Титульный лист

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ТЕЛЕСНОГО ВОСПРИЯТИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ТЕЛЕСНОГО ВОСПРИЯТИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ.....8

1.1 Психологические особенности женщин в период менопаузы.....8

1.2. Специфика эмоциональных состояний женщин в период менопаузы. 18

1.3. Проблема телесного восприятия женщин в период менопаузы в психологической литературе.....31

ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ТЕЛЕСНОГО ВОСПРИЯТИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ.....36

2.1. Организация и методы исследования.....36

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования.....41

2.3. Программа психологической коррекции проблем эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы.....59

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....65

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....66

ПРИЛОЖЕНИЯ.....72

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования определяется тем, что период менопаузы вызывает дискомфорт, общество отрицательно относится к старению в целом, особенно у женщин, которые не всегда понимают свое состояние и не хотят смиряться с ним, что приводит к частым посещениям врачей, госпитализациям и социальной дезадаптации. Именно поэтому было принято решение провести данное исследование и разработать программу психотерапевтической коррекции с целью определения ее эффективности.

Старение организма часто приводит к более заметным последствиям, чем потеря детородной функции. Основными проблемами, связанными с менопаузой, являются психическое и психологическое состояние женщины (В.Н. Серов, 2002). В наше время молодость ценится выше зрелости, поэтому у части женщин менопауза, как свидетельство старения, вызывает тревогу и депрессию. (Coyne J.C., C. Pepper, H.A. Flynn, 1999).

Помимо непосредственных психических расстройств, возникающих в период менопаузы, у женщин повышается риск психических заболеваний (депрессии, неврозы) (Н.А. Тювина, 1996; Г.И. Завидовская, 2001), так как меняется психогенная переносимость, сексуальная активность, отношения с социумом, роль в семье, возникают проблемы одиночества.

В период менопаузы у многих женщин возникают отрицательные эмоциональные состояния, такие как тревожность и раздражительность. Специалисты связывают их с уменьшением уровня эстрогенов в организме, что является распространенным мнением в научном сообществе. Несмотря на широкое распространение мнения о связи между тревогой и менопаузой, ни одно из проведенных исследований не обнаружило конкретной связи между ними. На протяжении заместительной гормональной терапии эти состояния также не исчезают, как показали результаты исследований. терапии (U. Halbreich, 1997; В.Н.

Серов, 2002). В связи с этим возможно, что такие эмоциональные состояния являются следствием различных социальных факторов (P. Kielholz, 1983; Н.П. Смирнова, 1999; В.Н. Серов, 2002).

Этапы биологического развития женщины, такие как наступление менархе у подростков-девушек, репродуктивный опыт и появление менопаузы (Г. Г. Филиппова, Л. В. Харланова, D. A. Blyth), тесно связаны с образом ее тела и, частично, определяют его. Однако, все элементы физиологического опыта женщины преобразуются под влиянием социокультурных факторов, и поэтому важно рассматривать ее психосоматическое развитие, которое заключается в эволюции физиологических этапов в условиях современного социокультурного контекста. Уникальный образ тела женщины формируется на основе ее индивидуального опыта, который в то же время изменяется под влиянием социокультурных стандартов. Чтобы раскрыть механизмы развития этого образа на разных этапах жизни, необходимо применять разные подходы в изучении проблемы. В рамках телесно-ориентированных концепций (М. Фельдекрайз, В. Райх, А. Лоуэн) акцентируется единство тела и души, а в психоанализе (А. Адлер, Э. Эриксон, H. Deutsch) – объектные отношения и теории привязанности (М. Эйнсворт, Дж. Боулби, М. Кляйн). Кроме того, в решении проблемы телесности могут помочь когнитивно-бихевиоральный подход (S. Grogan, R. M. Gardner, B. K. Mendelson) и результаты феминистских исследований (S. Sanders, S. Satinsky, N. Piran, S. Bardzell).

За последние 15 лет позитивная психология (M. Seligman, M. Tiggemann, T. L. Tylka, K. Holmqvist Gattario), основанная на гуманистической психологии и когнитивно-бихевиоральных и феминистских концепциях, стала очень популярной в психологических исследованиях. В области телесности ее применение началось с работ T. F. Cash. В России же для решения проблематики, связанной с образом тела, в последние десятилетия успешно используется культурно-исторический

подход (Г. А. Арина, Ю. П. Зинченко, В. В. Николаева, А. Ш. Тхостов). Однако вопросы, касающиеся исследования образа тела в неклинических выборках, а также описания социокультурных факторов и психолого-образовательных механизмов их формирования, разработки технологий формирования позитивного образа тела - все это было поднято только в последнее десятилетие и требует теоретического обоснования и проведения экспериментальных исследований.

Объект исследования: психологические особенности женщин

Предмет исследования: особенности эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы.

Цель исследования: изучить особенности эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы.

Задачи исследования:

- провести анализ теоретических основ изучения проблемы эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы;

- изучить специфику эмоциональной сферы женщин в период менопаузы;

- в ходе эмпирического исследования определить и проанализировать особенности эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы;

- разработать программу психологической коррекции проблем эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы. (Программа изложена в Приложении – после списка Литературы.)

Степень разработанности проблемы. История тела стала интересной темой для исследования в различных гуманитарных областях, включая медицинскую антропологию. Однако, каждая теория уникальна и несхожа с другой по своему содержанию. Например, одни ученые

рассматривают тело как объект истории сексуальности (М. Фуко), другие - как объект истории психологии тела (В. Шкуратов), а третьи - как объект истории анатомических и физиологических исследований (Г. Глязер).

В любой сфере человеческой деятельности тело является неотъемлемой частью - оно участвует в каждом нашем действии. Природа тела, закономерности его изображения и представления, сущность тела и телесности активно обсуждаются на научных конференциях, отражаются и описываются в научных публикациях различных междисциплинарных областей. Множество научных работ посвящены феномену телесности в рамках философии, социологии, культурологии и психологии. Феномен телесности представляет собой сложную и многомерную проблему, что повышает сложность его изучения и описания [14].

В советской науке до конца XX века человеческое тело было рассмотрено лишь как природная данность, привлекающая внимание только медицины и биологии. В своей работе "Мужское тело в истории культуры" (2003) И.С. Кон указал на «бестелесность» в советской науке. Проблема телесности была затронута только в рамках философских вопросов о соотношении духовного и материального, а также в разрезе истории искусства и физической культуры в области гуманитарных и общественных наук [2].

Предметом детального изучения во многих научных областях является человеческое тело: как анатомия, физиология, биомеханика, антропология, сексология, гигиена и т.д. [1,5]. Текущие исследования телесности отражают целый ряд вопросов: к примеру, статус телесности; проблему телесности в контексте истории; «телесные схемы» в психоанализе с учетом идей З. Фрейда; соотношение телесного и духовного в психологии и психотерапии [8]. Существует два подхода к изучению телесности: социокультурный и экзистенциальный-феноменологический. Социокультурный подход рассматривает телесность

как социокультурный феномен с определенными значениями, смыслами и культурными функциями. Наряду с изменениями в отношениях между полами и борьбы против подчиненного статуса женщин, социокультурные аспекты человеческой телесности привлекают все большее внимание. В рамках психофизиологии и психологии были проведены эмпирические исследования тела, разработаны телесные техники для целей психотерапии, что сделало человеческую телесность более интересной для ученых и широкой общественности [8].

Согласно В. И. Кудашову (2014), сегодня необходимо проводить не только дифференцированный анализ тела как объекта и субъекта, но и уделять внимание интегративному анализу его различных качеств, состояний и способностей, которые объединяются в феномен телесности. При этом невозможно рассматривать человеческое тело изолированно от памяти, мышления, духовности, сознания и других составляющих [8].

В основу исследования положены следующие фундаментальные **теоретико-методологические положения**, принципы и подходы отечественной и зарубежной психологии: принцип единства сознания и деятельности (Б. Г. Ананьев, П. Я. Гальперин, В. П. Зинченко, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн); принцип системной детерминации и структурной организации психических явлений (Б. Г. Ананьев Л. С. Выготский, В. А. Ганзен, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия); деятельностный подход в психологии развития (А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн); культурно-историческая концепция (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия); преломление культурно-исторической концепции в рамках психологии телесности (Г. А. Арина, В. В. Николаева, П. Д. Тищенко, А. Ш. Тхостов); идеи о социальной природе человека (Б. Г. Ананьев, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн); теория психосоциального развития личности (Э. Эриксон); биоэкологическая концепция развития человека (U. Bronfenbrenner) и модель образа тела подростка в контексте культуры (K. Holmqvist Gattario).

Выборку составили 90 человек в возрасте от 27 до 65 лет, представленными тремя группами:

- первая экспериментальная группа – женщины репродуктивного возраста 30±3 года;

- вторая группа – женщины с установленным диагнозом – менопауза и климактерическое состояние у женщины в перименопаузальной фазе климактерия в возрасте 42-55 лет;

- третья группа – женщины с установленным диагнозом – менопауза и климактерическое состояние у женщины в поздней постменопаузальной фазе климактерия в возрасте 61-65 лет.

Исследование проводилось в несколько этапов в период с _____ по _____ 2023 год.

Для решения поставленных задач использовались такие организационные методы, как эмпирические методы – тестирование; качественные и количественные методы обработки данных; интерпретационные методы. Методическое обеспечение исследования включало следующие методики: 1. методика для оценки личностной и реактивной тревожности Ч. Спилбергера-Ю. Ханина; 2. методика М. Люшера; 3. методика для оценки менопаузального индекса Куппермана; 4. методика для оценки вегетативного индекса Кердо, опросник «Диагностика телесного Я» (автор И.В. Лыбко).

Методы математико-статистической обработки данных, использованные в работе: анализ описательных статистик, методы сравнительной статистики – критерий различия Стьюдента для независимых выборок; корреляционный анализ с использованием коэффициента линейной корреляции Пирсона.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ТЕЛЕСНОГО ВОСПРИЯТИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

1.1. Психологические особенности женщин в период менопаузы

Менопауза - этап физиологического старения женщины, который характеризуется целым комплексом негативных проявлений, связанных с вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями, изменениями психоэмоциональной сферы и когнитивной функции. Прогрессирующее снижение функции яичников и инволютивная перестройка всего организма также играют свою роль. Несмотря на общие механизмы развития, клинические проявления менопаузы достаточно индивидуальны, а степень их выраженности зависит не только от гормональных изменений, но и от внешних факторов, таких как условия жизни, состояние здоровья, социальное функционирование и субъективное восприятие старения.

Наиболее важным индикатором общественного здоровья является продолжительность жизни. Рост популяции пожилых людей, который мы наблюдаем в последние десятилетия, связан с улучшением условий жизни, состояния здоровья населения и уровнем развития здравоохранения [Seltzer J.A., 2019]. К 2050 году ожидается увеличение числа людей в возрасте 60 лет и старше с 11% до 22%. Старение влияет на все аспекты жизни человека, поэтому особое внимание уделяется решению потребностей и принятию соответствующей политики для улучшения физического, социального и психического статуса пожилых людей. [Cheng WL., 2019, Heidari M. et al., 2019].

Фрейд, не смотря на то, что не писал о менопаузе, имел целый ряд ссылок по данной теме. Фрейд, последовательно рассматривая климакс как источник психологического стресса для женщин из-за «запруды либидо»,

писал об «ужасе перед старением, к которому приводит менопауза», которое особенно остро ощущалось при внезапно возросшем либидо[7]. В 1917 году Фрейд связывает возникновение тревожных расстройств со значительным увеличением выработки либидо во время менопаузы, что делает данную тему более актуальной.

Зигмунд Фрейд, описав женщин в период климактерия, называет их «властными, раздражительными и враждующими». Именно в это время они проявляют садистские и анальные эротические черты, которыми не обладали в период «женственности». Ханна Дойч изучает климакс в своих научных работах, рассматривая его как одну из стадий женского развития. Она утверждает, что климакс является травмой и распространенным состоянием у женщин, потому что женщины являются сексуальными существами: «Последнее «травматическое событие» женщины как сексуального существа — климакс — стоит под знаком не поддающейся исправлению «нарциссической обиды» [2, с. 90] . По ее мнению, течение менопаузы полностью определяется превратностями либидинозного развития. По мнению Х.Дойч: «Климакс представляет собой «фазу обратного развития» в судьбе либидо, регрессивное движение к покинутым инфантильным позициям либидо».

Х. Дойч проводит параллель между менопаузой и половым созреванием, утверждая, что в этот период женщина вытесняет маскулинность, но без достижения компенсаторного развития вторичных половых признаков, что приводит к прекращению возможности генитального катексиса и сублимации либидинозного влечения. Про климактерический период Х. Дойч отмечает: «Все, что было дано женскому существу в период полового созревания, забирается обратно» [2, с. 93] . Она полагает, что, поскольку генитальный катексис больше невозможен, либидо будет вынуждено «идти в обратном направлении и искать более ранние позиции» [2, с. 92] , но не без напряженной борьбы за

сохранение генитального катексиса. Годы между началом менопаузы и окончательным прекращением менструации рассматриваются как время борьбы. Автор полагала, что процесс менопаузы воспринимается женщиной как «тяжелый нарциссический удар», который «увеличивает нарциссическое либидо» и инициирует борьбу женщины за «приобретение полового созревания, которое сейчас начинает исчезать» [2, с. 91] . Х. Дойч описывает обратное вынужденное продвижение либидо к более ранней стадии, чтобы удовлетворить «нарциссическую потребность быть желанной и любимой», вызванную утраченной возможностью и трудностью поиска объекта. «Либидо возвращается в фаллическую фазу с повторным катексисом для клитора. На этом этапе, «характеризующемся вагинальным разочарованием», женщина в период менопаузы уходит от реальности к фантазии.

По словам Х. Дойч, женщины, которые успешно преодолели Эдипов комплекс и пережили половое созревание, имеют все шансы справиться и с менопаузой. В противном случае, в их фантазиях об отце появляется образ сына, что является проявлением кастрационного комплекса. Стоит отметить, что такие изменения личности как подражательность, склонность к депрессии и тревожность, которые возникают при отступлении к более ранним позициям, оказывают «негативное влияние на женский нарциссизм»[2].

Т. Бенедек, в свою очередь, рассматривает вопрос о менопаузе с точки зрения Эго-психологии. Менопауза по ее мнению является «фазу развития, ... прогрессивную психологическую адаптацию к регрессивному биологическому процессу» [16] . По мере снижения выработки гормонов эмоциональные потребности становятся асексуальными и женщина может освободиться от подсознательных энергий, интегрировав свою личность.

Важно отметить, что до открытия активного гормона яичников эстрогена в 1920-х годах, научное понимание менструации и

климактерического периода у женщин было недостаточным. По мнению Т. Бенедек, чтобы понять климактерический период, нужно обратить внимание на аспекты полового созревания, включая реакции на первый менструальный цикл – менархе[8].

Физиологические различия между полами наиболее заметно проявляются в момент наступления менструации. Девушка, испытывающая ее впервые, обнаруживает у себя орган, о котором до этого не знала, и понимает его будущие функции в процессе беременности и родов. Однако, менструация всегда ассоциировалась с кровавыми выделениями и отнюдь не вызывала радость. Во всех культурах ей было уделено особое внимание и часто она окружалась мистическим страхом, вызванным ее болезненностью и кровоизлиянием[6]. Антропологические исследования свидетельствуют, что в почти всех сообществах мужчины испытывали страх перед менструирующими женщинами. Этот страх нашел выражение в различных табу и обычаях, что безусловно повлияло на отношение девушек к месячным.

Необходимо помнить, что психосексуальное развитие женщин является гораздо сложнее, чем у мужчин, поскольку для них сексуальность имеет более широкий спектр функций, включая адаптацию к боли. Боль - это важный аспект психосексуального опыта женщин, который может усиливаться вторичным мазохизмом или ослабевать благодаря естественному либидозному процессу. Какой путь развития выберет девушка, зависит от многих факторов, включая личность матери, ее эмоциональную и социальную ориентацию на женские функции. Через процесс идентификации девушка формирует свое отношение к себе как к женщине, что определяет ее реакцию на возникновение менструации и болезненных ощущений в женских половых функциях.

Соблюдение психической и физической гигиены является важным шагом в предотвращении травм месячных. Тем не менее, процесс

психосексуальной интеграции концепции зачатия в личности является сложным и продолжительным, часто не завершающимся во время подросткового периода. Новый импульс к этому процессу придает завершение половой функции в форме зачатия, беременности и родов. Изучение предменструальной фазы цикла, то есть эмоциональных переживаний, сопровождающих физиологическое понижение выработки гормонов, может стать ключом к пониманию физиологии и патологии климакса, как утверждает Т. Бенедек [11].

Характер и тяжесть предменструальных симптомов имеют прогностическое значение в отношении климакса, однако, к счастью, такая ситуация обычно является патологической. Предменструальные симптомы возникают у большинства женщин, но с прогрессом психосексуального созревания они обычно становятся менее выраженными. Реакция женщины на изменения, вызванные менопаузой, зависит от ее психического развития и социокультурных факторов. Устоявшиеся стереотипы могут играть решающую роль в определении ролей и целей, к которым женщина стремится. Исследования женщин, переживающих климактерический период, показывают, что они нередко пытаются отрицать телесные изменения и аффективные реакции, связанные с менопаузой. Изменения в образе тела сильно влияют на психическую составляющую женщины, даже при использовании Менопаузальной Гормональной Терапии (МГТ), которая облегчает физиологические симптомы.

Физиологические изменения, связанные с возрастом, становятся существенной проблемой для женщин, особенно на этапе менопаузы, который является критическим периодом, ведущим от фертильности к бесплодию. Ежегодно, этот период переживают более 500 миллионов женщин в возрасте от 45 до 55 лет, а число этой категории людей достигнет 1,2 миллиона к 2030 году [Smail L. et al., 2017]. И хотя средняя

продолжительность жизни женщин во всем мире увеличивается, достигая 78 - 80 лет, возраст начала менопаузы за последний век остался практически неизменным: 48 - 50 лет. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения, к 2030 году около 1,2 миллиарда женщин превысят 50 лет, что означает, что около трети их жизни будет связана с периодом менопаузы [Taebi M. et al. 2018, Wang X. et al., 2019].

Период менопаузы - это неотъемлемый этап естественной эволюции, который проходят все женщины по мере старения, независимо от расовой принадлежности, цвета кожи и социально-демографических факторов.

