

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3-8
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ОШИБОК У ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	9-31
1.1 Понятие и виды когнитивных ошибок.....	9-16
1.2 Психологические предпосылки соматических заболеваний и хронического стресса.....	16-30
1.3 Выводы по теоретической главе.....	31
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КОГНИТИВНЫХ ОШИБОК У ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАК ФАКТОР ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА.....	32-47
2.1 Описание и организация этапов исследования.....	32
2.2 Описание и обоснование методик.....	32-36
2.3 Результаты исследования.....	36-46
2.4 Выводы по эмпирической главе.....	46-47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	48-49
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	50-56
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	57-75
Приложение А Табличное представление эмпирических данных....	57-64
Приложение Б Графическое представление эмпирических данных.	65-68
Приложение В Формы опросников и тестов.....	69-75

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

В последние десятилетия в теории и практике психологии повышен интерес к изучению влияния стресса на возникновение и течение психосоматических заболеваний в связи с их ростом во всем мире, а также к изменению значения психологических факторов деятельности человека, страдающего различными соматическими заболеваниями. В основном, это объясняется перенапряжением, обусловленным относительным несоответствием темпов развития научно-технического прогресса и социальной нестабильности с одной стороны, и, развитием и совершенствованием психологической адаптации человека, с другой стороны.

Актуальность выбранной темы научного исследования в области психологии объясняется и ростом психосоматических расстройств, которые, в свою очередь, являются одной из существенных медицинских и социальных проблем. Это относится как к «малым психосоматическим болезням», - неврозам, так и к «большим психосоматическим заболеваниям» - гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и другим. Состояние здоровья является важным компонентом благополучия личности и в целом качества жизни человека. Так, в настоящее время эпидемиология структуры тяжелых хронических заболеваний по Свердловской области у работающего населения охватывает самый широкий спектр болезней: заболевания эндокринной системы, сердечно-сосудистой, нервной системы и др.[42]. Очевидно, что профилактика и лечение подобного рода заболеваний и сопутствующих им когнитивных искажений, разрушающих

фундаментальные основы благополучия личности, является важной задачей.

Тяжелая болезнь сама по себе, причиняя физические страдания, ограничивая и изменяя привычный уклад жизнедеятельности, выступает в качестве многофакторного источника стресса. Поэтому, мы можем заключить, что тяжелое заболевание как установленный факт провоцирует стресс на уровне телесности, эмоциональной сферы и информационных процессов. Именно поэтому, изучение психологических особенностей лиц, страдающих хроническими заболеваниями, становится актуальной темой, позволяющей найти ответы на столь значимые вопросы, сформировать адекватное отношение человека к возникшему заболеванию, снять факторы риска, связанные с отказом от лечения, игнорированием наличия болезни, нарушениями режима в процессе лечения и реабилитации, что существенно ухудшает результативность медицинского воздействия.

Все сказанное свидетельствует об актуальности темы когнитивных искажений у лиц, страдающих соматическими заболеваниями и их взаимосвязи с хроническим стрессом, а также ее практической и теоретической значимости.

Научная проблема и степень ее разработанности

Исследованию психологических механизмов возникновения когнитивных искажений у людей посвящено большое количество работ в различных областях психологии, медицины и социологии. В нашем исследовании мы даем возможность расширить представления о вкладе когнитивных искажений в запуск циклического вытеснения значимых переживаний и формирования уязвимости личности к возникновению психосоматического

заболевания, о важности учета гендерных различий пациентов при организации лечебных и реабилитационных мероприятий, а также о роли хронического стресса при возникновении тяжелых соматических заболеваний.

Объект исследования – когнитивные ошибки.

Предмет исследования – когнитивные ошибки как фактор.

Цель исследования – выявить и описать взаимосвязь между типами когнитивных ошибок у лиц с соматическими заболеваниями и состоянием хронического стресса.

Задачи исследования – раскрыть теоретическую литературу по основам изучения когнитивных ошибок;

- подобрать методическую литературу по основам изучения когнитивных ошибок;

- доказать взаимосвязь между типами когнитивных ошибок у лиц с соматическими заболеваниями и состоянием хронического стресса.

Гипотеза исследования – мы предполагаем, что существует взаимосвязь между наличием когнитивных ошибок у лиц с соматическими заболеваниями и состоянием хронического стресса.

Теоретико-методологическая основа исследования

Теоретико-методологической основой исследования являются общетеоретические положения когнитивного подхода (А. Бек, А. Лазарус, С. Паттерсон, Э. Уоткинс и др.), главной концепцией которого состоит в том, что решающим для жизнедеятельности человека фактором является переработка информации, полученной из окружающей среды, ее синтезирования и планирования действий на основе этого синтеза.

А также использованы основные положения теории о стрессе Ганса Селье и Зигмунда Фрейда для определения провоцирующих

факторов возникновения заболеваний и необходимости установления взаимосвязей между когнитивными ошибками у лиц с соматическими заболеваниями и условиями, при которых пациенты подвержены возникновению или прогрессированию у них состояния хронического стресса.

Информационной базой исследования послужили данные, предоставленные ГАМУ СО «ОСЦМР «Санаторий Руш» г. Нижний Тагил Свердловской области.

Методы исследования

В ходе научно-исследовательской деятельности использовались следующие методы:

- *теоретические* (анализ, сравнение, обобщение - теоретической, методической и психологической литературы);
- *организационные* (сравнительный метод);
- *эмпирические* (опрос, тестирование) опросник методика «Стресс-ФИЭ» Ивановой Е.С. - для оценки преобладающего типа стресса и общего уровня его выраженности [24], методика «опросник когнитивных ошибок» Ивановой Е.С. – для оценки степени выраженности основных типов когнитивных искажений [25], методика «Торонтская алекситимическая шкала» [17] – для оценки уровня алекситимии и контроля психосоматического эффекта на возникновение и течение заболевания;
- *методы обработки данных* (методы количественного и качественного анализа).

Научная новизна работы

Научная новизна заключается в том, что в нашем исследовании были представлены психосоматические концепции возникновения соматических заболеваний и возможности влияния

на течение заболеваний (обострения, ремиссии) путем трансформации психологических структур.

Положения, выносимые на защиту

1. Тяжелое соматическое заболевание как установленный факт провоцирует стресс на уровне телесности, эмоциональной сферы и информационных процессов.

2. Как правило, любое соматическое заболевание сопровождается тем или иным видом когнитивных искажений.

3. Вклад алекситимии в формирование психосоматического компонента заболевания.

4. Важно учитывать различия мужчин и женщин как особенных выборок пациентов при организации лечебных и реабилитационных мероприятий.

5. Вклад когнитивных искажений в запуск циклического вытеснения значимых переживаний и формирования уязвимости личности к возникновению (обострению) психосоматического заболевания.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Полученные результаты в нашем исследовании вносят существенный вклад в понимание процессов формирования и разворачивания внутренней картины психогенных нарушений у лиц, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, с учетом их половой принадлежности. Данные, представленные в исследовании, могут использоваться работниками медицинских учреждений при оценке состояния пациента, в выстраивании стратегии взаимодействия, прогнозе ремиссии. Обоснованная совокупность диагностических методов может быть использована сотрудниками восстановительно-реабилитационных учреждений

подобной направленности при изучении динамики оздоровления пациентов.

Исследование имеет и теоретическое значение, акцентируя вклад когнитивных искажений в запуск циклического вытеснения значимых переживаний и формирования уязвимости личности к возникновению (обострению) психосоматического заболевания.

Практическая значимость данного исследования обусловлена тем, что выявление когнитивных ошибок на фоне различных психологических особенностей (личностные характеристики, специфика психоэмоциональной сферы, отношение к болезни) крайне важно для эффективной психокоррекционной работы в целях достижения скорого купирования заболевания (ремиссии).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ОШИБОК У ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

1.1 Понятие и виды когнитивных ошибок

В настоящее время ряд научных исследований по изучению когнитивных искажений (ошибок) проводились преимущественно в сферах когнитивной психологии, медицины, управления, экономики и образования в связи с повышенным интересом к изучению познавательной деятельности человека и к оценке объективной реальности.

Когнитивная психология - раздел психологии, изучающий когнитивные, то есть познавательные процессы человеческой психики. Исследования в этой области обычно связаны с вопросами памяти, внимания, чувств, представления информации, логического мышления, воображения, способности к принятию решений.

Когниция - это познавательный процесс или совокупность психических (ментальных, мыслительных) процессов – восприятия, категоризации, мышления, речи и пр., служащих обработке и переработке информации. Включает осознание и оценку самого себя в окружающем мире и построение особой картины мира – все то, что составляет основу для поведения человека. Когниция – все процессы, в ходе которых сенсорные данные трансформируются, поступая в мозг, и преобразуются в виде ментальных репрезентаций разного типа (образов, пропозиций, фреймов, скриптов, сценариев и т.п.), чтобы удерживаться при необходимости в памяти человека.

В 1972 году понятие когнитивного искажения было введено Даниэлем Канеманом и Амосом Тверски и исследовано в их научных трудах [65].

Когнитивное искажение понимаются как систематически повторяющееся эволюционно сформировавшееся отклонение в восприятии, поведении и мышлении, которое на ситуативном уровне обусловлено субъективным восприятием индивида, социальными, моральными и эмоциональными стереотипами, а также спецификой ограниченных возможностей человеческого мозга по приёму, переработке и репрезентации информации.

