятны нарушения адаптации. Во-вторых, комплекс физиологических изменений зависит от качества и знака эмоций. В-третьих, вегетативные изменения при эмоциональном стрессе определяются типами физиологического реагирования индивида. В-четвертых, состояние внутренних органов может оказывать влияние через вегетативную нервную систему на протекание эмоциональных процессов [59].

Хронический эмоциональный стресс активизирует структуры гипоталамуса и сопровождается длительным возбуждением гипофиза и надпочечников [127].

В ортопедии и травматологии проблема эмоций и их нарушений имеет особое значение, так как состояние эмоциональной сферы служит критерием оценки общего состояния больного, а также показателем эффективности воздействия лечебных мероприятий. Именно поэтому на протяжении последних десяти лет эмоциональные и личностные изменения психологических показателей стали объектом глубокого анализа [68].

Для любой болезни специфичной является такая комбинация факторов: тревожность, фрустрация, подчиненные желания, чувство вины и неполноценности. Изменения психики обусловлены тяжелой психологической реакцией личности на болезнь и ее последствия [31].

Больные остеопорозом при переломах не верят в хороший исход реабилитации, и поэтому у них преобладает депрессивный тип переживания болезни, который характеризуется подавленным настроением, апатией и чувством безнадежности. Тревожность за свою судьбу дополняет депрессию, выражаясь внутренней напряженностью, раздражительностью и беспокойством. Измененная после перелома афферентная импульсация вызывает достаточно длительные эмоционально-стрессовые реакции. В первую очередь ослабляется процесс активного торможения. Затем развивается лабильность и слабость раздражительного процесса [81]. Выделяют четыре основных структурных симптома астении: раздражительность, слабость, расстройство сна и вегетативные нарушения. К типичным расстройствам настроения относится тоска, заторможенность и тревожность.

Взаимосвязь между психологическими и конкретными нейрохимическими показателями обусловлена особенностями функционирования различных отделов ЦНС (кора головного мозга, ретикулярная формация, гипоталамус, лимбическая система). Она подтверждается различиями в концентрациях биологически активных веществ, участвовавших в реакциях стресса, и характером электрической активности коры головного мозга. Наблюдалось повышение концентрации гормонов надпочечников, паращитовидных и щитовидной желез [6], что создавало основу для диссоциации ретикуло-таламо-кортикального взаимодействия, а также наступления изменений в симпатическом и парасимпатическом отделах вегетативной нервной системы.

Личностные изменения выступают в виде неустойчивых мотивационных проявлений и мобильности мотивов. Локализовались такие изменения в мотивационных структурах мозга: в передних (лобных) и глубинных (срединных) отделах.

Эмоции являются одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения. Возникают они как результат нейрофизиологических процессов и производят почти мгновенную интеграцию всех функций организма. Подкорковые эмоциогенные центры оказывают на кору больших полушарий восходящие активирующие влияния через ретикулярную формацию ствола мозга, которая регулирует изменение уровня нейронной активности и вовлечение висцерально-эндокринной системы. Кортиковые нейроны, в свою очередь, на основе об-

работки информации определяют включение эмоций в целостные поведенческие акты.

В осуществлении центральных механизмов эмоций важную роль играет миндалевидный ядерный комплекс и амигдала – центральные образования, участвующие в реализации эмоционального «выражения» и «переживания». Изменения эмоциональной сферы являлись в наших исследованиях первым компонентом клинической картины, отражающей состояние медиальных отделов мозга. Отклонения колебались от состояния тревожности, страхов и эмоциональной неустойчивости, отчетливо проявляющейся при вовлечении внутренних отделов височной области, до эмоционального безразличия и эйфории, общей расторможенности и импульсивности, характерных для поражений медиальных отделов лобных долей. Вторым симптомом этих функциональных сдвигов заключался в изменившемся состоянии активности, которая иногда принимала характер колеблющегося бодрствования.

## **Глава 4. Психологические особенности пожилых и старых людей, переживающих посттравматический стресс**

Старение человека является возрастным естественным состоянием, сопровождающимся снижением активности психических и физиологических процессов. У стареющего человека постепенно слабеет зрение, слух, ухудшается деятельность всех органов чувств, снижаются и функциональные возможности опорно-двигательной системы, пропадает живость, подвижность, деятельность становятся менее активной.

С уменьшением жизненной энергии пожилые люди постепенно сужают свой круг общения, стремясь взаимодействовать только со своими родными и близкими. Если семья не поддерживает и не заботится о них, возникает переживание чувства одиночества – жизнь воспринимается безрадостной и бесполезной, внешний мир совсем перестает интересовать человека. Старики переживают мучительное беспричинное беспокойство, тревожность, подозрительность и ипохондрические состояния. В такой ситуации многое зависит от того, насколько одинокий пожилой человек может приспособиться к новым условиям жизни, организовать свой быт и свой досуг.

Переживание чувства одиночества нередко усугубляется изменениями в психике пожилого человека и снижением эмоционально-волевой лабильности. Любые трудности и бытовые проблемы могут вызывать глубокие переживания, непреодолимое беспокойство и растерянность. Пожилые люди часто обвиняют себя в совершенных ошибках, болезненно переживают свои оплошности и в силу этого испытывают чувство вины [67; 68]. Эти состояния способны влиять на физиологические процессы, вызывать дисфункции мозгового кровообращения и, как следствие, приводить к расстройству памяти, мышления и речи.

В связи с тем, что пожилых и старых людей в ближайшие десятилетия будет становиться все больше, а потребность в работающих пенсионерах выше, то проблема изучения психофизиологии старения становится все более актуальной не только в нашей стране, но и по всему миру. Развивая данное направление, следует учитывать, что психическое состояние пожилого человека может изменяться и усугубляться под влиянием переживания травматического стресса, возникающего на фоне хронических заболеваний и травм опорно-двигательной системы.



Ортопедия и травматология относятся к числу тех специальностей, где психологическое сопровождение больного в процессе лечения является приоритетной задачей. Формируя правильную мотивацию в процессе лечения, психологически настраивая на положительный результат, корректируя эмоциональные состояния, психолог создает модель эмоционально-волевого преодоления травматического стресса [84].

Для понимания психофизиологических изменений, происходящих при посттравматическом стрессе, нами было проведено исследование на группе пожилых людей (169 человек в возрасте от 57-75 лет), проходящих лечение переломов на фоне остеопороза по методу Илизарова. В исследовании использовались методы тестирования, беседа и наблюдения.

При поступлении в клинику с переломами у больных остеопорозом выявлена авторитарность, ранимость, тревожность и депрессивность. Накануне операции наложения аппарата по методу Илизарова состояние больных было тревожным, характеризовалось нетерпеливостью, раздражительностью и несдержанностью. Наблюдалась высокая степень эмоциональной нестабильности.

В первые дни лечения у пожилых больных преобладало состояние внутреннего напряжения, подозрительность, неуступчивость, своенравность и недоверчивость. Отмечена фиксация внимания на неудачах и эгоцентризм. Поведение больных характеризовалось беспокойством, они были полны тревоги, страха перед дальнейшей судьбой, подавлены, ранимы, погружены в раздумья. Наблюдалась подозрительность к новым людям и склонность к морализации.

В процессе лечения больных остеопорозом выявлено соотношение различных компонентов личности: внутренняя противоречивость, нерешительность, податливость и непоследовательность. Наблюдалось усиление ситуационной тревожности. Мы предполагаем, что ситуационная тревожность обусловлена проявлениями фрустрации и переживанием острых болезненных ощущений, вызванных травмой и операционным вмешательством. В условиях клинического лечения такая интенсивность тревоги является основой развития отдельных признаков нарушения адаптации, но с другой стороны, тревожность является пусковым механизмом психофизиологических адаптационных защит, обеспечивающих приспособительный эффект к условиям стресса.

При взаимодействии с больными наблюдались регрессивные проявления беспокойства и страха, такие как обидчивость, плаксивость, неуступчивость, замкнутость. Неумение конструктивно снимать эмоциональное напряжение приводило к возникновению ссор пожилых больных с персоналом и другими больными.

Эффективными словесными раздражителями, изменяющими эмоциональное состояние пожилого больного, в этот период были: «нормальная» или «ослабленная регенерация», «перемонтаж аппарата» и «удаление спиц». Из слов социального характера наиболее значимым было слово «деньги». Психологически стабилизирующими и мотивирующими являлись слова «снятие аппарата», «восстановление функции», «возвращение домой», «выздоровление».

Накануне снятия аппарата проявление тревожности становилось умеренным, больные отмечали у себя чувство удовлетворенности, уверенности в себе, удовлетворительную активность при легкой утомляемости. Отмечено проявление эмпатии, больные выражали сочувствие тем, кто еще лечится, и поддерживали их. У пациентов с осложнениями после лечения мы отмечали депрессивные тенденции в сочетании с раздражительностью, ощущением утомляемости и апатией.

В таблице 4.1 представлена общая характеристика психологического профиля личности больного остеопорозом в процессе реабилитации по методу Илизарова. Из таблицы видно, что перенесенная травма и наличие травматического стресса усиливали отдельные черты личности, в процессе реабилитации они сглаживаются и к концу лечения уже находятся в пределах нормальных колебаний.

Переживание травматического стресса усугублялось наличием у пожилых больных выраженных акцентуаций характера. В нашей выборке у больных чаще диагностировались такие типы акцентуаций: 1) застревающий (умеренная общительность, неразговорчивость, настороженность, недоверчивость, чувствительность к обидам); 2) эмотивный (характерна эмоциональность, чувствительность, тревожность, боязливость, гуманность, отзывчивость, впечатлительность и слезливость); 3) педантичный (инертность психических процессов, редко вступают в конфликты, пунктуальные, аккуратные, склонны к морализму).

Таблица 4.1 – Свойства личности больных остеопорозом и с переломами в процессе реабилитации по методу Илизарова ( $M \pm m$ )

Психологические характеристики	После травмы	Во время лечения (дни)		После лечения (месяцы)	
		14	28	1	6
Степень авторитарности	9,8±0,3	13,2*±0,7	11,3*±0,5	7,3*±0,2	4,3*±0,2
Деспотичность	9,6±0,4	11,6*±0,5	10,1±0,4	4,8*±0,2	2,6*±0,1
Дружелюбие	9,7±0,3	12,6*±0,7	10,6±0,8	6,8*±0,3	3,4*±0,3
Конфликтность	9,2±0,4	14,3*±0,6	11,4±0,6	5,4*±0,2	2,8*±0,1
Ранимость	9,3±0,2	13,6*±0,9	10,8±0,7	4,9*±0,3	1,9*±0,3
Депрессивность	8,9±0,2	14,1*±0,6	10,6±0,5	3,4*±0,2	1,9*±0,2
Стремление к социальным контактам	8,8±0,4	5,3*±0,9	6,7±0,3	9,3±0,4	10,0±0,2
Готовность к сотрудничеству	7,5±0,1	10,7*±0,3	9,0±0,3	9,2*±0,4	9,4*±3,6
Враждебность	4,8±0,1	5,5±0,2	4,0±0,3	2,6*±0,2	1,7*±0,1
Нетерпеливость	6,9±0,1	7,8±0,3	5,8±0,4	4,3*±0,2	2,8*±0,1
Раздражительность	7,2±0,3	9,6*±0,5	8,4±0,3	5,4*±0,2	2,7*±0,1
Несдержанность	9,0±0,3	14,1*±0,8	12,3*±0,5	6,8*±0,3	5,2*±0,3
Психическая напряженность	10,7±0,3	15,3*±0,7	12,6±0,8	6,3*±0,5	4,8*±0,2

Примечание: знаком «\*» обозначены величины, статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) отличающиеся от первичных данных больных, поступивших в клинику с переломом.