Недостаток половых гормонов вызывает гормональные изменения в организме, что приводит к снижению качества жизни и появлению характерных симптомов в период менопаузы [Добрынина И.С. с соавт. 2015, Potter B. et al., 2018]. Были найдены доказательства того, что эстрогены благодаря рецепторам и сигнальным каскадам активируют протеомные и геномные ответы клеток-мишеней и тканей, регулируя важные функциональные процессы между системами организма, контролируя рост, пролиферацию и дифференцировку клеток, а также влияя на реализацию клеточных функций. Эффекты эстрогенов осуществляются через два основных класса рецепторов: первый класс включает факторы ядерной транскрипции ERα и ERβ, кодируемые генами ESR1 и ESR2, второй состоит из мембранных рецепторов, связанных с G-белками (GPER) передачи внутриклеточного сигнала, включая GPR30, ER-X и Gq-mER [Alperin M. et al., 2019]. Рецепторы к эстрогенам широко представлены в ЦНС, особенно в областях мозга, участвующих в памяти и исполнительных функциях. При этом изоформа ERβ, экспрессируется главным образом в коре головного мозга и гиппокампе, тогда как передача сигналов через ERα представлена преимущественно в холинергических нейронах базального переднего мозга [Gava G. et al., 2019].

Системы нейротрансмиттеров, такие как ацетилхолин, серотонин и

норадреналин, играют важную роль в осуществлении основных функций эстрогенов. Взаимодействие между ними поддерживает нейротрофические и нейропротективные свойства, улучшает работу митохондрий, обеспечивая выработку аденозинтрифосфата (АТФ) и дыхание митохондрий. Благодаря этим процессам, наблюдается усиление синаптической пластичности, рост нейритов и нейрогенез гиппокампа, повышение защиты нервной системы и антиоксидантного эффекта. Кроме того, эстрогены оказывают влияние на познание и память, сон, настроение, болевые ощущения и когнитивные функции. Природное снижение эндогенного эстрогена при менопаузе может привести к различным проявлениям генитоуринарного менопаузального синдрома из-за большого количества рецепторов к эстрогенам в урогенитальном тракте [Denley M.C.S. et al., 2018].

Симптомы, которые наблюдаются во время менопаузы, могут отличаться в зависимости от многих факторов, не только от изменений в гормональном фоне, но и от различных внешних условий. Данные факторы могут включать уровень общего благополучия индивидуума, условия его жизни, социальные взаимодействия, а также восприятие собственного старения. Взаимодействие всех этих факторов может усиливать или ослаблять клиническую картину менопаузы и влиять на то, как каждый индивидуум оценивает собственное состояние в зависимости от его культурных, экономических и религиозных взглядов [Шмелева С.В., 2008, SzadowskaSzlachetka Z.C. et al., 2018]. Изменения, происходящие в физиологии женщин в период менопаузы и постменопаузы, могут повлиять на их здоровье и вызвать увеличение уровня стресса. Женщины в этом периоде могут ощущать уязвимость, поскольку риски для здоровья могут возрастать вследствие этих изменений. Изучение симптомов в различных странах и континентах показывает, что они проявляются по-разному и требуют индивидуального подхода к лечению и оценке

необходимости медицинской помощи. Настоящие исследования направлены на улучшение качества жизни женщин старше 50 лет и решение всех важнейших задач, связанных с этим вопросом [Karakoç H. et al., 2019, Alperin M. et al., 2019, Santoro N., 2014].

Связанные с гормональными и репродуктивными возрастными изменениями классические проявления перименопаузы являются широко распространенными, изученными и настолько обременительными для женщин, что большинство обращается за проффесиональной медицинской помощью [Андреева Е.Н., Бриль Ю.А. 2019, Santoro N., 2014, Kalmbach D.A. et al.,2019]. К психоэмоциональным, вазомоторным, урогенитальным, соматическим и когнитивным расстройствам относятся все наиболее характеристические симптомы менопаузального перехода. Длительное гипоэстрогенное состояние, вызванное менопаузой, может стать причиной сердечно-сосудистых, метаболических и опорно-двигательных изменений [Koothirezhi R, Ranganathan S., 2020, Peacock K, Ketvertis KM., 2020]. Около 85% женщин, переживающих менопаузу, сообщают о появлении хотя бы одного из симптомов, обычно связанных с вазомоторными расстройствами, нарушениями сна и депрессивными состояниями [Усольцева Е.Н., 2018, Makara-Studzińska M.T. et al. 2014].

Переменчивость настроения, тревожность, агрессивность, депрессивные состояния отмечаются у 40-60% женщин в переходном периоде [Таболина А.А., Байкова И.А., 2015, Simbar M. et al., 2020, Mulhall S. Et al. 2018]. Сама менопауза не коррелирует с конкретными психическими расстройствами, но авторские данные свидетельствуют о более вероятном развитии депрессивных состояний у женщин в перименопаузе даже без предшествующего анамнеза [Augoulea A., et al.m 2019]. Предполагается, что ответственность за ухудшение настроения лежит на колебаниях и возможном снижении уровня эстрогенов, а женщины, страдающие повышенной лабильностью во время других

репродуктивных периодов (например, предменструальной фазы менструального цикла или послеродового периода), подвергаются большему риску развития депрессий в период менопаузы. В этом случае нельзя игнорировать существенное влияние социально-экономических и психосоциальных факторов, таких как уровень образования, этническая принадлежность, образ жизни и межличностные отношения и т.д. [Hu L.Y., 2016].

Проблемы со сном усиливаются у женщин по мере приближения к менопаузе. В поздней перименопаузе и постменопаузе достигается пик, и вероятность серьезных нарушений сна во время менопаузального перехода увеличивается в 2-3,5 раза, о чем сообщают 33-50% женщин в возрасте 40-64 лет. Наиболее распространенной проблемой является плохой сон, связанный с трудностью засыпания, "рваным сном" и ранним пробуждением. Характер нарушений может меняться на протяжении всего периода менопаузы. Для многих женщин проблема нарушения сна остается длительным временем, негативно влияя на их дневную функциональность, качество жизни, а также на их физическое и эмоциональное здоровье. Стоит отметить, что между депрессивными симптомами и субъективными нарушениями сна существует стойкая двусторонняя связь [Baker F.C., 2018]. Нарушения сна могут оставаться серьезной проблемой для некоторых женщин в течение долгого периода, оказывая негативное воздействие на дневное функционирование и качество жизни, а также имея долгосрочные последствия для их здоровья, вызывая физическое и эмоциональное истощение. Важно отметить, что существует двусторонняя стойкая связь между субъективными нарушениями сна и депрессивными симптомами.

Жалобы на потерю способности концентрировать внимание, снижение познавательной функции, повышенную утомляемость и снижение производительности труда предъявляют более половины

женщин [Абрамова С.В., Алексеева И.А., 2015, Колбасова Е.А., с соавт., 2014, Gujski M., et al., 2017, Bariola E. Et al., 2017]. Несмотря на то, что известно, что эстрогены участвуют в защите и питании нервных клеток, информация о влиянии гормональных изменений на когнитивные функции в период менопаузы является ограниченной и противоречивой. Современные данные позволяют лишь изъявлять неоднородность темпов и моделей изменений когнитивной функции у женщин во время менопаузального перехода и постменопаузы.

Существует информация, что синтез и выделение стероидных гормонов осуществляется с помощью системы ГГГ, где гипоталамус, гипофиз и гонады являются ключевыми частями этой системы. Механизм отвечает за реализацию репродуктивного процесса и, хотя это не так очевидно, принимает участие в функционировании и развитии головного мозга на качественном уровне, выполняя роль эффективных нейростероидов. [Булгакова С.В., Романчук Н.П., 2020]. Механизм влияния эстрогенов на когнитивную функцию реализуется через различные сигнальные пути, включая геномный путь посредством активации рецепторов эстрогена ER-α и ER-β и негеномный – посредством мембраносвязанных ER-α и ER-β и G-белок-сцепленных рецепторов эстрогена. Уровни эстрогенов в организме женщины колеблются и меняются в течение жизни, зависимо от истории и состояния её репродуктивной системы. Среди ключевых факторов, которые влияют на изменение уровней эстрогенов, можно выделить длительность периода репродуктивной способности (с момента первой менструации до наступления менопаузы), количество беременностей и периоды кормления ребенка грудью после родов [Matyi J.M. et al., 2019]. Женщины в период климакса сталкиваются с дефицитом эстрогенов, который приводит к снижению когнитивной эффективности, такой как восприятие (гнозис), исполнительные функции, память и речевые навыки, связанные с

процессами анализа, обработки, хранения и передачи информации. Ученые считают, что возникновение когнитивных нарушений может быть связано со снижением интеллектуальной функциональности, основанной на индивидуальных характеристиках конкретного человека, по сравнению с уровнем преморбидного состояния [Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В. 2019; Baker F.C. et al., 2018; Bariola E. Et al., 2017; Gujski M. et al., 2017; Imtiaz B. et al., 2017; Morgan K.N. et al., 2018].

Результаты исследования показали, насколько серьезными могут быть проблемы у женщин в период климакса, связанные с симптомами и заболеваниями. Эти результаты подчеркивают важность необходимости разработки и внедрения лечебно-профилактических программ, которые направлены на улучшение качества жизни, сохранение физического, психического и социального благополучия женщин в этом периоде.

1.2. Специфика эмоциональных состояний женщин в период менопаузы

Исследования показывают, что климактерический синдром (КС) часто возникает у женщин в период климакса, вызванный снижением и остановкой работы женских гонад в результате сложного процесса, в котором участвуют эндокринные железы, в результате чего менструальная и репродуктивная функции постепенно сокращаются. Физиологический климакс характеризуется отсутствием явных нейро-гуморальных симптомов, со стремительным угасанием функции менструации и проявлениями, не вызывающими признаков болезни [16,18]. Согласно отечественным гинекологам-эндокринологам [19,20], климактерический

синдром является комплексом симптомов, которые усложняют физиологический период климакса у женщин. Симптомы, связанные с КС, могут быть разделены на три группы: нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные, причем психоэмоциональные расстройства наблюдаются у 16-31% женщин в период перед климаксом. [21,22].

Выявлено, что наибольшие нарушения связаны с психоэмоциональной сферой (78,4%), в то время как нейровегетативные и обменные изменения определены только у 63,6% и 46,6% женщин соответственно, проводивших анализ клинических проявлений климакса у 88 женщин в возрасте 45-54 лет с продолжительностью заболевания в пределах 5 лет согласно данным современных исследователей [23]. Таким образом, результаты исследования подчеркивают важность психопатологии в развитии клинических проявлений климактерических расстройств у женщин.

Психотравмы, стрессы, а также различные социальные факторы (семейное положение, материальная обеспеченность, наличие работы, отношения с детьми, мужем и друзьями), самооценка, удовлетворенность жизнью и качество сексуальных отношений (включая наличие партнера и нарушения в сексуальной сфере) и психические расстройства в анамнезе - все эти факторы играют важную роль в развитии психоэмоциональных нарушений у женщин в период климакса. Однако значимость социальных факторов заключается в том, что они могут либо способствовать адаптации женщины в переходный фазе жизни, либо осложнять ее. Некоторые исследователи заметили, что женщины, находящиеся дома с детьми, имеют меньшее количество симптомов, связанных с климаксом, в то время как бездетные и разведенные подвержены более высокому риску развития психических расстройств в климактерическом периоде [24]. С другой стороны, другие исследователи [25–27] отметили, что утяжелению

психопатологической симптоматики данного контингента женщин может способствовать отсутствие сексуальной активности либо снижение интереса к сексуальным отношениям.

В период менопаузы, у многих женщин, некоторые психические травмы могут утратить свою значимость, однако, в некоторых случаях, они могут стать еще более значимыми. Например, уход мужа из семьи для женщин может стать особенно тяжелым периодом, который трактуется как крушение последних надежд, приближение к старости и возможному одиночеству [18,28].

Среди психоэмоциональных расстройств, которые возникают у женщин в период климакса, можно выделить: эмоционально-психические нарушения; снижение памяти и внимания; снижение работоспособности; повышенная раздражительность; неустойчивость эмоционального состояния. Помимо этого, существуют разные типы поведения, которые могут проявляться при климактерическом синдроме, такие как: безразличное поведение, активное преодоление, приспособление или невротическое поведение. Невротические расстройства выявляются у 13% пациенток, которые могут испытывать приступы раздражительности, страха, тревоги, непереносимость звуковых и обонятельных раздражителей. При этом у 10% пациенток возникает депрессия, которая является одним из наиболее серьезных и труднолечимых симптомов, связанных с климактерическим синдромом.

Невротическая депрессия чаще всего возникает у женщин в период климактерия, в то время как истерический, фобический и астенический неврозы являются реже встречающимися. У пациенток, которые страдают от данного расстройства, отмечается сниженное настроение или колебания его уровня, расстройства сна, тревога, снижение интереса к окружающей жизни, а также могут проявляться различные соматические симптомы, что маскирует депрессивную природу клинической картины [2,14,29–31].

В исследовании, посвященном депрессивным расстройствам, которые возникают у женщин в период климактерия, В.П. Сметник и Л.Г. Тумилович (2001) обнаружили, что в 13% случаев у пациенток возникает астено-невротический синдром, из которых у 3% может проявляться ипохондрическая фиксация личности, при которой пациентки страдают от приступов раздражительности, страха, тревоги, непереносимости звуковых и обонятельных раздражителей [17]. Согласно авторам исследования, астенизация нервной системы является распространенным проявлением гипоталамических нарушений, которые возникают в связи с дефицитом компенсаторных и адаптационных механизмов.

Из изложенного выше следует, что психические расстройства, связанные с климактерическим периодом, могут проявляться различными симптомами, включая патопсихологические и психотические состояния, но наиболее распространенными являются тревожно-депрессивные и депрессивные расстройства. Однако, до сих пор не ясно, какие из этих психических нарушений являются этиопатогенетически связанными с менопаузой, а какие лишь вызываются ею, что оказывает влияние на выбор методов лечения.

Психоэмоциональные расстройства занимают значимое место в клинической картине менопаузы, по данным литературы, их распространенность составляет 50-70% [1, 3, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 24]. Прогнозирование, диагностика, профилактика и коррекция психогенно обусловленной симптоматики, связанной с климактерическими расстройствами, остаются одной из наиболее актуальных и нерешенных проблем. [4, 14, 16, 17, 18, 19, 25].

Именно в ранней постменопаузе проявляются выраженные симптомы климактерического синдрома, обусловленные полным прекращением работы яичников и резким дефицитом эстрогенов в это время [2, 5, 9, 11]. Ситуацию ухудшают психосоциальные факторы

старения женщины [13, 17]. Изменения во внутренней и внешней среде требуют активации механизмов адаптации, от их адекватности зависит качество жизни женщины. В случае нарушения взаимодействия механизмов, стабильность внутренней среды не сохраняется, что может вызвать срыв их деятельности и негативно сказаться на функциях организма [1, 15, 18, 20].

Согласно современной теории адаптации, вегетативная нервная система (ВНС) играет ведущую роль в адаптивном поведении организма [2, 4, 12, 17]. Но в условиях эндокринной перестройки и дефицита половых гормонов, структуры ВНС испытывают серьезное напряжение из-за близости к высшим вегетативным центрам, структурам психоэмоционального реагирования и центрам регуляции репродуктивной функции [5, 10, 11, 18, 22]. Неврологические и психологические симптомы менопаузы имеют множественный и неспецифический характер [3, 4, 6, 13, 14]. На эту тему используют термины, такие как «климактерический невроз», «невроз тревоги», «психосоматический климактерический синдром» и «психоэндокринный климактерический синдром», где речь идет о пограничных психических и психосоматических расстройствах. Климактерических психозов не существует[3, 4, 6, 13, 14].

Аффективные сдвиги с характерной неустойчивостью эмоциональной сферы, выраженные колебания психической активности и работоспособности, влечений, сенестопатические нарушения - это основные психические расстройства при климактерическом синдроме [3, 4, 10]. Недовольство, придирчивость и капризность часто сопровождают пониженное настроение, которое может возникнуть по незначительному поводу, а иногда и без оного. Чувство бессилия, пустоты, тревоги и беспокойства также могут появиться. В редких случаях возникают состояния повышенного настроения, которые проявляются экзальтированностью и элементами сентиментальности [10, 25].

В некоторых случаях, поведение и неустойчивость настроения у больных с климактерическим синдромом напоминают симптомы истерической психопатии [4, 21, 22].

«Соматически обусловленными психозами» называют психические расстройства, которые часто возникают в результате поражения отдельных внутренних органов или систем при соматических заболеваниях[3, 4, 10, 12].

Клинические проявления психических расстройств при соматических заболеваниях могут варьироваться от легких астенических состояний до выраженных психозов и слабоумия, что делает их многообразными. В настоящее время для соматогенных психических расстройств характерны следующие нарушения:

1) астенические;

2) неврозоподобные;

3) аффективные;

4) психопатоподобные;

5) бредовые состояния;

6) состояния помрачения сознания;

7) органический психосиндром [3, 4, 22].

Астения – самое типичное явление при различных соматических заболеваниях, в том числе у пациенток с климактерическими расстройствами [23]. Нередко бывает так называемым «стержневым» или «сквозным» синдромом. Именно астения в настоящее время в связи с патоморфозом соматогенных психических расстройств может быть единственным проявлением психических изменений. Помимо астении в чистом виде довольно часто встречается её сочетание с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими проявлениями. Глубина астенических расстройств обычно связана с тяжестью основного заболевания [3, 4, 6, 13, 16].

Психическая активность и работоспособность при климактерическом синдроме также очень лабильны. Они могут быть обычными, повышенными даже, однако порой внезапно может появиться чувство усталости, сопровождающееся затруднением концентрации внимания, невозможностью выполнять повседневную умственную и физическую работу. Столь же неустойчивыми оказываются и влечения (аппетит, половое чувство и др.). У многих больных отмечаются разнохарактерные расстройства сна [4, 10, 11, 22].

Характерные для климактерического синдрома вегетативные нарушения могут сочетаться с сенестопатиями (зуд, покалывания, неопределённые ощущения в разных областях тела). Такого рода сенестопатии нередко обусловливают развитие ипохондрических идей, например, мыслей о раке, туберкулёзе или каком-либо другом тяжелом заболевании [3, 22]. При наложении других симптомов патологического климакса и соматической патологии пациентка представляет для врача очень трудную задачу, связанную с коррекцией вегетативных, психоэмоциональных, сердечно-сосудистых нарушений, других соматических заболеваний.

В основе всех климактерических расстройств лежат свойственные климактерическому синдрому эндокринные сдвиги, связанные с нарушенной выработкой яичниковых гормонов, в первую очередь эстрогенов и сопутствующие им вторичные соматические нарушения (например, сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные расстройства), а также психогенные факторы [7, 15, 18, 20].

При климактерическом синдроме могут возникать и истинные психогенные реакции, связанные с чувствами и мыслями о катастрофическом постарении и ожиданием соответствующих «последствий», в первую очередь в семейных отношениях. Обычно такие реакции характеризуются тревожно-депрессивным настроением [22, 24,

25]. В этих случаях необходимо иметь в виду, что картиной, напоминающей психогенные реакции при климактерическом синдроме, могут начинаться и эндогенные психозы (маниакально-депрессивный психоз, шизофрения) [3, 24].