Когнитивные искажения могут быть представлены в виде *четырёх категорий*: когда много информации, когда не хватает смысла, когда быстро реагируем, когда вспоминаем и запоминаем.

Когнитивные искажения могут возникать из-за разных *причин*, в частности:

- «сбоев» в обработке информации (эвристика);
- «ментального шума»;
- ограниченных возможностей мозга по обработке информации;
- эмоциональных и моральных причин;
- социального влияния.

Когнитивные искажения возникают на основе дисфункциональных убеждений, внедрённых в когнитивные схемы, и легко обнаруживаются при анализе *автоматических мыслей*. Человек склонен создавать свою собственную «субъективную социальную реальность», зависящую от его восприятия, и эта субъективная реальность может определять его поведение в социуме. Поэтому, когнитивные искажения могут приводить к неточности суждений, нелогичным интерпретациям или к иррациональности в поведении в широком смысле слова. Результатом проявления когнитивных искажений может стать девиантное, ограниченное поведение или, наоборот, поступки в

отношении себя и общества, направленные на прогрессивное изменение окружающей действительности. Поэтому, и для психологов-консультантов, и для работников педагогических, медицинских и социальных учреждений, важно иметь представление о когнитивных искажениях и условиях их проявления.

Когнитивные искажения формируются на основе искажения *когнитивных схем*, концепт которых был создан Э. Л. Торндайком, а применительно к когнитивной науке о человеке был адаптирован в рамках общей семантики А. Коржибски [25].

Когнитивные схемы – это системы представлений об окружающей среде, формирующиеся на основе восприятия в памяти и сознании человека. По мнению А. Бека, представления человека определяются его установками и умопостроениями (схемами), сформированными в результате прошлого опыта. Эта схема определяет его реакцию на самые разные ситуации, даже те, что никак не связаны с его компетентностью.

Впервые *ошибочные действия* субъекта как специфический предмет научного психологического анализа, стали привлекать внимание исследователей, работающих в русле психоаналитической парадигмы. Так, Зигмунд Фрейд расценивал ошибки как эффекты, вызванные конфликтом между бессознательными интенциями и актуальными требованиями ситуации [60].

Вторая парадигма - когнитивный подход, при всех его принципиальных отличиях от психоаналитической идеологии, проблему объяснения ошибочных действий решает сходным образом, т.к. опирается на допущение о существовании неосознаваемого когнитивного механизма, ответственного за

совершение ошибок. Важно отметить, что когнитивисты ориентированы на поиск когнитивного смысла феномена осознанности, что придает проблеме ошибочных действий личностную окрашенность [25].

По мнению авторов, к *когнитивным ошибкам* относятся *ошибочные действия*, к которым приводят неосознаваемые процессы, в связи с чем для исправления ошибки субъекту необходимо ввести ее в сферу сознания [55]. При категоризации ситуаций и явлений носителями той или иной языковой картины мира можно обнаружить принципы, когнитивные механизмы, которые являются базисом для ошибочной категоризации, что также является показателем личностной окрашенности склонности субъектов совершать когнитивные ошибки.

Проведенный анализ литературы позволяет заключить, что авторы [3,60] выделяют *когнитивные ошибки* разного плана:

По характеру в сфере деятельности субъекта, их совершающего, можно выделить: *врачебные, переводческие, управленческие. По связи с различными жизненными ситуациями субъекта*: ошибки больных, учащихся различных категорий, лиц с разной степенью личностной или психофизиологической зрелости и т.д. *По связи с уровнем осуществляемой деятельности субъекта*: *речь, моторные операции, мышление, перенос навыка и т.д.*; *по связи с функционированием интеллектуальной сферы*: ошибки опознания образа, ошибки называния. При этом исследователи отмечают как собственно интеллектуальные затруднения, так и влияние личности испытуемого на возникновение ошибки: очевидно, что мыслительные процессы редко бывают децентрированными в полном смысле слова: личность и ее

эмоциональная сфера всегда опосредуют интеллектуальную продуктивность.

Практическое применение непосредственно в психологии *теории когнитивных ошибок* нашёл А. Бек [3] в когнитивной психотерапии депрессивных расстройств. Но впоследствии показания ее применения были расширены, она стала использоваться для лечения больных с фобиями, с навязчивыми расстройствами, психосоматическими заболеваниями, пограничными расстройствами, а также для оказания помощи клиентам с психологическими проблемами, не имеющими клинической симптоматики.

Согласно его положениям, *когнитивные искажения* лежат в основе реагирования на стимулы любого индивида. Согласно своим *когнитивным схемам*, в которых присутствуют те или иные искажения, индивид толкует ситуацию специфическим способом. Таким образом, эмоциональные и поведенческие реакции не являются прямыми или автоматическими ответами на внешние стимулы. Напротив, стимулы обрабатываются и интерпретируются внутренней когнитивной системой. Значительные расхождения между внутренней системой и внешними стимулами могут привести к психологическим расстройствам. В промежутке между внешним событием и определенной реакцией на него у пациентов возникают соответствующие *автоматические мысли*, которые часто отражают негативное отношение к прошлому, настоящему или будущему. Эти мысли специфичны и дискретны, возникают в укороченном виде, не являются следствием размышлений или рассуждений, относительно автономны и произвольны; при этом пациент считает их вполне обоснованными, даже если они

представляются окружающим нелепыми или противоречат очевидным фактам [43].

По мнению А. Бека, который считал, что представления и высказывания человека о себе, своих установках, убеждениях и идеалах информативны и значимы, что и стало основной идеей когнитивной терапии.

Главная *концепция когнитивной терапии* состоит в том, что решающим для выживания организма фактором является переработка информации. Мы не смогли бы выжить, если бы у нас не было функционального аппарата для приема информации из окружающей среды, синтеза ее и планирования действий на основе этого синтеза [1].

Когнитивные искажения являются примером эволюционно сложившегося ментального поведения. Так, некоторые из них выполняют адаптивную функцию, поскольку они способствуют более эффективным действиям или более быстрым решениям. Другие, по-видимому, происходят из отсутствия соответствующих навыков мышления, или из-за неуместного применения навыков, бывших адаптивными в других условиях.

На сегодняшний день можно выделить *свыше 200 видов когнитивных искажений* – от наиболее универсальных, проявляющихся в самых различных ситуациях и, по всей вероятности, относимых к стилевым характеристикам умственной деятельности индивида, до частных, связанных с конкретными ситуациями. Существование большинства когнитивных искажений было описано учёными, а многие были доказаны в психологических экспериментах.

Аарон Бек выделил некоторые основные *когнитивные искажения*, которые мы используем в данном научном

исследовании. Приведем подробный список этих искажений [3] с кратким описанием, которые в значительной мере обусловлены именно личностными особенностями индивида:

- **Произвольные умозаключения** — извлечение выводов в отсутствие подтверждающих фактов или даже при наличии фактов, противоречащих заключению.

- **Сверхобобщение** — умозаключения, основанные на единичном эпизоде, с последующей их генерализацией.

- **Избирательное абстрагирование** — фокусирование внимания индивида на каких-либо деталях ситуации с игнорированием всех остальных её особенностей.

- **Преувеличение и преуменьшение** — противоположные оценки самого себя, ситуаций и событий. Субъект преувеличивает сложность ситуации, одновременно преуменьшая свои возможности с ней справиться.

- **Персонализация** — отношение индивида к внешним событиям как к имеющим к нему отношение, когда этого нет на самом деле.

- **Дихотомичное мышление** («чёрно-белое» мышление, или максимализм) — причисление себя или какого-либо события к одному из двух полюсов, положительному или отрицательному (в абсолютных оценках). В психодинамическом ключе данный феномен можно квалифицировать как защитный механизм расщепления, что свидетельствует о «диффузности самоидентичности».

- **Долженствование** — чрезмерное фокусирование на «я должен» поступать или чувствовать определённым образом, без оценки реальных последствий такого поведения или

альтернативных вариантов. Часто возникает из-за навязанных в прошлом стандартов поведения и схем мышления.

- ***Предсказывание*** — индивид считает, что может точно предсказать будущие последствия определённых событий, хотя он не знает или не учитывает всех факторов, не может правильно определить их влияние.

- ***Чтение мыслей*** — индивид считает, будто точно знает, что по этому поводу думают другие люди, хотя его предположения не всегда соответствуют реальности.

- ***Наклеивание ярлыков*** — ассоциирование себя или других с определёнными шаблонами поведения или негативными типажам.

- ***Эффект статуса-кво*** – склонность принимать решения, которые приведут к сохранению текущего положения дел или к самым минимальным изменениям.

Все перечисленные *когнитивные искажения* являются операциональными, т.е. совершаются на самых ранних стадиях формирования суждения. Поэтому, мы будем рассматривать их как основные и универсальные, существенным образом влияющие на все последующие формы суждений, умозаключений, оценок. Следует отметить, что эти ошибки характеризуют различные стили общения, взаимодействия, коммуникации субъекта, формируя его образ личности в восприятии окружающих.

В целом, можно сделать вывод, что исследования *когнитивных искажений* имеют большое значение для когнитивной науки, социальной психологии, когнитивной психотерапии и поведенческой экономики, поскольку позволяют «выделить» психологические процессы, лежащие в основе процессов восприятия и принятия решений. Д. Канеман и А. Тверски также

утверждают, что изучение когнитивных искажений имеет большое практическое значение, в частности, в медицинской сфере [66].