Реже диагностировались акцентуации характера: 4) возбудимый (недостаточная управляемость собой, повышенная импульсивность, агрессивность); 5) тревожно-боязливый (низкая контактность, робость, пугливость, неуверенность в себе).

Анализируя полученные данные, можно отметить, что пожилым больным, находящимся в условиях клиники, сложно справляться с возникающими психоэмоциональными переживаниями, контролировать свои эмоции и конструктивно организовывать межличностное взаимодействие. Сверхактуальные эмоциональные переживания, связанные с травматическим стрессом, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации, вызывают постоянные ощущения психологического и физиологического дискомфорта. При этом болезненная импульсация от поврежденной конечности, поступающая в ЦНС, усиливает эти ощущения, что, в конечном счете,

приводит к формированию патологического состояния. Следовательно, больные остеопорозом относятся к группе риска, нуждаются в психологическом сопровождении и коррекции.

#### ***4.1 Психоэмоциональные состояния больных, переживающих посттравматический стресс после переломов***

Для организации эффективного взаимодействия с больными людьми, переживающими травматический стресс в пожилом возрасте, необходимо четко понимать особенности возникновения эмоциональных состояний и их протекание в период реабилитации.

Особое внимание мы уделяли эмоциональным состояниям больных при поступлении в клинику. Этот период является определенным индикатором, позволяющим оценить глубину субъективных переживаний человека и его восприятие происходящего. Выраженность и тяжесть субъективных проявлений эмоций зависела от степени выраженности тревоги. Анализ литературы показал, что тревожно-мнительные люди испытывают наиболее тягостные болезненные ощущения [30], следовательно, в большей степени нуждаются в психологической помощи.

##### ***4.1.1 Эмоциональное состояние при поступлении в клинику с переломом***

Первичная диагностика пожилых людей, поступивших в клинику после перенесенной травмы, выявила высокую степень выраженности авторитарности, конфликтности, ранимости и депрессивности. Проявление отрицательных эмоций в большей степени было связано с невозможностью обслуживать себя. Наблюдались реакции по типу раздражительной слабости, преобладало угнетенное состояние, больные демонстрировали «уход в болезнь» или «капитуляцию» перед заболеванием остеопорозом. Все больные без исключения нуждались в психологической поддержке и во внимании со стороны медперсонала и родных (таблица 4.2).

Таблица 4.2 – Изменение вторичных факторов теста Кэттелла в процессе лечения больных остеопорозом и с переломами по методу Илизарова ( $M \pm m$ )

Фактор	Значение фактора	Норма	Показатели в процессе реабилитации				
			При поступлении	Во время лечения	Перед снятием аппарата	После лечения (месяцы)	
						3	6
F <sub>1</sub>	Тревожность низкая	3,2±0,1	-	-	-	3,4±0,2	3,1±0,1
	Тревожность высокая	6,4±0,4	8,1*±0,4	9,4*±0,5	7,2±0,3	-	-
F <sub>2</sub>	Интраверсия	2,9±0,1	4,4*±0,1	3,6±0,1	-	-	-
	Экстраверсия	5,8±0,3	-	-	8,4*±0,1	7,2*±0,2	6,1±0,9
F <sub>3</sub>	Чувствительность	3,1±0,2	4,9*±0,2	4,2*±0,3	3,5±0,1	-	-
	Уравновешенность	5,7±0,2	-	-	-	7,3*±0,1	7,1*±0,2
F <sub>4</sub>	Зависимость от группы	2,4±0,3	4,9*±0,2	4,5*±0,2	3,8*±0,2	-	-
	Независимость от группы	6,2±0,4	-	-	-	8,8*±0,1	7,3±0,2

Примечание: знаком «\*» обозначены величины, статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) отличающиеся от первичных данных больных, поступивших в клинику с переломом.

Накануне операции по наложению аппарата Г.А. Илизарова отмечено тревожное состояние, проявлявшееся нетерпеливостью, раздражительностью и несдержанностью. Большинство больных высказывали надежду на удачную реабилитацию и выздоровление.

#### 4.1.2 Эмоциональное состояние во время лечения

На протяжении всего периода реабилитации у пожилых больных отмечены симптомы тревоги, депрессии, подавленности, беспокойства, быстрой утомляемости, чувство повышенной усталости, мышечная слабость, лабильность, сонливость днем, нарушения сна ночью, состояние повышенной ранимости и обидчивости, неуверенности в правильности собственных действий, частое обсуждение переживаемой ситуации, суетливость, либо гиподинамия. Перечисленные симптомы относились к пе-

реживанию ситуационной тревожности, которая у данной выборки больных имела высокое значение (таблица 4.3). Характерно ограничение общения с окружающими больными. Эмоциональное напряжение характеризовалось также астеническими проявлениями: апатией, безразличием, тоскливым настроением, пассивностью, чувством несостоятельности. Иногда отмечалась дисфорическая окраска настроения: больные мрачны, угрюмы, постоянно недовольны, ссорились с окружающими, считали, что их обделяют, поступают с ними несправедливо.

Таблица 4.3 – Состояние ситуационной тревожности (баллы) в процессе реабилитации больных остеопорозом и с переломами ( $M \pm m$ )

Тревожность	Уровень тревожности	У здоровых людей	После травмы	Во время лечения	Перед снятием аппарата	После лечения (месяцы)	
						3	6
Ситуационная	Высокая	-	51,8*±2,5	61,3*±5,1	-	-	-
	Умеренная	34,6±3,1	-	-	40±2,3	38,1±2,0	-
	Низкая	-	-	-	-	-	37,4±2,4

Примечание: знаком «\*» обозначены величины, статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) отличающиеся от данных здоровых людей

У больных отмечена декомпенсация акцентуаций характера с преобладанием возбудимости и сензитивности (по ничтожному поводу – бурные эмоциональные реакции, которые сменялись вялостью и безразличием к окружающему). Нередко депрессивные проявления сопровождались соматическим дискомфортом и сдвигами в функциональном состоянии вегетативной нервной системы: головной болью, усиливающейся к вечеру, и нарушениями сердечного ритма.

При исследовании концентрации гормонов стресс-группы в крови наблюдалось увеличение ее показателей [67], а в афферентных нервах отмечено присоединение «шумов» из поврежденных тканей к потоку афферентных импульсов, что отражалось на состоянии психических процессов и эмоциональном состоянии больного.

Эти изменения можно объяснить тем, что после перелома афферентная импульсация вызывала достаточно длительные эмоционально-стрессовые реакции. В первую очередь ослаблялся процесс активного

торможения. Затем развивалась лабильность и слабость раздражительного процесса [81]. Обычно имелось четыре основных структурных симптома астении: раздражительность, слабость, расстройство сна и вегетативные нарушения. К типичным расстройствам настроения относились тоска, заторможенность и тревога.

Взаимосвязь между психологическими и конкретными нейрохимическими показателями обусловлена особенностями функционирования различных отделов центральной нервной системы (кора головного мозга, ретикулярная формация, гипоталамус, лимбическая система). Она подтверждается различиями в концентрациях биологически активных веществ, участвовавших в реакциях стресса, и характером электрической активности коры головного мозга. В процессе лечения нами наблюдалось повышение концентрации гормонов надпочечников, паращитовидных и щитовидной желез [6], что создавало основу для диссоциации ретикуло-таламо-кортикального взаимодействия, а также наступления изменений в симпатическом и парасимпатическом отделах вегетативной нервной системы.

Эмоции являются одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения. Возникали они как результат нейрофизиологических процессов и производили почти мгновенную интеграцию всех функций организма. Подкорковые эмоциогенные центры оказывали на кору больших полушарий восходящие активирующие влияния через ретикулярную формацию ствола мозга, которая регулирует изменение уровня нейронной активности и вовлечение висцерально-эндокринной системы. Кортиковые нейроны, в свою очередь, на основе обработки информации определяли включение эмоций в целостные поведенческие акты.

В осуществлении центральных механизмов эмоций важную роль играет миндалевидный ядерный комплекс и амигдала – центральные образования, участвующие в реализации эмоционального «выражения» и «переживания». Изменения эмоциональной сферы являлись в наших исследованиях первым компонентом клинической картины, отражающей состояние медиальных отделов мозга. Отклонения колебались от состояния тревоги, страхов и эмоциональной неустойчивости, отчетливо проявляющейся при вовлечении внутренних отделов височной области, до эмоционального безразличия и эйфории, общей расторможенности и импульсивности, характерных для поражений медиальных отделов лобных долей. Вторым симптомом этих функциональных сдвигов заключался в изменив-

шимся состоянии активности, которая иногда принимала характер колеблющегося бодрствования.

Полученные данные дают возможность для разработки комплекса мероприятий для усиления адаптационных ресурсов пожилых больных.

#### ***4.2 Межличностные взаимоотношения пожилых людей, переживающих посттравматический стресс, в процессе лечения после травм***

Остеопорозный травматизм и нередко сопутствующая ему инвалидность вызывают реакцию со стороны личности пожилого человека в виде тревожной мнительности и угнетенного состояния (депрессии), слабодушия, отчаяния, страха за будущее, неудовлетворенность своим состоянием. Чем тяжелее выражен остеопороз, тем в большей мере изменяется личность, так как в основе каждой черты лежит свой, характерный для данного человека, тип процесса возбуждения в коре головного мозга. И, наоборот, стойкость личности в борьбе с болезнью повышает сопротивляемость организма и содействует реабилитации. Учитывая это, следует грамотно разрабатывать комплекс реабилитационных мероприятий, не исключая разработки программы оказания психологической помощи и психологического сопровождения больного. Психологическая помощь необходима и после лечения, в процессе приобщения человека к полноценной жизни в социальном и трудовом аспектах [84-86].

Проведенные нами психологические исследования имели своей целью выяснить характер происходящих изменений личности, так как подобных исследований не проводилось.

Диагностику межличностных отношений проводили по методике Т. Лири. Методика направлена на выявление представления испытуемых о себе, своем реальном и идеальном «Я», отношения к самому себе, изучение особенностей межличностных отношений при общении с людьми и диапазона возможного конфликта с ними, так как окружающими больной часто воспринимается согласно идеальному «Я», а реальное «Я» обусловлено собственными проблемами, волнующими больного.

Опросник Т. Лири составлен соответственно типам поведения людей. При анализе диагностического материала наиболее часто выделяют два фактора: доминирование-подчинение и дружелюбие-агрессивность.



Именно они определяют впечатление о человеке в процессах межличностного восприятия и отнесены к главным компонентам личности. Поведение члена группы (больного в палате) оценивается по двум переменным, анализ которых осуществляется в трехмерном пространстве, образованном тремя осями: доминирование-подчинение, дружелюбие-недружелюбие, эмоциональность-аналитичность. Взаимосвязь между количеством баллов в октанте и отношением больных к окружающим людям характеризовалась следующим образом: показатели (от 0 до 16 баллов) по каждому из октантов переносили на психограмму. Заштриховывали отделенную линией внутреннюю часть октанта. Наиболее выделенные части соответствовали преобладающему стилю межличностных отношений данного индивида. Показатели, не выходящие за пределы 8 баллов, свойственны гармоничным личностям, а превышающие эту величину свидетельствовали об акцентуации свойств. 13-15 баллов указывали на трудности социальной адаптации.