Условием для появления соматически обусловленных психозов K. Schneider (1959) предложил считать:

1. Присутствие клиники соматического заболевания.

2. Присутствие заметной связи во времени между соматическими и психическими нарушениями.

3. Определённый параллелизм между психическими и соматическими расстройствами.

4. Возможное, но не обязательное появление органической симптоматики.

Кроме того, для соматически обусловленных психозов характерен стереотип развития заболевания (смена синдромов от астенического к нарушению сознания) и благоприятный для личности выход из психоза [4, 10, 14, 24]. В последнее время произошло разграничение психозов острого и отдаленного периода течения соматического заболевания. После соматогенных психозов может сформироваться психоорганический синдром [4].

Психоорганический синдром состоит из триады Вальтер–Бюэля, который включает в себя следующие изменения:

1. Эмоциональную лабильность, эмоциональное недержание;

2. Расстройство памяти.

3. Снижение интеллекта [3, 4, 10, 17].

Ряд авторов отождествляют этот синдром с энцефалопатией [14, 17].

Наиболее общими и существенными признаками психоорганического синдрома считают нарушения памяти, расстройства эмоциональной сферы, нарушения восприятия, мышления, истощаемость

психических процессов, снижение критики и соматовегетативные расстройства [3, 17, 22].

При соматических заболеваниях чаще встречается астенический вариант психоорганического синдрома с нарастающей психической слабостью, повышенной истощаемостью, плаксивостью, астенодисфорическим оттенком настроения [3, 8, 10, 20, 24, 25]. При этом при соматических заболеваниях он встречается нечасто, возникает, как правило, при длительных заболеваниях с тяжелым течением, в том числе при осложненном климактерическом синдроме. Кроме того, при рассматриваемом нами климактерическом синдроме процесс реагирования внутренних органов и церебральных структур на критическое состояние формируется как комплексный ответ соматической сферы и ЦНС на патологическое состояние органов в целом [4, 17, 21].

В структуру климактерических расстройств входят также эмоциональные нарушения. Эмоция (от лат. emoveo – «потрясаю, волную») – эмоциональный процесс средней продолжительности, отражающий субъективное оценочное отношение к существующим или возможным ситуациям. Эмоции отличают от других видов эмоциональных процессов: аффектов, чувств и настроений [4]. Эмоции, как и многие другие психические явления, пока слабо изучены и понимаются разными авторами по-разному, поэтому вышеприведённое определение нельзя считать ни точным, ни общепринятым. Эмоции – это своеобразный механизм, при помощи которого внешние раздражители превращаются в мотивы деятельности. Благодаря эмоциям включаются двигательные и поведенческие реакции, направленные на восстановление нарушенного равновесия, гомеостаза. Саморегуляция при этом осуществляется на основе принципа обратной связи. Если какая-то потребность человеческого организма удовлетворена, появляется положительная эмоция. Например, выход из острого болезненного состояния, быстрое

купирование боли сопровождается эйфорией [12, 14].

В зависимости от отношения человека к объектам и явлениям выделяют положительные и отрицательные эмоции [3, 4, 10, 18, 21, 25].

Среди эмоциональных проявлений выделяют: эмоциональные состояния, эмоциональные реакции, эмоциональные отношения. К эмоциональным состояниям относят настроение. Его описывают множеством эпитетов: мрачное, подавленное, унылое, сниженное, печальное, гневное, безразличное, испуганное, ироничное, возвышенное, радостное [3, 4]. Чаще всего встречается легкая смена настроения от грустного к повышенному без какого-либо значимого повода – эмоциональная лабильность [3, 4, 17].

Бурное и кратковременное выражение эмоций, проявляющееся в поведении и высказываниях – аффект. При его описании используют определения «веселый», «грубый», «суженный», «экспансивный», «полноценный», «неадекватный», «тоскливый аффект», «аффективная тупость», «аффективное оцепенение» [10, 17, 18, 24].

Наличие в климактерическом периоде у женщин психосоматических нарушений, сложность адекватной оценки и коррекции их позволяют считать этот вопрос одним из важных на современном этапе [3, 4, 17, 22].

В связи с увеличением частоты раннего начала еще в пременопаузальном периоде, проявлений климактерических расстройств, наличия значительного количества противопоказаний к применению заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и осложнений, возникающих на фоне их применения, появляется необходимость дальнейшего поиска новых эффективных и максимально безопасных методов профилактики и коррекции психосоматических нарушений при климактерических расстройствах [6, 23, 25].

Обзор литературных данных свидетельствует о том, что течение климактерического периода сопровождается изменением

психосоматического состояния в виде различных форм и степеней, что оказывает значительное влияние как на диагностику менопаузальных расстройств, так и на тактику ведения больных с данной патологией.

Для многих женщин наступление менопаузы – нормальный и естественный переходный период, но каждая женщина переживает его по-разному. У некоторых есть едва заметные симптомы, в то время как у других наблюдаются значительные психические и физические изменения.

Значительное влияние на психическое здоровье в период постменопаузы оказывает снижение уровня гормонов эстрогенов.

Ведущий признак начала менопаузы в жизни женщины – высокое значение гормона ФСГ (фолликулостимулирующего гормона), который свидетельствует о снижении функции яичников и окончании их работы.

Гормоны — это посредники в организме, которые запускают, останавливают, ускоряют или замедляют его физические и химические процессы. Яичники являются источником эстрогена и прогестерона, двух ключевых гормонов, контролирующих репродуктивную систему, включая менструальный цикл и фертильность (способность иметь детей) у женщин. Именно из-за истощения активности женских гормонов, особенно эстрогенов, постменопауза может повлиять на физическое и психическое здоровье женщины. Помимо утомляемости, потоотделения, кровотечения и истощения, некоторые женщины испытывают серьезные психологические проблемы.

Психические проблемы в постменопаузе распространены и чаще всего проявляются в снижении концентрации внимания, снижении самооценки, депрессивном и тревожном состоянии. Иногда наблюдаются резкие перепады настроения и раздражительность. Менопауза вызывает у многих женщин негативные эмоции, потому что они чувствуют себя так, будто вдруг стали совершенно бесполезными и невостребованными.

Учитывая, что гормоны существенно влияют на поведение человека, в этом случае главным «виновником» различных изменений будут эстрогены, уровень которых начинает снижаться в перименопаузе. Во время постменопаузы падение уровня эстрогенов может привести к сочетанию гормональных и биохимических изменений, которые приводят к изменениям в головном мозге и нервной системе.

Симптомы снижение уровня эстрогена у женщин:

- физические (хроническая усталость, повышенное потоотделение, бессонница, потеря памяти и т. д.);
- психические (перепады настроения, раздражительность, грусть, отсутствие мотивации, проблемы с сохранением внимания и его концентрации, эмоциональная тревожность; также велика вероятность обострения имеющихся психических проблем – возможные рецидивы или изменение симптомов ранее выявленного психического заболевания).

Недавние исследования показали, что у женщин в четыре раза чаще развиваются психические расстройства во время постменопаузы, чем в любой другой период их жизни. Хотя некоторые женщины впервые испытывают депрессию во время менопаузы, то многие из них уже сталкивались с этими проблемами раньше, что делает их еще более чувствительными к ухудшению состояния в этот период.

Несмотря на симптомы тревожности и панических атак, которые обычно возникают во время постменопаузы, научных исследований по этому вопросу недостаточно.

Клиническими исследованиями, в которых изучалась связь между депрессией, биполярным расстройством (маниакально-депрессивным психозом) и некоторыми другими психическими состояниями с постменопаузой привели учёных к выводу, что постменопауза является трудным периодом в жизни женщины. Хотя были показаны лишь умеренные связи с некоторыми состояниями. Похоже, что постменопауза

может усугубить биполярное расстройство, если оно существовало раньше.

Каждый новый период жизни приносит с собой какие-то изменения, а когда дело доходит до биологических процессов, связанных с психологическими изменениями, ситуация становится сложной. Женщины, у которых до наступления менопаузы были определенные психические проблемы, становятся более чувствительными к гормональным изменениям, которые начинают происходить в их организме. Это может значительно усложнить их повседневную жизнь, особенно когда речь идет о выполняемой ими работе с высоким эмоционального напряжения, уходе детей из дома (синдром пустого гнезда), выходе на пенсию, старении родителей и т. д.

В эволюционном плане женская фертильность является сильнейшим двигателем общества, поскольку именно женщины могут принести в мир новую жизнь. Если принять во внимание только этот факт, нетрудно сделать вывод, что менопауза у женщин вызывает ряд вопросов и сомнений, связанных с их собственной самооценкой и уверенностью в себе. В дополнение ко всему этому общество иногда может быть настроенным на некоторые стереотипы, которые предъявляют определенные требования к женщинам. Поэтому постменопауза – действительно сложный период, который иногда трудно принять.

Помимо гормональных изменений, есть и другие факторы, которые могут повлиять на психическое здоровье женщины, и это в первую очередь социальные факторы, связанные с психологическими трудностями. Во время менопаузы многое подходит к концу: карьера приближается к пенсии, дети уходят из дома и начинают свою жизнь, родители стареют и им нужна помощь в выполнении повседневных дел и т. д.

В этот период необходимо пересмотреть многие жизненные приоритеты и поставить перед собой новые цели. Хотя многое подходит к

концу, грядут новые начинания, которые могут быть действительно захватывающими. Большинство женщин в этот период становятся бабушками и наслаждаться новой жизненной ролью со своими внуками. Выход на пенсию также может открыть много возможностей, если вы организуете свое свободное время так, как хотите, и продолжите заниматься любимыми делами, на которые раньше не было времени из-за работы.

Другими словами, жизнь в постменопаузе не прекращается, а продолжается в какой-то другой форме, которая, несмотря на многочисленные изменения, приносит с собой некоторые новые возможности, но только если вы готовы дать им шанс.

1.3. Проблема телесного восприятия женщин в период менопаузы в психологической литературе

Восприятие собственного тела – большая и значимая тема. Самая распространенная проблема в нарушении восприятия собственного тела – это восприятие веса и объема. Образ тела у женщин (в большей степени это присуще именно женщинам) формируется под влиянием внешних оценок и обратной связи от окружающих. Причем наибольшее воздействие оказывает мнение значимых близких людей – партнера, родителей. Выделим наиболее распространенные причины искажения образа своего тела:

1. Отсутствие положительной обратной связи.
2. Нереалистичные ожидания.
3. Потребность в зависимости не реализовалась.
4. Угроза безопасности.
5. Ощущение потери контроля над определенной стороной своей жизни.
6. Отсутствие любви и внимания к себе.

Есть у искажения восприятия своего тела и «социальные» причины. Одной из таких причин является уверенность в том, что рядом с успешным мужчиной может быть только стройная молодая женщина. Тут играют роль и биологические факторы: стройная фигура ассоциируется с молодостью, а молодая спутница подтверждает в глазах, окружающих состоятельность мужчины. Кроме того, стройные молодые девушки ассоциируются у большинства мужчин со свободой и активностью, в то время как полные – с материнством. Именно поэтому бессознательно мужчины воспринимают их как уже «занятых» и продолжают свои поиски среди стройных.

Кроме того, что образ тела формируется зачастую под влиянием оценок окружающих, сознание еще и «не успевает» за телом. То есть в теле происходят какие-то изменения, а в сознании еще долгое время хранится тот самый образ, который стал для человека привычным.

В нашем обществе отношение к менопаузе формируется под влиянием культурных представлений о зрелых женщинах, а переход в менопаузу часто воспринимается как время изменения эмоционального и физического здоровья. Тем не менее антропологические исследования показали, что менопауза может быть положительным событием, особенно когда она означает изменение социального статуса [2]. Помимо гормональных изменений в период менопаузы происходят существенные изменения в образе тела женщин. Исследования показывают, что существует возрастная динамика в образе тела женщин, но результаты исследований довольно противоречивы. Например, M. Tiggemann и A. McCourt отмечают, что удовлетворенность образом тела у женщин увеличивается с возрастом [3]. В то же время работа C. Runfola с коллегами, проведенная на большой выборке женщин (1789 человек) старше 50 лет, демонстрирует, что только 12,2 % женщин этого возраста удовлетворены своим телом. Эта группа женщин имеет более низкий

индекс массы тела (ИМТ) и сообщает о меньшем числе симптомов, характеризующих нарушения пищевого поведения и более высокой степенью удовлетворенности как весом, так и внешностью в целом. При этом контроль веса не отличался значимо между группами удовлетворенных и неудовлетворенных телом женщин [4]. Описанное исследование проводилось при помощи метода силуэтов, широко используемого в зарубежных исследованиях. Другие авторы показывают, что в группе зрелых женщин испытуемые, удовлетворенные своим телом, весили значительно меньше, чем неудовлетворенные [5–7]. К тому же большинство удовлетворенных телом женщин (88 %) имели нормальный ИМТ, 40 % из них сообщили, что увеличение веса на 5 фунтов (примерно на 2,5 кг) чрезвычайно расстроило бы их. 77,1 % женщин сообщают, что вес и формы тела играют основную роль в их самооценке [4].

Исследование L. McLaren с соавторами показало, что существует взаимосвязь между удовлетворенностью телом у женщин после 50 лет, весом и ростом опрошенных женщин на разных возрастных этапах. 933 женщины среднего возраста представили данные о самооценке относительно своего веса в возрасте 54 лет и данные о росте и весе в возрасте 7, 11, 15, 20, 26, 36, 43 и 54. Также собирались данные о репродуктивном здоровье женщин. При помощи иерархического линейного моделирования и множественного регрессионного анализа было показано, что женщины, которые были недовольны весом в середине жизни, были тяжелее в возрасте 7 лет по сравнению со сверстниками и показали более быстрый рост ИМТ с возрастом. Более позднее наступление менопаузы, гормональная заместительная терапия до менопаузы были связаны с меньшей неудовлетворенностью [6]. Изменения в образе тела, о которых пишут зарубежные исследователи, по нашему мнению, нельзя объяснить только гормональными перестройками в организме зрелой женщины. Особую роль в появлении негативных

феноменов, связанных с образом тела, играют социокультурные факторы. Традиционно женское тело рассматривается либо как нечистое (что связано с менструациями, родами, послеродовыми кровотечениями), либо как тело матери, лишенное сексуальности, святое и чистое. Такую дихотомию можно объяснить христианскими традициями, в результате чего в культуре закрепилось даже не амбивалентное, а полярно-конфликтное отношение к женскому телу [8].

Современная женщина интернализует стереотип о том, что естественное тело непривлекательно, нуждается в постоянной трансформации, в результате чего в обществе все больше распространяется «нормативное недовольство внешностью» [9]. Стереотипом уже давно стал контроль за весом, который для многих женщин является своеобразным ритуалом. При этом исследования показывают, что поведение по контролю веса зависит от негативного образа тела [10]. Л. В. Харланова отмечает, что наступление менопаузы является столь же ярким событием в жизни женщины, как и наступление менархе у девушки. Чаще всего акцент в научно-популярных работах делается на негативной симптоматике менопаузы. Замещающая гормональная терапия, появившаяся еще в 1937 г., стала предлагаться практически всем зрелым женщинам. Снижение эстрогенов в организме сегодня трактуется как симптом болезни, требующий лечения [8]. Даже коррекцию психологических изменений, связанных с менопаузальным переходом, предлагается проводить при помощи гормональной терапии. В результате многие женщины начинают лечение, опираясь не на собственные ощущения, а под давлением стереотипов.

В современном мире женственность часто заканчивается там, где заканчивается репродуктивная функция, т. е. женщина зрелого возраста часто рассматривается как неженственная. Мы полагаем, что в зрелом возрасте, как и в подростковом и юношеском, обратная связь, получаемая

женщиной от партнера, может стать своеобразным буфером на пути негативной информации и негативных стереотипов. Например, N. L. Wood-Barcalow, T. L. Tylka и C. L. AugustusHorvath вводят термин защитный фильтр, который помогает не допустить негативную для самооценки информацию или изменить ее таким образом, чтобы она перестала быть опасной для образа тела [11].

В качестве основных свойств образа тела необходимо рассматривать позитивность – негативность, внутреннюю согласованность – противоречивость, реалистичность – нереалистичность, интегрированность – дезинтегрированность, целостность – фрагментарность, открытость обратной связи и внешним воздействиям – закрытость от внешних воздействий (наличие – отсутствие защитного фильтра).

В развитии образа тела женщин наблюдается возрастная изменчивость, проявляющаяся в действии разных факторов, механизмов, изменении содержательных характеристик выделенных компонентов и свойств. Возможно позитивное прохождение этапов психосоматического развития с формированием позитивного образа тела и «застревание» на тех или иных стадиях с формированием негативного или противоречивого образа.

В завершение рассмотрения параграфа отметим, что позитивный образ тела формируется в первую очередь за счет развития системы, осознанной саморегуляции и рефлексии, положительной обратной связи от значимых других (членов семьи, любовного партнера, сверстников), моделей телесных стратегий и практик, основанных на ценностном отношении к телу, а также благодаря демонстрации более широкого круга стереотипов привлекательности и красоты в цифровых и традиционных СМИ (E. Stice).

ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ТЕЛЕСНОГО ВОСПРИЯТИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

2.1. Организация и методы исследования

Исследование проводилось в несколько этапов в период с _____ по _____ 2023 год.

Выборку составили 90 человек в возрасте от 42 до 65 лет, представленными тремя группами:

- первая экспериментальная группа женщины с установленным диагнозом – менопауза и климактерическое состояние у женщины в перименопаузальной фазе климактерия в возрасте 42-55 лет;

- вторая группа – женщины с установленным диагнозом – менопауза и климактерическое состояние у женщины в перименопаузальной фазе климактерия в возрасте 56-60 лет;

- третья группа – женщины с установленным диагнозом – менопауза и климактерическое состояние у женщины в поздней постменопаузальной фазе климактерия в возрасте 61-65 лет.

Группы:

1. 42-55	2. 56-60	3. 61-65
Принимают ЗГТ-3	Принимают/ли ЗГТ-13	Принимают/ли ЗГТ-6
Не принимают ЗГТ-27	Не принимают/ли ЗГТ-17	Не принимают/ли ЗГТ-14

Все испытуемые – русскоговорящие жители Российской Федерации.

1. Подготовительный этап включал постановку и обоснование проблемы, определение научного аппарата, планирование экспериментального исследования, разработку программы исследования; определение его методологических и методических принципов, выбор методов исследования

2. Экспериментальный этап состоял из диагностического этапа

исследования и формирующего эксперимента.