1.2. Психологические предпосылки соматических заболеваний и хронического стресса

Благодаря работам У Кэннона и Г. Селье, стресс вот уже на протяжении века занимает лидирующие позиции в вопросах изучения воздействия окружающей действительности на человека и человеческого общества в целом, и его последствиях. Это касается как психологии, так и медицины, социологии и многих других наук.

Стрессом принято обозначать неспецифическую реакцию организма в ответ на любое неблагоприятное воздействие [49].

Выделяют 3 фазы стресса:

- реакцию тревоги, когда организм готовится к встрече с новой ситуацией;
- фазу сопротивления, когда организм использует свои ресурсы для преодоления стрессовой ситуации;
- фазу истощения, когда резервы организма катастрофически уменьшаются.

Первоначально Г. Селье выделял два вида стресса: положительный (эустресс) и отрицательный (дистресс) [50].

В настоящее время *стресс* (от англ. stress – давление, напор, нажим, напряжение) понимают, как неспецифическую (общую) реакцию организма на воздействие (физическое или психологическое), нарушающая гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма.

Под *категию стресса* попадают субъективные реакции, отражающие внутреннее психическое состояние напряжения и

возбуждения (эмоции, оборонительные реакции и процессы преодоления, разворачивающиеся во внутриличностном плане).

Объединяются *понятия стресса* как неспецифических черт психологических и физиологических реакций организма при сильных, экстремальных для него воздействиях, вызывающих интенсивные проявления адаптационной активности [13].

По мнению Л.А. Китаева-Смыка, наиболее адекватной трактовкой является *понимание стресса*, как неспецифических психологических и физиологических проявлений адаптационной активности при сильных, экстремальных для организма воздействиях, имеющих определенную значимость для человека [30].

Кроме того, по мнению Р. Лазаруса, *психологический и физиологический стрессы* существенно различаются между собой по особенностям воздействующих стимулов, по механизмам развития и характеру ответных реакций. Если *при физиологическом стрессе* происходит нарушение гомеостаза при непосредственном воздействии стимула на организм, а его восстановление осуществляется посредством висцеральных и нейрогуморальных механизмов, которые обуславливают стереотипичный характер реакций, то *психологический стресс* развивается в результате оценки значимости ситуации для субъекта, его интеллектуальных процессов и личностных особенностей [7].

По мнению Щербатых Ю.В. [63], который выделяет следующие *факторы, влияющие на развитие стресса*:

1) врожденные особенности организма и ранний детский опыт (генетическая предрасположенность; характер протекания беременности у матери; тип высшей нервной деятельности; ранний детский опыт).

2) родительские сценарии.

3) личностные особенности (характер человека и черты личности; уровень самооценки и направленность человека, его установки и ценности).

4) факторы социальной среды (социальные условия и условия труда; ближнее социальное окружение).

5) когнитивные факторы (уровень сенситивности; умение анализировать свое состояние и факторы внешней среды; прошлый опыт и прогноз будущего).

Определение стресса с психологической точки зрения звучит так: *стресс* - состояние напряжения — совокупность защитных физиологических реакций, наступающих в организме животных и человека в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов (стрессоров) — холода, голодания, психических и физических травм, облучения, кровопотери, инфекции и т. п.

В зависимости от вида стрессора и характера его влияния выделяют различные виды стресса, в наиболее общей классификации - *стресс физиологический* и *стресс психологический*. Последний подразделяется на *стресс информационный* и *стресс эмоциональный*.

Стресс информационный возникает в ситуациях информационных перегрузок, когда субъект не справляется с задачей, не успевает принимать верные решения в требуемом темпе — при высокой ответственности за последствия решений.

В качестве причин возникновения *эмоционального (психологического) стресса* могут выступать *стрессоры (стресс-факторы)* – внешние и внутренние факторы, в результате действия которых человек оказывается в стрессовом состоянии. При этом различные его формы — импульсивная, тормозная,

генерализованная — приводят к изменениям в протекании психических процессов, эмоциональным сдвигам, трансформации мотивационной структуры деятельности, нарушениям двигательного и речевого поведения. В медицине основной акцент в оценке сущности эмоционального стресса делается не на начальных состояниях, а на конечных фазах эмоционально-стрессового процесса, являющихся патогенетической основой многих заболеваний.

Актуальность исследований по изучению механизмов и последствий *эмоционального стресса* подчеркивается, практически, всеми ведущими специалистами, работающими в этой области, независимо от научного направления (психиатрами, психологами, физиологами). Так, А.М. Вейн еще более двух десятилетий назад писал, что «основные хронические текущие заболевания нашего времени возникают на фоне эмоционального неблагополучия, острого или хронического эмоционального стресса». В одной из последних монографий, посвященных индивидуальной устойчивости к стрессу, К. Судаков отмечал, что «на основе *эмоциональных стрессов* формируются психосоматические заболевания: неврозы, нарушение сердечной деятельности, артериальная гипертензия, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, иммунодефициты, эндокринопатии и даже опухолевые заболевания». Основными причинами возникновения этих нарушений становятся эмоциональное напряжение, межличностные конфликты в семье и напряженные производственные отношения и др. Эти факторы нарушают механизмы поддержания гомеостаза, сформировавшиеся в процессе эволюции. Если человек попадает в социальные условия,

когда его положение кажется ему бесперспективным, то может развиться реакция тревоги, чувство страха, неврозы и т. п.

При диагностике стрессовых состояний необходимо соотнести *объективные и субъективные параметры*.

К объективным критериям можно отнести следующие показатели стресса:

1. Физические симптомы (биохимические реакции, сердечно-сосудистые симптомы, и т.п.).

2. Поведенческие проявления (изменение пищевых привычек, курение, употребление алкоголя, наркотиков, медикаментов, а также изменения в уровне работоспособности человека, конфликты и споры).

3. Признаки психического неблагополучия (тревога и депрессия, усталость–апатия-скука, гнев-враждебность, бессонница и т.д.).

К субъективным критериям можно отнести следующие показатели стресса:

- ощущение потери контроля над собой;
- раздражительность, снижение настроения;
- повышенная утомляемость;
- переживание психического дискомфорта;
- наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны соматической системы организма;
- нарушение продуктивности познавательных функций.

Знание признаков стрессовых состояний, тонкая саморефлексия стрессовых изменений, а также наблюдательность за проявлениями стресса у других людей – первая ступень в управлении жизненными и профессиональными стрессами.

Стресс является составной частью жизни каждого человека. Весьма важно знать его стимулирующее, созидательное, формирующее влияние в сложных процессах работы и обучения. Однако стрессовые воздействия не должны превышать возможности человека — иначе может возникнуть ухудшение самочувствия и даже заболевания: соматические или невротические.

Следовательно, *хронический стресс* трактуется как постоянная психотравма личности в результате неблагоприятной окружающей среды; продолжительная активация адаптационных реакций организма под воздействием неблагоприятных факторов, осознание и переживание какого-либо недостатка, чувства ущербности; длительное дискомфортное состояние по различным значимым для личности причинам. Лицам с хроническим стрессом свойственна конфликтность.

Хронический стресс (от греч. *chronikos* – долговременный) – длящийся много времени, затяжной, постоянный. *Хронический стресс* не ограничен ситуацией воздействия стрессора. Реакции могут иметь место как до того, как исчезает воздействие стрессора, так и в последующей жизни.

Когда стресс перегружает психологические, физиологические, адаптационные возможности человека и разрушает защиту, он становится *травматическим*, т.е. вызывает психологическую тревогу.

Различия между исследованиями в области *стресса* и *травматического стресса* носят методологический характер. Так, большинство исследований травматического стресса сфокусировано на оценке взаимосвязи между травмой и вызванными ею расстройствами, а также оценки степени

травматогенности того или иного события в большей степени, чем на его стрессогенности.

Психологическая травма возможна, если:

- произошедшее событие осознаваемо, т.е. человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;

- пережитое разрушает привычный образ жизни.

Для более ясного понимания темы работы раскроем понятие *фактор* (в психологии) (от лат. factor – делающий, производящий) – причина, движущая сила какого-либо психического изменения, явления. Связь между действием фактора и его психического следствия близка к функциональной зависимости; связь же между условием и психическим явлением, на которое оно влияет, близка к вероятностной зависимости.

В условиях экономической и социальной нестабильности современное общество испытывает мощное негативное воздействие окружающей среды и далеко не всегда способно адаптироваться к имеющимся нагрузкам на человека.

Ни одна система не может постоянно работать в аварийном режиме. Человек постоянно находясь в состоянии хронического стресса испытывает физическое и психологическое истощение, а системы его организма и внутренние органы заболевают.

Психосоматика – (др.-греч. ψυχή— душа и σῶμα— тело), в широком смысле термин и направление в медицине и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний.

Соматические заболевания – это общее название различных заболеваний внутренних органов.

Психосоматические заболевания – это заболевания, в возникновении и протекании которых, решающую роль играют психологические причины: стрессы, негативные мысли и эмоции, внутренние конфликты, а также другие психологические факторы.

Так, в свое время, Зигмунд Фрейд исследовал психосоматические заболевания, что сформировало его теории о бессознательном уме и механизме защиты - вытеснении. К сожалению, при вытеснении проблемы в психосоматике не исчезают, а просто переходят на другой уровень. Проблемы, в итоге, трансформируются из социального уровня или психологического, на уровень нашей физиологии.