При поступлении в клинику основным типом межличностного взаимодействия был «зависимый-послушный», характерной чертой которого является повышенная чувствительность к невниманию и грубости, привязанность к персоналу и стремление установить дружеские отношения с окружающими. Для него характерна неуверенность в себе, самокритичность, повышенная мнительность. Опасение за результат лечения лежит в основе мотивационной направленности, формирующей канву сверхкомформности. В некоторых случаях выражена зависимость от окружающих (рисунок 1, октант VI). Люди ориентированы на принятие себя окружающими и социальное одобрение. В конфликтных ситуациях характерно «избегание» подобных ситуаций (рисунок 1, октант VII).

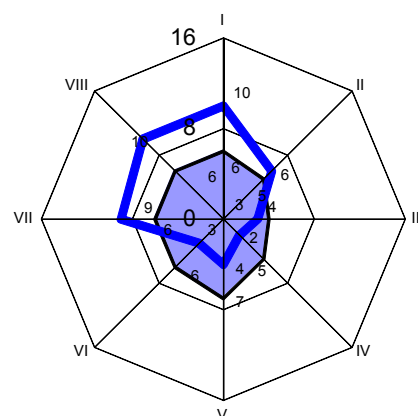
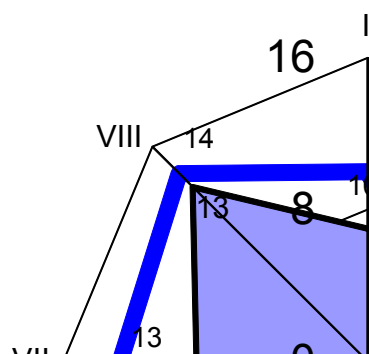
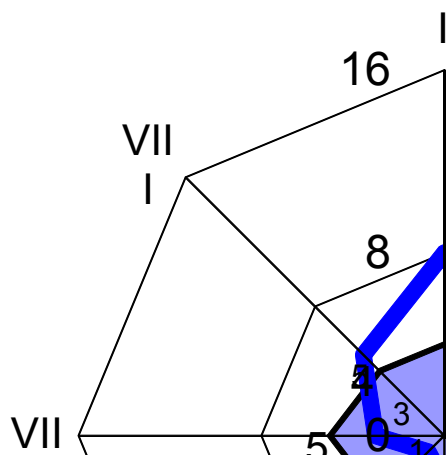
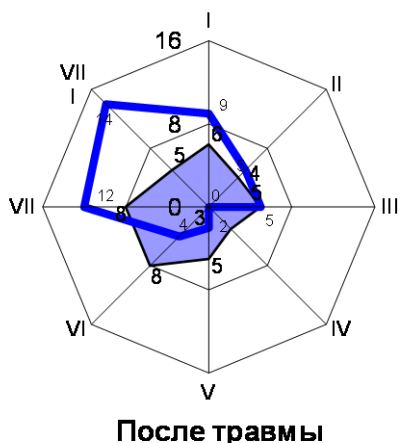
Сложность данного периода достаточно четко отражалась на межличностных отношениях больных и приводила к выбору позиции с элементами агрессивности. Основной тип межличностных отношений – «агрессивный», при котором отчетливо проявляются элементы повышенной напряженности, что находило отражение в соматизации тревоги, психосоматических проявлениях симптомов со стороны печени, желчного пузыря и почек. Обнаруживалась выраженная ригидность установок, сочетающаяся с высокой спонтанностью реакций при недостаточной опоре на накопленный опыт в состоянии повышенного эмоционального настроения. Усилено чувство справедливости, сочетающееся с убежденностью в соб-

ственной правоте, повышенной обидчивостью, легко угасающей в комфортной ситуации. Наблюдалось заметное преобладание мотивации избегания неуспеха и низкой мотивации достижения. Отмечалась склонность к тому, чтобы при неудачах винить во всем себя. Люди болезненно сосредоточены на своих недостатках и проблемах.

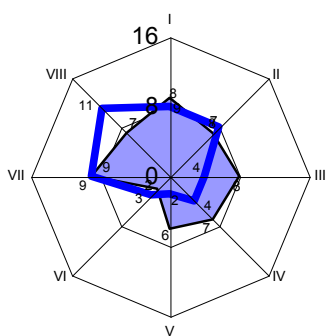
Для поведения больных характерна пассивность и оценочное поведение, то есть они не проявляли активности в социальных контактах и в решении спорных вопросов (рисунок 1, октант IV > 7 баллов). У пациентов существовала своя «мерка», под которую они «подгоняли» окружающих, и на этой почве иногда происходили межличностные конфликты. Больные понимали, из-за чего возникали конфликты, и стремились избавиться от этого свойства личности. Характерной особенностью пациентов является проявление авторитарности, которая выражена в сфере «делание добра» (рисунок 1, октант I, VIII > 9). При этом диагностировалась чрезмерная застенчивость, компенсирующаяся в виде «защитного поведения» – упрямства (рисунок 1, III, V > 7). Больным была свойственна борьба мотивов самоутверждения и потребности в принятии группой (рисунок 1, III, V > 9), а также озабоченность мнением окружающих о себе (рисунок 1, VI-VII > 9).

В процессе реабилитации, с уменьшением болевых ощущений, больные начинали проявлять альтруистическую направленность при взаимодействии с окружающими людьми, которая сочеталась с выраженной потребностью соответствия социальным нормам поведения. Появлялось стремление к деятельности, полезной для всех, проявлению милосердия и эмпатии.

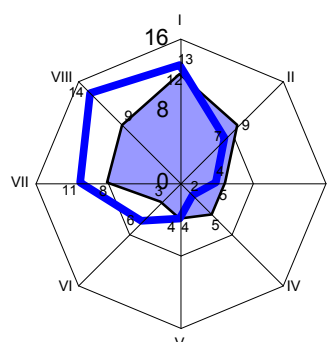
Склонность к идеализации наступившей гармонии как следствия сращения перелома приводило к экзальтации межличностных отношений. Отчетливо ощущались склонность подчиняться людям более сильным духом, без учета ситуации, а также стремление найти поддержку у авторитетного человека. Появлялась трудность в интерперсональных контактах, вербальных реакциях из-за боязни плохого отношения. Повышался уровень зависимости от окружающих людей: необходимость в признании, ожидание помощи и советов. Больные стремились быть в одном русле с мнением окружающих, следовали правилам и принципам хорошего тона.



6 месяцев после снятия аппарата



9 месяцев после снятия аппарата



12 месяцев после снятия аппарата

*Рисунок 1 – Изменение межличностных отношений больных остеопорозом в процессе лечения переломов по методу Илизарова (октанты пронумерованы по часовой стрелке; закрашенная часть октантов – реальное «Я», обведенная линией – идеальное «Я»)*

Через 3 месяца после завершения лечения при возвращении домой все пациенты субъективно отметили улучшение межличностных отношений. Но по результатам диагностики на этот период выявлен «независимо-

доминирующий» тип взаимодействия. Для него характерны черты эгоцентричности и завышенный уровень притязаний. Нередко мнение окружающих такие люди воспринимали критически, собственное мнение возводилось в ранг догмы и достаточно категорически отстаивалось. В эмоциональных проявлениях было мало тепла.

Через 6 месяцев после завершения лечения основной направленностью в межличностных взаимоотношениях являлось компромиссное поведение (тип «сотрудничающий-конвенциональный»), а также просматривалась неадекватность самооценки (переоценка и нетерпимость к критике). Поступки и высказывания иногда опережали их продуманность. Преобладала эмоциональная неустойчивость.

Через 9 месяцев после завершения лечения тип межличностных взаимоотношений – «властно-лидирующий». Выражена тенденция к спонтанной самореализации и активному воздействию на окружающих. Отмечалась зависимость самооценки от мнения других значимых людей и желание сотрудничать с ними. Характерен более широкий круг увлечений при некоторой их поверхностности. При критике в свой адрес легко зарождалось чувство враждебности. Выражена непосредственность и прямолинейность в высказываниях.

Через 12 месяцев после окончания лечения все показатели находились в пределах нормальных для этого возраста колебаний.

Сравнивая актуальное (реальное состояние больного) и идеальное представление о будущем образе своего «Я», мы выявили у больных остеопорозом в процессе лечения переломов очень существенные различия. Психическая напряженность после перелома являлась следствием стресс-реакции со всеми ее характерными компонентами [4]. Поэтому больные переживали состояние эмоциональной нестабильности, тревожности, тоску и уход «в себя». Мы констатировали двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, раздражительность и несдержанность. Естественной первой и важнейшей причиной появления такого состояния являлось представление о возможных болевых ощущениях, так как боль – эффективный активатор эмоций [96-100]. Избегание боли проявлялось в поведении больного в виде состояния беспомощности и выражения страха. Слабая степень выраженности его проявлялась в виде тревожного предчувствия и беспокойства до наложения аппарата и в процессе лечения. Страх активировал деятельность вегетативной нервной и сердечно-

сосудистой систем, а также внутренних органов. Вместе с тем страх являлся составным элементом и самой значимой эмоцией в паттерне тревоги. Следствием переживания любой эмоции всегда являются физиологические изменения в организме. Они возникали в силу нарушения синтеза и метаболизма биогенных аминов. Перелом формировал, таким образом, весьма устойчивые депрессивные тенденции.

Эмоциональность зависит от соотношения процессов возбуждения и торможения (иррадиации и концентрации) в коре головного мозга и взаимосвязи коры и подкорковых образований (центральной ретикулярной формации), определяющих состояние функций соматической и эндокринной систем. Эмоциональная неустойчивость являлась симптомом расстройств личности. Повышенный уровень тревожности, эмоциональной неустойчивости и изменения личностных характеристик свидетельствовали об усилении адаптационных механизмов, направленных на преодоление нежелательных отклонений. Это важно учитывать при выборе методов коррекции состояния больного с учетом его физиологических возможностей и степени осознания имеющихся проблем.

#### ***4.3 Взаимодействие психологических и физиологических механизмов в процессе адаптации пожилых людей, перенесших перелом***

Для создания эффективной модели безопасного социального взаимодействия с пожилыми людьми, переживающими травматический стресс, необходимо учитывать взаимодействия психологических, физиологических показателей и вегетативных индексов. Определение этих взаимодействий позволит психологу активно влиять на процесс реабилитации с помощью методов психологического сопровождения, а врачу – правильно построить план лечения с использованием фармакологических препаратов и физиотерапевтических процедур.

Для реализации этой задачи мы проанализировали: 1) реакции гипоталамо-гипофизарной системы на основе оценки концентрации гормонов; 2) состояние магистрального кровотока в конечностях после переломов на основании наблюдений за меченым альбумином человеческой сыворотки; 3) состояние репаративного костеобразования на основании вели-

чины накопления  $^{99m}\text{Tc}$ -пирофосфата или технефора через 3 часа после инъекции, когда препарат локализовался в кости.

Результаты проведенных исследований при поступлении больных с переломами обобщены и представлены в таблице 4.4.