3. Обобщающий этап включал обработку полученных данных, соотнесение их с заявленными целями, гипотезами исследования, анализ, обобщение и интерпретацию результатов, формулирование выводов и рекомендаций, внедрение их в практику.

Для решения поставленных задач использовались такие организационные **методы**, как эмпирические методы – тестирование; качественные и количественные методы обработки данных; интерпретационные методы. Методическое обеспечение исследования включало следующие методики: Определение эмоциональности (Суворова), шкала депрессии Бека, методика оценки тревоги и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, опросник самооценки Дембо-Рубинштейн, Опросник образа собственного тела (ООСТ).

Методы математико-статистической обработки данных, использованные в работе: анализ описательных статистик, методы сравнительной статистики – критерий различия Стьюдента для независимых выборок; корреляционный анализ с использованием коэффициента линейной корреляции Пирсона.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивалась соблюдением методологических принципов, теоретическим анализом современных концепций становления образа тела в онтогенезе; выбором соответствующих предмету, цели и задачам методов и методик; репрезентативностью выборок испытуемых; сочетанием количественного и качественного анализа полученных данных, а также использованием адекватных методов математико-статистической обработки данных**.**

Представим обоснование методик исследования.

1. Методика для оценки личностной и реактивной тревожности Ч. Спилбергера-Ю. Ханина.

Данная методика позволяет сделать первые и существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, то есть личностной. Результаты методики относятся не только к психодинамическим особенностям личности, но и к общему вопросу о взаимосвязи параметров реактивности и активности личности, ее темперамента и характера.

Методика предназначена как для индивидуального, так и для группового обследования. По Ю.Л. Ханину, состояние тревоги или ситуативная тревожность, обозначаемые одинаково: «СТ», возникают «как реакция человека на различные, чаще всего социально-психологические стрессоры (ожидание негативной оценки или агрессивной реакции, восприятие неблагоприятного к себе отношения, угрозы своему самоуважению, престижу). Напротив, личностная тревожность («ЛТ») как черта, свойство, диспозиция дает представление об индивидуальных различиях в подверженности действию различных стрессоров. Следовательно, здесь речь идет об относительно устойчивой склонности человека воспринимать угрозу своему «Я» в самых различных ситуациях и реагировать на эти ситуации повышением «СТ». Величина «ЛТ» характеризует прошлый опыт индивида, т.е. насколько часто ему приходилось испытывать «СТ…».

Диагностическая цель: определение уровня ситуативной (появляющейся в данный момент) и личностной тревожности личности.

Контингент: методика предназначена для людей старше 18 лет без ограничений по образовательным, социальным и профессиональным признакам.

Процедура проведения: шкала реактивной и личностной тревожности состоит из двух частей по 20 заданий в каждой. Первая шкала предназначена для определения того как человек чувствует себя в данный

момент, т. е. для диагностики актуального состояния — оценки ситуативной тревожности (СТ).

Задания второй шкалы направлены на выяснение того, как субъект себя чувствует обычно, т. е. диагностируется тревожность как свойство личности (ЛТ). Каждая из частей шкалы снабжена собственной инструкцией, продолжительность обследования составляет примерно 5-8 мин.

Каждое высказывание, включенное в опросник, оценивается респондентами по 4-балльной шкале.

Показатель: 1. Шкала ситуативной тревожности Показатель: 2. Шкала личностной тревожности

2. Эмоциональность. Определение эмоциональности (Суворова). Показатель: 1. Шкала эмоциональности

Данная методика диагностики эмоциональности была предложена В.В. Суворовым в 1976 г. и определяет общую эмоциональность человека. Эмоциональность - один из основных компонентов темперамента, который как известно не меняется на протяжении всей жизни, в отличии от характера. Эмоциональность включает в себя впечатлительность, чувствительность, импульсивность и т.д. Эмоции (от лат. emovere - волновать, возбуждать) - психические состояния как человека, так и животных, связанные с инстинктами, потребностями, мотивами и выражающие в форме переживания (удовлетворения, радости, страха и т. д.) значимость действующих на человека ситуаций. Эмоции участвуют в регуляции внешней и внутренней деятельности, а также состояний организма, всех его систем.

Депрессия

3) шкала депрессии Бека

Методика Шкала депрессии Бека используется для диагностики уровня депрессии. Тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory)

был предложен Ааароном Т. Беком в 1961 году на основе клинических наблюдений, позволивших выявить перечень симптомов депрессии.

После сравнения этого списка с клиническими описаниями депрессии, был создан тест-опросник депрессии, включающий в себя 21 вопрос-утверждение наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб.

Каждый пункт опросника состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии.

Тест-опросник (Шкала) депрессии Бека: Далее приведена созданная Ааароном Беком Когнитивная терапия, в которой он описывает причины, симптомы депрессии и возможные способы избавления от нее.

Показатель: 1. Шкала депрессии Бека,

Показатель: 2. Когнитивно-аффективные проявления

Показатель: 3. Соматические проявления

4) опросник самооценки Дембо-Рубинштейн

Методика диагностика самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан основана на непосредственном оценивании (шкалировании) женщинами ряда личных качеств, таких как здоровье, способности, характер и т.д. Обследуемым предлагается на вертикальных линиях отметить определенными знаками уровень развития у них этих качеств (показатель самооценки) и уровень притязаний, т.е. уровень развития этих же качеств, который бы удовлетворял их. Каждому испытуемому предлагается бланк методики, содержащий инструкции и задание.

Показатель: 1. Уровень самооценки

Телесное восприятие

5) Опросник образа собственного тела (ООСТ)

Методика представляет собой опросник (состоит из 16 пунктов-утверждений), направленный на диагностику недовольства собственным телом у лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения. Опросник образа тела (ООСТ) представляет собой работоспособный психометрический инструмент, предоставляющий возможность оценки степени неудовлетворенности внешностью как составного компонента образа тела. Психометрические свойства ООСТ позволяют использовать его как в качестве скринингового инструмента в популяционных исследованиях и в качестве вспомогательного теста в процессе клинической диагностики. В рамках когнитивной теории психики неудовлетворённость собственным телом имеет два компонента: оценочный (основанный на мышлении) и перцептивный (основанный на восприятии). По результатам клинических исследований, первый компонент имеет гораздо большее значение в развитии расстройств пищевого поведения, т.е. неудовлетворённость собственным телом имеет слабую связь с реальным изменением веса и ощущениями, порождаемыми этим процессом. С точки зрения авторов методики, оценочный компонент отношения к телу отражает: глобальную оценку тела (удовлетворенность или неудовлетворенность весом, формой тела, специфическими его частями) эмоции и чувства по поводу внешности когнитивный аспект (убеждения в отношении внешности, схема тела) определенное поведение (например, избегание смотреть на себя в зеркало, взвешиваться, посещать тренажерные залы).

Показатель: 1. Уровень удовлетворенности собственным телом

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования

Для исследования ситуативной и личностной тревожности участниц исследования была проведена диагностика по методике «Шкала оценки

уровня ситуативной и личностной тревожности» Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина. Результаты исследования ситуативной тревожности участниц исследования в соответствии с делением на возрастные группы представлены в таблице 1. Всем испытуемым было предложено заполнить бланк методики Ч.Д. Спилбергера (в адаптации Ю.Л. Ханина) «Шкала ситуативной (реактивной) и личностной тревожности».

Таблица 1

Результаты оценки уровня ситуативной и личностной тревожности Ч. Спилбергера – Ю. Ханина, среднее значение

Группа испытуемых	Вид тревожности	
	Ситуативная	Личностная
Женщины в возрасте 42-55	22	24
Женщины в возрасте 56-60	41	24
Женщины в возрасте 61-65	59	30

По результатам проведенной оценки полученные значения индивидуального тестирования были обобщены и выведены средние значения для каждой из изучаемых возрастных групп. Принимая во внимание, что диапазон значений результатов по данной методике может варьироваться от 20 до 80 баллов мы выделили уровни тревожности. Так, значения попадающие в диапазон 20 – 39 б. отнесены нами к низкому уровню проявления исследуемого признака, значения попадающие в диапазон 40 – 59 б. отнесены нами к среднему уровню проявления исследуемого признака, значения попадающие в диапазон 60 – 80 б. отнесены нами к высокому уровню проявления исследуемого признака.

Согласно данным представленным в таблице 1 мы видим, что результаты диагностики ситуативной тревожности позволяют говорить о том, что в возрастных группах женщин 56-60 года и 61-65 лет выявлен средний уровень, в возрастной группе женщин 42-55 лет низкий уровень. Полученные данные позволяют говорить о том, что средний уровень

ситуативной тревожности может свидетельствовать о недостаточной эмоциональной приспособленности к тем или иным социальным ситуациям.

Тревожные женщины постоянно озабочены последствиями своих поступков, пребывают в ожидании всевозможных неудач, для защиты от которых принимают излишние предосторожности. В то же время они весьма обязательны и ответственны, более склонны к частым сомнениям, перепроверке сделанного. Будучи в значительной мере подвластными воздействиям среды, имеют сниженный порог сопротивляемости стрессу. Кроме этого, во время менопаузы у них состояние реактивной (ситуативной) тревоги внезапно возникает при попадании в стрессовую ситуацию и будет характеризоваться субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством.

Средний уровень ситуативной тревожности говорит о том, что в этом возрасте женщины уже более или менее спокойны, достаточно активны и общительны, хотя встречаются случаи, когда появляется беспокойство, не обоснованное сложившимися обстоятельствами, допустим в ситуации стресса, что приведет к возрастанию ситуативной тревожности. Женщины с данным уровнем тревожности могут мобилизовать свои силы в стрессовых ситуациях, создают себе предпосылки к успеху и мотивируют комфортное общение. Такие результаты объясняются тем, что в целом у женщин активный период менопаузы уже миновал, завершился один из этапов и начался следующий. У женщин, имеющих умеренный уровень ситуативной тревожности могут иметь место возможные предпосылки для возникновения ситуативной тревожности не физиологического, а скорее социального плана, то есть страх самовыражения, боязнь оценок.

Низкий уровень ситуативной тревожности диагностирован в возрастной группе женщин 42-55 лет. Для женщин с низкими показателями тревожности требуется пробуждение активности,

подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, воспитание чувства ответственности. Известно, что некоторые люди вообще не склонны испытывать состояние тревоги. У таких лиц отсутствует разумная осторожность даже в минуты реальной опасности, для них не характерна предусмотрительность, снижен уровень самоконтроля. В большей степени это свойственно беспечным по своему характеру, социально незрелым людям, не имеющим достаточного жизненного опыта, с неразвитыми когнитивными и прогностическими способностями. Эти качества находят свое отражение в легкомысленном, небрежном отношении к своим поступкам, деятельности, жизни.

Рассмотрим результаты диагностики личностной тревожности в исследуемых группах. Так, во всех трех возрастных группах у женщин диагностирован средний уровень личностной тревожности. В соответствии с полученными значениями у участниц исследования личностная тревожность проявляется как устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность женщин к тревоге и предполагающая наличие у них тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения.

Рассмотрим результаты расчета индекса Кердо.

Вегетативный индекс (тонус) – индивидуальная характеристика состояния вегетативных показателей в период относительного покоя, то есть расслабленного бодрствования. Симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы находятся под контролем высшего вегетативного центра – гипоталамуса и ряда других подкорковых структур. Поэтому изменения в состоянии вегетативного регулирования имеют системный характер и закономерным образом

проявляются в состоянии большинства органов и систем, а также влияют на индивидуальные особенности психофизиологических функций поведения. Симпатический тип вегетативного реагирования – повышена готовность к действию, тоническое учащение пульса, рост мышечной активности, снижение кожной проводимости и др. Парасимпатический тип вегетативного реагирования – более низкий уровень мышечного тонуса, рост кожной проводимости, тоническое снижение частоты пульса и др. Расчет вегетативного индекса Кердо позволил установить наличие симпатикотонии (положительный индекс) у большинства женщин возрастной группы 42-55 лет (87% в сравнении с 56-60 в и 27% в возрастной группе женщин 61-65 лет).

Оценка степени выраженности клинических проявлений климактерического синдрома по менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В. Уваровой выявила значительное преобладание показателей у женщин возрастной группы 42-55 лет (таблица 2) по шкалам «Формификация», «головная боль», «нервозность», «парестезии», «слабость (утомляемость)».

Таблица 2

Структура менопаузального индекса Куппермана у женщин в различные периоды климактерия

Шкалы	Женщины 42-55 лет	Женщины 56-60 года	Женщины 61-65 лет
Вазомоторные симптомы	1,2	0,81	2
Парестезии	1,5	0,3	0,4
Бессонница	0,9	0,7	0,7
Нервозность	1,4	0,6	0,3
Меланхолия	0,5	0,1	0,2
Головокружение	0,7	0,6	0,4
Слабость (утомляемость)	2,1	0,3	0,1

Артралгия и миалгия	0,9	0,7	0,7
Головная боль	1,4	0,1	0,6
Учащённое сердцебиение	0,6	0,2	0,5
Формикация (ощущение ползанья мурашек)	2	0,2	0,1

Сопоставим полученные в ходе диагностики данные по всем методикам. Так, установлено, что основным этиологическим фактором вегетативных расстройств является состояние хронической психоэмоциональной напряженности, что напрямую связано с эмоциональной сферой человека. Следовательно, уровень тревожности, настроения являются важными показателем статуса обследуемой женщины. Однофакторный дисперсионный анализ показал, что на распределение зависимой переменной «тревожность» оказывает статистически достоверное влияние (F=4,69, p=0,0338) независимая переменная «фаза климактерия» (таблица 3).

Таблица 3

Средние психофизиологические показатели участниц исследования

	Суммарное отклонение		Вегетативный коэффициент
	«Тревожность»	«Настроение»	
Женщины 42-55 лет	20	21	0,82
Женщины 56-60 года	16,1	15,11	1,48
Женщины 61-65 лет	15,8	15,68	1,71

Процедура попарного сравнения уточняет, что женщины возрастной группы 56-60 года статистически достоверно отличаются от женщин

возрастной группы 42-55 лет (p=0,029) и не имеют достоверных отличий от женщин возрастной группы 61-65 лет (p=0,069).

По методике «Определение эмоциональности» В.В. Суворова, получены данные: из 90 испытуемых у 12 женщин (13,3 %) наблюдается низкая эмоциональность, они меньше подвержены стрессу и могут контролировать себя в любой ситуации, им не приходилось бледнеть от страха или огорчения, не плачут от обиды, несчастья, сопереживания или даже от радости, у них не появляются слезы от эстетического удовольствия, когда слушают музыку.

У 24 женщин (26,6%) наблюдалась средняя эмоциональность, что обозначает не значительное нервное напряжение во время прохождения данной методики.

У женщин с менопаузой при волнении возникают дискомфорт в области солнечного сплетения, у них не появляются слезы от эстетического удовольствия, когда слушают музыку, читают стихи, во время сдачи экзамена, публичного выступления не теряют мысль, в моменты волнения или смущения ведут себя спокойно.



Рисунок 1 – Результаты исследования эмоциональности по методике «Определение эмоциональности» В.В. Суворова

У 54 женщин (60 %) наблюдалась высокая эмоциональность, в случае неудач в общении, ощущение постоянного беспокойства в процессе социального взаимодействия; неуверенность, раздражительность в ситуации общения. Высокая чувствительность (сильное эмоциональное переживание) по поводу расхождения между ожидаемым и реальным результатом труда.

Измерение самооценки по методике Дембо—Рубинштейн. По первой части обработке подлежат результаты на шкалах 2–8.

Шкала «Здоровье» рассматривается как тренировочная и в общую оценку не входит. При необходимости данные по ней анализируются отдельно.

Для удобства подсчета оценка переводится в баллы. Как уже отмечалось, размеры каждой шкалы равны 100 мм, в соответствии с этим начисляются баллы (например, 54 мм = 54 баллам).

1. По каждой из семи шкал (за исключением шкалы «Здоровье») определяется высота самооценки — от «0» до знака «крестика».

2. Определяется средняя мера самооценки женщины. Ее характеризует медиана каждого из показателей по всем анализируемым шкалам.

3. Определяется степень дифференцированности самооценки. Ее получают, соединяя все крестики на бланке испытуемого. Получаемые профили наглядно демонстрируют различия в оценке женщины разных сторон своей личности, успешности деятельности. В тех случаях, когда необходима количественная характеристика дифференцированности (например, при сопоставлении результатов женщины с результатами всех испытуемых женжин), можно использовать разность между максимальным и минимальным значением, однако этот показатель рассматривается как условный. Следует отметить, что чем выше дифференцированность

показателя, тем меньшее значение имеет средняя мера и, соответственно, может использоваться лишь для некоторой ориентировки.

4. Особое внимание обращается на такие случаи, когда пропускаются некоторые шкалы, крестики ставятся за границами шкалы (выше верхней или ниже нижней части), используются знаки, не предусмотренные инструкцией, и т. п.

При обработке второй части внимание уделяется:

• уровню самопрезентации женщины (сколько качеств она использует);

• тому, самостоятельно ли женщина выбирает качества или повторяет те, которые были в первой части;

• преобладающей категории качеств (нравственные, волевые, деловые, коммуникативные и др.);

• преобладанию среди выбранных качеств тех, которые женщины оценивает высоко, средне или низко.

Для оценки средние данные испытуемых и его результаты по каждой шкале сравниваются со стандартными значениями, приведенными ниже (Таблица 4).

Таблица 4

Показатели уровня самооценки

Группа испытуемых	Количественная характеристика самооценки, средний балл			
	Низкая	Норма		Оценка высока
		Средняя	Высокая	
Принимают ЗГТ	0–60	61–80	81–92	92–100 и 6олее
Не принимают ЗГТ	0–52	53–67	68–89	90–100

Таблица 5

Показатели дифференцированности самооценки

Группа испытуемых	Количественная характеристика, балл		
	Слабая	Умеренная	Сильная
Принимают ЗГТ	0–6	7–16	6олее 16

Не принимают ЗГТ	0–9	10–19	Более 19

Наиболее благоприятными с точки зрения личностного развития являются следующие результаты: средняя или высокая при умеренной степени дифференцированности. Материалы по второй части служат дополнением к первой, позволяя дать более глубокую качественную характеристику личности женщины.

При качественном анализе материала особое внимание следует уделить редким ответам. К таким ответам, как уже отмечалось, относятся прежде всего случаи, когда уровень притязаний женщины оказывается выше уровня его самооценки. Подобная позиция («Могу, но не хочу»), как правило, указывает на конфликтное отношение испытуемой к той или иной стороне своей личности или конфликтное отношение к себе в целом, свидетельствует о неблагополучии женщины в той или иной области. Обычно это такие области, которые наиболее значимы для испытуемой, а ее успешность в них намного ниже ее притязаний. Если подобные ответы женщина дает по большинству или всем шкалам методики, это может свидетельствовать о существенных искажениях в его отношении к себе и к окружающему, о нарушениях в формировании его личности.