Психосоматические заболевания — это заболевания, причинами которых являются в большей мере психические процессы больного, нежели физиологические причины. В том случае, когда медицинское обследование не может обнаружить физическую или органическую причину заболевания, тогда болезнь может быть классифицирована как психосоматическая.

Согласно теории о психосоматике [61] *психосоматическое заболевание* является реакцией организма на психологические перегрузки и представляет собой одно из проявлений неспецифического адаптационного синдрома [49]. Позже Лазарус [36] в своей теории стресса подчеркивал, что психосоматическое заболевание возникает в результате взаимодействия личности и окружения. Выраженность расстройства определяется структурой личности (ценностями, мотивами, способностями).

В основе большинства психосоматических расстройств лежит расстройство психологического функционирования.

Причинами *психосоматических реакций*, по классификации американского психолога Лесли ЛеКрона, могут быть следующие причины:

1. *Конфликт* — к возникновению психосоматического симптома может привести внутренний конфликт между различными частями личности.

2. *Язык тела* — в некоторых ситуациях тело физически отражает его состояние.

3. *Мотивация или условная выгода* — к этой категории относятся проблемы со здоровьем, которые приносят определенную условную выгоду их обладателю.

4. *Опыт прошлого* — причиной болезни может стать травматический опыт прошлого, чаще— тяжелый детский опыт.

5. *Идентификация* — физический симптом может образовываться вследствие идентификации с человеком, имеющим подобный же симптом или заболевание.

6. *Внушение* — симптомы могут возникать посредством внушения, идея о собственной болезни принимается человеком на бессознательном уровне автоматически.

7. *Самонаказание*— в некоторых случаях психосоматическое заболевание выполняет роль не осознанного самонаказания, которое облегчает переживание вины, но и иногда существенно осложняет жизнь.

Многие медики и психологи убеждены, что соматических болезней практически не бывает — у всех наших болезней всегда есть две причины: физиологическая и психологическая.

Душа и тело (психика и соматика) — это единая система, где всё между собой очень тесно взаимосвязано. Любые сильные и

глубокие эмоциональные переживания неизбежно отражаются на физическом состоянии человека.

И напротив, плохое физическое самочувствие напрямую влияет на наше настроение, мысли и поведение. Телесное, на самом деле, неотделимо от психического. Иногда, тело выражает происходящие в нем физиологические процессы на языке чувств: страха, отчаяния, печали, радости.

По данным ВОЗ, из всех пациентов, обращающихся к врачам, процент психосоматических больных составляет от 38% до 42%.

В рамках классической психосоматической традиции к *психосоматическим заболеваниям* относят большинство хронических соматических расстройств, таких как:

- эссенциальная артериальная гипертензия;
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- ишемическая болезнь сердца;
- неспецифический язвенный колит;
- бронхиальная астма;
- нейродермит;
- инсулиннезависимый диабет второго типа;
- ревматоидный артрит;
- психосоматический тиреотоксикоз и других.

Одним из факторов риска возникновения психосоматических расстройств рассматривается *алекситимия*.

Термин *алекситимия* (а –отсутствие, lexis –слово, thymos-эмоция) был введен П. Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний – ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализацией и экспрессивной передаче[8].

Былкиной Н.Д. [8] было выявлено, что несоответствие между оценкой своих возможностей и уровнем притязаний способно играть немаловажную роль в запуске ряда патологических процессов, приводящих в итоге к развитию язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Этот результат подтверждает перспективность анализа механизмов активности личности в контексте психосоматической проблематики.

Чем хуже человек осознаёт и понимает свои эмоции, тем больше опасность их соматизации и превращения в различные психосоматические заболевания.

Рассмотрим вопрос взаимосвязи возникновения отдельных соматических заболеваний и стресса.

Медицинский подход начинает нормально работать только тогда, когда проблема прорабатывается на психологическом уровне.

Все люди реагируют на одни и те же нагрузки по-разному. У одних реакция активная, при стрессе успешность их деятельности продолжает расти до некоторого предела, а у других — пассивная, эффективность их деятельности падает сразу. От характера реакции зависят возникающие вследствие стресса заболевания.

Обобщение клинических материалов позволило врачам сделать вывод, что широкий круг воздействий, приводящих к стрессу, вызывает у людей преимущественно гипертоническую и язвенную болезни и некоторые другие формы сосудистой патологии с глобальными или локальными проявлениями (инфаркт, инсульт, стенокардия, сердечная аритмия, нефросклероз, спастический колит и др.).

Доказано, что у человека, постоянно подавляющего вспышки гнева, развиваются различные психосоматические симптомы.

Подавленный гнев способствует развитию ревматического артрита, крапивницы, псориаза, язвы желудка, мигрени, гипертонии, хотя и не является единственной причиной этих заболеваний. По словам академика К.М. Быкова, который писал, что печаль, которая не проявляется в слезах, заставляет плакать другие органы.

Психологи и психиатры установили зависимость между соматическими заболеваниями человека и его личностными особенностями, а также психологическим климатом, в котором он живет и работает.

Мощность органических изменений при стрессе определяется обобщенной оценкой ситуации, а она, в свою очередь, тесно связана с мерой ответственности человека за порученное ему дело. Признаки эмоционального напряжения, проявляющиеся в ответственных ситуациях, особо усиливаются в тех случаях, когда отсутствует физическая нагрузка.

Спектр болезней стресса довольно размыт. Одно и то же заболевание может оказаться результатом и стрессогенных факторов, и последствием других причин. Отрицательные стрессы могут объединяться по своим враждебным человеку воздействиям с другими причинами неблагополучного функционирования нервной системы. Такой альянс вредных воздействий особенно опасен, поскольку именно из-за него чаще всего наступает нездоровье человека.

В списке заболеваний, связанных со стрессами, доминируют *неврозы*, которые в свою очередь, способны привести к другим соматическим нарушениям.

Под неврозами понимается группа нервно-психических заболеваний, возникающих в основном вследствие длительных психических переживаний, перенапряжений при выполнении

чрезмерных по сложности и трудоемкости дел, недостаточного отдыха, сна, длительной внутренней борьбы, необходимости скрывать горе, гнева, страдания. Способствуют возникновению неврозов и внутренние болезни человека.

Невроз — функциональное состояние нервной системы, при котором резко возрастает чувствительность к сигналам от внешней и внутренней среды.

Повышенная чувствительность выступает как приспособительный механизм к недостатку информации, обеспечивая приток дополнительных сигналов, с помощью которых можно разрешить ситуацию. Вместе с тем она делает человека более восприимчивым к любым раздражителям и проявляется как излишняя плаксивость, нетерпеливость, взрывчатость, а также в виде болевых ощущений в ответ на сигналы из внутренней среды, которые ранее не воспринимались.

Невозможность внешнего проявления активности в целенаправленном действии и перенесение силы активности на внутреннее движение составляет один из основных факторов, определяющих вегетативные нарушения при неврозах. Поэтому существенным моментом снятия напряженности и облегчения состояния является обращение событий, т.е. изменение внутреннего движения на внешнее. Достижению этой цели могут способствовать все разновидности двигательной нагрузки.

Для одних людей более характерна активная реакция на стресс, для других — тормозная. При *активной реакции* мыслительные процессы могут измениться в сторону схематизации, обобщения ситуации с выделением главных аспектов приложения усилий. Гиперактивная, импульсная реакция, порождая суетливость и неоправданную спешку, приводит к

увеличению количества ошибок при сохранении или даже возрастании темпа деятельности. *Тормозная реакция* ведет к замедленному выполнению мыслительных операций, повышению инерционности при выработке новых навыков или переучивании.

Эмоциональное перенапряжение приводит к сужению объема внимания и ухудшению способности его переключения и распределения, тем самым оно затрудняет восприятие полного объема информации.

Не только недостаток информации ведет к эмоциональному перенапряжению, которое неблагоприятно сказывается на эффективности труда и состоянии здоровья человека, но и полная информированность, стереотипность ситуации, порождая чрезмерный автоматизм, привычность, монотонность, устраняя эмоции вообще, приводит к состоянию безразличия, скуки — тогда труд становится утомительным и его продуктивность падает. Следует иметь в виду, что любимая работа не вызывает быстрого утомления и реже приводит к переутомлению.

Необходимо также учитывать, что при сильном эмоциональном возбуждении человек неадекватно оценивает ситуацию: хороший прогноз становится еще более оптимистичным (головомучение от успехов), а плохой — еще более мрачным.

Только достаточная информированность позволяет правильно определить личную значимость внешнего события. Чем больше человек информирован по волнующему его вопросу, тем меньше вероятность эмоционального срыва. Отсюда следует, что необходимо увеличивать объем сведений о волнующей вас проблеме. Информированность должна быть разноплановой.

Таким образом, наиболее результативным является фактически сложившийся интегративный личностно-ситуационный

подход, который способствует пониманию отношений личности в целом и окружающей среды. Когнитивное оценивание и придание психологического значения ситуациям разного типа и уровня стрессогенности способны оказать влияние на выбор способов преодоления стресса и соответственно, на профилактику и лечение психосоматических заболеваний.