*Таблица 4.4 – Сопоставление выявленных психологических состояний с физиологическими параметрами у больных остеопорозом при поступлении в клинику после переломов*

Психологическое состояние	Физиологические параметры
Переживание отрицательных эмоций, обусловленных переломом в связи с остеопорозом	Изменение электрической активности мозга, мышц лица, функции кровеносной и дыхательной систем. Активация структур гипоталамуса, вегетативной нервной системы с воздействием на эндокринную и нервно-гуморальную системы (увеличение концентрации гормонов)
Эмоциональная реакция на заболевание остеопорозом двух типов:  а) преобладание агрессивности, проявление враждебности и гнева;  б) переживания при пассивном поведении	Увеличение секреции норадреналина в 1,9 раза (в норме 30 мкг/сутки), которое повышало максимальное, минимальное и среднее артериальное давление, ритм сердца становился реже за счет возбуждения блуждающего нерва.  Увеличение секреции адреналина в 2,4 раза (в норме 30 нг/мл или 4,0 мкг/сутки). Адреналин повышает тонус скелетных мышц, их работоспособность, увеличивает систолическое и снижает диастолическое АД. Увеличивает содержание сахара в крови. Повышает резервные возможности организма за счет активации системы гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников
Свойства психологии личности: ипохондрические, склонность к тревоге, пониженному настроению, фрустрации, интраверсии-экстраверсии.	Снижена поглотительная функция элементов соединительной ткани.

В процессе лечения нами были выявлены такие состояния больных, как тревожность, заторможенность, пассивность, низкая двигательная активность, нарушение сна и аппетита. При этом все мысли больного направлены на скорейшее выздоровление и возвращение домой. На этом

этапе большое значение должно уделяться стабилизации психоэмоционального состояния больного, так как измененное эмоциональное состояние изменяет протекание физиологических процессов и продлевает процесс реабилитации (таблица 4.5).

*Таблица 4.5 – Сравнение психологических и физиологических параметров у больных остеопорозом в первые дни лечения переломов*

Психологическое состояние	Физиологические параметры
Обусловленные остеопорозом и переломом тревога, депрессия с тоскливым аффектом (грусть, печаль, уныние, угнетенность, подавленность, скорбь)	Мышечный тонус, двигательное беспокойство, повышенное АД, снижение концентрации внимания. Снижена сопротивляемость организма за счет влияния стресса на иммунную систему
Выраженное эмоциональное напряжение, астения, личностная предрасположенность к стрессу, агрессивность	Увеличение концентрации кортикоидов, катехоламинов, частоты сердечного ритма, мышечный тремор. Изменение секреции желудочного сока, сочетающееся с уменьшением концентрации гастрина и инсулина. Изменения углеводного обмена. Увеличение концентрации паратгормона, кальцитонина, цГМФ. Кальцитонин – мощный ингибитор желудочной секреции
Переживание, боль и страх после перелома и наложения аппарата Г.А. Илизарова	Увеличение концентрации вазопрессина и окситоцина. Отчетливо выраженная реакция со стороны симпатической нервной системы: повышение мышечного тонуса. Уменьшение моторной и секреторной деятельности желудка, секреции пищеварительных соков. Увеличение выработки паратгормона, что отражалось на активности репаративного процесса

В конце первого месяца лечения мы наблюдали небольшие положительные изменения в психологическом состоянии больного, которые чаще всего проявлялись в кратковременное чувство радости в связи успешно протекающим репаративным процессом (таблица 4.6).

*Таблица 4.6 – Сравнительный анализ психологических и физиологических параметров у больных остеопорозом и с переломами в процессе лечения*

Психологическое состояние	Физиологические параметры
Чувство радости от успешно протекающего репаративного процесса, расширение объема коммуникаций, уменьшение внутреннего напряжения и тревожности	Высокая концентрация кортизола. Эффект достигался за счет усиления метаболизма углеводов, белков и липидов, а также изменения электролитного баланса. Усиливалась парасимпатическая активность
Постепенное исчезновение чувства радости и появления волнения о времени сращения перелома, гипотимические проявления, переживания, чувство собственной неполноценности	Уменьшение концентрации кортизола и увеличение соматотропина. Ослабление процесса активного торможения в коре ГМ. Лабильность раздражительного процесса
Ощущения страха и тревоги за будущее	Потливость, быстрая утомляемость и сердцебиение, нарушения дыхания
Элементы враждебности и склонность к преувеличению	Большое содержание соматотропина в крови
Адаптация	Улучшение регенерации тканей
Внутриличностный конфликт при нарушении отношений с больными и родственниками	Функциональные изменения желчного пузыря, поджелудочной железы и почек
Психоэмоциональная устойчивость	На 5-й день содержание цАМФ снижалось, увеличивалось цГМФ, что сопровождалось подключением холинергических механизмов
Отрицательные эмоции во время снятия аппарата из-за боли и изменения состояния тканей, стеническое поведение	Усиливались симпатические реакции по сравнению с парасимпатическими в результате воздействия норадреналина на ретикулярную формацию и мышцы кровеносных сосудов. Увеличивалось содержания глюкозы, холестерина, альдостерона и кортизола, паратирина, кальцитонина. Снижен тонус ЖКТ, уменьшена концентрация инсулина и гастрин, ингибировалась желудочная секреция. Снижение концентрации гастрин тормозило выработку инсулина и кальцитонина

Характерные для реабилитации изменения мышечного тонуса и кровообращения были следствием нарушения interoцепции после операционного вмешательства. Последние воспринимались больными, как ощу-



щения давления в конечности, напряжения, боли, жжения и оказывали влияние на психологическое и эмоциональное состояние больного.

Защитной реакцией организма на перелом является увеличение концентрации гормонов стресс-группы (таблица 4.7). Это неспецифическая реакция организма на любой стрессор, а, следовательно, увеличение концентрации гормонов провоцирует и эмоциональную реакцию. Так, на 7-й день концентрация АКТГ увеличивалась в 4,2 раза, кортизола – в 1,3 раза, альдостерона – в 1,9 раза. Кортизол – основной глюкокортикоидный гормон. Через две недели содержание этих гормонов начинало постепенно снижаться, но оставалось выше нормы в течение всего лечения (таблица 4.7), что и объясняет глубокие изменения в эмоциональном состоянии больного.

*Таблица 4.7 – Концентрация гормонов, характеризующих состояние эмоционального стресса после перелома у больных остеопорозом (M±SD)*

Гормоны	Норма	Дни после перелома	
		7-е сутки	14-е сутки
ДОФА (мкг)	20,2±1,6	59,0*±3,81	51,2*±2,19
Дофамин (мкг)	170±11,8	382,2*±10,51	341,7*±9,36
Норадреналин (мкг)	23,4±1,3	46,01*±2,34	37,32*±1,75
Адреналин (мкг)	5,17±0,22	8,75*±0,27	8,34*±0,29
Соматотропин (пг/мл)	1,54±0,41	2,73*±0,21	6,73*±0,17
Пролактин (нг/мл)	4,98±0,28	6,81*±0,48	7,02*±0,36
АКТГ (пг/мл)	28,3±1,18	118,86*±12,3	109,32*±3,16
Кортизол (нг/мл)	152,8±3,25	198,64*±12,8	163±1,86
Альдостерон (пг/мл)	58,4±2,36	110,9±8,4	84,2±1,17
цАМФ (пм/мл)	11,3±1,17	31,18±1,43	19,06±1,53

Если больным не оказывалась психологическая помощь, особенно при осложнениях в лечебном процессе, то открывалась дорога новым физиологическим и биохимическим факторам патогенеза нарушений (таблица 4.8).

Когда болевые ощущения стихали, у больных возникала надежда на благоприятное завершение процесса реабилитации. Но в это же время возникали не менее эмоционально окрашенные переживания по поводу того, как будет протекать жизнь после снятия аппарата.

Таким образом, в процессе лечения просматривался параллелизм между психологическим состоянием больных и концентрацией гормонов, как стресс-группы, так и гормонов влияющих на репаративный процесс.

*Таблица 4.8 – Изменение психологических и физиологических параметров у больных остеопорозом и с переломами при возникших осложнениях в лечебном процессе*

Психологическое состояние	Физиологические параметры
Дезадаптация с преобладанием тревожно-угнетенного состояния и раздражительной слабости	Нарушение функций внутренних органов и систем
Лабильность эмоциональной системы: плохое настроение, раздражение и чувство вины	Обусловлена состоянием ретикулярной формации ствола мозга и распространением возбуждения через соматическую и вегетативную нервную системы
Тревожный синдром: астенические проявления, присоединение депрессии, подавленное настроение, плаксивость при осложнениях	Прекращение образования либеринов вследствие торможения в гипоталамусе
Эмоции страха и гнева, как отражение особенностей эмоциональной сферы человека	Психомоторное беспокойство, гипергликемия, глюкозурия, ускоренное опорожнение мочевого пузыря и кишечника
Усиление отрицательных эмоций, неуверенность, страх, утрата веры в успех лечения	Нарушения адаптации в виде дисфункции органов кровообращения и пищеварения

На основании проведенных исследований установлено, что для больных остеопорозом и с переломами характерны: ранимость, тревожность, депрессивность, конфликтность, значимость социальных контактов и готовность к сотрудничеству. Выявлена высокая степень чувства одиночества, авторитарности, а для ответственного типа межличностных отношений была типична экстремальная степень.

Наличие в характере больных психологических взаимоисключающих факторов: конфликтность, с одной стороны, и готовность к сотрудничеству, с другой, являлось своеобразной защитной реакцией и отражало высокое внутреннее напряжение нервных процессов.

Адаптивные реакции физиологического характера направлены на сохранение психического гомеостаза и формирование наиболее целесообразных программ поведения [38; 129]. Они отражают охранительно-

приспособительную функцию во время напряжения активности барьера психической адаптации и в значительной мере способствуют его тренировке и развитию. В таких условиях возможна их быстрая коррекция с помощью психолога. Помощь особенно необходима при клинических проявлениях страха и сводится она к психической закалке человека [125; 132].

При поступлении в клинику больные переживали состояние эмоциональной нестабильности. Они указывали, что временами испытывают тревогу, тоску и уход в себя. Констатировалось двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, раздражительность и несдержанность.

При травме снижается функциональное состояние сенсорных фракций толстых афферентных проводников в смешанном нерве [61; 66]. Происходит интенсификация интерорецептивной (в том числе и ноцицептивной) афферентации [109], тормозящей активность специфической соматосенсорной системы [91; 94]. Усиливается активность сосудистой стенки и импульсация из нее, что неизбежно увеличивает активность неспецифических систем мозга. В процессе лечения образуются свободные нервные окончания, способные быть источником спонтанной импульсной активности.

Последующий период окончательного формирования костной мозоли примечателен тем, что внутренние компенсаторные механизмы успешно справляются с наступившими изменениями, что проявляется в стабилизации средних значений большинства параметров.

Заболевание (остеопороз) формирует, таким образом, весьма устойчивые депрессивные тенденции и гиперактуализацию переживаний [171; 182].

Психическая напряженность при поступлении в клинику и в процессе лечения являлась следствием стресс-реакции со всеми ее характерными компонентами: торможением в коре, возбуждением в подкорковых образованиях, дисфункцией эндокринных желез и сдвигами гомеостаза на всех уровнях [57; 59; 124; 125]. Депрессия является общей реакцией организма на длительное воздействие сильного хронического стресса [127; 156], как и является остеопороз.

Внешние проявления поведения больных, формы и соотношение различных компонентов содержания личности в процессе реабилитации

после перелома характеризовали: внутренняя противоречивость, непоследовательность, податливость, неустойчивость и нерешительность.