Пропуски отдельных шкал или их неполное заполнение (только самооценка или только уровень притязаний) могут свидетельствовать как о недостаточном внимании женщины, так и о том, что здесь имеет место низкая (предельно низкая) самооценка при крайне высоких, часто скрытых, притязаниях. Переживания, связанные о такое отношение к себе, столь сильны у испытуемой, что она не может или не хочет «обнародовать» это отношение.

Многочисленные поправки, зачеркивания, как правило, указывают на затрудненность в оценке себя, связанную с неопределенностью или неустойчивостью самооценки. У некоторых женщин это может

сопровождаться попыткой найти правильный ответ. Комментарии, постановка дополнительных, не предусмотренных инструкцией знаков (например, «?», «!!!»), рисунки (в том числе и непристойные) обычно свидетельствуют о повышенной напряженности, тревожности школьника в ситуации, когда ему надо оценить себя. Это характеризует наличие одновременно двух разнонаправленных тенденций — сильного желания понять, оценить себя и боязни проявить, прежде всего для себя самого, собственную несостоятельность (такие женщины часто говорят в беседах, что боялись ответить «не так», «хуже, чем другие»). Наиболее часто такие ответы встречаются у старших возрастов.

Далее проводя исследование по выбранным методика– 53 человека, с высокой выраженностью дисфункционального образа тела – 37 человек.

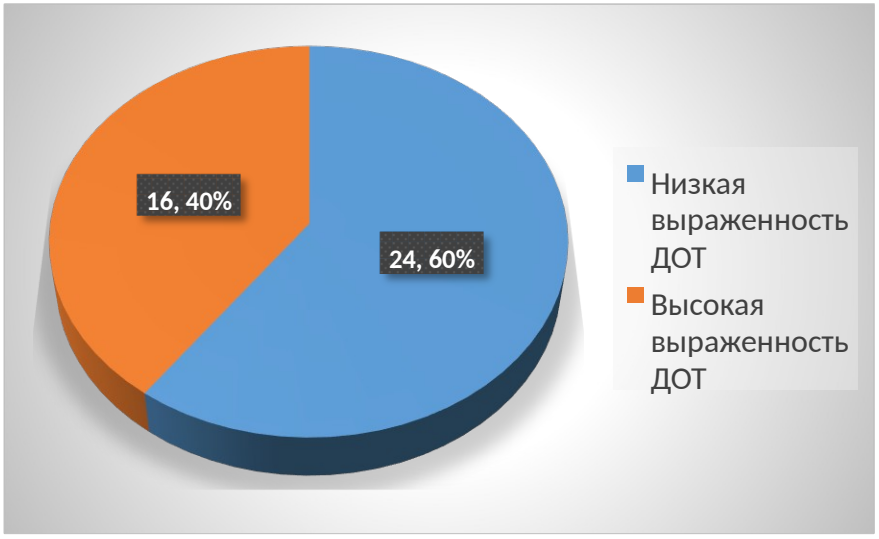

Рисунок 2. Количественные показатели выраженности дисфункционального образа тела

С целью определения взаимосвязей искомых параметров проведён корреляционный анализ Пирсона. Обнаружены значимые прямые корреляционные связи выраженности дисфункционального образа тела со следующими семантическими характеристиками восприятия образа тела: «тревожит», «смущает», «хочется скрыть», «хочется изменить», что свидетельствует о высокой озабоченности испытуемых образом своего

тела, негативном эмоциональном отношении и стремлении избегать ситуации его оценки со стороны.

Корреляционный анализ Пирсона выявил высоко значимую связь между дисфункциональным образом тела и негативными метакогницияими о руминациях самокритики, что демонстрирует нам наличие мыслительного застревания на дисфункции образа тела у испытуемых, мысли самокритики характеризуются как опасные, мешающие адаптации.

Связь между дисфункциональным образом тела и позитивными метакогницияими о руминациях самокритики (самокритика полезна, данные мысли помогают не совершать ошибок в будуем) не была выявлена.

Таблица 6

Корреляционный анализ параметров метакогниций о руминациях самокритики и семантических образов тела

	Негативные метакогниции о руминациях самокритики	Позитивные метакогниции о руминациях самокритики
Негативный семантический образ тела (хочется изменить, смущает)	**0,46**	0,11
	p=,003	p=,484
Позитивный семантический образ тела (нравится, красивое)	-0,16	0,01
	p=,317	p=,932

Корреляционный анализ Пирсона между параметрами - индивидуальные факторные веса и позитивные, и негативные метакогниции о руминациях самокритики выявил, что при негативном образе тела, (которое смущает, требует изменений, хочется скрыть, тревожит) характерны выраженные негативные метакогниции о руминациях самокритики.

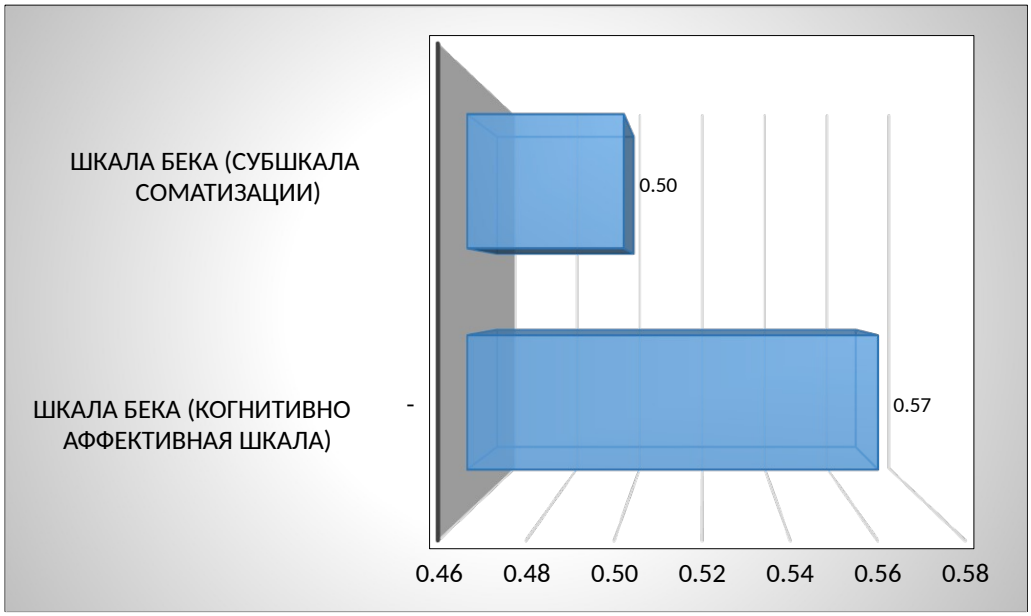

Рисунок 3. Корреляционный анализ параметров дисфункционального образа тела и депрессивной симптоматики

Дисфункциональный образ тела связан как с когнитивноаффективными проявлениями депрессии, так и с соматическими. Однако, когнитивно-аффективные проявления выступают на передний план. Это свидетельствует о том, что испытуемые уделяют большее внимание своим мыслям и чувствам относительно образа тела, чем соматическим проявлениям дисфункционального образа тела.

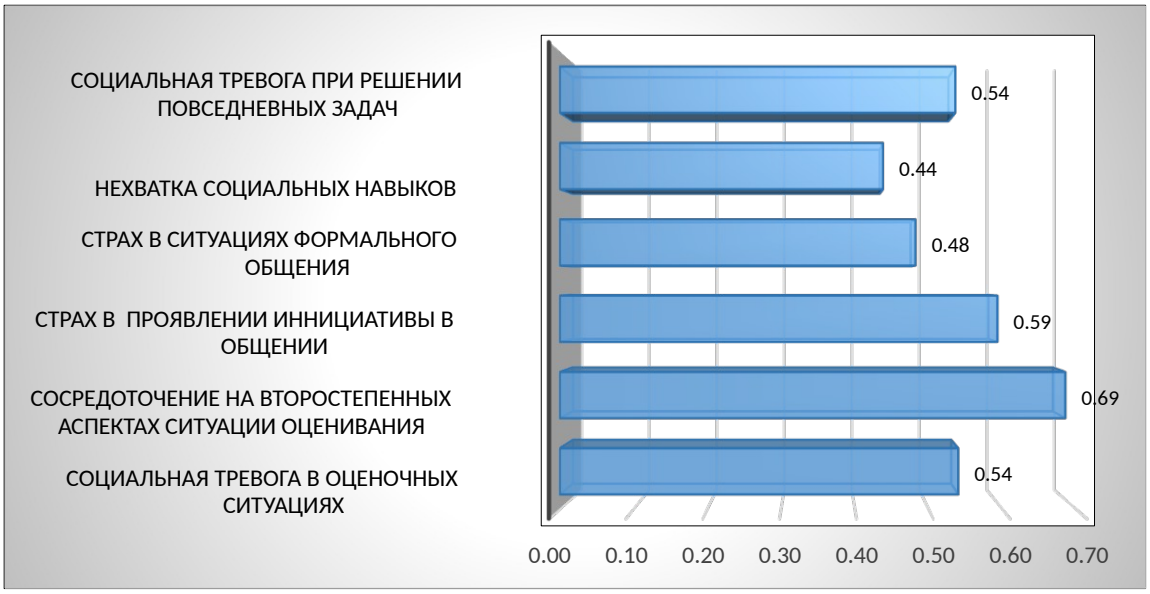

Рисунок 4. Корреляционный анализ параметров дисфункционального образа тела с социально-тревожными проявлениями

Показатели дисфункционального образа тела коррелируют с социально тревожными проявлениями. Эта связь является достаточно обоснованной, так как зачастую дисфункциональный образ тела формируется в рамках ситуаций социального оценивания, которые в свою очередь вызывают тревожные мысли у испытуемых.

Таблица 7

Дисфункциональный образ тела и параметры жизнестойкости: корреляционный анализ.

		Жизнестойкость	Социально-психологическая поддержка	Функциональная семья	Удовлетворенность жизнью	Стремление к успеху	Саморегуляция / планирование	Позитивный образ будущего
Дисфункциональный образ тела	Корреляция Пирсона	-,323*	-,323*	-,325*	-,364*	,196	-,120	-,184
	Знач. (двухсторонняя)	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	,226	,461	,256

Отрицательная значимая корреляция наблюдается между дисфункциональным образом тела и рядом параметров жизнестойкости (социально психологической поддержкой, функциональной семьёй, удовлетворенностью жизнью). При дисфункциональном образе тела испытуемые обнаруживают снижение жизнестокости, не воспринимают окружающих как способных оказать психологическую поддержку.

Корреляционный анализ Пирсона выявленных факторов семантического образа тела (F1 и F2) и параметров жизнестойкости

опросника «Антивитальность и жизнестойкость» показал, что составляющие жизнестойкости положительно взаимосвязаны с фактором функционального/адаптивного образа тела, при котором испытуемый воспринимает его как красивое и привлекательное для других, соответствует представлениям об идеале, которое хочется "изучать". Наиболее значимые корреляционные связи говорят о том, что при адаптивном семантическом образе тела характерен оптимистичный образ будущего, высоки показатели общей жизнестойкости и гармоничной ситуации развития (функциональная семья, наличие социальнопсихологической поддержки).

При негативномм семантическом образе тела, при котором оно воспринимается как тело, которое хочется скрыть, изменить, значимых взаимосвязей с параметрами жизнестойкости не обнаружено.

Таблица 8

Симптомы депрессии, типы социальной тревоги и метакогниции о руминациях самокритики метакогнитивная дисрегуляция эмоций): корреляционный анализ

	Страх оскорбить другого аллоцентрический тип СТ)	Страх негативной оценки эгоцентрический тип СТ)	Негативные метокогниции о руминациях самокритики	Позитивные метакогниции о руминациях самокритики
		)	)	

Шкала Бека (общий балл)	Корреляция Пирсона	,387*	,459**	,698**	-,016
	Знач. (двухсторонняя)	p<0,01	p<0,01	p<0,01	,923

Корреляционная связь выраженности депрессивной симптоматики с негативными метакогницииями о руминациях самокритики имеет высокую значимость и свидетельствует о деструктивности такого типа мыслительных метакогнитивных процессов, содержа их убеждение о том, что обдумывание самокритичных мыслей и анализ ситуаций самокритики могут приводить к негативным последствиям, что такие мысли следует «не думать» и т.п.

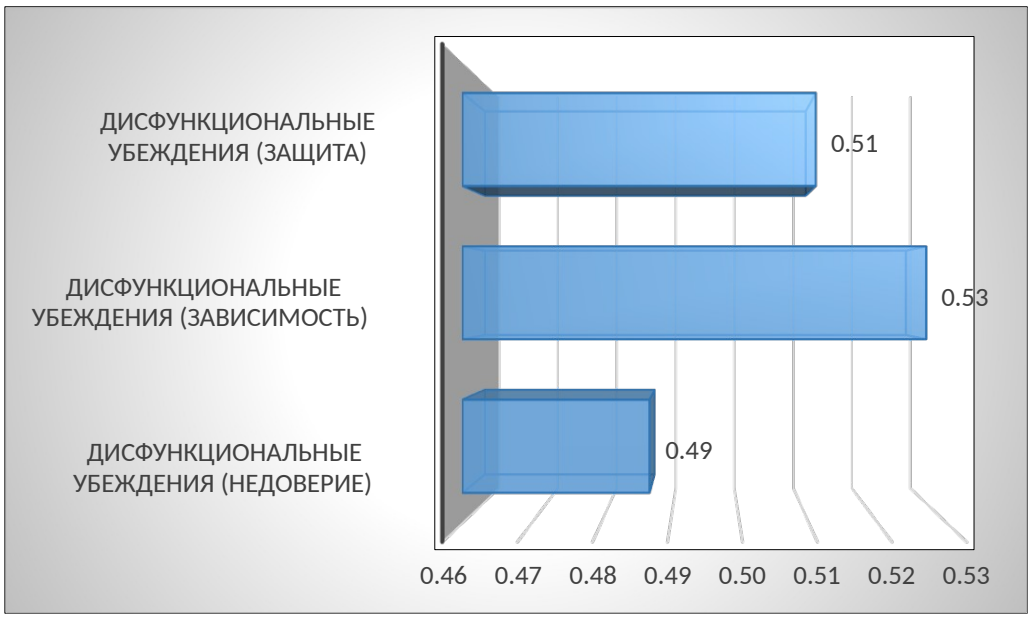

Рисунок 5. Корреляционный анализ параметров дисфункционального образа тела с дисфункциональными убеждениями.

Испытуемые с дисункциональным образом тела достоверно чаще руководствуются дисфункциональными убеждениями типа «Зависимость». Это свидетельствует о том, что они считают себя несостоятельными,

слабыми и им необходима помощь и поддержка в любой ситуации, которая может этого даже не требовать.

Таблица 9

Дисфункциональный образ тела и типы социальной тревоги: корреляционный анализ

		Страх оскорбить другого (аллоцентрический тип СТ)	Страх негативной оценки (эгоцентрический тип СТ)
Дисфункциональный образ тела (стены)	Корреляция Пирсона	,664**	,675**
	Знач. (двухсторонняя)	p<0,01	p<0,01

У испытуемых с дисункциональным образом тела достоверно чаще преобладает эгоцентрический тип социальной тревоги. Это связано со страхом негативной оценки окружающими. Уязвлениям и переживанием стыда и вины.

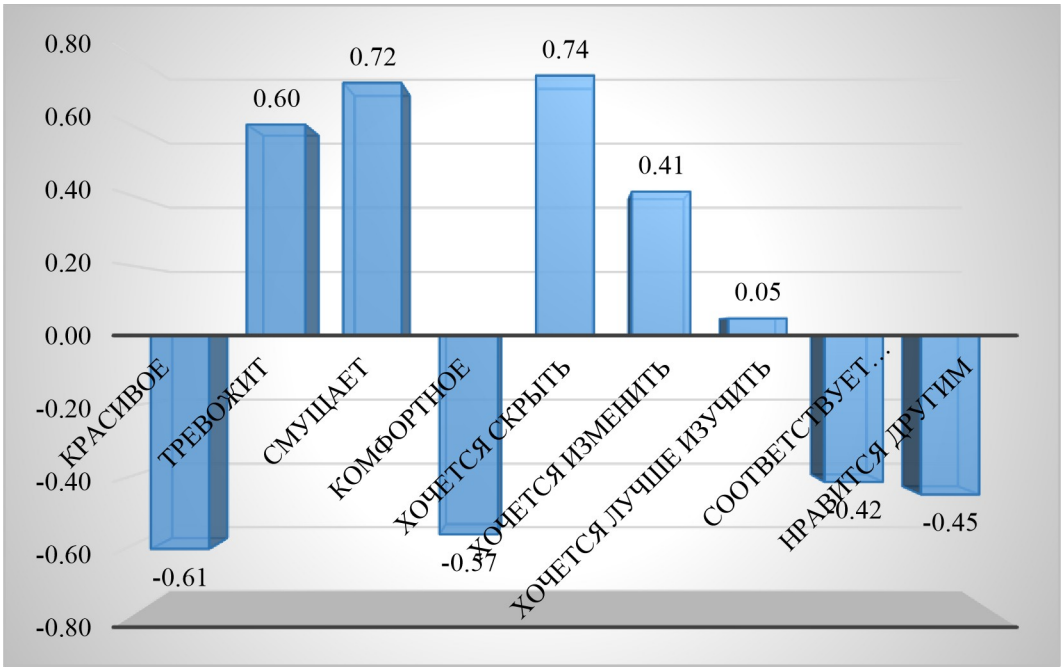

Рисунок 6. Корреляционный анализ параметров дисфункционального образа тела с семантическими характеристиками восприятия своего тела

Отрицательная связь выявлена с положительными семантическими характеристиками: «красивое», «комфортное», «соответствует моим представлениям об идеале», «нравится другим». Это может свидетельствовать о том, что при дисфункциональном образе тела характерен выраженно негативный смысловой образ тела, исключающий более взвешенную рациональную оценку внешности и телесности.

Факторный анализ (метод главных компонент, поворот Varimax Normalized) дескрипторов – семантических характеристик восприятия тела (шкала оценки от 0 до 10, где 0 – нет, абсолютно неверно, а 10 – да, абсолютно верно) позволил выделить 2 фактора. Они были названы по значимым критериям, которые их образуют: F1 – негативный образ (смущает, требует изменений); F2 – позитивный образ (привлекательное тело, красивое). Фактор 1 оказался значимо взаимосвязан со шкалой дисфункционального образа тела по опроснику (О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха).