1.3 Выводы по теоретической главе

На основании проведенного анализа теоретической, психологической, учебно-методологической литературы следует, что:

1. Когнитивное искажение обусловлено субъективным восприятием индивида, социальными, моральными и эмоциональными стереотипами, а также спецификой ограниченных возможностей человеческого мозга по приёму, переработке и репрезентации информации.

2. Причиной возникновения когнитивных искажений могут стать патологические изменения физиологического состояния организма (заболевания).

3. Когнитивные искажения и алекситимия являются факторами, влияющими на развитие стресса и впоследствии, на патогенез психосоматических заболеваний.

4. Тяжелое заболевание как установленный факт провоцирует стресс на уровне телесности, эмоциональной сферы и информационных процессов.

5. Тот или иной спектр когнитивных ошибок у индивида зависит от разных причин, в том числе, гендерных различий.

6. Когнитивное оценивание и придание психологического значения ситуациям разного типа и уровня стрессогенности способны оказать влияние на выбор способов преодоления стресса

и соответственно, на профилактику и лечение психосоматических заболеваний.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КОГНИТИВНЫХ ОШИБОК У ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАК ФАКТОР ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

2.1 Описание и организация этапов исследования

Составление библиографии по теме магистерской диссертации, которая основывается на актуальных научно-исследовательских публикациях и содержит анализ основных результатов и положений, полученных ведущими специалистами в области проводимого исследования, оценку их применимости в рамках диссертационного исследования, а также предполагаемый личный вклад автора в разработку темы. Основу обзора литературы составляют источники, раскрывающие теоретические аспекты изучаемого вопроса (научные монографии и статьи научных журналов, авторефераты диссертаций и т.п.).

Организация и проведение исследования по проблеме, сбор эмпирических данных, их количественная и качественная обработка и интерпретация полученных результатов.

Написание научной статьи по исследуемой проблеме (научная статья одобрена научным руководителем и опубликована в сборнике «Психологическое благополучие современного человека» [46]).

2.2 Описание и обоснование методик

1. Методика «Стресс-ФИЭ» Ивановой Е.С.

Методика «Стресс-ФИЭ» - для оценки преобладающего типа стресса и общего уровня его выраженности [24]. Методика относится к группе самооценочно-симптоматических. При ее разработке из различных опросников были отобраны 35 наиболее характерных симптомов стресса, характеризующих его проявления на физиологическом, информационном, эмоциональном уровнях.

Утверждения, формирующие *субшкалу физиологического стресса*, представлены различными общесоматическими симптомами: головная боль, нарушения сна, ухудшение аппетита - всего 12 показателей.

Утверждения, входящие в *субшкалу информационного стресса*, характеризуют ощущение нехватки времени, информационной перегруженности, ухудшение памяти и мыслительных способностей — всего шесть показателей.

Утверждения и вопросы, входящие в *субшкалу эмоционального стресса*, выявляют различные негативные переживания: страх, тревога, раздражение, неуверенность, неудовлетворенность - всего 17 показателей.

Общий уровень стресса вычисляется путем суммирования показателей по всем трем субшкалам.

Оценка степени выраженности каждого симптома производится в соответствии со следующей шкалой: «никогда», «редко — примерно раз в полгода», «иногда — обычно раз в месяц», «часто - раз в неделю», «постоянно». При обработке результатов ответы испытуемого переводятся в числовую шкалу от одного до пяти баллов соответственно. Таким образом, теоретическое распределение показателей по данной методике находится в диапазоне от 35 до 175 баллов.

2. Методика «Опросник когнитивных ошибок»

Ивановой Е.С.

Опросник когнитивных ошибок – для оценки степени выраженности основных типов когнитивных искажений [25].

В результате анализа литературы выделяют следующие когнитивные ошибки, в значительной мере обусловленные именно личностными особенностями индивида:

1. Произвольные умозаключения – извлечение выводов в отсутствие подтверждающих фактов или даже при наличии фактов, противоречащих заключению.

2. Сверхобобщение – умозаключения, основанные на единичном эпизоде с последующей их генерализацией.

3. Избирательное абстрагирование – фокусирование внимания индивида на каких-либо деталях ситуации, наряду с игнорированием всех остальных её особенностей.

4. Преувеличение и преуменьшение – противоположные оценки самого себя, ситуаций и событий. Субъект преувеличивает сложность ситуации, одновременно преуменьшая свои возможности с ней справиться.

5. Персонализация – отношение индивида к внешним событиям, как к имеющим к нему отношение, когда этого нет на самом деле.

6. Дихотомичное мышление («чёрно-белое» мышление, т.е. максимализм) – причисление себя или какого-либо события к одному из двух полюсов, положительному или отрицательному (в абсолютных оценках). В психодинамическом ключе данный феномен можно квалифицировать как защитный механизм расщепления, что свидетельствует о «диффузности самоидентичности».

7. Долженствование – чрезмерное фокусирование на «я должен», стремление поступать или чувствовать определённым образом, без оценки реальных последствий такого поведения или альтернативных вариантов. Часто возникает из-за навязанных в прошлом стандартов поведения и схем мышления.

8. Предсказывание – индивид считает, что может точно предсказать будущие последствия определённых событий,

хотя он не знает или не учитывает всех факторов, не может правильно определить их влияние.

9. Чтение мыслей – индивид считает, будто точно знает, что по этому поводу думают другие люди, хотя его предположения не всегда соответствуют реальности.

10. Наклеивание ярлыков – ассоциирование себя или других с определёнными шаблонами поведения или негативными типажам.

11. Эффект статуса-кво – склонность принимать решения, которые приведут к сохранению текущего положения дел или к самым минимальным изменениям.

Следует отметить, что эти ошибки характеризуют различные стили общения, взаимодействия, коммуникации субъекта, формируя образ его личности в восприятии окружающих.

С целью оценки выраженности данных ошибок в условно здоровой выборке была разработана экспериментальная авторская методика – «Опросник когнитивных ошибок», включающий 88 утверждений (по 8 утверждений на каждый из перечисленных видов когнитивных ошибок), работая с которыми, испытуемые должны были выразить некоторую степень согласия/несогласия. В результате по каждому виду когнитивных ошибок испытуемые набирали определенный балл (показатель склонности к данному виду ошибок).

3. Методика «Торонтская алекситимическая шкала»

Торонтская Алекситимическая Шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS) – для оценки уровня алекситимии и контроля психосоматического эффекта на возникновение и течение заболевания [17]. Это клинический опросник, предназначенный для изучения такой личностной характеристики, как алекситимия,

закрывающейся в снижении или отсутствии способности к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений. Иногда в это понятие также включают низкую эмоциональную чувствительность в отношении других людей, низкую эмоциональную вовлечённость в обыденной жизни. Алекситимия является характерным признаком тяжелой стрессовой ситуации.

Первая версия опросника TAS-26 была разработана в 1985 году Грэмом Тейлором с соавторами (Graeme J. Taylor, D. Ryan, R. Michael Bagby), методика содержит 26 вопросов и одну шкалу. Русскоязычная адаптация сделана в НИПНИ им. Бехтерева. Шкала допускает теоретическое распределение результатов от 26 до 130 баллов. Алекситимичными считают испытуемых, набравших 74 и более баллов. Испытуемых, набравших от 62 до 73 баллов, относят к группе риска. Неалекситимический тип личности набирает 62 балла и ниже.

2.3 Результаты научного исследования

Цель научного исследования - выявить и описать взаимосвязь между типами когнитивных ошибок у лиц с соматическими заболеваниями и состоянием хронического стресса.

Исследовательская база

Исследование проводилось на базе ГАМУ СО «ОСЦМР «Санаторий Руш» города Нижний Тагил Свердловской области в период с ноября 2016 г. по май 2017 г. Экспериментальную выборку составили 104 человека: 50 мужчин и 54 женщины, в возрасте от 28 до 67 лет, средний возраст по выборке – 48,5 лет. В данный санаторий поступают лица, прошедшие стационарное лечение по основному заболеванию, с направлением на реабилитацию и не имеющие противопоказаний для санаторно-

курортного лечения. В анкете-паспортичке испытуемые сообщали о себе возраст, профессию, наличие/отсутствие психотравмирующего события, диагноз, с которым они поступали на реабилитационно-восстановительное лечение. Испытуемым предлагались 3 методики: «Стресс ФИЭ» Е.С. Ивановой – для оценки преобладающего типа стресса и общего уровня его выраженности; «Торонтская алекситимическая шкала» - для оценки уровня алекситимии и контроля психосоматического эффекта на возникновение и течение заболевания; «Опросник когнитивных ошибок» Е.С. Ивановой – для оценки степени выраженности основных типов когнитивных искажений. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке. Рассмотрим результаты этого этапа работы более подробно.

Методика «Стресс-ФИЭ»

Цель опросника – оценить преобладающий тип стресса и определить общий уровень его выраженности у испытуемых.

В результате обработки статистических данных, мы получили следующее, что в данной выборке низкий уровень стресса (35-70 баллов) отсутствует и у мужчин, и у женщин, что говорит о том, что все испытуемые находящиеся на реабилитации пребывают в состоянии хронического стресса. Средний уровень стресса (71-105 баллов) отмечен у 14 мужчин и у 19 женщин. Высокий уровень стресса (106-140 баллов) – у 33 мужчин и у 37 женщин – это наиболее выраженный показатель. Очень высокий уровень стресса (141-175 баллов) отмечен только у 3-х мужчин и у 1-ой женщины (таблица 1, приложение А). Степень выраженности и тип стресса у мужчин и женщин представлены в таблице 2 (приложение А).