В ответ на действие стресс-факторов (боль из травмированных тканей) изменялось поведение больных, то есть личность делала попытку направить усилия против стресса или поддержать устойчивость к нему [39; 41; 129; 130].

Умеренное (неконфликтное) расхождение реального и идеального «Я» или, скорее, неполное их совпадение, мы рассматривали как необходимое условие для дальнейшего роста личности и самосовершенствования. Неудовлетворенность собой чаще наблюдалась у больных с заниженной самооценкой. Личности, у которых были обнаружены доминантные и независимые черты поведения, значительно реже проявляли недовольство своим характером и межличностными отношениями. Однако и у них мы выявили тенденцию к совершенствованию стиля межличностного взаимодействия. Возрастание показателей того или иного октанта теста Т. Лири определяло направление, по которому личность движется в целях самосовершенствования. Это было важно при выборе методов коррекции поведения больного с учетом его физиологических возможностей и степени осознания имеющихся проблем. Наличие выраженного личностного конфликта, проявляющегося значительным расхождением при оценке реального и идеального «Я» после перелома являлось свидетельством высокого внутреннего напряжения.

Реальное и идеальное «Я» у больных остеопорозом нередко вступали в конфликт. Можно предположить, что именно в этом заключено внутреннее побуждение к действию [27]. Идеал становился внутренним требованием и определял цели и задачи жизни. Одна из наших больных так охарактеризовала это состояние: «Главным для меня было даже не излечение от остеопороза, а воспитание воли, благодаря которой перелом хорошо сросся». Борьба между реальным и идеальным «Я» создали в данном случае условие для выхода на важнейшую проблему личности – решение вопросов качества жизни. Вместе с тем уровень желаний «и дальше работать на даче, воспитывать внуков» положительно характеризовал эмоционально-волевую регуляцию данного больного.

Степень выраженности психических реакций определяется уровнем сохранности физиологических механизмов [20; 26]. Среди этих реакций

большую роль играла эмоциональность и тревожность [28; 125]. От них во многом зависела психологическая адаптация [129].

Динамика тревожности свидетельствовала о возможном влиянии ее на включение адаптационных механизмов и повышение интенсивности их действия, улучшение сбалансированности за счет изменения поведения [130]. Работу эмоциональной сферы обеспечивали ретикулярная формация ствола мозга, которая регулирует механизмы защиты от стресса, уровень нейронной импульсации и состояние эндокринной системы [31; 34; 124; 128]. Усиления механизмов адаптации в наших наблюдениях больные достигали за счет снижения уровня тревоги и эмоциональной неустойчивости. Свидетельством этому служит непродолжительный подъем АД, также отмечено снижение аппетита, и обострение (во время лечения) имевшихся хронических болезней (симптомы холецистита, язвенной болезни).

Усиление адаптационных механизмов при сравнительно низкой тревоге способствует преодолению препятствий. При повышении уровня тревожности они направлены на защиту личности, что служит указанием на недостаточные возможности для преодоления стресс-реакции, связанной с переломом [130; 131].

В процессе лечения «качество жизни» больных остеопорозом улучшалось, так как активно происходила регенерация, и это уменьшало эмоциональную напряженность.

Оценка степени выраженности эмоциональных расстройств, выделение ведущих функциональных нарушений психологического состояния больных до лечения и после лечения представляет большой практический интерес [129; 132].

Психические процессы, такие как функции коры головного мозга и лимбической системы (гипокамп, миндалина, гипоталамус), при взаимодействии с ретикулярной формацией ствола мозга управляют физиологическими функциями, регулирующими гомеостаз [75; 76; 131]. Обстоятельными исследованиями [42; 65] установлено, что наиболее уязвимым при отрицательных эмоциях оказывается левое полушарие. Именно с него начинается снижение функциональной активности коры головного мозга. Состояние эмоциональной системы обеспечивает ретикулярная формация ствола мозга, регулирующая механизмы защиты от стресса. Благодаря генерализованному распространению возбуждения через соматическую, вегетативную нервную системы и гормональный гипоталамо-

гипофизарный механизм, отрицательные эмоции (боль, чувство напряжения в конечности) формировали системные реакции стресса [131; 132]. В частности, появлялось чувство неудовлетворенности, внутренней напряженности, плохое настроение, постоянное раздражение, тревога и гневливость. В структуре адаптивных реакций обычно присутствовали жалобы больных на повышенную утомляемость и вялость. В случаях усиления астенических проявлений, присоединения депрессии дезадаптация характеризовалась тревожным синдромом: больные жаловались на подавленное настроение [50; 51].

К важнейшим параметрам, на основе которых устанавливали корреляцию между психологическими и физиологическими процессами, мы относили функциональное состояние эндокринных желез, продуцирующих, в частности, минералкортикоидные гормоны (паратиреоидный, кальцитонин), а также влияющих на формирование органической основы регенерата (соматотропин). Это открывает перспективу возможного психологического влияния на активность репаративного процесса [136; 137], продолжительность реабилитационного процесса и уменьшение числа осложнений.

То, что изменение концентрации гормонов оказывает существенное влияние на костеобразование, доказано обстоятельными многолетними исследованиями гормонального эффекта при напряжении тканей после травмы [70; 71; 132; 134].

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 3 и 4 ГЛАВЫ

- 1 Абабков В. А. Клинические основы психотерапии неврозов. – Санкт-Петербург : Медицина, 1995. – 345 с.
- 2 Абрамова Г. С. Введение в практическую психологию. – Москва : Наука, 1994. – 248 с.
- 3 Абрамова Г. С. Психология в медицине. – Москва : Наука, 1998. – 321 с.
- 4 Адаптивная саморегуляция / под ред. Н. Н. Василевского. – Москва : Медицина, 1977. – 328 с.
- 5 Айрапетянц М. Г. Механизмы патогенеза неврозов // Журн. высш. нерв. деятельности. – 2005. – Т. 55. – № 6. – С. 734-736.
- 6 Айрапетянц М. Г. Неврозы в эксперименте и в клинике. – Москва : Медгиз, 1982. – 272 с.
- 7 Александров А. А. Современная психотерапия. – Москва : Медпресс, 1998. – 335 с.
- 8 Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях. – Москва : Медицина, 1991. – 96 с.
- 9 Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства // Русский мед. журнал. – 1996. – Т. 13. – № 11. – С. 689-694.
- 10 Аммон Г. С. Динамическая структурная психиатрия сегодня // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Санкт-Петербург : Медицина, 1990. – С. 38-44.
- 11 Антипов В. В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям. – Санкт-Петербург : Владос, 2008. – 128 с.
- 12 Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психологические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – Санкт-Петербург : Речь, 2002. – 213 с.
- 13 Анцыферова Л. И. О динамическом подходе к психологическому изучению личности // Психологический журнал. – 1981. – Т. 2. – С. 35-41.
- 14 Аралова М. П. Психологические аспекты понятия «качество жизни» // Сев.-Кавк. психологический вестник. – 2004. – № 2. – С. 182-186.
- 15 Архипова О. В. Работа психолога с пожилыми людьми в пансионатах общего типа // Психология зрелости и старения. – 2006. – № 1. – С. 109-119.
- 16 Асмолов А. Г. Психология личности. – Москва : Изд-во МГУ, 1990. – 245 с.

- 17 Астапов В. Н. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. – Москва : Медицина, 1994. – 322 с.
- 18 Баевский Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск заболеваний. – Москва : Медицина, 1997. – 296 с.
- 19 Барышева Ю. В. Качество жизни у женщин с ревматоидным артритом и остеопорозом // Остеопороз и остеопатии. – 2002. – № 3. – С. 6-12.
- 20 Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Ленинград : Наука, 1988. – 322 с.
- 21 Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия. – Санкт-Петербург : Речь, 2006. – 248 с.
- 22 Бехтерева Н. П. Регуляция висцеральных функций. – Ленинград : Медицина, 1982. – 342 с.
- 23 Бехтерева Н. П., Комбарова Д. К., Иванов Г. Г. Мозговая организация эмоциональных реакций и состояний // Физиол. человека. – 1982. – № 5. – С. 691-705.
- 24 Блейхер В. М., Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология. – Ростов-на-Дону : Изд-во РГУ, 1996. – 448 с.
- 25 Блюм Г. Психоаналитические теории личности. – Москва : Наука, 1996. – 341 с.
- 26 Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – Москва : ПЕР СЭ, 2006. – 528 с.
- 27 Борисов В. А., Маркин В. А., Маркина В. А. Депрессия в практике врача // Журн. теорет. и практ. мед. – 2006. – Т. 4. – № 2. – С. 133-136.
- 28 Бочкарев В. К., Незнамов Г. Г., Сюняков С. А. ЭЭГ-анализ тревожных расстройств при пограничных состояниях // Рос. психиатр. журн. – 2000. – № 4. – С. 23-28.
- 29 Бурлачук Л. Ф. Введение в практическую психологию. – Киев : Здоровье, 1997. – 347 с.
- 30 Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихической диагностики. – Санкт-Петербург : Наука, 1997. – 304 с.
- 31 Вегетативные расстройства: клиника, лечение и диагностика / под. ред. А. М. Вейна. – Москва : Медицина, 1998. – 752 с.
- 32 Вельковский И. З., Липгарт Е. М., Багалеи Е. М. Психотерапия в клинической практике. – Киев: Здоровье, 1984. – 157 с.
- 33 Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – Санкт-Петербург : Владос, 2008. – 240 с.



- 34 Вертоградова О. П., Поляков И. Л., Степанов И. Л. Структура пограничных расстройств депрессивного спектра // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1992. – Т. 92. – № 1. – С. 103-107.
- 35 Веселкова И. Н., Землянова Е. В. Проблемы здоровья и медико-социального обслуживания пожилых людей // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 1. – С. 76-88.
- 36 Возрастная динамика переживания жизненного кризиса / Н. А. Деева, И. М. Кузьмина, Е. А. Черкевич, А. С. Шаров // Гуманитарные исследования / Вестник ОмГПУ, 2005. – № 10. – С. 105-112.
- 37 Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В. Личность пациента и болезнь. – Томск : Изд-во Томского госуниверситета, 1995. – 328 с.
- 38 Волохова С. В. Адаптация, психологические особенности больных и хронобиоритмологические аспекты течения артериальной гипертензии. – Москва : Медицина, 1999. – 219 с.
- 39 Волошин В. М. Феноменологические аспекты посттравматического стрессового расстройства // Псих. здоровье. – 2006. – № 3. – С. 27-31.
- 40 Волынкина Г. Ю., Суворов Н. Ф. Нейрофизиологическая структура эмоциональных состояний человека. – Ленинград : Наука, 1981. – 160 с.
- 41 Гветадзе Л. Г., Кавтарадзе Г. В., Квачадзе Т. К. Связь психологических и соматических нарушений на примере гастроэнтерологической патологии // Аллергол. и иммунол. – 2005. – Т. 6. – № 4. – С. 511-513.
- 42 Гладков А. Г., Зайцев В. П. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1982. – № 2. – С. 100-103.
- 43 Горбатова Е. А. Теория и практика психологического тренинга. – Санкт-Петербург : Ареал, 2008. – 320 с.
- 44 Грабе М. В. Синдром выгорания. – Санкт-Петербург : Ареал, 2008. – 96 с.
- 45 Грановская Р. М. Элементы практической психологии. – Санкт-Петербург : Свет, 1997. – 362 с.
- 46 Гриншпун И. Е. Введение в психологию. – Москва : Институт прикладной психологии, 1996. – 322 с.
- 47 Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Москва : Медицина, 1981. – 321 с.
- 48 Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., Семке В. Я. Психопатология подросткового возраста. – Томск : Изд-во ТГУ, 1994. – 310 с.