Таблица 10

Дисфункциональный образ тела (стены)

		Негативные матокогниции о руминациях самокритики	Позитивные метакогниции о руминациях самокритики
Дисфункциональный образ тела (стены)	Корреляция Пирсона	0,698**	0,239
	Знач. (двухсторонняя)	p<0,01	p<0,1

Как видно из выше представленных результатов диагностического исследования, у женщин возрастной группы 42-55 лет состояние осложняется значительными патологическими проявлениями – нейровегетативными, психоэмоциональными, которые проявляются интенсивнее, чем у женщин репродуктивного и постменопаузального

периода. Как следствие, в результате существенно осложняется повседневная и социальная активность, затрудняется общение. Все участницы исследования отметили ухудшение качества жизни с наступлением менопаузы.

2.3. Программа психологической коррекции проблем эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы

В современном мире женщине часто приходится вести активный образ жизни. После 40 лет она, как правило, находится на пике своей карьеры, занимает достойное служебное положение, пользуется авторитетом среди коллег. Естественно, она не хочет терять свой социальный статус. И поэтому очень болезненно воспринимает ухудшение общего самочувствия из-за возрастных изменений в организме.

Кроме того, часто женщина находится в состоянии психологического стресса. Это объясняется тем, что у большинства женщин именно в этом периоде жизни возникают проблемы с подрастающими детьми и стареющими родителями. Как было показано в теоретической части настоящего исследования, климакс является физиологической особенностью женского организма, поэтому у здоровой женщины он не должен сопровождаться значительными нарушениями. У части женщин наблюдаются вегетативно-сосудистые изменения: боли в области сердца, мигрень, раздражительность, бессонница, «приливы» и др.

Смягчить течение климакса можно, соблюдая режим, диету, повышая устойчивость к стрессовым воздействиям. Сон должен быть достаточно продолжителен, из пищи необходимо исключить раздражающие и возбуждающие вещества, алкогольные напитки. Также важны умеренная физическая нагрузка, прогулки на свежем воздухе, активное общение с окружающими. Если описанные меры недостаточны и

климакс протекает с явными нарушениями в состоянии здоровья, необходимо обратиться к врачу. Назначение успокаивающих средств, лечебной гимнастики, теплых хвойных ванн перед сном часто бывает достаточным для улучшения общего состояния женщины.

Однако, в любом случае, функциональные изменения при климаксе могут продолжаться длительно и редко остаются незамеченными. Иногда они становятся настолько выражены, что приобретают характер патологических симптомов. Поэтому в таких случаях говорят уже не столько о климаксе, сколько **о климактерических расстройствах**. При этом в отдельных случаях, приходится назначать гормональные препараты, психотерапию. Приливы могут быть причиной нарушения сна (трудности с засыпанием, прерывистый ночной сон), в результате чего возникают усталость, утомляемость, апатия, раздражительность и даже депрессия. Нарушения ночного сна, потливость и приступы дрожи могут приводить к значительным ограничениям в повседневной жизни женщины.

Каждой женщине, даже находящейся в расцвете сил, надо заранее быть готовой – внутренне готовой – к тем переменам, которые будут ожидать ее после 40 лет. От этого понимания во многом зависит то, как она переживет это время. Причем слово «переживет» здесь не вполне подходит, ведь при желании можно прожить эти годы легко и комфортно. Для этого нужно просто правильно относиться к происходящим переменам.

Несколько советов от кандидата психологических наук Екатерины Маштаковой:

- Нельзя отождествлять менопаузу со старостью. В наше время возрастные рамки изменились. 40лет, это, по сути, еще молодая женщина. 50 – зрелая, 60 – только-только начинающая стареть. Из-за страха перед старением многие женщины отрицают наступление менопаузы, не веря, что задержка месячных связана именно с ней. Исследования показывают,

что такие женщины гораздо чаще страдают от депрессивных расстройств, чувствуют себя неуверенными и имеют нарушенное представление о себе и своем организме, в отличие от женщин, которые принимают процесс климактерических изменений как физиологическую закономерность.

- Менопауза – это то самое время, когда надо задуматься о будущем. Зачастую женщины ошибочно полагают, что пора подводить итоги, но это совершенное заблуждение. 45 лет – всего лишь половина жизни, и на вторую половину нужны многочисленные планы и оптимистичный настрой. Планировать можно свои отпуска, путешествия, дальнейшее взросление своих детей и появление внуков, ведь это все такие же радостные события в жизни человека, как и своя собственная свадьба, окончание института, рождение детей. Даже выход на пенсию вовсе не означает начала периода «бесконечных поликлиник». Это – то время, когда можно всецело посвятить себя себе самой, своим домочадцам, заняться каким-нибудь давно желанным хобби.

- Жить и в молодом возрасте, и, тем более, в зрелом надо активно – то есть заниматься спортом, который способствует выработке гормонов радости – эндорфинов и помогает нам быть в тонусе и хорошо себя чувствовать. У людей спортивных проявления климакса менее выражены. Не хочется говорить банальности, но также важно правильное питание.

- Нельзя прощаться со своей «женской судьбой». Совсем не у всех женщин с наступлением климакса исчезает либидо – очень многие остаются сексуально-привлекательными в период менопаузы и после нее. Ухаживайте за собой сами или ходите к косметологу. Прогулки, бассейн, баня, СПА, массаж – вот то, что способно и сделать вас красивой и поднять настроение.

В тех же случаях, когда депрессия оказалась сильнее, не нужно спешить просить врача выписать антидепрессанты – они снимут симптомы, но не причину. Тут лучше сможет помочь психолог или

психотерапевта.

На основании результатов проведенного исследования выделены мишени психологической коррекции:

1. Негативные психические состояния (тревожность, фрустрация, ригидность).
2. Неадекватное восприятие своего тела.
3. Нарушение социально-психологической адаптации.

На основании выделенных мишеней **разработана психокоррекционная программа «Гармонизация эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы»**.

Цель программы психологической коррекции: улучшение эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы.

Задачи программы психологической коррекции

1. Снизить степень проявления негативных психических состояний.
2. Способствовать формированию адекватного телесного восприятия.
3. Способствовать улучшению социально-психологической адаптации.

Этапы проведения коррекционной работы:

1. Подготовительный этап

Цель: введение, подготовка участников к проведению программы.

Задачи:

1. Обсудить правила работы в группе.
2. Снизить уровень напряжения и способствовать созданию мотивации на работу.
3. Способствовать формированию групповой сплоченности.

2. Основной этап

Цель: улучшение социально-психологической адаптации.

Задачи:

1. Снизить степень проявления негативных психических состояний.

2. Способствовать адекватному восприятию своего тела.

3. Способствовать улучшению социально-психологической адаптации.

3. Заключительный этап

Цель: подведение итогов, отсоединение психолога от группы.

Задачи:

1. Постепенное завершение работы с уменьшением интенсивности упражнений.

2. Подведение итогов, рефлексия о проделанной работе.

Организационные условия проведения занятий:

1. Количество участников группы: 8-10 человек.

2. Определение временных ресурсов: 12 академических часов, продолжительность: 6 занятий по 2 часа.

3. Определение места проведения: _____ .

С целью проверки динамики в ходе психокоррекционной работы должен быть использован психодиагностический метод. Основываясь на выделенных мишенях и задачах психологической коррекции, использованы следующие методики:

1. Методика для оценки личностной и реактивной тревожности Ч. Спилбергера-Ю. Ханина.

2. Методика М. Люшера.

3. Методика для оценки менопаузального индекса Куппермана;

4. Методика для оценки вегетативного индекса Кердо.

Ряд упражнений программы психологической коррекции имеют авторскую модификацию (отмечено*) при подробном рассмотрении упражнений, входящих в программу (Приложение №1).

База проведения программы психологической коррекции: _____.

При разработке программы психологической коррекции был проведен анализ литературы, посвященный практической работе с пациентами.

Подробный текст микроплана, содержащий упражнения соответственно этапам и дням психокоррекционной программы приведен в Приложении №1.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном исследовании изучены особенности эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы.

Тема тревожно-депрессивных переживаний и искажений в восприятии своего тела у женщин в период менопаузы широко представлена нашими и зарубежными психологами. Но в этот же момент она является не до конца исследуемой, что делает её актуальной.

Актуальность изучения и исследования по данной теме оказывает серьезное влияние на многие аспекты жизни женщины, на её физическое и психоэмоциональное состояние, именно это имеет важное значение в исследовании, так как данный факт малоизучен.

В ходе исследования было установлено, что …

Предложенная программа психологической коррекции проблем эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы …

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

4. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы // Практическое рук-во для врачей. – М.: Изд. «МЕДпресс-информ», 2006. – 491 с.
5. Аллахвердиева А.А., Аллахвердиев А.Р. Эмоционально-характерологический базис и структурная организация ээг женщин зрелого возраста при различных вариациях магнитного поля земли // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2020. – № 12. – С. 43-48; URL: https://applied-research.ru/ru/article/view?id=13158 (дата обращения: 01.04.2023).
6. Балан В.Е. Эпидемиология климактерического синдрома/ В.Е. Балан // Акушерство и гинекология. – 1995. – № 3. – С. 5–9.
7. Барашков Г.Н., Котенко Н.В., Гигинейшвили Г.Р., Ланберг О.А. Применение гидродинамических фитоароматических ванн в сочетании с пелоидотерапией у женщин в период менопаузального перехода. Вестник восстановительной медицины. 2019. - № 6. – С. 17-21.
8. Белогай К.Н. Образ тела женщин в период менопаузального перехода // Вестник КемГУ. 2018. №4 (76). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/obraz-tela-zhenschin-v-period-menopauzalnogo-perehoda (дата обращения: 29.03.2023).
9. Березанская Н.Б., Нуркова В.В. Психология. – М.: Юрайт-Издат, 2003. – 576 с.
10. Биосоциальные особенности женщин // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2009. – № 12 (58). – С. 37-40.
11. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. / Под редакцией А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000.

12. Вихляева Е.М. Постменопаузальная терапия. – М.: Мед-пресс, 2008. – 447 с.
13. Воробьев П.А. Новые аспекты в проблеме качества жизни пожилого человека // Клиническая геронтология. – 1999. – № 2. – С. 3–8.
14. Гаспарян С.А., Василенко И.А., Папикова К.А., Дросова Л.Д. Менопауза: вверх по лестнице, ведущей вниз. Медицинский Совет. – 2020. №13. С. 76-83
15. Гигинейшвили Г.Р., Котенко Н.В., Ланберг О.А. Применение артпсихотерапии у женщин после мастэктомии по поводу рака молочной железы. Вестник восстановительной медицины. 2019. - № 6. – С. 22-26.
16. Грец, И.А. Влияние физкультурно-оздоровительных занятий фитнес йогой на здоровье женщин 25-40 лет / И.А. Грец, Е.П. Самсонова // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2010. – № 1 (59). – С. 28-31.
17. Гудкова М.А. Современные принципы гормональной терапии больных с климактерическим синдромом // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 2. –С. 7–11.
18. Джебашвили, М.М. Значение личностных особенностей при климактерическом синдроме // Российский мед. журн. – 2001. – № 3. – С. 18-20.
19. Дмитриева, Т.Б. Лечение реактивных депрессий у женщин в период климакса / Т.Б. Дмитриева, М.А. Качаева // Российский психиатр. журн. Приложение «Депрессия у женщин». – 2001. – № 4. – С. 7-11.
20. Доброхотова Ю.Э. Менопаузальный синдром // Лечебное дело. – 2004. – № 1. – С. 3–8.
21. Дюкова, Г.М. Состояние психовегетативной и сексуальной сфер у женщин в перименопаузе: руководство по климактерию / Г.М. Дюкова, В.П. Сметник, Н.А. Назарова / под ред. В.И. 5. Кулакова, В.П. Сметник. – М.: Моск. ин.-т акушерства, 2001. – С. 361–383.
22. Жмакин К.Н. Гинекологическая эндокринология / К.Н. Жмакин, Е.М.

Вихляева. – М.: Медицина, 1980.
23. Жмуров В.А. Психоорганический синдром // Психопатология. – М., 2002. – т. 2.
24. Зайдиева Я.З. Альтернативная терапия менопаузальных расстройств у женщин в климактерии. Русский медицинский журнал. 2017. – №12. – С. 873- 878.
25. Зайдиева Я.З. Гормонопрофилактика и коррекция системных нарушений у женщин в перименопаузе: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1997. – С. 14.
26. Зинина, А.И. Аффективные расстройства у женщин : автореф. дис. … канд. мед. наук / Зинина А.И. – Новосибирск, 1999. – 18 с.
27. Иллариошкин С.Н. Ранние (додементные) формы когнитивных расстройств // Consilum-medicum. – 2007. – Т.9, № 2. – С. 107–111.
28. Каменецкая Г.Я. Особенности депрессивных нарушений у женщин с индуцированной менопаузой / Г.Я. Каменецкая, С.В. Юренева // Климактерий. – 2003. – № 2. – С. 4–7.
29. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. – 2-е изд., исправл. и доп. – Томск: Сибирский издательский дом, 2001. – 130 с.
30. Краснянская Т.М., Тылец В.Г. Психологическая безопасность в системе факторов санаторно-курортного оздоровления. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2017. - № 4. – С. 26-30.
31. Кулаков В.И. Менопаузальный синдром / Т.Ж. Перегулова, Е.М. Вихляева. – М., 1996. – 64 с.
32. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психологические технологии управления состоянием человека. М.: Смысл; 2009.
33. Менделевич В.Д. Психопатология климакса. – Казань, 1992. – 168 с.
34. Одарущенко О.И. Тест на эмоциональное благополучие 1.0. Хроники объединенного фонда электронных ресурсов Наука и образование. 2016. - № 3. – С. 5.

35. Одарущенко О.И., Котенко Н.В., Рачин А.П. Способ лечения хронической тазовой боли у женщин на основе биологической обратной связи (БОС). Патент на изобретение RU 2717200 C1, 18.03.20. Заявка №2019135325 от 05.11.19.
36. Одарущенко О.И., Самсонова Г.О., Нувахова М.Б. Клинико-психологические критерии диагностики актуального эмоционального состояния пациентов с цереброваскулярной патологией в практике стационара. Вестник восстановительной медицины. 2020. - № 1. – С. 19-26.
37. Одарущенко О.И., Шакула А.В. Оценка эмоционального благополучия в программах психологической реабилитации, практ. рук-во для психологов. М. 2019.
38. Пахомов Александр Анатольевич, Рухляда Николай Николаевич, Бакина Нонна Николаевна, Чернов Дмитрий Александрович Психофизиологические особенности женщин в климактерическом периоде // Ученые записки университета Лесгафта. 2011. №10. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihofiziologicheskie-osobennosti-zhenschin-v-klimaktericheskom-periode (дата обращения: 29.03.2023).
39. Перехов А.Я. Депрессия и сексуальные расстройства у женщин в естественной и хирургической менопаузе. Акушерство, Гинекология и Репродукция. 2009;4:6-10.
40. Плотников С.М. Нервно-психические расстройства климактерического генеза у женщин // Харьковский медицинский журнал. – 1997. – № 2. – С. 27–29.
41. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара : Летопись, 2010. – 458 с.
42. Савельева Г.М. Постменопауза. Физиология и патология / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко // Вестник Российской ассоциации акушерства и гинекологии. – 1998. – № 2. –С. 45–49.
43. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии : учеб.

пособие / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.

44. Смелышева Лада Николаевна, Симонова Татьяна Олеговна, Кайгородцев Андрей Владимирович Исследование гормонального фона и анализ психоэмоционального состояния женщин с нарушениями менструальной функции // Человек. Спорт. Медицина. 2015. №3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-gormonalnogo-fona-i-analiz-psihoemotsionalnogo-sostoyaniya-zhenschin-s-narusheniyami-menstrualnoy-funktsii (дата обращения: 07.04.2023).
45. Сметник В.П. Клиника и диагностика климактерических расстройств // Климактерий и постменопауза. – 1997. – № 1. – С. 5–8.
46. Сметник В.П. Руководство по климактерию / В.П. Сметник, В.И. Кулаков. – М.: МИА, 2001. – 685 с.
47. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. – М.: Берег, 2000. – 160 с.
48. Столярова У.В. Лечебная премедикация при операциях по поводу миомы матки в условиях климактерического синдрома: дис. … канд. мед. наук. – Саратов, 2008. – С. 68–80.
49. Столярова У.В., Хворостухина Н.Ф. Психоэмоциональные нарушения при климактерическом синдроме // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9-1. – С. 202-206; URL: https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=32205 (дата обращения: 01.04.2023).
50. Ткачук, М.Г. Исследование влияния спорта на здоровье и качество жизни женщин спортсменок / М.Г. Ткачук, Е.А. Олейник // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2006. – Вып. 19. – С. 78-86.
51. Федорова Елена Александровна, Хлевнова Милана Геннадиевна, Северова Екатерина Александровна, Василевич Наталья Дмитриевна Психологические особенности женщин с преждевременной и ранней менопаузой // Ученые записки университета Лесгафта. 2022. №1 (203).

URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-zhenschin-s-prezhdevremennoy-i-ranney-menopauzoy (дата обращения: 28.03.2023).

52. Beck A.T. Assessment of depression: the depression inventory / A.T. Beck, A. Beamesderfer // Mod Probl Pharmacopsych. – 1974. –Vol.7. – P. 151–169.
53. Bidzinska B., Mikulski E. et al. // Gynecol. Endocrinol. – 2000. – Vol.14, № 3. – P. 196–203.
54. Depressive symptoms and risk factors among perimenopausal women / G.M. Suau, R. Normandia, R. Rodriguez, J. Romaguera, L. Segarra // P. R. Health. Sci. J. – 2005. – Vol. 24, № 3. – P. 207–210.
55. Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life. The Heart and Soul Study / B. Ruo, J.S. Rumsfeld, M.A. Hlatky, et al. // JAMA. – 2003. – Vol. 290. – P. 215–221.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Психокоррекционная программа

«Гармонизация эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы».

1. Подготовительный этап

Цель: введение, подготовка участников к проведению программы.

Задачи:

1. Обсудить правила работы в группе.
2. Снизить уровень напряжения и способствовать созданию мотивации на работу.
3. Способствовать формированию групповой сплоченности.