В целом, по выборке высокий уровень стресса выявлен у 68,3% испытуемых (среднее значение по выборке 110,7 баллов при нормативе среднего уровня 105 баллов [32]).

Процентное соотношение показателей выраженности общего уровня стресса у мужчин и женщин мы можем видеть на диаграммах 1 и 2 (приложение Б). По полученным данным можно утверждать о том, что у женщин больше выражен общий уровень стресса, чем у мужчин.

Из полученных данных гистограммы 1 (Соотношение видов стресса в выборках мужчин и женщин, приложение Б) видно, что испытуемые мужчины и женщины в данной выборке испытывают физиологический стресс в равной степени. Можно сказать, что обе группы находятся в фазе истощения организма, когда уже произошли болезненные изменения, развивающиеся под действием неблагоприятных факторов.

Информационный стресс возникает в ситуациях информационных перегрузок, когда субъект не справляется с задачей, не успевает принимать верные решения в требуемом темпе, а также с недостатком психофизиологических возможностей человека воспринимать все возрастающие объемы информации. По данным результатам мы видим, что мужчины наиболее подвержены информационному стрессу, чем женщины. В то же время женщины наиболее эмоционально воспринимают ситуации угрозы, опасности, болезни и прочее, чем мужчины. Опасность повышенного эмоционального стресса состоит в том, что он может привести к изменениям в течении психических процессов, эмоциональным сдвигам, трансформации мотивационной структуры деятельности, нарушениям двигательного и речевого поведения.

Методика «Опросник когнитивных ошибок»

Цель опросника - оценить степень выраженности основных типов когнитивных искажений у испытуемых.

В результате обработки статистических данных, мы видим, что в данной выборке на гистограмме 2 (Виды когнитивных ошибок у мужчин и женщин, приложение Б) у мужчин и женщин из общей суммы когнитивных ошибок личности более выражены показатели: «произвольные умозаключения», «избирательное абстрагирование», «дихотомичное мышление», «долженствование», «наклеивание ярлыков». Следует отметить, что эти ошибки характеризуют различные стили общения, взаимодействия, коммуникации субъекта, формируя образ его личности в восприятии окружающих. В данном случае мы предполагаем, что когнитивные ошибки могут быть связаны с жизненной ситуацией субъекта – ошибки больных, находящихся на реабилитации, лиц с разной степенью личностной или психофизиологической зрелости.

В целом по выборке наиболее выражены показатели когнитивных ошибок, таких как «Произвольные умозаключения» (среднее значение 14,1 балла), «Избирательное абстрагирование» (среднее значение 13,6 балла), «Дихотомичное мышление» (среднее значение 13,4 балла).

В результате произведенных статистических процедур было доказано, что когнитивные ошибки совершаются человеком в силу течения определённых процессов не в когнитивной сфере, а в значительной мере как результат функционирования интегральной индивидуальности обследуемого субъекта; опросник демонстрирует разветвленную факторную структуру

исследуемых показателей, высокую степень согласованности пунктов.

Практическая значимость данного исследования обусловлена тем, что выявление когнитивных ошибок на фоне различных психологических особенностей (личностные характеристики, специфика психоэмоциональной сферы, отношение к болезни) крайне важно для эффективной психокоррекционной работы в целях достижения скорого купирования заболевания (ремиссии).

Методика «Торонтская алекситимическая шкала»

Цель опросника – оценить уровень алекситимии и контроля психосоматического эффекта на возникновение и течение заболевания у испытуемых.

Тип и уровень алекситимичности мужчин и женщин представлены в таблице 3 (приложение А). В результате обработки статистических данных, мы получили следующее, что наименьший индекс алекситимии (диаграмма 3, приложение Б) среди испытуемых составил 59 баллов, а наибольший – 87 баллов. Алекситимичных (74 балла и выше) было выявлено 96 человек из 104, что составляет 92,3%. Неалекситимичных (ниже 62 баллов) было всего 7 человек (6,7%), из них 3 – мужчины (2,9%) и 4 – женщины (3,8%). По нашим данным женщины страдают алекситимией (диаграмма 4, приложение Б) в большей степени (52,0%), чем мужчины (47,9%). В нашем исследовании был выявлен единственный случай пограничного уровня алекситимии (группа риска) у мужчины, что составляет 0,1 % от общего числа испытуемых.

В целом, по выборке более высокий уровень алекситимии – 92,3% обследованных (среднее значение 77,7 балла, тогда как при

показателе свыше 74 баллов авторы подчеркивают риск психосоматических заболеваний [17]).

Наличие у человека алекситимических особенностей способствует формированию чувства неуверенности в своих силах, бесцельности собственной жизни, ограничивает возможности адаптации. Под влиянием алекситимии личностные, ценностно-смысловые и эмоциональные механизмы саморегуляции остаются недостаточно сформированными, что может отрицательно сказаться на жизнедеятельности и реабилитации лиц с соматическими заболеваниями.

Полученные результаты характеризуют выборку, как находящуюся в состоянии высокого уровня стресса, который выражен и на физическом, и на эмоциональном, и на информационном уровнях, со значительными затруднениями в контактировании с собственными переживаниями и низкой способностью их осознавать и вербализировать, а также с выраженной склонностью к поляризации мыслительной деятельности, которая подвержена мнительности, готовности делать глобальные выводы по самым незначительным признакам, тенденцией игнорировать значимые факты и фокусироваться на субъективных признаках ситуации. Очевидно, что такой комплекс характеристик маркирует крайне низкий уровень благополучия личности человека с диагнозом тяжелого, хронического заболевания. Данный факт ставит под угрозу эффективность реабилитационных процедур и прогноз ремиссии в целом.

Рассмотрим более подробно показатели в подгруппах мужчин и женщин, т.к. авторы отмечают, что гендерные стереотипы воспитания существенно влияют на поведение и состояние больного [5;61].

С точки зрения математической статистики нас интересует вопрос, являются ли различия между этими выборками статистически достоверными (значимыми) или недостоверными (случайными). В нашем исследовании мы используем критерий достоверности различий между выборками – критерий Стьюдента. Он является параметрическим, т.е. основан на определении основных статистических показателей – средних значений в каждой выборке и их дисперсий, которые рассчитываются по стандартным формулам.

Вычисление различий между выборками мужчин и женщин по t-критерию Стьюдента показало, что в выборке мужчин с тяжелыми заболеваниями статически более высокие показатели эмоционального стресса ($t=2,22$) и стремление к поддержанию статуса-кво ($t=1,98$). Этот факт подтверждает имеющиеся в литературе данные о том, что мужчины более тяжело переживают факт болезни и с трудом принимают на себя роль пациента, нуждающегося в помощи и лечении [61]. Также в выборке мужчин заметно выше (различия проявляются на уровне тенденции), чем у женщин, показатели по когнитивным ошибкам «Персонализация», «Долженствование», «Предсказывание мыслей», «Наклеивание ярлыков». Полученные результаты обуславливают необходимость отдельного анализа корреляций в каждой группе с целью более глубокого анализа особенностей состояния когнитивно-эмоциональной сферы тяжелобольных.

Взаимосвязь когнитивных ошибок с показателями стресса и
алекситимии в выборке мужчин

Таблица 4

Показатель	произвольные умозаключения	сверхобобщение	избирательное абстрагирование	преувеличение/ преуменьшение	персонализация	дихотомичное мышление	долженствование	предсказывание	чтение мыслей	наклеивание ярлыков	статус-кво
Алекситимия	0,51		0,28		0,60	0,61	0,35	0,45	0,47	0,65	0,64
Стресс	0,56			0,30	0,47	0,56			0,35	0,54	0,57
Физический											
Информационный	0,52		0,38	0,44	0,43	0,47		0,28		0,52	0,56
Эмоциональный	0,58		-0,36	-0,30	0,60	0,74			-0,38	0,85	0,69

Как видно из представленных данных в таблице 4 (Взаимосвязь когнитивных ошибок с показателями стресса и алекситимии в выборке мужчин, приложение А), существует большое количество значимых и высоко значимых (выделены в таблице жирным шрифтом) взаимосвязей между алекситимией и когнитивными ошибками в подгруппе мужчин. Ранее мы обсуждали вопрос о том, что алекситимия является предиктором психосоматических заболеваний, при этом ее высокие показатели наблюдаются у 18% условно здоровой выборки лиц молодого возраста (до 35 лет) мужского населения РФ [25]. Высокие показатели алекситимии при обследовании лиц, получивших диагноз тяжелого заболевания, доказывает, что эта проблема остается крайне значимой. А выявленные взаимосвязи с когнитивными ошибками вносят вклад в понимание механизма развития заболевания, а именно: переживаемые эмоции не находят адекватного выражения в вербальной форме и соматизируются, при этом включаются защитные когнитивные механизмы,

позволяющие редуцировать значимость чувств, оставаться «в роли мужчины», выполнять предписания социокультурных стереотипов, используя случайные и субъективные признаки ситуации, чтобы продолжать избегать контакта с аффективной сферой. Каждый новый цикл, связанный с вытеснением и игнорированием значимых состояний, провоцирует нарастание соматических симптомов и, в конечном итоге, ведет к развитию тяжелого заболевания, которое у мужчин обычно манифестирует внезапно. Подтверждением этому заключению является тот факт, что не выявлено корреляций между физическим стрессом и когнитивными ошибками. Иными словами, соматические симптомы в выборке мужчин не осмысливаются, мистифицируются, вытесняются, остаются вне зоны осознаваемого проживания и переживания. Данный факт является крайне тревожным, т. к. выводит пациента из роли субъекта и ставит в положение пассивного объекта воздействия, который страдает, но не понимает причин или находит случайные объяснения источника своих страданий. При этом в выборке мужчин используется стратегия избирательного абстрагирования, преувеличения и чтения мыслей, чтобы снять симптомы эмоционального стресса, как показывают отрицательные корреляции по этим когнитивным искажениям. Иными словами, потенциал когнитивной сферы в выборке мужчин направлен на бегство от симптома и от переживаний, связанных с опознаванием симптомов болезни и факта ее наличия с последующими ограничениями и необходимостью выполнения предписаний врачей.