- 49 Данилова Н. Н. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний. – Москва : Изд-во МГУ, 1992. – 192 с.
- 50 Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях / пер. с англ. ; под общ. ред. Н. А. Корнетова. – Киев : Сфера, 2002. – 69 с.
- 51 Ермолаева М. В. Методы психологической регуляции эмоциональных переживаний в старости // Психология зрелости и старения. – 1999. – № 1 (5). – С. 22-48.
- 52 Журавлев А. Л., Сергиенко Е. А. Психологические исследования. – Москва : Изд-во ин-та психол. РАН, 2006. – 224 с.
- 53 Захаржевский В. Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии. – Ленинград : Наука, 1990. – 342 с.
- 54 Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапии. – Москва : ЭКСМО-Пресс, 2000. – 448 с.
- 55 Зоткин Н. В. Психология пожилого возраста в аспекте психологической и социальной работы. – Самара : Самарский университет, 1996. – С. 7-12.
- 56 Зубарева О. В. Клинические особенности психических расстройств при стрессе, вызванном травмой опорно-двигательной системы и роль психотерапии в их лечении. – Москва : Медицина, 2006. – 326 с.
- 57 Изард К. Э. Психология эмоций. – Санкт-Петербург : Питер, 1999. – 464 с.
- 58 Илюхина В. А., Забалотская И. Б. Энергодефицитные состояния здорового и больного человека. – Санкт-Петербург : Наука, 1993. – 192 с.
- 59 Исаев Д. Н. Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте. – Санкт-Петербург : Питер, 1994. – 342 с.
- 60 Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал. – 2001. – № 3. – С. 70-80.
- 61 Карвасарский Б. Д. Неврозы. – Москва : Медицина, 1990. – 576 с.
- 62 Карпова Э. Б. Разработка и клинико-психологическая апробация методики исследования системы отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями. – Ленинград : Медицина, 1985. – 220 с.
- 63 Качество жизни при остеопорозе. Проспективное наблюдение пациентов, перенесших перелом проксимального отдела бедра / О. М. Лесняк, С. А. Бахтиярова, К. Н. Голобородько, Н. Л. Кузнецова // Остеопороз и остеопатии. – 2007. – № 3. – С. 4-8.

- 64 Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. – Ленинград : Медицина, 1980. – 183 с.
- 65 Кемпински А. Психопатология неврозов. – Варшава, 1975. – 315 с.
- 66 Кирюшин И. А. Роль тревожности в типах личности. – Хабаровск : Изд-во Дальневост. гос. гуманитар. ун-та, 2005. – 248 с.
- 67 Киселев С. О. Новая версия саногенеза оксигенобаротерапии (адапционно-физиологическая концепция) // Гипербарическая физиол. и мед. – 1998. – № 2. – С.3-14.
- 68 Клиническая психология / сост. и общ. ред. Н. В. Тарабриной. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – 352 с.
- 69 Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / под ред. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского. – Санкт-Петербург : Ареал, 2008. – 528 с.
- 70 Ключарев В. А., Бехтерев Н. П., Данько С. Г. Электрофизиологические корреляты пусковых механизмов эмоциональных реакций в височной доле мозга человека // Физиология человека. – 1998. – Т. 24. – № 2. – С. 5-15.
- 71 Ключарев В. А., Никулин В. В., Пономарев В. А. Влияние эмоционально значимых зрительных стимулов на корковые вызванные потенциалы // Физиология человека. – 2000. – Т. 26. – № 3. – С. 5-13.
- 72 Козлова Т. З. Динамика качества жизни пенсионеров // Психология зрелости и старения. – 2006. – № 1. – С. 57-63.
- 73 Коркушко О. В., Саркисов К. Г., Фрейдефельд В. Э. Мышечный кровоток у здоровых людей разного возраста // Мед. радиол. – 1988. – № 9. – С. 39-42.
- 74 Корсакова Н. К. Нейропсихология позднего возраста: обоснование концепции и прикладные аспекты // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1996. – № 2. – С. 32-37.
- 75 Крайг Г. Психология развития. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – 992 с.
- 76 Краснова О. В. Особенности социально-психологической адаптации в позднем возрасте // Психология зрелости и старения. – 1998. – № 3. – С. 34-59.
- 77 Кречмер Э. Медицинская психология. – Санкт-Петербург : Союз, 1998. – 464 с.
- 78 Кривошеков С. Г., Леутин В. П., Чухрева М. Г. Психофизиологические аспекты незавершенных адаптаций. – Новосибирск, 1998. – 100 с.

- 79 Крутикова К. С. Психологическая помощь больным с ампутацией конечностей. – Самара, 2006. – 157 с.
- 80 Курек Н. С. Превентивная патопсихология. – Санкт-Петербург : Ареал, 2008. – 224 с.
- 81 Курыгин А. Г., Урываев В. А. Психический дистресс в дебюте и развитии соматического заболевания // Экол. человека. – 2006. – № 7. – С. 42-46.
- 82 Лидерс А. Г. Кризис пожилого возраста: гипотеза о его психологическом содержании // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 2. – С. 6-11.
- 83 Личко А. Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии // Журн. невропатол. и психиатр. – 1977. – Вып. 12. – С. 1833-1838.
- 84 Лонопкин О. А. Психологические механизмы регуляции. – Москва : Наука, 1980. – 312 с.
- 85 Любан-Плоица Б. А., Пельдингер В. В., Крегер Ф. С. Психосоматический больной на приеме у врача. – Санкт-Петербург : Наука, 1994. – 245 с.
- 86 Малахов О. А. О состоянии ортопедо-травматологической помощи детскому населению Российской Федерации // Вестн. травматол. и ортопедии. – 2001. – № 3. – С. 3-6.
- 87 Маньков Ю. У. Психофизиологические механизмы адаптации человека в пред- и послеоперационном периодах // Физиология человека. – 1990. – № 2. – С. 98-106.
- 88 Медведев В. И. Взаимодействие физиологических и психологических механизмов в процессе адаптации // Физиология человека. – 1998. – Т. 24. – № 4. – С. 9-12.
- 89 Медведев В. И., Косенков Н. И. Закономерность взаимодействия гормональных влияний и собственной активности клеток в процессе адаптации // Физиология человека. – 1989. – Т. 15. – № 1. – С. 121-130.
- 90 Мендукшева Ю. Е., Кирпикова М. Н., Шутемова Е. А. Особенности психологического статуса женщин с постменопаузальным остеопорозом и остеопенией // Остеопороз и остеопатии. – 2007. – № 2. – С. 5-6.
- 91 Менцель К. И., Тонкова-Ямпольская Р. В. Психосоматические проблемы в педиатрии // Росс. педиатр. журнал. – 1998. – № 5. – С. 63-65.

- 92 Методика для психологической диагностики отношения к болезни : метод. рекомендации / сост. Л. И. Вассерман, А. Я. Вукс, Б. И. Иовлев. – Ленинград, 1987. – 19 с.
- 93 Наенко Н. И. Психическая напряженность. – Москва : Изд-во МГУ, 1976. – 286 с.
- 94 Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. – Москва : Изд-во МГУ, 1987. – 166 с.
- 95 Оксигенобаротерапия – новые возможности увеличения костной массы у больных с иммобилизационным остеопорозом / С. В. Гюльназарова, А. Ю. Кучнев, И. П. Кудрявцева, Е. Б. Трифонова // Остеопороз и остеопатии. – 2009. – № 1. – С. 65-69.
- 96 Орлов О. И. Профилактика нарушений обмена кальция и систем его регуляции при длительной гипокинезии с участием человека // Остеопороз и остеопатии. – 2007. – № 3. – С. 21-23.
- 97 Орлов Ф. В. Психология в медицине. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. гос. ун-та 2006. – 154 с.
- 98 Особенности психофизиологического статуса детей и подростков со сколиозом на разных этапах лечения / Норкин И. А. и другие // Хирургия позвоночника. – 2006. – № 4. – С. 8-12.
- 99 Оценка влияния перенесенных переломов лучевой кости на качество жизни жительниц Екатеринбурга, страдающих постменопаузальным остеопорозом / А. А. Попов, Н. В. Изможерова, Е. И. Гаврилова, М. И. Фоминых // Остеопороз и остеопатии. – 2007. – № 3. – С. 9-11.
- 100 Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – Москва : Медпресс, 1996. – 464 с.
- 101 Пейсахов Н. М. Прикладная психология. – Казань, 1991. – 273 с.
- 102 Петров В. И., Седов Н. Н. Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград : ГУ Издатель, 2001. – 96 с.
- 103 Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии / под ред. М. М. Кабанова – Ленинград : Наука, 1990. – 172 с.
- 104 Психологические исследования / отв. ред. Б. Ф. Ломов, Ю. М. Забродин. – Москва : Наука, 1977. – 264 с.
- 105 Психологические особенности больных остеопорозом / Г. П. Котельников, Е. А. Сухобрус, С. В. Булгакова, О. В. Томилева // Остеопороз и остеопатии. – 2009. – № 1. – С. 13-16.

- 106 Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – Санкт-Петербург : Питер Ком., 1998. – 752 с.
- 107 Рогов Е. И. Эмоция и воля. – Санкт-Петербург : Владос, 2008. – 320 с.
- 108 Ротенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация. – Москва : Наука, 1984. – 407 с.
- 109 Рудестам К. Е. Групповая психотерапия. – Санкт-Петербург : Питер, 1998. – 405 с.
- 110 Савченко С. В. Психофизиологическая коррекция психосоматических нарушений у военнослужащих. – Санкт-Петербург : Питер, 2006. – 241 с.
- 111 Сатина Л. В. Депрессия позднего периода жизни: горе и осложнения, связанные с ним в пожилом возрасте // Психология зрелости и старения. – 2001. – № 1 (13). – С. 90-96.
- 112 Свешников А. А. Материалы к обоснованию комплексной схемы коррективной функциональных изменений в условиях чрескостного остеосинтеза // Гений ортопедии. – 1999. – № 1. – С. 48-53.
- 113 Свешников А. А., Зырянов С. Я., Смотрова Л. А. Костеобразование и периферическое кровообращение при одновременной коррекции деформаций нижней конечности // Гений ортопедии. – 2001. – № 1. – С. 39-42.
- 114 Свешников А. А., Офицерова Н. В., Ральников С. В. Концентрация гормонов, регулирующих процесс костеобразования, и циклических нуклеотидов при переломах длинных костей // Ортопед. травматол. – 1987. – № 9. – С. 37-41.
- 115 Свешников А. А. Возрастные изменения минеральной плотности костей скелета // Гений ортопедии. – 2004. – № 1. – С. 129-137.
- 116 Сидоренко Ю. И. Психофизиологическая сущность нравственной природы человека // Труды КГСХА. – Курган, 2006. – № 65. – С. 109-116.
- 117 Сидоров П. И., Парьянов А. В. Введение в клиническую психологию. – Москва : Академический проект, 2000. – 381 с.
- 118 Сидорова О. А. Физиологические показатели эмоциональных реакций в клинике локальных поражений мозга // Журн. высш. нерв. деятельности. – 1999. – № 6. – С. 951-961.
- 119 Симаева И. Н. Психология адаптации субъекта к изменениям жизнедеятельности. – Калининград : Изд-во РГУ, 2005. 315 с.