День 1

№	Название упражнения	Описания упражнения и инструкции участникам	Цель упражнения	Тайминг
1.	Знакомство	Каждый по очереди называет свое имя. Второй называет имя первого и свое. Третий имя первого, второго и свое и т.д.	Знакомство, самопрезентация, снятие напряжения.	10 мин
2.	Правила	На ватмане пишется перечень правил, выбранных группой, которые нельзя нарушать и при которых всем будет комфортно работать.	Условное, формальное обозначение правил поведения в группе.	5 мин
3.	Упражнение «Кто Я? »	По очереди, не задумываясь, участники произносят фразу «Я -…», озвучивая возникающие ассоциации, задание проходит в быстром темпе.	Самопрезентация, улучшение самопонимания и самоощущения.	15 мин
4.	Мини-лекция	Теоретический материал	Представлени	15 мин

		о взаимосвязи психического и соматического, а также о факторах, влияющих на развитие психосоматичеких заболеваний.	е знаний о различных механизмах возникновения заболеваний.	
5.	Упражнение «Ожидания»	Участникам предлагается озвучить свои ожидания от занятий и те усилия, которые они готовы приложить в процессе работы. Ведущий задает вопросы: Каждый из нас чего-то ждет от нового дела. Чего вы ждете и что готовы вложить в психокоррекционную работу? То, что записано, может меняться на протяжении психокоррекционной программы.	Обсуждение, прояснение, формирование интереса к теоретическим основам периода менопаузы.	25 мин
6.	А чего боишься ты? *	Задание состоит в том, что через установление контакта участников психокоррекционной программы друг с другом повысится уровень коммуникации и снизится тревожность, используя при этом конкретные страхи как предмет для обсуждения. Инструкция состоит в следующем: - вспомните какой-нибудь из своих страхов - озвучьте его в следующей формулировке «меня пугает…»	Проработка конкретных страхов и тревожности через проговаривание и переживание. Также улучшение взаимодействия в группе через дискуссионный вариант упражнения.	20 мин

		- спросите у следующего в круге участника «пугает ли тебя это и как ты с этим справляешься»		
7.	Упражнение «Ожидания»	Участникам предлагается озвучить свои ожидания от занятий и те усилия, которые они готовы приложить в процессе работы. Ведущий задает вопросы: Каждый из нас чего-то ждет от нового дела. Чего вы ждете и что готовы вложить в психокоррекционную работу? То, что записано, может меняться на протяжении психокоррекционной программы.	Обсуждение, прояснение, формирование интереса к теоретическим периода менопаузы.	25 мин
8.	Релаксация *	Участники психокоррекционной программы закрывают глаза, включается расслабляющая музыка и выполняют перечень следующих инструкций: - сделайте несколько глубоких вдохов - прислушайтесь к собственному телу, начиная от пальцев рук и так далее, перечисляя разные части тела - почувствуйте расслабление в теле - послушайте биение собственного сердца, свое дыхание - представьте, что вы лежите на поле, дует приятный теплый ветер	Расслабиться, настроить контакт с собственным телом и ощущениями, наладить позитивный настрой	20 мин

		- услышьте аромат вокруг, прислушайтесь к журчанию ручья - никого вокруг нет, только Вы - представьте, что времени не существует и Вам никуда не надо - вообразите, что к Вам подходит приятный человек и приглашает вас отправиться в путь - представьте его голос, внешность, одежду, которая на нем - постепенно представляйте, как садитесь с ним в лодку и уплываете - куда вы плывете? - вы когда-нибудь были в этом месте или это место из ваших воспоминаний? - вам никуда не надо и вас ничего не беспокоит, побудьте в это месте, а потом, - по мере готовности открывайте глаза.		
9.	Завершающий шеринг	Участники по очереди делятся своими впечатлениями и ожиданиями.	Подведение итогов, прояснение ожиданий, формирование мотивации на дальнейшую работу.	10 мин

2. Основной этап

Цель: улучшение социально-психологической адаптации.

Задачи:

1. Повысить уровень стрессоустойчивости и снизить степень проявления негативных психических состояний.

2. Способствовать формированию адаптивного комплекса совладающего поведения.

3. Способствовать улучшению социально-психологической адаптации.

День 2

№	**Название упражнения**	**Описания упражнения и инструкции участникам**	**Цель упражнения**	**Таймин г**
1.	Шеринг	Обсуждение состояния, самочувствия и ожиданий.	Прояснение обстоятельств, формирование общности, включение участников в работу.	10 мин
2.	Мини-лекция	Предоставление лекционного материала об эмоционально-личностных особенностях женщин в период менопаузы	Ознакомление, расширение представлений о себе.	20 мин
3.	Упражнение «торговля» *	Запишите положительные, отрицательные, а также недостающие у вас качества. А теперь представьте, что у вас появилась возможность обзавестись теми, качествами, которыми вы хотите обладать, а также избавиться от	Проработка самопринятия и саморегуляции, как одного из компонентов, способствующи х социально -психологическо й адаптации.	30 мин

		нежелательных.		
4.	Упражнение «Известный человек»*	Закройте глаза, почувствуйте собственное тело, прислушайтесь к собственным чувствам и эмоциям. А теперь представьте себе известного человека, который Вам интересен. Какого он пола? Сколько ему лет? Как он одет, как говорит (голос, интонация, громкость, скорость), вспомните о его интересах, деятельности, он общителен или скорее замкнут? Какое у него настроение? А теперь представьте что Вы на время стали этим человеком и вам нужно обзавестись связями, знакомствами, от которых зависит ваша карьера, успех, дальнейшая жизнь, для этого Вы поехали на курорт, где Вас окружают не менее интересные личности. Но помните, что вы также способны сами заинтересовать и сделать так, чтобы с Вами познакомились, если, конечно, о Вас действительно знают.	Повышение коммуникативного навыка, раскрепощение через роль другого человека, повышение самооценки через обнаружение общего с кумиром и через наводящие вопросы, улучшение социально -психологической адаптации.	50 мин
5.	Шеринг	Отслеживание и презентация собственных чувств и эмоций, а также прояснение дальнейших планов, запросов, ожиданий.	Прояснение, формирование, уточнение происходящего.	10 мин

День 3

№	Название упражнения	Описания упражнения и инструкции участникам	Цель упражнения	Тайминг
1.	Шеринг	Презентация и прояснение собственных чувств и эмоций, а также формирование ожиданий и запросов.	Прояснение, уточнение, формирование ожиданий и запросов.	10 мин
2.	Мини-лекция	Лекционный материал на тему «Негативные психические состояния».	Информирование о видах негативных психических состояний и снятие блоков на их проявление.	10 мин
3.	Дискуссия	Обсуждение ситуаций, вызывавших избыточную фиксацию на значимых событиях (ригидность), фрустрацию, обиду, тревогу, раздражение, злость и агрессию.	Снятие уникальности, снятие барьеров, связанных с проявлением негативных психических состояний, когнитивное их «принятие» через обсуждение конкретных ситуаций.	40 мин
4.	«Кто-нибудь другой» *	Участник психокоррекционной программы по очереди в директивной форме перекладывает на другого участника что-то, что ему не хочется делать самому, а другому дается инструкция выбрать как можно более тактичный и удобный ответ.	Улучшение социально-психологической адаптации и применение адаптивных стратегий совладания: определение собственных границ,	40 мин

			снижение уровня конфликтности, повышение коммуникативного навыка.	
5.	Упражнение «Отдых»	Инструкция: «Стоя, ноги на ширине плеч. Вдох через нос; На выдохе наклониться вперед, руки и голова свободно свисают к полу. Мышцы расслаблены; Следить за дыханием в течение 1-2 минут; затем медленно выпрямиться».	Расслабление.	10 мин
6.	Шеринг	Участники делятся своими эмоциями и чувствами.	Уточнение, прояснение, формирование интереса, мотивации, ожиданий.	10 мин

День 4

№	Название упражнения	Описания упражнения и инструкции участникам	Цель упражнения	Таймин г
1.	Шеринг	Участники делятся своими эмоциями, чувствами и ожиданиями.	Уточнение, прояснение чувств, эмоций и планов на дальнейшую работу.	10 мин
2.	Мини-лекция и дискуссия	Предоставление теоретической информации о мифах и фактах о менопаузе.	Информировани е, конкретизация, детализация, обсуждение.	25 мин
3.	«Автобус» *	Участники делятся на следующие роли: пьяный пассажир, ворчливый кондуктор, беременная женщина, не говорящий по-русски водитель и школьник, в зависимости от желания – участник выбирает роль. Далее формируется сцена, которая является тесной маршруткой, где развиваются события, прописанные в сюжете с элементами импровизации.	Разрядка, прояснение отношения к различным социальным ролям, преодоление страха на отреагирование негативных психических состояний, выработка адаптивных стратегий совладающего поведения. Улучшение социально-психологической	55 мин

			адаптации.	
4.	Релаксация*	Закройте глаза, представьте, что вы сидите в пещере и вокруг Вас никого нет Горит огонь, освещая рисунки на стене, сегодня Вам не нужно ни на охоту, ни на разведку. Снаружи доносятся звуки водопада и пение птиц. Все это смешивается с треском костра. Вы ложитесь на солому и абсолютно ни о чем не думаете.	Расслабление, переключение, снятие психоэмоционального напряжения.	20 мин
5.	Шеринг	Участники делятся своими эмоциями, чувствами и мыслями.	Уточнение, прояснение полученной информации и закрепление достигнутого на эмоциональном и когнитивном уровнях.	10 мин

День 5

№	Название упражнения	Описания упражнения и инструкции участникам	Цель упражнения	Тайминг
1.	Шеринг	Участники делятся своими эмоциями, чувствами и ожиданиями.	Уточнение, прояснение чувств, эмоций и планов на дальнейшую работу.	10 мин
2.	Мини-лекция и дискуссия	«Основные потребности женщины» (с актуализацией тех потребностей, которые заблокированы или чрезмерно выражены у женщин в период менопаузы.	Информирование, обсуждение представленной темы.	20 мин
3.	«Выборы»	Моделируется ситуация, подобная предвыборной компании, где каждый провозгласивший себя на пост участник должен презентовать себя и выдвинуть свою кандидатуру.	Повышение самооценки и самопринятия, умение выступать, презентовать себя, способность слушать критику, формирование и укрепление лидерских качеств. Выработка навыков адаптивного взаимодействия, улучшение социально-психологической адаптации.	55 мин
4.	Релаксация	Представьте, что вы в	Мышечное и	15 мин

		космосе, в невесомости. Вы отталкиваетесь и парите, глубоко вдыхаете чистейший воздух, вас окружают звезды и планеты, вы не знаете, сколько времени там, внизу, на земле, да оно вам и ни к чему.	психологическое расслабление.	
5.	«Президент»	Представьте, что вам доверили руководящую должность и что бы вы изменили в том, что вас окружает?	Проективный дискуссионный метод, направленный на прояснение индивидуальной неудовлетворенности в социальном взаимодействии через социально-приемлемые формы. Выработка навыков адаптивного взаимодействия, улучшение социально-психологической адаптации.	20 мин
6.	Шеринг	Участники делятся своими эмоциями, чувствами и мыслями.	Уточнение, прояснение полученной информации и закрепление достигнутого на эмоциональном и когнитивном уровнях.	10 мин

3. Заключительный этап

Цель: подведение итогов, отсоединение психолога от группы.

Задачи:

1. Постепенное завершение работы с уменьшением интенсивности упражнений.

2. Подведение итогов, рефлексия о проделанной работе.

День 6

№	Название упражнения	Описания упражнения и инструкции участникам	Цель упражнения	Тайминг
1.	Шеринг	Участники по очереди делятся своим состоянием, впечатлениями.	Уточнение, прояснение чувств, эмоций и планов.	10 мин
2.	Мини-лекция о психических и физических ресурсах	Повествование о ресурсных возможностях организма, а также взаимовлиянии психики и тела (психосоматические и соматопсихические соотношения при менопаузе).	Информирование с целью повышения осведомленности об организме, а также для увеличения уверенности в собственных возможностях. Актуализация индивидуальных ресурсов.	30 мин
3.	«Бартер»	Представьте, что вы торговый представитель, у которого в распоряжении определенные ресурсы, например, сила, энергия,	Знакомство с собственными достоинствами и недостатками, повышение самопринятия. Актуализация индивидуальных	40 мин

		способности, и вам нужно установить связи с другими людьми. Что вы предложите в процессе обмена?	ресурсов. Повышение навыков общения, улучшение социально -психологической адаптации.	
4.	Шеринг	Подведение итогов за день и по всей работе в целом.	Подведение итогов, систематизация полученной информации и опыта, расстановка приоритетов, рефлексия о проделанной работе.	20 мин

Приложение 2

Шкала (тест-опросник) депрессии Бека.

Инструкция:

Вам предлагается ряд утверждений. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает Ваше состояние за прошедшую неделю, включая сегодняшний день. Обведите кружком номер утверждения, которое Вы выбрали. Если в группе несколько утверждений в равной мере хорошо описывают Ваше состояние, обведите каждое из них. Прежде чем сделать выбор, внимательно прочтите все утверждения в каждой группе.

1

0 – Я не чувствую себя несчастным.

1 – Я чувствую себя несчастным.

2 – Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства.

3 – Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.

2

0 – Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным.

1 – Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным.

2 – Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.

3 – Я чувствую, что будущее безнадежно и ничего не изменится к лучшему.

3

0 – Я не чувствую себя неудачником.

1 – Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.

2 – Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череды неудач.

3 – Я чувствую себя полным неудачником.

4

0 – Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.

1 – Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.

2 Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было.

3 – Я всем не удовлетворён, и мне все надоело.

5

0 – Я не чувствую себя особенно виноватым.

1 – Довольно часто я чувствую себя виноватым.

2 – Почти всегда я чувствую себя виноватым.

3 – Я чувствую себя виноватым все время.

6

0 – Я не чувствую, что меня за что-то наказывают.

1 – Я чувствую, что могу быть наказан за что-то.

2 – Я ожидаю, что меня накажут.

3 – Я чувствую, что меня наказывают за что-то.

7

0 – Я не испытываю разочарование в себе.

1 – Я разочарован в себе.

2 – Я внушаю себе отвращение.

3 – Я ненавижу себя. **8**

0 – У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других.

1 – Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.

2 – Я все время виню себя за свои ошибки.

3 – Я виню себя за все плохое, что происходит.

9

0 – У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.

1 – У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не делаю.

2 – Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.

3 – Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.

10

0 Я плачу не больше, чем обычно.

1 – Сейчас я плачу больше обычного.

2 – Я теперь все время плачу.

3 – Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу. **11**

0 – Сейчас я не более раздражителен, чем обычно.

1 – Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам.

2 – Сейчас я все время раздражен.

3 – Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.

12

0 – Я не потерял интереса к другим людям.

1 – У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.

2 – Я почти утратил интерес к другим людям.

3 – Я потерял всякий интерес к другим людям.

13

0 – Я способен принимать решения так же, как всегда.

1 – Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.

2 – Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.

3 – Я больше не могу принимать каких-либо решений.

14

0 – Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно.

1 – Я обеспокоен, что выгляжу постаревшим и непривлекательным.

2 – Я чувствую, что изменения, происходящие в моей внешности, сделали меня непривлекательным.

3 – Я уверен, что выгляжу безобразным.

15

0 – Я могу работать так же, как раньше.

1 Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать.

2 – Я с большим трудом заставляю себя что-либо сделать.

3 – Я вообще не могу работать.

16

0 – Я могу спать так же хорошо, как и обычно.

1 – Я сплю не так хорошо, как всегда.

2 – Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и с трудом могу заснуть снова.

3 – Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть. **17**

0 – Я устаю не больше обычного.

1 – Я устаю легче обычного.

2 – Я устаю почти от всего того, что делаю.

3 – Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.

18

0 – Мой аппетит не хуже, чем обычно.

1 – У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.

2 – Сейчас мой аппетит стал намного хуже.

3 – Я вообще потерял аппетит.

19

0 – Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного.

1 – Я потерял в весе более 2 кг.

2 – Я потерял в весе более 4 кг.

3 – Я потерял в весе более 6 кг.

20

0 – Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 – Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.

2 Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.

3 – Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем не могу думать. **21**

0 – Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.

1 – Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом.

2 – Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.

3 – Я совершенно утратил интерес к сексу.

Ключ: по данной методике подсчитывается общий балл (сумма) менее 9 – отсутствие депрессивных симптомов,

10-18 – легкая депрессия, астено-субдепрессивная симптоматика, м.б. у соматических больных или невротический уровень

19-29 – умеренная депрессия, критический уровень,

30-63 – явно выраженная депрессивная симптоматика, не исключена эндогенность.

Также можно выделить 2 субшкалы:

1-13 пункты – когнитивно-аффективная субшкала,

14-21 пункты – субшкала соматизации.