Рассмотрим результаты в подгруппе женщин.

Взаимосвязь когнитивных ошибок с показателями стресса и алекситимии в
выборке женщин

Таблица 5

Показатель	произвольные умозаключения	сверхобобщение	избирательное абстрагирование	преувеличение/ преуменьшение	персонализация	дихотомичное мышление	долженствование	предсказывание	чтение мыслей	наклеивание ярлыков	статус-кво
Алекситимия	0,27		0,59	0,42	0,35	0,37			0,27	0,39	
Стресс	0,27								0,30		
Физический			0,47	-0,27					0,43	0,30	
Информационный			-0,27			0,37		0,28			0,84
Эмоциональный	0,28				0,35	0,65	0,28		-0,30	0,88	0,72

Как видно из предоставленных данных таблицы 5 (Взаимосвязь когнитивных ошибок с показателями стресса и алекситимии в выборке женщин, приложение А) в выборке женщин, как и в выборке мужчин, алекситимия имеет большое количество значимых и высоко значимых (выделены жирным шрифтом) положительных корреляций с различными когнитивными ошибками. Таким образом, механизм формирования психосоматического компонента заболевания аналогичен и связан с циклическим вытеснением и соматизацией значимых переживаний, формирующими уязвимость и предрасположенность к тому или иному нарушению функционирования организма. При этом общий показатель стресса связан с произвольными умозаключениями и попыткой чтения мыслей окружающих, иными словами, хроническими попытками догадаться, что думают другие и случайными выводами, провоцирующими конфликты и разочарования. В отличие от подгруппы мужчин, у женщин выражена связь когнитивных ошибок и физиологического стресса,

при этом наблюдается тенденция по случайным признакам, нередко при попытке прочесть мысли врача, оперативно ставить себе диагноз, существенно преуменьшая значимость тех или иных симптомов. При этом с ростом информированности пациентки женского пола укрепляется ригидность позиции, растет стремление поддерживать статус-кво относительно своего актуального положения в обществе, полярность в оценке ситуации и попытки предсказывать перспективы лечения. Включение эмоциональных реакций приводит к еще большему закреплению в субъективно выбранной позиции, росту дихотомичности мышления, наряду с отказом от контакта и аутичности в осознании симптомов, процедур лечения и оценке своего состояния.

2.4 Выводы по эмпирической главе

В целом, можно сделать вывод, что внутренняя картина болезни в случае тяжелого хронического заболевания у мужчин отображает тенденцию к мистификации соматических симптомов и вытеснению рациональных, объективных признаков ситуации, активность в интеллектуализированной защите от осознания факта болезни. У женщин позиция разворачивается вокруг поддержания актуального статуса, что сопряжено с ростом аутичности, направленной на формирование собственного, чаще всего, субъективного и случайного понимания тяжести и последствий недуга.

Полученные результаты говорят о наблюдаемых процессах формирования и разворачивания внутренней картины психогенных нарушений у лиц, страдающих тяжелым соматическим заболеванием, с учетом их половой принадлежности. Эти данные необходимы врачам и

психологам реабилитационных учреждений при оценке состояния пациента, в выстраивании стратегии взаимодействия, прогнозе ремиссии.

Практическая значимость данного исследования обусловлена тем, что выявление когнитивных ошибок на фоне различных психологических особенностей (личностные характеристики, специфика психоэмоциональной сферы, отношение к болезни) крайне важно для эффективной психокоррекционной работы в целях достижения скорого купирования заболевания (ремиссии).

Исследование имеет и теоретическое значение, акцентируя вклад когнитивных искажений в запуск циклического вытеснения значимых переживаний и формирования уязвимости личности к возникновению психосоматического заболевания.

Таким образом, мы видим, что современные когнитивные исследования, как междисциплинарная область научного поиска, позволяют получать в кратчайшие сроки значимые результаты, востребованные в практической деятельности различных категорий специалистов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цель исследования состояла в том, чтобы выявить и описать взаимосвязь между типами когнитивных ошибок у лиц с соматическими заболеваниями и состоянием хронического стресса.

Задача научного исследования состояла в следующем, необходимо было доказать взаимосвязь между типами когнитивных ошибок у лиц с соматическими заболеваниями и состоянием хронического стресса.

На основании результатов нашего исследования можно сделать следующие выводы:

1. Когнитивное искажение обусловлено субъективным восприятием индивида, социальными, моральными и эмоциональными стереотипами, а также спецификой ограниченных возможностей человеческого мозга по приёму, переработке и репрезентации информации.

2. Причиной возникновения когнитивных искажений могут стать патологические изменения физиологического состояния организма (заболевания).

3. Когнитивные искажения и алекситимия являются факторами, влияющими на развитие стресса и впоследствии, на патогенез психосоматических заболеваний.

4. Тяжелое заболевание как установленный факт провоцирует стресс на уровне телесности, эмоциональной сферы и информационных процессов.

5. Тот или иной спектр когнитивных ошибок у индивида зависит от разных причин, в том числе, гендерных различий.

6. Когнитивное оценивание и придание психологического значения ситуациям разного типа и уровня стрессогенности способны оказать влияние на выбор способов преодоления стресса

и соответственно, на профилактику и лечение психосоматических заболеваний.

7. Вклад когнитивных искажений в запуск циклического вытеснения значимых переживаний и формирования уязвимости личности к возникновению психосоматического заболевания.

Интересен наблюдаемый нами факт «порочного круга»: возникновение заболевания у индивида способно возникать по причине хронического стресса, в то же время само являясь источником возникновения стресса, тем самым вызывая ухудшение состояния здоровья (обострение заболевания) больного. Таким образом, разрыв указанного «порочного круга» является одной из первоочередных задач медиков и психологов реабилитационных центров.

Выбранные методы исследования в данной работе считаем целесообразными и достаточными.

Считаем, что выдвинутая гипотеза доказана и поставленные в исследовании цель и задачи решены.

Необходимо определить перспективу последующей работы в данной направлении, включая разработку необходимых методик в соответствии с полученными результатами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баженова М.И. Эффекты алекситимии на показатели психосоматического неблагополучия. // Практическая психология, 2002. Т.5: Материалы регион. науч.-практ. конф. 28-30 марта 2002г. // Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2002. – С.8-10.
2. Бек А. и др. Когнитивная терапия депрессии // СПб: Питер. – 2003. – С.181-183.
3. Березин Ф.Б., Барлас Т.В. Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1994, Т. 94, №6, С. 38-43.
4. Березовская Р.А. Отношение менеджеров к своему здоровью как фактор профессиональной деятельности: автореферат дисс. канд. наук. СПб, 2001.
5. Бодров В.А. Информационный стресс: Учебное пособие для вузов. М.: ПЕР СЭ, 2000.
6. Бодров В.А. Психологический стресс: Учебное пособие для вузов. М.: ПЕР СЭ, 1995.
7. Былкина Н. Д. Алекситимия // Вестник Моск. Ун-та, сер. 14: психология. – 1995 - №1. - С. 43 - 54.
8. Валиуллина Е.В. Алекситимия- свойство личности. // в сборнике: Научные преобразования в эпоху глобализации: сборник статей Международной научно-практической конференции в 4-х частях.2017. С. 156-157.
9. Валиуллина Е.В. Беглость и гибкость мышления // в сборнике: Новые информационные технологии в науке: сборник статей Международной научно-практической конференции в 3-х частях.2017. С. 215-217.

10. Валиуллина Е.В. Мотивация и психологические свойства личности// в сборнике: Научно-технический прогресс: актуальные и перспективные направления будущего: сборник материалов III Международной научно-практической конференции в 2-х томах. 2016. С. 260-263.
11. Валиуллина Е.В. Самооценка и уровень воспринимаемого контроля// в сборнике: научно-методологические и социальные аспекты психологии и педагогики: сборник статей Международной научно-практической конференции в 2-х частях.2017. С. 81-83.
12. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. //-СПб: Питер, 2009-С. 336.
13. Горизонтов П.Д. Стресс. // БМЭ,1963-Т.31-С. 608-628.
14. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Концепция алекситимии. // Социально-психиатрический журнал, 2003-Т.13, № 1- С.128-145.
15. Глоссарий психологических терминов. Под. ред. Н. Губина.
16. Ересько Д. Б., Исурина Г. С., Кайдановская Е. В. И др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методич. пособие. – СПб: Изд-во науч.–иссл. психоневр. ин-та им. В. М. Бехтерева, 1994.
17. Есин Р.Г., Горобец Е.А., Галиуллин К.Р., Есин О.Р. Алекситимия – основные направления изучения // Журнал неврологии и психиатрии, 2014-№ 12. – С. 148-151.
18. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд., 2012.
19. Иванова Е.С. Взаимосвязь словаря эмоций с показателями дисгармоничности эмоциональной сферы. // Материалы 13-ой Междунар. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов-2006». Том 2- М.: Изд-во МГУ, 2006. - с.459-461.