- 120 Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – Москва : SvR-Аргус, 1995. – 360 с.
- 121 Социально-экономические и психологические проблемы в травматологии и ортопедии: сб. научн. статей. – Горький : НИИ травматол. и ортопедии, 1989. – 209 с.
- 122 Сравнительный анализ психологических, психопатологических характеристик и показателей социального функционирования пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника в пред- и постоперационном периоде / М. С. Марков и другие // Журн. теор. и практ. мед. – 2006. – Т. 4. – № 2. – С. 242-246.
- 123 Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения. – Санкт-Петербург, 2002. – 234 с.
- 124 Судаков К. В. Системные механизмы эмоционального стресса. – Москва : Медицина, 1981. – 346 с.
- 125 Судаков К. В., Шумский Н. Г. Эмоции // Большая медицинская энциклопедия, 1986. – Т. 28. – С. 148-153.
- 126 Судаков К. В. Эмоциональный стресс // Эмоциональный стресс: Физиологические и медико-социальные аспекты. – Харьков : Прапор, 1990. – С. 12.
- 127 Судаков К. В. Стресс: постулаты, анализ с позиций общей теории функциональных систем // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 1992. – № 4. – С. 86-93.
- 128 Судаков К. В., Тараканов О. П., Юматов Е. А. Кросс-корреляционный вегетативный критерий эмоционального стресса // Физиология человека. – 1995. – Т. 21. – № 3. – С. 87-95.
- 129 Судаков К. В. Системная интеграция функций человека: новые подходы к диагностике и коррекции стрессорных состояний // Вестник РАМН. – 1996. – № 6. – С. 15-23.
- 130 Судаков К. В. Новые аспекты классической теории стресса // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1997. – Т. 123. – № 2. – С. 124 - 129.
- 131 Судаков К. В., Юматов Е. А. Общие методологические подходы к исследованию проблемы психоэмоционального стресса // Эмоциональный стресс: теоретические и клинические аспекты. – Волгоград : Комитет по печати и информации, 1997. – 14 с.

- 132 Судаков К. В. Особенности минерализации костной системы при эмоциональном стрессе. – Ленинград : ГДОИФК, 1997. – 14 с.
- 133 Судаков К. В. Индивидуальная устойчивость к эмоциональному стрессу. – Москва : НИИНФ им. П. К. Анохина РАМН, 1998. – 266 с.
- 134 Судаков К. В. Механизмы устойчивости к эмоциональному стрессу: преимущества индивидуального подхода // Вестник РАМН. – 1998. – № 8 . – С. 8-12.
- 135 Судаков К. В. О путях развития физиологии в 21 веке: размышление и прогноз // Вестник РАМН. – 1998. – № 9 . – С. 54-56.
- 136 Судаков К. В. Психоэмоциональный стресс. Профилактика и реабилитация. – Москва : Медицина, НИИ нормальной физиологии им. П. К. Анохина РАМН, 1998. – 180 с.
- 137 Судаков К. В. Фундаментальные системы организма. – Москва : Медицина, 2001. – 232 с.
- 138 Судаков К. В. Устойчивость к психоэмоциональному стрессу как проблема биобезопасности // Вестник РАМН. – 2002. – № 1. – С. 19-26.
- 139 Судаков К. В. Мотивация – основа психической деятельности // Журн. неврол. и психиатрии. – 2006. – Т. 106. – № 7. – С. 4-11.
- 140 Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. – Ленинград : Медицина, 1984. – 190 с.
- 141 Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – Санкт-Петербург : Медицина, 1994. – 356 с.
- 142 Тимофеев Ю. П., Эжиева М. Х. Основные психологические направления в изучении посттравматических стрессовых состояний личности // Вестн. Астрахан. техн. ун-та. – 2006. – № 5. – С. 283-292.
- 143 Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – Москва : Медицина, 1986. – 384 с.
- 144 Трифонова Е. Б., Гюльназарова С. В., Кучиева А. Ю. Метаболические особенности репаративного остеогенеза при оксигаротерапии у пациентов с несращениями костей, осложненными остеопорозом // Остеопороз и остеопатии. – 2008. – № 3. – С. 68-71.
- 145 Тхостов А. Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии : материалы науч.-практ. конф. – Ленинград, 1990. – С. 32-38.



- 146 Украинцева Д. Н. Психологический стресс и адаптационные возможности пожилых и старых людей. – Курск, КГМУ, 2005. – С. 165-169.
- 147 Фалдеев А. В. Клинико-психофизиологический анализ типичных и атипичных панических атак. – Москва : Моск. мед. акад., 2006. – 223 с.
- 148 Федоров Н. А. Биологическое и клиническое значение циклических нуклеотидов. – Москва : Медицина, 1979. – 280 с.
- 149 Франц А. М. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – Москва : Изд-во ин-та общегуманит. исслед., 2006. – 335 с.
- 150 Фрейд З. Психология «Я» и защитные механизмы / пер. с англ. – Москва : Педагогика, 1993. – 342 с.
- 151 Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – Будапешт, 1981. – 286 с.
- 152 Харитонов С. В., Семке В. Я., Аксенов М. М. Психофизиология неврозов // Невропат. и психиатрия. – 1999. – Т. 99. – № 6. – С. 56-61.
- 153 Хвостова С. А. Принцип организации, методика и результаты психологического исследования пожилых людей // Оздоровительные технологии XXI века : матер. междунауч. науч.-практ. конф. – Челябинск, ЮУрГУ, 2002. – С. 180-185.
- 154 Хвостова С. А., Шевцов В. И., Николайчук Е. В. Психология людей пожилого возраста при лечении переломов с использованием гипербарической оксигенации // Гипербарическая физиология и медицина. – 2002. – № 3. – С. 37-48.
- 155 Хвостова С. А. Сравнительное изучение психологии людей молодого и зрелого возраста под влиянием гипербарической оксигенации // Вестник ЮУрГУ. – 2004. – № 6(6). – С. 136-142.
- 156 Хвостова С. А. Эмоции пожилых и старых людей при стрессе, вызванном хрупкими переломами // Рос. физиол. журн. им. И.М. Сеченова. – 2004. – Т. 90. – № 8. – С. 96.
- 157 Хвостова С. А. Интегративная психология личности больных остеопорозом // Материалы II Российского конгресса по остеопорозу. – Ярославль, 2005. – С. 195-199.
- 158 Хвостова С. А. Нейропсихология эмоций у пожилых и старых людей, больных остеопорозом // Материалы V Сибирского физиол. съезда. – Томск : СибГМУ, 2005. Бюлл. Сибирской мед. – 2005. – С. 56-58.
- 159 Хвостова С. А. Психологическая реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих остеопорозом // Современные ас-

- пекты реабилитации в медицине: Материалы II междунар. науч.-практ. конф. – Ереван, 2005. – С. 237-239.
- 160 Хвостова С. А. Психология личности больных с переломами костей на фоне остеопороза // Остеопороз и остеопатии. – 2005. – № 3. – С. 30-33.
- 161 Хвостова С. А. Психофизиологические механизмы адаптации пожилых и старых людей, больных остеопорозом, к реабилитации после переломов // Вестник интегративной психологии. – 2006. – № 4. – С. 103-105.
- 162 Хвостова С. А. Взаимосвязь между состоянием адаптивных реакций организма и минеральной плотностью костей скелета у пожилых и старых людей // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием / Санкт-Петербург, ин-т им. Р. Р. Вредена. – Травматология и ортопедия России. – 2006. – № 2. – С. 293-294.
- 163 Хвостова С. А. Психофизиологическое состояние функций организма пожилых и старых людей, больных остеопорозом и с переломами // Травматология и ортопедия. Астана (Казахстан), 2007. – № 1. – С. 52-54.
- 164 Хвостова С. А. Состояние психофизиологических функций при реабилитации пожилых и старых людей, больных остеопорозом // Психология зрелости и старения. – 2007. – № 4. – С. 77-92.
- 165 Хвостова С. А. Духовный мир пожилых людей, больных остеопорозом и получивших переломы, после их реабилитации по Илизарову // Психология зрелости и старения. – 2007. – № 2. – С. 114-120.
- 166 Хвостова С. А. Сравнительная психология личности молодых и пожилых людей при лечении переломов в условиях гипербарической оксигенации // Политравма. – 2008. – № 3. – С. 51-56.
- 167 Хвостова С.А. Психологическое сопровождение больных остеопорозом и с переломами: Высокие технологии в медицине : материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Новосибирск : Издатель, 2008. – С. 118-124.
- 168 Хвостова С. А. Психологическое состояние больных остеопорозом при переломах // Материалы III Российского конгресса по остеопорозу с междунар. участием. – Екатеринбург : Издательский дом «Алфавит», 2008. – С. 122-125.

- 169 Хвостова С. А. Психофизиологические механизмы реагирования на условия реабилитации больных остеопорозом и с переломами // Адаптация биологических систем к естественным и экстремальным факторам среды : материалы II Междунар. науч-практ. конф. – Челябинск : Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2008. – С. 186-191.
- 170 Хвостова С. А. Состояние психофизиологических функций у больных с переломами на фоне остеопороза // Современные проблемы в травматологии и ортопедии : материалы междунар. науч.-практ. конф. – Атырау (Казахстан): Полиграфия Намра, 2008. – С. 212-214.
- 171 Хвостова С. А. Состояние ситуационной тревожности, стиль выхода из конфликтных ситуаций и представление пожилых и старых людей, больных остеопорозом, о себе в процессе лечения переломов // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008\\_02\\_20.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008_02_20.pdf). С. 1-6.
- 172 Хвостова С.А. Реальное и идеальное "я" больных остеопорозом и с переломами в процессе их реабилитации // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008\\_02\\_19.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008_02_19.pdf). С. 1-6.
- 173 Хвостова С. А. Многофакторное исследование черт личности и типов акцентуаций характера у пожилых и старых людей, больных остеопорозом и с переломами, в процессе лечения по Илизарову // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008\\_02\\_05.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008_02_05.pdf). С. 1-8.
- 174 Хвостова С. А. Психологические и личностные критерии состояния больных остеопорозом и с переломами в процессе их реабилитации // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008\\_03\\_19.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008_03_19.pdf). С. 1-7.
- 175 Хвостова С. А. Психология личности больных остеопорозом и с переломами // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008\\_03\\_20.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008_03_20.pdf). С. 1-6.
- 176 Хвостова С. А. Профиль психологии личности больных остеопорозом и с переломами в процессе реабилитации по Г.А Илизарову // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008\\_03\\_21.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008_03_21.pdf). С. 1-5.
- 177 Хвостова С. А. Нейропсихология эмоций у больных остеопорозом и с переломами в процессе их реабилитации по Илизарову // Современ-