Приложение 2

Сырые данные по результатам исследования Бека

№	Пол	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	Жен	2	1	2	1	1	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	0	3	2	0	1	2
2	Жен	3	2	3	3	1	2	2	1	1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	1
3	Жен	1	2	0	2	1	2	2	3	1	1	2	3	0	3	3	2	3	3	2	3	3
4	Жен	2	2	0	1	1	2	2	2	0	2	1	2	2	1	2	3	1	2	3	2	2
5	Жен	3	2	1	0	2	1	1	3	2	0	1	3	1	3	1	2	3	1	2	1	0
6	Жен	3	1	1	3	2	0	1	0	3	2	0	1	1	2	2	3	2	2	3	1	2
7	Жен	2	0	2	3	3	3	1	0	3	3	3	1	3	2	2	2	2	2	2	0	3
8	Жен	3	2	0	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	1	1	3	1	1	3	2	2
9	Жен	2	1	0	1	2	3	2	3	1	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	1	2
10	Жен	3	2	3	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	3	2	2	3	2	2	0	1
11	Жен	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	3	1	2	3	2	3	3	2	3	2	2
12	Жен	3	2	2	2	2	2	0	3	2	2	2	0	1	1	3	2	3	2	3	2	1
13	Жен	2	1	2	1	1	3	2	3	1	1	3	2	1	2	3	3	2	2	2	0	3
14	Жен	3	1	3	2	3	3	1	2	2	3	3	1	2	2	2	3	1	1	3	2	2
15	Жен	2	3	3	3	2	2	0	1	3	2	2	0	3	3	3	3	2	3	2	0	1
16	Жен	3	2	2	3	2	3	2	0	3	2	3	2	2	3	2	1	3	3	3	3	1
17	Жен	2	3	1	1	2	2	2	0	2	1	2	3	2	0	1	3	3	3	3	2	3
18	Жен	3	2	0	2	1	1	3	2	0	1	3	3	3	3	1	2	2	1	2	3	2
19	Жен	3	3	2	0	1	0	1	3	2	0	2	3	3	2	3	2	2	3	1	2	1
20	Жен	3	3	3	3	1	0	2	2	3	2	0	1	2	3	2	1	1	2	2	3	1
21	Жен	2	3	3	2	3	1	2	3	2	1	0	3	1	2	1	2	3	2	2	2	0
22	Жен	2	1	2	3	2	2	1	2	3	2	3	2	2	3	1	3	2	1	1	3	2
23	Жен	3	3	1	2	1	0	1	3	3	3	3	2	2	2	0	3	2	2	3	3	1
24	Жен	3	2	2	3	1	3	1	2	3	2	2	1	1	3	2	2	2	3	2	2	0
25	Жен	2	2	2	2	0	2	3	3	2	1	2	2	3	3	1	1	3	3	2	3	2
26	Жен	3	1	1	3	2	3	2	0	3	1	3	3	2	2	0	3	2	0	1	3	2
27	Жен	3	2	3	3	1	2	1	0	2	3	3	3	2	3	2	1	3	2	0	2	3
28	Жен	3	3	2	2	0	3	1	1	3	2	2	3	3	2	3	2	1	1	3	3	3
29	Жен	2	3	2	3	2	2	0	2	2	3	1	3	1	1	3	3	0	2	3	2	3
30	Жен	3	0	2	1	1	3	2	0	3	2	0	2	3	2	2	1	2	0	1	3	2
31	Жен	2	3	3	2	3	3	1	1	2	3	3	3	1	2	3	2	2	3	2	3	2
32	Жен	2	3	2	3	2	2	0	2	1	2	2	2	3	3	1	3	1	2	0	1	3
33	Жен	2	3	3	3	2	3	2	0	1	3	3	2	2	2	3	2	2	3	0	2	2
34	Жен	3	2	2	3	2	1	2	3	2	0	1	3	3	2	2	3	2	2	1	2	3
35	Жен	1	3	3	3	3	3	1	2	1	0	2	2	1	1	2	2	1	3	2	1	2
36	Жен	1	2	0	2	1	2	2	3	1	1	2	3	0	2	1	1	3	2	0	1	3
37	Жен	2	2	0	1	1	2	2	2	0	2	1	2	2	0	2	0	1	3	2	0	2
38	Жен	3	2	1	0	2	1	1	3	2	0	1	3	1	0	1	0	2	2	3	2	0
39	Жен	3	3	2	2	1	3	3	3	3	3	1	2	1	0	2	3	2	3	2	1	0
40	Жен	3	1	0	2	3	2	3	3	3	2	3	3	0	2	0	2	1	2	3	2	3
41	Жен	2	1	3	2	2	3	2	1	2	3	2	0	2	0	2	0	1	3	3	3	3
42	Жен	3	2	1	3	3	3	3	3	1	2	1	0	2	3	2	1	2	3	3	2	2
43	Жен	3	3	1	2	0	2	1	2	2	3	1	1	1	2	2	0	1	3	3	3	3
44	Жен	3	3	2	2	0	1	1	2	2	2	0	2	2	2	2	1	2	3	3	2	2
45	Жен	2	3	3	2	1	0	2	1	1	3	2	0	2	2	1	2	1	3	3	2	0

46	Жен	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	1	1	1	3	3	3	1	3	2	0	3
47	Жен	2	3	1	3	2	2	0	1	3	2	0	2	3	2	2	3	0	1	3	2	2
48	Жен	3	3	3	2	3	1	0	2	2	3	2	0	2	3	1	3	0	2	2	3	3
49	Жен	2	3	2	3	2	0	1	2	3	2	1	0	3	2	0	2	1	2	3	2	2
50	Жен	3	2	2	2	2	0	2	1	2	3	1	1	2	3	3	3	2	1	2	3	3
51	Жен	3	1	3	2	0	2	0	1	3	2	0	2	1	2	2	2	0	1	3	3	2
52	Жен	3	0	1	3	2	3	2	0	2	3	2	0	1	3	2	2	1	2	3	3	3
53	Жен	3	0	2	2	3	2	3	2	0	1	2	3	2	0	1	3	2	3	3	2	0
54	Жен	3	1	2	3	2	3	2	1	0	3	1	2	1	0	2	2	1	2	3	3	0
55	Жен	2	2	1	2	3	2	3	2	3	2	2	3	1	1	2	3	2	3	2	2	1
56	Жен	3	0	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	0	2	1	2	0	2	3	1	2
57	Жен	2	1	2	3	3	3	3	2	2	1	1	3	2	0	1	3	0	3	2	0	0
58	Жен	3	2	3	3	2	3	2	1	2	2	3	1	3	2	2	0	1	2	3	3	2
59	Жен	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	0	2	1	2	2	3
60	Жен	3	2	3	2	2	2	2	3	2	0	2	3	2	2	3	1	0	1	3	3	2
61	Жен	2	0	2	3	1	3	1	3	3	2	0	2	3	1	3	2	3	2	0	1	2
62	Жен	3	0	3	2	0	2	0	2	2	1	0	3	2	0	2	0	2	1	0	2	3
63	Жен	2	1	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	2	3	1	1	2	2
64	Жен	3	2	1	2	2	2	2	2	2	0	2	1	2	2	2	3	2	0	2	1	3
65	Жен	3	0	1	3	3	3	3	2	3	2	0	1	3	3	2	2	3	2	0	1	1
66	Жен	3	3	2	0	1	0	1	3	1	2	3	2	0	1	3	3	2	0	2	3	3
67	Жен	3	2	1	0	2	0	2	2	3	1	2	1	0	2	2	3	3	3	2	3	2
68	Жен	2	3	1	1	2	1	2	3	2	2	3	1	1	2	3	3	2	2	1	2	2
69	Жен	3	2	0	2	1	2	1	2	2	2	2	0	2	1	2	2	1	2	1	3	1
70	Жен	2	3	2	0	1	0	1	3	1	1	3	2	0	1	3	3	1	2	3	1	3
71	Жен	3	2	0	2	3	2	3	1	3	3	2	0	2	3	1	3	2	1	2	0	2
72	Жен	2	3	2	1	0	3	2	0	2	2	1	0	3	2	0	2	0	1	3	3	3
73	Жен	3	2	3	1	1	2	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	2	0	2	2	2
74	Жен	3	3	2	0	2	1	2	2	2	2	0	2	1	2	2	2	3	2	3	3	2
75	Жен	3	3	3	2	0	1	3	3	2	3	2	0	1	3	3	2	2	1	0	1	3
76	Жен	3	3	1	2	3	2	0	1	3	1	2	3	2	0	1	3	3	2	0	2	2
77	Жен	3	3	3	1	2	1	0	2	2	3	1	2	1	0	2	2	3	3	1	2	3
78	Жен	2	2	2	2	3	1	1	2	3	2	2	3	1	1	2	3	3	2	2	1	2
79	Жен	3	3	2	2	2	0	2	1	2	2	2	2	0	2	1	2	2	1	2	3	1
80	Жен	2	3	2	3	2	0	2	3	1	3	3	2	0	2	3	1	3	2	3	2	0
81	Жен	3	2	3	2	1	0	3	2	0	2	2	1	0	3	2	0	2	0	2	3	3
82	Жен	3	3	2	3	1	1	2	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	2	1	2	2
83	Жен	3	3	3	2	0	2	1	2	2	2	2	0	2	1	2	2	2	3	1	3	3
84	Жен	2	3	3	3	2	0	1	3	3	2	3	2	0	1	3	3	2	2	2	0	1
85	Жен	3	3	3	1	2	3	2	0	1	3	1	2	3	2	0	1	3	3	1	0	2
86	Жен	2	3	3	3	1	2	1	0	2	2	3	1	2	1	0	2	2	3	1	1	2
87	Жен	3	2	3	2	0	2	3	1	3	3	2	0	2	3	1	3	2	1	2	0	2
88	Жен	2	3	2	1	0	3	2	0	2	2	1	0	3	2	0	2	0	1	3	3	3
89	Жен	3	2	3	1	1	2	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	2	0	2	2	2
90	Жен	3	3	2	0	2	1	2	2	2	2	0	2	1	2	2	2	3	2	3	3	2

Приложение 3

Опросник образа собственного тела.

(О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха) Инструкция:

Оцените каждое утверждение по четырехбалльной шкале:

0 – никогда

1 – иногда

2 – часто

3 – всегда

Текст опросника образа собственного тела:

№	Утверждение	Никогда	Иногда	Часто	Всегда
1.	Я не люблю смотреть на себя в зеркало				
2.	Покупка одежды обращает мой внимание на то, как я выгляжу, и потому неприятна				
3.	Я не люблю, когда на меня обращено внимание окружающих				
4.	Я избегаю ситуаций, в которых окружающие могут увидеть мой тело (например, посещение бассейна, пляжа и т.д.)				
5.	Я испытываю стыд за своё тело в присутствии определённых людей				
6.	Я не люблю своё тело				
7.	Мне кажется, что другие люди должны считать мой тело безобразным				
8.	Я чувствую, что друзья и члены моей семьи смущаются при взгляде				

	на меня				
9.	Я сравниваю своё тело с другими для того, чтобы убедиться, что они полнее, чем я				
10.	Мне сложно получать удовольствие от своей деятельности из-за того, что я испытываю неловкость в связи со своим внешним видом				
11.	Я испытываю чувство вины в связи со своим весом				
12.	У меня есть негативные мысли, и я самокритична в отношении своего тела и того, как я выгляжу				
13.	Мне трудно принимать комплименты по поводу того, как я выгляжу				
14.	Когда я смотрюсь в зеркало, то моё внимание сосредоточено преимущественно на тех частях тела, которые нуждаются в улучшении				
15.	Я чувствую себя униженной и/или подавленной в присутствии человека, который, по моему мнению, более привлекателен, чем я				
16.	Я беспокоюсь о собственном весе				

Ключ: по данной методике подсчитывается общий балл (сумма)

Значение сырых баллов 13 и выше говорит о выраженной неудовлетворённости собственным телом. Максимальный балл по шкале – 48.

Приложение 4

Сырые данные по результатам исследования (О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха)

№	Пол	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Жен	2	1	2	1	1	2	0	2	0	3	3	2	3	0	2	3
2	Жен	0	2	3	3	1	2	2	1	1	2	3	3	2	3	0	3
3	Жен	1	2	3	2	1	2	2	0	1	1	2	3	0	3	0	2
4	Жен	2	2	3	1	1	2	2	2	3	2	1	2	2	1	2	3
5	Жен	3	2	1	3	2	1	1	3	2	3	1	3	1	3	1	2
6	Жен	3	1	1	3	2	3	1	3	3	2	3	1	1	2	2	3
7	Жен	2	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	1	3	2	2	2
8	Жен	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	1	1	3
9	Жен	2	1	3	1	2	3	2	3	1	2	3	2	3	2	3	3
10	Жен	3	2	3	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	3	2	2
11	Жен	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	3	1	2	3	2	3
12	Жен	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	1	1	3	2
13	Жен	2	1	2	1	1	3	2	3	1	1	3	2	1	2	3	3
14	Жен	3	1	3	2	3	3	1	2	2	3	3	1	2	2	2	3
15	Жен	2	3	3	3	2	2	3	1	3	2	2	3	3	3	3	3
16	Жен	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	1
17	Жен	2	3	1	1	2	2	2	3	2	1	2	3	2	3	1	3
18	Жен	3	2	3	2	1	1	3	2	3	1	3	3	3	3	1	2
19	Жен	3	3	2	3	1	3	1	3	2	3	2	3	3	2	3	2
20	Жен	3	2	3	3	1	2	2	1	1	2	3	3	2	3	0	3
21	Жен	3	1	3	2	1	2	2	0	1	1	2	3	0	3	0	2
22	Жен	2	3	3	1	1	2	2	2	3	2	1	2	2	1	2	3
23	Жен	3	2	1	3	2	1	1	3	2	3	1	3	1	3	1	2
24	Жен	2	2	1	3	2	3	1	3	3	2	3	1	1	2	2	3
25	Жен	1	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	1	3	2	2	2
26	Жен	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	1	1	3
27	Жен	2	2	3	1	2	3	2	3	1	2	3	2	3	2	3	3
28	Жен	2	2	3	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	3	2	2
29	Жен	2	2	3	2	2	3	1	2	2	2	3	1	2	3	2	3
30	Жен	1	1	2	1	1	3	2	0	3	2	0	2	3	2	2	1
31	Жен	3	1	3	2	3	3	1	1	2	3	3	3	1	2	3	2
32	Жен	3	1	2	3	2	2	0	2	1	2	2	2	3	3	1	3
33	Жен	2	3	3	3	2	3	2	0	1	3	3	2	2	2	3	2
34	Жен	3	2	2	3	2	1	2	3	2	0	1	3	3	2	2	3
35	Жен	2	1	3	3	1	2	2	1	1	2	3	3	2	3	0	3
36	Жен	1	2	3	2	1	2	2	0	1	1	2	3	0	3	0	2
37	Жен	2	2	3	1	1	2	2	2	3	2	1	2	2	1	2	3
38	Жен	3	2	1	3	2	1	1	3	2	3	1	3	1	3	1	2
39	Жен	3	1	1	3	2	3	1	3	3	2	3	1	1	2	2	3
40	Жен	2	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	1	3	2	2	2
41	Жен	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	1	1	3
42	Жен	2	1	3	1	2	3	2	3	1	2	3	2	3	2	3	3
43	Жен	3	2	3	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	3	2	2
44	Жен	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	3	1	2	3	2	3

45	Жен	2	3	3	2	1	0	2	1	1	3	2	0	2	2	1	2
46	Жен	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	1	1	1	3	3	3
47	Жен	2	3	1	3	2	2	0	1	3	2	0	2	3	2	2	3
48	Жен	3	3	3	2	3	1	0	2	2	3	2	0	2	3	1	3
49	Жен	2	3	2	3	2	0	1	2	3	2	1	0	3	2	0	2
50	Жен	3	2	2	2	2	0	2	1	2	3	1	1	2	3	3	3
51	Жен	3	1	3	2	0	2	0	1	3	2	0	2	1	2	2	2
52	Жен	3	0	1	3	2	3	2	0	2	3	2	0	1	3	2	2
53	Жен	3	0	2	2	3	2	3	2	0	1	2	3	2	0	1	3
54	Жен	3	1	2	3	2	3	2	1	0	3	1	2	1	0	2	2
55	Жен	2	2	1	2	3	2	3	2	3	2	2	3	1	1	2	3
56	Жен	3	0	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	0	2	1	2
57	Жен	2	1	2	3	3	3	3	2	2	1	1	3	2	0	1	3
58	Жен	3	2	3	3	2	3	2	1	2	2	3	1	3	2	2	0
59	Жен	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	0
60	Жен	3	2	3	2	2	2	2	3	2	0	2	3	2	2	3	1
61	Жен	2	0	2	3	1	3	1	3	3	2	0	2	3	1	3	2
62	Жен	3	0	3	2	0	2	0	2	2	1	0	3	2	0	2	0
63	Жен	2	1	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	2
64	Жен	3	2	1	2	2	2	2	2	2	0	2	1	2	2	2	3
65	Жен	3	0	1	3	3	3	3	2	3	2	0	1	3	3	2	2
66	Жен	3	3	2	0	1	0	1	3	1	2	3	2	0	1	3	3
67	Жен	3	2	1	0	2	0	2	2	3	1	2	1	0	2	2	3
68	Жен	2	3	1	1	2	1	2	3	2	2	3	1	1	2	3	3
69	Жен	3	2	0	2	1	2	1	2	2	2	2	0	2	1	2	2
70	Жен	2	3	2	0	1	0	1	3	1	1	3	2	0	1	3	3
71	Жен	3	2	0	2	3	2	3	1	3	3	2	0	2	3	1	3
72	Жен	2	3	2	1	0	3	2	0	2	2	1	0	3	2	0	2
73	Жен	3	2	3	1	1	2	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3
74	Жен	3	3	2	0	2	1	2	2	2	2	0	2	1	2	2	2
75	Жен	3	3	3	2	0	1	3	3	2	3	2	0	1	3	3	2
76	Жен	3	3	1	2	3	2	0	1	3	1	2	3	2	0	1	3
77	Жен	3	3	3	1	2	1	0	2	2	3	1	2	1	0	2	2
78	Жен	2	2	2	2	3	1	1	2	3	2	2	3	1	1	2	3
79	Жен	3	3	2	2	2	0	2	1	2	2	2	2	0	2	1	2
80	Жен	2	3	2	3	2	0	2	3	1	3	3	2	0	2	3	1
81	Жен	3	2	3	2	1	0	3	2	0	2	2	1	0	3	2	0
82	Жен	3	3	2	3	1	1	2	3	3	3	3	1	1	2	3	3
83	Жен	3	3	3	2	0	2	1	2	2	2	2	0	2	1	2	2
84	Жен	2	3	3	3	2	0	1	3	3	2	3	2	0	1	3	3
85	Жен	3	3	3	1	2	3	2	0	1	3	1	2	3	2	0	1
86	Жен	2	3	3	3	1	2	1	0	2	2	3	1	2	1	0	2
87	Жен	3	2	3	2	0	2	3	1	3	3	2	0	2	3	1	3
88	Жен	2	3	2	1	0	3	2	0	2	2	1	0	3	2	0	2
89	Жен	3	2	3	1	1	2	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3
90	Жен	3	3	2	0	2	1	2	2	2	2	0	2	1	2	2	2

Приложение 5

Опросник самооценки Дембо-Рубинштейн

Инструкция

Любой человек оценивает свои способности, возможности, характер и др. Уровень развития каждого качества, стороны человеческой личности можно условно изобразить вертикальной линией, нижняя точка которой будет символизировать самое низкое развитие, а верхняя - наивысшее. На следующей странице изображены семь таких линий. Они обозначают:

1) здоровье;

2) ум, способности;

3) характер;

4) авторитет у сверстников;

5) умение многое делать своими руками, умелые руки;

6) внешность;

7) уверенность в себе.

Под каждой линией написано, что она означает. На каждой линии чертой (-) отметьте, как вы оцениваете развитие у себя этого качества, стороны вашей личности в данный момент времени. После этого крестиком (х) отметьте, при каком уровне развития этих качеств вы были бы удовлетворены собой или почувствовали гордость за себя.

Задание

Изображено семь линий, длина каждой - 100 мм, с указанием верхней, нижней точек и серединой шкалы. При этом верхняя и нижняя точки отличаются заметными чертами, середина - едва заметной точкой. Методика может проводиться как фронтально - с целым классом (или группой), так и индивидуально. При фронтальной работе необходимо проверить, как каждый ученик заполнил первую шкалу. Надо убедиться, правильно ли применяются предложенные значки, ответить на вопросы. После этого испытуемый работает самостоятельно. Время, отводимое на заполнение шкалы вместе с чтением инструкции, 10-12 мин.

Обработка результатов

Обработка проводится по шести шкалам (первая, тренировочная - "здоровье" - не учитывается). Каждый ответ выражается в баллах. Как уже отмечалось ранее, размеры каждой шкалы 100 мм, в соответствии с этим ответы

школьников получают количественную характеристику (напр., 54 мм = 54 баллам).

1. По каждой из шести шкал определить:

а) уровень притязаний - расстояние в мм от нижней точки шкалы ("О") до знака "х";

б) высоту самооценки - от "0" до знака "х";

в) значение расхождения между уровнем притязаний и самооценкой - расстояние от знака "х" до знака "-", если уровень притязаний ниже самооценки, он выражается отрицательным числом.