20. Иванова Е.С. Взаимосвязь словаря эмоций с некоторыми особенностями эмоциональной сферы у старших школьников. // Культура, личность, социум: взгляд молодых психологов (в рамках Всероссийского гуманитарного форума «Сибирские Афины»). // Мат-лы Всерос. науч.-практич. конф. студентов и аспирантов / Под ред. С.А. Богомаза, Ю.В. Сметановой - Томск: «Аграф-Пресс», 2006. - с.63-66.
21. Иванова Е.С. Динамика показателей алекситимии и объема активного словаря эмоций у студентов-психологов. 12-ая Всероссийская научно-практическая конференция «Образование в России». Т.2. – Калуга: КГПУ им. К.Э. Циолковского, 2008. – С.219-222.
22. Иванова Е.С. Лонгитюдное исследование показателей алекситимии и объема активного словаря эмоций студентов-психологов. // Практическая психология: от фундаментальных исследований до инноваций. // Материалы 3-ей Междунар. научно-практ. конф. 10 октября 2008г. – Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г.Р. Державина, 2008. – С. 31-35.
23. Иванова Е.С. Стресс-ФИЭ: методика измерения основных видов стресса. // Психологическая диагностика. -2008.-№ 5.-С. 82-101.
24. Иванова Е.С., Ратникова Е.М., Томилов Е.В. Экспериментальная методика оценки когнитивных ошибок личности: данные пилотажного исследования. // В мире научных открытий: мат-лы XVIII Межд. научно-практ. конф. М.: Центр научной мысли, 2015. С. 42-47.
25. Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. СПб: Питер, 2004-С. 701.
26. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М., 1982.

27. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., 1985.
28. Карвасарский Б.Д. Области применения групповой психотерапии. // Групповая психотерапия. М., 1990.С. 12-77.
29. Китаев-Смык Л.А.- Психология стресса. Наука, 1983.
30. Кокс Т. Стресс - М: Медицина, 1981-С. 213.
31. Кондюхова Т.Н., Петанова Т.И. Влияние внутренней картины болезни на адаптацию инвалидов по зрению // Ананьевские чтения-2001: Тезисы научно-практической конференции СПб, 2001. С.163-165.
32. Конюхов Н.И. Прикладные аспекты современной психологии: термины, законы, концепции, методы, 1992 г
33. Краткий словарь когнитивных терминов. Сост. Е.С. Кубрякова, В.З. Демьянков, Ю.Г. Панкрац, Л.Г. Лузина. М., 1997.
34. Кристал Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма и алекситимия. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. – 800 с.
35. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования// Эмоциональный стресс/ Под ред. Л. Леви Л.: Медицина, 1970-С. 178-208.
36. Личко А.Е., Иванов Н.Л. Медико-психологическое обследование соматических больных // журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980, №8. С. 1195-1198.
37. Маклаков А.Г. Общая психология. СПб: Питер, 2001.
38. Михайлов А.Н., Ротенберг В.С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии. 1990 - №5.- С. 106-111.
39. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 84-93.

40. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности. // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1996. №2. С.8-18.
41. Основные итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения Свердловской области в 2016 году. Аналитический отчет / Министерство здравоохранения Свердловской области ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики». 2017. 26 с.
42. Панин Л.В. Биохимические механизмы стресса. Новосибирск, «Наука», 1983.
43. Петрова Н. Н., Коновалова А. В. Психотерапия в лечении психосоматических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им В. М. Бехтерева. - 2004. - Т. 1. - №3, С. 29 - 33.
44. Плотников Д.В. Психофизиологические основы поведения, составляющего фактор риска ИБС тип А. Курск, 1995.
45. Проворотов В. М., Чернов Ю. Н., Лышова О. В., Будневский А. В. Алекситимия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2000. - Т. 100. - №6. - С. 66 - 71.
46. Проворотов В. М., Будневский А. В., Кравченко А. Я., Грекова Т. И. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией // Кардиология. – 2001. - Т. 41. - №2. - С. 46 - 50.
47. Психология. Словарь / Под общ. Ред. А. В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Политиздат, 1990 – 494 с.
48. Селье Г. На уровне целого организма. //М.: Наука,1972-С. 122.
49. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. //М.: Медицина,1960 -С. 254.

50. Селье Г. Стресс без стресса. //М.: Прогресс,1979-С. 124.
51. Семенова Т.И. Ошибочные когниции сквозь призму языка //Вестник ИГЛУ-2010-№3(11) - С. 136-144.
52. Смулевич А.Б. и др. Психосоматические расстройства: клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. Т. 99. №4. С. 4-16.
53. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
54. Суворова В.В. Психофизиология стресса. -М.: Педагогика, 1975-С.318.
55. Сханов Р.А., Макаров А.В. Когнитивные ошибки и способы их исправления//Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Т. 15.-2013.-№2-2.-С. 413-416.
56. Украинцева Ю.В., Берлов Д.Н., Русалова М.Н. Индивидуальные поведенческие и вегетативные проявления эмоционального стресса у человека// Журнал высшей нервной деятельности-2006-Т.56, №2-С.183-192.
57. Украинцева Ю.В., Русалова М.Н. Психофизиологическая характеристика лиц с различной стрессоустойчивостью // Усп. физиол. наук-2006-Т.37, №2-С.19-40.
58. Урванцев Л.П. Алекситимия как фактор психосоматических заболеваний.
59. Франкенхойзер М. Эмоциональный стресс- М: Медицина, 1970-С. 365.
60. Фрейд З. Введение в психоанализ. – СПб: Питер, 1999.

61. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. // Ю.Г. Фролова. – Мн.: ЕГУ, 2003. 172с.
62. Хватова М. В., Юрьева Т. В. Состояние когнитивно–эмоциональной сферы как фактор психосоматического здоровья студентов // Валеология - 2003. - №2. – С. 39 - 43.
63. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых. — СПб: Питер, 2006. — 256 с.
64. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л., 1990.
65. Kahneman, Daniel. Representativeness Revisited: Attribute Substitution in Intuitive Judgment // Heuristics and Biases: The Psychology of Intuitive Judgment // Thomas Gilovich, Dale Griffin, Daniel Kahneman — Cambridge: Cambridge University Press, 2002. — P. 51–52. — ISBN 978-0-521-79679-8.
66. Kahneman, D., & Tversky, A. 1996. «On the reality of cognitive illusions». Psychological Review 103 (3): 582–591.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение А Табличное представление эмпирических данных

Общий уровень стресса у мужчин и женщин

Таблица 1

общий уровень стресса	средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень
мужчины	28%	66%	6%
женщины	35,2%	68,5%	1,9%

Степень выраженности и тип стресса у мужчин и женщин

Таблица 2

	физиологический	информационный	эмоциональный
мужчины	0,36	0,33	0,3
женщины	0,36	0,32	0,32

Тип и уровень алекситимичности у мужчин и женщин

Таблица 3

		мужчины	женщины
алекситимический	92,3%	47,9%	52%
неалекситимический	6,7%	2,9%	3,8%
группа риска неопределенный тип	0,1%	0,1%	

Взаимосвязь когнитивных ошибок с показателями стресса и алекситимии в выборке мужчин

Таблица 4

Показатель	произвольные умозаключения	сверхобобщение	избирательное абстрагирование	преувеличение/преуменьшение	персонализация	дихотомичное мышление	долженствование	предсказывание	чтение мыслей	наклеивание ярлыков	статус-кво
Алекситимия	0,51		0,28		0,60	0,61	0,35	0,45	0,47	0,65	0,64
Стресс	0,56			0,30	0,47	0,56			0,35	0,54	0,57
Физический											
Информационный	0,52		0,38	0,44	0,43	0,47		0,28		0,52	0,56
Эмоциональный	0,58		-	-0,30	0,60	0,74			-0,38	0,85	0,69

Взаимосвязь когнитивных ошибок с показателями стресса и алекситимии в
выборке женщин

Таблица 5

Показатель	произвольные умозаключения	сверхобобщение	избирательное абстрагирование	преувеличение/ преуменьшение	персонализация	дихотомичное мышление	долженствование	предсказывание	чтение мыслей	наклеивание ярлыков	статус-кво
Алекситимия	0,27		0,59	0,42	0,35	0,37			0,27	0,39	
Стресс	0,27								0,30		
Физический			0,47	-0,27					0,43	0,30	
Информационный			-0,27			0,37		0,28			0,84
Эмоциональный	0,28				0,35	0,65	0,28		-0,30	0,88	0,72

Таблица 6

Список сокращений

А	Алекситимический тип
ВОЗ	Всемирная Организация Здоровья
ГБ	Гипертоническая болезнь
ДОА	Деформирующий остеоартроз
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
НА	Неалекситимический тип
ОНМК	Острые нарушения мозгового кровообращения
СД-	Сахарный диабет
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ЭПС	Энцефалопатия дисциркуляторная
SD	Рассеянный склероз
TNM	Онкологическое заболевание