- ные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008\\_03\\_22.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008_03_22.pdf). С. 1-8.
- 178 Хвостова С. А. Психологическая помощь пожилым и старым людям, страдающим от остеопороза // Материалы IV Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии». – Москва : ЦИТО, ООО «Дизайн-студия А4», 2009. – С. 69-72.
- 179 Хвостова С. А. Психолого-эргономические исследования качества жизни больных остеопорозом и с переломами при лечении их по Илизарову // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008\\_02\\_11.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008_02_11.pdf). С. 1-.
- 180 Хвостова С. А., Свешников К. А. Фазы стресса после переломов костей скелета у больных остеопорозом // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008\\_02\\_08.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008_02_08.pdf). С. 1-4.
- 181 Хвостова С. А., Свешников К. А. Состояние гипофизарно-надпочечниковой и симпатoadреналовой систем после переломов у больных остеопорозом // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008\\_02\\_09.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008_02_09.pdf). С. 1-4.
- 182 Хвостова С. А., Свешников К. А. Роль гормонов и эндокринных желез в репаративном костеобразовании // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008\\_02\\_010.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008_02_010.pdf). С. 1-5.
- 183 Хвостова С.А., Свешников К. А. Взаимодействие психологических и физиологических механизмов в процессе адаптации пожилых и старых людей к остеопорозу с переломами // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008\\_02\\_17.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008_02_17.pdf). С. 1-7.
- 184 Хвостова С. А., Свешников К. А. Влияние гипербарической оксигенации на психофизиологические функции больных остеопорозом и с переломами // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008\\_02\\_12.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/02/2008_02_12.pdf). С. 1-5.
- 185 Хвостова С. А., Свешников К. А. Модель состояния психофизиологических функций больных остеопорозом и с переломами при реабили-

- тации по Г.А. Илизарову // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008\\_03\\_06.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008_03_06.pdf). С. 1-5.
- 186 Хвостова С. А., Свешников К. А. Взаимосвязь между состоянием адаптивных механизмов и минеральной плотностью костей скелета у больных остеопорозом и с переломами // Современные проблемы науки и образования. URL: [http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008\\_03\\_07.pdf](http://www.science-education.ru/download/2008/03/2008_03_07.pdf). С. 1-6.
- 187 Чутко Л. С., Фролова Н. Л. Психовегетативные расстройства в клинической практике. – Санкт-Петербург : Наука, 2005. – 175 с.
- 188 Швацара Й. Диагностика психического развития. – Прага, 1978. – 358 с.
- 189 Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. – Санкт-Петербург : Владос, 2008. – 368 с.
- 190 Шишков В. В. Практикум по психосоматике. – Санкт-Петербург : Ареал, 2008. – 166 с.
- 191 Шпак Л. В., Колбасников С. В. Выраженность тревожных расстройств и состояние кровообращения при гипертонической болезни // Терапевт. арх. – 1998. – Т. 70. – № 6. – С. 50-53.
- 192 Щербатых Ю. В., Ивлева Е. И. Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий. – Воронеж, 1998. – 282 с.
- 193 Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. – Санкт-Петербург : Ареал, 2008. – 256 с.
- 194 Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. – Санкт-Петербург, 1999. – 357 с.
- 195 Bain S. D., Bailey M. C., Celino D. L. High dose estrogen inhibits bone resorption and stimulated bone formation in the ovariectomized mouse // J. Bone Miner. Res. – 1993. – v. 8. – P. 435-442.
- 196 Chapuy M. C., Arlot M. E., Delmas P. D. Effect of calcium and cholecalciferol treatment for three years on hip fractures in elderly women // Br. Med. J. – 1994. – v. 308. – P. 1081-1082.
- 197 Civitelli R., Cheng S. L. Механизм действия иприфлавона на перестройку костной ткани // Ipriflavon Symposium. – Hong Kong, 1993. – P. 6-8.

- 198 Colditz G. A., Hankinson S. E., Hunter D. J. The use of estrogens and progestins and risk of breast cancer in postmenopausal women // *N. Engl. J. Med.* – 1995. – N. 332. – P. 1589-1593.
- 199 Dunbar H. N. Psychosomatic diagnosis. – N.Y. – London, 1986. – 316 p.
- 200 Elders P. J. M., Lips P., Netelbos J. C. Long-term effect of calcium supplementation on bone loss in perimenopausal women // *J. Bone Miner. Res.* – 1994. – v. 9. – P. 963-970.
- 201 Falkenborn M., Persson I., Terent A. Hormone replacement therapy and the risk of stroke // *Arch. Intern. Med.* – 1993. – v. 153. – P. 1201-1209.
- 202 Figley C. Trauma and its wake: the study and treatment of posttraumatic stress disorder / C. Figley. – N.Y. : Brunner – Mazel, 1985. – 453 p.
- 203 Ishiguro K., Nakagaki H., Tsuboi S. Distribution of fluoride in cortical bone of human rib // *Calcif. Tissue Int.* – 1993. – v. 52. – P. 278-282.
- 204 Kanis J. A., Gertz B. J., Singer F. Rationale for the use of alendronate in osteoporosis // *Osteoporosis Int.* – 1995. – v. 5. – P. 1-13.
- 205 Le Doux, J. Emotion, memory and brain // *Scientific American.* – 1994. – N 6. – p. 32-36.
- 206 Liev V., Kraus S., Levy I. Evidence that estrogens medulate activity and increase the number of 1,25 - dihydroxyvitamin D receptors in osteoblastlike cells // *Endocrinology.* – 1993. – v. 130. – P. 2597-2601.
- 207 Miyabo S. Physiological correlates of stress-induced cortisol and hormone releases in neurotic patients // *Psychosom. Med.* – 1979. – V. 41. – P. 515-523.
- 208 ÓHalloran D. J., Tsatsoulis A., Whitehouse R. W. Increased bone density after recombinant human growth hormone (GH) therapy in adults with isolated GH deficiency // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 1993. – v. 76. – P. 1344-1348.
- 209 Parkers M. B. Steroid and related receptors // *Curr. Opin. Cell. Bid.* – 1993. – v. 5. – P. 499-504.
- 210 Prince R., Devine A., Dick J. A randomised trial of the effects of calcium supplementation, as a tablet or milk powder, and exercise on bone density in women 10 years past the menopause // *J. Bone Min. Res.* – 1993. – v. 8. – Suppl.1. – P. 30-51.
- 211 Rasmussen H. Cell communication calcium ion and cyclic monophosphate / H. Rasmussen // *Science.* – 1970. – V.170. – P. 404-412.

- 212 Rice P. L. Stress and health / Rice P.L. /. Brooks Cole Publishing Company. Pacific Grov, California. – 1992. – 358 p.
- 213 Rico H., Revilla M., Hernandez E. R. Total and regional bone mineral content and fractute rate in postmenopausal osteoporosis treated with salmon calcitonin: a prospective study // *Calcif. Tissue Int.* – 1995. – v. 56. – P. 181-185.
- 214 Robinson R. Mapping brain activity associated with emotion / R. Robinson // *Am. J. Psychiatry.* – 1995. – V. 152. – P. 327-334.
- 215 Rodriguez C., Calle E. E., Coates R. J. Estrogen replacement therapy and fatal ovarian cancer // *Am. J. Epidemiol.* – 1995. – v. 141. – P. 828-835.
- 216 Seeman E., Meunier P., Santora A. C. Treatment of postmenopausal osteoporosis with oral alendronate // *Bone.* – 1995. – v. 16. – Suppl. 1. – 120 p.
- 217 Thompson J. G. The psichobiology of emotions. - New York : Plenum, 1988. – 441 p.
- 218 Watson P., Lazowski D., Han V. Parathyroid hormone restores bone mass and enhances osteoblast insulin-like growth factor-I gene expression in ovariectomized rats // *Bone.* – 1995. – v. 16. – P. 357-365.

## Заключение

Таким образом, на теоретическом и эмпирическом уровнях выделены многочисленные связи между эмоционально-волевой регуляцией и стрессом. Речь идет не только о том, что механизмы эмоционально-волевой регуляции помогают справиться со стрессом, но и о том, что сами волевые усилия могут быть стрессогенными. Выделены формы эмоционально-волевой регуляции, одна из которых связана, а другая не связана со стрессом. Стресс и эмоционально-волевая регуляция рассматриваются не как внешние по отношению друг к другу процессы, а как внутренне многообразно переплетенные на различных уровнях.

Волевая регуляция может быть выведена при помощи рефлексии на метаяровень. Основным механизмом рефлексивного выхода волевой регуляции выступает эмоция.

Эмоционально-волевая регуляция – это равновесие волевых и эмоциональных процессов, обеспечивающее деятельность и социальное взаимодействие в затрудненных и напряженных условиях, в ситуации преодоления трудностей и препятствий. Нарушение равновесия приводит к неэффективному функционированию эмоционально-волевой регуляции. Эмоциональные и волевые процессы, функционирующие в условиях дисбаланса, могут выступать в качестве антагонистов. Эмоции субъективно воспринимаются как препятствующие регуляции и нуждающиеся в подавлении. При этом затрачивается много усилий на поддержание баланса, что снижает эффективность регуляции. В условиях усиления дисбаланса продолжение активной деятельности и социального взаимодействия становится стрессогенным. В данном случае баланс нарушен в сторону волевых процессов, которые пытаются подавлять эмоции. Нарушение баланса возможно и в других вариантах, когда, например, ослаблены волевые процессы и эмоции выходят из под контроля. Это может приводить к разрушительному для личности и социального окружения поведению под влиянием эмоций. В регуляции деятельности эмоциональные и волевые проявления являются компонентами одной системы и разделение их возможно в целях теоретического анализа, который далее нуждается в теоретическом синтезе. В практическом отношении эмоциональные и волевые процессы разделить сложно, и не случайно в прикладных разделах психологии всегда принимался концепт эмоционально-волевой регуляции. Регуляция представляет динамическую сторону анализа. В структурном плане



можно говорить об эмоционально-волевой сфере личности. В данном случае то, что в динамическом плане выглядит как нарушение баланса, будет выступать в виде диспропорций этой сферы. Эмоционально-волевая сфера личности, представленная в терминах эмоционально-волевых качеств, представляет определенные типы. Типы представлены тем или иным набором качеств, сочетание которых формируется в процессе развития и является устойчивым личностным образованием. Единицей анализа эмоционально-волевой регуляции является волевой эпизод.

Эмоционально-волевая регуляция содержит в своей структуре неосознаваемые индивидом регуляторные компоненты, участвующие в качестве необходимых в ситуациях преодоления трудностей и препятствий на пути достижения цели. Это сближает понятие эмоционально-волевой регуляции с понятием синтетического процесса психики, обеспечивающего функционирование регуляторного контура в ситуации трудностей и напряжения. Наличие неосознанных компонентов разделяет понятие эмоционально-волевой регуляции и понятие волевой регуляции.

Рассмотрение эмоционально-волевой регуляции можно осуществлять не только на теоретическом, но и на практическом уровне, что позволяет анализировать безопасность социального взаимодействия в университете. В контексте социального взаимодействия и его безопасности рассматриваются стрессы и суицидальные намерения.

Эмоционально-волевая регуляция является синтетическим процессом психики, обеспечивающим регуляцию деятельности в ситуациях трудностей и препятствий на пути достижения цели, в котором эмоции занимают центральное положение.

Научное издание

Чумаков Михаил Владиславович  
Хвостова Светлана Анатольевна

**Эмоционально-волевая регуляция в контексте безопасности  
социального взаимодействия**

Монография

Редактор Л.П. Чукомина

---

Подписано в печать 26.10.18

Формат 60x84 1/16

Бумага тип 80 г/м<sup>2</sup>

Печать цифровая

Усл. печ. л. 9,38

Уч.-изд. л. 9,38

Заказ № 184

Тираж 100

---

Библиотечно-издательский центр КГУ.

640020, г. Курган, ул. Советская, 63/4.

Курганский государственный университет.